

29 W-58 4988

Из Академической акушерско-гинекологической клиники
профессора А. И. Лебедева.

Серия диссертаций, допущенных къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-
Медицинской Академіи въ 1889—1890 академическомъ году.

№ 55.

БИБЛИОТЕКА
Харківського Медичн. Ін-ста
№ 4988
Шифр

КЪ ВОПРОСУ

ПЕРЕВІРЕНО 1936

ОБЪ ИЗМѢНЕНІЯХЪ ЯИЧНИКОВЪ

ПРИ

ФИБРОМИОМАХЪ МАТКИ.

(Патолого-анатомическое изслѣдованіе).

64277

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
Д. Д. Попова.

Ординатора Академической Акушерско-Гинекологической клиники.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были профессора:
Н. П. Ивановскій, Б. Ф. Славинскій и А. И. Лебедевъ.

С. ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Департамента Удѣловъ, Моховая, № 40.

1890.

Из Академической акушерско-гинекологической клиники
профессора А. И. Лебедева.

Серия диссертаций, допущенных къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-
Медицинской Академіи въ 1889—1890 академическомъ году.

№ 55.

КЪ ВОПРОСУ

ОБЪ ИЗМѢНЕНІЯХЪ ЯИЧНИКОВЪ

ПРИ

ФИБРОМИОМАХЪ МАТКИ.

(Патолого-анатомическое исследование).

Инв. №	1-го Харьк. Мед. Института	Библиотека Читы	1632
№		Харьк. Гос. Мед. Инст. в Харьк.	14215
Мат. кн. №			
Шифр. д-са			58
категор.			

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Д. Д. Попова.

Ординатора Академической Акушерско-Гинекологической клиники.

Цензорами диссертации, по поручению Конференціи, были профессора:
Н. П. Ивановскій, К. Ф. Славянскій и А. И. Лебедевъ.

Перечет
1866 г.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Департамента Удѣловъ, Мохомъ.

1890.

БИБЛИОТЕКА
Харьківського Медичн. Інст.
№ 4988

618.1:616-008

17-58

ПЕРЕВІРТИ

ПРОВЕРИТИ



1950

Переворот-60

7 - NOV 2012

Докторскую диссертацию лекаря **Дмитрия Попова** под заглавием: «Есть ли связь между изменениями яичников при фибромиомах матки» печатать разрешается с тем, чтобы по отпечатанной оной было представлено в Конференцию ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академии 500 экземпляров в С.-Петербурге, апреля 14 дня 1890 г.

Ученый Секретарь **Насловъ**

НАУКА И ОБРАЗОВАНИЕ

Органы нашего тела оказывают друг на друга столь явное взаимодействие, что уклонение от нормальной функции одного органа неизбежно ведет за собой ряд расстройств более или менее резких и в других органах, а путем этих последних и во всем организм. При этом заболеванию подвергаются то органы удаленные от первоначально больного, то соседние, лежащие рядом с ним. Само собою разумеется, расстройства в наиболее ближайших и наиболее тесно связанных органах являются прежде всего, и нам по этому прежде всего приходится считаться именно с этими расстройствами.

Обращаясь к тому, что мы имеем в области женских половых органов, мы должны прежде всего признать, что на ограниченном месте в области таза сгруппированы все наиболее важные органы деторождения; при этом связь между отдельными органами настолько тесная, что уже а priori следует думать, что изменения в одних частях очень скоро поведут к изменениям в других. В другом месте я ближе коснусь того, в чем следует искать причины такого взаимного влияния, здесь же кратко скажу, что расстройства кровообращения в области больного органа могут распространяться и на соседние части и таким путем вести к последовательным изменениям в соседних органах; или эти изменения могут возникать при посредстве нервной системы (при посредстве вазомоторов или трофических нервов). При той частоте, какая выпадает на долю доброкачественных опухолей матки и при том влиянии какое оказывает на женщину состояние яичников крайне важно выяснять каким именно изменениям подвергаются яичники при фибромиомах матки. Не говоря уже о том, что сведения о состоянии яичников при означенных заболеваниях матки важны с точки зрения вышеуказанной связи, или другими словами имеют значение в общем, отвлеченном, чисто теоретическом отношении, сведения эти важны с другой стороны и в отношении клиническом, так как они могут служить для нас важной

основой при объясненіи той разнообразной картины клинических симптомов, которая наблюдается при фибромиомах матки. Какъ на примѣръ я укажу на безплодіе, обычно сопутствующее миомамъ матки, и на частыя кровотеченія изъ полости матки. Какъ тотъ, такъ и другой клинической симптомъ можетъ зависть отъ заболѣванія самой матки, обуславливаясь тканевымъ измѣненіемъ ея, точно также тѣ же прищадки могутъ разсматриваться какъ послѣдствіе измѣненія ткани яичниковъ. Последняя возможность, допустимая а priori, во всякомъ случаѣ нуждается въ подтвержденіи или отрицаніи. Къ сожалѣнію всюду въ учебникахъ, гдѣ приходится читать объ этомъ, симптомы эти трактуются безъ всякаго отношенія къ состоянію яичниковъ. Такъ я укажу на объемистый трактатъ *Gusserow'a* ¹⁾ «о новообразованіяхъ матки», гдѣ вопросу о безплодіи посвящена объемистая глава, и тѣмъ не менѣе нигдѣ ни словомъ не указана или не опровергнута та роль, которую играютъ при этомъ яичники. Я скажу болѣе — вопросъ о состояніи яичниковъ важенъ и въ чисто практическомъ отношеніи тамъ, гдѣ приходится говорить о леченіи миомъ. Какъ извѣстно существуетъ методъ оперативнаго леченія этихъ новообразованій матки, основанный на удаленіи яичниковъ (*castratio*) и, само собою разумеется, для окончательнаго признанія этого метода, а равно и научнаго разъясненія его необходимы свѣдѣнія о томъ состояніи, въ которомъ находятся удаляемые при кастраціи яичники.

Такимъ образомъ вопросъ объ измѣненіяхъ яичниковъ при фибромиомахъ логически возникнулъ со времени первой кастраціи. И какъ мы увидимъ дальше съ этого времени литература начинаетъ мало по малу обогащаться свѣдѣніями въ этомъ направленіи, но свѣдѣнія эти носятъ пока характеръ отрывочныхъ фактовъ, казуистическихъ сообщеній и не представляютъ желательной полноты и ясности. Съ другой стороны настояція наши свѣдѣнія о яичникахъ настолько еще не установились и не полны, что всякія изслѣдованія въ этомъ направленіи очень желательны, тѣмъ болѣе что полученіе яичниковъ *per laparotomiam* представляетъ наиболѣе подходящій матеріалъ для изученія, вопреки изслѣдованію трупиною.

Руководясь вышеуказанными соображеніями мы по мысли и подъ непосредственнымъ руководствомъ глубоководяемаго проф. *А. И. Лебедева* предприняли рядъ изслѣдованій надъ удаленными при кастраціи яичниками.

I.

Литературныя данныя. — Историческій обзоръ вопроса о состояніи яичниковъ при фибромиомахъ матки ведетъ свое начало со времени далеко еще предшествовавшаго введенію въ гинекологическую практику кастраціи при фибромиомахъ, выполненную впервые *Trenholme* ¹⁾ 15 Января, а *Hegar'омъ* ²⁾ 2 Августа 1876 г. *Virchow* ³⁾ со свойственной ему наблюдательностью еще въ 1856 г. на патолого-анатомическомъ столѣ замѣтилъ заболѣваніе яичниковъ при фибромиомахъ матки, при чемъ полагалъ, что измѣненіе яичниковъ обуславливается присутствіемъ новообразованія въ маткѣ. Здѣсь же мы встрѣчаемъ довольно подробно описанный одинъ случай со стороны гистологической. Въ правомъ яичникѣ, который *Virchow* считалъ за кистовидно перерожденный, подъ *albuginea* мѣстами истонченной и выпяченной попадались пузырьки съ безцвѣтнымъ свѣтлымъ содержимымъ безъ хлопьевъ и эпителіальныхъ клѣтокъ. Подобные пузырьки авторъ принимаетъ за растянутые экссудатомъ фолликулы, содержащія *metalbumin* и *paralbumin*. Другой яичникъ представлялъ хроническое воспаленіе въ видѣ новообразованія соединительной ткани — соединительно-тканную гиперплазію по автору. Поверхность его неправильная съ извѣстнымъ числомъ плотныхъ узловыхъ возвышеній. *Albuginea* и строма яичника были очень плотны вслѣдствіе сморщиванія новообразованной ткани, что вело за собой атрофію желѣзистой паренхимы яичника. Авторъ описанное состояніе яичника называетъ «*Cirrhose oder Granular — Degenerat. des Eierstockes*» и аналогизируетъ тому состоянію, которое наблюдается въ видѣ интерстиціальной соединительно-тканной гиперплазіи другихъ железъ. Среди подобнаго характера стромы яичниковъ встрѣчались

¹⁾ *Gusserow*. Handbuch der Frauenkrankheiten. Billroth und Lücke Bd. I. 1886. 82.

²⁾ *Trenholme*. Obstetr. journ. of Great. Brit. 1876. 430.

³⁾ *Hegar*. Centralblatt für Gynäk. 1877 №. 5.

⁴⁾ *Virchow*. Wien. Med. Wochenschr. 1856. 180. статья Haeckel'я.

плотная бѣлая, подобная рубцамъ, мозолистая образованія, имѣющія различную форму (круглую, форму дубоваго листа)—*corpora albicantia seu fibrosa*. Существующее кровотеченіе у больной авторъ ставитъ въ связь съ измѣненіями главнымъ образомъ лѣваго яичника.

Далѣе мы имѣемъ отдѣльные случаи, описанные *Leopold'омъ* ¹⁾ *Spiegelberg'омъ* ²⁾ и *Scheuthauer'омъ* ³⁾ еще до производства кастраціи, въ которыхъ лишь вкратцѣ упоминается о состояніи яичниковъ. При этомъ *Leopold* представлялъ удаленный *per laparotomiam* фиброидъ съ увеличенными яичниками и трубами. Въ случаѣ *Spiegelberg'a* изъ яичниковъ, полученныхъ на вскрытіи, правый представлялся здоровымъ, лѣвый же былъ кистовидно перерожденъ, и полости были наполнены свѣтлой желтоватой жидкостью. Случай *Scheuthauer'a* нѣсколько особенный въ томъ смыслѣ, что на секціи обнаружена была другая матка. Лѣвый рогъ содержалъ два небольшихъ фиброида, а яичникъ этой стороны, окутанный ложными перепонками вмѣстѣ съ соотвѣтствующей трубой, былъ плотенъ, а фолликулы его наполнены кровью. Правый яичникъ гладкій, плотный былъ пронизанъ фолликулами. Къ сожалѣнію авторъ не указываетъ состоянія самихъ фолликуловъ.

Закончивши такимъ образомъ обзоръ литературныхъ данныхъ о состояніи яичниковъ при фиброміомахъ матки до момента кастраціи, мы въ настоящее время будемъ исключительно останавливаться на изслѣдованіи яичниковъ, полученныхъ путемъ чревосѣченія, дабы путь полученія яичниковъ былъ тождественъ нашему, и выводы наши не могли бы получить нѣпрека съ этой стороны. Съ именемъ *Trenholme* ⁴⁾ мы связываемъ первую кастрацію, а вмѣстѣ съ тѣмъ и первый свѣдѣнія о яичникахъ кастрированной женщины при фиброміомѣ матки. Правда, указанія на счетъ яичниковъ слишкомъ кратки и исчерпываются словами «болѣзненный оофоритъ», но тутъ видно стремленіе автора связать нѣкоторыя клиническія данныя съ состояніемъ яичниковъ при ооухоліи матки, на что еще до настоящаго времени почти не обращается должнаго вниманія.

¹⁾ *Leopold*. Arch. f. Gyn. V, 403.

²⁾ *Spiegelberg*. Arch. f. Gyn. V, 344.

³⁾ *Scheuthauer*. Pester. med. chir. Presse 1874. 155. 222.

⁴⁾ *Trenholme*. Obstetr. Journ. Great. Brit. 1876. XLIII. 425.

Въ слѣдующемъ году *Hegar* ¹⁾ опубликовалъ свои два слу- чая экстирпаціи яичниковъ при фиброміомахъ матки въ статьѣ подъ заглавіемъ «Ueber die Exstirpation normaler Eierstöcke». Конечно на основаніи имѣющейся скудной литературы и своихъ 2-хъ случаевъ *Hegar* слишкомъ поспѣшно вывелъ заключеніе о здоровомъ состояніи яичниковъ при фиброміомахъ матки, основываясь на макроскопическомъ ихъ видѣ. Мы скорѣе были бы склонны принять, что *Hegar*, говоря объ экстирпаціи здоровыхъ яичниковъ при фиброміомахъ матки, тѣмъ самымъ стара- ется лишь противопоставить эту операцію той, когда уда- леніе производится ради собственнаго заболѣванія яичниковъ. Но съ другой стороны мы видимъ, что авторъ съ очевидной настой- чивостью старается отстаивать свой взглядъ до самаго послѣд- няго времени, не смотря на цѣлый рядъ отдѣльныхъ заявленій въ области этого вопроса, убѣдительно доказывающихъ неосно- вательность подобнаго вывода. Авторитетное заявленіе *Hegar'a*, однако, не смотря на свою видимую поспѣшность, имѣло боль- шое вліяніе на развитіе этого вопроса и надолго затормозило его рѣшеніе не только въ его отечествѣ, гдѣ поклоненіе авторитету сказывается больше чѣмъ гдѣ либо, но даже въ другихъ странахъ. Большинство авторовъ, или совсѣмъ не упоминаетъ о состояніи удаленныхъ яичниковъ, считая повидному вопросъ поконченнымъ въ смыслѣ *Hegar'a*, или отдѣляются краткими макроскопическими указаніями. *Martin* ²⁾ и *Beigel* ³⁾, наприм., упоминая объ удаленныхъ яичникахъ, считают ихъ повидному здоровыми, но первый прибавляетъ, что точнаго микроскопи- ческаго изслѣдованія не было сдѣлано. *Buchmann* ⁴⁾, ограни- чивается лишь макроскопической картиной кистовидно пере- рожденныхъ яичниковъ.

Лишь спустя четыре года послѣ перваго производства ка- страціи, мы начинаемъ встрѣчать болѣе подробныя указанія о состояніи яичниковъ при фиброміомахъ матки. *Schücking* ⁵⁾ у больной съ фиброміомой матки въ яблоко, страдающей не- правильными обильными регулами, съ головными и поясничными

¹⁾ *Hegar*. Centralblatt für Gyn. 1877. 73—106—277.

²⁾ *Martin*. Berlin. klinisch. Wochenschr. 1878. XV. № 19, 46.

³⁾ *Beigel*. Wien. Med. Wochenschr. 1878. № 7. 162.

⁴⁾ *Buchmann*. Wien. Med. Wochenschr. 1878. № 41. 995.

⁵⁾ *Schücking*. The Americ. Journ. of the Med. Sciences 79. 1880. 286.

болями, удалил оба яичника. Лѣвый яичникъ длиною 5 смн. содержатъ двѣ кисты величиною съ вишню каждая; обѣ онѣ были наполнены коллоидною жидкостью. Поверхность яичника на нѣкоторыхъ мѣстахъ была покрыта тонкими ложными перепонками. Наружная поверхность кистъ была пигментирована, внутренняя гладкая. Что касается праваго яичника, то онъ представлялся атрофированнымъ, уменьшеннымъ, съ развитіемъ соединительной ткани.

Richter ¹⁾, *Burckhardt* ²⁾ и *Bruntzel* ³⁾ въ этомъ же году описываютъ отдѣльные случаи произведенныхъ ими кастрацій. Каждый изъ упомянутыхъ авторовъ касается лишь макроскопической картины кистовидно перерожденныхъ яичниковъ, полученныхъ ими. Въ случаѣ *Richter*'а самая большая полость была наполнена кровянымъ распадомъ — кристаллы гематоидина и зернистый детритъ.

Затѣмъ также *Lawson Tait* ⁴⁾, не касаясь совершенно детальныхъ измѣненій, говоритъ лишь вообще, что при фиброміомахъ матки вся тяжесть заболѣванія лежитъ не въ маткѣ, но въ яичникахъ, ибо столь часто ему встрѣчались измѣненія въ этихъ органахъ. Авторъ сознаетъ, что взглядъ этотъ чисто гипотетическій, но дальнѣйшая старательная провѣрка его крайне желательна. Въ слѣдующемъ году *Tyng* ⁵⁾ сообщилъ свой случай кастрацій, въ которомъ правый яичникъ былъ совершенно здоровъ, лѣвый же содержалъ двѣ маленькихъ кисты.

Затѣмъ, въ 1882 году, свѣдѣнія о состояніи яичниковъ при фиброміомахъ матки также далеко не подвинулась и ограничивались лишь крайне поверхностными замѣчаніями объ удаленныхъ яичникахъ, или большинство авторовъ совершенно проходило мимо этого вопроса. Такъ *Wiedow* ⁶⁾ въ своемъ сообщеніи «къ вопросу о кастраціи при фиброміомахъ матки» встрѣчалъ въ однихъ случаяхъ, повидимому, нормальные яичники, въ другихъ увеличенные. Оцѣнивалось имъ состояніе яичниковъ простымъ невооруженнымъ глазомъ. Подобное же

¹⁾ *Richter*. Berlin. klin. Wochenschr. 1880, № 7. 96.

²⁾ *Burckhardt*. Deutsch. med. Wochenschr. 1880, № 27. 358.

³⁾ *Bruntzel*. Arch. f. Gyn. 1880, № 6. 110.

⁴⁾ *Lawson Tait*. An account on seventy six consec. cases of abd. section. Birming. 1880.

⁵⁾ *Tyng*. Americ. Journ. of the Med. Sc. 1881, 190.

⁶⁾ *Wiedow*. Centralblatt f. Gyn. 1882, № 6. 81.

заявленіе мы встрѣчаемъ у *Meredith*'а ¹⁾. Затѣмъ *Saxinger* по заявленію *Schleich*'а ²⁾ удалилъ въ этомъ же году оба кистовидно перерожденные яичника, а *Thornton* ³⁾ годомъ позже сообщилъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ встрѣчались кистовидные яичники и трубы; иногда они были склеены другъ съ другомъ.

Leopold ⁴⁾, интересуясь вопросомъ о зависимости между овуляціей и менструаціей, нашелъ въ яичникахъ полученныхъ путемъ кастраціи подходящій матеріалъ для своей цѣли. Къ сожалѣнію весь большой матеріалъ свой и полученный отъ *Hegar*'а онъ изучалъ только макроскопически со стороны присутствія желтыхъ тѣлъ въ яичникахъ. Часть яичниковъ, судя по приводимымъ размѣрамъ ихъ, были увеличены, надъ поверхностью въ нѣкоторыхъ изъ нихъ выступали зрѣлые фолликулы. На продольномъ разрѣзѣ можно было рассмотреть рядъ большихъ фолликуловъ отъ вишни до боба, изъ которыхъ многіе сжаты и входили одинъ въ другой. Встрѣчались то свѣжія, то старыя желтыя тѣла, а въ одномъ случаѣ *Leopold* имѣлъ кисту желтаго тѣла. Рядомъ съ подобными картинами у него существуютъ указанія, что яичники, повидимому представлялись здоровыми.

Müller ⁵⁾ своими анатомическими картинами удаленныхъ яичниковъ при фиброміомахъ матки, относящихся къ 1884 г. подтверждаетъ существованіе заявленія авторовъ о кистозной дегенераціи фолликуловъ. Яичники въ этихъ случаяхъ онъ находилъ значительно увеличенными. Перовная поверхность ихъ покрыта небольшими выступами. На разрѣзѣ по автору находилось значительное число толстостѣнныхъ кистъ различнаго объема тѣсно соприкасающихся между собою такимъ образомъ, что отдѣльныя полости сжаты до уничтоженія просвѣта. Такое количество полостей производило на него впечатлѣніе массы развившихся фолликуловъ, между которыми строма была почти атрофирована. Другую группу яичниковъ *Müller* опи-

¹⁾ *Meredith*. Transactions obstetr. Society of London vol XXIV for de year 1882. 339.

²⁾ *Schleich*. Ueber Castration bei Myo-fibr. des Uterus. Dissert. 1884. 5.

³⁾ *Thornton*. The Brit. med. Journ. oct. 13. 1883. 713.

⁴⁾ *Leopold*. Archiv. fur Gyn. 21. 1883, 363, 366, 366.

⁵⁾ *Müller*. Ueber die Castration der Frauen. Berlin. deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XX Heft. 1, 2.

сваиваетъ подъ именемъ хроническаго оофорита. Большую часть въ яичникахъ этой группы верхняя поверхность представлялась неровной, избороденной. На поверхности разрыва лишь изрѣдка онъ встрѣчалъ маленькіе фолликулы. Масса граафовыхъ пузырьковъ погибла вслѣдствіе разрастанія стромы, а потому поверхность разрыва имѣла видъ бѣлой ровной ткани, покрытой рубцовыми образованиями съ втягиваніями по мѣстамъ на поверхности. Въ этомъ же году (1884) *Cyruis* ¹⁾ удалилъ оба яичника вмѣстѣ съ кистозифиброзою матки, причемъ яичники были увеличены и отчасти покрыты ложными перепонками.

Съ именемъ *Duplay* ²⁾ опубликовавшаго свои два наблюденія въ 1885 году связывается наиболѣе подробное микроскопическое изслѣдованіе яичниковъ полученныхъ путемъ кастраціи. *Duplay* останавливается лишь на второмъ наблюдении, такъ какъ по независимымъ отъ него обстоятельствамъ не можетъ указать на состояніе яичниковъ въ первомъ случаѣ. Большая съ фиброміомой лѣвой стороны матки, легко осязаемая тотчасъ позади *symph. pubis*, страдала сильными кровотеченіями неуступающими обычнымъ палліативнымъ терапевтическимъ мѣшательствамъ. Макроскопически удаленные яичники представлялись увеличенными; лѣвый по объему превосходилъ правый яичникъ. На разрывахъ обоихъ яичниковъ различалось нѣсколько геморрагическихъ фокусовъ величиной отъ просыпаннаго зерна до горошинъ; количество подобныхъ гнѣздъ въ лѣвомъ яичникѣ было больше. Тутъ же различались маленькія бѣловатая мѣста, содержимое ихъ частью вынадало и тогда они превращались въ маленькія полости правильнаго вида, которыя *Duplay* считаетъ за рудиментарныя кисты. Микроскопическое изслѣдованіе дало идентичные результаты по словамъ автора, не смотря на различную величину яичниковъ. Кортикальный слой яичника былъ атрофированъ и сдавленъ маленькими кистами съ гомогеннымъ зернистымъ содержимымъ безъ форменныхъ элементовъ и многочисленными геморрагическими очагами, отдѣльно расположенными. Эти послѣдніе представлялись то ясно ограниченными отъ сосѣдней ткани большей или меньшей толщины фиброзою оболочкой, то содержа-

лись въ видѣ неправильной формы гнѣздъ, окруженныхъ безъ рѣзкой границы соединительно-тканной стромой яичника съ разбросанными въ ней эмбриональными клетками. Источниковъ указанныхъ крововязаній однако не удалось опредѣлить. Какъ на выдающееся явленіе указано почти на полное отсутствіе Граафовыхъ фолликуловъ. Рѣдкій препаратъ показывалъ два—три фолликула на значительномъ разстояніи другъ отъ друга. Достаточно развитые фолликулы имѣли яйцо съ ядрышкомъ въ центрѣ, но стѣнки ихъ не представляли правильнаго развитія. Желтая тѣла отсутствовали. Мозговая часть яичника содержала значительное количество расширенныхъ сосудовъ съ ясно утолщенными стѣнками, по виду ясно различались артеріи отъ венъ. Ткань, изобилующая сосудами, очень походила на кавернозную, тѣмъ болѣе что, судя по описанію, нѣкоторые сосуды были неправильнаго вида въ силу выпячиваній стѣнокъ, напоминающихъ маленькіе аневризмы. Соединительная ткань вокругъ сосудовъ была утолщена и содержала эмбриональные элементы. На ряду съ указанной сравнительно подробной микроскопической картиной яичниковъ, представленной *Duplay*, въ этомъ же году *Morris* ¹⁾, *Menzel* и *Hempel* сообщили свои наблюденія въ видѣ краткой замѣтки о состояніи яичниковъ. *Morris* вмѣстѣ съ 19 фунтовой міомой удалилъ лѣвый яичникъ, который представлялся увеличеннымъ и содержалъ 5 маленькихъ кистъ.

У *Menzel*'а ²⁾ въ одномъ случаѣ яичники были, по его словамъ, нормальной формы и величины, хотя содержали при макроскопическомъ ихъ осмотрѣ маленькія кисты, раздавленные рукой оператора при извлеченіи. Въ другомъ случаѣ лѣвый яичникъ сохранялъ нормальную форму и величину, а правый увеличенный въ два раза и кистовидно перерожденный представлялъ строму сдавленную между развившимися полостями.

Hempel ³⁾ въ одномъ случаѣ множественной міомы матки имѣлъ правый яичникъ въ большое голубиное яйцо фиксированнымъ ложными перепонками къ тазовой стѣнкѣ, лѣвый же яичникъ, помѣщавшійся около опухоли, былъ перерожденъ.

¹⁾ *Morris*. Med. News and Abstract. XXXIX, Juli. 392.

²⁾ *Menzel*. Arch. f. Gyn. 26. 1885. 42. 43.

³⁾ *Hempel*. Ueber die Indikationen zur Castration der Frauen. Inaug. Diss. 1885. 6.

¹⁾ *Cyruis*. Врачъ. 44. 1884. 745.

²⁾ *Duplay*. Archiv de tocologie. 1885. 605.

Въ слѣдующемъ году (*Prochowick* ¹⁾) хотя отказывается въ своей статьѣ «*Beiträge zur Castrationsfrage*» на основаніи своего маленькаго матеріала рѣшить вопросъ — измѣняются ли яичники въ величинѣ и структурѣ при фиброміомахъ матки, тѣмъ не менѣе важно то, что онъ старается видимо связать кровотока съ состояніемъ яичниковъ. Въ этихъ послѣднихъ (два случая—9 и 10) рядомъ съ неизмѣнными маленькими фолликулами онъ находилъ много погибающихъ въ раннихъ стадіяхъ своего развитія.

Взглядъ *Prochowick*'а поддерживается также *Lawson Tait* ²⁾, который, какъ мы указали раньше, высказался лишь гипотетически о заболѣваніи яичниковъ при фиброміомахъ матки. Теперь же (1886 года), имѣя за собой большой матеріалъ, онъ выводитъ заключеніе, что въ большинствѣ случаевъ при фиброміомахъ матки яичники были кистовидно перерождены, имѣя величину то очень значительную, то небольшое лѣснаго орѣха. Весь яичникъ былъ занятъ полостями, имѣя лишь остатки стромы. По его мнѣнію разрушительныя и продолжительныя геморрагіи обуславливались такимъ кистознымъ перерожденіемъ яичниковъ. Далѣе *Tait* приводитъ этому доказательство въ видѣ того, что при вполнѣ здоровой маткѣ у женщины съ неукротимыми кровотечениями онъ рѣшился удалить яичники, эти послѣдніе представлялись также кистовидно перерожденными.

Рядомъ съ указанными авторами мы въ этомъ же году имѣемъ сообщеніе *Thornton*'а ³⁾, въ которомъ онъ съ большимъ вниманіемъ, тѣмъ въ предыдущемъ своемъ случаѣ, останавливается на удаленныхъ яичникахъ. При фиброміомахъ матки, онъ говоритъ, яичники вообще представляются большими, вслѣдствіе длительного воспалительнаго процесса. Въ описанномъ имъ случаѣ правый яичникъ представлялъ увеличенное развитіе фолликуловъ, съ одновременнымъ разрастаніемъ стромы и уплотненіемъ оболочки его. Подобное обильное развитіе фолликуловъ *Thornton* объясняетъ увеличеннымъ притокомъ крови,

¹⁾ *Prochowick*. Archiv für. Gyn. 29. 1886. 206.

²⁾ *Lawson Tait*. Traité des maladies des ovaires. Traduit par A. Olivier, Paris. 1886.

³⁾ *Thornton*. Transactions of the Obstetr. Society of London. vol. XXVII for the year 1886. LXI and 335.

хотя, по его словамъ, тоже самое можетъ быть слѣдствіемъ сращеній или распренія сосудовъ, которое сопровождается ростомъ большихъ фиброміомъ. Такимъ образомъ *Thornton* старается подтвердить наблюденія своего перваго заявленія. Капсула я стромы лѣваго яичника были уплотнены и сморщены, въ стромѣ разбросаны погибающіе фолликулы и *corpora lutea*. Яичникъ въ такомъ состояніи чаще всего служитъ источникомъ болѣе у данныхъ болѣзней по наблюденіямъ автора.

Проф. *Runge* ⁴⁾ наблюдалъ кистовидное перерожденіе лѣваго яичника у больной, имѣвшей міому величиной съ яблоко, которая помѣщалась позади и въ нижнемъ отдѣлѣ матки, частью переходя въ шейку ея. Съ задней стѣйки опухоли были сращены правый яичникъ, оставленный неудаленнымъ. Кровотеченія однако остановились на нѣкоторое время, и сама опухоль уменьшилась.

Далѣе *Malcolm* ⁵⁾ демонстрировалъ пару яичниковъ, какъ представляющихъ собой типическія измѣненія хроническаго софорита, встрѣчаемаго въ связи съ фиброміомами матки. Измѣненія заключались въ сильно повышенномъ развитіи фолликуловъ, съ наростаніемъ стромы и уплотненіемъ капсулы. Яичникъ представлялся наполненнымъ фолликулами и напоминалъ *multilocular*ную опухоль. Здѣсь же попадались *corpora rubra et lutea* въ различныхъ стадіяхъ ихъ обратнаго развитія. Эти активныя измѣненія обязаны своимъ происхожденіемъ увеличенному кровоснабженію, думаетъ *Malcolm*, или являются слѣдствіемъ сращеній. Лѣвый яичникъ находился въ дальнейшей стадіи воспалительнаго процесса; здѣсь было не много абортивныхъ фолликуловъ, пораженныхъ вслѣдствіе глубокаго положенія въ стромѣ, небольшое количество *corpora lutea* сморщиванія и уплотненія стромы и капсулы.

Ядъ авторовъ послѣдующаго года (1887)—*Cornil et Terrillon* ⁶⁾, *Winckel* ⁴⁾, *Neale* ⁵⁾, *Fehling* ⁶⁾, *Салмановъ* ⁷⁾, не

¹⁾ *Bunge*. Centrbl. für Gyn. 1886. 18. 286.

²⁾ *Malcolm*. Transact. of the Obst. Soc. of London. XXVIII. 1886. 279.

³⁾ *Cornil et Terrillon*. Archiv de Physiologie 2. 1887. 547.

⁴⁾ *Winckel*. Deutsche Zeitschr. f. pract. Med. 46. 1887. 521.

⁵⁾ *Neale*. Philad. med. and. surg. Reporter. LV. 1887. 649.

⁶⁾ *Fehling*. Med. Corr.-Blatt. 1887. № 1, 2 и 3.

⁷⁾ *Салмановъ*. Врачъ. 52. 1887. 1008.

внесли никаких существенных данных въ область этого вопроса. Одни, как напр., *Cornil et Terrillon*, нашли их въ одномъ случаѣ кастраціи мало измѣненными микроскопически. Другіе—*Winckel* и *Neale*—склонны усматривать въ присутствіи яичниковъ источникъ воспалительнаго состоянія яичниковъ и трубъ. *Fehling* удалялъ нѣрѣдко увеличенные яичники, которые были сращены съ окружающими органами. Наконецъ *Салмановъ* сообщилъ случай кастраціи по поводу множественной фибромы матки, при чемъ удаленные яичники были слегка увеличены и содержали по одному желтому тѣлу и по двѣ маленькія кисты.

Далѣе *Wehmer* ¹⁾, *Terrillon* ²⁾, и *Zinsmeister* ³⁾ также говорятъ о кистовидноперожденныхъ яичникахъ при фиброміомахъ матки. Последніе два автора представили каждый лишь по одному случаю, а *Wehmer* обобщаетъ этотъ фактъ въ томъ смыслѣ, что въ высшей степени заслуживаетъ вниманіе то обстоятельство, что яичники при большихъ міомахъ почти постоянно представлялись патологически измѣненными отъ простаго увеличенія до кистовиднаго перерожденія и дѣйствительнаго образованія опухоли. Въ помѣщенной же таблицѣ онъ лишь вскользь замѣчаетъ о состояніи удаленныхъ яичниковъ.

Что касается взглядовъ *Championnière*'а ⁴⁾ и *Segond*'а ⁵⁾ относящихся также, какъ и взгляды предыдущихъ авторовъ, къ 1888 г., то въ нихъ проглядываетъ снова стремленіе связать клиническія данныя съ заболѣваніемъ яичниковъ, о чемъ они упоминаютъ лишь мимоходомъ, не чувствуя подъ собою достаточной патолого-анатомической почвы, которая послужила бы опорой ихъ выводамъ. *Championnière* въ заключеніи своего доклада прибавляетъ: яичники при фиброміомахъ матеря сами являются пораженными и могутъ вызывать тяжелыя явленія. *Segond*, говоря о показаніяхъ къ кастраціи при фиброміомахъ матки, считаетъ, что она особенно показана въ случаяхъ выраженныхъ заболѣваний яичниковъ съ усиленной менструаціей, ибо они вызываютъ своимъ присутствіемъ цѣлый рядъ нервныхъ явленій различной интенсивности.

Залицкий ¹⁾ въ своихъ 18 надвлагалищныхъ лапарогистеротоміяхъ по *Schroeder*'у дѣлаетъ указанія на состояніе яичниковъ, удаляемыхъ иногда вмѣстѣ съ опухолью, при чемъ автору встречались то увеличенные, то здоровые яичники; впрочемъ эти послѣдніе попадались чаще. Авторъ не указываетъ способа оцѣнки, которымъ онъ пользовался, дѣлая выводы о здоровомъ состояніи удаленныхъ органовъ.

Работа *Petitpierré*'а ²⁾, появившаяся лѣтомъ прошлаго года, исчерпывается лишь 3 парами яичниковъ, полученныхъ отъ больныхъ страдающихъ кровотечениями при фиброміомахъ матки. Тѣмъ не менѣе мы считаемъ должнымъ указать подлинныя слова автора по этому поводу; онъ то не находилъ ни одной кисты на многихъ поперечныхъ срѣзахъ, то больше двухъ маленькихъ, такъ что считаетъ себя не вправѣ говорить о «kleincystische Degeneration».

Въ той же части Arch. f. Gyn. мы встречаемъ рефератъ сообщенія *Bulius*'а ³⁾ «Die kleincystische Degeneration des Eierstockes», при чемъ въ концѣ кратко изложенной картины этого состоянія прибавлено, что въ числѣ причинъ, вызывающихъ подобное состояніе, авторъ считаетъ между прочимъ фиброміомы матки.

Лишь только въ настоящее время, окончивъ свои изслѣдованія, мы имѣемъ возможность воспользоваться полнымъ докладомъ автора помѣстившаго свою работу въ «Beitrage zur Geburtshilfe und Gynäkologie» наряду съ другими учениками *Alfred*'а *Hegar*'а. Здѣсь мы находимъ заявленіе, что вопросъ, занимающій насъ и на который мы въ состояніи уже дать положительный отвѣтъ, разрѣшается въ Фрейбургской гинекологической клиникѣ, хотя окончательные результаты, по словамъ *Bulius*'а ⁴⁾, еще не получены.

Что касается тѣхъ 4 случаевъ кистовидно перерожденныхъ яичниковъ при фиброміомахъ матки, которые приведены имъ рядомъ съ таковыми же, но полученными при другихъ страданіяхъ, то мы лишь въ настоящее время можемъ привести ихъ болѣе подробно. Размѣры яичниковъ колебались въ длину

¹⁾ *Wehmer*. Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gyn. 1888. 14. 127.

²⁾ *Terrillon*. Annales de Gyn. et d'obstet. 1888. Mars. 207.

³⁾ *Zinsmeister*. Wien. Med. Blatt. 49. 1888. 1560.

⁴⁾ *Championnière*. An. de Gyn. et d'obstet. 1888. Sept. 212.

⁵⁾ *Segond*. Ibid. 424.

¹⁾ *Залицкий*. Медицинское Обозрѣніе 1888. № 23. 1019.

²⁾ *Petitpierré*. Archiv f. Gyn. 1889. Bd. XXXV. Heft. 3. 464.

³⁾ *Bulius*. Jbid. 533.

⁴⁾ *Bulius*. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Herrn Hegar von seinen Schülern gewidmet. Stuttgart. 1889. 201.

отъ 7 до 3 сtm., въ ширину отъ 3 до 1,25 сtm., въ толщину отъ 1,8 до 1 сtm. Поверхность представлялась усѣянной пузырьками различной величины и количества, достигающаго напр. до 14 на передней поверхности въ одномъ случаѣ (8). *Albuginea* во всѣхъ яичникахъ была утолщена въ большей или меньшей степени, доходя до 1 мм. (случай 10). Строма яичника лишь въ одномъ случаѣ (10) содержала достаточное количество веретенообразныхъ элементовъ, представляющихъ рыхлую волокнистую ткань, при чемъ примордиальные фолликулы попадались здѣсь рѣдко. Рыхлая волокнистая ткань съ мелко-клеточной по мѣстамъ инфльтраціей встрѣчалась въ 3-хъ яичникахъ, изъ которыхъ въ 2-хъ яичникахъ крайне рѣдко встрѣчались фолликулы. Наконецъ плотная соединительная ткань различалась въ 3-хъ яичникахъ, гдѣ количество примордиальныхъ фолликуловъ было достаточное. Въ кистовидныхъ полостяхъ эпителий частью отслоился и лежалъ въ полости. Во нихъ обычно уже не попадались ни *Discus proligerus*, ни яйцо. Лишь въ одномъ яичникѣ (случ. 9 прав. яичникъ) можно было узнать въ сохранившемся *Discus proligerus* мѣсто, изъ котораго выпало яйцо. Встрѣчались желтые тѣла (см. 9 и 10), всѣ въ позднихъ стадіяхъ обратнаго развитія и *corpora sandicantia* въ количествѣ 4—5, величиною съ конопляное зерно (прав. яичникъ 9 случ.). Наиболѣе выдающееся явленіе—это увеличенное количество сосудовъ, стѣнки которыхъ были поперемешеству перерождены и утолщены до полной потери просвѣта. Авторъ наблюдалъ въ нѣкоторыхъ сосудахъ пролиферацию клетокъ внутренней оболочки ихъ. Всѣ подобныя измѣненія со стороны сосудовъ главнымъ образомъ имѣли мѣсто въ *hulus* яичниковъ.

Такимъ образомъ резюмируя все, что приведено изъ литературы по занимающему меня вопросу, я могу сказать, что большинствомъ авторовъ въ общемъ установлено, что при фиброміомахъ матки яичники болѣе или менѣе постоянно измѣнены, хотя въ подробностяхъ не всѣ измѣненія указаны авторами; тѣмъ не менѣе изъ имѣющихся казуистическихъ наблюденій и изслѣдованій можно вывести то общее заключеніе, что въ числѣ гистологическихъ измѣненій наблюдается нерѣдко кистовидное перерожденіе яичниковъ (*Virchow, Schücking, Richter, Thornton, Müller, Duplay, Tait, Malcolm, Wehmer,*

Bilius), а равно и интерстиціальныя оофориты (*Virchow, Müller, Thornton, Malcolm*) и характерныя измѣненія въ сосудахъ, въ ихъ количествѣ и гистологической структурѣ стѣнокъ. (*Thornton, Malcolm, Duplay, Bilius*).

Такъ какъ всѣ эти выводы основаны на отдѣльныхъ казуистическихъ наблюденіяхъ, то я съ своей стороны задался цѣлью проверить ихъ на болѣе значительномъ матеріалѣ, руководствуясь соображеніями, которыя я выше высказалъ.

II.

Макроскопическія данныя изслѣдованія. Матеріалъ подлежащій моему изслѣдованію охватывалъ 40 яичниковъ полученныхъ путемъ кастраціи женщинъ, страдающихъ фиброміомою матки, причемъ въ 16 случаяхъ операція была произведена профессоромъ *А. И. Лебедевымъ* и въ 4-хъ случаяхъ докторомъ *Д. М. Курьевымъ* (въ Маринской больницѣ), которому и приношу благодарность за любезное предоставленіе мнѣ матеріала.

По возрасту больныя, отъ которыхъ получены мною яичники, распределялись слѣдующимъ образомъ:

отъ 25 до 30 лѣтъ	— 1
» 30 » 35 »	— 5
» 35 » 40 »	— 6
» 40 » 45 »	— 6
выше 45 »	— 2

По отношенію къ производительной дѣятельности:

не рожавшихъ	14
рожавшихъ одинъ разъ	3
рожавшихъ два раза	3

Плотный характеръ строенія опухоли, кромѣ двухъ (XIV и XVI) случаевъ кавернозныхъ міомъ, имѣлся у остальныхъ 18 больныхъ, причемъ фиброміомы по преимуществу развивались внутрістѣнно.

Поверхность удаленныхъ яичниковъ была крайне неправильна; въ однихъ случаяхъ она представляла бугры величины отъ горошины до каштана; въ другихъ, отдѣльныхъ возвышеній не наблюдалось и вся поверхность была морщинистой, дис. Д. Попова.

64274

Иван.
 1-го Января 1904.
 Научная Библиотека
 Императорскаго
 Училища Правоведенія

неровной съ ясно различимыми бороздками самой разнообразной формы и величины.

На поверхности такихъ ячниковъ только въ отдѣльныхъ случаяхъ (IV, XII) попадались ложныя перепонки въ весьма ограниченномъ количествѣ, различаемыя иногда лишь при употребленіи лупы.

Размѣры изслѣдованныхъ мною ячниковъ колебались въ слѣдующихъ предѣлахъ:

длина отъ 2,5 ctm. до 3,5 ctm.	—	13	ячниковъ.
» » 3,5 » » 4 »	—	5	»
» » 4 » » 5 »	—	13	»
» » 5 » » 6 »	—	7	»
» » 6 » » 7 »	—	2	»
ширина отъ 1 ctm. до 2 ctm.	—	4	ячника.
» » 2 » » 3 »	—	25	»
» » 3 » » 4 »	—	10	»
» » 4 » » 4 »	—	1	»
толщина отъ 0,8 ctm. до 1,2 ctm.	—	12	ячниковъ.
» » 1,2 » » 2 »	—	19	»
» » 2 » » 3 »	—	9	»

При оцѣнкѣ числовыхъ данныхъ, выражающихъ собой длину (diameter transversal *Charpentier's*), ширину (высота по *Luschka*) и толщину, я согласно *Henle* ¹⁾ принялъ за нормальныя слѣдующія колебанія размѣровъ:

для длины	отъ 2,5 до 4 ctm.
» ширины	» 2 » 3 »
» толщины	0,7 » 1,2 »

Ячники же съ размѣрами, превосходившими эти, я относилъ къ увеличеннымъ. Цифровыя данныя размѣровъ для нормальныхъ ячниковъ по *Luschka* ²⁾—длина=4 ctm., высота=2,2 ctm., толщина=1,3 ctm.—почти совпадаютъ съ принятыми *Henle* и *Sinety* ³⁾, по которому длина колеблется отъ 3 до 4 ctm.; ширина—2 ctm.; толщина отъ 1 до 1,2 ctm.

Charpentier ⁴⁾ даетъ средніе размѣры ячниковъ, причемъ

¹⁾ *Henle*. Handbuch der Eingeweidelehre des Menschen. Braunschweig. 1873, 497.

²⁾ *Luschka*. Die Anatomie des Menschen. Bd. II. Abth. 2, 1864.

³⁾ *Sinety*. Traité pratique de Gynecologie et des maladies des femmes. 1884. Paris 631.

⁴⁾ *Charpentier*. Traité pratique des Accouchements. 1883. 30.

длина по этому автору равняется 38 mm., ширина=18mm, толщина=15mm.

Принимая для нормальныхъ ячниковъ вышеуказанные по *Henle* размѣры, я слѣдовательно имѣлъ увеличенную длину въ 22, ширину въ 11 и толщину въ 28 ячникахъ; изъ этого видно, что въ изслѣдованныхъ мною ячникахъ толщина чаще другихъ размѣровъ была увеличена.

Такое увеличеніе толщины большей половины ячниковъ еще тѣмъ болѣе должно остановить наше вниманіе, что изъ 28 ячниковъ съ увеличенной толщиной 10 были получены отъ большихъ, приближающихся къ климактерическому возрасту, для котораго *Kisch* ¹⁾ считаетъ началомъ 42 года; по *Waldeyer* ²⁾ же въ этотъ періодъ возраста замѣчается уплощеніе ячниковъ т. е. уменьшеніе ихъ толщины (сагитального размѣра по автору).

Увеличеніе всѣхъ размѣровъ я наблюдалъ въ 7 ячникахъ, принадлежавшихъ 6-ти женщинамъ, изъ которыхъ одна имѣла оба увеличенные ячника (XI).

Поперечные размѣры, проводимые обычно черезъ всю толщину въ различныхъ мѣстахъ ячниковъ, давали возможность различать въ нихъ присутствіе большаго или меньшаго количества полостей, причемъ одни ячники имѣли только одну большую полость (XII, XX) и нѣсколько маленькихъ, не превышающихъ конопляннаго зерна, а въ то время какъ въ другихъ на плоскости разрѣза встрѣчалось отъ 2—10 мѣшкообразныхъ полостей величиной отъ 0,5 ctm. до 2 ctm. (II, III, VI, IX, XI); онѣ носили самую разнообразную форму, сдвигались одні между другими до полной атрофіи перегородокъ, раздѣляющихъ эти полости и такимъ путемъ онѣ сливались, образуя большую полость.

Ткань ячника, отдѣлявшая одні полости отъ другихъ, имѣла видъ то очень толкыхъ перегородокъ, то содержалась въ видѣ достаточной толщины мостиковъ. Полости располагались или въ болѣе глубокихъ слояхъ ячника, или лежали точь в точь подъ поверхностью, будучи отдѣлены отъ нея участками ткани не толще 1 mm.

¹⁾ *Kisch*. Archiv. für Gynäcol. XII. 1877, 417.

²⁾ *Waldeyer*. Eierstock und Ei. Leipzig. 1870, 29.

Содержимое этих полостей на спиртовых препаратах имело характер творожистой массы, в различной степени выпячивающей их; на свежих же препаратах, которые непосредственно послѣ операций переходили мнѣ в руки, оно имело видъ прозрачной подвижной жидкости, быстро вытекающей тотчас по вскрытіи пузырька.

Большая часть яичниковъ (спиртовые препараты) имѣла на разрѣзѣ видъ бѣлой, ровной, гладкой поверхности, на свежих же препаратахъ ясно можно было отличить компактный корковый слой бѣловатаго цвѣта отъ рыхлаго красноватаго мозгового слоя.

Въ двухъ яичникахъ (XIX, XX), полученныхъ мною тотчасъ послѣ операций я встрѣтилъ менструальныя желтыя тѣла недѣльной давности.

Способъ микроскопическаго изслѣдованія препаратовъ.
Полученные препараты послѣ операций, изслѣдованные макроскопически въ только что указанномъ направленіи, частью заключались въ спиртъ для консервированія и въ такомъ видѣ сохранялись до изслѣдованія, частью для фиксированія обрабатывались 5% растворомъ сулемы и, затѣмъ, послѣ промыванія въ водѣ куски, вырѣзанные черезъ всю толщю яичниковъ, подвергались уплотненію въ абсолютномъ алкоголѣ. Въ отдельныхъ случаяхъ кусочки яичниковъ не болѣе 1 см. тогда послѣ удаленія послѣднихъ клались въ флемминговскую жидкость на 1 сутки, и затѣмъ, около сутокъ промывались непрерывной струей воды и уже потомъ обрабатывались спиртомъ различной крепости.

Обработанные абсолютнымъ алкоголемъ куски переносились въ равную смѣсь алкоголя съ эфиромъ на сутки, и затѣмъ, въ растворъ фотоксилина, предложеннаго Krynsky¹⁾; взявъ растворъ жидкій и средній, я въ каждомъ изъ нихъ поочередно держалъ кусочки по 2-ое сутокъ и потомъ, передоживши въ ванночку, заливалъ въ ней растворомъ густой (сиропообразной) консистенціи и держалъ здѣсь до тѣхъ поръ, пока фотоксилинъ не дѣлался плотной массой.

¹⁾ Krynsky. Photoxilin, als Einbettungsmittel. Archiv. für pathol. Anatomie und Physiol. und für klin. Med. Bd. 108, 217.

Вырѣзанные изъ уплотненнаго фотоксилина куски я наклеивалъ на пробки растворомъ средней консистенціи. Подобный способъ заключенія препаратовъ въ фотоксилинъ давалъ мнѣ возможность производить топографическія послѣдовательныя срѣзы чрезъ весь яичникъ, доходившіе до 3,2 см. въ діам. и съ другой стороны фиксировать in situ содержимое полостей; кромѣ того при послѣдующей обработкѣ подобная пропитывающая масса не растворяется и не воспринимаетъ окраски.

Нарѣзанные микротомомъ Юнга препараты окрашивались гематооксиномъ, эозиномъ, шкροлитокмарпиномъ и насыщеннымъ воднымъ растворомъ сафранна.

Обезвоженные препараты въ абсолютномъ алкоголѣ просвѣтлялись oleo *Origanii vulgaris* или *creosoto purissimo* fagi и перенесенные на предметное стекло заключались въ канадскій бальзамъ.

Препараты полученные указаннымъ путемъ дали мнѣ возможность придти къ тѣмъ результатамъ, изложеніемъ которыхъ я сейчасъ займусь.

Покрывающій эпителий. По свободной поверхности нѣкоторыхъ яичниковъ (№ I—III—V—VI—X—XI—XII—XIII—XIV—XVI—XVIII—XIX—XX) на отдельныхъ мѣстахъ сохранился цилиндрическій или кубическій эпителий; границы клѣтокъ лишь въ рѣдкихъ случаяхъ можно различать отчетливо, на большинствѣ же препаратовъ очертанія клѣтокъ поверхностнаго эпителия или совсѣмъ отсутствовали, или плохо различались. Ядра клѣтокъ тамъ, гдѣ ихъ можно было видѣть, имѣли круглую или овальную форму, располагались длиннымъ своимъ діаметромъ перпендикулярно къ поверхности яичника и имѣли почти одинаковую величину съ незначительнымъ около нихъ поясомъ зернистой протоплазмы; впрочемъ въ большей части препаратовъ ядра плохо различались.

Въ углубленіяхъ и щеляхъ, наблюдаемыхъ мною на поверхности яичниковъ, эпителий какъ общее правило былъ сохраненъ, и отдельные клѣточные элементы его были ясны; въ этихъ мѣстахъ эпителий вездѣ располагался въ одинъ слой.

Такое присутствіе эпителия въ углубленіяхъ и исчезаніе его на поверхности, наблюдаемое мною, подтверждается и изслѣдованіями нѣкоторыхъ другихъ авторовъ.

Так *Wagener* ¹⁾ указывает на частое отсутствие эпителия на исследованных им яичниках человека и животных, объясняя это явление пожилым возрастом своих объектов. *Nagel* ²⁾ в своих исследованиях, указывая на остатки сохранившегося эпителия в углублениях и под ложными перепонками, обращает внимание на частое отсутствие его на поверхности, причем вполне присоединяется к мнѣнію *Waldeyer'a* ³⁾, который наблюдал, что мацерация в водѣ и очень слабым раствором поваренной соли, а также другія необходимыя для обработки препаратов манипуляціи способствуют быстрому отдѣленію эпителия от подлежащей ткани.

Столь легким отторженіем эпителия *Waldeyer* старается доказать *His'y*, *Grohe* и *Schrön'y*, что яичникъ покрытъ не эндотелиемъ, который обычно даже при болѣе энергическихъ манипуляціяхъ не отдѣляется отъ серозныхъ оболочекъ.

Основываясь на данныхъ *Waldeyer'a*, я думаю, что къ матеріалу, добытому оперативнымъ путемъ — кастраціей, должно относиться осторожно, дѣлая выводы относительно состоянія поверхностнаго эпителия, ибо яичники при этомъ подвергаются ряду механическихъ поврежденій помимо послѣдовательной технической обработки для микроскопическаго изслѣдованія.

Основываясь на этомъ, я не рѣшаюсь высказать, что служило дѣйствительной причиною, ведущей въ концѣ концовъ къ исчезанію эпителиальнаго покрова яичниковъ, полученныхъ отъ женщинъ, страдающихъ фибромиомами матки.

Присутствіе бороздокъ на поверхности яичниковъ съ сохранившимся эпителиемъ *Waldeyer'r* ⁴⁾ объясняютъ рубцовымъ втягиваніемъ, образующимся на мѣстахъ желтыхъ тѣлъ.

По *Kapff'y* ⁵⁾ углубленія и щели на поверхности яичниковъ происходятъ путемъ разрастанія на различныхъ смежныхъ

¹⁾ *Wagener*. Bemerkungen über den Eierstock und den gelben Körper. Archiv. f. Anat. und Physiol. 1879. 176.

²⁾ *Nagel*. Beitrag zur Anatomie gesunder und kranker Ovarien. Archiv f. Gyn. Bd XXXI Hf. 3. 333.

³⁾ *Waldeyer*. I. c. 6.

⁴⁾ *Waldeyer*. Die epithelialen Eierstocksgeschwülste. Archiv. f. Gyn. Bd. I. 290.

⁵⁾ *Kapff*. Reichert's und du Bois Archiv. 1872. 537—533.

мѣстахъ не только эпителия съ поверхности вглубь, но и собственной ткани яичника. Исслѣдованія свои *Kapff* производилъ на человѣческихъ зародышахъ и поэтому трудно говорить о томъ, насколько его наблюденія могутъ быть перенесены на яичники взрослыхъ, да притомъ еще и на не нормальные яичники.

Скорѣе можно соглашаться съ мнѣніемъ *Waldeyer'a* тѣмъ болѣе, что по сосѣдству такихъ углубленій удается иной разъ найти слѣды желтыхъ тѣлъ на пути къ ихъ окончательной резорбціи (III).

Эпителий, выстилающій подобныя углубленія, въ янхъ мѣстахъ измѣнилъ свою кубическую или цилиндрическую форму на плоскую. Ядра кѣтокъ въ данномъ случаѣ лежали не перпендикулярно къ поверхности яичника, но параллельно ей и на тонкихъ, удачныхъ срѣзахъ кѣтки располагались въ одинъ слой (III. XIV.). Такой же переходъ эпителиальныхъ кѣтокъ изъ одного вида въ другой, именно изъ высоко-цилиндрическихъ и кубическихъ въ плоскія эпителиальныя кѣтки, описанъ напр. д-ромъ *С. Д. Мизновымъ* ¹⁾ и *Orthmann'омъ* ²⁾ при воспаленіи трубъ, когда утолщенные складки слизистой оболочки сближаются и надавливаютъ другъ на друга.

Подобное объясненіе возможно дать нашимъ микроскопическимъ картинкамъ, гдѣ видимъ, что стѣнки болѣе или менѣе глубокой бороздки плотно прилегаютъ одна къ другой.

Что касается ложныхъ перепонокъ, покрывающихъ мѣстами поверхность нѣкоторыхъ яичниковъ (III. IV. XII. XV.), то онѣ настолько витно были сращены съ наружной частью кортикальнаго слоя, что опредѣлить границу собственной ткани яичника представлялось невозможнымъ, если случайно сохранившійся на поверхности «Keimepitel *Waldeyer'a*» не помогать этому разграниченію (рис. 5.) (III. IV. XII). Количество яичниковъ, въ которыхъ попадались ложныя перепонки, было весьма ограничено; кромѣ того, мнѣ ни разу не пришлось встрѣтить на исследованныхъ мною яичникахъ обильнаго образованія ложныхъ перепонокъ, какъ это нерѣдко на-

¹⁾ *Мизновъ*. Къ вопросу о заболѣваніи фоллопиевыхъ трубъ и яичниковъ Дисс. 1889. 23.

²⁾ *Orthmann*. Archiv f. path. Anatomie und Physiol. und für klinisch. Med. Bd. 108—165.

блюдается и описано авторами (*Monprofit* ¹⁾, *Heitzmann* ²⁾, *Cornil et Terrillon* ³⁾) при одновременном поражении труб и яичников (salpingoophoritis).

Таким образом, резюмируя все, что может быть сказано по поводу эпителия изслѣдованных нами яичниковъ, мы приходим къ слѣдующимъ выводамъ:

а) Эпителий большей частью на свободной поверхности яичниковъ отсутствуетъ.

б) Въ углубленіяхъ и щеляхъ, а равно и подъ ложными перепонками онъ частью сохранился въ цѣлости.

с) Имѣющійся эпителий не обнаруживаетъ склонности къ пролиферации, а наоборотъ скорѣе можно было бы думать, что онъ подвергается регрессивной метаморфозѣ и уничтожается.

Строма яичника. Переходя къ тѣмъ измѣненіямъ, которыя наблюдались въ интерстиціальной ткани яичниковъ, мы должны прежде всего въ краткихъ словахъ напомнить то состояние ея, какое встрѣчается обычно на яичникахъ въ ихъ нормальномъ видѣ.

Въ соединительной ткани коркаго слоя обильно разбросаны веретенообразныя, овальныя и круглыя соединительно-тканныя кѣтки, ядра которыхъ интенсивно окрашиваются гематоксилиномъ.

Обсѣвено значительнымъ скопленіемъ кѣточныхъ элементовъ отличаются болѣе глубоки слои коркаго слоя.

Въ силу обильнаго количества кѣточныхъ элементовъ соединительно-тканныя волокна различаются только на очень тонкихъ срѣзахъ и при расщепленіи препаратовъ. Весь корковый слой яичника при окраскѣ гематоксилиномъ и эозиномъ представляется рѣзко синимъ въ противоположность мозговому слою.

Въ такомъ корковомъ слое обычно въ возрастѣ 30—36 лѣтъ встрѣчается значительное количество примордіальныхъ фолликуловъ, мѣстами скученныхъ въ видѣ группъ или цѣпей по

Waldeyer ¹⁾, *Wagener* ²⁾ говорить, что веретенообразныя кѣтки этого слоя представляютъ поперечную тонкую исчерченность и по виду очень схожи съ мышечными кѣтками.

Köl liker ³⁾, *Olshausen* ⁴⁾, *Nagel* (l. c.), указывая въ свою очередь на обиліе въ корковомъ слое кѣточныхъ элементовъ, относятъ ихъ къ кѣткамъ соединительно-тканнаго типа.

Толщина подобнаго коркаго слоя «couche ovigène» описывается *Boinet* ⁵⁾ въ 1 мм.

При однихъ препаратахъ, полученныхъ изъ яичниковъ при фибромиомахъ матки, я руководствовался количествомъ кѣточныхъ элементовъ, количествомъ соединительной ткани и реакціей на красящія вещества (гематоксилинъ, пикрокарминъ, эозинъ); тамъ гдѣ вмѣлось на препаратѣ ясное преобладаніе соединительной ткани съ меньшимъ количествомъ кѣточныхъ элементовъ, тамъ я дѣлалъ заключеніе объ интерстиціальномъ характерѣ измѣненій (oophoritis interstitialis chronica), тамъ вмѣстѣ съ тѣмъ и степенію окраски гематоксилиномъ была выражена слабѣе, такъ какъ кѣтокъ было меньше.

То, что на моихъ препаратахъ можно было замѣтить, ближайшимъ образомъ можно выразить въ слѣдующемъ: количество соединительной ткани въ корковомъ слое почти во всѣхъ случаяхъ (кроме III, XIV) было замѣтно увеличено.

Соединительно-тканныя волокна, иногда цѣлыя пучки ихъ, шли то съ периферіи къ центру, то параллельно поверхности яичника; въ другихъ случаяхъ трудно было подмѣтить какую либо опредѣленность въ направленіи волоконъ.

Подобная картина измѣненій то наблюдалась по всему корковому слою (10 случаевъ), то измѣненные участки чередовались съ мѣстами, отличающимися богатствомъ соединительно-тканныхъ кѣтокъ, и пораженіе носило болѣе гнѣздный характеръ (8 случаевъ). Раздвинутыя соединительно-тканными волокнами кѣточные элементы имѣли сильно вытянутыя, веретенообразной формы ядра.

¹⁾ *Waldeyer*. l. c. 15.

²⁾ *Wagener*. l. c.

³⁾ *Köl liker*. *Entwicklungsgeschichte des Menschen*. Leipzig. 1879. 970.

⁴⁾ *Olshausen*. *Handbuch der Frauenkrankheiten*. Bd. II 1886. 268.

⁵⁾ *Boinet*. *Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement*. Paris. 1877. 12.

¹⁾ *Monprofit*. *Salpingites et ovarites*. 1888. 30.

²⁾ *Heitzmann*. *Die Entzündung des Beckenbauchfells beim Weibe*. Wien. 1883.

³⁾ *Cornil et Terrillon*. *Archiv de physiol.* 2. 1887. 547.

По направлению глубоким слоевъ картина измѣняется такимъ образомъ, что ткань дѣлается болѣе рыхлой, болѣе сосудистой (I, III, V, VII, IX, X, XIII, XIV, XV, XVII, XX), болѣе обидной кѣлочными элементами. Попадаютъ сосуды съ уплотненными стѣнками на счетъ разрастанія наружнаго слоя (periarteriitis), въ отдѣльныхъ случаяхъ (XII, XIV) вблизи артерій наблюдалась мелко-кѣлочная инфильтрація, мѣстами встрѣчались сосуды, просвѣты которыхъ представлялись значительно суженными; вены относительно мало измѣнены.

Рядомъ съ сосудами наблюдались плотные соединительнотканые круглые пучки, которые на первый взглядъ могли быть приняты за поперечные разрывы застывшихъ артерій, однако ближайшее изученіе этихъ поперечныхъ разрывовъ на многихъ препаратахъ, отношеніе ихъ къ сосудамъ, постоянно отсутствующимъ имъ, все это заставляетъ думать, что это есть поперечные разрывы нервныхъ стволовъ, наружная оболочка которыхъ подверглась процессу хроническаго воспаления, при этомъ, какъ можно судить по имбующимся картинамъ, соединительная ткань съ периферіи идетъ въ глубь нервныхъ стволовъ, уничтожая при этомъ отдѣльные нервные волокна.

Препараты (VI, VII, IX, X, XX) эти были продемонстрированы профессору Н. П. Ивановскому, который именно и призналъ ихъ за нервы, подвергшіеся хроническому воспаленію¹⁾.

Разрастаніе соединительной ткани въ яичникахъ издавна служило предметомъ изученія изслѣдователей.

*Kiwisch*²⁾ въ главѣ о воспаленіи яичниковъ въ цурперальнаго состоянія упоминаетъ и о первичномъ воспаленіи стромы, могущемъ въ хроническихъ случаяхъ вести къ разнообразнымъ измѣненіямъ ткани яичника и между прочимъ къ уплотненію ткани (*Verdichtung des Gewebes*). Случай такого первичнаго уплотненія авторъ считаетъ однако только вѣроятными (*aller Wahrscheinlichkeit nach*) и во всякомъ случаѣ рѣдкими. Болѣе часты будучь такъ называемыя вторичныя воспа-

¹⁾ При недостаткѣ изслѣдованій относительно измѣненій нервныхъ стволовъ и ихъ окончаній въ яичникѣ, я прежде чѣмъ окончательно высказаться касательно этого пункта разсчитываю предпринять позже рядъ изслѣдованій для выясненія этого вопроса.

²⁾ *Kiwisch*. Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechtes. Prag. 1857. Bd. II. 46.

лительныя состоянія стромы, присоединяющіяся къ воспаленію фолликуловъ брюшинаго покрова и т. д.

*Klob*¹⁾, подобно *Kiwisch*'у, различая фолликулярный и паренхиматозный оофоритъ, подробно описываетъ послѣдній, указывая при этомъ, что обѣ формы часто комбинируются между собой.

Результатомъ хроническаго паренхиматознаго оофорита по *Klob*'у является затвердѣніе яичника (*Induration des Ovariums*, die *Bindegewebshyperplasie*), которе занимаетъ весь яичникъ и часто распространяется на обѣ стороны; послѣдовательно наступаетъ застывшіе периферическихъ фолликуловъ. Эта форма часто сочетается съ воспаленіемъ брюшины въ окрестности яичника и вызывается продолжительнымъ раздраженіемъ, дѣйствующимъ на половые органы.

*Klebs*²⁾ наоборотъ думаетъ, что, вопреки клиническимъ наблюденіямъ, диффузныя измѣненія стромы яичника встрѣчаются весьма рѣдко и обуславливаются заболѣваніями фолликуловъ или брюшинаго покрова яичника.

По его мнѣнію, большая часть случаевъ хроническаго воспалительнаго затвердѣнія (*chronisch entzündlicher Induration*) идетъ со стороны фолликуловъ или сосудовъ.

На наблюденіе *Virchow*'а я уже указалъ въ началѣ работы, а именно, что онъ называетъ это состояніе яичниковъ «*Cirrhose oder Granular—Degeneration des Eierstockes*».

*Nagel*³⁾ подчеркиваетъ то обстоятельство, что онъ ни разу не видѣлъ при изслѣдованіи яичниковъ съ интерстиціальнымъ оофоритомъ мелкокѣлочной инфильтраціи.

Съ наблюденіями *Nagel*'а совпадаетъ взглядъ *Ziegler*'а⁴⁾, по которому мелкокѣлочная инфильтрація не есть необходимое условіе для новообразованія соединительной ткани въ яичникахъ.

Подобные взгляды авторовъ съ современной точки зрѣнія вполне допустимы, ибо способность размноженія мы должны

¹⁾ *Klob*. Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. Wien 1864. 379.

²⁾ *Klebs*. Handbuch der pathologischen Anatomie. Bd. 1, 2. Berlin 1876. 824.

³⁾ *Nagel*, l. c. 351.

⁴⁾ *Ziegler*. Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathol. Anatomie. Jena. 1885. 1164.

признать как за блуждающими клетками, так и за тканевыми и вообще за всеми клетками без исключения, не утрачившими своих жизненных свойств. Следовательно в отдельных случаях весь процесс воспалительный может быть выражен только в фиксированных элементах ткани, которые продвигаются различными стадиями прогрессивного метаморфоза.

Однако в силу того, что грануляционная инфильтрация есть состояние переходное, констатируемое под микроскопом в избытке стадий воспаления, то отсутствие подобного явления на препаратах еще не дает нам права с положительностью утверждать, что его здесь не было в период предшествующий; это особенно имело место по отношению к тем клеткам, исследованным мною, которые представляли следы старого интерстициального процесса, выражавшегося уплотнением и сморщиванием самых наружных слоев кортикального слоя (I, II, VII, IX, XV, XVIII); микроскопически в этих яичниках мы различали плотную, резко ограниченную от более глубокой лежащей ткани каемку различной толщины (от 0,0045—до 0,0165 мм. (I, IX, XV); она то попадалась местами, то шла по всей окружности яичника широким поясом. Ткань этого плотного слоя представлялась бѣдной клеточными элементами; ядра встречающихся клеток, сжатых между волокнами, лежали параллельно свободной поверхности яичника в видѣ очень тонких черточек, окрашенных гематоксилином; отдельные волокна удавалось различать лишь на очень тонких срезах и тогда можно было убедиться, что направление их соответствует положению клеточных ядер.

Этот то именно пояс плотной ткани, располагающийся по периферии измененных яичников, авторы рассматривают как утолщенную *albuginea*.

Следует однако замѣтить, что еще далеко нѣтъ единогласия между авторами в том отношеніи, считать ли *albuginea* самостоятельным слоем или этот слой есть ничто иное, как наружная часть кортикального слоя.

*Waldeyer*¹⁾ принимает поверхность слоя за самостоятельную т. н. *albuginea*, состоящую в свою очередь из трех слоев с различным направлением волокон— в среднемъ

¹⁾ *Waldeyer*. I. с. 13.

слоѣ онѣ идутъ по длинной оси яичника, в двухъ другихъ сагитально.

*Nagel*¹⁾, *Bullius*²⁾, при патологическихъ состояніяхъ на поверхности яичниковъ различаютъ утолщенную *albuginea*, а следовательно примыкаютъ къ взглядамъ *Waldeyer*'а.

*His*³⁾, *Kapff*⁴⁾ стараются доказать, что *albuginea* есть серозная оболочка (*peritoneum*), покрывающая поверхность яичника на ряду съ другими внутренними органами.

Вопреки всему только что сказанному, *Kölliker*⁵⁾ вовсе отрицаетъ присутствіе особой оболочки, покрывающей поверхность яичника; по его словамъ, оболочкой является наружный слой стромы, который позднѣе дѣлается многослойнымъ и безъ рѣзкой границы переходитъ въ нижележащую ткань коркового слоя.

Sappey и *Robin* по *Boinet*'у⁶⁾ полагаютъ, что тонкій бессосудистый слой, лежащій подъ поверхностнымъ эпителиемъ, едва ли заслуживаетъ названія особой оболочки.

Большинство авторовъ такимъ образомъ видятъ въ поверхностномъ слоѣ особую оболочку яичника съ характерной соединительно-тканной структурой, которая въ патологическихъ случаяхъ можетъ быть различна в видѣ отдельнаго бѣлаго, толстаго, плотнаго слоя (*Klob*) соединительной ткани, располагающагося по периферіи яичника, какъ это я имѣлъ на указанныхъ мною препаратахъ.

Заканчивая такимъ образомъ обзоръ измененийъ въ корковомъ слоѣ и именно въ интерстициальной ткани его, можно придти къ слѣдующимъ выводамъ:

1) При фибромиомахъ матки интерстициальная ткань коркового слоя яичниковъ почти всегда представляется измененной и изменения эти носятъ на себѣ характеръ хроническаго воспаления съ новообразованиемъ соединительной ткани.

2) Этотъ воспалительный процессъ наблюдается какъ диффузно, такъ и отдельными гнѣздами.

¹⁾ *Nagel*. I. с. 353.

²⁾ *Bullius*. I. с.

³⁾ *His*. *Archiv für microskr. Anat.* Bonn. Bd. I. 1865. 175.

⁴⁾ *Kapff*. I. с. 529.

⁵⁾ *Kölliker*. I. с. 970.

⁶⁾ *Boinet*. I. с. 12.

3) Поверхность яичниковъ въ отдѣльныхъ случаяхъ покрыта толстымъ слоемъ плотной соединительной ткани—утолщенная *albuginea* по нѣкоторымъ авторамъ.

Въ какой зависимости находятся указанные только что измѣненія къ присутствію мѣомъ въ области матки, къ этому я вернусь впоследствии.

Примордіальные фолликулы. Въ корковомъ слое изслѣдованныхъ мною яичниковъ изрѣдка попадались примордіальные фолликулы; между ними находились такіе, въ которыхъ трудно было подмѣтить какія-либо измѣненія, и рядомъ съ ними попадались фолликулы, которые находились на пути къ гибели; послѣдніе чаще всего соответствовали тѣмъ участкамъ яичника, гдѣ строма была измѣнена. Тамъ гдѣ корковой слой равномерно подвергался процессу индурации, тамъ и гибель фолликуловъ носила на себѣ болѣе диффузный характеръ.

Но и здѣсь можно было тѣмъ не менѣе встрѣтить совершенно здоровые фолликулы. Это, впрочемъ, вполне соответствуетъ тому, что извѣстно намъ относительно вліянія интерстиціального оофорита на развитіе и созрѣваніе примордіальныхъ фолликуловъ.

Развитіе это встрѣчаетъ при такихъ условіяхъ препятствіе, фолликулы большей частью гибнутъ, запусѣваютъ, какъ это въ разное время указала *Kivisch, Klob, Klebs* и др.; но съ другой стороны и въ тканяхъ, наиболее измѣненной, фолликулъ можетъ въ единичныхъ случаяхъ развиваться, какъ объ этомъ свидѣлствуютъ проф. *Славяскій*¹⁾. Сущность измѣненій, наблюдаемыхъ въ фолликулахъ, заключается въ ихъ запусѣваніи, въ атрезиі. Аналогичная картина атрофіи желѣзистой ткани, на счетъ развитія межтучной стромы, наблюдается и въ другихъ органахъ—маткѣ, почкахъ и печени; исходнымъ пунктомъ воспалительнаго процесса въ этихъ органахъ могутъ быть какъ сосуды, такъ равно и капсула, ихъ одѣвающая.

Для яичниковъ *Klebs*²⁾ и другіе также принимаютъ, что развитіе процесса воспалительнаго можетъ идти со стороны наружнаго слоя, фолликуловъ и сосудовъ.

¹⁾ *Славяскій*. Медич. Вѣстникъ. 29. 1871. 296.

²⁾ *Klebs*. I. с. 824.

Однако, благодаря сравнительной частотѣ мѣстныхъ воспалительныхъ пораженій яичника, говоритъ проф. *Славяскій*¹⁾, чаще приходится наблюдать превращеніе самыхъ наружныхъ слоевъ его кортикальнаго слоя въ соединительную ткань характера стромы съ исчезновеніемъ бывшихъ въ немъ фолликуловъ.

Въ измѣненныхъ примордіальныхъ фолликулахъ, наблюдаемыхъ мною, границы кѣтокъ яичевого эпителия не различимы, ядра не рѣзко выражены, *vesiculae et macul. germinat.* имѣли то нормальный видъ, то чаще вся полость первичнаго фолликула была выполнена зернистой массой безъ признаковъ яйца. Попадались болѣе развитыя формы первичныхъ фолликуловъ, эпителий которыхъ отделился отъ стѣнки и скученный лежалъ безъ опредѣленнаго порядка въ полости неправильнаго очертанія, представляя зернистую протоплазму.

Слѣдуетъ при этомъ указать, что подобныя измѣненія кѣтокъ *membr. granul.* первичныхъ фолликуловъ исчезновеніе яйца наблюдались авторами и при другихъ патологическихъ состояніяхъ яичниковъ.—Такъ проф. *Славяскій*²⁾ встрѣчалъ описанныя измѣненія первичныхъ фолликуловъ при брышномъ тифѣ и при пuerperальномъ процессѣ, причемъ при довольно обширномъ пораженіи фолликуловъ поражаются по автору только первичные и фолликулы средней степени развитія, тогда какъ болѣе или менѣе зрѣлые представляются совершенно неизмѣненными. Далѣе, описанныя мною измѣненія примордіальныхъ фолликуловъ, проф. *Ивановскій*³⁾ встрѣчалъ въ яичникахъ при сифилисѣ. Микроскопическая картина измѣненій фолликуловъ, представленная авторомъ, была идентична какъ въ томъ случаѣ, гдѣ имѣлась грануляционная инфильтрація стромы, такъ и въ другомъ со стромой, представляющей грубоволокнистую соединительную ткань.

¹⁾ *Славяскій*. Журн. Акуш. и женск. болѣзней. С.-Петербургъ. 1889. Т. III. № 11. 791.

²⁾ *Славяскій*. Къ нормальной и патологической анатоміи граафова яичника. С.-Петербургъ. Дисс. 1870. 21.

³⁾ *Ивановскій*. Матеріалы къ ученію о висцеральномъ сифилисѣ. Дисс. С.-Петербургъ. 1871. 40.

Кромѣ того *Мышкинъ* ¹⁾, *Васильевъ* ²⁾, *Патенко* ³⁾, *Коллю* ⁴⁾, описывая измѣненія примордіальныхъ фолликуловъ въ яичникахъ, полученныхъ при различнаго рода патологическихъ состояніяхъ, имѣли передъ собой фолликулы, измѣненные аналогично представленнымъ мною. Исслѣдованія *Schulin'a* ⁵⁾ лишь отчасти касаются этого вопроса, напротивъ *Grohe* ⁶⁾ довольно обстоятельно описываетъ замѣченное имъ измѣненіе примордіальныхъ фолликуловъ при общей атрофіи, при хроническомъ воспаленіи органовъ дыханія, при эмѣиѣхъ и другихъ пѣтощающихъ моментахъ. Этотъ авторъ замѣтилъ также, что оболочка зародышеваго пузырька можетъ довольно долго противустоять процессу распада и ясно различается еще въ то время, когда содержимое пузырька значительно уже измѣнено (мутное, мелкозернистое). Представляютъ ли указанныя измѣненія физиологическое обратное развитіе фолликуловъ или же онѣ стоятъ въ связи съ общими страданіями организма, *Grohe* не беретъ рѣшить.

Кромѣ только что рассмотрѣнной формы запусгнія примордіальныхъ фолликуловъ въ нѣкоторыхъ яичникахъ (V, XVII) попадались полости, содержащія однородную блестящую массу неправильнаго очертанія. Лишь крайне рѣдко имъ удавалось среди такой гомогенной массы опредѣлить контуры vesicul. germ. Полость фолликула то сплошь была выполнена гомогенной хорошо окрашенной вязкою массой, то эта послѣдняя имѣла видъ небольшого стучочка, пристѣнно лежащаго въ полости измѣненнаго фолликула. Картина подобнаго измѣненія наблюдалась проф. *Славянскимъ* ⁷⁾ и описана на ряду съ другими патологическими измѣненіями въ яичникахъ, какъ коллоидное перерожденіе примордіальныхъ фолликуловъ.

Рядомъ съ нормальными фолликулами проф. *Ивановскій* ⁸⁾ встрѣчалъ коллоидно измѣненные при свѣтлическомъ пора-

¹⁾ *Мышкинъ*. Жур. норм. и патол. гистол. Т. IV. 1871. 130.

²⁾ *Васильевъ*. Жур. норм. и патол. гистолог. Сент. и Октябрь. 1874. 395.

³⁾ *Патенко*. О развитіи фиброзныхъ тѣлъ (corpora fibrosa) яичниковъ. Двс. Спб. 1880. 12.

⁴⁾ *Коллю*. Къ патологической анатоміи яичниковъ. Двс. Спб. 1882. 29.

⁵⁾ *Schulin*. Archiv. für mikroskop. Anat. Bd. XIX. 1881. 491.

⁶⁾ *Grohe*. Archiv für pathol. Anat. und Physiol. Bd. XXVI. 1863. 298.

⁷⁾ *Славянский*. I. с. 22.

⁸⁾ *Ивановскій*. I. с. 41.

женіи организма. *Патенко* ¹⁾ наблюдалъ такое измѣненіе въ большей или меньшей степени во всѣхъ изслѣдованныхъ имъ яичникахъ и считаетъ его какъ бы спутникомъ того процесса, который вызываетъ въ болѣе зрѣлыхъ фолликулахъ превращеніе ихъ въ corpora fibrosa.

Въ общемъ въ яичникахъ, изслѣдованныхъ мною, примордіальные фолликулы подвергались процессу исчезновенія путемъ атрезіи; атрезія эта носила характеръ уже описаннаго авторами и являлась результатомъ хроническаго интерстиціального oophorit'a (*Kiwisch*, *Rokitansky*, *Klob*, *Klebs*, *Славянский* и др.).

Запусгніе фолликуловъ. Яичники съ указанными измѣненіями интерстиціальной ткани и примордіальныхъ фолликуловъ мы должны раздѣлить на двѣ группы. Одна группа большая, охватывающая собой 22 яичника, отличалась тѣмъ, что микроскопическіе срѣзы представляли массу запусгвающихся фолликуловъ въ различныхъ стадіяхъ ихъ развитія.

Микроскопическіе срѣзы другой группы яичниковъ (17) имѣли видъ продыравленныхъ пластинокъ различнаго размѣра. Количеству просвѣтовъ, форма ихъ, величина и содержимое были до крайности разнообразны; просвѣты обычно имѣли розовую эозинную окраску (масса, выполняющая полости), остальная ткань яичника—синюю гематоксилиновую, уменьшающуюся въ своей интенсивности съ периферіи къ центру.

Наиболѣе характерная особенность, которую представляли атрезирующіеся фолликулы первой группы яичниковъ,—это образованіе блестящей, гомогенной, зигзагообразно-сложенной полоски, на которую въ разное время обращено было вниманіе различныхъ авторовъ (оракъ *Glasmembran* по *Grohe* ²⁾ склерозъ стѣнки фолликула по *Славянскому* ³⁾), и относительно происхожденія которой высказано было нѣсколько мнѣній.

Такъ какъ на препаратахъ, полученныхъ мною изъ яичниковъ при фиброміомахъ матки, эта «*Glasmembran*» попадалась часто и лишь въ меньшей части запусгвающихся фолликуловъ отсутствовала, то я и позволю себѣ остановиться на ней и разсмотрѣть насколько она можетъ говорить въ пользу суще-

¹⁾ *Патенко*. I. с. 13.

²⁾ *Grohe*. I. с. 303.

³⁾ *Славянский*. Медц. Вѣстн. 30. 1874. 296.

ствования патологической связи между фибромиомами матки и изменениями личинок. *Grohe*, видѣвший ее и описавшій подъ именемъ ораке *Glasmembran*, лишь вскользь замѣчаетъ о мѣстѣ происхожденія оболочки: она по его словамъ образуется прежде всего на внутренней стѣнкѣ фолликула.

Взглядъ *Henle* 1), который считаетъ подобное образование за растянутую *zona pellucida*, стоитъ совершенно отдѣльно и менѣе всего соответствуетъ дѣйствительности.

По *Klob'y* 2) «*Glasmembran*» есть результатъ воспалительнаго состоянія фолликуловъ, причемъ на внутреннюю стѣнку его отлагается волокнистое вещество; даѣе онъ допускаетъ, хотя съ меньшей вѣроятностью, что подобное образование можетъ быть продуктомъ регрессивнаго метаморфоза какъ внутренняго слоя яичевой капсулы (*tunica propria fol.*), такъ равно и кѣтъсы *membr. granul. Beigel* 3), *Schulin* 4) принимаютъ, что основная оболочка «*Basalmembran*», доказанная у человѣка *Kölliker'омъ*, *Славянскимъ*, можетъ утолщаться, дѣлаться плотной и постепенно вести къ рубцовому сморщиванію фолликула. Профессоръ *Славяскій* 5) въ своей диссертациі въ началѣ также высказался, что *membrana propria (Basalmembran) folliculi* утолщается и такимъ образомъ получается склерозированное кольцо; однако спустя четыре года *авторъ* 6) отвергаетъ подобную возможность и считаетъ, что *membrana propria* при процессѣ запусѣванія фолликула погибаетъ; блестящая же гомогенная полоска есть ни что иное какъ склерозъ перифолликулярнаго слоя, причемъ межкѣтъчное вещество, обычно гомогенное, приобретаетъ характеръ волоконъ, нѣкоторые изъ нихъ, лежація ближе къ внутренней поверхности этого слоя, значительно утолщаются, сильно преломляютъ свѣтъ, блестятъ и, сливаясь другъ съ другомъ, образуютъ толстый, блестящій слой вокругъ спавшейся бывшей полости фолликула. Такого же мнѣнія въ общемъ придерживаются *Лебединскій* 7)

1) *Henle*. I. с.

2) *Klob*. I. с. 322.

3) *Beigel*. Archiv für Gynäkologie. XIII. 1873. 115.

4) *Schulin*. I. с. 493.

5) *Славяскій*. I. с. 23.

6) *Славяскій*. Мед. Вѣст. № 30. 1874. 297.

7) *Лебединскій*. Къ патологій графава пузырька человѣка. Дис. Спб. 1879. 8.

и *Патенко* 1); послѣдній допускаетъ образование такого склерозированнаго слоя не только на мѣстѣ фолликуловъ различнаго возраста, но также и на мѣстѣ желтыхъ тѣлъ какъ истинныхъ, такъ и ложныхъ.

Изложивъ такимъ образомъ взглядъ авторовъ на источникъ образованія гомогенной оболочки, мы приходимъ къ заключенію, что большинствомъ изслѣдователей это образование считается результатомъ склероза соединительной ткани непосредственно лежащей снаружи *membr. propria folliculi*. 2).

Дальнѣйшій ходъ процесса запусѣванія фолликуловъ при образованіи указанной полоски не представляетъ чего-либо особеннаго или, вѣрнѣе сказать, протекаетъ согласно описанію авторовъ, занимавшихся этимъ вопросомъ.

Полость бывшаго фолликула спадается по мѣрѣ всасыванія содержимаго, блестящая оболочка, слѣдуя этому спаденію, складывается въ клубокъ, состоящій исключительно изъ зигзагообразныхъ полосокъ, между которыми заложено лишь незначительное количество соединительной ткани (II. VII. XVII, XX.). Такой клубочекъ различной величины, извѣстный подъ именемъ «фибрознаго тѣла» *corpus fibrosum ovarii*, можетъ существовать въ яичникѣ неопредѣленное время.

Подвергается-ли онъ въ дальнѣйшемъ уничтоженію, продлѣваетъ-ли онъ какой-либо видъ обратнаго метаморфоза, объ этомъ мнѣ не удалось ни отыскать въ доступной литературѣ доказательнаго отвѣта, ни убѣдиться на своихъ препаратахъ 3). Работа *Патенко* 4) скорѣе можетъ поддерживать мнѣніе о томъ, что тѣла эти не уничтожаются, а сливаясь могутъ увеличиваться и та-

1) *Патенко*. I. с. 17.

2) *Recklinghausen* и *Waldstein* считаютъ «*Glasmembran*» за гиалиновую оболочку. Я съ своей стороны, желая опредѣлить натуру этой оболочки, производилъ окраску кислымъ фуксиномъ, который считается характернымъ реактивомъ для опредѣленія гиалиноваго перерожденія, при этомъ я получилъ результаты, которые заставляли меня склониться въ пользу мнѣнія *Recklinghausen'a* и считать эту блестящую полоску за гиалиновое перерожденіе ткани. *Handbuch der allgem. Pathol. des Kreislaufs und der Ernährung*. Stuttgart 1883. 411.

3) По *Beigel'ю* оболочка—утолщенная *Basalmembran'a*—можетъ въ послѣдствіи истончиться или отъ нея остаются отдѣльные участки, но, по мнѣнію автора, она можетъ остаться долгое время, представляя видъ розетки. *Archiv f. Gyn.* 13. 1878. 115.

4) *Патенко*. I. с. 25.

кимъ образомъ давать фиброзные образования величпой въ грещей орѣхъ.

Можно думать, что различная величина такого склерозированнаго клубочка зависитъ отъ величины или возраста того фолликула, который заустѣваетъ такимъ путемъ.

Слѣдуетъ замѣтить, кромѣ того, что на ряду съ описанными только-что образованиями въ яичникахъ, изслѣдованныхъ мною, я на препаратахъ встрѣчалъ и отдѣльныя слегка извивающіяся небольшие полоски такой-же структуры, какъ и описанныя выше.

Это совершенно соотвѣтствуетъ наблюдениямъ *проф. Славянской*, по мнѣнiю котораго блестящая оболочка встрѣчается въ формѣ неполнаго круга, часто съ перерывами.

Такую картину можно объяснить прежде всего случайнымъ срѣзомъ прошедшимъ черезъ полость фибрознаго тѣльца, причѣмъ въ разрѣзъ попала только одна извивлиа блестящаго образования, но одновременно съ этимъ я желалъ бы указать и на другой путь происхожденiя такихъ картинъ. Именно на моихъ препаратахъ я нѣрѣдко встрѣчалъ такiе заустѣвающие фолликулы, въ которыхъ стѣнка только на ограниченномъ протяженiи представляла гомогенный поясъ и блестящая оболочка имѣла видъ неполнаго кольца (*Славянской* l. c.); само собою разумѣется, при этомъ представлялось еще больше возможности получить на срѣзахъ мѣста съ изолированными гомогенными полосками.

Полость такого фолликула выступала яснѣе съ той стороны, гдѣ она ограничивалась рѣзкой гомогенной полоской; съ другой же стroma яичника постепенно переходила въ молодую крупно или мелко петлистую соединительную ткань, образованную отростками молодыхъ веретенообразныхъ элементовъ.

Источникомъ развитiя молодой соединительной ткани въ полости заустѣвающего фолликула я считаю блуждающiя кѣтки, и ихъ постоянное присутствiе здѣсь еще болѣе убѣждаетъ въ этомъ. Кромѣ того точнѣе снаружи отъ блестящей склерозированной полоски собственная стroma яичника обычно была занята круглыми кѣтками, похожими на грануляционные элементы (рѣзкая гематоксилиновая окраска), изъ которыхъ отдѣльныя лежали въ самой толщѣ гомогеннаго пояса, занимавшаго то большую, то меньшую часть окружности фолликула.

Указавъ такимъ образомъ на наиболее часто встрѣчающiйся типъ заустѣвнiя или обратнаго развитiя фолликуловъ различнаго возраста, я долженъ перейти къ оцѣнкѣ тѣхъ картинъ, которыя при этомъ получались.

Въ этой оцѣнкѣ существенное значенiе для меня имѣеть вопросъ, считать-ли приведенныя выше типы атрезii обычнымъ, нормальнымъ или онъ указываетъ на болѣзненное измѣненiе ткани яичника. Граница между тѣмъ и другимъ состоянiемъ яичниковъ еще до настоящаго времени представляется неустановившеюся; что по однимъ свойственно нормальнымъ яичникамъ, въ томъ другiе видятъ проявленiе заболѣванiя половой железы.

Причина этого лежитъ частiю въ недостаточно точной установкѣ ученiя о физиологическомъ состоянiи яичниковъ, частiю въ тѣхъ разнообразныхъ влиянiяхъ возраста, регулы, беременности и перiода лактацiи, при которыхъ сообразно болѣе или меньшей функцiи яичника измѣняется и его видъ какъ вѣншии макроскопическiй, такъ и гистологическое строенiе.

По этому, приступая къ оцѣнкѣ подчеркнутыхъ мною картинъ, я буду руководствоваться помимо объективныхъ данныхъ, полученныхъ на своихъ препаратахъ и мнѣнiями авторовъ, самостоятелно поработавшихъ въ этой области надъ разработкою строения и патологii яичниковъ.

Grohe ¹⁾, наблюдавшiй «Glasmembran», склоненъ повидному считать подобное образование результатомъ патологическаго состоянiя яичниковъ. Такому типу заустѣвнiя фолликуловъ, онъ противопоставляетъ иной типъ, именуемый имъ нормальнымъ обратнымъ развитiемъ, безъ образования на внутренней стѣнкѣ фолликула блестящей полоски, но съ развитiемъ въ полости фолликула соединительной ткани на счетъ разрастанiя стroma яичника по мѣрѣ распадаенiя и всасыванiя составныхъ частей фолликула.

Klob (l. c.), цитированный мною выше, давая различныя объясненiя для происхожденiя «Glasmembran», думаетъ, что образование это есть результатъ воспалительнаго состоянiя фолликула и что въ основанiи его лежитъ мѣстное разстройство питанiя стѣнки фолликула.

¹⁾ *Grohe* (l. c.) 303.

Патенко различает два рода заустевания фолликулов: а)—физиологическое, когда послѣ жирового перерождения membran. granulosi, strati interni th. folliculi и исчезания membran. propriae въ полость фолликула проникает соединительная ткань, выполняющая постепенно эту полость и превращающаяся затѣмъ въ плотный рубецъ, б)—патологическое, съ образованіемъ склерозированнаго кольца. *Профессоръ Славинскій* ¹⁾ въ своей послѣдней работѣ «о воспаленіи яичниковъ» высказывается въ пользу воспалительнаго происхожденія указанныхъ выше измѣненій стѣнки фолликула и въ этомъ отношеніи совершенно присоединяется къ взгляду *Virchow'a*, который corpora fibrosa ovarii рассматриваетъ какъ результатъ хроническаго воспаленія яичника.

Съ своей стороны я долженъ присоединиться къ мнѣнію большинства только что приведенныхъ авторовъ и считать характерное присутствіе «Glasmembran» при заустеваніи фолликуловъ въ изслѣдованныхъ мною яичникахъ за признакъ того, что ткань яичника подверглась процессу хроническаго раздраженія; характеръ этого раздраженія на моихъ препаратахъ можетъ быть оцѣненъ какъ воспалительный интерстиціальныи процессъ; за это говоритъ обиліе новообразованной соединительной ткани, наблюдавшаяся въ громадномъ большинствѣ случаевъ.

Кистовидное перерожденіе и его исходы. Въ этой главѣ я остановился на второй группѣ изслѣдованныхъ мною яичниковъ. (I. II. III. VI. IX. X. XI. XIII. XV. XVII. XX).

Поперечные разрѣзы, проходящіе черезъ всю толщю яичниковъ, представляли большее или меньшее количество полостей разнообразной величины. Макроскопическій видъ такихъ срѣзовъ изображенъ на рисункѣ I и II. (XI).

Полости эти, вмѣщающія въ себѣ различнаго характера жидкое содержимое, чаще всего серозную жидкость, со времени *Rokitansk'aw* ²⁾ считаются небольшими кистами, происшедшими изъ Граафовыхъ пузырьковъ (Hydrons folliculi); одновременное

значительное присутствіе такихъ кистовидныхъ полостей, какъ это видно на представленныхъ мною рисункахъ, извѣстно у нѣмецкихъ авторовъ подъ именемъ «kleineystische Degeneration» — *мелкокистовиднаго перерожденія*. Подобное состояніе яичниковъ при фиброміомахъ матки наблюдалось большинствомъ авторовъ, какъ это видно изъ литературныхъ данныхъ; микроскопическая же картина его затронуется лишь отдѣльными изслѣдователями (*Haeckel, Duplay, Bulius*), данными которыхъ я пользовался для сравненія.

Что касается состоянія покрывающаго эпителия, измѣненій интерстиціальной ткани и связанной съ этимъ атрезіи примордиальныхъ фолликуловъ, то я уже выше указалъ на то, что явленія эти общи всѣмъ яичникамъ, которые я изслѣдовалъ. Что касается до полостей, то онѣ, какъ сказано выше, со времени *Rokitansk'aw* извѣстны какъ разстнутые до образованія небольшихъ кистъ фолликулы, въ которыхъ сообразно происхожденію, *Rokitansky* находилъ въ исключительныхъ случаяхъ яйцо. Новѣйшіе авторы, и между ними *Nagel*, не считаютъ ихъ кистами, не допускаютъ, чтобы изъ нихъ могли развиваться серозныя кисты; мало того, они считаютъ ихъ за нормальные Граафовы пузырьки, развившіеся одновременно въ большомъ количествѣ и впоследствии подвергавшіеся общему процессу заустеванія. Насколько эти полости можно считать за нормально развитые Граафовы пузырьки, — это будетъ видно изъ описанія микроскопическихъ срѣзовъ, полученныхъ мною. На одномъ и томъ же топографическомъ срѣзѣ можно было видѣть различныя стадіи ихъ разрушенія. Попадались полости, въ которыхъ membrana granulosa состояла изъ нѣсколькихъ рядовъ клѣтокъ и лишь клѣтки внутренняго ряда постепенно переходили въ мелкозернистый распадъ. Рядомъ лежали полости, въ которыхъ различались остатки membranae granulosaе, расположенные отдѣльными сегментами или около внутренней стѣнки, или въ самой полости среди мелкозернистой массы (окрашенной эозиномъ); тутъ же были разбросаны отдѣльныя группы клѣтокъ membr. gran. Клѣтки ея обычно представляли различныя стадіи распада (набухшія большія съ ядромъ, зернистыя съ ядромъ или безъ него, отдѣльныя ядра, или группы мелкихъ зернышекъ). Наконецъ, встрѣчались и такіе фолликулы, полости которыхъ были

¹⁾ *Славинскій*. Журн. Акуш. и Женск. болѣзней. 1889. Т. III. № 11, 790.

²⁾ *Virchow*. Die krankhaften Geschwülste. Bd. III. Hf. I. 226.

³⁾ *Rokitansky*. Wochenblatt der Zeitschrift der. kk. Gesl. der Aerzte Wien. I. 1855. 3.

сплошь наполнены мелкозернистой массой без всякаго слѣда кѣтокъ membranae granulosaе.

Это послѣднее состояніе фолликуловъ, когда наблюдается въ полости ихъ лишь распадъ отъ кѣтокъ membr. granul., было обычнымъ въ яичникахъ, описанныхъ *Haechel's* и *Duplay* при фибромомѣ матки; *Bullius* же, подобно мнѣ, наблюдалъ различныя стадіи разрушенія фолликуловъ, начиналъ отъ того состоянія, когда въ полости ихъ еще можно было встрѣтить *discus proligerus* и многослойную membr. granul., до полного распада ея кѣтокъ. Яйца въ полости такого фолликула *Bullius* не встрѣтилъ ни разу, мнѣ же удалось въ одномъ случаѣ (IX, рис. 3 и 4), получить яйцо съ длиннымъ діаметромъ = 0,0090" и короткимъ = 0,0081", оно окружено было сохранившимися кѣтками *discus proligerus* и лежало ближе къ тому участку стѣнки фолликула, на которомъ, судя по скопленію кѣтокъ, имѣло мѣсто *discus proligerus*. Въ другомъ случаѣ (XI) въ фолликулѣ сохранился *discus proligerus* съ крупнымъ отверстиемъ—мѣстомъ выпавшаго яйца.

Строма яичника, лежащая между отдѣльными полостями, иногда сильно сжата, являлась въ видѣ отдѣльныхъ болѣе или меньшей толщины перегородокъ, какъ это наблюдали въ кистовидно перерожденныхъ яичникахъ при фиброміомахъ матки *Leopold, Müller, Lawson Tail*, причемъ полости смежно развившихся фолликуловъ впились одна въ другую, атрофирующіяся же перегородки позволяли содержимому ихъ сливаться вмѣстѣ и такимъ образомъ образовывались большія полости. Дальнѣйшая судьба этихъ полостей представлять для меня особый интересъ именно въ виду той частоты, съ какою я наблюдаю такъ называемое кистовидное перерожденіе при фиброміомахъ. Вопросъ о томъ, можетъ ли подобное состояніе яичника, называемое авторами мелкокистовиднымъ перерожденіемъ, вести въслѣдствіи къ образованію настоящихъ кистъ, далеко еще не имѣетъ положительнаго отвѣта. Насколько мнѣ известно изъ достужной литературы, *Rokitansky* и *Grohe* допускаютъ этотъ переходъ.

Grohe ¹⁾ считаетъ, что путемъ растяженія Граафовыхъ фолликуловъ могутъ происходить яичниковыя кисты.

Rokitansky (I. c.) же на аутопсиі наблюдалъ опухоль яичника, состоящую изъ нѣсколькихъ отдѣльныхъ кистъ различной величины; послѣ пункціи этихъ кистъ въ зеленоватой жидкости находимы были яйца, размягченныя, темнаго цвѣта, легко распадающіяся. Большинство яицъ имѣло *zonam pelluc.*, уже потерявшую явность контуровъ и кромѣ одного случая въ нихъ нельзя было открыть *vesicul. germinat.*

Olshausen ¹⁾ также принимаетъ, что большинство всѣхъ одинаковыхъ кистъ происходитъ изъ *hydrops folliculi*, съ чѣмъ согласно и мнѣніе *Ziegler's* ²⁾.

Подобный взглядъ защищается *Fox'омъ* ³⁾, по которому *hydrops folliculi*, являющійся слѣдствіемъ гиперсекреціи *liquor follicularis*, ведетъ къ значительному растяженію Граафовыхъ пузырьковъ и къ дѣйствительному образованію объемистыхъ опухолей, представляющихся на разрьзахъ многокамерными кистами.

На ряду съ такого рода взглядами стоятъ совершенно противоположныя имъ. Такъ *Sinety* и *Malassez* ⁴⁾ говорятъ, что никто изъ авторовъ не встрѣчалъ яйца въ кистахъ болѣешихъ, чѣмъ орѣхъ.

По *Waldeyer'y* ⁵⁾ далеко еще является недоказаннымъ до настоящаго времени, чтобы Граафовы пузырьки могъ служить источникомъ развитія болѣешихъ опухолей.

Статья *Nagel'a* (I. c.) также содержитъ рядъ фактовъ, которыми онъ старается опровергнуть существующее воззрѣніе объ образованіи кистъ изъ *hydrops folliculi*; дальнѣйшая судьба подобныхъ фолликуловъ по *Nagel'ю* состоитъ въ резорбированіи содержимаго полости ихъ.

Проф. *Славинскій* ⁶⁾ говорить, что развившіеся во множествѣ фолликулы въ концѣ концовъ, достигнувъ извѣстной степени своего возраста, перестрѣиваютъ обратное развитіе совершенно аналогично тому, какъ запусѣваютъ нормальнымъ путемъ многіе фолликулы при физиологическихъ условіяхъ.

¹⁾ *Olshausen. Billroth und Lücke. 1886. 309.*

²⁾ *Ziegler. I. c. 1168.*

³⁾ *Fox. Medico-Chirurgical Transact. vol. XLVII. 1864. 237.*

⁴⁾ *Malassez et de Sinety Archiv de Physiol. normal. et pathol. 1881. 217.*

⁵⁾ *Waldeyer. Archiv für Gyn. I. 1870. 254.*

⁶⁾ *Славинскій. I. c. 787. Журн. акуш.*

Такимъ образомъ вопросъ о томъ, могутъ ли развиться изъ фолликуловъ значительныя кисты, въ настоящее время не можетъ съ положительностью быть рѣшенъ въ ту или другую сторону. Съ своей стороны я долженъ сказать, что мои препараты не дали мнѣ доказательства такой возможности образования кистъ изъ Граафовыхъ пузырьковъ, и въ этомъ отношеніи я присоединяюсь къ *Nagel's*.

Что же происходить съ кистовиднымъ перерожденіемъ яичника и какова его дальнѣйшая судьба? Выше я привелъ уже мнѣніе *Славянскаго* о запусѣннѣ этихъ полостей. *Virchow*, съ своей стороны, уже давно обратилъ свое вниманіе на то обстоятельство, что въ яичникахъ рядомъ съ гидрощическимъ фолликуломъ встрѣчаются образования (*corpora fibrosa seu al. bicaantia*), одѣтыя фиброзной стѣнкой, подобной наружной стѣнкѣ гидрощически замѣненнаго фолликула. Авторъ, повидимому, склоненъ считать подобныя образования происшедшими изъ кистовидно замѣненнаго фолликуловъ и имѣющими фиброзное строеніе.

Изъ авторовъ послѣдняго времени *Bullius*, работавшій на яичникахъ, полученныхъ отъ женщинъ, страдающихъ фиброміомомъ матки, замѣтилъ рядомъ съ обиліемъ развивающихся фолликуловъ крайне незначительное количество свѣжихъ и подвинувшихся въ своемъ возрастѣ *corpora lutea* и рядомъ множество *corpora fibrosa*; слѣдовательно, продолжаетъ *Bullius*, много фолликуловъ, достигши величинъ зрѣлаго фолликула, не лопаются, но расширяются вслѣдствіе увеличенной секретіи и постепенно претерпѣваютъ измѣненія въ своей структурѣ.

Основываясь на литературныхъ данныхъ, говорящихъ *pro et contra* развитія большихъ кистъ изъ Граафовыхъ пузырьковъ, и провѣряя ихъ на нашихъ препаратахъ, я думаю, согласно съ *Nagel's*, что атрофическій процессъ стѣнокъ замѣненнаго Граафовыхъ фолликуловъ настолько рѣзокъ иногда выраженъ, что едва ли возможно допустить непосредственный переходъ ихъ въ большія одно или многополостныя кисты. На большихъ полостяхъ = 2 см. въ диаметрѣ (XI), образовавшихся изъ сліянія нѣсколькихъ меньшихъ, я ничуть не могъ замѣтить, чтобы стѣнки ихъ имѣли большую сосудистость или признаки какихъ либо продуктивныхъ измѣненій.

Стѣнкой своей нѣкоторыя изъ нихъ имѣли лишь уплотнен-

ный наружный слой яичника (*tunica albuginea* авторовъ), бѣдные кѣлочными элементами съ плотно сгруппированными волокнами.

Только что приведенное мнѣніе я какъ нельзя лучше могъ провѣрить на своихъ препаратахъ. Рядомъ съ картинками, повидимому, противорѣчащими образованію большихъ кистъ изъ измѣненнаго указаннымъ образомъ фолликуловъ, я имѣлъ нѣблизкій рядъ микроскопическихъ препаратовъ съ большимъ или меньшимъ количествомъ гомогенныхъ бѣловатыхъ массъ, плохо воспринимающихъ гематоксилиновую окраску (рис. 6). Попадались препараты, которые сильно были усѣяны бѣловатыми участками различной величины, и ткань межтучная сохранилась между ними въ видѣ отдѣльныхъ перекладинъ; очень часто два рядомъ лежащихъ подобныхъ тѣла совершенно атрофировали лежащую между ними межтучную ткань и сливались другъ съ другомъ. Помѣщаясь то въ корковомъ, то въ мозговомъ слое яичника, эти массы представлялись проникнутыми соединительно тканными волокнами или только по периферіи (рис. 7), или вещество ихъ было разбито на отдѣльные участки. Наконецъ рядомъ лежали тѣла, пронизанныя огромнымъ количествомъ соединительной ткани, а бѣловатая масса оставалась въ петляхъ этой ткани лишь въ видѣ отдѣльныхъ очень маленькихъ участковъ (рис. 8). По периферіи или въ центрѣ подобныхъ образований въ отдѣльныхъ случаяхъ приходилось наблюдать кучки темно-бурого пигмента (III, VI). Однако, настоящія характерныя желтыя кѣтки отсутствовали, и я ни разу не могъ ихъ встрѣтить около подобнаго рода гомогенныхъ массъ. Значительное количество препаратовъ, вслѣдственныхъ мною, заставляють меня думать, что кистовидное перерожденіе и обиліе только что указанныхъ бѣловатыхъ массъ составляютъ крайнія звенья одной и той же цѣпи; отдѣльныя полости, столь характерныя, для кистовиднаго перерожденія, запусѣваютъ, ихъ содержимое всасывается, а то, что не всасывается, организуется на счетъ разрастанія яичниковой стромы. Результатомъ этого получаются бѣловатыя аморфныя массы, болѣе или менѣе пронизанныя соединительно тканными пучками. Какъ сказано выше, въ этихъ образованіяхъ отсутствуютъ характерныя желтыя кѣтки.

Имѣя въ виду, что авторы (*Bischoff, Raciborsky, Pflüger*) источникомъ развитія желтыхъ кѣттокъ считаютъ *membr. granul.*, а эта послѣдняя въ значительно измѣненныхъ фолликулахъ обычно исчезаетъ, то отсюда будетъ понятно, почему вышеуказанныя бѣлая массы всегда лишены желтыхъ кѣттокъ. Принимаемая гомогенная бѣловатая масса за результатъ заступія измѣненныхъ фолликуловъ, намъ становится понятнымъ то отношеніе между микроскопическими картинками, когда одни препараты представляли значительное количество измѣненныхъ фолликуловъ, другіе же были заняты множествомъ бѣловатыхъ гомогенныхъ массъ въ одинаковыхъ или различныхъ стадіяхъ резорбціи. Далѣе, отсутствіе желтыхъ кѣттокъ въ обратнo развивающихся измѣненныхъ фолликулахъ при распаденіи кѣттокъ *membr. granul.* даетъ еще большее основаніе тому взгляду авторовъ, по которому *membrana granulosa* служитъ источникомъ развитія желтыхъ кѣттокъ.

Нѣкоторыя замѣчанія о состояніи функций яичниковъ.
Изложивъ макроскопическія и микроскопическія данныя, полученныя при изслѣдованіи яичниковъ при фиброміомахъ матки, намъ еще предстоитъ упомянуть на основаніи нашихъ наблюденій о функцияхъ половой железы при этихъ новообразованіяхъ и затѣмъ опредѣлить ту связь, которая существуетъ между заболѣваніемъ матки и замѣченными нами измѣненіями яичниковъ. Уже на основаніи литературныхъ указаній можно думать, что созрѣваніе, лопанье Граафовыхъ пузырьковъ и образованіе желтыхъ тѣлъ при заболѣваніяхъ стромы яичника, хотя и претерпѣваютъ извѣстныя отклоненія, но не прекращаются окончательно. При томъ обиліи примордіальныхъ фолликуловъ, какое встрѣчается въ яичникѣ, а съ другой стороны при громадной восстановительной способности яичниковой ткани изъ ничего удивительнаго, что отдѣльные Граафовы пузырьки могутъ созрѣвать, достигая полного развитія, лопаться при извѣстныхъ условіяхъ, извергать яйцо и продѣлывать дальнѣйшій ходъ процесса—образованія и обратнаго развитія желтаго тѣла.

Проф. *Славянский* обратилъ вниманіе на то, что при заболѣваніяхъ стромы яичника, рядомъ съ уничтоженіемъ массы фолликуловъ, нѣкоторые могутъ развиваться и доходить до

зрѣлости. Съ другой стороны *И. И. Грамматикати* ¹⁾ послѣ полного удаленія матки, когда слѣдовательно яичникъ, окруженный ложными перепонками и при отсутствіи матки, не могъ находиться въ условіяхъ правильной функціи, находилъ тѣмъ не менѣе всѣ стадіи нормальнаго развитія Граафова пузырька.

Что касается до яичниковъ при фиброміомахъ, то помимо того общеизвѣстнаго факта, по которому большія съ фиброміоми беременныя, можно привести еще и соображенія, основанныя на гистологическихъ препаратахъ въ пользу того, что функція подобныхъ яичниковъ можетъ продолжаться хотя бы и не въ той мѣрѣ, какъ у здоровыхъ женщинъ.

Мы видѣли выше, что яичники при фиброміомахъ лишь въ рѣдкихъ случаяхъ окружены ложными перепонками, которыя мѣшали бы лопанью Граафова пузырька, съ другой стороны въ извѣстномъ рядѣ случаевъ поверхностный слой (*albuginea*) не былъ утолщенъ настолько, чтобы воспрепятствовать этому лопанью; наконецъ, выше мы видѣли, что само созрѣваніе въ воспаленныхъ яичникахъ идетъ своимъ чередомъ для отдѣльныхъ фолликуловъ. Нѣтъ ничего удивительнаго послѣ этого, что на мнoхъ прѣпаратахъ я въ отдѣльныхъ случаяхъ находилъ и созрѣвшіе фолликулы и желтая тѣла, какъ недавнія, такъ и болѣе старыя.

Подъ вліяніемъ присутствія мѣомъ менструальнаго тѣла могутъ, какъ показалъ *Поповъ* ²⁾, развиваться настолько энергично, что имѣютъ сходство съ истинными тѣлами. Послѣднее наблюденіе и я съ своей стороны могу подтвердить на двухъ изъ препаратовъ. (III. XIII):

Общія замѣчанія. Покончивъ съ разсмотрѣніемъ и оцѣнкой тѣхъ состояній яичника, которая я нашелъ при фиброміомахъ матки, я въ настоящее время коснусь вопроса о томъ, насколько эти измѣненія можно ставить въ связь съ присутствіемъ новообразованія къ маткѣ. Я долженъ при этомъ сознаться, что установленіе этой связи представляетъ затрудненія и главнымъ

¹⁾ *Грамматикати*. Врачъ. 1889. № 14.

²⁾ Поповъ. Къ ученію о желтомъ тѣлѣ и къ патологій яичника человека. Дисс. 1881 года. Случай фиброміомы, при которой д-ръ Поповъ наблюдалъ развитіе истиннаго желтаго тѣла, описанъ съ клинической стороны д-ромъ *И. И. Грамматикати* (Arch. f. Gyn. V. XVII. II. I.

образом потому, что измѣненія, о которыхъ мы говорили выше не представляютъ чего-либо особеннаго, а ограничиваются воспалительными измѣненіями ткани яичника, измѣненіями, которыя къ тому же часто встрѣчаются безъ одновременнаго присутствія міомъ.

Само собою разумѣется гораздо легче будетъ заключать о связи между найденными измѣненіями яичника и міомами матки, если а) измѣненія эти могутъ быть констатированы на многихъ случаяхъ и отсутствуютъ только какъ исключеніе изъ общаго правила; съ другой стороны, если б) можно исключить такіа состоянія, при которыхъ всего чаще наблюдаются воспалительныя измѣненія яичника и если с) наконецъ ко всему этому можно привести доводы, дѣлающіе указанную выше связь удобопонятною.

Такимъ образомъ зависимость между міомами матки и измѣненіями яичниковъ можетъ быть обоснована во 1-хъ, на значительномъ числѣ случаевъ, составляющемъ своего рода статистической матеріалъ, во 2-хъ, на характерѣ этого матеріала и въ 3-хъ, на заключеніяхъ, вытекающихъ изъ анатомическихъ, физіологическихъ и литературныхъ данныхъ. Что касается до перваго пункта, то я располагаю наибольшимъ матеріаломъ, обнимающимъ 20 случаевъ, и въ 19 изъ нихъ измѣненія имѣлись на лицо, нося на себѣ характеръ или хроническаго интерстиціального оофорита (21 яичникъ) или одновременно и такъ называемаго кистовиднаго перерожденія (17 яичниковъ). Что касается до 2-го пункта, то въ 20 случаевъ — въ 14-ти отсутствовалъ родовой актъ, какъ одна изъ наиболее частыхъ причинъ хроническихъ измѣненій; ретроофоритисъ исключенъ для 16 случаевъ и слѣдовательно устраненъ и еще одинъ изъ частыхъ обуславливающихъ моментовъ. Только фибромиомы матки общи всѣмъ случаямъ. Эти цифровыя сопоставленія дѣлаютъ весьма вѣроятной связь между міомами матки и воспалительнымъ состояніемъ яичниковъ.

Теперь обратимся къ даннымъ 3-го пункта и остановимся на кистовидномъ перерожденіи, о которомъ всего больше имѣется литературныхъ указаній. По поводу происхожденія его существуютъ самыя разнообразныя мнѣнія авторовъ, часто совершенно противорѣчиваго характера. Менструальный, или вѣ-менструальный приливъ крови по *Rokitansk'ому* способствуетъ усиленному росту и кистовидному перерожденію фолликуловъ

какъ периферическихъ, такъ равно и глубже заложенныхъ въ ткань яичника.

Klob (l. c. 348) считаетъ вполне основательнымъ взглядъ *Scanzoni*, который принимаетъ, что при недостаточной гипереміи въ періодъ, связанный съ разрываніемъ фолликула, этотъ послѣдній не лопається, но происходитъ уплотнѣніе его стѣнки или вслѣдствіе особаго недостаточнаго развитія яичника, или подъ влияніемъ той же недостаточной гипереміи, которая однако ведетъ къ усиленному отдѣленію съ внутренней поверхности фолликула. Далѣе *Klob* причину кистовиднаго перерожденія въ другихъ случаяхъ видитъ въ конгестіи съ послѣдовательнымъ разрывомъ сосудовъ и кровопролитіями въ полость фолликуловъ, что наблюдается какъ у взрослыхъ, такъ равно и у дѣтей еще во время внутриутробной ихъ жизни; или ближайшей причиною геморрагіи можетъ быть капиллярная гиперемія при заболѣваніи сосудовъ и ихъ облитерации. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ, по *Klob'у*, это есть результатъ воспалительнаго состоянія фолликуловъ.

Происхожденіе *hydrops folliculi Klebs* (l. c. 820, 824) объясняютъ неравномернымъ распределеніемъ крови; отдѣльныя фолликулы еще въ раннемъ возрастѣ превращаются въ такое состояніе, но къ періоду половой зрѣлости подобная картина выступаетъ рѣзче. Яичники тогда представляются большими, съ гладкой поверхностью, плотной *albuginea*, артеріи ихъ широки и сильно извиты; здѣсь же упомянемъ, что *Klebs* наблюдалъ подобное состояніе въ яичникахъ съ интерстиціальными измѣненіями ткани. Большіе плотные яичники содержали растянутые фолликулы, что авторъ склоненъ объяснять тѣмъ препятствіемъ къ лопанію фолликуловъ, которое представляетъ собой измѣненная межтканевая ткань яичника; нѣрѣдко перерожденные фолликулы имѣли въ полости своей кровозлитія.

Превращеніе Граафовыхъ фолликуловъ въ водяночныя мѣшечки, говоритъ *Martin* ¹⁾ является нѣрѣдко результатомъ застойныхъ явленій, развивающихся подъ влияніемъ воспалительнаго процесса въ окружности яичника.

Послѣ многочисленнаго ряда кастрацій, по поводу самыхъ разнообразныхъ страданій женской половой сферы, *Lawson Tait* (*Traité des maladies des ovaires* 152) вывелъ заключе-

¹⁾ *Martin*. Патологія и терапия женскихъ болѣзней. 1885. 874.

ние, что между кистовидным перерождением и значительными кровотечениями существует известная причинная связь. Автор в отдельных случаях допускает происхождение подобного перерождения яичников путем повторных кровотечений, хотя в то же время допускает и обратное, т. е. что кистовидное перерождение их в свою очередь может обуславливать кровотечения.

Если одновременно в яичниках развивается большое количество фолликулов или зрелые фолликулы не лопаются, то, говорит *Ziegler* (I. с. 1163), весь яичник представляется состоящим из мелких полостей; несправедливо однако называть, продолжает автор, подобное состояние кистовидным перерождением, пока фолликул не перешел нормальных границ и пока в нем есть здоровое яйцо. Причина подобного состояния, по *Ziegler's*, еще не выяснена, это может быть следствием или патологического изменения *Follikelmembran*, или уплотнения *albuginea*.

Heitzmann объясняет развитие такого рода перерождения яичников или воспалением, которое изменяет правильное развитие фолликулов, или задержанием их лопаніе в силу гипертрофированной соединительной ткани и ложных воспалительных перепонок.

Профессор *Славянский* полагает, что под влиянием гиперемии яичника происходит одновременно усиленное развитие многих фолликулов (*oophoritis follicularis productiva*), — при чем строение фолликулов ничем не отличается от нормальных, хотя весь процесс такого усиленного роста фолликулов профессор *Славянский* рассматривает как патологическую деятельность яичника, свойственную легким степеням его воспаления.

Совершенно отдельно стоят в литературѣ взгляды *Nagel's* и *Coe* ¹⁾, по которым *kleinystische Degeneration* не есть патологическое состояние, но явление свойственное здоровым яичникамъ.

Таким образом из всей вышеуказанной литературы видно, что авторы причину мелко-кистовидного перерождения видят то в расстройствѣ кровообращения (*Rokitansky, Klob, Klebs, Martin, Славянский, Lawson Tait*), то в механических усло-

¹⁾ *Coe*. The Americ. Journal of Obst. 1886. 561.

виях задерживающих лопаніе Граафовыхъ пузырьковъ (*Klob, Klebs, Ziegler, Heitzmann*).

По отношенію къ вопросу занимающему насъ, указанные авторами моменты, ведущіе къ такъ называемому мелкокистовидному перерождению яичниковъ, имѣются и при фиброміомахъ матки. Что ростъ этихъ новообразованій сопровождается значительнымъ развитіемъ сосудовъ — фактъ общезвѣстный и прочно установленный (*Cruveilhier* ¹⁾, *Gusserow* ²⁾, *Славянский* ³⁾ и друг.). Далѣе *Thornton* (I. с.) встрѣчалъ при фиброміомахъ матки сильно гипертрофированные сосуда широкой связки, а *Duplay* (I. с.) въ самомъ яичникѣ наблюдалъ столь выраженое богатство сосудами, что ткань яичника носила характеръ кавернозный.

И на изслѣдованныхъ яичникахъ правда не встрѣчалъ такихъ рѣзкихъ формъ развитія сосудовъ въ ткани ихъ, какъ это описано въ одномъ случаѣ *Duplay*, однако мнѣ попадались случаи, въ которыхъ можно было наблюдать болѣе выраженную сосудистость, что также имѣлъ *Bullius* на своихъ препаратахъ; въ другихъ случаяхъ стѣнки сосудовъ представлялись утолщенными, измененными; онѣ отличались гомогенностью, плохо красились гематоксилиномъ; просвѣты сосудовъ были то совершенно облитерированы, то значительно сужены. Подобный-же характеръ измененія сосудовъ былъ наблюдаемъ *Duplay* и *Bullius* ⁴⁾.

Такимъ образомъ на основаніи единогогласныхъ заявленій и собственныхъ наблюденій можно установить фактъ объ усиленномъ кровоснабженіи при фиброміомахъ матки полового аппарата вообще и въ частности яичниковъ; имѣя же въ виду взгляды авторовъ, видѣвшихъ въ гипереміи причину усиленного развитія фолликуловъ, мы въ правѣ допустить подобную причину на основаніи всего вышесказаннаго для объясненія подобнаго же состоянія и въ изслѣдованныхъ нами яичникахъ.

Съ другой стороны указанная гиперемія можетъ повести, какъ это думаютъ *Kivisch, Klob, Klebs* и къ измененіямъ

¹⁾ *Cruveilhier*. Traité d'anatomie patholog. III. 677.

²⁾ *Gusserow*. I. с. 42.

³⁾ *Славянский*. Частная патологія и терація женскихъ болѣзней. Т. 1. 1888. 550.

дис. Д. Попова.

интерстициальной ткани, выражающимся новообразованием ее с большей или меньшей атрофией железистого аппарата, как это мы наблюдали на большинстве яичников, из которых 17 имели значительное развитие фолликулов. Уплотненные же наружных слоев кортикального слоя (утолщенная *albuginea* авторов) является лишь поздней стадией этого интерстициального процесса. Следовательно, как указано выше, в тех же яичниках с развитием массы фолликулов мы наблюдали и изменение интерстициальной ткани с уплотнением ее, а этого последнего уже одного вполне достаточно по *Klebs'y*, *Heitzmann'y* для происхождения кистовидного перерождения яичников в силу воспрепятствованного лонания фолликулов.

Таким образом, принимая во внимание постоянно встреченных мною изменений яичников, невозможность связать эти изменения с родильным периодом и страданием брюшинного покрова, я склоняюсь в пользу того мнения, по которому встреченные изменения следует поставить в связь с присутствием фибромомы матки, обуславливающих постоянную гиперемия полового аппарата.



III.

Клиническая история больной тех случаев, от которых получены мною материалы; макро и микроскопическое исследование этого материала.

Случай I. А. Р. поступила в клинику 27-го Февраля 1885 года с жалобами на боли внизу живота, болезненные, обильные менструации и опухоль в животе, которую она заметила 2 года тому назад.

Больная 35 лет, занимается хозяйством, вышла замуж на 24 году, первая менструация на 17 году, крови приходила через 3 недели, продолжалась по 6—7 дней. Больная никогда не рожала; раньше была всегда здорова, в настоящее же время явилась в клинику с жалобами на тяжесть в животе и другие вышеуказанные явления.

Больная блондинка, крѣпкого телосложения и хорошего питания. Стѣнки живота умеренной толщины, слегка напряжены, при пальпации в животе прощупывается опухоль плотной консистенции, безболезненная и легко подвижная; верхняя граница ее на 1,5 пальца выше пупка.

Окружность живота на уровень пупка	89 cm.
Отъ конца мечевидн. отростка до пупка	19 cm.
Отъ пупка до лоннаго соединенія	21 cm.
Отъ правой spm. ilei anter. super. до пупка	18 cm.
Отъ лѣвой	20 cm.
Наибольшая окружность	94 cm.

Наружные половые органы нормальны; слизистая оболочка вагины слегка разрыхлена; *portio vaginalis* стоит высоко, конической формы, плотна, увеличена и направлена взад; зѣвъ въ видъ овальнаго отверстия; шейка матки непосредственно переходитъ въ опухоль, занимающую большую часть малого таза; кромѣ того въ правомъ сводѣ находится круглое плотное тѣло съ гладкой поверхностью, величиной съ куриное яйцо и сидящее на главной опухоли соответственно *supravaginal'*ой части шейки матки; въ лѣвомъ сводѣ прощупывается также плотное тѣло величиной въ орѣхъ, тѣсно примыкающее къ нижнему сегменту главной опухоли. Полость матки=21 cm.; фондъ при изслѣдованіи ее направляется позади опухоли. Яичники,

расположенные по объёмъ сторонамъ опухоли и приподнятые ею высоко надъ входомъ въ тазъ, легко узнаются черезъ брюшинна стѣнку, оба они, особенно лѣвый, немного увеличены. На основаніи данныхъ изслѣдованія поставленъ діагнозъ — *fibroma uteri interstitialis parietis anterioris multiplex*.

На другой день поступления въ клинику у больной начались менструація, которая продолжалась 6 дней и была очень обильна. Колебанія въ величинѣ опухоли во время и послѣ регулъ не было замѣчено. Такъ какъ опухоль достигала такихъ размѣровъ, что вызывала припадки давленія и дѣлала существованіе больной невыносимымъ, то была вновь показана радикальная терапія.

Рѣшено было прибѣгнуть кастраціи, тѣмъ болѣе что послѣдняя, вслѣдствіе приподнята опухоли обонхъ яичниковъ, представлялась сравнительно легкою.

Проведена операція 10. III 1885 г. Брюшина стѣнка вскрыта на протяжении 20 см. Въ рану была выведенъ лѣвый яичникъ и удаленъ, по выложеніи двойной шелковой лигатуры *en masse* на lig. lat. Замѣченное кровотеченіе изъ культи остановлено наложеніемъ на нее 2-хъ лигатуръ. Правый яичникъ удаленъ безъ труда. Вслѣдъ за тѣмъ брюшина стѣнка соединена 8-ю глубокими и 12-ю поверхностными швами. Операція продолжалась 52 минуты.

Въ послѣоперационномъ періодѣ въ первые дни была нѣсколько разъ рвота и метеоризмъ, замѣчалась аритмія пульса, а на 3-й день появилась изъ гѣма рудогорумъ кровотеченіе; t° все время нормальна; 21-го Марта сняты швы, рана срослась *per primam intentionem*, на 15-й день кровотеченіе прекратилось. 1-го Апрѣля больная первый разъ встала съ постели, 10-го выписалась изъ клиники. Послѣднее изслѣдованіе показало, что опухоль не уменьшилась въ своихъ размѣрахъ. Дальнѣйшая судьба больной, не смотря на неоднократные запросы, осталась неизвѣстна.

Лѣвый яичникъ. Въсь=8 grm., длина=5 см., ширина=3 см., толщина=1,2 см., по нижнему краю возвышеніе величиной въ вышнюю косточку. На поверхности разрѣза, проведеннаго на 2 см. отступя отъ внутренняго края, нѣсколько мѣстчатыхъ образований различной величины. Поверхность яичника бугриста покрыта рубцами, большее количество ихъ на передней, плоскоповерхности.

Правый яичникъ. Въсь=6 grm., длина=4,5 см., ширина=2,5 см., толщина=1,5 см. Поверхность бугриста, масса рубцовой на передней и задней сторонахъ яичника. На поверхности разрѣза ни одного мѣстчататаго образованія, различимаго невооруженнымъ глазомъ.

Гистологическое изслѣдованіе.—Лѣвый яичникъ.

На поверхности въ отдѣльныхъ углубленіяхъ сохранился извѣстный цилиндрической эпителий. Наружный слой кортикальнаго слоя мѣстами различается въ видѣ плотной рѣзкой каемки толщиной 1

0.0081 мм.; мѣстами въ кортикальномъ слоѣ мѣстѣмъ развитіе соединительной ткани; въ тѣхъ частяхъ, въ которыхъ развились большіе фолликулы, онъ отдаленъ къ периферіи; ядра кѣтокъ ядѣсь скучены, и волокна соединительной ткани лежатъ преимущественно параллельно поверхности яичника. Въ кортикальномъ слоѣ различаются примордіальные фолликулы; мѣстами они скучены по 3—4, мѣстами совершенно отсутствуютъ, что, повидимому, соответствуетъ участкамъ съ большимъ количествомъ соединительной ткани; вѣрнѣе сказать первичные фолликулы не представляютъ видимыхъ измѣненій.

Подавляющее развивающіеся фолликулы величины отъ 0,0056 мм. до 3 мм.; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ уже замѣтно образованіе полости, другіе же сплошь выполнены кѣтками *membr. granul.* Фолликулъ съ длиннымъ диаметромъ въ 0,9 см. и короткимъ въ 0,7 см. выполненъ мелкозернистой массой, окрашенной эозиномъ, стѣнки полости снутри выстилаетъ *membrana granul.* толщиной въ 0,0016 мм.; съ кѣтками расположенными въ два ряда; отдѣльные отслоившіеся кѣточки лежатъ въ полости среди мелкозернистой массы въ видѣ большіхъ, зернистыхъ кѣтокъ, то съ ядрами, то безъ нихъ.

На многихъ срѣзахъ попадаются въ кортикальномъ слоѣ атрофированіе фолликулы съ зигзагообразной полоской толщиной отъ 0,0016 до 0,0008 мм.; въ полости ихъ развита то крупно, то мелкопетлистая молодая соединительная ткань съ продолговатыми и круглыми кѣточными элементами, разбросанными въ весьма ограниченномъ количествѣ; снаружи зигзагообразной полоски, т. е. на границѣ ея съ строемъ яичника замѣчается богатство кѣточныхъ элементовъ (овальные, веретенообразные, круглые), отчетливо преобладаютъ гематооксиновая окраска. Мозговой слой мѣстами сдвинутъ измѣненными вышеуказаннымъ образомъ, фолликулами и отличается значительной сосудистостью; стѣнки нѣкоторыхъ сосудовъ утолщены, просвѣты ихъ сужены до 0,0008 мм. при диаметрѣ сосуда въ 0,013 мм.

Собственная ткань *hulus* а также обильна сосудами, между которыми лежатъ очень тонкія участки ткани. Попадаютъ менструальныя желтыя тѣла въ стадіяхъ обратнаго своего развитія.

Правый яичникъ. Въ углубленіяхъ поверхности сохранился низкоклиндрической эпителий. Наружный слой различимъ въ видѣ плотной рѣзкой каймы толщиной въ 0,0075 мм. Кортикальный слой мѣстами мѣстѣмъ развитіе соединительной ткани въ ущербъ кѣточнымъ элементамъ; въ такомъ слоѣ попадаютъ кое-гдѣ примордіальные и развивающіеся фолликулы, входящія въ состояніи, указанномъ въ предыдущемъ яичникѣ.

Фолликулы въ количествѣ 2-хъ съ размѣрами въ 0,5 и 0,7 см. выполнены мелкозернистой массой; *membrana granul.* среди этой массы сохранилась или въ видѣ отдѣльныхъ кѣточныхъ элементовъ, или кѣтки ея лежатъ въ формѣ отдѣльныхъ группъ и являются боль-

шими, зернистыми, с ядрами или без них, рядом лежат кучки зернышек от распавшихся ядер, сохранивших еще гемато-ксилитовую окраску.

Какъ въ кортикальномъ, такъ и въ мозговомъ слое опадаютъ гомогенныя, слегка зернистая масса, плохо окрашивающаяся гемато-ксилитомъ и эозиномъ, одни изъ нихъ только по периферіи имѣютъ пролиаціи въ нихъ пучки соединительной ткани, другія пронизаны пучками ея въ самыхъ разнообразныхъ направленіяхъ. Указанныя массы иногда почти соприкасаются своими наружными границами, и между ними остается тонкій слой соединительной ткани съ кое-гдѣ различными облитерированными сосудами.

Мозговой слой и ткань *hulus*'а не представляютъ отличій отъ тазовыхъ же въ лѣвомъ яичникѣ.

Случай П. М. А. поступила въ клинику 6-го Февраля 1886 года съ жалобами на неправильную, обильную кровь, частый позывъ на мочеиспусканіе и боли въ нижней части живота.

Больная 34 лѣтъ, вдова, вышла замужъ на 17-омъ году; первая менструація на 16-мъ году; обычно повторяющаяся до заболѣванія черезъ 3 недѣли по 6 дней, уже около 8 лѣтъ сдѣлалась неправильной, стали приходиться черезъ 1—2 недѣли, и продолжаться по 4—5 дней; каждый менструальный періодъ сопровождается сильными болями въ поясницѣ и внизу живота. Последнее время къ этому присоединились уорные запоры и частые болѣзненные позывы къ мочеиспусканію; съ каждымъ мѣсяцемъ силы больной слабѣютъ; появились продолжительные головныя боли, приступы сердеченія; все это причиняетъ ей невыносимыя страданія и лишаетъ возможности работать. Рожала одинъ разъ на 18-омъ году вполнѣ благополучно.

Больная брѣвнетка, хорошаго тѣлосложенія, съ плохимъ питаніемъ; наружные покровы и слизистая оболочка блѣдны. Стѣнки живота вѣды, умѣренной толщины. При глубокой пальпаціи внизу живота, тотчасъ за лоннымъ соединеніемъ прощупывается слегка болѣзненная опухоль.

Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка	69 ctm.
Наибольшая окружность	69 »
Отъ конца мезивиднаго отростка до пупка	11 »
Отъ пупка до лоннаго соединенія	16 »
Отъ правой <i>sp. ant. sup.</i> до пупка	14 »
Отъ лѣвой	14 »

Наружные половые органы не представляютъ замѣтныхъ измѣненій.

При внутреннемъ изслѣдованіи: слизистая оболочка *vaginae*

разрыхлена, покрыта слизистымъ катарральнымъ отдѣленіемъ; *portio vaginalis* увеличена, цилиндрической формы, отклонена вправо и взадъ.

Въ переднемъ сводѣ прощупывается опухоль величиною съ апельсинъ, плотной консистенціи и неправильной конфигураціи; слѣва, соответственно *supravaginal.* части шейки матки, она выдается въ видѣ небольшого сегмента.

Оба яичника увеличены и чувствительны при надавливаніи; положеніе ихъ нормально. Длина полости матки = 9 ctm. Зондъ при изслѣдованіи ея направляется прямо и позади опухоли. Катетеризація пузыря ничего особеннаго не открываетъ; моча нормальной реакціи и цвѣта.

Диагнозъ: *Fibromyoma uteri interstitiale.*

Наблюденія въ клиникѣ въ продолженіи мѣсяца подтвердили жалобы больной; кромѣ того за это время выяснилось, что опухоль въ менструальный періодъ немного увеличивается въ объемѣ, а вмѣстѣ съ тѣмъ усиливаются тенеумы со стороны мочевого пузыря.

Операція произведена 5. III. 86 года. Брюшныя стѣнки полностью вскрыты на протяженіи 12 ctm.; оказалось, что сальникъ на большомъ протяженіи срашенъ съ передней брюшной стѣнкой; по отдѣленіи срашеній, что не сопровождалось сколько нибудь значительнымъ кровотеченіемъ, сравнительно легко были найдены правый яичникъ, у его основанія черезъ *lig. ovarii* проведена двойная лигатура, ножка перевязана *en masse* и по удаленіи яичника культи опухлена въ брюшную полость.

Труднѣе было удалить лѣвый яичникъ, ибо онъ сидѣлъ позади опухоли на очень короткой ножкѣ и былъ спаянъ съ окружающими частями довыми перепонками; только отклонивши опухоль вправо, удалось освободить его отъ спаекъ и удалить обычнымъ способомъ.

Брюшная рана зашита 10-ю шелковыми швами. Операція продолжалась 57 мин.

Первые дни послѣ операціи была нѣсколько разъ рвота, кишки немного вдуты; на 3-й день показалось кровотеченіе изъ *vaginae*; тенеумы со стороны пузыря въ такой же степени какъ и до операціи; t° все время нормальная; на 6-й день самочувствіе больной удовлетворительно, на 10-й сняты швы; брюшная рана закрылась *per prim. intent*; кровотеченіе изъ матки прекратилось; на 20-й день больная первый разъ встала съ постели; тенеумы немного меньше. На 30-й день вдругъ сдѣлалась ознобъ при $t^{\circ}=40$; на другой день она понизилась, но еще были колебанія съ повышеніемъ t° въ послѣдующіе 4 дня съ явленіями *Herpes labialis*. На 47-й день (22-го Апрѣля) больная выписалась изъ клиники при чемъ рѣзкаго измѣненія въ величинѣ опухоли не замѣчено, она чувствительна при надавливаніи; на мѣстѣ яичниковъ небольшое уплотненіе, слегка болѣзненное.

Правый яичникъ. Вѣсъ = 7 grm., длина = 2,6 ctm., ширина = 2 ctm., толщина = 2,5 ctm., окружность по продольной оси = 8 ctm.

Поверхность бутриста, покрыта неглубокими бороздками. Плотность разрыва гладкая, ровная, на одном месте разлагается по длине величиной с конопляное зерно.

Лѣвый яичникъ. Вѣсъ=5 grm., длина=3 cm., ширина 2,2 cm., толщина=1,5 cm., окружность по длинному диаметру 9,5 cm. Поверхность неровная, покрыта значительным количеством углублений.

Гистологическое изслѣдованіе. Правый яичникъ.

Поверхностный слой представляется въ видѣ широкой каемки, резко отграниченной отъ подлежащей ткани и состоящей изъ плотной соединительной ткани. Кортикальный слой отличается по мѣстамъ бѣдностью кѣлочныхъ элементовъ—окраска эозиновая. Примордіальные фолликулы въ количествѣ 2—3 на препаратъ; въ однихъ изъ нихъ кѣлки яйцевого эпителия имѣютъ неясныя границы, наблюдаются зернистость въ области яйца, vesiculi и macul. germin. еще различаются; въ другихъ первичныхъ фолликулахъ кѣлки membranae gr. отслоились, сгущились и представляются распадающимися, рядомъ лежатъ полости, выполненные зернистой массой; macul. и vesiculi germin. въ этой массѣ не различаются. Въ корковомъ слое на границѣ его съ мозговымъ лежатъ запустѣвающіе фолликулы въ видѣ разнообразно сложенной гомогенной, окрашенной эозиномъ полоски, въ срединѣ которой развилась молодая соединительная ткань, состоящая изъ веретенообразныхъ кѣлочныхъ элементовъ, соединенныхъ длинными отростками, которые образуютъ крупноплетистую ткань; среди этой ткани попадаютъ лейкоциты. Скопление ихъ ясно различается и снаружи гомогенной полоски. Рядомъ встрѣчаются образования изъ указанной блестящей оболочки, имѣющія видъ клубочковъ съ соединительно тканными кѣлками и волоками. Стѣнки вѣтокъ, рыхъ сосудовъ мозгового слоя утолщены, гомогенны; просвѣты ихъ сужены то равномерно по всей периферіи, то оставшіеся капиллярный просвѣтъ не соответствуетъ центру сосуда.

Лѣвый яичникъ. Наружный слой лишь мѣстами имѣетъ рѣзкую каемку изъ плотной ткани, тогда какъ мѣстами она безъ рѣзкой границы переходитъ въ болѣе глубокие слои коркового слоя; бѣдность кѣлочными элементами этого послѣдняго слоя имѣетъ гнѣздышій характеръ.

Примордіальные фолликулы въ этихъ мѣстахъ встрѣчаются крайнѣ рѣдко, а встрѣчаемые мѣстами не представляютъ никакихъ видимыхъ измѣненій. Наоборотъ встрѣчается много атрезировавшихся фолликуловъ путемъ склероза стѣнки съ образованиемъ гомогенной блестящей полоски. Два фолликула величиной отъ 0,2 до 0,4 cm. имѣютъ отслоившуюся membr. granul. съ распаденіемъ кѣлокъ ея; полости изъ выполнены мелкозернистой массой, окрашенной эозиномъ. Tunica propria и fibrosa thecae folliculi не представляютъ замѣтныхъ измѣненій.

На границѣ коркового и мозгового слоя лежатъ остатки ста-

рыхъ желтыхъ тѣлъ въ видѣ группъ характерныхъ желтыхъ кѣлокъ.

Сосуды какъ коркового такъ и мозгового слоя представляютъ интерстициальные измѣненія своихъ стѣнокъ—отличаются бѣдностью кѣлочныхъ элементовъ съ утолщеніемъ стѣнокъ; просвѣты ихъ частью сужены, частью облитерованы.

Случай III. А. К. поступила въ клинику 23 Сентября 1886 года съ жалобами на обильныя и болѣзненные менструаціи, боли въ поясницѣ и внизу живота. Большая 40 лѣтъ, вышла замужъ на 18 году; первая менструація на 17 году; тѣтъ регулы до заблѣванія черезъ 4 недѣли по 7 дней; за время болѣзни, около 5 лѣтъ, типъ этотъ не измѣнился, но кровотеченіе стало настолько обильнымъ, что больная должна въ некоторое время лежать въ постели; притомъ бывають боли въ поясницѣ и внизу живота. Родила одинъ разъ на 20 году; роды и послѣродовой періодъ прошли вполне правильно.

Больная среднего роста, брюнетка, крѣпкого тѣлосложенія и хорошаго питанія; стѣнки живота уруги, съ обильнымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ; при пальпаціи въ нижней части живота прощупывается плотная опухоль, слегка подвижная и болѣзненная, верхняя граница ее приблизительно пять поперечныхъ пальцевъ надъ лоннымъ сращеніемъ.

Окружность на уровнѣ пупка.	90 cm.
Отъ мечевиднаго отростка до пупка.	14 >
Отъ пупка до лоннаго соединенія.	15 >
Отъ правой spina anter. super. до пупка.	16 >
Отъ лѣвой < < < < <	17 >
Наибольшая окружность.	93 >
Высота опухоли надъ symphysis os. pub.	9 >

Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи: vagina узкая, portio vaginalis цилиндрической формы, гипертрофирована, плотна и смотритъ вадъ; зѣвъ въ видѣ овальнаго отверстія, проходимаго для зонда; черезъ своды прощупывается нижній сегментъ опухоли величиной съ голову ребенка; шейка матки непосредственно переходитъ въ опухоль; всѣ движенія опухоли передаются точно такъ и влагалищной части; кромѣ того въ лѣвомъ и переднемъ сводахъ можно констатировать присутствіе еще нѣсколькихъ плотныхъ узловъ, которые тѣсно примыкаютъ къ главной опухоли; одинъ изъ нихъ, величиной въ голубиное яйцо, сидитъ на передней стѣнкѣ ея, отъ дѣльнаго движенія не имѣетъ; незначительное перемѣщеніе узла возможно только съ большой опухолью; полость матки = 12 cm. Зондъ при изслѣдованіи ея направляется немного вправо и позади опухоли. Правый яичникъ легко опредѣляется; лѣвого же, благодаря присутствію съ этой стороны вышеуказанныхъ узловъ, найти не удалось. На основаніи данныхъ изслѣдованій поставленъ

диагноз fibromyoma uteri interstitialis parietis anterioris multiplex. Наблюдение клиническое во продолжении мѣсяца подтвердило жалобы больной; указанныя въ анамнезѣ. Кровотеченіе во время менструаціи было обильное, боли въ послѣднѣ и внизу живота, а также головокруженіе. Величина опухоли не измѣнялась во время регулъ.

Операция 25/х 1886 г. Брюшина стѣнки разсѣчена была на протяженіи 18 см. Въ рану выведенъ лѣвый яичникъ и труба; у его основанія через lig. ovarii проведена двойная шелковая лигатура; послѣ перевязки яичникъ былъ удаленъ вмѣстѣ съ абдоминальнымъ концомъ фаллопиевой трубы, а культи опущена въ брюшную полость; такимъ же образомъ былъ удаленъ и правый яичникъ вмѣстѣ съ абдоминальнымъ концомъ фаллопиевой трубы. Брюшная рана зашита 8 глубокими и 3 поверхностными швами и наложена повязка. Операция продолжалась 1 ч. 10 м.

Въ послѣдній операціонный періодъ въ первые дни замѣчались тошнота, рвота и метеоризмъ; на другой день небольшое кровотеченіе изъ rima pudenda, а на 4-й день оно кончилось; t° все время была нормальная; 4-го Ноября сняты швы; рана зажила per primam intentionem. 9-го Ноября больная встала съ постели; самочувствіе прекрасное; 29-го числа этого же мѣсяца больная оставила клинику. Последнее изслѣдованіе показало слѣдующее: полость матки=9,5 см., высота опухоли надъ лоннымъ соединеніемъ=8 см., подвижность ея значительно увеличилась, небольшой узелъ въ переднемъ сводѣ почти совсемъ исчезъ.

Черезъ два мѣсяца больная вторично явилась въ клинику. Изслѣдованіе показало, что отъ вышеупомянутого узла въ переднемъ сводѣ не осталось и слѣда; полость матки 9 см., матка безболѣзненна и вполнѣ подвижна; замѣчено уменьшеніе ея въ переднезаднемъ размѣрѣ; менструацій за все время не было. Больная имѣетъ цѣлѣбный видъ.

П р а в ы й я и ч н и к ъ. Яичникъ съ абдоминальнымъ концомъ фаллопиевой трубы вѣситъ 10 грм., длина=3 см., ширина=2,5 см., толщина=1,9 см., окружность продольная=8 см., поперечная 6,5 см. На поперечномъ разрѣзѣ замѣтна полость величиной въ малую горошину, другая—въ конопляное зерно. Выше и отступя отъ поверхности на 0,2 см., видно пространство бѣловатаго цвѣта величиной 0,3 см., содержащее его повидимому губчатое. Отступя отъ поверхности 0,3 см. треугольной формы пространство=0,4 см., въ немъ можно различить центральную часть, окруженную ободкомъ бѣловатаго цвѣта, затѣмъ снаружи этого лежитъ слой сѣврататаго цвѣта=0,1 см., непосредственно переходящій въ остальную ткань яичника. Кромѣ того замѣтны бѣловатая пятна величиной съ булавочную головку. Поверхность яичника буржиста, покрыта глубокими бороздками и очень тонкими перепонками.

Лѣ в ы й я и ч н и к ъ. Какъ часть фаллопиевой трубы вѣситъ 7 грм., длина=3 см., ширина=2 см., толщина=1,7 см., окру-

ность продольная=7,5 см., поперечная=6 см. Поверхность значительно буржиста. Ясно различаются на наружномъ концѣ яичника два бугра, расположенный ближе кънутри имѣетъ большую величину. Бороздки на поверхности не глубоки и не многочисленны. На поперечномъ разрѣзѣ, проведенномъ отступя отъ наружнаго края яичника на 0,5 см., различаемъ три полости: большая лежитъ ближе къ hylus, достигаетъ величини горошины, меньшая съ конопляное зерно и третья съ чечевичное зерно; расположены онѣ всѣ рядомъ на растояніи другъ отъ друга отъ 0,2 до 0,4 см., а отъ поверхности яичника въ глубину на 0,1—0,3 см., содержимое большой полости густое, прозрачное бесцвѣтное. Въ центрѣ разрѣза пространство грушевидной формы въ 1 см. длины и 0,5 см. ширины, масса составляющая его отличается губчатостью. Другой разрѣзъ, проведенный параллельно первому и отступя отъ него на 0,6 см., открылъ рядкомъ лежащія 4 сдвинутыя полости, отстоящія отъ поверхности на 0,1—0,2 см., величина каждой изъ нихъ равнялась приблизительно горошинѣ съ остатками студениватаго содержимаго въ полости. Около задней поверхности, на томъ-же разрѣзѣ, 2 полости меньшаго размѣра, отстоящихъ отъ нея на 0,1 см. и раздѣленныхъ перегородкой=0,2 см.

Кромѣ того, кое-гдѣ на разрѣзѣ разбросаны обезцвѣченные точки и углубленія, напоминающія узлы игли.

Гистологическое изслѣдованіе. Лѣвый яичникъ. На отдѣльныхъ мѣстахъ поверхности различаются ложныя перепонки, подъ которыми иногда сохранился поверхностный эпителий (Рис. 5); этотъ послѣдній углубляется также въ углубленіяхъ и щеляхъ; два углубленія выстланы плоскимъ эпителиемъ, лежащимъ въ одинъ слой; ядра его кѣткокъ вытянуты и направлены своимъ длинникомъ параллельно поверхности; подъ однимъ изъ углубленій лежитъ старое желтое тѣло.

Кортикальный слой во всей периферіи отличается богатствомъ кѣткокыхъ элементовъ (веретенообразныхъ, овальныхъ, круглыхъ); и имѣетъ рѣзкую гематоксилиновую окраску.

Примордіальные фолликулы попадаются въ достаточномъ количествѣ соотвѣтственно возрасту больной; между ними крайне рѣдко можно встрѣтить фолликулы, потерявшие свой правильный контуръ и лишившіеся кѣткокъ яичевого эпителия.

Рѣдко попадаются единичные фолликулы, подвинувшіеся въ своемъ развитіи; кѣткки здѣсь представляютъ уже ясно выраженную правильную низко-цилиндрическую форму, и есть признаки образованія полости фолликула.

На этомъ-же препаратѣ встрѣчаются 4 полости величиной отъ коноплянаго зерна до большой горошины, которыя, располагаясь по окружности срѣза, сдѣланнаго черезъ вѣсь яичникъ, сообщаютъ ему кружно рѣшетчатый видъ; микроскопическія полости представляютъ всѣ данныя, на основаніи которыхъ ихъ можно считать фолликулами; онѣ исполнены мелкозернистой массой, окрашивающейся эозинномъ;

среди этой массы лежить отслоившаяся и неправильно сложенная мембрана (granul.), или отдельные сегменты ее или только группы клеточек; во всех этих случаях клетки membran. granul. представляют слѣды разрушения до превращения ихъ въ мелкозернистый распадъ, выполняющей полость.

Рядомъ съ такого рода полостями существуютъ на препаратахъ неправильной формы участки, состоящие изъ гомогенной плохо окрашивающейся массы, пронизанной тонкими пучками соединительной ткани; участки, мѣстами будучи скучены, раздѣляются другъ отъ друга незначительными полосками основной ткани яичника; нигдѣ по периферии гомогенныхъ массъ не замѣчается желтыхъ клеточекъ, хотя въ отдельныхъ мѣстахъ удается различить кучки темно бурого пигмента.

Рядомъ съ такого рода картинами попадаются остатки менструальныхъ желтыхъ тѣлъ, отличающихся группами характерныхъ желтыхъ клеточекъ.

Правый яичникъ. Корковый слой не представляетъ видимыхъ измѣненій; въ ткани его разбросано значительное количество примордиальныхъ фолликуловъ, между ними попадаются фолликулы съ признаками разрушенія; клетки яичевого эпителия мелкозернисты, ядра съ трудомъ различимы; vesicul. и macul. germinat. еще различимы, рядомъ лежатъ фолликулы, въ которыхъ вся полость выложена мелкозернистой массой, и въ этихъ послѣднихъ крайне рѣдко удается рассмотреть контуры vesicul. germinativae.

Развивающіеся фолликулы встрѣчаются въ количествѣ 4—5 на препарате съ разбѣрами отъ 0,0047 до 0,038 mm, снаружи они окружены однимъ слоемъ низкоконицентрическаго эпителия, который иногда является отслоившимся, и такимъ образомъ въ полости фолликула мы видимъ отдѣльные группы клеточекъ.

Попадаютъ атрезирующіеся фолликулы путемъ образованія гомогенной складчатой полоски съ развитіемъ молодой соединительной ткани на мѣстѣ бывшей полости.

На срѣзахъ около hylus различаются до 4—5 пространствъ, занятыхъ гомогенной массой, плохо окрашивающейся гематоксилиномъ, и розовымъ; относительно прониканія въ нихъ съ периферии соединительно тканыхъ пучковъ, мы имѣемъ тоже, что въ предыдущемъ яичникѣ.

Одно мѣсто препарата = 1,2 ctm. данны и 1 ctm. ширины сплошь занято большими клетками, по величинѣ соответствующими желтымъ клеткамъ. Они то крупно, то мелко зернисты, ядра плохо красятся. Периферия такого тѣла имѣетъ неправильную, волнистую, довольно рѣзкую границу; между отдельными доплатками ясно различается соединительная ткань съ сосудами; въ центрѣ замѣчается мелковолокнистая масса, окрашенная розовомъ, а отъ нея отходятъ отдѣльные волокнистыя полоски, направляясь въ существо лопастей, составленныхъ изъ вышеуказанныхъ клеточекъ.

Мозговой слой представляетъ большую сосудистость; стѣнки вѣ-

которыхъ сосудовъ малаго калибра утолщены, гомогенны; просвѣты частью стужены.

Случай IV. О. П. поступила 19 Ноября 1886 г. съ жалобами на частое обильное отдѣленіе крови, боль внизу живота, поясницѣ и запоры.

Больная 40 лѣтъ, мѣщанка, замужия, вышла замужъ на 27 году. Регулы получила на 18 году, они появлялись до заболѣванія черезъ 3 недѣли по 7 дней, за время болѣзни черезъ 2—3 недѣли, продолжалась также 7 дней, но крови выделялось гораздо больше. Рожала 2 раза. Послѣдніе роды 10 лѣтъ тому назадъ. Больна, по ея словамъ, 6 лѣтъ.

Большая брюшетка, правильнаго тѣлосложенія, высокаго роста, съ плохимъ питаніемъ. Въ передней области шеи справа отъ срединной линии находится довольно плотная опухоль величиной съ апельсинъ; время появленія ея больная не помнитъ; ростъ опухоли медленный и присутствіе ея мало беспокоитъ больную; опухоль, по послѣдованіи спеціалиста хирурга оказалась struma.

Брюшныя стѣнки вялы, съ незначительнымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ. При пальпации въ нижней части живота прощупывается опухоль, величиной съ голову ребенка, гладкая, подвижная, слегка болѣзненная и довольно уруграя.

Окружность живота на уровнѣ пупка.	79 ctm.
Отъ конца мечевиднаго отростка до пупка.	12 »
Отъ пупка до лоннаго соединенія.	18 »
Отъ правой sp. ilei ant. super. до пупка.	17 »
Отъ лѣвой » » » до пупка.	16 »
Наибольшая окружность.	80 »

Высота опухоли надъ лоннымъ соединеніемъ 10 ctm. Ширина опухоли 9 ctm.

Наружные половые органы нормальны. Portio vaginalis смотритъ вадъ, цилиндрической формы, нежно увеличена; зѣвъ въ видѣ поперечной щели, вполнѣ проходима для зонда. Черезъ своды, главнымъ образомъ задній, прощупывается нижній сегментъ опухоли; шейка матки непосредственно переходитъ въ эту опухоль и вмѣстѣ съ нею одновременно движется. Полость матки = 11,5 ctm., направленіе зонда къ лонному соединенію впереди опухоли. Определенъ правый яичникъ. На основаніи данныхъ изслѣдованія поставленъ діагнозъ = fibromyoma interstifiale pariet. posterior. uteri.

Наблюденія въ клиникѣ въ продолженіи мѣсяца показали слѣдующее: больная за это время два раза менструировала; регулы были весьма обильны и болѣзненны; передъ и въ первые дни менструаціи опухоль увеличивалась во всехъ своихъ разбѣрахъ на 1 ctm. Вслѣдствіе упорныхъ запоровъ часто приходилось прибѣгать къ клизмамъ. У больной спеціалистомъ терапевтомъ определено ди-

latatio cordis; во время регулы всякая попытка ходить усиливалась боли в пояснице, внизу живота и кровотечению.

Операция произведена 17 Декабря 1886 г. Брюшная стѣнка вскрыта по linea alba от пупка вниз на 15 ctm. Затѣмъ первымъ выведенъ въ просвѣтъ раны вѣтвь съ абдоминальнымъ концомъ фаллопиевой трубы лѣвый яичникъ. Черезъ lig. ovarii проведена двойная шелковая лигатура, которой была перевязана ножка и конецъ трубы en masse; послѣ того яичникъ и часть трубы удалены, концы лигатуръ обрѣзаны, а культи опущены въ брюшную полость. Точно такимъ же образомъ поступлено съ яичникомъ и абдоминальнымъ концомъ трубы правой стороны. Брюшная рана соединена 14-ю шелковыми швами. Операция продолжалась 40 минутъ.

Въ послѣоперационномъ періодѣ у больной первые дни была рвота и весьма сильный потъ; в^о все время была нормальна, за исключеніемъ 3-хъ сутокъ, въ теченіи которыхъ вечеромъ она поднималась до 38,2°. На 4-й день больная жаловалась на боли въ животѣ, сильное вздутіе его; послѣ назначенія соответственной терапіи припадки исчезли. На 10-й день сняты швы; рана зажила per prim. intent.; самочувствие больной быстро улучшалось; потъ, особенно ночью во время сна, все еще довольно обильный; 7 Января 1887 г. больная первый разъ встала съ постели, а 14 выпалася изъ клиники. Послѣднее изслѣдованіе показало слѣдующее: матка вполне подвижна, безболѣзненна; длина полости=9 ctm., высота дна надъ лоннымъ соединеніемъ=9 ctm., поперечникъ=8 ctm. Менструація въ теченіи мѣсяца не появлялась.

Черезъ полтора мѣсяца отъ больной получено извѣстіе, что кровотеченіе не подвигалось совсѣмъ. Чувствуетъ себя она въ настоящее время прекрасно, только по временамъ бывають незначительныя боли въ животѣ.

Правый яичникъ. Вѣсъ съ абдоминальнымъ концомъ фаллопиевой трубы=7 ctm.; длина оставшейся части яичника, отъ котораго раньше былъ взятъ кусокъ для изслѣдованія, =2,5 ctm., ширина=2 ctm., толщина=1,7 ctm.

Поверхность почти гладкая и лишь на наружномъ концѣ довольно плоскій бугорокъ; на разрывѣ проведенномъ отступя на 1 ctm. отъ наружнаго края полость=0,7 ctm., выполненная полужидкой массой, ниже и отступя на 0,1 ctm. отъ этой лежитъ мѣсто буровато-краснаго цвѣта.

Лѣвый яичникъ. Яичникъ съ абдоминальнымъ концомъ фаллопиевой трубы, вѣситъ 9 grm., длина=3 ctm., ширина=1,7 ctm., толщина=1 ctm. Поверхность бугристая, покрыта многочисленными бороздками; на поперечномъ разрывѣ около hylus являю бураго цвѣта величиною съ конопляное зерно.

Гистологическое изслѣдованіе. Лѣвый яичникъ. На поверхности его по мѣстамъ различныя ложныя перепонки, доходящія толщиной до 0,5 мм.; подъ ними сохранился поверхностный низво-цилин-

дрический эпителий какъ въ бороздкахъ, такъ по мѣстамъ, не представляющимъ этихъ углубленій; ядра кѣтокъ эпителиа встрѣчаются расположенными параллельно поверхности, имѣя вытянутую плоскую форму. Наружный слой кортикальнаго слоя уплотненъ лишь на избѣстныхъ мѣстахъ и сливается иногда безъ рѣзкой границы съ ложными воспалительными перепонками.

Въ кортикальномъ слой гнѣздное развитіе соединительной ткани, причѣмъ количество кѣточныхъ элементовъ здѣсь весьма ограничено, ядра ихъ имѣють сильно вытянутую форму; расположеніе соединительно тканнахъ пучковъ то параллельно поверхности яичника, то они переплетаются въ различныхъ направленіяхъ, образуя грубопетлистую ткань.

Въ такой ткани не встрѣчается ни одного примордіальнаго фолликула со всѣми своими существенными составными частями, попадались лишь крайне рѣдко группы эпителиальныхъ кѣтокъ, расположенныхъ безъ опредѣленнаго порядка—остатки отъ погибавшихъ примордіальныхъ фолликуловъ. Фолликулъ величиной=0,2 ctm. выполненъ мелкозернистымъ содержимымъ, окрашеннымъ эозиномъ, мѣстами среди этой массы лежитъ отсохшаяся membr. granul.; рядомъ лежать группы кѣтокъ ея въ различныхъ стадіяхъ распаденія. Tunica propria et externa folliculi не представляютъ видныхъ измѣненій.

Остатки старыхъ желтыхъ тѣлъ съ группами желтыхъ кѣтокъ и кучками пигмента въ довольно значительномъ количествѣ.

На границѣ корковаго и мозговаго слоя и въ этомъ послѣднемъ встрѣчаются бѣловатая гомогенная масса въ количествѣ 4—5 различной формы и величины безъ признаковъ желтыхъ кѣтокъ.

Правый яичникъ. Измѣненія, наблюдаемая въ этомъ яичникѣ, ничѣмъ существеннымъ не отличаются отъ измѣненій, описанныхъ въ предыдущемъ яичникѣ. Ложныя воспалительныя перепонки по периферіи частью различны подъ луной, частью только подъ микроскопомъ. Имѣемъ уплотненный мѣстами наружный слой кортикальнаго слоя и гнѣздное развитіе соединительной ткани въ этомъ послѣднемъ.

Почти полное отсутствіе примордіальныхъ фолликуловъ и развивающихся. Стѣнки нѣкоторыхъ сосудовъ мозговаго слоя гомогенны, утолщены, просвѣты ихъ сужены или совершенно не различаются.

Остатки отъ желтыхъ тѣлъ въ видѣ группъ желтыхъ кѣтокъ и пигмента янтарно-желтаго цвѣта. Бѣлыхъ гомогенныхъ массъ на препаратахъ, полученныхъ изъ этого яичника, не наблюдается.

Случай У. Е. Д. поступила въ клинику 5 Января 1887 г. Съ жалобами на очень обильныя кровотеченія.

Больная 42 лѣтъ, замужняя; первый кризис на 13-омъ году, приходили обычно до заболѣванія черезъ 4 недѣли по 2—3 дня; съ 1880 года каждыя менструація стали затягиваться и сопро-

вождаются сильными болями въ животѣ и поясницѣ, рвотой и приступами сердцебіенія; въ послѣднее время кровотеченіе въ каждый менструальный періодъ продолжается обыкновенно по 3 недѣли. До заболѣванія больная была всегда здорова, чрезвычайно дѣятельная и имѣла веселый, спокойный характеръ, въ настоящее время избытныя регулы и упадокъ силъ лишили ее возможности работать, а боли и необыкновенная раздражительность дѣлають невыносимой ея жизнь.

Больная шатенка, среднего роста, очень плохого питанія; наружные покровы и слизистыя оболочки чрезвычайно блѣдны; подкожный жирный слой плохо развитъ.

Стѣнки живота упруги, средней толщины; при пальпаціи въ нижней части живота прощупывается опухоль, малоподвижная, плотная и болѣзненная; верхняя граница ея приблизительно 4 поперечныхъ пальца надъ лоннымъ соединеніемъ.

Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка	66 cm.
Отъ конца мечевиднаго отростка до пупка.	12 »
Отъ пупка до лоннаго соединенія	16 »
Отъ правой sp. ant. sup. до пупка	14 »
Отъ лѣвой » » до пупка	14 »
Наибольшая окружность	68 »
Высота опухоли надъ лоннымъ соединеніемъ	9 »

Наружные половые органы нормальны.

При внутреннемъ изслѣдованіи опредѣляется сохранившійся hymen съ отверстіемъ свободно пропускающимъ палецъ; слизистая оболочка вагины нормальна; port. vag. конической формы, увеличена и смотритъ немного назадъ; зѣвъ въ видѣ овальнаго отверстія, проходимаго въ сводкахъ, главнымъ образомъ въ заднемъ и лѣвомъ, прощупывается нижній сегментъ опухоли, величиною съ голову семимѣсячнаго плода, довольно плотной консистенціи, мало подвижный и болѣзненный при пальпаціи. Шейка матки непосредственно переходить въ эту опухоль и съ нею вмѣстѣ движется; правая сторона опухоли бугриста, здѣсь легко можно прощупать нѣсколько плотныхъ узелковъ, самый большой, величиною съ куриное яйцо, весьма рельефно выдается вправо и впередъ тѣсно сдвигаясь съ главной опухолью. Подость матки=12 cm.; зондъ при изслѣдованіи направляется влѣво и впередъ опухоли. Удалось опредѣлить только лѣвый яичникъ.

Диагнозъ: Fibromyoma uteri interstitialis parietis posterioris et sub seros. multipl. Наблюденіе въ продолженіи мѣсяца дало слѣдующее на 4-й день послѣ поступленія начались менструаціи; кровотеченія и боли при этомъ настолько были интенсивны, что въ первые же дни принуждены назначить препараты *scalis corp.* и *narcoetici*. Кровотеченіе кончилось 26 Января; все это время больная лежала въ постели и была чрезвычайно раздражительна.

Операция 2. II. 87. Брюшная стѣнка послонно вскрыта отъ пупка до лоннаго соединенія на протяженіи=14 cm. При разсѣченіи regioneі у большой началась рвотная движенія, вслѣдствіе чего въ брюшную рану разомъ появилось много петель кишекъ, напоръ былъ такъ силенъ, что попытки вправить и удержать ихъ оказались тщетны; а потому, покрытыя теплымъ марлевымъ компрессомъ, кишки оставлены были до конца операциі виѣ полости брюшной.

Въ рану брюшную сравнительно легко было выведенъ лѣвый яичникъ и у его основанія черезъ lig. ovar. проведена двойная шелковая лигатура; ножка была перевязана, яичникъ былъ удаленъ, а культи опущена въ брюшную полость. Правый яичникъ найти было труднѣе въ силу присутствія узловъ съ этой стороны и болѣе глубокаго положенія яичника позади опухоли. Онъ имѣлъ очень короткую ножку и былъ спаянъ ложными перепонками съ соседними частями; чтобы облегчить доступъ къ нему, потребовалось отсѣдить опухоль въ лѣвую сторону; вслѣдъ за этимъ, отдѣленный отъ сращеній, яичникъ былъ выведенъ въ брюшную рану и также, удаленъ какъ лѣвый.

Кишки вправлены съ трудомъ по причинѣ массы ихъ и сильнаго напряженія m. rectorum. Брюшная рана закрыта 12-ю шелковыми лигатурами.

Въ послѣоперационномъ періодѣ на 1-й день къ вечеру замѣтно кровотеченіе изъ *rima pudendorum*; больная жаловалась въ продолженіи 2-хъ первыхъ дней на тошноту и рвоту. На 3-й день ночью появился избытныи потъ; на 5-й день частыя жидкія испраженія; t° нѣсколько дней была ниже нормы, пульсъ держался около 72 ударовъ въ минуту. По прошествіи 8-ми дней кровотеченіе прекратилось.

На 11-й день сняты швы; соединеніе краевъ раны получилось, но на мѣстѣ 2-хъ нижнихъ швовъ нагноеніе. На 13-й день къ вечеру t° поднялась до 38,5; по снятіи повязки оказалось порядочное количество гноя, а вокругъ свѣжаго рубца воспалительная инфильтрація. Спустя 4 дня подъ согревающимъ компрессомъ количество гноя уменьшилось и воспалительная инфильтрація исчезла. 27-го Января больная встала съ постели, чувствую слабую. Марта 9 дня въ срокъ, когда должны были менструаціи, появились приступы сердцебіенія, тошноты, открылся поносъ, но кровотеченія не было. Всѣ эти симптомы исчезли на 3-й день и больная спустя еще день вышлалась изъ клиники.

Послѣднее изслѣдованіе при выскѣбѣ показало, что небольшая опухоль въ правомъ сводѣ совсѣмъ почти исчезла, главная опухоль вполне подвижна, дѣла полости матки=10 cm.

Правый яичникъ, Вѣсъ=3 grm., длина=2,5 cm., ширина=2,6 cm., толщина=1,1 cm.

Поверхность бугристая покрыта не глубокими бороздками различного направления.

Лѣвый яичникъ Вѣсъ=4 grm., длина=4 cm., ширина=2 cm. толщина=1,3 cm.

Поверхность ровная, бугристая. На плоскости разрыва, проведенной отступая на 1,5 cm. отъ наружнаго края яичника различаются два углубленія величиной съ конопляное зерно.

Гистологическое исследование. Лѣвый яичникъ. Кортикальный слой лишь мѣстами имѣетъ болѣе значительное развитие соединительной ткани; мѣстами же онъ богатъ веретенообразными, овальными и круглыми соединительно тканными клѣтками, и здѣсь именно попадаются примордіальные фолликулы, то группами по 2—3, то лежащія отдѣльно.

Рядомъ съ неизмѣнными первичными фолликулами встрѣчаются, такіе, въ которыхъ клѣтки membr. granul. имѣютъ неясныя границы, протоплазма ихъ зерниста, ядра не различимы; иногда въ содержимое такого фолликула состоитъ изъ мелкозернистой массы безъ признаковъ яйца. Между подобными фолликулами лежатъ имѣющіе въ полости гомогенный блестящій студючекъ; яйца въ въ такихъ фолликулахъ не удалось опредѣлить.

Подаются развивающіеся фолликулы, у которыхъ уже выражена полость съ liquor folliculi; одни изъ нихъ представляютъ неизмѣнными, у другихъ membrana granul. отслоилась и лежитъ въ полости отдѣльными сегментами; клѣтки ея частью отдѣлились, сгущились группами, границы ихъ не ясны, за мелкозернистостью, протоплазмы не видно ядеръ; тутъ, рядомъ лежитъ мелкозернистая распадъ.

Стѣнка нѣкоторыхъ изъ указанныхъ фолликуловъ представляетъ начало склерозирования. Наконецъ встрѣчаются и дальнѣйшія стѣнки погибшихъ фолликуловъ уже съ яснымъ развитіемъ зигзагообразной блестящей полоски, среди которой развилась молодая соединительная ткань, состоящая изъ веретенообразныхъ элементовъ съ отростками, образующими крупно или мелкопетлистую ткань, среди которой разбросаны лейкоциты; или эта ткань превратилась въ плотную соединительную ткань сплошь выполняющую всю полость бывшаго фолликула. Снаружи складчатыхъ полосокъ ясно различается скопление лимфонныхъ элементовъ, часть которыхъ проникла въ толщу самой полоски или лежитъ внутри ея, какъ на это мы указали раньше. Мозговой слой, повидимому, отличается болѣею соединительностью; стѣнки нѣкоторыхъ сосудовъ утолщены, гомогенны; просвѣты служены или облитерированы.

Подаются на препаратахъ крайне рѣдко бѣлыя гомогенныя массы на границѣ между корковымъ и мозговымъ слоями.

Остатки старыхъ желтыхъ тѣлъ въ весьма ограниченномъ количествѣ.

Правый яичникъ. Аналогичныя микроскопическія картины мы имѣемъ и на препаратахъ, полученныхъ отъ этого яичника.

Случай VI. П. И. поступила въ клинику 15 Сентября 1887 года съ жалобами на обильное кровотеченіе, продолжавшееся 1 мѣсяцъ, которое прекратилось 3 дня тому назадъ; чувствуетъ общую слабость.

Болезня 43 лѣтъ, крестьянка, незамужняя. Регулы получила на 16 году, появилась обычно черезъ 4 недѣли по 5—8 дней, очень обильныя. На 21 году первыя роды, послѣ которыхъ спустя 3 года было первое значительное кровотеченіе, продолжавшееся также около 4 недѣль. Въ продолженіи 10 лѣтъ ни одного кровотеченія, а затѣмъ снова цѣлый рядъ кровотеченій, которыхъ болѣзнь насчитываетъ до 4 по продолжительности равныя послѣднему. Предпоследнее кровотеченіе было 3 года тому назадъ. Чувствуетъ значительную слабость.

Болезнь брютетка, средняго роста, съ плохимъ питаніемъ. Брюшныя стѣнки достаточно упруги, на кожѣ живота можно различать рубцы. Притупленіе въ области опухоли.

Окружность живота на уровнѣ пупка	81 cm.
Наибольшая окружность	84 »
Отъ мечевиднаго отростка до пупка	15 »
Отъ пупка до лоннаго соединенія	14 »
Отъ правой spina ilei anter. super. до пупка	16 »
Отъ лѣвой	16 »

Высота дна матки надъ symphysis ossium pubis 8 cm. На возможности разрывъ 2-й степени. Матка въ ante-flexio 1-й степени, увеличена до большаго кулака, крайне плотной консистенціи, подвижна ея ограничена, болѣзненность незначительная, длина полости = 9,5 cm.; portio vaginalis нормальнаго объема, цилиндрической формы, лежатъ болѣе кзади. Наружный зѣвъ въ видѣ поперечной щели, проходящей для зонда. Въ правомъ и лѣвомъ сводахъ определяются плотныя образования, но особенно болѣзненные, яйцевидной формы, величиной съ глубокое яйцо, имѣющія связь съ маткой. Въ переднемъ сводѣ на передней стѣнкѣ матки различается плотный бугоръ. Диагнозъ—Fibromyoma uteri multiplex.

Операция произведена 14/x 1887 г. Брюшная стѣнка вскрыта по linea alba отъ пупка внизъ на 16 cm. Исслѣдованіе, произведенное черезъ рану, показало, что лѣвый яичникъ лежитъ спереди и слѣва, а потому легко былъ выведенъ въ просвѣтъ брюшной раны. Послѣ наложенія лигатуръ яичникъ былъ удаленъ и культи обычнымъ способомъ опущена въ брюшную полость. Правый яичникъ оказался позади матки въ полости малаго таза; выведение его въ просвѣтъ раны представило значительныя затрудненія. Брюшная

рана закрыта 11 глубокими шелковыми швами и 1 поверхностным. Операция продолжалась 50 минут.

Послеоперационный период протекал гладко. Наивысшая температура была в первые сутки 38,5. Первые двое суток большую беспокойство тошнота, рвота, боли в животе и пояснице. Большая для успокоения рвоты получала содаи муратию по 10 капель. Моча первые двое суток выводилась катетером. На 9 день сняты швы, рана зажила per primam intentionem. На 20 день больная встала со постели, на 29 выписалась вполне оправившейся. При последнем исследовании получены данные аналогичные вышеуказанным, лишь две матки надъ symphysis oss. pubis стояло на 7 см. (вместо 8).

Левый яичникъ. Въсь 11 gm., длина 4,2 см., ширина 2,5 см., толщина 2 см. Окружность продольная 10,5 см., поперечная 7,5 см. Поверхность яичника бугристая; какъ на задней, такъ и на передней поверхности различаются различной величины углубленія. Наружный край представляетъ возвышеніе величиной съ большую вышью, округлой формы, выступающее надъ поверхностью яичника на 0,8 см.. На поверхности разрьза, проведеннаго отступя отъ наружнаго края 1,5 см., мѣшкообразная полость величиной 0,3 см. въ диаметръ, лежащая ближе къ передней стѣнкѣ. Отъ поверхности яичника она отдѣлена полоской ткани=0,1 см.; кромѣ того на разрьзѣ замѣтно нѣсколько точечныхъ вдавленій едва замѣтныхъ простымъ глазомъ. На разрьзѣ, отступя 0,5 см. отъ вышеуказаннаго, проведеннаго по поперечной оси яичника, находятся 2 мѣшковидная полости, изъ которыхъ большая = 0,7 см., меньшая 0,3 см. Въ большей полости сферическое тѣло, величиной 0,4 см., прикрывающее къ внутренней поверхности стѣнки.

Правый яичникъ. Въсь=10 gm., длина=5 см., ширина = 2,5 см., толщина=1,8 см. Окружность продольная = 10 см., поперечная = 7,8 см. На поверхности различается нѣсколько возвышеній, одно изъ нихъ величиной съ горошину, лежитъ ближе къ наружному краю яичника, кромѣ того много бороздокъ различной глубины и протяженія. На плоскости разрьза въ полости, одна величиной съ конопляное зерно, другая въ маленькую горошину.

Гистологическое исследование. Левый яичникъ. Поверхностный низко-цилиндрической эпителий сохранился въ углубленіяхъ поверхности яичника; кортикальный слой отличается бѣдностью клеточныхъ элементовъ и значительнымъ развитіемъ соединительнотканыхъ волоконъ; пучки волоконъ различной толщины идутъ съ поверхности вглубь, перекрещиваясь въ различныхъ направленіяхъ.

Сохранившиеся примордіальные фолликулы (въ количествѣ 2—3 на срѣзѣ), представляютъ сѣды измѣненій; границы кѣтокъ плохо различимы; отдѣлившейся эпителий лежатъ въ полости; кѣтки его представляются зернистыми съ ядромъ или безъ него; тутъ же рядомъ лежатъ фолликулы, имѣющие полость неправильнаго очертанія

съ мелкозернистымъ содержимымъ. Vesicula и macul. germinat. сохранились лишь въ нѣкоторыхъ мало измѣненныхъ фолликулахъ.

Фолликулы въ количествѣ 3-хъ, величиной отъ 0,5 см. до 0,8 см., отдѣлены другъ отъ друга тонкими перегородками = 0,0015 мм., полости ихъ выполнены мелкозернистой массой, окрашенной эозиномъ, среди которой разбросаны распадающіяся кѣтки membranae granul. и лишь въ одномъ изъ вышеуказанныхъ фолликуловъ еще удается различать участки membranae granul., лежащие около внутренней стѣнки фолликула.

Кортикальный и мозговой слой заняты разбросанными на различныхъ мѣстахъ препарата гомогенными бѣловатыми массами величиной отъ 0,1 до 0,5 см., плохо окрашивающимися гематоксилиномъ и эозиномъ; ткань яичника сохранилась между ними въ видѣ тонкихъ перекладинъ толщиной отъ 0,003 мм. до 0,1 см. Съ периферіи въ эти массы въбѣряются пучки соединительной ткани, раздѣляя ихъ на большей или меньшей величины участки; рядомъ лежатъ образованія такого же характера почти сплошь занятыя пучками соединительной ткани, перекрещивающимися во всевозможныхъ направленіяхъ, около нѣкоторыхъ лежатъ кучки темнубураго пигмента.

По периферіи подобныхъ гомогенныхъ массъ нѣредко попадаются сосуды то съ неизмѣненными стѣнками, то стѣнки ихъ утолщены, гомогенны, плохо окрашиваются гематоксилиномъ, и просвѣты сужены.

Въ корковомъ слѣѣ попадаются атрезирующіеся фолликулы путемъ образованія гомогенной матовобластящей кѣмки, среди которой, въ прежде бывшей полости фолликула, развилась крупно или мелкоплетистая молодая соединительная ткань; въ ней разбросаны лимфоидная кѣтки.

Непосредственно около нѣкоторыхъ изъ указанныхъ гомогенныхъ массъ, встрѣчаются первные стволки, перерѣзанные то продольно, то поперечно; количество ихъ не превосходитъ 4 на препаратѣ; оболочка ихъ утолщена вследствие развитія соединительной ткани, которая вырослась также между отлѣвными волоконцами, атрофировала ихъ; лишь на одномъ стволѣ можно различить еще нѣсколько точекъ окрашенныхъ гематоксилиномъ, въ другихъ окраса исключительно эозиномъ (препаратъ демонстрировалъ проф. Ивановскому).

Правый яичникъ. Этотъ яичникъ отличается лишь меньшимъ количествомъ встрѣчающихся гомогенныхъ бѣловатыхъ массъ и на препаратахъ, полученныхъ изъ него, мы ни на одномъ не могли отыскать перерѣзанныхъ первныхъ стволковъ. Въ остальномъ микроскопическая картина вполнѣ аналогична лѣвому яичнику.

Случай VII. Т. Г. поступила въ Маринскую больницу 19. VIII. 1887 года съ жалобами на неправильныя обильныя регулы. Больная 38 лѣтъ, незамужняя, перожавшая. Регулы появились на 14-омъ году, повторялись черезъ три недѣли по 5 дней.

Съ Марта мѣсяца этого года крови стали продолжаться по 7 дней, съ неправильными короткими промежутками; съ Юня-же мѣсяца кровь изъ genitalia выдѣляется почти непрерывно, то въ большемъ, то въ меньшемъ количествѣ, иногда въ видѣ сгустковъ.

Верхняя граница опухоли, при пальцаши черезъ брюшныя стѣнки, опредѣлена по срединѣ между лобкомъ и пупкомъ.

При внутреннемъ изслѣдованш: матка величиной съ голову 3-хъ мѣсячнаго ребенка, съ гладкою поверхностью, равномерно плотной консистенціи, подвижна.

Portio vaginalis короткая и постепенно переходитъ въ существо увеличенной матки. Длина полости матки = 11 cm. Опухоль выходитъ по преимуществу изъ задней стѣнки матки.

Яичники опредѣляются довольно хорошо.

Операшя. 22. IX. 87. Брюшной разрѣзъ послойно по lin. alba отступя на два поперечныхъ пальца ниже пупка и не доходя 2-хъ пальцевъ до supr. os. rubis. Лѣвый яичникъ безъ труда выведенъ въ просвѣтъ брюшной раны, на lig. ovani наложена двойная лигатура, въ которую захвачена и соотвѣтствующая труба; яичникъ вмѣстѣ съ фаллопиевой трубой удалены, а культа ошущена въ брюшную полость. Правый яичникъ былъ удаленъ вышеуказаннымъ образомъ. Брюшная рана зашита 8-ью глубокими и 4-мя поверхностными шелковыми швами. Продолжительность операшя 35 мин.

Течение послѣоперашоннаго періода безхарактерное. На 2-й день наблюдалась рвота. По временамъ изъ genitalia появлялось кровянистое отдѣленіе. На 10 й день сняты швы; получилось заживленіе per primam intentionem.

Болезнь выпсалась изъ больницы 12. XI. 87; при изслѣдованш констатировано уменьшеніе объема матки до величины кулака, длина полости = 10 cm. Общее состояніе хорошее.

Правый яичникъ. Вѣсъ = 5 gm, длина = 4 cm., ширина = 2, 2 cm., толщина = 1, 1 cm., окружность по короткому диаметру = 6 cm.

Поверхность бугристая, съ продольными и поперечными бороздками, покрыта мѣстами незначительными сгусточками крови бурого краснаго цвѣта. На поверхности разрѣза 2 полости, величина ихъ коночалное зерно каждая, лежатъ ближе къ hylus'u яичника.

Лѣвый яичникъ. Вѣсъ = 4 gm., длина = 3, 2 cm., ширина = 1, 8 cm., толщина = 1, 2 cm., окружность по короткому диаметру = 7, 5 cm.

Поверхность небугристая, на ней различается нѣсколько отдѣльных бороздокъ.

На поверхности разрѣза вдвѣленіе длиной = 1, 5 cm., шириной = 0, 5 и глубиной = 0, 4, длинная ось его совпадаетъ съ длинной осью яичника; рядомъ развѣтвляется полость съ коночалное зерно.

Гистологическое изслѣдованіе. Правый яичникъ. Наружный слой представляется сморщеннымъ и различается въ видѣ рѣ-

кой широкой каймы, проходящей по периферіи яичника; онъ состоитъ изъ плотной фиброзной ткани, бѣдной кѣлочными элементами. Кортикальный слой представляетъ преобладаніе соединительной ткани съ полнымъ отсутствіемъ примордіальныхъ фолликуловъ. Точнѣе подъ уплотненнымъ наружнымъ слоемъ попадаются развивающіеся фолликулы, но безъ признаковъ яйца и съ распаденіемъ membr. granul.; нѣкоторые изъ фолликуловъ заступили путемъ образованія гомогенной складчатой полоски, нѣрѣдко сложеной клубочкомъ. Многослойная membr. granul. одного, достаточно развитаго, фолликула отслоилась и лежитъ въ полости, сложенная въ складки; кѣтки ея представляютъ сѣды разрушенія; рядомъ лежитъ мелкозернистая масса, выполняющая полость.

Непосредственно около стѣнки фолликула фокусъ кровоизліанія. Мозговой слой содержитъ значительное количество сосудовъ, перерѣзанныхъ въ различныхъ направленіяхъ; нѣкоторые изъ нихъ имѣютъ измѣненныя стѣнки. Старыя желтыя тѣла въ количествѣ 1—2 на препаратъ.

Лѣвый яичникъ. Наружный слой является въ видѣ рѣзкой широкой каймки изъ плотной фиброзной ткани. Соединительная ткань кортикальнаго слоя отличается бѣдною кѣлочныхъ элементовъ и отсутствіемъ примордіальныхъ фолликуловъ. Много заступивающихъ фолликуловъ съ образованіемъ клубочковъ, состоящихъ изъ сложеной гомогенной полоски, или эта послѣдняя съ перерывами окружаетъ полость фолликула, въ которой уже развилась молодая соединительная ткань. Подъ уплотненнымъ периферическимъ слоемъ лежитъ фолликулъ величиной = 0, 4 cm., наполненный гомогенной массой, среди которой разбросаны распавшіяся кѣтки membr. granul.; tunica propria и tunica externa folliculi не представляютъ видимыхъ измѣненій. Попадаютъ старыя желтыя тѣла, въ видѣ группъ желтыхъ кѣлочковъ.

Около ткани hylus'a, рядомъ съ большимъ количествомъ сосудовъ, лежатъ 3 нервныхъ ствола, изъ которыхъ два перерѣзаны продольно, а лежатъ между ними поперечно; всѣ они окружены утолщенной капсулой изъ развѣвшейся соединительной ткани, которая проникла между отдѣльными волокнами и почти атрофировала ихъ (Препаратъ демонстрированъ профессору Н. П. Ивановскому).

Случай VIII. М. П. поступила въ клинику 28-го Сентября 1887 года, съ жалобами на увеличеніе живота, упадокъ силъ, запоры, тошноту, рвоту и головную боль во время менструашя. Стала замѣчать послѣднее время отеки ногъ и по временамъ появлялись судороги.

Болезнь 38 лѣтъ, дѣвица крестьянка, нерожавшая. Первая крови появилась на 16 году, приходила обычно черезъ 3 недѣли, продолжались по 7 дней; послѣднее время крови крайне неправильны.

Считаеть она себя больной около одного года. Больная правильного телосложения, среднего роста, удовлетворительного питания.

На правой ноге ясно замѣтно варикозное расширение венъ.

Брюшныя стѣнки напряжены опухолью, помѣщающейся внизу живота которая даетъ притупленіе тона, заходящее больше вправо.

Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка	79	cm.
Наибольшая окружность живота	82	»
Отъ мечевиднаго отростка до пупка	11	»
Отъ пупка до лоннаго соединенія	16	»
Отъ правой Sp. il. ant. symph. до пупка	17,5	»
Отъ лѣвой до пупка	13,5	»

Исслѣдованіе внутреннихъ органовъ не открываетъ ничего патологическаго.

Наружные половые органы не представляютъ замѣтныхъ измѣненій.

При внутреннемъ исслѣдованіи опредѣлено, что влагалище сильно вытнато кверху и сдавлено опухолью.

Въ глубинѣ влагалища опредѣляется незначительнаго размѣра portio vaginalis, переходящая въ опухоль, помѣщающуюся въ правой половинѣ живота. Rectum сдавлено. Опухоль овоидной формы, величиной съ голову новорожденнаго ребенка, плотная, крупно—бугристая, нечувствительная, совершенно подвижная, какъ сыра на лѣво, такъ и по продольной оси таза. На поверхности ея прощупываются подвижныя бугры, величину въ небольшое куриное яйцо.

Лѣво отъ lin. alba прощупывается чрезвычайно подвижное чувствительное круглой формы тѣло, имѣющее связь съ вышеописанною опухолью.

Диагнозъ: Fibromyoma uteri interstitiale et retroperitoneale.

Операция 10. X. 87. Брюшныя стѣнки съ достаточнымъ подвижностью жирнымъ слоемъ разсѣчены послонно на протяжении 1,5 cm., обходя пупокъ слѣва.

Безъ особенныхъ затрудненій были опредѣлены оба яичника по наложеніи лигатуръ удалены.

Брюшная рана закрыта 17-ью глубокими швами и 1-имъ по верхностнымъ. Продолжительность операціи—1 часъ.

Въ послѣоперационномъ періодѣ въ 1 и 2-ые сутки имѣли въ вечерамъ наивысшую температуру, доходящую до 38,1° и приступы тошноты и рвоты, прекратившіяся на третью сутки, а такъ какъ боли внизу живота, больше справа, успокаиваемыя морфіемъ и лѣдомъ. Въ началѣ 3-ихъ сутокъ появились кровотечки изъ вагинъ, продолжавшіяся до 10-хъ сутокъ послѣ операціи.

раціи. Швы сняты на 10-ые сутки. Разрѣшено ходить больной на 21-й день послѣ операціи.

Исслѣдованіе больной при выпискѣ на 31-й день послѣ операціи дало слѣдующее:

Опухоль занимаетъ правую сторону живота.

Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка	75	cm.
Наибольшая окружность	79	»
Отъ мечевиднаго отростка до пупка	14	»
Отъ пупка до symph. os. pub.	16	»
Отъ правой sp. il. ant. sup. до пупка	14	»
Отъ лѣвой	13	»

Больная чувствуетъ небольшую общую слабость и слабость главнымъ образомъ нижнихъ конечностей.

Правый яичникъ. Въсѣго съ абдоминальнымъ концомъ фаллопиевой трубы=20 grm., длина=5 cm., ширина=2,5 cm., толщина=1,8 cm. Поверхность неровная, покрыта бороздками. На разрѣзѣ имъ одного мѣшкообразнаго вдавненія.

Лѣвый яичникъ. Въсѣго съ абдоминальнымъ концомъ фаллопиевой трубы=10 grm., длина=4 cm., ширина=2,5 cm., толщина=1,5 cm. Наружная поверхность морщинистая, неровная, покрыта неглубокими бороздками. Поверхность разрѣза ровная, гладкая.

Гистологическое исслѣдованіе. Правый яичникъ. Въ кортикальномъ слое по мѣстамъ развитіе грубо—волокнистой соединительной ткани.

Примордіальные фолликулы какъ-бы раздвинуты соединительной тканью; между нормальными формами ихъ попадаются измѣненные; кѣтки membr. granul. въ этихъ послѣднихъ отличаются зернистостью протоплазмы, границы ихъ неясны, ядра различаются лишь въ отдѣльныхъ клеткахъ. Рядомъ лежатъ первичныя фолликулы, безъ признаковъ кѣтокъ membr. granul.; полость ихъ выполнена мелкозернистой массой, въ которой лишь крайне рѣдко удавалось разсмотрѣть контуры vesicul. germinat.

На препаратѣ попадаетъ значительное количество застывающихъ фолликуловъ путемъ склероза стѣнки; въ полости ихъ развита въ отдѣльныхъ случаяхъ крупно или мелкопетлистая молодая соединительная ткань, среди которой разбросаны лейкоциты; эти послѣдніе находятся также и снаружи гомогенной оболочкой; въ нихъ часть проникла въ нее и различается въ сущности самой оболочкой. Рядомъ лежатъ застывающіе фолликулы, въ которыхъ уже исчезъ петлистый характеръ ткани, и зигзагообразно сложенная оболочка съ перерывами въ своемъ протяженіи окружаетъ соединительную ткань, бѣдную кѣлочными элементами.

Наконецъ попадаются большія и малыя складчатая массы, плохо окрашивающіяся гематоксилиномъ, то пронизанныя во всѣхъ направленіяхъ цугами веретенообразныхъ и крупныхъ клеточныхъ элементовъ, то эти послѣдніе лишь по периферіи проникаютъ въ эту массу; ни желтыхъ клетокъ, ни пигмента вокругъ подобныхъ массъ не наблюдается.

Въ другихъ мѣстахъ на препаратѣ попадаются группы характерныхъ желтыхъ клетокъ.

Лѣвый яичникъ. Этотъ яичникъ по микроскопической картинѣ ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ предыдущаго.

Случай IX. А. Н. Поступила въ клинику 11 Ноября 1887 года съ жалобами на боли въ правомъ боку и сильныя запоры. Больная 25 лѣтъ, замужемъ 2 года. Первые крови появились на 18 году, вторые черезъ 2 мѣсяца, съ этого времени типичныя менструаціи черезъ 4 недѣли по 5—6 дней, очень обильныя. Вышла замужъ 23-хъ лѣтъ. До замужества была здорова. Черезъ мѣсяць, послѣ замужества забеременѣла, но послѣдовало выкидышь на 3 мѣсяцѣ. Большая декала въ постели съ повышенной температурой, кровотеченіемъ и болью въ животѣ. Вставши, больная менструировала правильно до 25 Мая этого 1887 года. Первые регулы послѣ этого числа заповзали на двѣ недѣли, появились сильныя боли въ правомъ боку, запоры, задержка мочи, всѣ эти явленія утихли черезъ двое сутокъ съ первымъ отдѣленіемъ крови изъ вагинъ, регулы эти были обильны. Начиная съ этого времени стали появляться боли въ правомъ боку.

Большая брюетка, хрипкаго тѣлосложенія съ достаточно развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ. Исслѣдованіе внутреннихъ органовъ не представляетъ ничего ненормальнаго.

Окружность живота на уровнѣ пупка	74 см.
Наибольшая окружность	76 »
Отъ мечевиднаго отростка до пупка.	15 »
> пупка до лоннаго соединенія	15 »
> правой spina ilei anter. super до пупка	14 »
> лѣвой	14 »

Наружные половые органы не представляютъ замѣтныхъ измѣненій.

При внутреннемъ исслѣдованіи: увеличенная, плотная, безболѣзненная матка имѣетъ anteversio и lateropositio dextra, подвижность ея ограничена; длина полости матки=11 см. Portio vaginalis нормальной объема, цилиндрической формы, обращена кпереди. Слизистыя выдѣленія въ небольшомъ количествѣ. Въ переднемъ сводѣ по передней поверхности матки опредѣляется плотной консистенціи

узель. Такой же узель величиной съ куриное яйцо опредѣляется сзади и справа. Онъ вдается справа между листками широкой маточной связки. Правая фаллопиева труба тянется по передней поверхности этой опухоли, здѣсь же опредѣляется правый яичникъ. Лѣвый яичникъ опредѣляется на нормальномъ мѣстѣ; чувствительность обоихъ яичниковъ незначительна.

Diagnosis: Fibroma uteri interstitiale. Во время пребыванія въ клиникѣ больная жаловалась на головныя боли и чувствительность внизу живота, которая особенно усиливалась наканунѣ регулъ. Крови послѣднія продолжались 6 дней, первые 3 дня были обильныя, послѣдующіе дни незначительныя съ отсутствіемъ головной боли.

Операция 2/XII 1887 г. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ отъ пупка до symphysis oss. pubis. длиной 15 см. Подкожный жирный слой 2 см. Яичники черезъ брюшную рану найдены на томъ мѣстѣ, гдѣ они опредѣлялись клинически и были отняты вмѣстѣ съ абдоминальными концами фаллопиевыхъ трубъ. На брюшную рану наложено 11 глубокихъ и 4 поверхностныхъ шелковыхъ шва. Продолжительность операціи 45 минутъ. Послѣ операціонный періодъ протекалъ гладко безъ всякихъ осложненій.

Первые три дня больная жаловалась лишь на боли въ животѣ, явленіе тошноты и рвоты. Пульсъ и дыханіе все время этого періода въ предѣлахъ нормы. Швы сняты на 10 день, позволено сидѣть на 12, ходить на 17 день. Больная на 23 день почувствовала боли въ поясницѣ и внизу живота справа, появилась бессонница, и по временамъ ее тошнило,—время это соответствовало регуламъ, крови однако не появилось.

На 40 день послѣ операціи больная выписалась изъ клиники съ слѣдующими явленіями: Uterus въ anteversio и lateropositio dextra; величина матки значительно уменьшилась, полость матки 8,5 см. (вмѣсто 11). Въ сводахъ инфальтратовъ не прощупывается. Размѣры живота уменьшились=73—74—15—14—13—14 (вмѣсто 74—76—15—15—14—14).

Дальнѣйшая судьба больной неизвестна.

Правый яичникъ. Вѣсъ 8 gm., длина 4 см., ширина 3 см., толщина 2 см. На поверхности яичника рубцы и бугры различной величины, онъ покрытъ сгустками крови. На поверхности разрыва, проведеннаго отступя 1,3 см. отъ наружнаго края яичника представились три шѣлковидныхъ полости, каждая величиной=0,5 см., раздѣленныя между собой тонкими перегородками=0,1 см. Полости выполнены содержимымъ по цвѣту бѣдые ткани яичника, онѣ расположены у задней поверхности яичника, отъ которой ихъ отдѣляетъ полоска ткани=0,2 см. У передней поверхности также двѣ полости, выполненные содержимымъ, напоминающимъ содержимое предыдущихъ полостей. Почти по срединѣ разрыва находится гнѣздо красно-бурого цвѣта величиной до 0,7 см. въ длину и 0,5 см.

шириной, центр его занимает ядро, отличающееся менее интенсивной окраской. Величина его = 0,4 длины и 0,2 ширины. Кроме того на поверхности разреза встречается масса углублений и пигментированных точек, то большей, то меньшей величины.

Лѣвый яичникъ. Въесь = 5 gm., длина 3 cm., ширина 2 cm., толщина 1,5 cm. Поверхность бугристая, рубцы различной величины, сгустки крови. На поверхности разреза, раздѣлявшего яичникъ на двѣ равныя половины наружную и внутреннюю, мы получили узорчатую картину отъ обилія полостей на такой незначительной плоскости. Въ онѣ—количествомъ 6—наполнены рыхлыми содержимымъ. Наибольшая полость имѣла форму овальную вытянутую съ длиннымъ диаметромъ = 1 cm., короткимъ = 0,5 cm.; меньшая длиной 0,3 cm., шириной 0,1 cm.; другія полости имѣли величину между этими крайними границами. Раздѣлялись между собой онѣ стѣнками толщиной отъ 0,1 cm. до 0,5 cm. Однѣ ближе къ поверхности (0,5 m.) другія расположены глубже (0,7 отъ поверхности). По периферіи нѣкоторыхъ ясно различалась капсула.

Гистологическое изслѣдованіе. Лѣвый яичникъ. Наружный слой кортикальнаго слоя является плотной каемкой, проходящей по всей периферіи яичника, рѣзко отграниченной отъ подлежащаго слоя; имѣетъ толщину = 0 0165 mm., отличается бѣдностью кѣлочныхъ элементовъ; ядра ихъ—линейной формы, лежатъ параллельно поверхности яичника.

Кортикальный слой мѣстами содержитъ еще достаточное количество кѣлочныхъ элементовъ, мѣстами въ немъ преобладаетъ развитіе соединительнотканыхъ волоконъ, или онъ является отдѣленнымъ къ периферіи большими развѣшавшимися фолликулами, прѣчемъ ядра кѣлочекъ здѣсь сильно скучены.

Примордіальные фолликулы большей частью попадаютъ тамъ, гдѣ кортикальный слой еще богатъ кѣлочными элементами; окружающий эпителий въ нѣкоторыхъ отдѣленъ и лежитъ въ полости; кѣлѣтки его потеряли ясность контуровъ, зернисты, съ ядромъ надъ безъ него; vesiculi и macul. germinat. лишь въ единичныхъ случаяхъ различаются ясно, въ большинствѣ vesiculi germinat. имѣютъ неправильную форму безъ macul. germinat., или же въ полости фолликула первичнаго лежитъ гомогенный сгусточекъ, окрашенный розовато. Фолликулы первыхъ степеней развитія до 0,0066 mm. встрѣчаются въ количествѣ 1—2 безъ видимыхъ измѣненій. Фолликулы, достигшія величины отъ 0,4 до 0,8 cm. имѣютъ то сохраняющую membran. granul., то вся полость спазмъ занята мелкозернистой массой, среди которой еще попадаютъ группы кѣлочекъ membran. granul. на пути къ распаденію. Ядромъ попадаютъ атрезирующіе фолликулы, окруженные зигзагообразно сложенной, гомогенной, бѣлѣющей полоской съ развитіемъ въ среднѣ молодой соединительной ткани.

Мозговой слой содержитъ увеличенное количество сосудовъ различной величины; стѣнки отдѣльныхъ сосудовъ утолщены, гомогенны; просвѣты сосудовъ сужены.

Около группы сосудовъ не далеко отъ bulus'a имѣется перевернутый нервъ съ утолщенной оболочкой по периферіи и развитіемъ соединительной ткани между отдѣльными волокнами; оболочка красится хуже центральной части (препаратъ демонстрированъ профессору Иваноскому).

Правый яичникъ. Наружный слой кортикальнаго слоя и отъ послѣдній съ заложившимися въ немъ примордіальными фолликулами ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ микроскопической картинки, встрѣченной нами въ предыдущемъ яичникѣ.

Фолликулы въ количествѣ 3 величины = 0,5—0,7 и 0,9 cm. выполнены мелкозернистой массой, окрашивающейся розовымъ; однѣ изъ нихъ съ длиннымъ диаметромъ = 0,6 cm. и короткимъ = 0,4 cm. содержитъ яйцо, окруженное остатками кѣлѣтки, discus proliger.; длинный размѣръ яйца = 0,0090 mm. и короткий = 0,0081 mm.; внутреннее очертаніе zonae pellucidae, окрашенной въ данномъ случаѣ слегка розовымъ, имѣетъ рѣзкій ровный край, отъ котораго на одномъ мѣстѣ отсоединяетъ желтоватая масса въ видѣ завернушагося сегмента; толщина zonae pel. = 0,0006 mm.; величина ядеръ кѣлочекъ, окружающихъ яйцо—отъ 0,002 до 0,007 mm. Между яйцомъ, окруженнымъ кѣлѣтками и стѣнкой фолликула, на которой лежитъ скопление кѣлочекъ, оставшихся отъ разрушенія disc. proliger., лежитъ мелкозернистая масса; эта послѣдняя выполняетъ всю полость фолликула; кѣлѣтки membran. granul. расположены въ нѣсколько слоевъ; на одномъ же мѣстѣ стѣнки, противъ котораго лежитъ яйцо, кѣлѣтки представляютъ болѣе значительное скопленіе; кѣлѣтки membran. granul. имѣютъ слѣды разрушенія: зернисты, съ неясными границами, ядра нѣкоторыхъ съ трудомъ различимы, у другихъ совершенно отсутствуютъ. Во внутренней стѣнкѣ небольшой фокусъ кровонаполненія, отслоившій ее и вытѣпившій самый внутренний слой ее въ полость фолликула; на немъ въ данномъ мѣстѣ сохранились лишь остатки membran. granul., расположенной въ видѣ группы кѣлочекъ среди мелкозернистой массы.

Мозговой слой также какъ и въ предыдущемъ яичникѣ отличается большей сосудистостью, съ такимъ же характеромъ измѣненій стѣнокъ.

Случай X. X. А. поступила въ Маріинскую больницу 14 Мая 1887 года, съ жалобами на опухоль въ нижней части живота, кровотеченія и боли въ поясницѣ.

Большая 37 лѣтъ, мѣсянка, замужемъ 15 лѣтъ, нерожавшая. Регулы начались на 12-мъ году, повторялись черезъ 4 недѣли по 3—4 дня, со времени же заботлѣванія (1,5 года тому назад), онѣ

стали появляться чаще, и сдѣлались обильнѣе. Большая брѣвотка, среднего роста, правильного тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія.

При изслѣдованіи живота получается ясное притупленіе въ области опухоли, занимающей нижнюю его часть.

Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка	77	ctm.
Наибольшая окружность	80	»
Отъ мечевиднаго отростка до пупка	13	»
Отъ пупка до лоннаго соединенія	19	»
Отъ правой spil. ant. sup. до пупка.	18	»
Отъ лѣвой	17	»
Высота стоянія опухоли надъ symph. os. pub.	17	»
Ширина опухоли	16	»

Опухоль, помѣщающаяся въ животѣ, занимаетъ нижнюю часть его и расположена по срединѣ; представляется подвижна, твердой съ гладкой поверхностью.

При внутреннемъ изслѣдованіи portio vaginalis непосредственно переходить въ опухоль, помѣщающуюся въ полости живота и слѣдить за ея движеніями; имѣть коническую форму и обращена взадъ.

Опухоль занимаетъ существо матки, величиной съ голову взрослого человѣка.

Длина полости матки=15 ctm.

Въ сводахъ прощупывается нижній сегментъ опухоли и подтѣ наркомомъ опредѣлены оба яичника, изъ которыхъ правый очень большой, лѣвый меньшій и плоскій, они оба лежатъ близко, около опухоли.

Диагнозъ. Fibromyoma uteri interstitiale.

Операция II. VIII. 87. Разрѣзъ длиною въ 9 ctm.

Въ брюшную рану сперва выведенъ лѣвый яичникъ; въ lig. его проведена двойная шелковая лигатура и послѣ перевязки оны удалены. Правый яичникъ большого объема съ большимъ фолликуломъ былъ удаленъ выше указаннымъ образомъ. На брюшную рану наложенъ 12 глубокихъ и 4 поверхностныхъ шва.

Теченіе послѣ операціоннаго періода безлихорадочное. Первые три дня больная жаловалась на боли внизу живота, тошноту и наблюдалась нѣсколько разъ рвота.

На 10-й день явилась швы, заживаніе брюшной раны per prim intent.

Послѣдующія измѣренія опухоли, произведенныя въ больницѣ по казывали, что опухоль постепенно уменьшалась.

24/ix	29/x	12/xi	8/xii
Высота стоянія опухоли надъ симфизомъ.			
11 ctm.	10 ctm.	на сред. между пуп. и symph.	9 ctm.
Ширина опухоли.			
11	10		9

Большая выпсалась изъ больницы съ уменьшенной на половину въ объемѣ опухолью и безъ кровотеченій.

Длина полости матки=9 ctm.

Правый яичникъ. Всѣ его съ абдоминальнымъ концемъ фаллопиевой трубы=5,2 grm., длина=2,8 ctm., ширина=1,9 ctm., толщина=1,1 ctm.

Поверхность покрыта глубокими бороздками, по преимуществу идущими параллельно наружному краю яичника. На плоскости разрѣза, проведенной отступя отъ наружнаго края на 0,7 ctm., представилась двѣ полости, каждая изъ нихъ величиной съ большую горошину, раздѣленная перегородкой=0,2 ctm. толщины; кашецеобразное содержимое ихъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ отслоилось отъ стѣнки полости.

Лѣвый яичникъ. Всѣ=5 grm., длина=3 ctm. ширина=2 ctm., толщина=1,2 ctm.

Поверхность яичника бурнеста, покрыта довольно глубокими бороздками, не имѣющими опредѣленнаго направленія и формы.

На передней поверхности различаются два возвышенія—одно ближе къ верхнему выпуклому краю яичника, другое при переходѣ наружнаго края въ нижній, по величинѣ нѣсколько меньше предыдущаго. На поверхности разрѣза прошедшаго на 1 ctm. отъ наружнаго края, различаются нѣсколько точекъ красно-бурнаго цвѣта величиной съ булавочную головку; отступя отъ выпуклой поверхности яичника на 0,2 ctm. встрѣчается полость, выполненная студенистымъ содержимымъ, величиною она въ конопляное зерно.

Гистологическое изслѣдованіе. Правый яичникъ. На поверхности яичника кое-гдѣ въ мѣстахъ углубленій сохранился низкодлинническій эпителий.

Кортикальный слой представляетъ значительное развитіе соединительной ткани, въ которой заложены примордіальные фолликулы въ количествѣ 2—3 на срѣзѣ. Они сохранили существенные свои элементы неизмѣненными; лишь нѣкоторые изъ нихъ имѣютъ распадающіяся кѣтки membran. granul. или содержатъ въ полости мелкозернистую массу безъ признаковъ яйца. Развивающіеся фолликулы первыхъ степеней возраста въ незначительномъ количествѣ и не представляютъ видимыхъ измѣненій.

Фолликулы, величиной отъ 0,4 до 0,8 ctm. въ количествѣ 4-хъ, имѣютъ полости, выполненныя мелкозернистой массой, въ которой замѣтны ясно остатки membran. granul., частью отделившейся; кѣтки ея расположены неправильнымъ рядомъ; кнутри отъ нея лежатъ отделившіеся группы кѣтокъ; изъ нихъ нѣкоторые уже превратились въ мелкозернистый распадъ. Въ другихъ неправильной формы полостяхъ фолликуловъ membran. granul. еще сохранилась въ видѣ слоя, состоящаго изъ нѣсколькихъ рядовъ кѣтокъ, но отдѣльными группами кѣтокъ и тутъ представляютъ слѣды распада.

Мозговой слой сдавленъ вышеуказанными полостями; стѣнки нѣкоторыхъ сосудовъ его утолщены.

Лѣвый яичникъ. Аналогичныя измѣненія правому яичнику мы встречаемъ и въ этомъ. Низко цилиндрической эпителий сохранился въ складкахъ поверхности; наружный слой кортикальнаго слоя уплотненъ, а этотъ послѣдній отличается развитіемъ соединительной ткани Мѣстами въ немъ попадаются примордіальные фолликулы, частью измѣненные—эпителий отсутствуетъ, въ полости повышается мелко зернистая масса, vesicul. et macul. germinat. различныя. Большой фолликулъ однако не попадаетъ на сръбахъ въ противоположность правому яичнику.

Мозговой слой отличается сосудистостью; стѣнки въ некоторыхъ сосудахъ бѣды кѣлочными элементами, гомогенны и плохо красятся гематооксиантомъ.

Мѣстами лежатъ менструальныя желтыя тѣла съ остатками, большихъ желтыхъ кѣлочекъ.

Около ткани hylus, среди группы небольшихъ сосудовъ, различаются 4 поперечно перерванныхъ нервныхъ стволика съ утолщеніемъ ихъ капсулы и почти полной атрофіей ихъ нервныхъ волоконъ, между которыми развилась соединительная ткань (препаратъ демонстрированъ пр. Ивановскому).

Случай XI. А. Ц. поступила въ клинику 7-го Марта 1888 года съ жалобами на боль въ крестцѣ, погахъ, частые запоры, опухоль въ животѣ, кровотеченія.

Болезнь 31 года, родилась въ Петербургѣ, дѣвица. Мѣсячныя появились на 16 году, повторялись до заболѣванія черезъ четыре недѣли по 3—4 дня. За время заболѣванія неправильны, обильныя. У большой 10 лѣтъ тому назадъ появилось сильное кровотеченіе, продолжавшееся съ недѣлю и въ тоже время замѣтила опухоль величиной съ грецкій орѣхъ съ лѣвой стороны внизу живота. Опухоль эта съ тѣхъ поръ постепенно увеличивается. Въ продолженіи 10 лѣтъ сильныя менструаціи густыми, а между менструаціями сукровичныя выдѣленія изъ родовыхъ путей. Лишь нѣредка между регулами бывали сильныя кровотеченія.

Большая бронетка, средняго роста, правильнаго тѣлосложенія. Внутренніе органы не представляютъ отклоненій отъ нормы.

Брюшныя стѣнки растянуты опухолью, которая выходитъ изъ малаго таза и занимаетъ всю нижнюю часть живота, заходя на пазуха выше пупка.

Окружность на уровнѣ пупка.	75	ctm.
Наибольшая окружность.	82	»
Отъ мечевиднаго отростка до пупка.	13	»
Отъ пупка до лоннаго соединенія.	22	»

Genitalia externa нормальны. Матка въ anteflexio, увеличена, плотна, неподвижна, безболѣзненна, длина полости 26 ctm. Portio

vaginalis вправо и взадъ, цилиндрической укороченной формы, переходить непосредственно въ нижній сегментъ опухоли, имѣющей шаровидную форму. Выдѣленія не обильныя, слизистыя.

Операция 23/III 1888 г. Брюшная стѣнка вскрыта на продолженіи отъ пупка до symphysis oss. pubis. Черезъ брюшную рану выведенъ правый яичникъ и труба. Яичникъ представлялся увеличеннымъ, а труба растянутой. По выведеніи наружу праваго яичника fig. ovarii и труба пережата въ 2 пучка и удалены. Перевязка и удаленіе лѣваго яичника и трубы были произведены тѣмъ же способомъ. Лѣвый яичникъ и труба находились слѣва и позади опухоли, такъ что для извлеченія ихъ въ брюшную рану потребовалось повернуть опухоль и вывести частью наружу. На брюшную рану наложено 19 шелковыхъ швовъ. Длина брюшной раны 21 ctm. Операция продолжалась 45 минутъ.

Послѣоперационный періодъ. Первые сутки больную беспокоили часто рвота и боли въ животѣ. Вторые сутки—боли въ животѣ крайней силы, сонъ прерывистъ, метеоризмъ, появилось кровотеченіе изъ вагины, продолжавшееся 9 дней послѣ операціи; другія же явленія утихли на 3-й день. Швы сняты на 11 день послѣ операціи; заживленіе раны per primam intentionem. Послѣ операціи теченіе температуры безлихорадочное. На 10-й день жалобы на боль въ лѣвомъ боку. На 26-й день выписалась. При изслѣдованіи оказалось, что матка увеличена. port. vaginalis незначительной величины. Размѣры живота 69, 76, 12, 19. Высота дна матки надъ symphysis os pub. 16 ctm. Дальнѣйшая судьба больной неизвестна.

Правый яичникъ. Вѣсъ=18 grm., длина=5 ctm., ширина=3,5 ctm., толщина=2,8 ctm., окружность по продольной оси=12 ctm., по поперечной=10,5 ctm. Поверхности крайне бугриста, ясно различаются 3 бугра: два въ наружной части яичника и одинъ на внутренней поверхности; масса рубцовыхъ втягиваній различнаго дна и глубины.

Разрѣзъ сдѣланъ въ наружной части яичника отступя на 1 ctm. отъ края; на поверхности разрѣза имѣемъ полость, короткій діаметръ ея=1,5 ctm., длинный=2,5 ctm., полость окружена ободкомъ толщиною=0,5 mm., выполнена компактнѣмъ содержимымъ, рядомъ другая полость, выполненная того же характера массой съ размѣрами—короткимъ=1 ctm. и длиннымъ=1,2 ctm.

Кромѣ того ближе къ центру плоскости разрѣза помѣщаются еще три меньшія полости величиной отъ 0,5 до 0,8 ctm., также выполненныя вышеуказанной массой, и нѣсколько углубленій отъ боюпняго до чечевичнаго зрака, отчасти опоросженныя, отчасти выполненныя плотнымъ содержимымъ.

Лѣвый яичникъ. Вѣсъ=16,5 grm., длина=4,5 ctm., наибольшая ширина=3,2 ctm., толщина=2,2 ctm., окружность продольная=13,5 ctm., окруж. поперечная=9,3 ctm. На поверхности продольнаго разрѣза до 12 мѣшкообразныхъ полостей величиной отъ

1 mm. до 1 cm. то выполненных компактным содержимым, то без содержимого. Полости большей величины скучены в наружной части яичника и почти каждая окружена едва различимой капсулой.

Гистологическое исследование. Правый яичник. Наружный слой кортикального слоя представляет почти по всей периферии в виде плотной каймы, доходящей до 0,0045 mm; ядра клеток линейны, плоски, расположены длинной осью параллельно поверхности яичника.

Кортикальный слой отличается развитием соединительной ткани обиден клеточными элементами; отдельная волокна, соединяющиеся в пучки большей или меньшей толщины, переплетаются между собой в различных направлениях. По местам кортикального слоя является в виде узенькой полоски из плотной фиброзной ткани, будучи отдален от развившихся фолликулов. Ядра клеток в этих участках скучены.

Примордиальные фолликулы попадают в количестве 8—10 на каждом срезе, величина их от 0,0030—0,0050 mm. Ставшая часть одних не представляют видимых изменений, других первичных фолликулах они носят следы разрушения; зернистая клетка потеряла границы, ядра то сохранены, то перемещены; наконец попадают фолликулы, полости которых выстланы мелкозернистой массой.

Сама форма полости фолликулов принимает до крайности разнообразный вид—границы ее деляются неправильными; иногда полость щелеобразно вытянута.

Ядра лежат фолликулы в количестве 2—3 на срезе, и вышедшие в своем дальнейшем развитии по величине—0,005 mm.; vesicul. germinat. некоторых имеют неправильное очертание; эпителий то сохранился, отслоился, и лежит полным кольцом в просвете полости с мелкозернистой массы, причем клетки его представляются в различных стадиях разрушения. Большие полости выполнены крупными зернистыми содержимым, имеем возиновую окрашенность.

Membrana granul. у большинства из них представляется слоистой почти по всей периферии; клетки ее, лежащие ближе к центру, потеряли свою обычную форму и представляют большие зернистыми с нелыными контурами; ядра большей частью сохранились в клетках, хотя встречаются рядом и голые ядра. В тех фолликулах, в которых membrana granul. отслоена и вдавлена, полость, она лежит неправильно сложенная среди мелкозернистой массы.

Внутренний слой стьнки фолликулов сохраняется обычно всей периферии, хотя он является далеко не одинаковой толщины.

Поппадают иногда в разрезе полости, соответствующия различным чечевичному зерну и представляющия полное отсутствие

только membranae granul.; онъ сплошь наполнены гомогенной мелкозернистой массой по виду очень компактной.

Рядом сь подобного рода полостями лежат матовоблестящая прострательства, большей или меньшей величины, плохо окрашивающияся гематоксилиномъ и лучше эозиномъ; по периферии они на разныхъ мѣстахъ еще сохранили свойства стьнки, какою мы обычно встречаемъ у фолликуловъ. По периферии этихъ массъ мы мѣстами замѣчаемъ проникающіе въ нихъ цуги веретенообразныхъ клеткок и такимъ образомъ некоторые изъ нихъ по периферии разбиты на отдѣльные участки; рядомъ лежатъ такія, отъ которыхъ остаются лишь едва замѣтные признаки, вся гомогенная масса пронизана во всѣхъ возможныхъ направленияхъ пучками соединительной ткани.

Мозговой слой является сдавленнымъ между указанными полостями до тончайшихъ перегородокъ; на некоторыхъ препаратахъ при последовательныхъ срезахъ оказалось, что полости отдѣльныхъ фолликуловъ слились въдѣствие атрофій лежащихъ между ними перегородокъ. Въ мозговомъ слое достаточное количество сосудовъ сь диаметрами отъ 0,0015 до 0,019 mm.

Около ткани hylusъ лежатъ нѣсколько группъ желтыхъ клеткок.

Лѣвый яичникъ. Покрывающій эпителий сохранился въ отдѣльныхъ углубленияхъ на поверхности яичника.

Наружный слой кортикального слоя лишь мѣстами уплотненъ; развитие соединительной ткани въ кортикальномъ слое имѣетъ гнѣздый характеръ.

Примордиальные фолликулы встречаются на препаратахъ в количестве 3—4; окружающій яйцовой эпителий некоторыхъ частью сохранился по всей периферии, частью лишь мѣстами; клетки его отличаются нелыными контурами, зернисты, то совершенно потеряли ядра, то эти послѣднія едва различимы; полость некоторыхъ выстлана мелкозернистой массой, среди которой лишь крайне рѣдко выдѣляется различитъ vesicul. et macul. germinat. Рядомъ попадаются 1—2 развивающияся фолликула 0,0095 mm.; эпителий, выстилающій полость фолликуловъ, на некоторыхъ мѣстахъ отслоился, но сохранилъ свою непрерывность по всей периферии; stimulus proliferansъ однимъ изъ подобныхъ фолликуловъ представляется отслоившимся основанием; въ немъ замѣтно отверстие круглой формы; признаки яична однако отсутствуютъ.

На препаратахъ, проходящихъ черезъ всю толщину яичника, макроскопически различается 10 прословъ величиной отъ 0,2 mm. до 1 cm.; они раздѣлены между собой различной толщины перегородками отъ 0,5 cm. до 0,1 cm.; форма ихъ крайне неправильная, содержимое окрашено эозиномъ; микроскопически они представляются фолликулами; въ некоторыхъ изъ нихъ сохранились остатки membranae granul., расположенные или отдѣльными сегментами вдоль

ствѣнки фолликула или разбросанные въ видѣ отдѣльныхъ группъ кѣтокъ среди мелкозернистой массы, выполняющей полость; кѣтки представляютъ всѣ стадии разрушенія, начиная отъ потери контура, зернистости и кончая распаденіемъ ядеръ.

Въ другихъ полостяхъ нѣтъ слѣдовъ кѣтокъ membran. гранулъ, весь просвѣтъ ихъ выполненъ мелкозернистой массой.

Случай XII. А. А. поступила въ клинику 5. X. 88 съ жалобами на боль справа внизу живота и кровотеченія изъ половыхъ органовъ.

Больная 49 л. отъ роду, мѣщанка, портниха, не замужняя. Первые крови появились на 15 году и повторялись черезъ 3 недѣли по 5—6 дней. Беременной никогда не была. Опухоль въ животѣ замѣтила 8 лѣтъ тому назадъ. Последнее время рядомъ съ кровяными появляются грязнобурая выдѣленія въ значительномъ количествѣ.

Больная шатенка, малаго роста, правильнаго тѣлосложенія, съ плохимъ питаніемъ.

Брюшныя стѣнки напряжены. Чувствительность въ области правой верхней части опухоли. Притупленіе това въ области опухоли.

Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка	71 cm.
Наибольшая окружность	78 »
Отъ мечевиднаго отростка до пупка	14 »
Отъ пупка до лоннаго соединенія	18 »
Отъ правой sp. il. ant. sup. до пупка	17 »
Отъ лѣвой	15 »
Высота дна матки	19 »

Наружные половые органы не представляютъ особенныхъ отклоненій отъ нормы.

При пальпации черезъ брюшныя стѣнки оказалось, что опухоль лежитъ симметрично по срединѣ живота и крайне подвижна. Справа и сверху опухоль пронизывается небольшою придаточной яичниковъ въ грецкій орѣхъ на опухъ крайне болѣзненной. У опухолѣ находится борозда, дѣлящая ее на двѣ неровныя части, причѣмъ лѣвая изъ нихъ больше правой. Опухоль величины головы взрослого человека равномерно плотная, при поворачиваніи она сдвигается вокругъ своей оси поворотъ приблизительно на 90° круга и остается въ такомъ положеніи ущемленная прямыми мышцами живота.

Внутреннее изслѣдованіе крайне болѣзненно въ силу присутствія нупен'а, хотя coitus'а больная не отрицаетъ. Зондированіе матки произведено по пальцу безъ зеркалъ, что тоже оказалось труднѣйшимъ, такъ какъ шейка матки была сильно вытянута

вверху. Однако введенный съ трудомъ въ полость матки эластическій катетеръ съ мадриномъ показалъ длину матки=14 cm. и выдѣлилось при этомъ grm. 10 коричневой жидкости съ густой слизью; микроскопическое изслѣдованіе показало, что жидкость эта содержитъ много красныхъ кровяныхъ шариковъ. Положеніе матки вѣчно и вперед; portio vaginalis цилиндрической формы лежитъ назадъ и очень высоко.

Діагнозъ: Fibromyoma interstitiale retrouterinum.

Операнія 15. X. 88. Брюшная стѣнка послонно вскрыта на протяженіи 14 cm.

Послѣ вскрытія peritonēi, въ просвѣтъ раны показалась передняя поверхность опухоли, при чемъ тутъ-же вблизи праваго края разрыва оказался правый яичникъ, на ножку котораго наложена была двойная лигатура, выше ее перерѣзана яичниковая связка и культа опущена въ брюшную полость. Лѣвый яичникъ, лежащій глубоко позади опухоли, съ трудомъ былъ найденъ и lig. его перерѣзана указаннымъ выше образомъ in situ.

Брюшная рана закрыта 16-ю шелковыми швами.

Теченіе послѣоперационнаго періода безлихорадочно. Первые 3 дня больная чувствовала тошноту, была довольно обильная рвота и крайне сильныя боли, успокаиваемыя вырыскиваніемъ подъ кожу соляно-кислаго морфія. На 10-й день сняты швы, за тѣмъ въ послѣдующіе дни показывались незначительныя кровянистыя отдѣленія.

Правый яичникъ. Весь съ абдоминальнымъ концемъ фаллопиевой трубы=8 grm., длина=4 cm., ширина=2,5 cm., толщина=1 cm., окружность по длинному размѣру=9,5 cm. На продольномъ разрѣзѣ яичника, у наружнаго его конца, сжавшаяся полость съ диаметрами=0,2 и 0,7 cm.

Лѣвый яичникъ. Весь=5 grm. съ абдоминальнымъ концемъ фаллопиевой трубы; длина=3,2 cm., ширина=2 cm., толщина=1 cm., окружность по продольному размѣру=7 cm. На поверхности разрыва нѣсколько углубленій (3) каждое изъ нихъ величиной съ маковое зерно и одно въ коноидное зерно.

Гистологическое изслѣдованіе. Лѣвый яичникъ. Поверхности яичника на большей части своей периферіи имѣетъ ложныя перепонки; подъ ними иногда различается сохранившіеся кубическія эпителии. Понадающіеся углубленія на поверхности яичника подъ ложными перепонками выстланы тѣмъ-же поверхностнымъ эпителиемъ.

Кортикальный слой носитъ характеръ плотной соединительной ткани, крайне бѣдной кѣлочными элементами, и только лишь въ глубочайшихъ его слояхъ, ткань повидному имѣетъ достаточное количество кѣлочныхъ элементовъ. Направленіе пучковъ соединительной ткани самое разнообразное.

Природіальные фолликулы встрѣчаются на препаратахъ въ количествѣ 1—2 то неизмѣненные, то измѣненные путемъ мелкозерни-

таго перерождения кѣтокъ эпителия; въ яйцахъ нѣкоторыхъ изъ нихъ еще встрѣчаются vesiculi et maculae germinati.

Довольно часто попадаются атрезирующіеся фолликулы (до 4 мм препаратѣ) съ образованіемъ гомогенной блестящей оболочки и разрывителъ соединительной ткани на мѣстѣ бывшей полости; снаружи оболочки замѣчается богатство кѣлочными элементами.

Мозговой слой отличается бѣдностью кѣлочныхъ элементовъ и богатствомъ плотной волокнистой соединительной ткани.

Сосуды этого слоя сильно набиты форменными элементами крови; вокругъ нѣкоторыхъ изъ нихъ различаются скопленія круглыхъ или фолликулярныхъ кѣтокъ.

На одномъ мѣстѣ скопленіе группы желтыхъ кѣтокъ—старое желтое тѣло.

Правый яичникъ По периферіи этого яичника нельзя было доказать присутствія ложныхъ воспалительныхъ перепонокъ, поверхностный эпителий отсутствовалъ. Что касается остальныхъ слоевъ то всѣ измѣненія, указанныя въ предыдущемъ яичникѣ, наблюдаются также и въ этомъ.

Случай XIII. М. Г. поступила въ клинику 23 Декабря 1888 г. съ жалобами на боли внизу живота, особенно сълѣва, усиливающиміяся во время регулъ. Крови обильная и неправильная сопровождается головными болями.

Больная 37 лѣтъ, незамужняя, мѣщанка. Первая менструация на 17 году, обыкновенно приходила черезъ 3 недѣли по 3 дня. Ни разу не рожала. По словамъ больной 5 лѣтъ тому назадъ у нея появилось первое кровотеченіе изъ половыхъ органовъ. Причиной она считаетъ паденіе въ погребъ. Съ этого времени стала чувствовать себя больной. Крови за время болѣзни сдѣлалась очень обильная, продолжительная—7 дней и приходила черезъ различныя промежутки времени отъ 1 до 3 недѣль.

Больная шатенка, правильнаго тѣлосложенія, средняго роста, плохоимъ питаніемъ. Исслѣдованіе внутреннихъ органовъ обнаружилъ довольно зеный систолическій шумъ. Происхожденіе его было обѣднено крайней анеміей больной.

Брюшина стѣнки сильно напряжены съ достаточно развитымъ мышечнымъ слоемъ. Притупленіе тона въ области опухоли, занимающей нижнюю часть живота. Небольшая чувствительность въ области пупка.

Окружность живота на уровнѣ пупка	78 cm.
Наибольшая окружность	85 »
Отъ мечевиднаго отростка до пупка	18 »
Отъ пупка до лоннаго соединенія	15 »
Отъ правой sp. ilei ant. super. до пупка	17 »
Отъ лѣвой до пупка	17 »

Наружные половые органы не представляютъ замѣтныхъ измѣненій. Слизистая оболочка влагалища бѣдная, дряблая. Влагалищная часть матки конической формы, разрыхленная. Въ переднемъ и правомъ сводѣ прощупывается сегментъ опухоли, который отклоняетъ влагалищную часть матки немного влѣво и назадъ. Опухоль неразрывно соединена съ маткой, исходитъ изъ ея передней и правой поверхности. Сама опухоль плотная, бугристая, слегка чувствительная и нѣсколько подвижная. Длина полости матки при изслѣдованіи эластическимъ бужемъ—17,5 см. Металлическій зондъ однако возможно было ввести только на 13 см. При дальнѣйшемъ наблюденіи большой оказалась увеличеніе опухоли съ первымъ появленіемъ кровей, которыя сопровождалась болью въ лѣвомъ вискѣ. Передъ кровями высота стоянія опухоли надъ лобкомъ—13 см., поперечный размѣръ—15 см. Во время кровей мы уже имѣли стояніе ея надъ лобкомъ—20 см., поперечный размѣръ—27 см. На 4-й день кровей опухоль уже уменьшилась: надъ лобкомъ она возвышалась на 14 см., поперечный размѣръ—16 см. Диагнозъ: Fibromyoma uteri saevignosum.

Операция 8/II 1889. Брюшина стѣнка разсѣчена на протяжении 15 см. При изслѣдованіи обнаружилось дѣйствительно, что фиброміома исходила изъ передней правой стороны матки. Правый яичникъ лежалъ очень глубоко, лѣвый достигимъ очень легко. Пульсъ у больной при этомъ изслѣдованіи сильно палъ и потому предложено было дать кислородъ. На lig. ovarii той и другой стороны были наложены двойныя шелковые лигатуры и поочередно были удалены оба яичника съ абдоминальными концами фаллопиевыхъ трубъ. На брюшную рану наложено 11 глубокихъ швовъ. Операция продолжалась 25 минутъ.

Постоперационный періодъ прошелъ совершенно гладко безъ повышенія температуры, лишь въ первые часы послѣ операціи болъную беспокоили тошноты и рвотныя движенія. На 30-й день послѣ операціи появились крови въ небольшомъ количествѣ, но уже на другой день около полудня прекратились. На 33-й день послѣ операціи болъная выписалась, чувствуя себя очень хорошо. Опухоль уменьшилась до величины яблока. Длина полости матки 9,5 см.

Правый яичникъ. Вѣсъ—10 grm., длина—3,5, ширина—2,2 cm., толщина—1 cm.

Поверхность яичника неровная, покрыта бороздками различной глубины и направленія; на наружномъ краѣ возвышеніе величиной въ горошину.

На плоскости разрѣза овоидная фигура соломенно-желтаго цвѣта, безъ рѣзкой границы переходящая въ около лежащую строму яичника.

Лѣвый яичникъ. Вѣсъ—11,5 grm., длина—4 cm., ширина—2,5 cm., толщина—2 cm.

Поверхность яичника бугристая, на передней сторонѣ ея возвышеніе величиной въ большую горошину; разрѣзъ, проведенный че-

резь толщу яичника, открыл полость съ длиннымъ діаметромъ— 1 cm. и короткимъ—0,8 cm. Наружная часть яичника занята рыхлою массой въ діаметрѣ—1,2 cm.

Гистологическое изслѣдованіе. Правый яичникъ. Коровковый слой отличается значительнымъ развитіемъ соединительной ткани. по мѣстамъ замѣтно направленіе пучковъ преимущественно съ поверхности въглубь; клеточные элементы являются какъ бы раздѣленными соединительно-тканними волокнами; окраска преобладаетъ эозиновая.

Примордіальные фолликулы попадаются на препаратахъ въ количествѣ 2—3. Нѣкоторые изъ нихъ сохранили эпителий; границы кѣтокъ его не ясны, протоплазма зерниста, ядра различаются съ трудомъ; въ полости такихъ фолликуловъ еще удается иногда встрѣтить яйцо; на ряду съ такими лежатъ фолликулы, полости которыхъ сплошь выполнена мелкозернистой массой безъ признаковъ vesicul. и macul. germinativa.

Въ корковомъ слое можно наблюдать атрезирующіеся фолликулы съ образованіемъ гомогенной полоски, сложенной крайне неправильно и пѣщобой снаружи скопленіе клеточныхъ элементовъ. Развивающихся нормальныхъ фолликуловъ не наблюдается.

Мозговой слой отличается болѣею сосудистостью, стѣнки нѣкоторыхъ сосудовъ утолщены, бѣдня клеточными элементами; просвѣты однихъ сужены, другихъ облитерированы.

Лѣвый яичникъ. На поверхности его кое-гдѣ сохранился низко-цилиндрической эпителий.

Коровковый слой мѣстами отличается преобладаніемъ грубой соединительной ткани на счетъ уменьшенія клеточныхъ элементовъ.

Примордіальные фолликулы являются въ такомъ же состояніи, какъ въ правомъ яичникѣ.

Атрезирующіеся фолликулы попадаютъ въ корковомъ слое въ количествѣ 4—5 на препаратахъ, типъ ихъ заступанія обычный, путемъ образованія вокругъ полости зигантообразно сложенной полоски и съ развитіемъ въ самой полости соединительной ткани.

Въ одномъ фолликулѣ величиной—1 cm., уже не замѣчается кѣтокъ меншган. granul., кѣтки внутренней слоя мелкозернисты, съ неясными границами, ядра ихъ едва различимы; въ перифолликулярномъ слое различаются довольно значительные сосуды (артерія и вены).

На препаратахъ встрѣчаются большія гомогенныя массы, плохо окрашивающіяся гематоксилиномъ и эозиномъ; по периферіи ихъ разбросаны веретеннообразные и круглые клеточные элементы; бѣлая масса пропитана то большимъ, то меньшимъ количествомъ соединительной ткани.

Въ наружной части яичника значительное скопленіе желтыхъ кѣтокъ; кѣтки мелкозернисты и частью содержатъ крупныя желтыя зернишки, контуры ихъ не рѣзки и ядра едва различимы; между

этими кѣтками идутъ тонкіе отростки центральной соединительной ткани.

Случай XIV. А. П. поступила въ клинику 5 Января 1889 г. съ жалобами на боль въ поясницѣ, внизу живота, весьма обильныя и частыя мѣсячныя. Чувствуетъ иногда боль подъ ложечкой, тошноту по утрамъ.

Болезня 34 лѣтъ, мѣшанка, незамужняя. Регулы получила на 15 году, появлялись черезъ 4 недѣли по 3 дня. Первые роды имѣла на 21 году, послѣдніе 7 лѣтъ тому назадъ, на 3-й недѣлѣ, послѣ родовъ было кровотеченіе, продолжавшееся 2 мѣсяца. Начало болѣзни считать 7—8 лѣтъ тому назадъ, послѣдніе же 2 года, состояніе ей особенно ухудшилось, стали появляться крови, слишкомъ обильныя, промежутки между ними неправильныя. Иногда лихорадочное состояніе.

Болезнь брюнетка, правильнаго тѣлосложенія, средняго роста, съ удовлетворительнымъ питаніемъ. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не обнаружало патологическихъ измѣненій. При пальпации въ нижней части живота прощупывается опухоль, стоящая надъ лобкомъ на 14 cm., поперечный размѣръ 17,5 cm.

Окружность живота на уровнѣ пупка	76 cm.
Наибольшая окружность	77 »
Отъ мечевиднаго отростка до пупка	16 »
Отъ пупка до лоннаго соединенія	13 »
Отъ правой sp. ilei ant. super. до пупка.	20 »
Отъ лѣвой » » до пупка.	19 »

Наружные половые органы нормальны. Матка въ retroversio, плотная, длина полости—9 cm.; portio vaginalis не увеличена, цилиндрической формы, направлена по проводной оси таза. Матка непосредственно переходитъ въ существо опухоли. Опухоль бурнета, величина въ дѣтскую голову съ выступами спереди и съ боковъ. Слѣва замѣчается значительный выступъ, идущій до боковой поверхности таза. Полость матки идетъ влѣво и нѣсколько взадъ. Мочевой пузырь распластанъ по опухоли и нѣсколько приподнят. Передвиженія матки влѣтъ съ опухолью весьма ограниченныя и сопровождаются болѣзненностью. Диагнозъ: Fibromyoma uteri interstitiale dextrum.

Операция произведена 25/1 1889 г. Больная за часъ передъ операцией было впрыснута $\frac{1}{8}$ gr. morph. muriat. въ виду того возбужденія, которое неоднократно вызывалось при попыткѣ захлороформировать ее. На этотъ разъ періодъ возбужденія былъ выраженъ весьма слабо. Брюшина стѣнка вскрыта по linea alba отъ пупка до лоба. По изслѣдованію полной рукой черезъ рану діагнозъ, поставленный до операции, вполне подтвердился: опухоль (фибромиома) выходитъ изъ правой стороны передней стѣнки матки, причемъ раздвигаетъ правую широкую связку. Правый яичникъ ле-

жалъ глубоко сзиди опухоли, онъ былъ выведенъ въ рану, на lig. ovarii была наложена двойная шелковая лигатура; яичникъ вмѣстѣ съ абдоминальнымъ концомъ фаллопиевой трубы удаленъ посредствомъ ножницъ. Левый яичникъ лежалъ болѣе поверхностно и потому выведение его въ рану съ послѣдовательнымъ удаленіемъ произведено безъ особеннаго труда. Удалена частью лѣвая фаллопиева труба. Брюшная рана закрыта 10-ю шелковыми швами. Операция продолжалась 25 минутъ.

Послѣоперационный періодъ протекалъ гладко. Наибышая температура 36,6° была на 2-й и 4-й день; первые двое сутокъ болыую безпокойствъ рвота, боли въ животѣ, поясницѣ; съ цѣлью терapeutической были назначаемы: ледяная пилюля и вырскивание морфия; въ послѣдующіе дни боли постепенно утихли. Моча выводилась безъ катетера. На 9-й день сняты швы, рана зажила per primam intentionem. На 15-й день болыю позволено ходить, а на 26-й она выписалась, чувствуя себя очень хорошо. При изслѣдованіи оказалось, что опухоль значительно уменьшилась въ своихъ размѣрахъ. Надъ пупкомъ она стояла на 12 см., поперечный разрѣзъ=13 см.

Правый яичникъ. Въѣз яичника вмѣстѣ съ удаленнымъ абдоминальнымъ концомъ фаллопиевой трубы=11 gm., длина=3,5 см., ширина=2,5 см., наибольшая толщина=1,5 см., окружность по продольному диаметру=10 см., по поперечному=7 см.

Поверхность буриста и покрыта бороздками. На передней поверхности возвышеніе величинной съ горошиною. На плоскости разрѣза, проведенной на 0,5 см. отъ наружнаго края, два мягкообразныхъ углубленія, расположенныхъ ближе къ передней поверхности; содержимое ихъ компактно и лежитъ свободно въ полости.

Лѣвый яичникъ. Въѣз яичника вмѣстѣ съ абдоминальнымъ концомъ фаллопиевой трубы=9 gm., длина=4 см., ширина=2,8 см., толщина=1 см.; окружность по длинному диаметру=11 см., по короткому=7 см. На поверхности яичника ближе къ внутренней его части до 4-хъ возвышеній сгруппированныхъ вмѣстѣ, изъ которыхъ болыее достигаетъ горошины; на разрѣзѣ, проведенномъ отъ ступа на 1 см. отъ наружнаго края, два углубленія величинной=0,5 см. каждое, кромѣ того въ различныхъ пунктахъ разбросаны точки блѣдно красноватаго цвѣта.

Гистологическое изслѣдованіе. Левый яичникъ. Поверхности яичника на отдѣльныхъ мѣстахъ сохранился низко цилиндрический эпителий, переходящій по мѣстамъ въ плоскія кѣтки, ядра которыхъ длинной своей осью лежатъ параллельно поверхности яичника; сохранившіяся кѣтки болыей частью мелкозернисты, границы ихъ различаются не ясно, въ однихъ кѣткахъ ядра еще возможно разсмотрѣть, въ другихъ онѣ исчезли.

Корковый слой отличается богатствомъ соединительно тканыхъ веретенообразныхъ, овальныхъ и круглыхъ кѣтокъ; соединительнотканія волокна почти не различимы по причинѣ обилія кѣтокъ

ныхъ элементовъ и только въ наружныхъ слояхъ ихъ скученность уменьшается; гематоксилиновая окраска преобладаетъ, какъ въ периферическихъ, такъ и въ болѣе глубокихъ частяхъ этого слоя.

Группы примордіальныхъ фолликуловъ попадаются при каждомъ передвиженіи препарата въ количествѣ 3—4; они неизмѣнены; лишь изрѣдка мѣтъ удавалось встрѣтить первичный фолликулъ, лишенный кѣтокъ membran. granul., въ неправильной полости котораго лежала мелкозернистая масса.

Въ этомъ корковомъ слое встрѣчаются складчатая гомогенная полоски; рядомъ съ ними попадаются иногда фолликулъ съ едва различимой полостью, выстланной ступи кѣтками membran. granul., иной разъ можно различить discus proliigerus съ явномъ.

Въ мозговомъ слое разбросаны группы желтыхъ кѣтокъ. Ткань hylus'a около сосудовъ инфильтрирована круглыми элементами, просвѣты ихъ вышолнены форменными элементами крови и представляются въсколько расширенными. Правый яичникъ. Этотъ яичникъ отличается отъ предъидущихъ лишь тѣмъ, что около судовъ нельзя было замѣтить инфильтраціи круглыми элементами, какъ это наблюдалось въ предъидущемъ яичникѣ.

Случай XV. М. К. поступила въ Маринскую больницу 11 Марта 1889 года съ жалобами на опухоль живота, обильная кровь и боли во время регулъ.

Болыная 44 лѣтъ, жена купца. Регулы начались на 14-мъ году, первое время повторялись правильно. Рожала 3 раза.

Лѣтъ 10 или 11 тому назадъ болыная стала замѣчать внизу живота съ лѣвой стороны тяжесть, предъ этимъ у болыной было воспаленіе въ животѣ и она съ мѣсяць продолжала въ постели.

Регулы съ этого времени являлись правильно, но иногда бывали обильны и выдѣлялись ступки крови, причемъ сопровождалась сильной болзненностью въ животѣ и поясницѣ. Года-же 4—5 тому назадъ болыная стала ясно замѣчать слѣва внизу живота опухоль, легко смѣшающуюся.

Въ послѣднее время передъ наступленіемъ въ болыную менструаціи приходили во время, но также сопровождалась болями и выдѣленіями значительныхъ ступковъ крови; болыная стала замѣчать слабость и постепенное исхуданіе.

Болыная правильнаго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія, нѣсколько анемична. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ ничего особеннаго не обнаружено.

При пальпаціи живота опредѣляется опухоль равномерно плотная и смѣшающаяся въ стороны.

При внутреннемъ изслѣдованіи per rectum et vaginam опухоль оказывается принадлежащей маткѣ, вырастающей изъ передней и лѣвой ея поверхности, длина полости матки=14 см.

Верхняя граница опухоли прощупывается на среднѣ между лобкомъ и пупкомъ.

Личинки при изслѣдованіи увеличены и болѣзненны.

Диагноз: Fibromyoma uteri interstitiale. Операция 20. III. 89 года. Брюшная стѣнка послойно вскрыта на протяженіи 12 см. Правый и лѣвый яичникъ удалены по положеніи на ихъ lig. ovarii двойныхъ лигатуръ. Культи обшпунены въ брюшную полость и рана закрыта 14 швами.

Въ послѣоперационномъ періодѣ въ 1-ый день вечеромъ пульсъ 80, ° 37,8.

Тошнота и рвота безпокоили больную первые 3 дня. Наивысшая °= 39,1 наблюдалась на 10-ый день, въ этотъ же день сняты швы.

На среднѣ разрѣза небольшой фокусъ нагноенія. Соответственно области яичниковъ, при пальпаціи черезъ брюшную стѣнку, больная чувствуетъ небольшую болезненность.

Больная выписалась изъ больницы 9-го Мая; при изслѣдованіи было констатировано, что опухоль уменьшалась на $\frac{1}{3}$ своей прежней величины.

Правый яичникъ. Вѣсъ 7 грм., длина=5,5 см., ширина=2 см., толщина=1,5 см.

Форма его вытянутая, почти цилиндрическая; поверхность бугристая, покрыта различной гущи бороздами; на разрѣзахъ не различается ни одной полости.

Лѣвый яичникъ. Вѣсъ 15 грм., длина=5,5 см., ширина=4 см., толщина=2,5 см.

На бугристой передней поверхности различается спавшаяся полость величиной съ большой грецкій орѣхъ; на наружномъ краѣ возвышеніе съ большую горошину; разрѣзъ, проведенный черезъ него, обнаружилъ полость величиной=1,1 см.

Гистологическое изслѣдованіе. Лѣвый яичникъ. На одномъ мѣстѣ поверхности замѣтно наслоеніе воспалительныхъ ложныхъ перепонокъ, сливающихся безъ рѣзкой границы съ кортикальнымъ слоемъ, который уплотненъ и является въ видѣ рѣзко отграниченной отъ подлежащей ткани полоски, окружающей всю периферію срѣза, сдѣланнаго черезъ весь яичникъ. Ткань этого полнаго слоя отличается бѣдностью клеточныхъ элементовъ, которые сильно вытянуты и лежатъ параллельно поверхности яичника.

Примордиальные фолликулы попадаются въ количествѣ 1—2 на препаратъ и не представляютъ видимыхъ измѣненій; въ болѣе глубокихъ слояхъ кортикальнаго слоя лежатъ атрофирующіеся фолликулы съ образованіемъ гомогенной полоски. Полости величиной отъ 1,2 до 0,4 см. (въ количествѣ 4-хъ) наполнены мелкозернистой окрашенной эозиномъ массой, въ которой разбросаны распадающіеся клетки *stroma granul.*

Въ мозговомъ слое различаются нѣсколько бѣловатыхъ гомоген-

ныхъ массъ различной величины и очертанія; они пронизаны то большимъ то меньшимъ количествомъ соединительной ткани, входящей или только съ периферіи или разбивающей всю бѣловатую массу на мельчайшіе участки.

Въ среднѣ мозгового слоя находится большой фокусъ кровоизліянія, безъ рѣзкой границы переходящій въ стromу этого слоя и имбибирующий ее.

Правый яичникъ. Наружная часть коркового слоя представляется состоящей изъ плотной фиброзной ткани и въ видѣ широкой рѣзкой каймы лежитъ по всей периферіи яичника. Примордиальные фолликулы совершенно отсутствуютъ, не попадаетъ и развивающіеся. Встрѣчаются 2—3 гомогенныхъ бѣловатыхъ массы, лежащихъ по соедѣству.

Ткань мозгового и глубокихъ слоевъ кортикальнаго слоя отличается сосудистостью. Въ мозговомъ слое лежитъ небольшой фокусъ кровоизліянія.

Случай XVI. А. М. поступила въ Маріинскую больницу 10-го Апрѣля 1889 года съ жалобами на опухоль въ нижней части живота, боль въ поясницѣ, внизу живота, запоры, частое мочеиспусканіе и кровотеченія изъ влагалища.

Больная 51-го года, дѣвка, жѣланка. Первые мѣсячныя появились на 17-омъ году и повторялись черезъ 3 недѣли по 5—6 дней; послѣдніе же 2 года отдаленіе крови сдѣлалось атипичнымъ.

Первый разъ 12 лѣтъ тому назадъ больная замѣтила опухоль внизу живота, которая въ теченіи первыхъ 4-хъ лѣтъ незначительно увеличивалась, послѣдніе 8 лѣтъ увеличеніе опухоли шло значительно быстрѣе, пока она не дошла до настоящихъ размѣровъ.

Больная среднего роста съ плохимъ питаніемъ, все замѣтная анемія—блѣдность покрововъ и слизистыхъ оболочекъ. Брюшная стѣнка напряжена и въ нижней части живота прощупывается tumor величиной съ голову взрослого человѣка, нѣсколько подвижный.

Размѣры живота:

На уровнѣ пупка.	80 см.
Наибольшая окружность.	81 »
Стояніе верхней границы опухоли надъ симфизомъ	27 »
Поперечный размѣръ опухоли.	21 »
Отъ симфиза до пупка.	19 »

Наружные половые органы не представляютъ видимыхъ измѣненій.

При внутреннемъ изслѣдованіи: *portio vag.* короткая, конической формы, неувеличенная, направлена вправо; матка увеличенная, плотная, съ ограниченной подвижностью, отклонена влѣво, длина полости ея=3 см. Въ правомъ сводѣ прощупывается часть плот-

лой опухоли, опускающейся книзу; движения матки передаются опухоли.

Диагноз: Fibroma uteri cysticum et interstitialis.

Операция 30 V. 89. По вскрытии полости peritonei разрезают по белой линии выше пупка на 3 поперечных пальца и не доходя 3-х поперечных пальцев до симфиза, опухоль выведена наружу; на толстую мышечную ножку ее наложены эластические жгуты. Оставшаяся после отсечения опухоли культя, клинообразно приращенная, прошита 12-ью глубокими и 8-ью поверхностными швами (2 этаж); по снятии жгута кровоточащая мѣста культи обкаланы еще 6-ью швами.

Введенный бы рану правый яичник оказался кистовидно перерожденным и по наложении 2-х лигатур у основанія, он был отрезан, а культя опущена в брюшную полость; лѣвый яичник, увеличенный в 3 раза против нормы, был удален вышесказанным путем.

Послѣ удаления обоих яичников, культя матки еще раз была осмотрена и, в виду отсутствия кровотечения отрезаны лигатуры и она опущена в брюшную полость. Брюшная рана зашита 16-ю глубокими швами.

В послѣоперационномъ периодѣ на 1-ый и 2-ой день наблюдалась тошнота и рвота.

На 3-ий день изъ genitalia показались кровянистыя выдѣленія. На 5-ый день везеромъ температура повысилась до 38,2 съ пульсомъ = 120, вѣ этотъ же день перебиневан поясок: вѣ послѣдующіе дни больная чувствовала себя удовлетворительно.

При выписываніи изъ больницы 1. VIII. 89. было констатировано, что матка вѣ anteversio, подвижна; на лѣвой сторонѣ соотвѣтственно культя инфильтратъ съ голубиное яйцо; справа тшю, вѣ томъ же положеніи, какъ и при поступленіи. Отдѣленія крови послѣ операции, кровѣ указанного дня, не наблюдались.

Общее состояніе значительно улучшилось.

Описание препарата. Удаленная опухоль вѣсомъ = 2530 грм представлялась величиной съ голову взрослого человѣка, сплюснутъ по вертикальной линіи. На верхней ея поверхности лозная перепонка, занимающая среднюю часть удаленной опухоли — мѣсто сращенія салпинкса съ опухолью. На нижней поверхности опухоли плоская величина до 6 см. вѣ діаметрѣ — мѣсто прикрывленія ножки, которой она сращена была съ лѣвымъ угломъ матки. Вѣ верхнемъ своемъ отдѣлѣ опухоль мягка на ощупь, эластична, ясно флюктуируетъ; нижній отдѣлѣ опухоли отличается плотностью.

При разрѣзѣ изъ верхняго отдѣла вытекало до 200 грм. жидкости темно коричневаго цвѣта, легко подвижной; при увеличеніи отверстія разрѣза изъ полости отдѣлилась масса студенистѣ такъ же темно коричневаго цвѣта, различной величины и плотности, причѣмъ вѣ полости осталась меньшая часть наслоенная по стѣнкамъ

полости. Толщина стѣнокъ полости до 2 см. вѣ верхнемъ отдѣлѣ, вѣ нижнемъ же они постепенно утолщаются, переходя вѣ плотный отдѣлѣ опухоли, состоящій изъ отдѣльных узловъ.

Правый яичникъ. Вѣсь его съ жидкостью заключающеюся вѣ полостяхъ = 45 грм., вѣсь плотныхъ частей = 16 грм., длина = 7,5 см., ширина вѣ наружной части = 4 см., ширина вѣ внутренней части = 3,5 см.; наибольшая толщина = 1 см., наименьшая = 0,5 см. Яичникъ представляетъ форму песочныхъ часовъ; при разсматриваніи ясно просѣививаются искривленія средней части и ткани hylus; кровѣ того, на просѣививающихся мѣстахъ яичника можно различить смотря на свѣтъ кое-гдѣ вѣтвляющиеся сосуды. Поверхность яичника гладкая. На продольномъ разрѣзѣ видны спаявшіяся двѣ полости, изъ которыхъ вытекла прозрачная, янтарнаго цвѣта жидкость консистенціи меда.

Полость, расположенная вѣ наружномъ отдѣлѣ, была больше и содержала 1,5 драхмы указанной жидкости, лежавшая во внутренней части вѣтшала 0,5 драхмы. На разрѣзѣ около поверхности двѣ темныхъ точки, одна вѣ наружной части, другая по срединѣ верхняго края; кровѣ того вѣсколю красноватаго цвѣта точекъ отъ булавочной головки и меньше.

Лѣвый яичникъ. Вѣсь = 14 грм., длина = 5,5 см., ширина = 3,2 см., толщина наибольшая = 1,2 см., наименьшая = 0,5 см.

Поверхность блѣдно розоваго цвѣта, бугристая, на ней замѣчаются бороздки различной длины и глубины.

На плоскости разрѣза, отступя 1 см. отъ наружнаго края и 1,2 см. отъ верхняго, различается полость съ короткимъ діаметромъ = 3 мм. и длиннымъ = 5 мм., выполненная веществомъ темнооранжеваго цвѣта.

Гистологическое изслѣдованіе. Правый яичникъ. Вѣ корковомъ слоѣ значительное развитіе соединительной ткани.

Направленіе пучковъ весьма разнообразное, однако вѣ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣтно направленіе ихъ по преимуществу съ поверхности вѣ глубину. Бѣдность веретенообразными, овальными и круглыми клубочными элементами по мѣстамъ выражена очень ясно.

Примордіальные фолликулы отсутствуют на срѣзахъ; не встрѣчаются и развитыя формы фолликуловъ.

Вѣ корковомъ слоѣ попадаются линейныя или складчатая блестящія гомогенныя полоски различной величины и формы. На препаратахъ, кровѣ того, попадаются вѣ весьма ограниченномъ количествѣ остатки желтыхъ тѣлъ различной давности; тутъ ясно можно было различать отдѣльныя группы характерныхъ желтыхъ клубочковъ рядомъ съ клочками янтарно-желтаго пигмента. Сосуды какъ мозговаго такъ равно и кортикальнаго слоя повидимому не представляли измѣненій.

Полости, макроскопически различаемы, имѣли стѣнки, выстланныя эпителиальными клетками, расположенными въ нѣсколько рядовъ; онѣ безъ рѣзкой границы заходили въ стromу яичника; клетки въ видѣ отдѣльных групп лежали въ просвѣтѣ полости. Выступающіе въ полость сосочки и выдвигющіеся въ ткань углубленія были выстланы такими-же эпителиальными клетками.

Лѣвый яичникъ. Въ одной неглубокой бороздѣ на поверхности яичника сохранился низкоклинчатый эпителий. Въ объемѣ мы въ этомъ яичникѣ имѣемъ измѣненіе, аналогичныя предъидущему яичнику; только попадаете большее количество остатковъ отъ заустѣвшихъ фолликуловъ, и стѣнки нѣкоторыхъ сосудовъ утолщены, гомогенны, а просвѣты сужены. Эпителиального образования здѣсь не замѣчается.

Случай XVII. М. Т. поступила въ Маринскую больницу 23 Апрѣля 1889 года съ жалобами на обильныя кровотечения, опухоль въ нижней части живота и значительныя сердцебиенія. Больная 36 лѣтъ, крестьянка, замужняя. Первые регулы появились на 16 году и стали повторяться черезъ 4 недѣли по 3 дня; за время же болѣзни (4—2 года тому назадъ) онѣ являются въ видѣ атничныхъ кровотеченій, продолжающихся по 10—12 дней.

Рожала 2 раза преждевременно, тѣ и другіе роды на 8 мѣсяцѣ беременности, изъ которыхъ послѣдніе имѣла 13 лѣтъ тому назадъ.

Ростъ опухоли идетъ постепенно въ теченіи послѣднихъ 4 лѣтъ, съ чѣмъ совпадаетъ появившееся первый разъ кровотеченіе. Больная среднего роста правильнаго тѣлосложенія, общія покровы и слизистыя оболочки отпадаютъ блѣдною.

Исслѣдованіе внутреннихъ органовъ не обнаруживаетъ замѣтныхъ измѣненій.

Брюшные стѣнки напряжены.

По срединѣ живота въ нижней его части помѣщается плотная съ гладкой поверхностью опухоль величиной съ голову 10-ти мѣсячнаго плода.

Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка	74 cm.
Наибольшая окружность	76,5 »
Верхняя граница опухоли надъ симфизомъ	13 »
Поперечный размѣръ ея	11 »

Наружные половые органы не представляютъ видимыхъ измѣненій. При внутреннемъ изслѣдованіи: *portio vag.* направлена назадъ и непосредственно переходитъ въ опухоль.

Матка неподвижна, плотная, положеніе ея неопредѣляется. Длина полости матки=17 cm. Въ переднемъ сводѣ опредѣляется нижній

сегментъ опухоли. Лѣвый яичникъ, помѣщающійся близко около опухоли, опредѣляется черезъ брюшные покровы.

Диагнозъ: Fibromyoma uteri.

Операция 23. V. 89. Брюшные стѣнки вскрыты обычнымъ путемъ. На *lig. ovar.* того и другаго яичника наложены послѣдовательно двойная шелковая лигатуры и увеличенные яичники удалены одинъ послѣ другаго. Брюшная рана закрыта 15-ю швами.

Послѣоперационный періодъ протекалъ безъ повышенія температуры. На 5-й день показалось незначительное отдѣленіе крови, снова повторившееся на 7-й день.

На 10-й день переѣзжена повязка, сняты швы; заживленіе брюшной раны *per primam intentionem*.

Больная до самаго послѣдняго времени находится въ больницѣ подъ диагнозомъ *Neuralgia occipitalis*, причемъ замѣтнаго уменьшенія опухоли не констатировано, остается неизмѣнной и дна полости матки; кровотечения послѣднее время нѣсколько уменьшились въ своей интенсивности.

Правый яичникъ. Вѣсъ=11 gm., длина=6 cm., ширина=3 cm., толщина=0,8 cm.

Поверхность блѣдно-розоваго цвѣта, имѣетъ бороздки различной глубины. На плоскости разрѣза, проведеннаго перпендикулярно къ длинному диаметру яичника, нѣсколько мѣшкообразныхъ полостей величиной отъ коношлагого зерна до горошины; разрѣзъ проведенъ отступя 2,5 cm. отъ наружнаго края яичника.

Лѣвый яичникъ. Вѣсъ 11 gm., длина=4,6 cm., ширина=3 cm., толщина=1 cm.

Поверхность яичника бугристая; на верхнемъ выпукломъ краѣ различается вдавленіе, а рядомъ имѣется отверстіе въ 1 mm, ведущее въ полость. На плоскости разрѣза, проведеннаго отступя 2 cm. отъ наружнаго края яичника, три спавшіеся полости, ближе къ передней поверхности яичника лежитъ линейно спавшаяся полость; внутренняя стѣнка ея окрашена въ желтоватый цвѣтъ; длина этой полости=0,9 cm., ширина=0,2 cm.

Гистологическое изслѣдованіе. Правый яичникъ. Наружный слой яичника различается въ видѣ рѣзкой каймы=0,0048 mm. толщины, состоящей изъ плотной соединительной ткани, блѣдной клеточными элементами. Кортикальный слой мѣстами содержитъ значительное количество соединительной ткани. Клеточные элементы, по преимуществу веретенообразные, являются какъ бы раздвинутыми соединительнотканными волокнами.

Въ этомъ слое почти на каждомъ препаратѣ встрѣчается 2—3 первичныхъ фолликула; составные элементы большинства изъ нихъ носятъ характеръ регрессивныхъ измѣненій, начиная отъ едва замѣтнаго набуханія и зернистости клетокъ эпителиа *membra. granul.* и кончая поднимъ ихъ превращеніемъ въ мелкозернистую массу, окрашенную зоизномъ. Смотря по величинѣ ступки, онъ то сплошь вы-

поднять полость первичного фолликула, то представляется лежащим свободно у стѣнки въ формѣ комочка $= 0,0012$ мм., сама же полость скорѣе походитъ на вытянутую щель.

Въ стѣнкахъ, хотя не во всѣхъ случаяхъ, можно различать два слоя окраски: периферической и центральной, болѣе интенсивно окрашенный, въ срединѣ котораго иногда еще удается рассмотреть концы *vesicul. germinal.*

Развившіеся фолликулы попадались въ количествѣ 2—3 на срезѣхъ и представляли различныя ступени обратнаго развитія съ образованиемъ гомогенной блестящей полоски и развитіемъ крупно или мелкозернистой соединительной ткани на мѣстѣ бывшей полости; рядомъ попадались образования въ видѣ клубочковъ, сложенныхъ изъ такого же характера гомогенной полоски.

На иныхъ препаратахъ можно различать 2—3 сдвинувшихся фолликуловъ; какъ стѣнка, такъ и сосѣдняя ткань нѣкоторыхъ изъ нихъ имбиривана элементами крови; нѣкоторые сосуды наружнаго слоя фолликула сплошь набиты красными и бѣлыми кровяными шариками. Кѣтъко *membr. granul.* въ полостяхъ указанныхъ не замѣчается.

Мозговой слой представляется очень сосудистымъ, стѣнки нѣкоторыхъ сосудовъ средняго калибра представляются утолщенными гомогенными, плохо окрашивающимися гематооксилиномъ и возиномъ.

Лѣвый яичникъ. Коровый слой отличается бѣдностью клеточныхъ элементовъ и богатствомъ соединительной ткани, отдѣльной волокна которой соединяются въ пучки, перекрещивающіеся въ различныхъ направленіяхъ безъ опредѣленнаго порядка.

Примордіальные фолликулы въ незначительномъ количествѣ величиной $= 0,0016—0,003$ мм.; большинство изъ нихъ потеряли окружающій ихъ эпителий, и въ полости лежитъ лишь мелкозернистая масса, среди которой иногда лишь различается *velicel. et mascul. germinal.* Рядомъ попадаются первичные фолликулы, содержащіе въ полости блестящій гомогенный стѣнчекъ, лежащій пристѣнно; нѣкоторые, *ни vesicul. germinal.*, здѣсь не удается опредѣлить. Развивающіеся фолликулы въ количествѣ 3—4 на препаратѣ имѣютъ размеры отъ 0,0065 до 0,014 мм. и имѣютъ то болѣе, то менѣе правильную форму; низко-цилиндрической эпителий, выстилающій внутреннюю полость фолликула въ одинъ слой, сохранилъ не у всѣхъ правильное расположение; частью клетки его отделились и лежатъ группами въ полости фолликула, представляя сабды распадающагося, частью эпителий совершенно исчезъ, и полость фолликула наполнена мелкозернистой массой.

Встрѣчается до 3—4 сдвинувшихся полостей различной величины и формы, отъ правильной овала до линейнаго вида, выполненныхъ гомогенной мелкозернистой массой безъ признаковъ клеточк *membr. granul.*; тутъ рядомъ попадаются фолликулы, запусѣвающіе путемъ

склероза стѣнки и развитія въ полости молодой соединительной ткани, среди которой встрѣчаются кое-гдѣ разбросанные лейкоциты.

Полости нѣкоторыхъ фолликуловъ выполнены уже значительно развившейся соединительной тканью, принявшей характеръ ослынной стромы яичника, здѣсь же лежитъ прерывающаяся на нѣкоторыхъ мѣстахъ складчатая блестящая оболочка.

Встрѣтилась сдвинувшаяся полость фолликула величиной съ горошину; окружающіе полость слои *stratum interm.* и *stratum. ext. th. follic.*, разслоены форменными элементами крови, на одномъ мѣстѣ скопление ихъ представляется болѣе значительнымъ и отдѣляется отъ самой полости едва различимой оболочкой, которая влячена въ самую полость.

Околдлежащіе сосуды сплошь набиты элементами крови.

Количество сосудовъ, повидимому, увеличено въ мозговомъ слое; стѣнки нѣкоторыхъ бѣдныхъ клеточными элементами, утолщены, а просветы сужены иногда до полной облитерации; окраска стѣнокъ такихъ сосудовъ отличается меньшей интенсивностью. Встрѣчаются старыя желтыя тѣла съ группами желтыхъ клеточк.

Corpora albicantia въ количествѣ 2—3 величиной отъ 0,0665 до 0,047 мм.

Случай XVIII. С. К. поступила въ Маринскую больницу 5. IV. 1889 года съ жалобами на опухоль въ нижней части живота и обильныя, болѣзненные кровя. Больная 32 лѣтъ, дѣвица. Регулы начались на 14 году, повторялись черезъ 3 недѣли по 3 дня, со времени же заболѣванія (нѣсколько лѣтъ тому назадъ), онѣ сдѣлались крайне обильны, продолжаются по 7—10 дней, кровь отдѣляется въ видѣ стѣнчк и съ значительными болями; съ этого же времени больная стала замѣчать плотную опухоль внизу живота. Больная крайне анемична, слаба.

При пальпации брюшныхъ стѣнокъ въ нижней части живота опредѣляется опухоль, лежащая болѣе влѣво, верхняя граница ея доходить до пупка. Опухоль мало подвижная, съ гладкою поверхностью, равномерно плотная, безболѣзненная.

Наружные половые органы не представляютъ видимыхъ измѣненій. *Puella intacta.* При внутреннемъ изслѣдованіи удается опредѣлить часть опухоли, помѣщающуюся въ лѣвой широкой связкѣ. Длина полости матки—15 см.

Диагнозъ: *Fibromyoma uteri interstitiale sinistrum.*

Операция 13. V. 1889 года. По вскрытіи брюшной стѣнки на протяжении 13 см., легко были опредѣлены оба яичника, на лѣвомъ той и другой стороны поочередно наложены двойныя шелковыя лигатуры, связки резецированы и яичники удалены. Культи по отрѣзаніи лигатуръ опущены въ брюшную полость, которая закрыта 14-ю шелковыми швами.

Въ послѣоперационномъ періодѣ наблюдалось повышеніе $^{\circ}$ до

38° по вечерам на 9, 13 и 14-й день. На 2-й день изъ genitalis появилось обильное кровавое отделение, продолжавшееся и въ всѣ послѣдующіе дни пребывания больной въ больницѣ. Швы сняты на 12-й день, рана брюшная зажила per primam intentionem. Больной позволено сидѣть 12. VI, а 2-го Юля она выписалась изъ больницы значительно поправившейся.

Правый яичникъ. Въсѣ=9 grm., длина=3 cm., ширина=2,5 cm., толщина=2 cm.

Поверхность яичника неровна, покрыта не многочисленными бо родами различной глубины; на разрѣзѣ, проведенномъ на расстояніи 1,5 cm. отъ наружнаго края, желтое тѣло съ длиннымъ діаметромъ=0,3 cm., и короткимъ=0,2 cm., опорожненная полость граафова пузырька длиной=0,5 cm. и шириной=0,4 cm., другая полость, лежащая рядомъ 0,3 cm. длины и 0,2 cm. ширины.

Лѣвый яичникъ. Въсѣ=8,5 cm., длина=3,5 cm., ширина=3 cm., толщина=2 cm.

По верхней и передней периферіи поверхности яичника замѣчается много бородачекъ различного вида.

На внутренне-верхнемъ краѣ возвышеніе величиной съ кончикъ пшаное зерно и کنارжи отъ этого еще два меньшей величины на плоскости разрѣза, проведеннаго по продольной оси, различаются двѣ полости величиной отъ 0,1 до 0,2 cm., изъ которыхъ одна находится на наружно-верхней периферіи и другая на внутренне-нижней части яичника.

Гистологическое изслѣдованіе. Правый яичникъ. Покрывающей эпителией сохранился лишь въ углубленіяхъ, различаемыхъ на поверхности яичника; границы кѣтокъ неясны, протоплазма ихъ зерниста, ядра различаются не всегда съ одинаковой ясностью и тамъ, гдѣ ихъ можно рассмотреть, расположены перпендикулярно въ поверхности яичника. Корковый слой по всей периферіи яичника отличается бѣдностью кѣточныхъ элементовъ съ преобладаніемъ волокнистой соединительной ткани (окраска эозиновой).

Примордіальные фолликулы встрѣчаются на каждомъ срѣзѣ въ количествѣ 1—2, между ними попадаются измѣненные въ своихъ составныхъ частяхъ.

Границы эпителиальныхъ кѣтокъ большей частью неясны, протоплазма кѣтокъ мелкозерниста, и ядра ихъ различаются съ трудностью, часть кѣтокъ отслоилась отъ стѣнки фолликула и лежитъ въ полости, представляя слѣды распада.

Рядомъ встрѣчаются фолликулы, безъ признаковъ эпителиальныхъ кѣтокъ, сплошь выполненные мелкозернистой массой, хорошо окрашенной эозинномъ; vesicula и macul. geminat. въ этой мелкозернистой массѣ почти постоянно не различимы.

Нѣскольکو фолликуловъ въ періодъ обратнаго развитія, полости съ мелкозернистымъ содержимымъ окружены непосредственно оболочкой, зигзагообразно сложенной въ складки и плохъ

окрашивающейся гематоксилиномъ. Въ нѣкоторыхъ изъ атрезирующихся фолликуловъ замѣчается развитіе молодой соединительной ткани, состоящей по преимуществу изъ веретенообразныхъ кѣтокъ съ отростками, образующими то крупно, то мелкогнѣзную ткань въ прежде большей полости фолликула, тутъ же среди молодой ткани разбросаны лимфоидные элементы.

Снаружи отъ вышеуказанной оболочки располагается то большее, то меньшее количество грануляционныхъ кѣтокъ, изъ которыхъ отдѣльные элементы уже проникли въ самую толщу оболочки. Наружный слой стѣнки фолликуловъ не представляетъ видимыхъ измѣненій; въ немъ различаются сосуды различного калибра, перерѣзанные въ разнообразныхъ направленіяхъ.

Мозговой слой является на нѣкоторыхъ мѣстахъ сдавленнымъ фолликулами, находящимися въ періодъ организации. Сама ткань его въ остальныхъ мѣстахъ, повидимому, не представляется измѣненной. На препаратахъ имѣемъ кромѣ всего только что ссазаннаго старое менструальное желтое тѣло въ видѣ участка ткани съ характерными желтыми кѣтками; далѣе попадаются небольшого размѣра corpora albicantia, пронизанные во всѣхъ направленіяхъ цугами соединительно тканыхъ пучковъ.

Лѣвый яичникъ. Наружная часть корковаго слоя сморщена и различается въ видѣ каемки толщиной=1,0050 mm., состоящей изъ плотной фибрознай ткани. Корковый слой отличается по всей периферіи бѣдностью кѣточныхъ элементовъ на счетъ развитія соединительной ткани.

Примордіальные фолликулы, попадающіеся въ количествѣ 1—2 на срѣзѣ, то представлялись неизмѣненными, то были измѣнены также какъ въ правомъ яичникѣ.

Фолликулы болѣе развитые (до 0,4 cm.) имѣли въ полости своей мелкозернистую массу, среди которой попадались или отдѣльные кѣтки membr. granulos. и цѣлые ея сегменты отслоенные отъ стѣнки фолликула. Кѣтки membr. granul. носили слѣды измѣненій; они казались набухшими, зернистыми, ядра ихъ частью сохранились, частью исчезли и рядомъ лежали голыя ядра, еще удержавшія гематоксилиновую окраску.

Отдѣльные кѣтки strati int. thecae fol. сохранились лишь на нѣкоторыхъ мѣстахъ, на другихъ же мелкозернистое содержимое полости непосредственно окружено фибрознымъ наружнымъ слоемъ стѣнки фолликула. Въ мозговомъ слое попадаются сосисды съ измѣненными стѣнками, отличающимися бѣдностью кѣточныхъ элементовъ (вѣло красятся гематоксилиномъ).

Случай XIX. Ф. Б. поступила въ клинику Октября 24. 1889 года съ жалобами на продолжительная и обильная регулы, сопровождающіяся болями въ правомъ боку.

Болезнь 33 лѣтъ, вѣщанка, двѣца. Первые мѣсячныя полу-

чила на 13 году, которая повторялась до заболѣванія черезъ 4 недѣли по 3 дня, со времени же заболѣванія (около 4—5 лѣтъ тому назадъ) регулы, появляясь также черезъ 4 недѣли, продолжаются по 5—12 дней.

Болезнь бронежка, выше средняго роста, правильнаго тѣлосложения, съ хорошии питаньемъ.

Исслѣдованіе внутреннихъ органовъ не обнаружило никакихъ аномальныхъ измѣненій.

Брюшныя стѣнки упруги, при пальпации въ области паховъ незначительная чувствительность. Исслѣдованіе, произведенное подъ хлороформнымъ наркозомъ, показало: гимень не нарушенъ, съ двумя отверстиями; *portio vagin.* конической формы, немного увеличена; тѣло матки увеличено, отклонено немного вправо; на задней стѣнкѣ матки опредѣляется опухоль, тѣсно связанная съ ней. Другая опухоль, имѣющая связь также, повидимому, съ задней стѣнкой матки, доходить до величины маленькаго апельсина на длинной ножкѣ; опухоль легко перемѣщается справа на лѣво, вверхъ и внизъ; консистенція ея плотная.

Опредѣляется правый яичникъ.

Диагнозъ. *Fibromyoma uteri interstitiale et subserosum.*

Операция 11. XI. 1889. Брюшныя стѣнки разсѣчены на протяжении 14 см., и въ рану выведена плотная опухоль, сидѣвшая на мясистой ножкѣ длиной приблизительно въ 6 см., исходящей изъ задней стѣнки матки. По наложеніи двойной лигатуры, ножка резецирована и опухоль удалена. Въ виду присутствія внутрѣбвенной полости рѣшено сдѣлать кастрацію. Сперва выведенъ правый яичникъ, на которомъ оказалось свѣжее желтое тѣло, наложена на *lig. ovarii* двойная лигатура и яичникъ удаленъ ножницами съ частью фаллопиевой трубы; также было поступлено и на лѣвой сторонѣ.

Брюшная рана закрыта 14-ю шелковыми швами. Операция продолжалась 30 минутъ.

Теченіе послѣоперационнаго періода безъ повышенія температуры. На 1-й день больная жаловалась на тошноту и наблюдалась рвота. Первые 3 дня больную безпокоила боль въ области живота, скоро успокаивавшаяся при назначеніи наркотическихъ средствъ.

На 3-й, 4-й, 5-й и 6-й день у больной изъ *genitalia* выдѣлялось значительное количество крови.

На 9-й день сняты швы, заживленіе раны *per primam intentionem*. На 12-й день больной позволено сидѣть и на 15-й встать съ постели. На 19-й день послѣ операции больная выпсалась изъ клиники, при внутреннемъ изслѣдованіи обнаружено: матка въ антефлексію, подвижна, безболѣзненна, увеличена такъ, что дно ея стоитъ на 2 поперечныхъ пальца выше лобка, тѣло матки бугристо, своды свободны, въ лѣвомъ опредѣляется повидимому культи.

Правый яичникъ. Длина=4,2 см., ширина=3 см., тол-

щина=1,2 см. На задней и передней поверхности различаются не глубоки бороздки. На поверхности разрыва ровной, гладкой вѣскольکو пигментированныхъ участковъ. Удаленный абдоминальный конецъ фаллопиевой трубы=2 см.; поперечникъ ея=0,6 см., бахромики ясно различимы.

Лѣвый яичникъ. Длина=3,8 см., ширина=1,9 см., толщина=1,3 см.; на поверхности передней и задней различаются довольно глубоки бороздки. Ближе къ наружному концу яичника свѣжее менструальное желтое тѣло недѣльной давности. Конецъ фаллопиевой трубы, сильно извитой, длиной=5 см.; фимбрии ясно различимы; у наружнаго конца трубы *hyd.* Morgagni съ большой тѣсной орѣхъ.

Гистологическое изслѣдованіе. Лѣвый яичникъ. Наружная часть кортикальнаго слоя состоитъ изъ плотной соединительной ткани, рѣзко отграниченной отъ подлежащей ткани. На поверхности своей яичникъ имѣеть сохранившійся поверхностный эпителий въ углубленіяхъ. Сама ткань кортикальнаго слоя состоитъ изъ плотной фиброзной ткани, крайне бѣдной кѣлочными элементами. На однихъ срѣзахъ не встрѣчается ни одного примордіальнаго фолликула, на другихъ 1—2, повидимому не представляющихъ особенныхъ измѣненій. Въ корковомъ же слой попадаются развивающіеся измѣненные фолликулы; полость ихъ выслонена остатками распадающейся *membr. granul.*; протолазма ихъ кѣлочъ зерниста; она частью еще сохранила, частью потеряла ядра; рядомъ лежатъ фолликулы уже съ образованьемъ гомогенной оболочки, причѣмъ кѣлочъ *membr. granul.* совершенно отсутствуютъ въ полости такихъ фолликуловъ. Наконецъ, попадаютъ фолликулы въ количествѣ 3—4 съ образованьемъ ясной складчатой полости по периферіи ихъ полости, въ которой уже развилась соединительная ткань, принявшая характеръ стромы яичника, но отличающаяся лишь бѣдностью кѣлочныхъ элементовъ; рядомъ лежатъ фолликулы, полость которыхъ уже не существуетъ: такъ близко прилегаютъ другъ къ другу внутренне края оболочки, между которыми лишь нѣрѣдка попадаются веретеннообразные элементы и лимфобидныя кѣлки.

Стѣнки сосудовъ утолщены, гомогенны, плохо окрашиваются гематоксилиномъ, просвѣты сужены или совершенно облитерированы.

Встрѣчаются группы большихъ характерныхъ желтыхъ кѣлочъ.

Правый яичникъ. Микроскопическая картина препаратовъ, полученныхъ изъ этого яичника, ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ указанной въ лѣвомъ яичникѣ. Здѣсь мы также встрѣчаемъ сохранившійся поверхностный эпителий (кубическій или низкоцилиндрический) въ одномъ изъ углубленій поверхности яичника.

Корковый слой отличается значительнымъ развитіемъ грубоволокнистой соединительной ткани, лучки ея имѣють по преимуществу направленіе съ периферіи въ глубь, гдѣ ткань кортикальнаго

слюя содержитъ нѣсколько большее количество соединительно ткан- ныхъ вѣтлокъ.

Встрѣчается много фолликуловъ, заступающихъ путемъ образо- ванія гомогенной полоски съ развитіемъ соединительной ткани въ по- лости фолликула. Стѣнки нѣкоторыхъ сосудовъ утолщены, гомоген- ны, плохо окрашиваются гематоксилиномъ и возиномъ.

Случай XX T. К. поступила въ клинику 7-го Января 1890 года съ жалобами на тяжесть внизу живота, затрудненное мочеиспусканіе и обильные регулы.

Большая 42 лѣтъ, двѣцца. Первая крови появились на 16 году, приходили обычно черезъ 4 недѣли по 4 дня, со времени же забо- лѣванія появляются черезъ 3 недѣли и продолжаютъ 5 дней съ довольно обильнымъ выдѣленіемъ крови. Послѣдніе 2 года болную стало беспокоить затрудненное отдѣленіе мочи, тяжесть и боли внизу живота.

Большая брюнетка, высокаго роста, небольшой scoliosis право- сторонній, внѣшніе покровы отличаются блѣдностью.

Исслѣдованіе внутреннихъ органовъ не открываетъ ничего не нормального.

При исслѣдованіи живота было получено пригудненіе тона въ области опухоли, заходящее на 2 пальца выше пупка. Нижняя часть живота выгибается опухолью овоидной формы, лежащей по срединѣ живота и заходящей на 2 пальца выше пупка. Опухоль равномерно эластичной консистенціи, съ гладкой поверхностью. Съ правой стороны, выше нѣсколько горизонтальной вѣтви лобковой по- сти, прощупывается отдѣльный меньшій участокъ, находящійся въ связи съ большимъ отдѣломъ. Опухоль обладаетъ небольшою подвиж- ностью справа налѣво и обратно.

Размѣры живота:

Окружность на уровнѣ пупка	76 cm.
Наибольшая окружность	83 »
Отъ мечевиднаго отростка до пупка	16 »
Отъ пупка до лоннаго соединенія	18 »
Отъ правой spil. ant. sup. до пупка	17 »
Отъ лѣвой	17 »
Высота стоянія опухоли надъ symph.	19 »
Поперечный размѣръ	20 »

При внутреннемъ исслѣдованіи: portio vagin. конической формы, непосредственно переходитъ въ существо самой опухоли, исходящей изъ передней и правой стѣнки матки.

Въ правомъ сводѣ опредѣляется небольшая опухоль, выходящая широкимъ основаніемъ изъ маточной шейки. Подость матки—15 см., зондъ выпрямленный направляется вверхъ, къзади и влѣво.

Мочевой пузырь и rectum не представляютъ измѣненій.

Послѣдующее наблюденіе въ клиникѣ дало возможность опредѣ- лить лишь незначительное увеличеніе размѣровъ опухоли въ періодъ менструальный: высота опухоли надъ симфизомъ—22 cm., по- черечный размѣръ —21 cm.

Отдѣленіе крови было весьма обильное и продолжалось 5 дней.

Діагнозъ: Fibromyoma funduteri. Операнія 17. II. 90. Брюшная стѣнка вскрыта на протяженіи 15 cm.; въ просвѣтѣ раны показ- залась передняя поверхность опухоли, на которой съѣда помѣщался небольшой узелъ. Захваченный лѣвый яичникъ, помѣщавшійся глу- боко въ маломъ тазу, былъ выведенъ въ рану и по наложеніи на lig. его двойной лигатуры удаленъ. Правый яичникъ, лежащій такъ же глубоко въ тазу, былъ увеличенъ въ своихъ размѣрахъ до куриного яйца; при извлеченіи одна большая полость его лопнула и вытекло содержимое темно-шоколаднаго цвѣта; на связку яичника наложена двойная шелковая лигатура и онъ удаленъ обычнымъ спо- собомъ.

Рана брюшная зашита 15-ью шелковыми швами. Операнія про- должалась 20 минутъ.

Теченіе послѣоперационнаго періода безлихорадочное. Тотчасъ послѣ операнія болную беспокоила тошнота, рвота наблюдалась 6-ть разъ. На 3-й день показала истеченіе крови изъ genitalia, довольно обильное, продолжавшееся 7 дней. На 12-й день сняты швы, заживленіе брюшной раны per primam intentionem. Слѣзан- ное измѣреніе на 30-й день указало уменьшеніе опухоли: верхняя граница ея надъ symph. os. pubis—14 cm.; поперечный размѣръ— 14,5 cm. На 55-й день верхняя граница опухоли надъ symph. os. pub. 11 cm., поперечный размѣръ 11 cm.

Правый яичникъ. Исслѣдованный въ полости брюшной яичникъ имѣлъ величину куриного яйца; на наружномъ концѣ его различалась киста, лопнувшая при извлеченіи яичника изъ полости живота.

Содержимые кисты представлялась темно-шоколаднаго цвѣта, часть еще осталась на стѣнкахъ полости; эта послѣдняя спав- шаясь имѣла большой размѣръ—3,5 cm., меньшій—1,9 cm., тол- щина стѣнки наименьшая—1 mm., наибольшая—3 mm.; въ содер- жимомъ попадались замѣненные, скученные въ группы красные кро- вяные шарки, а также глыбки темно-желтоватаго цвѣта. Вѣсъ уда- леннаго яичника—11 gtm., длина—4,5 cm., ширина—2,7 cm., толщина—2,3 cm. На поверхности различаются три возвышенія, изъ которыхъ большее достигаетъ величины вишни, поверхность ихъ гладкая. Въ такомъ видѣ, безъ вскрыванія полостей, яичникъ под- вергнуть дальнѣйшей обработкѣ.

Лѣвый яичникъ. Вѣсъ—5 gtm., длина—3,8 cm., ши- рина—2,4 cm., толщина—1,7 cm.

Поверхность бугристая, различается до 4 возвышеній, раздѣлен-

ных друг от друга вдавленными. На поверхности разреза ясно различается корковый слой бледного цвета от рыхлого красного мозгового слоя, этот последний имеет полость, окруженную ободком. На другом разрезе, ближе къ наружному концу, 2 полости, из которых большая—1 см., наполненная прозрачным содержимым, лежит у задней стѣнки и меньшая величиной съ горшину, наполненная такого же характера содержимым, прилегает къ передней стѣнке около hylus'a.

На наружнемъ концѣ ступокъ крови, а подъ нимъ при разрезѣ ткани лежитъ свѣжее желтое тѣло, съ красовато-темного цвета центромъ, окруженнымъ желтоватымъ ободкомъ; длинный разрезъ этого тѣла—0,8 см., короткий—0,4 см.

Гистологическое изслѣдованіе. Правый яичникъ. Кортикальный слой состоитъ изъ плотной соединительной ткани, сохраняющей подобный характеръ по всей периферіи яичника; въ немъ не встрѣчается 2—3 примордіальныхъ фолликула, не представляющихъ видимыхъ измѣненій.

По мѣстамъ этотъ слой сдавленъ фолликулами, изъ которой наибольшій имеетъ длинный разрезъ—1,6 см., короткий—1,2 см., полость его выполнена мелкозернистымъ содержимымъ, окрашивающимся эозинномъ, снаруи онъ выстланъ многослойной membran. granul. группы кѣтокъ которой отделились и лежатъ среди указанной мелкозернистой массы въ состояніи распада; ни лица, ни discus proligerus здѣсь не наблюдается.

Другая полость съ разрезомъ, не превышающимъ 0,6 см., наполнена подобной же мелкозернистой массой; membran. granul. сохранилась лишь въ видѣ отдѣльныхъ участковъ; кѣтки ея распадаются подобнымъ же путемъ, какъ и въ большей полости; границы ихъ дѣлаются не ясными, протоплазма зернистой, ядро то еще различается въ кѣткѣ, то лежитъ рядомъ, потерявъ свое правильное очертаніе или превратившись въ мелкія зернышки, удержавшія еще гематоксилиновую окраску.

Третья полость фолликула—0,5 см. содержащая мелкозернистую массу, окружена на большей своей периферіи гомогеннымъ по-ясомъ снаружи котораго различаются группы круглыхъ кѣточныхъ элементовъ, интенсивно окрашивающихся гематоксилиномъ; подобныя же кѣтки лежатъ въ самой толщѣ гомогеннаго пояса; снаруи его также лежатъ кѣтки нѣсколькой большей величины, чѣмъ указанные; между ними имѣются и такія, которыхъ протоплазма приняла слегка желтоватый оттѣнокъ.

Какъ въ мозговомъ, такъ равно и въ кортикальномъ слое наблюдается значительная сосудистость; перерѣзанные, но преимуществу продольно, сосуды малаго калибра и капиллярные перекрещиваются въ различныхъ направленіяхъ (на толстыхъ препаратахъ) и образуютъ очень густую сеть.

Лѣвый яичникъ. На отдѣльныхъ мѣстахъ поверхности сохраняются низко цилиндрической или кубической эпителии.

Корковый слой представляетъ преобладаніе соединительной ткани надъ кѣточными элементами, окраска по преимуществу эозинная.

На препаратѣ не встрѣчается ни одного примордіального фолликула; много атрезирующихся фолликуловъ путемъ образования гомогенной полости вокругъ полости фолликула съ развитіемъ внутри этой послѣдней крупно или мелкопетлистой соединительной ткани, которая въ отдѣльныхъ случаяхъ уже приняла характеръ ткани стромы яичника; рядомъ лежатъ полоски, сложенные въ видѣ клубочковъ, съ прослойками изъ соединительной ткани.

Гомогенныя массы, въ количествѣ 6 на одномъ изъ препаратовъ, слегка окрашенные эозинномъ, пронизаны то большимъ, то меньшимъ числомъ пучковъ соединительной ткани, иногда разбивающей всю массу на мельчайшіе участки.

Мозговой слой и граничащій съ нимъ кортикальный отличаются сосудистостью; стѣнки нѣкоторыхъ сосудовъ утолщены, гомогенны, просвѣты ихъ сужены до едва замѣтнаго отверстія.

Почти по срединѣ мозгового слоя среди сосудовъ лежитъ перерѣзанный поперечно нервный стволѣкъ; окружающая его оболочка утолщена на счетъ развитія соединительной ткани, которая разрослась также между отдѣльными волокнами (препаратъ демонстрированъ проф. Ивановскому).

На основаніи изложеннаго выше, я позволю себѣ прийти къ слѣдующимъ выводамъ:

1. При фибромиомахъ матки яичники почти во всѣхъ случаяхъ подвергаются измѣненіямъ; измѣненія эти выражены то больше, то меньше, касаются то поверхности (albuginea), то интерстиціальной ткани, то паренхимы яичника—его фолликуловъ.

2. Наибольше постоянны измѣненія интерстиціальной ткани—примечъ какъ постоянное явленіе наблюдается разрастаніе соединительно-тканной стромы съ увеличеніемъ массы яичника.

3. Этотъ интерстиціальный процессъ представляется по равномерному распространенію по всему корковому слою, то поражаетъ ткань мѣстамъ въ видѣ небольшихъ гнѣздъ, то, наконецъ, замѣтенъ вмѣстѣ съ тѣмъ въ окружности сосудовъ и нервныхъ стволѣвъ и выражается утолщеніемъ стѣнокъ сосудовъ съ послѣдующимъ суженіемъ просвѣтовъ и утолщеніемъ оболочки нервныхъ стволѣвъ съ атрофій отдѣльныхъ нервныхъ волоконѣвъ.

4. Фолликулы яичника при этомъ принимаютъ двойное участіе: или наблюдается А.—усиленный ростъ фолликуловъ, причемъ такой яичникъ представляется состоящимъ изъ множества мелкихъ полостей (kleincystische Degeneration), гистологически представляющихъ граафовы пузырьки въ различныхъ стадіяхъ развитія.

Или В.—фолликулы гибнутъ, атрезируются; этой атрезии подвергаются какъ примордіальные, такъ и болѣе зрѣлые граафовы пузырьки.

5. Тотъ же процессъ атрезіи имѣетъ мѣсто и при такъ называемомъ мелко-кистовидномъ перерожденіи, причемъ совершенно величинѣ растянутыхъ фолликуловъ получаются въ результатѣ атрезіи различной величины тѣла (corpora albicantia) на подобіе тѣхъ, какія мы встрѣчаемъ на мѣстѣ бывшихъ желтыхъ тѣлъ.

6) Такое запустѣваніе гиперплазированныхъ граафовыхъ пузырьковъ составляетъ, повидимому, наиболѣе частый исходъ этого рода заболѣваній яичника (Oophoritis follicularis). Отличительная особенность тѣхъ остатковъ, которые получаютъ на мѣстѣ запустѣвшихъ граафовыхъ пузырьковъ—это отсутствіе желтыхъ клѣтокъ, хотя въ отдѣльныхъ случаяхъ можно встрѣтить кучки пигмента въ центрѣ или по периферіи, какъ остатокъ бывшаго кровоизліянія въ полость пузырька.

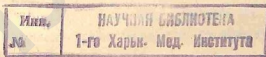
7) Мозговой слой нѣкоторыхъ яичниковъ имѣетъ большую сосудистость.

Всѣ препараты относящіяся къ настоящей моей работѣ демонстрированы профессорамъ: А. И. Лебедеву, Н. П. Ивановскому, К. Н. Виноградову, доценту И. Н. Грамматикати и Обществу Русскихъ Врачей.

Заканчивая свой трудъ, я считаю для себя пріятной обязанностью глубоко и искренне благодарить моего дорогаго учителя Профессора Алексѣя Ивановича Лебедева за его цѣнные совѣты и указанія при разработкѣ избраннаго мною вопроса

и за все мое клиническое образованіе, которое я имѣю счастливую возможность получать подъ его цѣннымъ руководствомъ.

Вмѣстѣ съ тѣмъ доценту нашей клиники Ивану Николаевичу Грамматикати приношу искреннюю благодарность за его обычную готовность помочь словомъ и дѣломъ.



ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Инородныя тѣла, которыя въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчаются въ полости матки, могутъ быть вводимы не только при содѣйствіи постороннихъ лицъ, но и самой больной, причемъ въ большинствѣ случаевъ тѣла вводятся съ преступной цѣлью (abortus).
 2. Бесплодіе при фиброміомахъ матки находитъ отчасти для себя объясненіе въ тканевыхъ измѣненіяхъ яичника.
 3. Слизистая оболочка falloпеевыхъ трубъ, подвергающаяся при фиброміомахъ матки иногда существеннымъ измѣненіямъ, точно также можетъ обусловить въ отдѣльныхъ случаяхъ бесплодіе.
 4. Операция Emmet'a заслуживаетъ большаго распространенія чѣмъ то, какимъ она пользуется въ настоящее время.
 5. Антисептика при чревосѣченіяхъ должна уступить мѣсто асептикѣ.
 6. Консервативные методы гинекологической терапіи (электричество, массажъ, бальнеотерапія, климатотерапія) заслуживаютъ полнаго вниманія и дальнѣйшей разработки.
-

Таблица I.

Рис. 1. (Увелич. $\frac{1}{1}$). Поперечный разръзъ черезъ всю толщю кистовидно перерожденнаго яичника (XI).

Рис. 2. Часть продольнаго разръза кистовидно перерожденнаго яичника (XI).

Рис. 3. (Увелич. $\frac{2}{1}$). Одна изъ полостей кистовидно перерожденнаго яичника, выполненная однородной массой съ сохранившимся яйцомъ (IX).

Таблица II.

Рис. 4. (Увелич. $\frac{350}{1}$). Яйцо изъ предыдущей полости, окруженное кѣтками membr. granul. a.—Мѣсто, гдѣ отъ zonaе pellucid. отслоилась желтковая масса.

Рис. 5. (Увелич. $\frac{450}{1}$). Поверхность яичника, покрытая ложными перепонками. a.—ложная перепонка. b.—эпителий поверхностный. c.—корковый слой яичника (III).

Таблица III.

Рис. 6. (Увелич. $\frac{4}{1}$). Поперечный разръзъ черезъ всю толщю яичника. a.—бѣловатая тѣла, въ изобиліи попадающіяся въ разръзѣ и составляющія исходныя стадіи обратнаго развитія растянутыхъ фолликуловъ (kleincystische Degeneration) (VI).

Рис. 7. (Увелич. $\frac{150}{1}$). Начальная стадія организаціи полостей, наблюдаемыхъ въ кистовидно перерожденномъ яичникѣ (VI).

Таблица IV.

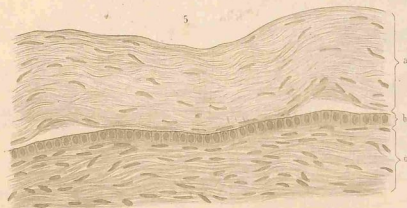
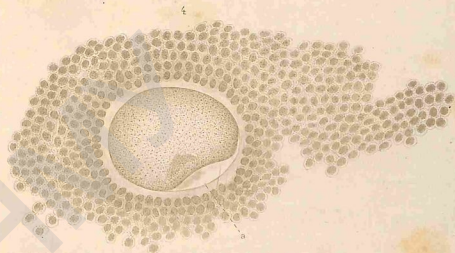
Рис. 8. (Увелич. $\frac{90}{1}$). Дальнѣйшая стадія этой организаціи, когда однородная бѣловатая масса проникается во всѣхъ направленіяхъ пучками соединительной ткани (VI).

CURRICULUM VITAE.

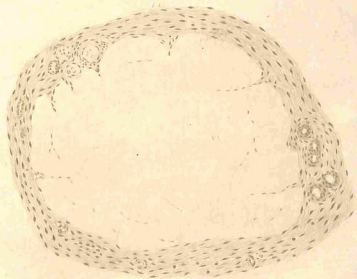
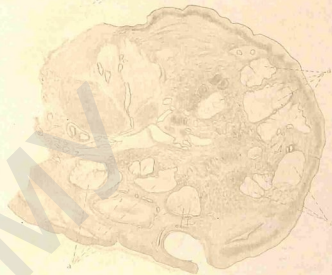
Дмитрій Дмитріевичъ Поповъ, потомственный дворянинъ, родился въ г. Дмитріевѣ, Курской губ. въ 1862 г. По окончаніи средняго образования въ Курской гимназіи поступилъ въ Кіевскій Университетъ Св. Владиміра въ 1883 г.; въ слѣдующемъ году (1884) зачисленъ въ число студентовъ пригготовительнаго курса ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи. Въ 1888 году окончилъ курсъ Академіи cum eximia laude и по конкурсу опредѣленіемъ конференціи оставленъ при Академіи для дальнѣйшаго усовершенствованія. Съ этого времени состоитъ ординаторомъ академической акушерско-гинекологической клиники профессора А. И. Лебедева. Лѣтомъ 1889 года состоялъ ординаторомъ Надеждинскаго родовспомогательнаго заведенія и исполнялъ обязанности Академическаго врача. Въ теченіи 1889—1890 г. завѣдывалъ родильнымъ покоемъ клиники. Состоитъ дѣйствительнымъ членомъ общества русскихъ врачей.

Имъ опубликованы слѣдующія работы:

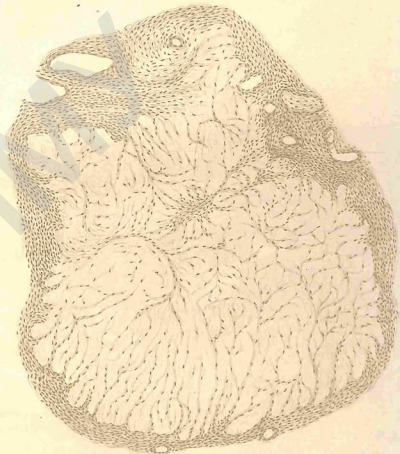
1. Къ вопросу объ инородныхъ тѣлахъ полости матки. «Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней». Іюль и Августъ №№ 7 и 8. 1889 г.
2. Къ вопросу объ измѣненіяхъ яичниковъ при фиброміомахъ матки (патолого-анатомическое изслѣдованіе). Сообщено въ обществѣ русскихъ врачей 22-го Февраля 1890 года. Эта вторая работа въ болѣе полномъ объемѣ представлена въ настоящее время для полученія степени доктора медицины.



Wandlich, ad nat. del.



8



Dr. Wankub 'ad nat. Jai

Memoirs of the Asiatic Society of Bengal, vol. 1, p. 10