

Къ вопросу

о патолого-анатомическомъ состояніи
мышечной стѣнки матки при фибро-
міомахъ.

□ □

Диссертация

на степень доктора медицины
ЛУКИ ГАВРИЛОВИЧА ГОРУНОВИЧА

□ □

Съ двумя таблицами рисунковъ.

□ □

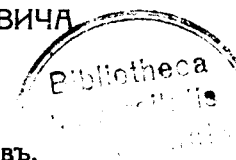
Официальные оппоненты:

проф. С. Д. МИХНОВЪ, проф. В. А. АФАНАСЬЕВЪ,
проф. А. С. ИГНАТОВСКІЙ.

□ □ □

РЕВЕЛЬ, 1914.

Печатано въ типографіи І. и А. Пальманъ, Ревель.



Докторскую диссертацию лѣкаря Л. Г. Горуновича подъ загла-
віемъ: „Къ вопросу о патолого-анатомическомъ состояніи мышечной
стѣнки матки при фиброміомахъ“ печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы
по отпечатаніи было представлено 400 экземпляровъ ея въ канцелярію
Медицинскаго Факультета ИМПЕРАТОРСКАГО Юрьевскаго Университета.

Юрьевъ, 28-го марта 1914 г.

№ 530.

Деканъ: В. Афанасьевъ.

D 249144

Посвящаю

дорогой моей матери

и милымъ сестрамъ.



Считаю своимъ нравственнымъ долгомъ выразить глубокоую благодарность и сердечную признательность моему глубокоуважаемому учителю, Профессору **Сергѣю Дмитріевичу Михнову** не только за предложенную имъ тему и постоянное руководство при выполненіи этой работы, но и за то спеціальное образованіе, которымъ я всецѣло обязанъ ему.

Прошу глубокоуважаемаго Профессора **Вячеслава Алексѣевича Яфанаева** принять мою сердечную благодарность за постоянное руководство и совѣты, которыми я пользовался въ широкихъ размѣрахъ въ его Институтѣ при написаніи этой работы, наиболѣе существенная часть которой — патолого-анатомическія изслѣдованія — исполнена подъ его благосклоннымъ руководствомъ.

Многоуважаемаго приватъ-доцента **Ивана Ивановича Широкогорова** искренно благодарю за ту помощь, которую онъ оказывалъ мнѣ словомъ и дѣломъ при написаніи этой работы. Благодаря его любезности, всѣ микроскопическіе препараты не только были сдѣланы подъ его наблюденіемъ, но и тщательно просмотрѣны имъ, что, конечно, еще болѣе увеличиваетъ мою признательность.

Оглавление.

Введение	IX
I глава. Литературное разсмотрѣніе вопроса о патолого-анатомическомъ состояніи мышечной стѣнки матки при фиброміомахъ	1
II глава. Методика изслѣдованія	12
III глава. Подробное описаніе всѣхъ микроскопически изслѣдованныхъ препаратовъ съ клинической картиной болѣзни	14
IV глава. Систематическій обзоръ особенностей патолого-анатомическаго состоянія мышечной стѣнки матки	94
V глава. Сравненіе клинической картины болѣзни съ патолого-анатомическими измѣненіями въ мышечной стѣнкѣ матки	101
Выводы	125
Положенія	127
Указатель литературы	129
Объясненія къ рисункамъ	133

□ □ □

Введеніе.

Съ тѣхъ поръ какъ гинекологія сдѣлалась отраслью хирургіи и гинекологическія операціи стали производиться въ клиникахъ и больницахъ весьма часто — естественно, что и изученіе различныхъ гинекологическихъ заболѣваній сдѣлало быстрые шаги впередъ; это можно всецѣло сказать по отношенію къ міомамъ матки, такъ какъ міоматозныя больныя представляютъ довольно значительный контингентъ среди гинекологическихъ больныхъ. Параллельно съ тѣмъ развивалась и дошла до громаднхъ размѣровъ и спеціально гинекологическая литература, такъ что въ настоящее время обзоръ всего того, что написано о міомахъ матки, представлялъ бы колоссальный трудъ. Несмотря на это, даже въ клинической картинѣ разсматриваемаго заболѣванія, которая значительно легче поддается изученію, чѣмъ, напримѣръ, патогенезъ, замѣчаются все-таки нѣкоторые дефекты, которые пока не нашли еще своего заполненія въ сдѣланныхъ наблюденіяхъ. Такъ, напримѣръ, вопросъ о времени, когда должны у міоматозныхъ больныхъ заканчиваться менструаціи, представляется несомнѣнно существенно важнымъ, такъ какъ съ началомъ менопаузы симптомы болѣзни и все ея теченіе значительно мѣняются. А между тѣмъ и въ этомъ отношеніи дѣло представляется не совсѣмъ яснымъ. Общее мнѣніе таково, что у міоматозныхъ больныхъ регулы заканчиваются обычно значительно позже, нежели у здоровыхъ женщинъ.

Но это далеко не общее правило, и если большинство гинекологов и акушеров высказывается въ пользу его, то зато встрѣчаются, наоборотъ, и такіе, которые утверждаютъ, что климактерическій періодъ у нѣкотораго числа міоматозныхъ больныхъ наступаетъ, вопреки правилу, раньше, чѣмъ у здоровыхъ женщинъ. Такъ еще на II съѣздѣ російскихъ акушеровъ и гинекологовъ въ 1907 г. въ Москвѣ приватъ-доцентъ А. М. Новиковъ¹⁾ въ своемъ докладѣ „Къ клиникѣ и хирургіи міомъ“ говоритъ: „Вопреки утвержденію, встрѣчающемуся въ новѣйшихъ нѣмецкихъ работахъ по клиникѣ міомъ, міоматознымъ больнымъ свойствененъ ранній, иногда даже чрезвычайно ранній климаксъ.“ Foerster²⁾ придерживается тоже такого мнѣнія, что во многихъ случаяхъ у больныхъ, страдающихъ міоматознымъ перерожденіемъ матки, климактеріумъ, вопреки общему правилу, укорачивается, и менопауза наступаетъ раньше.

Возьмемъ другой примѣръ. Наиболѣе тяжкій симптомъ при міомахъ матки — это, конечно, обильныя кровопотери въ связи съ мѣсячными. Гинекологамъ, конечно, извѣстно, что этотъ симптомъ, при нѣкоторыхъ формахъ міомъ, напримѣръ при submucos'ныхъ, выступаетъ на сцену очень рѣзко, между тѣмъ какъ при другомъ топографо-анатомическомъ расположеніи міомы, напримѣръ при subseros'ныхъ фиброидахъ, этотъ симптомъ можетъ даже совершенно отсутствовать. Извѣстно далѣе также и то, что для происхожденія этого явленія, т. е. обильной кровопотери, имѣются и совершенно опредѣленныя анатомическія основанія, такъ, напримѣръ, вполне понятно, что если слизистая оболочка матки, вслѣдствіе разростанія полости послѣдней, приобрѣла значи-

тельную поверхность, то потеря крови, вслѣдствіе уже одного этого факта, должна, конечно, возрасти. Точно такъ же понятно, что если развитію міомы въ стѣнкѣ матки сопутствуетъ гиперпластическій эндометритъ, то потеря крови, вслѣдствіе этого процесса, должна сдѣлаться болѣе значительной, чѣмъ при тѣхъ міомахъ, которыя не сопровождаются указаннымъ процессомъ. Сама по себѣ опухоль не служитъ источникомъ кровотеченія, а отдѣляющей кровь поверхностью является слизистая оболочка. Въ виду этого понятно, что гинекологи именно въ ней, въ слизистой, стараются искать причину кровотеченія и, какъ мы показали выше нѣкоторыми примѣрами, такая причина и находится въ такомъ или иномъ состояніи слизистой. Вслѣдствіе этого, въ концѣ концовъ, является заключеніе, что разсматриваемый симптомъ міомы матки — обильныя кровотечения въ связи съ мѣсячными — долженъ являться слѣдствіемъ патолого-анатомическихъ измѣненій въ слизистой матки. Но наблюденія показываютъ, что этотъ фактъ не общее правило. Несомнѣнно, что клиницистамъ приходится наблюдать настоящія меноррагіи, не сопровождающіяся какими-либо измѣненіями въ слизистой, которыя бы объясняли удовлетворительно это явленіе. Въ такихъ случаяхъ причину маточныхъ кровотеченій приходится искать не въ слизистой, не въ ея патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ, а въ чемъ-то другомъ. Нѣкоторые, какъ, напр., Theilhaber¹⁾, центръ тяжести вопроса переносятъ со слизистой оболочки матки на мышечную стѣнку. По его мнѣнію, въ происхожденіи маточныхъ кровотеченій при міомахъ матки большую роль должно играть состояніе тонуса маточной мускулатуры. Въ послѣднее же время появился цѣлый рядъ работъ, глав-

¹⁾ А. М. Новиковъ. Къ клиникѣ и хирургіи міомъ. Труды второго съѣзда Общ. російск. Акушер. и Гинекол.

²⁾ F. Foerster. Fibromyoma uteri im Klimakterium und nach der Menopausa. Neu-jork med. Wochenschr. цитир. по Centralbl. für Gyn. 1906.

¹⁾ Dr. A. Theilhaber und Hollinger. Die Ursachen der Blutungen bei Uterusmyomen. Arch. für Gyn. Bd. 71.

нымъ образомъ Hitschmann'a и Adler'a²⁾, которые полагаютъ, что слизистая вообще не играетъ никакой роли при кровотеченіяхъ, если въ заболѣваніи не участвуютъ яичники.

Такимъ образомъ, подобныя наблюденія говорятъ намъ, что для объясненія кровотеченій, а также и времени наступленія менопаузы, нельзя всецѣло полагаться на состояніе mucos'ы, а приходится думать и о другихъ какихъ-либо основахъ, которыя бы могли пролить больше свѣта въ эту темную область. Въ этомъ отношеніи слѣдовало бы, прежде всего, обратить вниманіе на мѣсто происхожденія и развитія міомы. Такъ какъ міоматозный узелъ первично развивается въ толщѣ маточной мускулатуры, то можно думать, что не только mucosa, но и мышечная стѣнка матки повинна также въ происхожденіи такого серьезнаго симптома міомъ матки, какъ маточныя кровотечения. Нельзя, конечно, отрицать того, что то или иное состояніе тонуса мускулатуры, тотъ или иной характеръ ея сокращеній могутъ играть свою роль, какъ это было сказано Theilhaber'омъ и Hollinger'омъ, но говорить объ этомъ тонусѣ мы можемъ въ видѣ предположеній, а не на основаніи точныхъ объективныхъ данныхъ. Въ этомъ отношеніи, мнѣ кажется, гораздо поучительнѣе могутъ быть систематически проведенныя изслѣдованія, направленныя къ ближайшему изученію патолого-анатомическихъ измѣненій маточной мускулатуры при міомахъ матки. Вотъ почему я съ большою охотой взялъ на себя изученіе патолого-анатомическаго состоянія мышечной стѣнки матки при фиброміомахъ по предложенію моего глубокоуважаемаго учителя, Профессора С. Д. Михнова, и полученные мною результаты сообщаю въ настоящей работѣ, написанной мною въ качествѣ диссертации на степень доктора медицины.

²⁾ Dr. F. Hitschmann und Dr. L. Adler. Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der normalen und entzündeten Uterusmucosa. Die Klinik der Endometritis mit besonderer Berücksichtigung der unregelmässigen Gebärmutterblutungen. Arch. für Gyn. Bd. 100 H. 2.

Глава I.

Литературное разсмотрѣніе вопроса о патолого-анатомическомъ состояніи мышечной стѣнки матки при фиброміомахъ.

Въ виду того, что темою моей работы является вопросъ о патолого-анатомическомъ состояніи мышечной стѣнки матки при фиброміомахъ, я въ своемъ историческомъ очеркѣ и буду держаться въ указанныхъ рамкахъ и изъ всей громадной литературы о міомахъ матки приведу лишь тѣ данныя, которыя касаются непосредственно моей темы. Разсматривая теперь имѣющуюся по данному вопросу литературу, я уже въ самомъ началѣ считаю нужнымъ указать на то чрезвычайно ограниченное количество ея, которое кажется удивительнымъ и непонятнымъ по сравненію съ тѣми многочисленными и разнообразными литературными данными, которыя касаются другихъ вопросовъ, такъ или иначе связанныхъ съ вопросомъ о міомахъ матки. Въ то время какъ по вопросу о происхожденіи міомъ, ихъ ростѣ, развитіи, о злокачественномъ перерожденіи, объ измѣненіи слизистой и т. д., и т. д., написаны цѣлыя груды книгъ, о вліяніи міомъ на мышечную стѣнку матки, объ ея измѣненіи, упоминается вскользь, мимоходомъ. Если мы обратимся къ отдѣльнымъ учебникамъ по гинекологіи, то и тамъ найдемъ то же, что и всюду — о мышечной стѣнкѣ матки или совсѣмъ не упоминается, или говорится два-три слова.

Такъ, напр., проф. Губаревъ¹⁾ въ своемъ учебникѣ по оперативной гинекологіи, перечисляя показанія къ оперативному удаленію фиброміомъ, на первомъ планѣ ставитъ кровотеченія. Причиной кровотеченій онъ считаетъ измѣненія слизистой. При ростѣ опухоли увеличивается полость матки, а вмѣстѣ съ тѣмъ растягивается и слизистая, послѣдствіемъ чего является застой; вены и лимфатическіе сосуды растягиваются. Когда наступаютъ маточныя сокращенія, напр. во время менструаций, съ цѣлью удалить менструальную кровь, получаютъ надрывы и изъ расширенныхъ сосудовъ вытекаетъ кровь. Получаются то большія, то меньшія кровотеченія. Однако такое объясненіе кровотеченій не удовлетворяетъ проф. Губарева, такъ какъ нѣсколько выше онъ говоритъ: „Степень его (кровотеченія) не находится въ зависимости отъ величины опухоли, потому что маленькій, съ лѣсной орѣхъ, фиброзный полипъ можетъ давать обильное кровотеченіе, и огромная опухоль, больше пуда вѣсомъ, можетъ его вовсе не давать. Оно не зависитъ исключительно отъ положенія опухоли въ стѣнкѣ матки, ибо и подслизистая, и интерстиціальныя, и даже подсерозныя фибромы могутъ служить причиной кровотеченій, хотя больше всего этотъ симптомъ проявляется и чаще всего встрѣчается при фибромахъ подслизистыхъ и интерстиціальныхъ, а опухоли подсерозныя только въ рѣдкихъ случаяхъ его даютъ“. Въ виду этого проф. Губаревъ, не удовлетворяясь указаннымъ выше объясненіемъ, добавляетъ, что одновременно съ мѣстнымъ расширеніемъ венъ въ маткѣ и около опухолей, замѣчается иногда слабость всей венозной системы, причину которой онъ предполагаетъ въ врожденной хрупкости ея. Въ этомъ обстоятельствѣ, по его мнѣнію, и слѣдуетъ искать объясненія тому,

¹⁾ Проф. А. П. Губаревъ. Оперативная гинекологія. 1910. Изд. Практ. Мед.

что одинаковыя по величинѣ и положенію опухоли могутъ вызвать неодинаковыя кровотеченія. Такимъ образомъ о мышечной стѣнкѣ сказано коротко, что въ ней развивается венозный застой.

Проф. Küstner¹⁾, указывая на то существенное значеніе, которое имѣютъ міомы и сами по себѣ и по тѣмъ измѣненіямъ, которыя производятъ онѣ въ маткѣ, какъ въ ея мускулатурѣ, такъ и въ слизистой оболочкѣ, говоритъ: „Мускулатура матки при фиброміомахъ гипертрофируется иногда сплошь во всемъ органѣ“.

W. Nagel²⁾ въ своемъ учебникѣ по гинекологіи говоритъ только объ измѣненіи слизистой при міомахъ, о дѣйстви же міомы на стѣнку матки не упоминаетъ совсѣмъ.

Въ учебникѣ проф. Döderlein'a³⁾ и проф. B. Krönig'a ясно говорится о той связи, которая существуетъ между міомами и патологическими измѣненіями въ половой сферѣ женщины, но въ чемъ, именно, выражаются упомянутыя измѣненія, не указано. Вотъ эти слова: „Чѣмъ больше мы стараемся при различныхъ гинекологическихъ заболѣваніяхъ установить связь между жалобами и патологическими измѣненіями въ половой сферѣ, болѣе строгую и болѣе провѣренную скептическимъ умомъ, чѣмъ это дѣлалось до сихъ поръ, и чѣмъ больше мы стараемся исключить сопутствующія измѣненія, не стоящія въ причинной связи съ заболѣваніемъ, тѣмъ больше мы убѣждаемся въ томъ, что міомы являются довольно своеобразными и важными возбудителями заболѣваній.“

¹⁾ Проф. O. Küstner. Краткій учебникъ гинекологіи. СПб. 1910 г.

²⁾ W. Nagel. Гинекологія. 1900 г. СПб.

³⁾ Проф. A. Döderlein и проф. Krönig. Оперативная гинекологія. Перев. съ нѣмецк. 1907 г.

Проф. Славянскій¹⁾ въ своемъ прекрасномъ руководствѣ по частной патологіи и терапіи женскихъ болѣзней говоритъ нѣсколько подробнѣе о состояніи мышечной стѣнки матки при міомахъ. По его мнѣнію, стѣнка матки при указанныхъ заболѣваніяхъ утолщается и гиперплазируется, при чемъ эти измѣненія въ стѣнкахъ совершенно аналогичны гиперплазіямъ, происходящимъ при беременности. Строеніе стѣнки дѣлается рѣзко слоистымъ и мышечные пучки, располагаясь пластинками, соединяются другъ съ другомъ поперечными болѣе тонкими пластинками и вполнѣ напоминаютъ расположеніе мускулатуры беременной матки, какъ это описано было С. Ruge.

Подобный взглядъ высказываетъ проф. Н. Fritsch²⁾ въ своемъ учебникѣ „Женскія болѣзни“. „Мускулатура матки,“ говоритъ онъ, „всегда гипертрофирована, въ особенности при существованіи нѣсколькихъ шаровидныхъ міомъ. Она представляетъ громадное сходство съ ламиллярнымъ строеніемъ беременной матки, при чемъ мѣстами достигаетъ толщины въ 5—6 ст. Въ паренхимѣ проходятъ сосуды такой толщины, что въ ихъ просвѣтъ можно ввести кончикъ пальца.“

Вообще взглядъ относительно того, что міомы матки вызываютъ въ стѣнкѣ послѣдней такія явленія, которыя свойственны беременнымъ маткамъ, высказывается многими авторами. Schröder, Samuel Pozzi, Curti, Fehling³⁾ и другіе, говоря о томъ, что хроническій метритъ, сопровождающійся расширеніемъ матки, выражается разрастаніемъ соединительной ткани, а при ненормальномъ содержимомъ полости матки происходитъ увеличеніе всей матки, подобно тому, какъ это

бываетъ при беременности, относительно submucos'ныхъ и интерстиціальныѣхъ міомъ приходятъ къ подобному же выводу, т. е., что при нихъ матка бываетъ похожа на беременную. При интерстиціальныѣхъ міомахъ расширение бываетъ иногда неправильнымъ и выражается не чистой гипертрофіей всего органа, а диффузнымъ разрастаніемъ соединительной ткани.

Переходя дальше отъ учебниковъ и небольшихъ руководствъ къ такому распространенному и почти исчерпывающему источнику по гинекологіи, какъ руководство Veit'a, мы и тамъ находимъ по интересующему насъ вопросу о вліяніи міомъ на мышечную стѣнку матки почти столько же, сколько сказано въ вышеприведенныхъ учебникахъ. Проф. Meyer¹⁾, который разсматриваетъ въ руководствѣ Veit'a отдѣлъ о міомахъ, говоритъ, что въ виду того, что міома является по отношенію къ маткѣ инороднымъ тѣломъ и при томъ обладающимъ ростомъ, мускулатура матки и поступаетъ съ нимъ, какъ съ таковымъ, т. е. старается его удалить, выдавить. Вслѣдствіе этого работа матки усиливается и оттого мускулатура гипертрофируется и гиперплазируется. При submucos'ныхъ міомахъ наблюдается hypertrophia мышечныхъ клѣтокъ, а при интерстиціальныѣхъ hyperplasia мышечной и соединительной ткани. При громадныхъ міомахъ возможно значительное истонченіе мускулатуры матки. Кровотеченія объясняются отчасти согласно съ Theilhaber'омъ — хроническимъ фибрознымъ метритомъ, отчасти пассивной и активной гипереміей, какъ полагаютъ Pollak²⁾.

Разсматривая работы тѣхъ авторовъ, которые занимались спеціально разработкой вопроса о вліяніи и взаимоотношеніи міомъ на мускулатуру матки, приходится, прежде

¹⁾ Проф. К. Славянскій. Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней. Т. 1.

²⁾ Проф. Н. Fritsch. Женскія болѣзни. Перев. съ нѣмецк.

³⁾ См. Указ. лит.

¹⁾ Meyer. Veit. Handbuch der Gynäkologie.

²⁾ См. Указ. лит.

всего, сослаться на изслѣдованіе Bertelsmann'a ¹⁾. Въ своей работѣ „Относительно микроскопическаго состоянія мезометріума при патологическомъ увеличеніи матки съ обращеніемъ особеннаго вниманія на мускульныя клѣтки“ авторъ, между прочимъ, говоритъ и о тѣхъ увеличеніяхъ матки, которыя происходятъ вслѣдствіе образованія въ нихъ міомъ. Прежде всего онъ говоритъ, что тѣ міомы, которыя расположены субмукозно и отчасти тѣ изъ интерстиціальныхъ, которыя отдѣлены незначительнымъ слоемъ мускулатуры отъ слизистой и выдаются или выпячиваются въ полость матки, вызываютъ во всемъ органѣ такія явленія, которыя свойственны или подобны беременнымъ маткамъ (*welche den in der Schwangerschaft das Organ treffenden Erregungen ähnlich sind*). Отъ этихъ міомъ отличаются по своему дѣйствию на мускулатуру множественныя интерстиціальныя міомы, которыя иной разъ такъ пронизываютъ собой стѣнку матки, что вся она представляется состоящей изъ однихъ міоматозныхъ узловъ, окруженныхъ незначительнымъ слоемъ мышечной субстанции. Тутъ опредѣленнаго правила установить нельзя. Отчасти можно говорить развѣ только объ утолщеніи стѣнки матки, гдѣ она имѣется, и согласоваться съ Labbé, который описываетъ это состояніе какъ „*hypertrophia Fibroso-myomatosa*“, съ тѣмъ только ограниченіемъ, что нужно считать гипертрофію скорѣе міоматозной, а не фиброзо-міоматозной. Заключительный же выводъ изъ его работы такой: „Состояніе міометрія при большинствѣ интерстиціальныхъ міомъ будетъ преимущественно выражаться въ *hyperplasi*и. При медленно же растущемъ содержимомъ въ полости матки,

¹⁾ Bertelsmann. Ueber das mikroskopische Verhalten des Mesometriums bei pathologischen Vergrößerungen des Uterus mit besonderer Berücksichtigung der Muskelzellen. Arch. für Gyn. Bd. 50.

какъ напр., при субмукозныхъ міомахъ и нѣкоторыхъ интерстиціальныхъ, какъ правило, появляется разрыхленіе и разслоеніе ткани и увеличеніе мышечныхъ клѣтокъ, словомъ, то состояніе, которое свойственно беременной маткѣ“.

Другой авторъ — Theilhaber — который занимался разсмотрѣніемъ причинъ, вызывающихъ маточныя кровотеченія при міомахъ, вопреки установившемуся взгляду, признаетъ, что причину слѣдуетъ искать не въ слизистой, а въ мускулатурѣ матки. Въ своей работѣ, написанной совмѣстно съ Hollinger'омъ, „Причины кровотеченій при міомахъ матки“ онъ говоритъ: „Вопреки Wyder'y, Semb'y, Борисову и другимъ, эндометрій кровоточащихъ міоматозныхъ матокъ не отличается существеннымъ образомъ, въ изслѣдованныхъ нами случаяхъ, отъ эндометрія не кровоточащихъ міоматозныхъ матокъ.“ Совершенно другое нужно сказать относительно средняго слоя матки, мускулатуры. Здѣсь находится типичное различіе структуры кровоточащихъ міоматозныхъ матокъ отъ такихъ же не кровоточащихъ. Разница эта рѣзко бросается въ глаза не только микроскопически, но и макроскопически. Уже невооруженнымъ глазомъ можно замѣтить, что, вообще, матки міоматозныя, по сравненію съ нормальными, имѣютъ мускулатуру значительно толще. Въ то время какъ въ нормальныхъ не рожавшихъ маткахъ она равняется 9—11 mm., а у рожавшихъ 14—16 mm. (Vierordt) міоматозныя матки имѣютъ muscularis равную по толщинѣ 20—35 mm. Кромѣ того, и мускулатура матокъ кровоточащихъ и не кровоточащихъ тоже имѣетъ ясныя различія. Не кровоточащія матки имѣютъ мускулатуру преимущественно розовую, бѣдно пронизанную сухожильными соединительно-тканными штрихами, кровоточащія же, наоборотъ, розовую ткань въ незначительномъ количествѣ, но сильно пронизанную многочисленными сухожильными соединительно-тканными полосами. Такое

же различіе замѣчается и при микроскопическомъ изслѣдованіи. Въ некровотокащихъ міоматозныхъ маткахъ обыкновенно наблюдаются большія, красивыя и широкія мускульныя поля, подобныя тѣмъ, которыя свойственны беременнымъ маткамъ. Во всякомъ случаѣ, поля эти значительно больше тѣхъ, какія бываютъ въ нормальныхъ не беременных маткахъ. Окружающая соединительная ткань вокругъ полей тонка и посылаетъ внутрь полей незначительныя нѣжные отростки. Картина кровотокащихъ міоматозныхъ матокъ прямо противоположна только что описанной. Мускульныя поля маленькія и окружены толстымъ слоемъ соединительной ткани, отростки которой внутри мускульныхъ полей многочисленны и толсты. Словомъ, получается картина *Myofibrosis uteri*. Въ другой работѣ, которая написана Theilhaber'омъ совместно съ Meier'омъ¹⁾, — *Die Variationen im Bau des Mesometriums und deren Einfluss auf die Entstehung von Menorrhagien und von Fluor* — были произведены спеціально для изученія строенія мышечной стѣнки матки микроскопическія изслѣдованія 61-го препарата. Среди этихъ препаратовъ попадались и матки съ міомами (№№ 34, 37, 38, 40, 43, 45, 55, 56), стало быть, было болѣе или менѣе изучено состояніе мускулатуры міоматозной матки. Эти изслѣдованія были произведены съ тою цѣлю, чтобы показать, что маточныя кровотеченія бываютъ не только вслѣдствіе заболѣванія слизистой, но и мышечной стѣнки матки. Скорѣе и даже чаще заболѣваніе слизистой является вторичнымъ явленіемъ, именно слѣдствіемъ заболѣванія или измѣненія маточной мускулатуры, ея недостаточности. Недостаточность мускулатуры матки можетъ проис-

ходить отъ разныхъ причинъ и въ конечномъ результатѣ сводится къ разрастанію или *hyperplasia* соединительной ткани и атрофіи мускульной. Среди моментовъ, производящихъ недостаточность маточной мускулатуры или *Insufficiencia uteri*, Theilhaber указываетъ слѣдующіе: 1) *hypoplasia muscularis uteri*; 2) *myodegeneratio uteri* — вслѣдствіе различныхъ дегенеративныхъ процессовъ въ мышечныхъ элементахъ; 3) *myofibrosis uteri*; 4) *adnex-uterus* — матка, мускулатура которой пострадала вслѣдствіе тяжелыхъ острыхъ и подострыхъ заболѣваній въ придаткахъ и тазовой брюшинѣ; 5) *uterus myomatousus* и 6) *subinvolutio uteri*. Такимъ образомъ, изъ этого перечня видно, что и міоматозъ тоже сказывается на мускулатурѣ матки въ томъ смыслѣ, что на этой почвѣ развивается ея недостаточность, которая, въ свою очередь, ведетъ къ одному изъ самыхъ тяжелыхъ явленій при міомахъ — маточнымъ кровотечениямъ. Къ такому заключенію Theilhaber приходитъ не только на основаніи клиническихъ наблюденій, но въ этомъ его убѣждаютъ и тѣ данныя, которыя получены при микроскопическомъ изслѣдованіи міоматозныхъ матокъ. Какъ указано выше, всѣхъ матокъ было изслѣдовано 61, но среди нихъ міоматозныхъ было только 8. Микроскопическія наблюденія были сдѣланы докторомъ Meier'омъ, и вотъ при описаніи микроскопической картины мы дѣйствительно находимъ указанія на атрофію мышечной ткани и гипертрофію соединительной. Въ однихъ препаратахъ процессъ этотъ выраженъ сильнѣе, въ другихъ слабѣе. Иногда онъ сопровождается значительными измѣненіями слизистой, иногда нѣтъ. Кромѣ же атрофіи мускулатуры и гипертрофіи соединительной ткани, почти всегда встрѣчаются довольно существенныя измѣненія въ сосудистыхъ стѣнкахъ. Стѣнки сосудовъ сплошь и рядомъ представляются утолщенными. Утолщеніе стѣнокъ сосудовъ значительно измѣняетъ ихъ просвѣтъ и встрѣчается

¹⁾ A. Theilhaber und Anton Meier. Die Variationen im Bau des Mesometriums und deren Einfluss auf die Entstehung von Menorrhagien und von Fluor. Arch. für. Gyn. Bd. 66.

то въ видѣ отдѣльныхъ узелковъ или бляшекъ, вдающихся въ просвѣтъ сосуда, то въ видѣ сплошнаго разростанія всѣхъ слоевъ сосудистой стѣнки. Чаще всего и больше всего измѣняется media, затѣмъ adventitia и меньше всего intima. Утолщеніе происходитъ главнымъ образомъ насчетъ разростанія соединительной ткани. Такимъ образомъ мы видимъ, что работы Theilhaber'a, предпринятая хотя и съ другой цѣлю, но направленные къ изученію средняго слоя матки вообще и въ частности при міомахъ матки, говорятъ, что въ мускулатурѣ міоматозной матки происходятъ глубокія измѣненія и измѣненія эти касаются не только однихъ мышечныхъ элементовъ, но и соединительной ткани и сосудистой стѣнки — словомъ, всѣхъ составныхъ частей, представляющихъ въ своей совокупности средній слой маточной стѣнки.

Насколько мнѣ извѣстно, вотъ это всѣ тѣ литературныя данныя, которыя удалось мнѣ найти въ доступной для меня литературѣ по интересующему вопросу. Какъ указано выше, работы эти предприняты не специально для изученія мышечной стѣнки матки при міомахъ, но тѣмъ не менѣе довольно близко затрагиваютъ этотъ вопросъ и въ подходящихъ случаяхъ даютъ на него отвѣтъ.

Можно было бы еще привести нѣкоторыя работы, которыя занимаютъ изученіемъ мышечной стѣнки матки въ связи съ маточными кровотечениями, но въ виду того, что онѣ не имѣютъ никакого отношенія къ міомамъ матки, а стало быть, и къ нашей темѣ, достаточно будетъ о нихъ только кратко упомянуть. Сюда относится работа того же Theilhaber'a ¹⁾ „О причинахъ преклимактерическихъ кровотеченій“, Reinicke ²⁾ „О склерозѣ маточныхъ артерій“, Хол-

¹⁾ A. Theilhaber. Die Ursachen der präclimakterischen Blutungen. Arch. für Gyn. Bd. 62.

²⁾ Reinicke. Die Sclerose der Uterinarterien und die klimakterischen Blutungen. Arch. für Gyn. Bd. 53.

могорова, ¹⁾ Dieterich'a ²⁾ Balin'a, ³⁾ Marchesi и т. д. Перечисленные авторы занимаются, главнымъ образомъ, изученіемъ сосудистыхъ стѣнокъ матки при различныхъ состояніяхъ послѣдней, но только не при міомахъ. Если же я указываю на эти работы, то только потому, что тѣ измѣненія, которыя нашли упомянутые авторы въ сосудистыхъ стѣнкахъ, не только похожи на тѣ, которыя были найдены Theilhaber'омъ при міомахъ матки, но и сопровождаются клинически такими же кровотечениями, какія бываютъ при этихъ новообразованіяхъ. Коротко говоря, измѣненія эти выражаются склерозомъ маточныхъ артерій.

Заканчивая свой литературный обзоръ, не могу не повторить того, что уже сказано было въ самомъ началѣ этого отдѣла: работы по интересующему меня вопросу представляются довольно скудными, не производились систематически и только косвенно затрагиваютъ мою тему. Въ виду этого моя попытка восполнить имѣющійся пробѣлъ представляется не повтореніемъ уже доказаннаго и общеизвѣстнаго, а является посильнымъ трудомъ, направленнымъ къ разработкѣ вопроса, мало или почти совсѣмъ не затронутого въ литературѣ о міомахъ матки. Въ этомъ отношеніи моя попытка получаетъ свой *raison d'être*.

□□□□

¹⁾ S. Cholmogoroff Privat-Docent. Sclerose der Uterinarterien. Monatschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. 11.

²⁾ Dieterich. Ueber das Verhalten der Muskulatur des Uterus unter pathologischen Verhältnissen. Prag. Zeitschr. für Heilkunde. Bd. 10. H. 1.

³⁾ Balin. Ueber das Verhalten der Blutgefäße im Uterus nach stattgehabter Geburt. Arch. für Gyn. Bd. 15. H. 2.

Глава II.

Методика изслѣдованія.

Мною была подвергнута изслѣдованію 31 матка. Съ разрѣшенія моего глубокоуважаемаго учителя, профессора С. Д. Михнова, почти всѣ матки были взяты изъ его клиники и представляютъ собою препараты, полученные путемъ операціи у міоматозныхъ больныхъ. Такихъ препаратовъ изслѣдовано 27. Два препарата представляютъ нормальную матку, полученную на вскрытіи — одну въ Судебно-Медицинскомъ Институтѣ проф. А. С. Игнатовскаго, другую въ Патолого-Анатомическомъ Институтѣ проф. В. А. Афанасьева. Кромѣ того изъ Патолого-Анатомическаго Института получены еще двѣ матки, которыя принадлежали женщинамъ старымъ, умершимъ отъ болѣзни, не имѣющей ничего общаго съ міомой. На вскрытіи у обѣихъ женщинъ оказалась міоматозная матка. По мѣрѣ возможности препараты брались вскорѣ послѣ операціи. Вся матка послѣ операціи уплотнялась и сохранялась въ 5% растворѣ формалина. Изъ такихъ уплотненныхъ матокъ мною бралось для изслѣдованія отъ 4—6 кусочковъ. Кусочки вырѣзывались въ разныхъ мѣстахъ приблизительно въ такомъ порядкѣ: 1) представляетъ поперечный разрѣзъ шейки матки посрединѣ между *orificium externum* и *internum*, 2) стѣнку матки со слизистой и мышечной оболочкой, 3) слизистую съ опухолью, 4) опухоль и мышечную стѣнку матки, 5) стѣнку матки вмѣстѣ съ маточнымъ концомъ трубы и 6) или чистую опухоль или дно матки. Такой порядокъ соблюдался по мѣрѣ возможности во всѣхъ изслѣдованныхъ мною маткахъ. Послѣ того какъ кусочки были вырѣзаны изъ матокъ, они нѣкоторое время промывались въ проточной водѣ, около 12 час. Затѣмъ переносились въ 50° спиртъ и далѣе въ спирты воз-

растающей крѣпости до 96°. Послѣ спиртовъ препараты обычнымъ способомъ обрабатывались целлоидиномъ. Что касается окраски, то она производилась двоякимъ способомъ: съ одной стороны срѣзы окрашивались по *van Gieson*'у, съ другой стороны на эластическую ткань. Двойная окраска по *van Gieson*'у даетъ прекрасные результаты, позволяющіе хорошо дифференцировать разныя ткани: гематоксилинъ окрашиваетъ очень элективно ядра клѣтокъ, пикриновая кислота съ кислымъ фуксиномъ окрашиваетъ въ разные цвѣта различныя части препарата, обладающія избирательнымъ свойствомъ къ опредѣленному виду краски. Желтый цвѣтъ пикриновой кислоты принимаютъ красныя кровяныя тѣльца, протоплазма клѣтокъ и мышечная ткань. Соединительная ткань окрашивается въ розово-красный цвѣтъ, особенно если она склерозирована, гіалиново перерожденные части принимаютъ гранатово-красный цвѣтъ съ буроватымъ оттѣнкомъ и т. д. (Проф. М. Никифоровъ¹⁾, *Schmorl*²⁾). Сначала препараты окрашивались гематоксилиномъ *Delafield*'а приблизительно въ теченіе 10 минутъ, затѣмъ хорошо промывались въ водѣ, до 10 час. Изъ воды срѣзы переносились въ пикрофуксинъ минуты на 2—5, затѣмъ ополаскивались въ водѣ и клались на 2—3 мин. въ 96° спиртъ, изъ спирта въ масло и оттуда на предметное стекло, гдѣ и задрѣзывались канадскимъ бальзамомъ.

Окрашиваніе препаратовъ на эластическую ткань производилось преимущественно по *Weigert*'у. Правда, мы испробовали и окраску *orcein*'омъ (*Широкогоровъ*³⁾), и хотя она давала хорошіе результаты, однако по *Weigert*'у, особенно

¹⁾ Проф. М. Никифоровъ. Микроскопическая техника 1909 г.

²⁾ *Schmorl*. Die pathologisch-anatom. Untersuchungsmethoden. 1905 г.

³⁾ И. И. Широкогоровъ. Адреналиновый склерозъ артерій. 1907 г. Диссерт. Юрьевъ.

въ соединеніи съ литіо-карминомъ, препараты получали болѣе красивый видъ и разбираться въ нихъ было лучше. При такомъ способѣ окраски эластическая ткань окрашивалась въ фіолетовый цвѣтъ, а ядра клѣтокъ въ розовый. Срѣзы клались въ краску Weigert'a на $\frac{1}{2}$ —1 ч., изъ краски переносились въ 96° спиртъ отъ 12—24 ч. въ зависимости отъ дифференцірованія, затѣмъ они окрашивались литіо-карминомъ въ теченіе приблизительно 1 ч., далѣе слѣдовалъ 70° спиртъ съ 1% соляной кислоты тоже отъ $\frac{1}{2}$ —1 ч. и, наконецъ, масло и наклейка на стекло.

□□□□

Глава III.

Подробное описаніе всѣхъ микроскопически изслѣдованныхъ нами препаратовъ съ клинической картиной болѣзни.

Приступая къ описанію микроскопической картины препаратовъ изслѣдованныхъ нами матокъ, не лишнимъ будетъ указать на то, что большинство ихъ, а именно 27, получено изъ клиники проф. С. Д. Михнова. Указываю на это потому, что, пользуясь препаратами клиники, мы вмѣстѣ съ тѣмъ могли получить и обстоятельныя анамнестическія данныя и подробное описаніе исторіи болѣзни. Такимъ образомъ, у насъ явилась счастливая возможность сопоставить клиническую картину болѣзни съ патолого-анатомическими измѣненіями въ стѣнкѣ матки и отсюда уже сдѣлать то или иное заключеніе. Между тѣмъ этого нельзя сказать о тѣхъ мат-

кахъ, которыя получены путемъ секціи изъ Патолого-Анатомическаго Института проф. В. А. Афанасьева. Несмотря на это, мы все-таки подвергли микроскопическому изслѣдованію двѣ такихъ матки и при этомъ руководствовались тѣмъ соображеніемъ, что для полноты картины и большей цѣнности работы необходимо изслѣдовать не только тѣ препараты, которые получены путемъ операціи у пациентокъ, страдавшихъ отъ этихъ опухолей, но и такія міоматозныя матки, носительницы которыхъ дожили до почтеннаго возраста и умерли отъ другихъ болѣзней. Такое изслѣдованіе интересно не только потому, что возможно допустить незначительность болѣзненныхъ проявленій опухолей, но и съ точки зрѣнія тѣхъ измѣненій, которыя наступили въ стѣнкѣ матки и въ самой опухоли подъ вліяніемъ менопаузы и возраста больныхъ. Для сравненія патолого-анатомической картины міоматозныхъ матокъ съ нормальными нами изслѣдованы тоже двѣ матки дѣвственницъ, одна — молодой дѣвушки, покончившей жизнь самоубійствомъ, другая — дѣвушки, попавшей подъ поѣздъ.

Предпославъ эти общія замѣчанія, приступаю къ описанію самыхъ препаратовъ и краткой исторіи болѣзни въ такомъ порядкѣ, какъ они поступали къ намъ.

Случай 1.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 152). Х. Ф. поступила въ клинику 25-IX-910 г. Еврейка Виленской губ. 32 лѣтъ, замужняя. Менструировать начала на 15 году. Menses черезъ 3 недѣли по 3—4 дня, безъ болей, въ обильномъ количествѣ. Больная имѣла два выкидыша, первый — на 31 г. на второмъ мѣсяцѣ беременности, второй — за 2 мѣсяца до поступленія въ клинику — тоже на второмъ мѣсяцѣ беременности. Указать какую-либо причину прекращенія беременности выкидышами больная не можетъ. Обычно

выкидыши начинались схваткообразными болями внизу живота безъ всякой видимой причины, затѣмъ слѣдовало обильное кровотеченіе съ большими сгустками крови. Кровотеченіе оба раза продолжалось съ недѣлю съ перерывами, послѣ чего выходило плодное яйцо. Послѣ перваго выкидыша кровотеченіе скоро прекратилось, и больная уже на четвертый день могла встать. Послѣ же втораго выкидыша кровотеченіе продолжалось еще одинъ день и было необыкновенно обильнымъ. Больная на этотъ разъ пролежала въ постели цѣлую недѣлю и чувствовала сильную слабость. По поводу этихъ выкидышей она обратилась къ врачамъ. Врачи опредѣлили у больной міому матки и посоветовали ей сдѣлать операцію, такъ какъ наступленіе новой беременности опять можетъ прерваться выкидышемъ и повести къ очень серьезному кровотеченію.

По внѣшнему виду больная представляется хорошо сложенной, подкожная жировая клѣтчатка развита въ достаточной степени. Органы дыханія и кровообращенія никакихъ отклоненій отъ нормы не представляютъ. Со стороны наружныхъ половыхъ органовъ никакихъ ненормальностей не замѣтно. При внутреннемъ изслѣдованіи влагалищная часть матки найдена смѣщенной кзади. *Orificium externum* въ видѣ кругловатаго отверстія. Непосредственно за влагалищною частью прощупывается довольно плотное тѣло, величиною съ дѣтскую головку, шарообразной формы и являющееся непосредственнымъ продолженіемъ влагалищной части. На поверхности этого тѣла, или опухоли, прощупываются отдѣльные бугорки. Опухоль мало подвижна и безболѣзненна. Верхняя граница ея лежитъ на 3 пальца ниже пупка. Прощупать яичники и трубы изъ-за опухоли не удается. Поставленъ діагнозъ — *Fibromyoma uteri*. 30-IX-910 г. чревосѣченіе — *Amputatio uteri supravaginalis*. Выздоровленіе.

Макроскопически опухоль представляетъ фиброміому матки, выросшую внутрістѣнно, преимущественно въ передне-правой стѣнкѣ матки.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки со слизистой и міоматознымъ узломъ. Опухоль отдѣлена отъ мышечной ткани капсулой. Слизистая находится въ видѣ остатковъ. Мышечная ткань стѣнки испещрена порядочнымъ количествомъ полостей разной величины. Полости эти представляются, въ большинствѣ случаевъ, расширенными сосудами, такъ какъ въ нихъ замѣчается кое-гдѣ сохранившійся эндотелій. Въ мышечной ткани попадаетъ много мѣстъ, гдѣ эластическія волокна расположены не только въ стѣнкахъ сосудовъ, но и внѣ ихъ. Въ послѣднемъ случаѣ эластическая ткань встрѣчается въ видѣ обрывковъ, завитковъ и т. п. Въ ткани опухоли ея не замѣтно.

Препаратъ № 2 — стѣнка матки со слизистой и опухолью. Слизистая не сохранилась. Препаратъ состоитъ, главнымъ образомъ, изъ опухолевой ткани. Опухоль отдѣлена капсулой. Въ опухоли замѣтно преобладаніе соединительно-тканыхъ элементовъ. Мышечная стѣнка матки представляется сильно истонченной и слоистой. Сосуды представляются сильно измѣненными и стѣнки ихъ не представляютъ яснаго строенія изъ трехъ слоевъ. Эластическая ткань распределена въ нихъ безъ всякаго порядка.

Препаратъ № 3 — стѣнка матки со слизистой, мышечной и опухолью. Опухоль отдѣлена капсулой. Между слизистой и міоматознымъ узломъ находится довольно толстый слой мышечной ткани. Слизистая гиперплазирована, по мѣстамъ железы начинаютъ распадаться. Въ мышечной ткани находится порядочное количество сосудовъ разной величины, располагающихся большею частію группами, и съ сильно измѣненными стѣнками. У однихъ изъ нихъ замѣчается утол-

щеніе adventiti'i, у другихъ medi'i. Эластическая ткань расположена неправильно.

Препаратъ № 4 — дно матки со слизистой. Слизистая оболочка показываетъ картину разростанія membranae porgiae. Мышечная ткань представляется разрыхленной, вслѣдствіе присутствія въ ней обильнаго количества полостей и щелей, большею частію очень мелкихъ (см. рис. 1 табл. I). Сосуды особыхъ измѣненій не представляютъ.

Случай 2.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 144). К. П. поступила въ клинику 13-IX-910 г. Латышка Лифляндск. губ. 36 л., замужняя. Менструировать начала на 13 году. Мѣсячныя черезъ 3 недѣли по 6 дней. Иногда передъ мѣсячными бывали боли. Menses всегда обильны. Съ тѣхъ поръ, какъ больная считаетъ себя нездоровой, мѣсячныя стали приходиться черезъ 2 недѣли, но такъ же, какъ и раньше, по 6 дней и въ очень большомъ количествѣ. Послѣднія мѣсячныя продолжались 8 дн. и окончились 7-IX-910. Беременной была одинъ разъ. Разрѣшилась отъ бремени доношеннымъ ребенкомъ на 24 г. Роды и послѣродовой періодъ протекли нормально. Разстройства со стороны половой сферы ясно обнаружались у больной съ іюля мѣс. сего года. Мѣсячныя, которыя до сихъ поръ, несмотря на то, что были обильны и продолжались 6 дней, приходили черезъ 3 недѣли, теперь стали приходиться черезъ 2, а послѣдній разъ даже черезъ недѣлю. Послѣднія же мѣсячныя кромѣ того продолжались 8 дн. Помимо этого, въ послѣднее время, приблизительно недѣли двѣ тому назадъ, у больной появились постоянныя боли внизу живота, преимущественно съ правой стороны, и чувство давленія въ указанномъ мѣстѣ. Это заставило больную поступить въ клинику.

Женщина средняго роста, правильнаго сложенія, хорошаго питанія. Нѣсколько блѣдновата. Разстройство со стороны органовъ дыханія и кровообращенія нѣтъ. Моча чистая, прозрачная, бѣлка не содержитъ. При изслѣдованіи половыхъ органовъ влагалищная часть найдена плотной, цилиндрической формы. Зѣвъ закрытъ, окруженъ небольшими надрывами и рубцами. Матка представляется цѣлкомъ смѣщенной нѣсколько влѣво. Справа отъ матки прощупывается опухоль твердой консистенціи, величиной съ апельсинъ. Опухоль имѣетъ довольно гладкую поверхность, мало чувствительна и мало подвижна. Сверху она хорошо отдѣляется отъ тѣла матки, но съ нижнимъ отдѣломъ правой стороны corporis uteri соединена сравнительно тонкой, плотной ножкой. Поставленъ діагнозъ — Myoma uteri. 23-IX-910 г. чревосѣченіе — Amputatio uteri supravaginalis. Выздоровленіе.

Макроскопически опухоль представляется фиброміомой матки, сидящей на широкомъ основаніи на правой стѣнкѣ матки.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая оболочка особыхъ измѣненій не представляетъ. Мышечная ткань по мѣстамъ состоитъ изъ пучковъ, окруженныхъ тонкимъ и нѣжнымъ слоемъ соединительно-тканыхъ волоконъ, по мѣстамъ же соединительно-тканые пояса, окружающіе мышечные пучки, толсты и отъ нихъ отходятъ по сторонамъ различной толщины отростки. Сосуды особыхъ измѣненій не представляютъ и эластическая ткань въ нихъ распределена правильно.

Препаратъ № 2 — дно матки со слизистой и опухолью. Въ слизистой замѣчается гиперплазія и разростаніе strati porgii. Мышечная ткань съ той стороны, гдѣ находится опухоль, располагается слоисто, мышечные элементы (пучки) идутъ параллельно другъ другу, въ стѣнкѣ же матки, свободной отъ опухоли, этого не замѣтно и мышечные пучки пере-

плетены тутъ другъ съ другомъ въ разныхъ направленіяхъ. Кромѣ того и самыхъ мышечныхъ элементовъ въ стѣнкѣ матки съ опухолью какъ будто меньше, чѣмъ въ стѣнкѣ, свободной отъ опухоли. Что касается сосудовъ, то обѣ *membranae limitantes*, въ большинствѣ случаевъ, сохранены въ нихъ, но эластическія волокна распределены неправильно. Въ нѣкоторыхъ же сосудахъ *membrana limitans externa* и *interna* отсутствуютъ.

Препаратъ № 3 — стѣнка матки со слизистой. Въ стѣнкѣ матки находится незначительный миоматозный узелокъ, замѣтный только подъ микроскопомъ. Слизистая оболочка отсутствуетъ. Въ мышечной стѣнкѣ замѣтно значительное развитіе периваскулярной соединительной ткани. Эластическая ткань въ большемъ количествѣ находится не только въ сосудахъ, но и внѣ ихъ. Распределеніе ея большею частію неправильно.

Относительно самой опухоли, часть которой взята въ препаратъ № 2, нужно отмѣтить, что въ ней попадаютъ мѣста не только гіалинизированные, но и умирающія, видимо, отъ раньше бывшаго пропитыванія ихъ излившеюся кровью.

Случай 3.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 118). А. С. 43 л. поступила въ клинику 27-IX-910 г. Эстонка Лифляндск. губ. Относительно болѣзней дѣтства сказать ничего не можетъ. Менструировать начала съ 14 лѣтъ. Мѣсячныя черезъ 4 недѣли по 3 дня, безъ болей, въ умѣренномъ количествѣ. Замужъ вышла на 24 году. Беременной была 6 разъ. Срочныхъ родовъ 5 и 1 выкидышъ на 7 мѣсяцѣ. Первые роды на 24 году, послѣдніе 5 лѣтъ т. наз. Роды и послѣродовые періоды протекали нормально. Заболѣла два года т. наз. Заболѣваніе проявилось въ томъ, что у больной вдругъ безъ всякой видимой причины, послѣ бывшихъ въ свое время

мѣсячныхъ, черезъ двѣ недѣли появилось довольно сильное кровотеченіе. По истеченіи нѣсколькихъ дней оно прекратилось дня на 2—3, а затѣмъ возобновилось снова. Кровотеченіе это было прекращено вмѣшательствомъ врача, за помощью къ которому она обратилась. Но черезъ двѣ недѣли истеченіе крови появилось снова и съ тѣхъ поръ продолжается все время почти непрерывно. По временамъ крови усиливаются такъ, что выдѣляются даже сгустки, по временамъ же ослабѣваютъ, такъ что замѣчаются на бѣльѣ только небольшія пятна. За это время больная сильно исхудала, ослабѣла, страдаетъ головокруженіемъ. Кромѣ того она со времени заболѣванія испытываетъ грызущія боли внизу живота, а иногда и въ крестцѣ.

Больная правильнаго тѣлосложенія. Кожные покровы блѣдны. Органы дыханія нормальны. Границы сердца въ предѣлахъ нормы. Моча чистая, прозрачная, бѣлка, сахара и другихъ ненормальныхъ составныхъ частей не содержитъ. Со стороны наружныхъ половыхъ органовъ ничего особеннаго не найдено. Изъ матки выдѣляется въ обильномъ количествѣ кровянистая жидкость. Влагалищная часть матки плотная, цилиндрической формы. Края зѣва съ рубцами и надрывами. Матка, величиною съ кулакъ, подвижна, плотна. Поверхность ея бугриста. Со стороны придатковъ никакихъ уклоненій не замѣчается. Поставленъ діагнозъ — *Myoma uteri interstitialis*. 4-IX-910 г. чревосѣченіе — *Exstirpatio uteri*. Выздоровленіе гладкое.

Макроскопически матка представляется увеличенной, въ стѣнкѣ ея сидитъ миома, величиной съ небольшое яблоко, поверхность матки бугриста.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Въ слизистой замѣчается обильное развитіе железъ сильно извитыхъ. Въ просвѣтахъ железъ находится излившаяся туда кровь, вслѣдствіе чего гипертро-

фированныя железы сильно расширены, при чемъ цилиндрической эпителий въ нихъ хорошо сохранился. Въ мышечной стѣнкѣ матки преобладаетъ соединительная ткань. Мышечная же ткань представляется какъ бы разбросанной въ видѣ островковъ среди соединительно-тканной массы. Особенно сильное развитіе соединительной ткани замѣчается вокругъ сосудовъ. Значительное проникновеніе ея замѣтно также и въ слизистой оболочкѣ, въ слоѣ железъ. Что касается сосудовъ, то, кромѣ того, что болѣе крупные изъ нихъ почти всѣ толстостѣнны, нужно отмѣтить громадное развитіе въ стѣнкѣ матки мелкихъ и мельчайшихъ, вслѣдствіе чего и ткань матки представляется какъ бы дырчатой. Эластической ткани въ стѣнкахъ сосудовъ сравнительно много, но располагается она неправильно. Въ сосудахъ она встрѣчается въ значительно меньшемъ количествѣ.

Препаратъ № 2 — стѣнка матки черезъ всю толщю ея безъ міоматознаго узла. Слизистая представляется истонченной. Железъ въ ней не встрѣчается. Въ мускульномъ слоѣ мышечные пучки расположены слоями параллельно слизистой и содержатъ много толстостѣнныхъ сосудовъ. Стѣнки послѣднихъ представляются значительно утолщенными, главнымъ образомъ насчетъ разрастанія въ нихъ соединительно-тканныхъ элементовъ. Эластическая ткань встрѣчается въ большомъ количествѣ не только въ стѣнкахъ сосудовъ, гдѣ ея распредѣленіе бываетъ только изрѣдка правильнымъ, но и внѣ ихъ.

Препаратъ № 3 — стѣнка матки съ опухолью. Слизистая оболочка представляется сильно пронизанной соединительно-тканными волокнами. Железъ въ ней нѣтъ. Мышечная стѣнка матки тонка, бѣдна мышечными элементами, сосудовъ въ ней почти нѣтъ. Ткань опухоли точно такъ же бѣдна сосудами и въ ней преобладаютъ соединительно-тканные

элементы. По мѣстамъ въ ней попадаютъ очаги гіалиново перерожденные.

Препаратъ № 4 — дно матки. Слизистая особыхъ измѣненій не представляетъ. Мышечная ткань по мѣстамъ вытѣсняется соединительной, послѣдняя же, въ свою очередь, подвергается слизистому перерожденію. Среди слизистоперерожденной ткани появляются въ большомъ количествѣ круглоклѣточные элементы. Клѣточные элементы съ круглыми ядрами расположены иногда эксцентрически.

Препаратъ № 5 — труба и стѣнка матки. Въ мышечной стѣнкѣ матки большое количество сосудовъ. Послѣдніе болѣею частію располагаются группами. Артеріи сдавлены, стѣнки ихъ утолщены, иногда почти до полного закрытія просвѣта. Больше всего утолщена media. Иногда замѣтно и значительное утолщеніе intim'ы. Эластическая ткань въ порядочномъ количествѣ, но разбросана неправильно.

Случай 4.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 114). Крестьянка К. Ц. 50 лѣтъ поступила въ клинику 7-IX-910 г. Латышка Лифляндск. губ. Въ дѣтствѣ была здорова. Менструировать начала съ 12 лѣтъ. Первыя мѣсячныя сопровождались сильными болями и были въ небольшомъ количествѣ. Потомъ стали приходить черезъ 4 нед. по 4—5 дней, безъ болей, но тоже въ умеренномъ количествѣ. Замужъ вышла 20 лѣтъ. Была 6 разъ беременной и столько же разъ родила своевременно. Первые роды были на 21 г., послѣдніе 18 лѣтъ т. наз. Послѣродовые періоды почти каждый разъ протекали неблагополучно. Первые роды осложнились образованіемъ нарыва на правой груди, а остальные — принуждена была оставаться въ постели почти около 3-хъ недѣль, вслѣдствіе лихорадки, головной боли и сильныхъ болей въ ниж-

ней части живота. Считаетъ себя больной почти уже два года. Заболѣваніе началось съ того, что пришедшія въ свое время мѣсячныя, вмѣсто обычныхъ 4—5 дней, продолжались 2 недѣли. Въ теченіе этихъ 2-хъ недѣль мѣсячныя то усиливались, то уменьшались, но полного прекращенія не было. Черезъ 2 недѣли крови прекратились, но спустя 13 дн. возобновились снова. Крови выдѣлялось въ этотъ разъ больше, чѣмъ раньше, и кровотеченіе сопровождалось слабыми болями внизу живота. Съ тѣхъ поръ мѣсячныя стали приходить черезъ 2 недѣли, иногда даже черезъ недѣлю, всякій разъ продолжались 7—8 дней и сопровождались небольшими болями внизу живота. Вслѣдствіе обильныхъ и частыхъ кровотеченій больная порядочно похудѣла и испытываетъ постоянную слабость. Помимо этого, больная обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, что она имѣла мѣсячныя во время каждой беременности, появлявшіяся правильно, по обычному для нихъ типу, и продолжавшіяся обычное время, но только въ меньшемъ количествѣ. Такія мѣсячныя продолжались всякій разъ до половины беременности. Послѣ того какъ больная заболѣла, она обращалась амбулаторно два раза къ врачамъ.

При изслѣдованіи въ клиникѣ наружные половые органы у больной найдены нормальными и хорошо развитыми. Слизистая влагалища блѣдна. Изъ матки выдѣляется въ небольшомъ количествѣ кровь. Шейка матки плотная. Зѣвъ закрытъ. Матка лежитъ въ *retroversio*, увеличена, твердой консистенціи, обычной формы. По мѣстамъ въ тѣлѣ матки прощупываются отдѣльные небольшіе выступы или бугры. Матка при ощупываніи довольно чувствительна. Подвижность сохранена. Со стороны придатковъ какихъ-либо особенностей не найдено. Съ 2—IX—910 г. по 24—IX—910 г., т. е. до дня операціи, все время небольшое кровотеченіе и порядочныя боли внизу

живота. Поставленъ діагнозъ — *Myoma uteri*. 24—IX—910 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ операція — *Exstirpatio uteri per vaginam*. Гладкое выздоровленіе.

Макроскопически экстирпированная матка представляется сохранившей обычную грушевидную форму, порядочно увеличенной. На передней стѣнкѣ ея, ближе къ дну матки, находится фиброзный узелъ, величиной съ небольшой грецкій орѣхъ, болѣе же мелкіе пронизываютъ дно матки въ большемъ количествѣ. Стѣнки матки представляются чрезвычайно плотными.

Микроскопическая картина. Препараты № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Въ слизистой замѣчается гипертрофія железъ. Многія железы превращены въ кисты. Мышечная стѣнка матки представляется сильно склерозированной, въ ней преобладаетъ соединительная ткань, мышечныхъ же элементовъ мало. Сильнымъ измѣненіямъ подвергнуты кровеносные сосуды. Всѣ они представляются утолщенными, при чемъ это утолщеніе происходитъ, главнымъ образомъ, вслѣдствіе разрастанія *mediae*. Въ разросшейся *media* часто встрѣчаются соединительно-тканныя волокна, расположенныя то кольцеобразно посрединѣ средней оболочки, то въ видѣ кучекъ или узелковъ. Просвѣтъ сосудовъ иногда настолько суженъ, что получается полное его закрытіе.

Препараты № 2 — стѣнка матки со слизистой безъ опухоли. Слизистая гипертрофирована. Железы увеличены и имѣютъ штопорообразный видъ. Мышечный слой, ближе къ слизистой, порядочно пронизанъ соединительно-тканными толстыми тяжами, въ виду этого мышечныя поля представляются небольшими и окруженными толстыми соединительно-тканными кругами. Подальше отъ слизистой и ближе къ серозной оболочкѣ соединительной ткани меньше и она нѣжнѣе, поэтому мышечныя поля здѣсь представляются довольно

большими, по мѣстамъ же наблюдается даже нѣкоторое разрыхленіе ткани. Сосуды, особенно вены и капилляры, сильно расширены. Въ нѣкоторыхъ же мѣстахъ наблюдаются даже экставазаты въ ткань. Расположеніе эластической ткани въ сосудахъ болѣе или менѣе правильное.

Препаратъ № 3 — стѣнка матки со слизистой и опухолью. Опухоль отдѣлена капсулой. Ткань опухоли съ преобладаніемъ соединительной ткани. Слизистая гипертрофирована и гиперплазирована. Железы имѣютъ сильно извитой характеръ. Между слизистой и опухолью находится средней толщины слой мышечной ткани. Въ ней тоже замѣчается много толстыхъ соединительно-тканыхъ волоконъ. Сосудовъ мало. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ замѣтно утолщеніе *membranae limitantis internae*.

Препаратъ № 4 — стѣнка матки съ трубой. Мышечная ткань представляется фиброзно перерожденной. Только по сосѣдству съ серозной оболочкой ткань является рыхлой и содержитъ много расширенныхъ венъ и капилляровъ. Эластическая ткань находится не только въ сосудахъ, но въ порядочномъ количествѣ и вблизи серозной оболочки.

Препаратъ № 5 — дно матки со слизистой и миоматозными узлами. Здѣсь также наблюдается много соединительной ткани. Послѣдняя въ нѣкоторыхъ мѣстахъ подвергается гиалинизации. Обильное ея развитіе замѣчается въ *adventitia* сосудовъ. Вены широки. Артеріи съ суженнымъ просвѣтомъ. Эластическая ткань особенностей не представляетъ.

Случай 5.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 103). Ю. Л. поступила въ клинику 12—VI—910 г. Крестьянка. Латышка Лифл. губ. 36 лѣтъ. Дѣвица. Въ дѣтствѣ была здорова. Менструировать начала на 18 г. *Menses* черезъ 3 недѣли

по 3 дня, безъ болей, въ среднемъ количествѣ. Беременной была два раза. Роды и послѣродовые періоды протекали нормально. Первые роды на 21 г., въ срокъ, послѣдніе 11 л. т. наз., тоже срочные. Начало своей болѣзни больная относитъ къ 16-му марта 1907 года. Въ этотъ день, какъ-то во время работы, ей пришлось перевернуть возъ съ сѣномъ. Вслѣдствіе такого непомѣрнаго усилія у нея сразу же появилась сильная боль въ животѣ и открылось сильное кровотеченіе изъ половыхъ органовъ. Больная настолько ослабѣла, что впала въ полубморочное состояніе. Приглашенный врачъ остановилъ кровотеченіе тампонаціей влагалища и уложилъ больную въ постель. Черезъ 4 дня больная встала, но одновременно съ этимъ у нея снова появилось кровотеченіе. Такъ продолжалось почти три недѣли. Только послѣ вторичнаго обращенія къ врачу кровотеченіе значительно уменьшилось, но совсѣмъ не прекратилось. Съ этихъ поръ у больной почти постоянно имѣются выдѣленія крови изъ половыхъ органовъ и боли внизу живота. По временамъ кровотеченіе усиливается и кровь выдѣляется даже сгустками, по временамъ же уменьшается, но совершенно никогда не прекращается. За три недѣли до поступленія въ клинику у больной появилось вторично сильное кровотеченіе и боли почти такого же характера, какъ и въ началѣ заболѣванія, даже сильнѣе. Такое положеніе дѣлъ заставило больную поступить въ клинику.

При изслѣдованіи брюшной полости черезъ наружные покровы въ послѣдней прошупывается плотная опухоль, величиною съ дѣтскую головку и съ гладкой поверхностью. Опухоль мало подвижна. При изслѣдованіи *per vaginam* оказывается, что опухоль находится въ тѣсной связи съ маткой, такъ что прошупать матку отдѣльно отъ опухоли не представляется возможнымъ. При ощупываніи сильной болѣзненности нѣтъ. Зондъ входитъ въ полость матки на 10^{1/2}

сант. Изъ матки выдѣляется въ небольшомъ количествѣ кровь. Шейка матки плотная, имѣетъ съ правой стороны разрывъ. Слизистая влагалища блѣдна. Поставленъ діагнозъ — *Myoma uteri*. Операция 21—IX—910 г. Чревосѣчение — *Amputatio uteri supravaginalis*. Послѣоперационный періодъ протекъ гладко и больная выписалась изъ клиники здоровой.

Макроскопически опухоль является міомой матки, величиной съ дѣтскую головку, развившейся межуточно.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая оболочка почти сплошь некротизирована. Подъ некротическимъ слоемъ имѣется демаркаціонный валъ, не особенно рѣзко выраженный. Въ демаркаціонномъ слоѣ, кромѣ свѣжей грануляціонной инфильтраціи, видно гіалиновое перерожденіе размножившейся соединительной ткани. Въ мало измѣненномъ мышечномъ слоѣ матки кое-гдѣ также замѣчается грануляціонная инфильтрація. Въ толщѣ матки обильное развитіе сосудовъ, главнымъ образомъ венозныхъ, съ малымъ содержаніемъ эластической ткани.

Препаратъ № 2 — стѣнка матки со слизистой, мышечной и міомой. Слизистая представляется атрофированной. Опухоль отдѣлена отъ мышечной ткани матки капсулой. Мышечный слой стѣнки матки сдавленъ, клѣточныхъ элементовъ въ немъ немного. Сосуды вытянуты, строеніе ихъ стѣнокъ неясное, въ нѣкоторыхъ замѣчается узловатое утолщеніе *medi'i*. Опухоль состоитъ изъ гіалиново перерожденной соединительной ткани и гладко-мышечныхъ элементовъ, подвергающихся коагуляціонному некрозу. Эластическихъ волоконъ очень мало, только въ *membrana elastica interna* нѣкоторыхъ артеріальныхъ сосудовъ.

Препаратъ № 3 — задняя стѣнка матки со слизистой безъ опухоли. Слизистая особенностей не представляетъ. Мышечный слой стѣнки матки изобилуетъ соединительной тканью. Толстые

соединительно-тканые пучки идутъ то параллельно другъ другу и дѣлятъ мышечные элементы на рядъ полосъ или лентъ, то распространяются кольцеобразно среди мышечной ткани и образуютъ изъ послѣдней разной величины поля. Особенно же большое развитіе соединительной ткани наблюдается вокругъ сосудовъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ очень хорошо видно распространение соединительно-тканыхъ волоконъ отъ сосудовъ въ близъ лежащую ткань. При этомъ послѣдняя теряетъ свое строеніе и на ея мѣстѣ получается петлистая сътъ соединительно-тканыхъ волоконъ, среди которой только изрѣдка попадаютъ клѣточные элементы. Въ сосудахъ хорошо видны обѣ *membranae limitantes*, однако по мѣстамъ онѣ утолщены.

Препаратъ № 4 — дно со слизистой и міоматознымъ узломъ. Слизистая измѣненій не представляетъ. Мышечная стѣнка матки изобилуетъ массой полостей и щелей. Кромѣ того, бросается въ глаза ея болѣе или менѣе пластинчатое строеніе. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣтно уничтоженіе мышечныхъ элементовъ, тамъ наблюдается какъ бы раствореніе ткани, мышечные элементы пропадаютъ и на мѣстѣ ихъ остается полупрозрачная масса, состоящая изъ обрывковъ ткани и соединительно-тканыхъ волоконъ. Опухоль имѣетъ тѣ же особенности, что и въ препаратъ № 2.

Препаратъ № 5 — труба и стѣнка матки. Мышечная ткань съ обиліемъ полостей. Вены значительно расширены. Вокругъ артерій по мѣстамъ разрастаніе соединительной ткани. Эластическихъ волоконъ немного. Нѣкоторые сосуды, съ сильно измѣненными стѣнками, расширены и гіалинизированы.

Случай 6.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 19). Р. С. еврейка 35 лѣтъ, поступила въ клинику 28—I—911 г., живетъ

въ Виленск. губ. Дѣтство провела въ тяжелыхъ условіяхъ. Болѣла скарлатиной. Менструировать начала на 12 году. Менструаціи черезъ 4 недѣли отъ 3—5 дн. Мѣсячныя не обильны и безъ болей. Беременной ни разу не была. Заболѣла около двухъ лѣтъ т. наз. Со времени заболѣванія мѣсячныя стали болѣе продолжительными, до 7 дней, крови выдѣляется много. Мѣсячныя сопровождаются сильными болями внизу живота. Съ октября мѣсяца 1909 г. больная стала замѣчать внизу живота опухоль. Опухоль постепенно увеличивается. Подвижности ея не замѣтила.

Больная хорошаго питанія и сложенія. Грудныя железы развиты хорошо и упруги. При ощупываніи живота въ нижней его части прощупывается шарообразная плотная опухоль, выходящая изъ таза. Верхній край ея на два поперечныхъ пальца не доходитъ до пупка. Наружные половые органы хорошо развиты. Промежность цѣла. Входъ во влагалище закрытъ. Кольцеобразный нупеп по всей окружности имѣетъ неповрежденное основаніе. Слизистая влагалища розоваго цвѣта. Portio vaginalis прощупывается въ видѣ незначительнаго, еле замѣтнаго бугорка, съ очень маленькимъ кругловатымъ отверстіемъ наружнаго зѣва. Края его ровны, гладки, безъ надрывовъ. Влагалищная часть матки непосредственно переходитъ въ объемистую опухоль мѣстами плотной, мѣстами же мягковато-эластической консистенціи. Опухоль, величиною съ голову ребенка, мало подвижна, занимаетъ почти всю полость таза, однако на стѣнки таза не переходитъ и съ ними тѣснаго соединенія не имѣетъ. Бугристости не замѣчается. Какого-либо тѣла, напоминающаго матку, прощупать не удастся. Точно также нельзя прощупать и придатковъ матки. Поставленъ діагнозъ — Fibromyoma uteri interstitialis. Операция 5—II—911 г. — Exstirpatio uteri per vaginam. Послѣоперационный періодъ протекъ гладко.

Макроскопически препаратъ представляетъ громадную фиброміому матки, величиной съ голову взрослого человѣка, расположенную межуточно и развившуюся, главнымъ образомъ, изъ задней стѣнки матки.

Микроскопическая картина. Препараты № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Въ слизистой расширенныя и кистовидно измѣненныя железы. Мышечный слой сильно пронизанъ разной величины полостями, которыя являются расширенными сосудами. По мѣстамъ попадаютъ довольно толстые и многочисленные соединительно-тканые тяжи. Эластической ткани мало. Артеріальныхъ сосудовъ тоже немного.

Препараты № 2 — стѣнка матки со слизистой, съ опухолью. Со стороны слизистой рѣзкихъ особенностей не замѣтно. Мышечный слой сильно испещренъ полостями. Во многихъ изъ этихъ полостей замѣтенъ эндотелій, выстилающій ихъ. Стѣнки артеріальныхъ сосудовъ настолько утолщены разрастающейся media, что иногда просвѣтъ ихъ совершенно закрывается. Только въ единичныхъ случаяхъ замѣчается и начинающееся расширение артерій. Кромѣ утолщенія mediae, значительно утолщена также adventitia. Вокругъ послѣдней по мѣстамъ образуется цѣлая сѣть соединительно-тканыхъ волоконъ, отъ которыхъ идутъ многочисленные отростки въ близъ лежащую ткань. Эластической ткани сравнительно мало. Опухоль безъ рѣзкихъ границъ переходитъ въ мышечную ткань матки.

Препараты № 3 — стѣнка матки черезъ всю толщу ея. Слизистая оболочка особенностей не представляетъ. Въ мышечномъ слоѣ расширенія капилляровъ и венъ до образованія полостей и щелей. Артеріи съ утолщенными стѣнками. Сильное разрастаніе mediae, вслѣдствіе чего происходитъ значительное суженіе просвѣта сосудовъ. Вокругъ сосудовъ порядочное развитіе соединительной ткани. Въ нѣ-

которыхъ сосудахъ *membrana elastica interna* утолщена иногда болѣе или менѣе равномерно, иногда же неравномерно — въ одномъ мѣстѣ значительное утолщеніе, а въ другомъ почти полное исчезаніе. Эластической ткани немного.

Препаратъ № 4 — труба и стѣнка матки. Мышечная ткань матки пронизана сѣтью плотныхъ соединительно-тканыхъ волоконъ, разбивающихъ мышечные элементы на рядъ небольшихъ полей. Особенно сильное развитіе соединительной ткани наблюдается вокругъ сосудовъ. Сосуды расположены большею частію группами. Многія полости въ мышечной стѣнкѣ матки образованы расширенными капиллярами и венами. Эластическая ткань въ сосудахъ расположена неправильно. Общее количество ея невелико.

Препаратъ № 5 — дно матки. Какъ и въ предыдущихъ препаратахъ, слизистая оболочка особенностей не представляетъ. Въ мышечномъ слоѣ замѣчается разрастаніе соединительной ткани вокругъ сосудовъ, которые расположены группами. Многіе изъ нихъ имѣютъ утолщенные стѣнки, вслѣдствіе чего просвѣтъ сосуда значительно уменьшается. Кромѣ того въ мышечной ткани разбросано большое количество щелей, повидимому расширенныхъ лимфатическихъ пространствъ. Эластическая ткань въ умѣренномъ количествѣ.

Случай 7.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 21). М. В. поступила въ клинику 31-I-911 г. Крестьянка 34 л., латышка Лифляндск. губ. Въ дѣтствѣ была здорова. Менструировать начала на 16 г. *Menses* черезъ 3—4 недѣли по 3—4 дня, въ умѣренномъ количествѣ. Передъ появленіемъ крови незначительныя боли внизу живота. Беременной не была ни разу. Больной считаетъ себя уже въ теченіе 4 лѣтъ. Заболѣла послѣ того, какъ во время работы подняла какую-то тяжесть.

Заболеваніе выразилось въ томъ, что внизу живота появились довольно сильныя боли колющаго характера и отдающія въ крестецъ. Черезъ 3—4 дня боли прекратились. Однако послѣ этого, какъ только больной приходилось производить какую-либо болѣе тяжелую работу, такъ всякій разъ боли появлялись снова. По поводу этихъ болей она неоднократно обращалась къ врачамъ, но облегченія не получала. Около 3-хъ мѣс. т. наз., во время работы, у больной снова появились боли, но онѣ отличались уже большею силой и имѣли тянущій характеръ. Боли эти ощущаются и при ощупываніи живота, но прекращаются, какъ только больная находится въ состояніи покоя. Невозможность работать заставила ее обратиться снова къ врачу, который нашелъ у больной опухоль матки и посоветовалъ ей поступить въ клинику для операціи.

При изслѣдованіи въ клиникѣ наружныя половыя органы найдены нормальными и хорошо развитыми. Промежность цѣла. Влагалищная часть матки конусообразной формы, плотная. Лѣвую сторону наружнаго зѣва занимаетъ слизистый полипъ грибовидной формы, сидящій на широкомъ основаніи. Матка увеличена, величиной съ кулакъ, наклонена кзади. Правая половина ея представляется болѣе выпуклой, шарообразной, мягко-эластической консистенціи. Лѣвая же половина болѣе плоская и плотная. На ней прощупывается очень плотный узелокъ, величиной съ орѣхъ. Придатки съ лѣвой стороны нормальны, справа же прощупать ихъ не удастся. При зондированіи полости матки зондъ направляется нѣсколько влѣво и назадъ и входитъ на глубину 9 сант. Со стороны органовъ пищеваренія наблюдается преимущественно запоръ, который иногда смѣняется поносомъ. Поставленъ діагнозъ — *Myoma uteri interstitialis*. 8-II-911 г. удаленъ полипъ, а 26-II-911 г. ампутирована матка

на высотѣ внутренняго зѣва. Операционный періодъ протекалъ благополучно и больная 20-III-911 г. выписалась изъ клиники здоровой.

Макроскопически препаратъ, полученный путемъ операціи, представляетъ увеличенную матку, стѣнки которой пронизаны массой фиброзныхъ узловъ. Узлы различной величины и сидятъ то ближе къ слизистой поверхности, то къ серозной. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ наружная поверхность матки выпячивается узлами, вслѣдствіе чего матка является бугристой.

Микроскопическая картина. Препараты № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая нормальна. Въ мышечной ткани по мѣстамъ замѣчается обиліе соединительно-тканыхъ тяжей, большею же частію преобладаютъ мышечные элементы. Сосуды особыхъ измѣненій не представляютъ. Эластическая ткань расположена въ сосудахъ правильно. Порядочное количество ея встрѣчается и внѣ сосудовъ.

Препараты № 2 — стѣнка матки съ узломъ. Міоматозная ткань отдѣлена отъ нормальной рыхлой капсулой. Мышечный слой стѣнки матки имѣетъ нѣсколько слоистый видъ. Полоски соединительной ткани нѣжны. Сосудовъ немного. Въ нихъ замѣтно утолщеніе стѣнокъ. Эластической ткани порядочно. Міоматозная ткань состоитъ наполовину изъ мышечныхъ элементовъ, наполовину изъ соединительно-тканыхъ.

Препараты № 3 — стѣнка матки безъ узла. Слизистой нѣтъ. Сильное утолщеніе стѣнокъ артеріальныхъ сосудовъ. Утолщены всѣ три слоя, сильнѣе всего *media*, потомъ *adventitia* и, наконецъ, *intima*. Вслѣдствіе утолщенія стѣнокъ артерій просвѣтъ послѣднихъ сильно суженъ, иногда до полного закрытія. Большое количество эластической ткани. Въ сосудахъ она распределена неправильно.

Препараты № 4 — дно матки съ небольшимъ міоматознымъ узломъ. Слизистая оболочка нѣсколько атрофирована. Железъ много, онѣ очень маленькія. Въ мышечной стѣнкѣ матки соединительной ткани немного, тамъ же, гдѣ ея сравнительно порядочно, замѣчается гіалиновое перерожденіе ея. Сильныя измѣненія претерпѣваютъ сосуды. Они сужены, вслѣдствіе значительнаго утолщенія стѣнокъ. Суженіе иногда доходитъ до полной облитераціи просвѣта (см. рис. 3 табл. I). *Intima* утолщена. Эластическая ткань хорошо сохранена въ артеріяхъ — въ *membrana limitante interna* — въ другихъ же мѣстахъ измѣнилась и представляется то въ видѣ утолщеній, то въ видѣ глыбокъ, обрывковъ и т. д.

Случай 8.

Препараты клиники. (Исторія болѣзни № 40). Л. Л. поступила въ клинику 24-II-911 г. Эстонка 40 л. Лифл. губ., занимается домашнимъ хозяйствомъ. Въ дѣтствѣ перенесла скарлатину. Менструаціи впервые пришли на 16 г. Приходятъ каждый мѣсяцъ, черезъ 3 недѣли, по 3—4 дня, безъ болей и въ небольшомъ количествѣ. 24 лѣтъ вышла замужъ. Два раза родила въ срокъ. Первый разъ на 26 г., второй — 12 л. т. наз. Роды протекали правильно. Считаетъ себя больною уже около 10 л. Первоначально болѣзнь проявилась въ томъ, что однажды у больной, приблизительно черезъ недѣлю послѣ мѣсячныхъ, появились внизу живота боли, преимущественно въ правомъ паху. Съ тѣхъ поръ боли эти стали появляться послѣ каждой менструаціи и продолжаются около недѣли. По временамъ боли, кромѣ живота, ощущаются и въ крестцѣ и отдаютъ въ ноги. При сгибаніи и при лежаніи на правомъ боку боли усиливаются, за ночь онѣ немного утихаютъ, но днемъ и, особенно вечеромъ, возобновляются съ новой силой. Мѣсячныя почти не измѣнили

своего характера. Около 5 лѣтъ т. наз. у больной появились слизистыя жидкія бѣли. Первое время съ ихъ появленіемъ боли какъ будто уменьшились, но затѣмъ приняли прежній характеръ, а въ послѣднее время скорѣе усилились. Когда имѣются боли внизу живота, тогда и мочеиспусканіе становится тоже болѣзненнымъ.

Больная правильнаго сложенія, хорошаго питанія. Никакихъ ненормальностей со стороны органовъ дыханія и кровообращанія нѣтъ. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ. Брюшныя стѣнки упруги, на нихъ имѣются старые рубцы беременности. Болѣзненности никакой при ощупываніи не наблюдается. Ниже пупка прощупывается бугристая, довольно плотная опухоль, которая теряется въ полости таза. Со стороны наружныхъ половых органовъ особенностей нѣтъ. При изслѣдованіи матки *per vaginam* шейка представляется довольно плотной, цилиндрической формы. Наружный зѣвъ съ небольшими надрывами. Изъ матки выдѣляются въ небольшомъ количествѣ слизистыя бѣли. Сама матка представляется значительно увеличенной и бугристой. Наибольшій изъ бугровъ прощупывается въ области дна матки спереди и выдается въ полость большого таза. Другой узелъ прощупывается сейчасъ надъ симфизомъ, нѣсколько слѣва, величиной съ небольшой кулакъ. Узлы эти твердой консистенціи, не болѣзненны. Матка подвижна. Справа отъ большого узла и болѣе кзади прощупывается еще одинъ небольшой узелъ болѣе мягкой консистенціи и обладающій нѣкоторой подвижностью. По всей вѣроятности правый яичникъ. Лѣваго же яичника прощупать не удастся. Диагнозъ — *Fibromyoma uteri multiplex*. 16-III-911 г. операція — *Exstirpatio uteri*.

Макроскопически препаратъ представляетъ порядочно увеличенную матку съ многочисленными фиброзными узлами. Наибольшій узелъ лежитъ межуточно въ передней стѣнкѣ

матки. Другой, поменьше, величиной съ картофелину, находится на уровнѣ внутренняго зѣва скорѣе уже на правой сторонѣ матки и лежитъ болѣе субсерозно. Кромѣ этихъ болѣе значительныхъ узловъ, въ маткѣ находится нѣкоторое количество ихъ разной величины въ разныхъ мѣстахъ стѣнки.

Микроскопическая картина. Препараты № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Въ слизистой оболочкѣ железы представляются штопорообразно извитыми, нѣкоторыя изъ нихъ образуютъ кисты порядочной величины. Между железами громадное развитіе соединительной ткани. Въ подэпителиальномъ слоѣ и между железами замѣчается сильная васкуляризація. Вся ткань представляется пронизанной цѣлою стѣтью мелкихъ сосудовъ и капилляровъ. Что касается мышечной ткани, то въ ней, кромѣ обилія соединительно-тканыхъ элементовъ, замѣчается расширеніе лимфатическихъ щелей и венъ. Артеріальные сосуды многочисленны и отличаются толщиною своихъ стѣнокъ. Утолщеніе сосудистыхъ стѣнокъ происходитъ насчетъ разрастанія *mediae*. Среди мышечныхъ элементовъ *mediae* нерѣдко попадаются соединительно-тканныя волокна. Просвѣтъ сосудовъ значительно суженъ. Въ артеріяхъ обильное развитіе эластической ткани безъ всякаго порядка.

Препаратъ № 2 — стѣнка матки со слизистой. Слизистая нѣсколько сдавлена и атрофирована. Въ стѣнкѣ матки находится небольшой миоматозный узелокъ, главная масса котораго состоитъ преимущественно изъ мышечныхъ элементовъ. Миоматозный узелъ переходитъ безъ рѣзкой границы въ окружающую ткань матки. Въ мышечномъ слоѣ матки, который слѣдуетъ непосредственно за слизистой, наблюдается болѣе обильное количество соединительной ткани и она грубѣе, чѣмъ въ остальныхъ отдѣлахъ этого препарата.

Большинство кровеносныхъ сосудовъ содержитъ кровь. Многія вены расширены до образованія крупныхъ полостей. Стѣнки артеріальныхъ сосудовъ значительно утолщены, просвѣтъ артерій въ нѣкоторыхъ случаяхъ еле замѣтенъ. Въ *media*, наряду съ мышечными элементами, замѣтны и соединительно-тканныя волокна. Эластическая ткань въ сосудахъ распределена неправильно.

Препаратъ № 3 — стѣнка матки съ міоматознымъ узломъ и слизистой. Слизистая оболочка съ железами, цилиндрической эпителий которыхъ потерялъ свою форму; хотя расположеніе его сохранилось на обычномъ мѣстѣ, однако кое-гдѣ наблюдаются отклоненія и съ этой стороны. Мышечная стѣнка матки на всемъ своемъ протяженіи пронизана цѣлой сѣтью железъ. Железы встрѣчаются среди мышечныхъ элементовъ вездѣ, онѣ сильно растянуты и имѣютъ истонченныя стѣнки. Наблюдается полная облитерація сосудовъ. Въ стѣнкахъ ихъ замѣтно не только присутствіе соединительной ткани, но и начинающееся гіалиновое перерожденіе ея. Большое количество эластической ткани въ сосудахъ распределяется иногда правильно, иногда безъ всякаго порядка.

Препаратъ № 4 — правая труба матки съ міоматознымъ узломъ. Капсулы нѣтъ и элементы опухоли переходятъ безъ рѣзкой границы въ окружающую ткань и сливаются съ ней. Сосуды толстостѣнны, содержатъ кровь. Просвѣтъ иногда совсѣмъ закрытъ. Соединительно-тканные элементы въ большомъ количествѣ въ *media*. Эластическая ткань разбросана безъ всякаго порядка.

Препаратъ № 5 — лѣвая труба со стѣнкой матки. Среди мышечной ткани, какъ и въ препаратѣ № 3, разбросаны въ большомъ количествѣ железы. Онѣ большею частію растянуты, но цилиндрической эпителий въ большинствѣ ихъ сохранился хорошо. Сосудовъ мало.

Случай 9.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 51). Д. К. поступила въ больницу 8-III-911 г. Литовка, крестьянка 35 л. Въ дѣтствѣ была здорова. Мѣсячныя появились впервые на 17 г., приходятъ черезъ 4 недѣли по 1½—2 дня, безъ болей, въ умеренномъ количествѣ. Замужъ вышла 25 л. Была три раза беременна. Два раза родила въ срокъ и одинъ разъ имѣла выкидышъ. Первые срочные роды были на 27 г., вторая беременность прервалась на второмъ мѣсяцѣ выкидышемъ и третьи роды были 6 л. т. наз. Послѣ послѣднихъ родовъ пролежала въ постели 4 мѣс., вслѣдствіе сильныхъ болей внизу живота. Остальные послѣродовые періоды протекли благополучно. Два года т. наз. больная замѣтила у себя внизу живота двѣ опухоли. Одна изъ опухолей подвижна, другая неподвижна. Обѣ твердой консистенціи и безболѣзненны. Эти опухоли постепенно увеличивались въ объемъ и одна изъ нихъ въ настоящее время, по словамъ больной, достигла величины двухъ сложенныхъ вмѣстѣ кулаковъ. Величина другой опухоли значительно меньше. Съ тѣхъ поръ какъ больная замѣтила у себя опухоль, мѣсячныя стали приходить черезъ 3 недѣли, продолжаются 3 дня и крови выделяется въ значительно большемъ количествѣ. Кромѣ того передъ менструаціями появились боли, которыхъ раньше не было. Мочеиспусканіе болѣзненно, стулъ нормальный.

Больная правильнаго тѣлосложенія. Подкожный жировой слой хорошо развитъ. Со стороны органовъ дыханія и кровообращенія никакихъ ненормальностей не замѣчается. Грудныя железы хорошо развиты. Наружные половые органы нормальны. Шейка матки цилиндрической формы и плотноватой консистенціи. Выдѣленія слизистыя. Матка шарообразной формы съ небольшимъ кругловатымъ выступомъ въ лѣвой части дна ея. По величинѣ она равняется

головкѣ новорожденного. Придатковъ прощупать не удается. Диагнозъ — *Myoma uteri*. Операция 11-III-911 г. — *Amputatio uteri supravaginalis*. Выздоровленіе.

Макроскопически препаратъ представляетъ матку, величиною съ головку новорожденного, мягковатой консистенціи, съ бугристой поверхностью. Въ стѣнкѣ матки интерстиціально находится міоматозная опухоль, выросшая въ задней стѣнкѣ тѣла матки.

Микроскопическая картина. Препараты № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая сильно гиперплазирована, подѣпителіальный слой отечный. Значительное разрастаніе *membranae propriae*, состоящей изъ молодыхъ соединительно-тканыхъ клѣтокъ, овальныхъ и веретенообразныхъ. Въ мышечномъ слое замѣчается присутствіе полостей разной величины, выстланныхъ эндотелиемъ. Артеріальныя стѣнки утолщены. Просвѣтъ сосудовъ суженъ. Эластическая ткань въ безпорядкѣ.

Препараты № 2 — передняя и задняя стѣнка матки, дно, слизистая и опухоль. Слизистая особенностей не представляетъ. Мышечный слой матки ясно имѣетъ пластинчатое строеніе. Мышечные элементы расположены параллельно другъ другу и раздѣляются между собою расширенными лимфатическими щелями. Кое-гдѣ замѣчается раствореніе мышечной ткани. Сосуды большею частію съ измѣненными стѣнками и съ суженнымъ просвѣтомъ. Эластическая ткань въ среднемъ количествѣ. Сама опухоль состоитъ преимущественно изъ мышечныхъ элементовъ и отдѣлена отъ *muscularis* матки рыхлой капсулой. Сосудовъ въ опухоли мало. Измѣненія въ нихъ выражены сильнѣе, чѣмъ въ стѣнкѣ матки, и эластическая ткань расположена въ нихъ неправильно.

Препараты № 3 — чистая опухоль. Она состоитъ главнымъ образомъ изъ мышечной ткани. Сосудовъ довольно

много, всѣ они толстостѣнны и съ значительнымъ суженіемъ просвѣта. Эластическія волокна встрѣчаются въ порядочномъ количествѣ какъ въ стѣнкахъ сосудовъ, такъ и внѣ ихъ. Въ большинствѣ сосудовъ эластическая ткань расположена въ *adventitia*, съ очень небольшимъ количествомъ ея въ другихъ слояхъ, въ *intima* она часто отсутствуетъ. Въ другихъ же сосудахъ наоборотъ, при болѣе или менѣе значительномъ присутствіи во внутренней и средней оболочкѣ, почти совершенно не видно въ *adventitia*. Вообще, расположеніе эластическихъ волоконъ отличается неправильностью.

Препараты № 4 — труба съ міоматозными узлами въ стѣнкѣ матки. Міоматозные узлы отдѣлены отъ мышечной стѣнки капсулой. Мышечная ткань по мѣстамъ представляется исчезающей, на ея мѣстѣ остается сѣтъ тонкихъ волоконъ безъ клѣточныхъ элементовъ. Сосуды мышечной ткани толстостѣнны, но просвѣтъ ихъ широкъ и въ нихъ содержится кровь. По мѣстамъ замѣтно кровоизліяніе въ ткань. Кромѣ того въ стѣнкѣ матки находится много полостей и щелей, даже мышечный слой, окружающій трубу, испещренъ массой небольшихъ щелей. Эластической ткани обильное количество въ опухоли.

Случай 10.

Препараты клиники. (Исторія болѣзни № 50). I. Т. 44 л., поступила въ клинику 8-III-911 г. Эстонка г. Юрьева Лифл. губ., занимается домашнимъ хозяйствомъ. Въ дѣтствѣ была здорова. Менструаціи впервые появились на 14 г. Приходятъ черезъ 4 недѣли. Продолжаются 3—4 дня, безъ болей, въ довольно обильномъ количествѣ. Замужемъ съ 18 л. Была 6 разъ беременной. Столько же разъ родила своевременно. Роды и послѣродовые періоды протекали нормально. Первые роды были на 21 г., послѣдніе 13 л. т. наз. Больной считаетъ себя уже въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ. Около 4 лѣтъ

т. наз. больная стала замѣчать, что мѣсячныя у нея сдѣлались гораздо обильнѣе, чѣмъ раньше. Кровь выдѣлялась довольно большими сгустками въ теченіе 5—6 дней, безъ болей. Такъ продолжалось до лѣта 1910 г. Съ этого времени мѣсячныя стали приходить не такъ правильно, какъ раньше, и сдѣлались еще болѣе продолжительными, до 2-хъ нед., однако кровь выдѣляется въ меньшемъ количествѣ и безъ сгустковъ. Въ послѣдніе мѣсяцы менструаціи шли такъ: въ декабрѣ 1910 г. — двѣ недѣли, въ январѣ 1911 г. — двѣ недѣли, а наступившія въ февралѣ сего года продолжаются уже три недѣли. Никакихъ болей не чувствуетъ. По временамъ бываетъ вздутіе живота. Иногда при ходьбѣ чувствуетъ непріятную тяжесть.

При изслѣдованіи въ клиникѣ наружные половые органы найдены нормально развитыми. На промежности имѣется старый разрывъ. Шейка матки цилиндрической формы, плотная. Наружный зѣвъ съ надрывами и рубцами. Выдѣленія изъ матки кровянистыя въ небольшомъ количествѣ. Сама матка представляется значительно увеличенной, съ голову ребенка, шарообразной формы, съ гладкой поверхностью, мягковатой консистенціи. Придатки нормальны. Подвижность матки сохранена. Диагнозъ — *Muoma uteri*. 15-III-911 г. чревосѣченіе — *Exstirpatio uteri*. Выздоровленіе.

Макроскопически препаратъ представляетъ громадную фиброміому матки, величиной съ дѣтскую головку. Опухоль развилась главнымъ образомъ въ право-задней стѣнкѣ матки интерстиціально, ближе къ дну матки. Сама матка представляется маленькой и является какъ бы придаткомъ опухоли. Кромѣ этого большого узла, въ стѣнкѣ матки находится нѣсколько мелкихъ узловъ.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая оболочка содержитъ

много кистовидно-расширенныхъ железъ. Мышечная ткань изобилуетъ соединительной тканью. Сосудовъ очень много. Всѣ они толстостѣнны. Утолщеніе стѣнокъ замѣчается главнымъ образомъ въ среднемъ слоѣ. *Media* часто содержитъ соединительно-тканнныя волокна. Просвѣтъ сосудовъ часто суженъ до еле замѣтной щели. По мѣстамъ встрѣчается полное закрытіе просвѣта. Эластическая ткань разбросана въ безпорядкѣ.

Препаратъ № 2 — стѣнка матки безъ опухоли и безъ слизистой. Мышечная ткань представляется разрыхленной. По мѣстамъ встрѣчаются очаги, гдѣ она совершенно пропадаетъ и на мѣстѣ ея остается тонко-петлистая сѣть изъ мелкихъ волоконцевъ. Сосуды большею частію представляются расширенными. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ содержится кровь. Вокругъ расширенныхъ сосудовъ въ безпорядкѣ и въ большомъ количествѣ разбросаны эластическія волокна, далеко заходящія въ ткань, окружающую сосуды.

Препаратъ № 3 — стѣнка матки съ опухолью. Препаратъ состоитъ преимущественно изъ опухоли. Ткань опухоли содержитъ какъ мышечные элементы, такъ и соединительно-тканнныя. Расположеніе той и другой очаговое — гнѣздное: попадаютъ мѣста, которыя состоятъ почти изъ одной мышечной ткани, съ другой стороны встрѣчаются очаги съ преобладаніемъ соединительной ткани. Большія скопленія соединительной ткани гіалиново перерождены. Точно также замѣчается гіалиновое перерожденіе соединительной ткани и въ сосудахъ (см. рис. 2 табл. II).

Препаратъ № 4 — труба и стѣнка матки. Мышечный слой стѣнки матки разрыхленъ и по мѣстамъ представляетъ такую же картину, какъ и въ препаратѣ № 2. Эластическая ткань расположена неправильно. Въ нѣкоторыхъ сосудахъ *elastica interna* по мѣстамъ утолщена, а по мѣстамъ истончена.

Случай 11.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 60). А. Т. 30 лѣтъ, поступила въ клинику 24-III-911 г. Эстонка Лифл. губ., дѣвица. Въ дѣтствѣ перенесла корь. Менструировать начала съ 14 лѣтъ. Menses черезъ 3 недѣли по 6—7 дней, обильныя и сопровождающіяся болями, особенно сильными въ первый день. Беременной не была. Заболѣла 7—8 мѣс. т. наз. Однажды во время продолжительныхъ танцевъ у больной внезапно появились сильныя боли внизу живота, преимущественно въ правой сторонѣ. Одновременно съ этимъ больная при ощупываніи живота нашла у себя въ нижней части брюшной полости какой-то довольно плотный кусокъ, величиной съ кулакъ. При дотрагиваніи къ нему боли усиливались. На другой или на третій день послѣ описаннаго у больной появились мѣсячныя. Съ появленіемъ ихъ стало замѣтно припуханіе живота въ нижней части. При дотрагиваніи животъ болѣзненъ. Опухоль держалась 3—4 дня. Постепенно сильныя боли утихли и остались небольшія, которыя чувствуются постоянно. Во время мѣсячныхъ боли усиливаются. Крови стали тоже обильнѣе. Разстройство со стороны мочеиспусканія и пищеварительныхъ органовъ больная не замѣчала.

При изслѣдованіи въ клиникѣ промежность найдена цѣлой, hymen надорванъ, входъ во влагалище закрытъ. Шейка матки конической формы, плотная. Наружный зѣвъ въ видѣ овальнаго отверстія, безъ рубцовъ и надрывовъ. Изъ матки кровянистыя выдѣленія въ незначительномъ количествѣ. Сама матка представляется шаровидной формы, величиной съ дѣтскую головку. Она антефлексирована, подвижна, мягковатой консистенціи, мало чувствительна. Своды свободны. Придатки нормальны. Поставленъ діагнозъ — Fibromyoma uteri interstitialis 2I-V-911 г. операція — Amputatio uteri supravaginalis. Выздоровленіе.

Макроскопически препаратъ представляетъ увеличенную матку, съ головку новорожденнаго, мягкой консистенціи, шарообразной формы, съ гладкой поверхностью. Въ тѣлѣ матки интерстиціально развилась большая фибромиома. Полость матки почти нормальной величины и формы. Опухоль больше сидитъ съ лѣвой стороны матки. Она мягкой консистенціи и по мѣстамъ въ ней замѣтна слизь.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки и маленькій узелъ. Въ слизистой небольшая гиперплазія. Мышечная ткань отдѣлена отъ миоматознаго узла капсулой. Въ мышечной ткани обильное развитіе соединительной вокругъ сосудовъ. Сосуды тонкостѣнны. Опухоль состоитъ главнымъ образомъ изъ мышечной ткани.

Препаратъ № 2 — стѣнка матки передняя и задняя, взятыя по ребру. Слизистая нѣсколько истончена. Мышечная ткань особыхъ измѣненій не представляетъ. Изрѣдка только замѣчается по мѣстамъ мелкоклѣточная инфильтрація. Сосуды тонкостѣнны. Эластическая ткань въ небольшомъ количествѣ. Опухоль отдѣлена рыхлой капсулой.

Препаратъ № 3 — передняя и задняя стѣнка матки, взятыя въ области дна. Слизистая гипертрофирована. Железъ много. Въ мышечной ткани много сосудовъ, главнымъ образомъ мелкихъ. Болѣе крупныя тонкостѣнны. Вены расширены до образованія полостей. Вокругъ сосудовъ порядочное количество соединительной ткани.

Препаратъ № 4 — чистая опухоль. Въ срѣзахъ, окрашенныхъ по Weigert'у, обращаетъ вниманіе присутствіе огромнаго количества клѣтокъ, разбросанныхъ среди элементовъ ткани. Строма всюду съ зернистой протоплазмой, съ немного фіолетовымъ цвѣтомъ и слабо окрашивающимся ядромъ. Опухоль состоитъ главнымъ образомъ изъ мышечной ткани.

Случай 12.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 97). Крестьянка К. Э. поступила въ клинику 7-IX-911 г. Латышка Лифл. губ. 46 л., занимается домашнимъ хозяйствомъ. Въ дѣтствѣ перенесла оспу. Менструировать начала на 18 г. Мѣсячныя черезъ 3—4 нед. по 2—3 дня, безъ болей, въ умѣренномъ количествѣ. Замужъ вышла 20 л. Была беременной два раза. Оба раза родила въ срокъ. Первые роды на 22 г., послѣдніе 20 л. т. наз. Послѣ первыхъ родовъ, приблизительно черезъ недѣлю, у больной появилась съ лѣвой стороны внизу живота довольно сильная болѣзненность. Болѣзненность эта, по временамъ усиливаясь, по временамъ ослабѣвая, сохранилась до сего времени. Около 5 лѣтъ т. наз. больная стала замѣчать, что менструаціи, бывшія до сего времени 2—3 дня въ небольшомъ количествѣ и безъ болей, сдѣлались теперь болѣе обильными и продолжаются 6—7 дней. Иногда кровь выдѣляется сгустками и при этомъ имѣются сильныя боли. Боли имѣютъ схваткообразный характеръ. Съ каждымъ разомъ мѣсячныя становятся все болѣе и болѣе обильными, вслѣдствіе чего больная сильно ослабѣла и похудѣла. Появилось головокруженіе. Въ маѣ мѣсяцѣ сего года, послѣ того какъ больная обратилась къ акушеркѣ и послѣдняя сказала, что у нея имѣется внизу живота опухоль, пациентка дѣйствительно прощупала у себя съ лѣвой стороны внизу живота опухоль твердой консистенціи, величиной съ гусиное яйцо. Опухоль подвижная и болѣзненная. При лежаніи на лѣвомъ боку боль усиливается. Съ тѣхъ поръ, какъ опухоль была констатирована, и до поступленія въ клинику она, по словамъ больной, немного увеличилась.

При изслѣдованіи больной въ клиникѣ грудныя железы найдены атрофированными. Брюшныя стѣнки дряблы, кожа

морщиниста и на ней старые рубцы беременности. Внизу живота, справа, замѣтно небольшое выпячиваніе. При пальпаціи въ этой области прощупывается какая-то опухоль, верхняя граница которой на 3 поперечныхъ пальца не доходитъ до уровня пупка. Опухоль кругловатой формы, нижнимъ своимъ сегментомъ теряется въ полости таза. Консистенція опухоли мѣстами твердая, мѣстами мягкая. Поверхность бугристая. На передней поверхности опухоли, нѣсколько выше лобка, прощупывается небольшой подвижный и твердый узелъ, величиной съ вишню. Наружные половые органы нормальны. Промежность цѣла. Слизистая влагалища блѣдна. Влагалищная часть матки направлена своимъ зѣвомъ въ задній сводъ, имѣетъ цилиндрическую форму, плотная. Зѣвъ слѣва надорванъ. Изъ полости матки довольно обильныя слизистыя выдѣленія. Продолженіемъ влагалищной части матки является бугристая опухоль, съ головку новорожденного. Опухоль эта мѣстами твердой консистенціи, а мѣстами очень мягкой. Она подвижна, но при смѣщеніи ея появляются довольно значительныя боли, особенно слѣва. Опухоль помещается больше въ правой половинѣ таза. Придатки нормальны. Поставленъ діагнозъ — *Myoma uteri*. 13-IX-911 г. операція чревосѣченія — *Amputatio uteri supravaginalis*. Выздоровленіе.

Макроскопически препаратъ представляется увеличенной маткой, въ стѣнкахъ которой находится интерстиціально нѣсколько міоматозныхъ узловъ. Главный узелъ расположенъ преимущественно въ шейкѣ матки.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая сильно измѣнена. Железы представляются лежащими среди волоконъ соединительной ткани. Нѣкоторыя изъ нихъ образовали кисты со слизистымъ содержимымъ, другія же превращены въ полости,

о железистомъ происхожденіи которыхъ говоритъ кое-гдѣ сохранившійся въ нихъ эпителиальный слой. Мышечный слой изобилуетъ соединительной тканью. Сосуды въ большинствѣ случаевъ сужены, но утолщеніе стѣнокъ мало или почти совсѣмъ не выражено. Распределение эластической ткани неправильное.

Препаратъ № 2 — передняя стѣнка матки безъ опухоли со слизистой. Слизистая въ сильной степени гиперплазирована. Межжелезистый слой по мѣстамъ представляетъ картину разрушенія и распада. Мышечный слой бѣденъ мышечными элементами, но и соединительной ткани тоже не много. Сосуды изрѣдка съ утолщенными стѣнками, въ большинствѣ же случаевъ стѣнки ихъ нормальной толщины. Однако просвѣтъ сосудовъ, по преимуществу, суженъ. Эластическая ткань въ небольшомъ количествѣ, расположена не только въ сосудахъ, но и въ ихъ окружности. Изрѣдка попадаютъ сосуды, *intima* которыхъ по мѣстамъ утолщена.

Препаратъ № 3 — дно матки. Слизистая представляется испещренной массой железя. Мышечная ткань особыхъ измѣненій не представляетъ. Сосудовъ много. Нѣкоторые изъ нихъ имѣютъ просвѣтъ совершенно закрытымъ, другіе же значительно суженнымъ. Располагаются они большею частію группами.

Препаратъ № 4 — стѣнка матки вблизи трубы. Относительно слизистой нужно сказать то же, что и въ предыдущихъ препаратахъ. Въ мышечномъ слоѣ обращаетъ вниманіе сильное измѣненіе стѣнокъ сосудовъ. Артеріи сплошь и рядомъ съ настолько суженнымъ просвѣтомъ, что его едва можно уловить. Стѣнки ихъ значительно утолщены. Вены, наоборотъ, представляются расширенными. Эластическая ткань чрезвычайно обильна. Она находится въ громадномъ

количествѣ среди мышечной ткани въ видѣ волоконца и обрывковъ. Въ сосудахъ ея распределение неправильно.

Препаратъ № 5 — чистая опухоль. Среди элементовъ, состоящихъ наполовину изъ мышечныхъ, а наполовину изъ соединительно-тканыхъ, встрѣчаются участки, гдѣ мышечные элементы подвергаются какъ бы атрофіи. Они уменьшаются въ длину и толщину, образуютъ нитчатые обрывки, которые потомъ подвергаются дальнѣйшему распаденію, образуютъ зернышки и глыбки, окрашивающіяся въ бурый цвѣтъ. Распавшіеся и атрофированные мышечные элементы уступаютъ мѣсто, повидимому, разрастающимся соединительно-тканымъ волокнамъ.

Случай 13.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 99). Е. Г. поступила въ клинику 10-IX-911 г. Шведка, жена врача, 37 л. Въ дѣтствѣ перенесла скарлатину. Менструировать начала на 12 г. Мѣсячныя черезъ 3 нед. по 6 дн., сопровождаются болями. Крови въ обильномъ количествѣ. Замужъ вышла 20 л. Два раза была беременной и дважды родила въ срокъ. Первые роды на 23 г., послѣдніе 9 л. т. наз. Считаетъ себя больной съ первыхъ родовъ, послѣ которыхъ у нея появились боли въ спинѣ и крестцѣ. Съ теченіемъ времени боли стали усиливаться и теперь, кромѣ того, отдаются въ ногахъ. Часто во время ходьбы бываетъ головокруженіе, сердцебиеніе, замираніе сердца и одышка. Мѣсячныя въ послѣднее время стали гораздо обильнѣе, особенно въ первые три дня, такъ что эти дни больная принуждена проводить въ постели. Вышеуказанныя явленія со стороны сердца усиливаются. Мѣсяцъ тому назадъ замѣтила учащеніе мочеиспусканія, но это продолжалось короткое время. Въ общемъ же больная сдѣлалась гораздо раздражительнѣе и часто волнуется по пустякамъ.

Пацієнтка хороша сложена. Границы сердца нормальны, тоны чисты. Грудные железы хорошо развиты, отвислы. Брюшные стѣнки довольно упруги. Подкожный жировой слой обильно развитъ. Въ нижней части живота, посрединѣ его, прощупывается черезъ брюшные покровы шарообразной формы опухоль, твердой консистенціи, мало подвижная и мало чувствительная. Верхняя граница ея не доходитъ на два поперечныхъ пальца до пупка. Наружные половые органы нормально развиты. Промежность цѣла. Слизистая влагалища блѣдно-розоваго цвѣта. Влагалищная часть матки цилиндрической формы, плотная, нѣсколько увеличена. Зѣвъ съ боковыми надрывами, особенно слѣва. Имѣется эрозія. Выдѣленія слизисто-гнойнаго характера въ небольшомъ количествѣ. Матка шарообразной формы значительно увеличена, съ головку новорожденного. Поверхность ея гладкая. Консистенція очень плотная. Своды свободны. Придатки нормальны. Поставленъ діагнозъ — *Myoma uteri interstitialis*. 15-XI-911 г. чревосѣченіе — *Exstirpatio uteri*. Выздоровленіе.

Макроскопически препаратъ представляется значительно увеличенной маткой, твердой консистенціи. Въ тѣлѣ ея находится интерстиціально большой фиброзный узелъ. Кромѣ этого узла въ различныхъ мѣстахъ стѣнки матки находится также внутрестѣнно нѣсколько узелковъ поменьше.

Микроскопическая картина. Preparatъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая оболочка сильно пронизана соединительной тканью. Многія железы образовали кисты порядочной величины и выполнены своимъ содержимымъ. Много мелкихъ сосудовъ. Въ мышечной ткани точно также наблюдается порядочное количество мелкихъ сосудовъ, особенно вблизи слизистой. Соединительная ткань довольно сильно преобладаетъ. Сосуды съ утолщенными стѣнками,

въ нихъ ясно замѣтно разрастаніе соединительной ткани. Эластическая ткань, большею частію, въ сосудахъ расположена правильно, но иногда наблюдаются уклоненія и тутъ.

Preparatъ № 2 — стѣнка матки. Слизистая разрушена. Въ мышечномъ слоѣ особенно сильныя измѣненія претерпѣваютъ сосуды. Стѣнки ихъ сильно утолщены. Въ утолщенной *media* сильное развитіе соединительной ткани. По мѣстамъ даже наблюдается гіалиновое перерожденіе. Нѣкоторые сосуды совершенно закрыты. Эластическая ткань измѣнена. *Membrana elastica interna* иногда исчезаетъ. *Intima* часто утолщена.

Preparatъ № 3 — стѣнка матки съ опухолью и слизистой. Слизистая оболочка атрофирована. Въ мышечномъ слоѣ значительное уменьшеніе мышечныхъ элементовъ. Соединительная ткань гіалинизирована, особенно вблизи сосудовъ. Стѣнки сосудовъ потеряли свое строеніе и отдѣльные слои ихъ неясны. *Elastica interna* исчезла.

Preparatъ № 4 — міоматозный узелъ съ стѣнкой матки. Въ мышечномъ слоѣ матки значительное уменьшеніе мышечныхъ элементовъ. Довольно часто попадаютъ мѣста съ раствореніемъ ткани. Значительное расширение капилляровъ и мелкихъ сосудовъ, наблюдаемыхъ въ порядочномъ количествѣ. Болѣе крупныя артеріи съ сильно утолщенными стѣнками. Въ утолщеніи принимаютъ участіе всѣ три слоя, преимущественно же *media*. Въ *media* громадное развитіе соединительной ткани. Эластическая ткань въ большомъ количествѣ, но распредѣленіе ея неправильно. *Elastica interna* и *externa* утолщены.

Случай 14.

Ex bibl. univ. Dorp.

Preparatъ клиники. (Исторія болѣзни № 130). Ю—нѣ. Еврейка 38 л., жена торговца, поступила въ клинику 20-XI-911 г. Въ дѣтствѣ перенесла корь. Менструировать

начала на 16 г. Крови приходятъ черезъ 4 нед. по 5 дн., въ умѣренномъ количествѣ. Вышла замужъ 19 л. Одинъ разъ была беременной, при чемъ беременность окончилась выкидышемъ на второмъ мѣсяцѣ. Послѣ выкидыша, бывшаго 5 л. т. наз., пролежала въ постели двѣ недѣли. 9 л. т. наз. у больной измѣнился характеръ мѣсячныхъ. Менструаціи стали приходить черезъ 2 нед., а не черезъ 4, и продолжаются 6 дней. Во время мѣсячныхъ появляются сильныя боли внизу живота. Съ теченіемъ времени мѣсячныя очищенія стали все удлиняться и теперь вотъ уже 5 лѣтъ продолжаются по 2 нед., точно также и приходятъ черезъ 2 нед. Появились жидковатые бѣли. Около 3 лѣтъ тому назадъ больная прощупала съ правой стороны внизу живота какое-то плотное, подвижное и безболѣзненное тѣло. Постепенно оно увеличивается. Съ каждымъ годомъ больная все больше и больше слабѣетъ.

При изслѣдованіи въ клиникѣ въ нижней части живота прощупывается бугристая, плотная опухоль, верхняя граница которой находится посрединѣ между пупкомъ и лобкомъ. Наружные половые органы нормально развиты. Промежность цѣла. Слизистая *vaginae* розоваго цвѣта. Влагалищная часть матки довольно плотная, немного отклонена влѣво. Наружный зѣвъ закрытъ, вокругъ него нѣтъ ни рубцовъ, ни надрывовъ. Изъ полости матки слизистыя выдѣленія. Непосредственнымъ продолженіемъ влагалищной части является бугристая опухоль, довольно твердой консистенціи, чуть-чуть подвижная и безболѣзненная. Среди отдѣльных бугровъ или узловъ опухоли большій, величиной приблизительно съ кулакъ, находится справа и низдавливаетъ правый сводъ. Меньшій узелъ расположенъ слѣва. Оба эти узла соединяются между собою приблизительно по средней линіи живота. Отсюда по направленію кзади и вверхъ отходитъ

еще одинъ, средній узелъ. Надъ этимъ узломъ и въ связи съ нимъ прощупывается очень подвижное тѣло, величиною съ гусиное яйцо, съ неглубокой перемычкой посрединѣ. Всѣ эти узлы одинаковой консистенціи. Придатки не прощупываются. Поставленъ діагнозъ — *Fibromyoma uteri multiplex*. 12-XII-911 г. чревосѣченіе — *Amputatio uteri supra-vaginalis*. Выздоровленіе.

Макроскопически препаратъ представляетъ матку съ многочисленными фиброзными узлами. Два большихъ узла развились въ стѣнкѣ матки межуточно и расположены въ широкихъ связкахъ. Два узла поменьше расположены субсерозно. Большой миоматозный узелъ на разрѣзѣ представляется состоящимъ изъ массы отдѣльных узловъ разной величины, отъ куриного яйца до горошины. Узлы эти отдѣлены другъ отъ друга небольшими промежутками, состоящими изъ разрыхленной мышечной стѣнки. Такимъ образомъ стѣнка матки представляется какъ будто нашпигованной миоматозными узлами и являетъ собою довольно причудливую картину. Въ полости матки находится полипъ, который закупорилъ выходъ.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки съ миоматозными узлами. Въ слизистой разрастаніе *membranae porgiae*. Железы вытянуты. Мышечная ткань отдѣлена отъ опухоли капсулой и особыхъ измѣненій не представляетъ. Нѣкоторые сосуды въ ней представляются сильно измѣненными. Стѣнки утолщены, особенно *media*. Просвѣтъ суженъ. Наряду съ измѣненными сосудами встрѣчаются и нормальные. Въ опухоли замѣчается процессъ гиалинизации. Структура соединительной ткани представляется въ видѣ однородной, гомогенной массы, среди которой находятся островки мышечной ткани, въ видѣ небольшихъ включеній.

Препаратъ № 2 — стѣнка матки со слизистой. Слизистая нѣсколько гиперплазирована. Эпителій железъ теряетъ свой цилиндрическій характеръ и подвергается распаду. Мышечная ткань состоитъ изъ мышечныхъ элементовъ, расположенныхъ въ видѣ гнѣздъ или полей разной величины, отдѣленныхъ другъ отъ друга или щелями, или нѣжной соединительной тканью. Изрѣдка попадаются облитерированные сосуды, большею же частію они уклоненій не представляютъ. Эластическая ткань въ небольшомъ количествѣ.

Препаратъ № 3 — дно матки. Мышечная стѣнка содержитъ небольшой міоматозный узелъ. Мышечные пучки или поля рѣзче отдѣлены другъ отъ друга соединительной тканью, чѣмъ въ предыдущемъ препаратѣ. Точно также рѣзче выражены и измѣненія въ сосудахъ. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ *elastica interna* значительно утолщена. Эластической ткани мало.

Препаратъ № 4 — труба и стѣнка матки. Въ мышечной ткани большое количество щелей. Очень много мелкихъ сосудовъ. Большинство сосудовъ наполнено кровью.

Препаратъ № 5 — полипъ, закупорившій выходъ, и стѣнка матки. Полипъ, хотя и тѣсно прилегаетъ къ стѣнкамъ матки, однако не сросенъ съ ними. Со стороны стѣнокъ матки слизистая атрофирована, сдавлена полипомъ, однако имѣется вездѣ. Мышечная стѣнка съ одной стороны атрофирована и заключена между полипомъ и міомой, съ другой стороны содержитъ склерозированные сосуды. Соединительная ткань опухоли гіалинизирована. Эластической ткани мало.

Случай 15.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 132). Эстонка М. 45 лѣтъ поступила въ клинику 24-XI-911 г. Дѣвица, прислуга, живетъ въ Юрьевѣ, Лифл. губ. Въ дѣтствѣ была

здоровая. Менструировать начала на 18 году. Мѣсячныя приходятъ черезъ 3 недѣли по 5—7 дней, первые дни обильны, а затѣмъ поменьше. Беременной не была. Считаетъ себя больной уже около года. Приблизительно годъ т. наз. больная замѣтила, что съ правой стороны внизу живота у нея прощупывается какой-то кусокъ, величиной съ кулакъ, довольно твердый, подвижный и безболѣзненный. Черезъ нѣкоторое время больная замѣтила, что и съ лѣвой стороны появилось такое же тѣло. Болѣзненности нѣтъ, подвижность имѣется. Мѣсячныя сохранили свой прежній характеръ. Никакихъ разстройствъ ни со стороны кишечника, ни со стороны мочеиспусканія не замѣчаетъ. Но въ виду того, что прощупанные больною куски постепенно увеличиваются, пациентка обратилась къ врачу за разъясненіемъ, не беременна ли она. Врачъ беременности не нашелъ, а констатировалъ у нея опухоль матки и посоветовалъ ей сдѣлать операцію.

При поступленіи въ клинику больная была изслѣдована, при чемъ оказалось, что со стороны внутреннихъ органовъ уклоненій у нея не наблюдается. Границы сердца нормальны, тоны чисты. Органы дыханія и пищеваренія уклоненій отъ нормы тоже не представляютъ. Грудныя железы слабо развиты. Брюшныя стѣнки дрябловаты. Въ брюшной полости на уровнѣ пупка и ниже прощупывается опухоль твердой консистенціи, очень подвижная, неболѣзненная, почкообразной формы, величиной съ два кулака взрослого человѣка и съ небольшимъ перехватомъ посрединѣ. Опухоль эта легко сдвигается въ разныя стороны и болѣзненности при этомъ никакой не замѣчается. Наружные половые органы нормальны. Промежность цѣла. Нутенъ надорванъ. Влагалищная часть матки конической формы, нѣсколько смѣщена влево и очень твердой консистенціи. Зѣвъ закрытъ, безъ рубцовъ и над-

рывовъ. Выдѣленія кровянистыя въ небольшомъ количествѣ. Непосредственнымъ продолженіемъ шейки является опухоль, расположенная въ глубинѣ таза, бугристая, твердой консистенціи и неподвижная. Зондъ, введенный въ матку, имѣетъ направленіе назадъ и влѣво и показываетъ 9 сант. Этотъ участокъ опухоли, повидимому тѣло матки, наклоненъ назадъ и нѣсколько влѣво и такъ плотно прилегаетъ къ стѣнкамъ таза, что его совершенно невозможно сдвинуть. Справа же отъ предполагаемаго тѣла матки расположена опухоль, величиной съ апельсинъ, твердая, неболѣзненная и также мало подвижная. Она немного выпячиваетъ правый сводъ. Надъ этой опухолью, сидящей въ тазу, имѣется другая, почкообразной формы, каждый конецъ которой представляетъ собою образованія величиной съ большой кулакъ. Эта опухоль очень подвижна, легко смѣщается въ разныя стороны. Отъ нижней ея части, приблизительно посрединѣ, отходитъ тонкій тяжъ, теряющійся въ глубинѣ таза. Прощупать придатки не удастся. Поставленъ діагнозъ — *Fibromyoma uteri multiplex*. I-XII-911 г. чревосѣченіе — *Amputatio uteri supra-vaginalis*. Выздоровленіе.

Макроскопически опухоль представляется множественной фиброміомой матки. Одинъ большой узелъ сидитъ на длинной ножкѣ субсерозно и выросъ изъ дна матки. Остальные узлы расположены интерстиціально и выросли главнымъ образомъ изъ задней части шейки матки.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая гиперплазирована. Мышечная стѣнка представляется сильно испещренной щелями и полостями. Многія полости достигаютъ порядочной величины и имѣютъ ясно сохранившійся эндотелій. Мышечные элементы разбиты указанными щелями на рядъ параллельныхъ полосъ. Въ другихъ же мѣстахъ какъ мышечные эле-

менты, такъ и разъединяющія ихъ щели идутъ въ разныхъ направленіяхъ безъ всякаго порядка. Сосуды сильно расширены. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ содержится кровь. Эластическая ткань въ незначительномъ количествѣ и особенно стей никакихъ не представляетъ.

Препаратъ № 2 — поперечный разрѣзъ шейки. Разрѣзъ нѣсколько выше предыдущаго, приблизительно на уровнѣ внутренняго зѣва. Слизистая гиперплазирована. Мышечный слой изобилуетъ щелями и полостями, но онѣ расположены больше по окружности препарата. Вены и мелкіе сосуды расширены до образованія полостей. Артеріи средняго калибра, съ неутолщенными стѣнками, по мѣстамъ представляются отдѣленными отъ окружающей ткани круговою щелью и кажутся лежащими какъ бы въ полости. Расположеніе эластической ткани въ сосудахъ въ большинствѣ случаевъ правильно.

Препаратъ № 3 — дно матки. Слизистая гиперплазирована. Мышечная ткань изобилуетъ щелями и полостями. Сосуды сильно набиты кровяными тѣльцами. Стѣнки сосудовъ измѣнены, въ нѣкоторыхъ утолщена *adventitia*, въ другихъ *media*. Утолщеніе *medi*и то равномерное по всей окружности, то неравномерное, въ видѣ бугровъ или выступовъ. Просвѣтъ сосудовъ изрѣдка значительно суженъ, въ большинствѣ же случаевъ онъ достаточно широкъ. *Membrana elastica interna* иногда истончена до полного уничтоженія, иногда утолщена.

Препаратъ № 4 — задняя стѣнка матки. Слизистая гиперплазирована. Со стороны мышечнаго слоя тѣ же измѣненія, что и въ предыдущемъ препаратѣ. Измѣненія въ стѣнкахъ сосудовъ значительнѣе. Въ одномъ изъ нихъ замѣтно утолщеніе въ стѣнкѣ, въ видѣ горошины. Просвѣтъ сосудовъ скорѣе расширенъ, нежели суженъ.

Препаратъ № 5 — передняя стѣнка матки съ міоматознымъ узломъ. Со стороны слизистой гиперплазія, какъ и во всѣхъ предыдущихъ препаратахъ. Мышечная въ видѣ небольшого слоя, съ тѣми же щелями и измѣненіями въ сосудахъ, какъ и вездѣ въ этой маткѣ. Сосудовъ тутъ немного.

Случай 16.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 140). А. Н. эстонка 36 л. поступила въ клинику 7-XII-911 г. Дѣвица. Въ дѣтствѣ болѣла оспой. Менструировать начала на 16 г. Мѣсячныя черезъ 4 нед. по 6—7 дн., безъ болей, въ обильномъ количествѣ. Со времени заболѣванія, приблизительно съ мая мѣсяца сего года, больная стала замѣчать, что мѣсячныя у нея стали приходиться неправильно, черезъ 2—3 нед., и въ значительно большемъ количествѣ, чѣмъ раньше. Болей при этомъ никакихъ не замѣчала. Около этого же времени больная замѣтила у себя въ животѣ опухоль, довольно плотную, подвижную и безболѣзненную. Опухоль эта во время мѣсячныхъ какъ будто становится меньше, но по окончаніи кровей опять увеличивается. До поступленія въ клинику опухоль увеличилась, но очень немного. Имѣются небольшія бѣли.

При поступленіи въ клинику больная была изслѣдована, при чемъ оказалось, что со стороны органовъ дыханія и кровообращенія никакихъ уклоненій отъ нормы не наблюдается. Общее питаніе тѣла нѣсколько ослаблено и подкожный жировой слой развитъ въ умеренномъ количествѣ. Грудныя железы нормально развиты. Брюшныя стѣнки упруги. Въ нижней части живота прощупывается плотная опухоль, продолговатой формы, подвижная и безболѣзненная. Нижняя граница ея теряется въ маломъ тазу, а верхняя на одинъ палецъ не доходитъ до пупка. При ощупываніи этой опу-

холи получается такое ощущеніе, что она какъ будто состоитъ изъ двухъ большихъ отдѣльныхъ узловъ, переходящихъ безъ рѣзкихъ границъ другъ въ друга. Наружные половые органы нормально развиты. Промежность цѣла. Цвѣтъ слизистой влагалища блѣдно-розовый. Portio vaginalis конической формы, плотная, обращена нѣсколько влѣво. Зѣвъ закрытъ и не имѣетъ ни рубцовъ ни надрывовъ. Выдѣленія слизистыя. Шейка непосредственно переходитъ въ опухоль, состоящую изъ двухъ объемистыхъ узловъ. Одинъ изъ нихъ, поменьше, помѣщается въ лѣвой половинѣ таза и нѣсколько сдавливаетъ лѣвый сводъ. Другой, большій, съ дѣтскую головку, расположенъ больше справа и сверху. Консистенція опухоли плотная. Болѣзненности нѣтъ. Подвижность имѣется. Зондъ входитъ въ полость матки на 11 сант. Коегдѣ на поверхности опухоли, замѣчаются мало выдающіеся выступы. Придатки прощупать не удается. Поставленъ діагнозъ—Fibromyoma uteri interstitialis. 16-XII-911 г. чревосѣченіе — Amputatio uteri supravaginalis. Выздоровленіе.

Макроскопически препаратъ представляется фиброміомой матки, развившейся интерстиціально. Опухоль на разрѣзѣ показываетъ удивительную картину внѣдренія фиброзныхъ узловъ въ стѣнку матки. Узлы разной величины, отъ куриного яйца до горошины, сидятъ въ стѣнкѣ матки такъ тѣсно и близко другъ возлѣ друга, какъ камни на мостовой. Промежутки между узлами состоятъ изъ рыхлой ткани неодинаковой толщины.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки съ міоматозными узлами. Слизистая истончена. Железы въ небольшомъ количествѣ, овальной формы и вытянуты параллельно поверхности. Мышечная ткань сдавлена опухолью, сосудовъ мало. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ полное закрытіе просвѣта. Въ опухолевой ткани

встрѣчаются сосуды, иногда наполненные кровью, съ утолщенными стѣнками.

Препаратъ № 2 — стѣнка матки со слизистой и узломъ. Слизистая значительно истончена. Въ одномъ мѣстѣ замѣтно увеличеніе железъ. Цѣлость ихъ довольно хорошо сохранена. Въ мышечной ткани матки замѣчается уменьшеніе количества ядеръ. Въ міоматозномъ узлѣ строеніе изъ отдѣльныхъ клѣтокъ и пластовъ не различается. Ядеръ не видно. Произошло гіалиновоподобное перерожденіе, граничащее съ коагуляціоннымъ некрозомъ. Сосуды въ этомъ мѣстѣ или спались или содержатъ рѣзко измѣненные форменные элементы.

Препаратъ № 3 — стѣнка матки со слизистой и узломъ, съ лѣвой стороны. Слизистая содержитъ много железъ. *Stratum proprium* истонченъ. Мышечная стѣнка со многими телеангіектазіями и флебѣктазіями. Стѣнки нѣкоторыхъ артерій утолщены, особенно *intima*. *Media* мѣстами тонка, мѣстами неравнобѣрна.

Препаратъ № 4 — задняя стѣнка матки съ узломъ. Слизистая сильно истончена. Мышечный слой содержитъ небольшое число клѣточныхъ элементовъ. Сосуды съ измѣненными стѣнками. Особенно сильному измѣненію они подвергаются въ опухоли. Эластическая ткань въ сосудахъ опухоли въ видѣ обрывковъ и зернышекъ.

Препаратъ № 5 — стѣнка матки безъ слизистой съ узлами. Мышечная ткань съ многочисленными телеангіектазіями и флебѣктазіями, сильно наполненными кровью. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣчается уничтоженіе мышечныхъ элементовъ.

Препаратъ № 6 — труба и стѣнка матки. Расширенные и наполненные кровью сосуды какъ стѣнки матки, такъ и опухоли. Сильное обезображиваніе сосудистыхъ стѣнокъ.

Уничтоженіе мышечныхъ элементовъ съ замѣной ихъ рыхлой мелкопетлистой тканью, съ незначительнымъ количествомъ ядеръ въ ней. Неправильное расположеніе эластической ткани.

Случай 17.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 150). А. Л. поступила въ клинику 28-XII-911 г. Русская, 49 лѣтъ, занимается торговлей. Въ дѣтствѣ никакими болѣзнями не болѣла. Менструировать начала на 17 г. Мѣсячныя черезъ 4 нед. по 3—4 дня, съ небольшими болями, въ умѣренномъ количествѣ. Замужъ вышла 18 л. Имѣла двѣ беременности, окончившіяся срочными родами. Первые роды на 20 г., послѣдніе 24 г. т. наз. Роды и послѣродовые періоды протекали благополучно. Лѣтъ 7—8 т. наз. больной въ г. Юрьевѣ въ университетской клиникѣ вырѣзали правую грудь и часть лѣвой вслѣдствіе какой-то опухоли. Настоящая болѣзнь, заставившая больную поступить въ женскую клинику, проявилась впервые 4 мѣс. т. наз. Однажды во время мѣсячныхъ больная прощупала у себя въ нижней части живота какой-то неподвижный кусокъ. Сначала она не обратила на это вниманія, предполагая, что это увеличенная матка вслѣдствіе мѣсячныхъ. Однако кусокъ этотъ послѣ мѣсячныхъ не уменьшился, но, напротивъ, постепенно началъ увеличиваться. Никакихъ разстройствъ онъ больной не причиняетъ. Мѣсячныя въ послѣднее время стали приходить неправильно, черезъ 3—3¹/₂, 4 и 5 нед. Крови выдѣляется очень много и во время мѣсячныхъ появляются сильныя боли, иногда бываетъ головокруженіе.

Больная съ здоровымъ сердцемъ и легкими, имѣетъ хорошо развитый подкожный жировой слой. Правая грудная железа отсутствуетъ, на ея мѣстѣ имѣется длинный линейный рубецъ. На лѣвой железѣ отсутствуетъ сосокъ и на его мѣстѣ находится поперечный рубецъ. Брюш-

няя стѣнки довольно упруги. Въ нижней части живота прощупывается черезъ брюшные покровы опухоль, верхняя граница которой на три пальца не доходитъ до пупка. Опухоль очень плотной консистенціи, величиной съ дѣтскую головку, овальной формы, исходитъ изъ полости малаго таза. Она мало подвижна и при ощупываніи неболѣзненна, поверхность гладкая. Наружные половые органы нормальны. Промежность цѣла. Слизистая влагалища блѣдно-розоваго цвѣта. Влагалищная часть матки смѣщена нѣсколько назадъ и увеличена. Зѣвъ въ видѣ небольшой поперечной щели съ небольшими надрывами и рубцами. Выдѣленія слизистыя, въ небольшомъ количествѣ. Опухоль, начинаясь у шейки матки, выполняетъ собою почти весь тазъ и выходитъ въ брюшную полость, немного не достигая уровня пупка. Новообразование, очевидно, выросло изъ передней стѣнки матки и отгѣснило ее назадъ и влѣво. Поднять опухоль изслѣдующимъ пальцемъ кверху изъ полости таза невозможно. Правый и передній своды низдавлены опухолью. Придатки не прощупываются. Поставленъ діагнозъ — *Fibromyoma uteri interstitialis*. 10-I-912 г. операція — *Amputatio uteri supravaginalis per abdomenem*. Выздоровленіе.

Макроскопически опухоль оказалась фиброміомой матки, расположенной межуточно и интралигаментарно. Кромѣ того, на днѣ матки находится еще одинъ узелъ поменьше, величиной съ грецкій орѣхъ.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая по мѣстамъ пропитана кровью. Железы то извиты, то превратились въ маленькія кисты. Одна изъ нихъ видна макроскопически и достигла величины горошины. Въ мышечномъ слоѣ матки много мелкихъ и болѣе крупныхъ полостей и щелей. Почти всѣ онѣ наполнены кровью.

Препаратъ № 2 — стѣнка матки безъ узла, со слизистой. Слизистая оболочка съ большими кровоизліяніями въ ткань. Въ мышечной оболочкѣ болѣе крупные сосуды представляются съ значительно суженнымъ просвѣтомъ. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ замѣтно узловатое утолщеніе *intim'ы*. *Elastica interna* въ большинствѣ случаевъ отсутствуетъ.

Препаратъ № 3 — стѣнка матки съ узломъ. Слизистая атрофирована. Мышечный слой сильно сдавленъ, расположеніе пластинчатое. Мышечныхъ элементовъ меньше. Соединительная ткань гиалинизирована. Сосудовъ очень мало.

Препаратъ № 4 — поперечный разрѣзъ шейки вблизи внутренняго зѣва. Слизистая оболочка порядочно атрофирована. Мышечные слои расположены параллельными полосами. Уменьшеніе мышечныхъ элементовъ. Сосуды представляются сильно вытянутыми и настолько сдавленными, что стѣнки ихъ почти соприкасаются. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ замѣтно утолщеніе интимы.

Препаратъ № 5 — дно матки со слизистой и узломъ. Въ слизистой замѣчается увеличеніе железъ. Въ мышечной ткани особое вниманіе обращаютъ на себя нѣкоторые сосуды съ сильно измѣненными стѣнками и неправильнымъ распредѣленіемъ въ нихъ эластической ткани. Другихъ особенностей въ ней нѣтъ.

Случай 18.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 12). К. Ш. поступила въ клинику 20-I-912 г. Эстонка 43 л., Лифл. губ., занимается домашнимъ хозяйствомъ. Въ дѣтствѣ перенесла корь. Менструировать начала на 14 г. Мѣсячныя черезъ 4 нед. по 3—4 дн., въ умѣренномъ количествѣ, безъ болей. Дѣвица. Около 3 лѣтъ т. наз. больная стала замѣчать, что у нея въ животѣ появилась какая-то опухоль, которая

постепенно увеличивается. Во время мѣсячныхъ опухоль дѣлается какъ будто больше, а послѣ нихъ уменьшается. Опухоль довольно подвижна, неболѣзненна и не причиняетъ больной никакихъ разстройствъ. Нѣкоторое только безпокойство вызываетъ она у больной своимъ присутствіемъ и постепеннымъ увеличеніемъ. По временамъ появляются скоропреходящіе боли въ крестцѣ. Мочеиспусканіе безболѣзненно, въ послѣднее время стало какъ будто болѣе частымъ.

Больная хорошаго тѣлосложенія. Со стороны органовъ дыханія разстройствъ нѣтъ. Границы сердца нормальны, тоны нѣсколько глуховаты, но чисты. Пищеварительный трактъ въ исправности. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ, осадка не содержится. Грудныя железы развиты удовлетворительно. Брюшныя стѣнки упруги. Болѣзненности при ощупываніи не замѣчается. Въ нижней части живота прощупывается шарообразной формы опухоль твердой консистенціи. Опухоль подвижна, неболѣзненна, величиной съ голову ребенка. Поверхность ея бугриста. Верхняя граница опухоли находится на уровнѣ пупка. Наружные половые органы нормально развиты. Промежность чѣла. Нутенъ съ надрывами. Слизистая влагалища розоваго цвѣта. Влагалищная часть матки конусообразной формы, плотная. Зѣвъ кругловатой формы безъ надрывовъ. При изслѣдованіи матки выясняется, что влагалищная часть ея непосредственно переходитъ въ опухоль, которую можно прощупать черезъ брюшныя покровы, съ такими характерными свойствами, какія были описаны выше. Повидимому, опухоль представляетъ собою увеличенную матку. Придатки не прощупываются. Поставленъ діагнозъ — *Fibromyoma uteri*. 26-I-1912 г. чревосѣченіе. Сдѣлана надвлагалищная ампутація матки. Выздоровленіе.

Макроскопически препаратъ представляетъ маленькую матку, на которой сидитъ большая фиброміома. Матка кажется небольшимъ придаткомъ опухоли. Опухоль развилась на передней части дна матки и выросла въ брюшную полость. На передней стѣнкѣ матки замѣтно большое количество мелкихъ узелковъ, разсѣянныхъ по всей поверхности. Узелки величиной съ булавочную головку. Большой міоматозный узелъ на разрѣзѣ представляется состоящимъ изъ небольшихъ выступающихъ на поверхность разрѣза бугорковъ. Между ними находится мышечная ткань, которая пронизана бѣлыми плотными полосами.

Микроскопическая картина. Препараты № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая оболочка содержитъ громадное количество железъ. *Stratum proprium* по мѣстамъ значительно инфильтрированъ. Въ мышечномъ слоѣ почти всѣ капилляры и мелкіе сосуды наполнены кровью. Артеріи въ большинствѣ сужены. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ просвѣтъ закрытъ почти совершенно. Вокругъ артерій замѣтно неравномѣрное разрастаніе соединительной ткани.

Препараты № 2 — стѣнка матки съ узломъ. Слизистая гиперплазирована. *Stratum proprium* во многихъ мѣстахъ утолщенъ. Мышечная стѣнка сдавлена, расположена параллельными пластами. Сосуды тоже сильно сдавлены, просвѣтъ въ видѣ еле замѣтной щели. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ стѣнка обезображена и представляется порозной. Эластическая ткань расположена безъ всякаго порядка. Въ опухоли по мѣстамъ замѣтно уменьшеніе мышечныхъ элементовъ. Соединительная ткань часто гіалинизирована. Сосуды измѣнены такъ же, какъ и въ стѣнкѣ матки.

Препараты № 3 — стѣнка матки безъ узла, со слизистой. Слизистая гиперплазирована. Мышечная ткань матки

содержитъ сильно измѣненные и наполненные кровью сосуды. Эластической ткани немного и она большею частію расположена неправильно.

Препаратъ № 4 — стѣнка матки и труба. Стѣнка матки содержитъ большія полости, часто содержащія кровь. По мѣстамъ замѣтно уничтоженіе мышечныхъ элементовъ. Эластическая ткань въ нѣкоторыхъ сосудахъ расположена правильно, въ нѣкоторыхъ неправильно.

Препаратъ № 5 — стѣнка матки съ узломъ. Мышечный слой представляетъ такія же измѣненія, какъ и въ предыдущемъ препаратѣ. Распределеніе эластической ткани въ сосудахъ болѣе неправильное. Порядочное количество ея въ мышечномъ слоѣ.

Случай 19.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 19). Т. Л. 48 л. поступила въ клинику въ началѣ февраля 1912 г. Литовка. Дѣвица. Въ дѣтствѣ была здорова. Менструировать начала на 15 г. Мѣсячныя черезъ 2—3 нед. по 7—12 дн., очень обильныя и сопровождаются болями. Около 8 лѣтъ т. наз. мѣсячныя, бывшія у больной обильными и продолжительными съ самаго начала, сдѣлались еще обильнѣе, иногда кровь выдѣляется сгустками. Точно также съ этого времени усилились и боли внизу живота во время мѣсячныхъ. Такія обильныя, болѣзненные и продолжительныя мѣсячныя заставили больную обратиться къ врачу. Врачъ нашелъ у нея опухоль матки. Черезъ годъ послѣ обращенія къ врачу больная могла уже сама прощупать слѣва, въ нижней части живота, эту опухоль. Къ этому времени она достигла величины куриного яйца. За послѣдніе четыре года опухоль достигла порядочныхъ размѣровъ. Она подвижна, но при перемѣщеніи ея больная ощущаетъ острую боль. По временамъ боли въ животѣ бываютъ настолько сильны, что больная почти

теряетъ сознание. Замѣчаетъ исхуданіе, ее часто знобитъ и бросаетъ въ жаръ. Страдаетъ запорами и въ послѣднее время замѣчаетъ, что мочеиспусканіе стало болѣзненнымъ и частымъ.

Больная нѣсколько истощена. Органы дыханія и кровообращенія не представляютъ отклоненій отъ нормы. Грудныя железы развиты удовлетворительно. Брюшныя стѣнки упруги, кожа чиста. При ощупываніи живота въ нижней его части прощупывается плотная, бугристая, неподвижная опухоль, величиной съ головку новорожденного. Наружные половые органы нормальны. Промежность цѣла. Входъ во влагалище закрытъ. Слизистая его блѣдно-розовая. Влагалищная часть матки нѣсколько увеличена. На томъ мѣстѣ, гдѣ сводъ переходитъ на шейку, замѣчается нѣсколько мелкихъ, твердыхъ узелковъ, величиной съ горошину и одинъ изъ нихъ даже съ бобъ. Зѣвъ въ видѣ маленькаго круглаго отверстія безъ надрывовъ и рубцовъ. Выдѣленія слизистыя въ небольшомъ количествѣ. Матка представляетъ собою бугристую, твердую опухоль, величиной съ порядочный кулакъ, почти неподвижную. Наибольшій изъ узловъ расположенъ на верхнемъ полюсѣ опухоли, онъ величиной съ куриное яйцо и очень подвиженъ. Придатки нормальны. Поставленъ діагнозъ — *Fibromyoma uteri multiplex*. 11-II-912 г. операція — *Amputatio uteri supravaginalis*. Выздоровленіе.

Макроскопически препаратъ представляется маткой съ многочисленными миоматозными узлами. Одинъ изъ нихъ расположенъ субмукозно и выполняетъ почти всю полость матки, нѣкоторые лежатъ субсерозно, но большинство находится въ толщѣ матки.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Въ слизистой оболочкѣ большинство железъ расширено. Во многихъ изъ нихъ цилиндрической

эпителий сталъ короткимъ, кубическимъ. Нѣкоторыя растянуты собственнымъ секретомъ. Громадное количество капилляровъ сильно расширенныхъ содержащеюся въ нихъ кровью. По мѣстамъ кровь прямо изливается въ ткань слизистой, заливаєтъ большія пространства ея, прорываетъ эпителиальный покровъ и проникаетъ въ полость. Въ мышечномъ слоѣ матки точно также бросается въ глаза обильное наполненіе кровью капилляровъ, венъ и артерій. Многія вены обращены въ полости разной величины, то наполненные кровью, то пустыя. Стѣнки артеріальныхъ сосудовъ значительно склерозированы. Въ мышечной ткани матки встрѣчаются кровоизліянія непосредственно въ ткань. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ соединительной ткани находится сравнительно много, она подвергается гіалиновому перерожденію. Эластическая ткань въ нѣкоторыхъ сосудахъ расположена въ видѣ нитей, обрывковъ и т. п.

Препаратъ № 2 — передняя стѣнка матки съ узломъ. Въ мышечной ткани, которая расположена пластинчато, параллельными поясами, много вытянутыхъ и сильно наполненныхъ кровью капилляровъ. Болѣе крупныхъ сосудовъ мало. Стѣнки ихъ измѣнены — порозны. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣтно уменьшеніе количества ядеръ. Въ опухоли имѣются мѣста сильно перерожденныя, представляющія сплошную гомогенную массу съ изрѣдка разсѣянными въ ней ядрами клѣтокъ. Эти мѣста почти не воспринимаютъ краски.

Препаратъ № 3 — задняя стѣнка матки безъ узла, со слизистой. Слизистая почти совершенно атрофирована. Ея цилиндрическій эпителий сталъ по мѣстамъ кубическимъ. Мышечный слой располагается преимущественно параллельно слизистой, лентами и поясами. Среди мышечныхъ элементовъ много длинныхъ вытянутыхъ щелей, наполненныхъ кровью. По мѣстамъ соединительная ткань подвергается гіа-

линизации. Въ стѣнкѣ матки міоматозный узелъ незначительной величины и состоящій почти изъ однихъ мышечныхъ элементовъ.

Препаратъ № 4 — стѣнка матки съ узломъ, выросшимъ въ полость. Слизистая атрофирована. Мышечный слой сильно сдавленъ и очень тонокъ. Мышечныхъ элементовъ мало. Сосуды вытянуты и сильно окутаны соединительной тканью. Въ опухоли очаги сильного гіалинового перерожденія. Расположеніе эластической ткани неправильное.

Препаратъ № 5 — дно матки съ узлами. Очень сильное кровоизліяніе въ слизистую. Атрофированная *mucosa* кажется вся залитой кровью. Въ мышечномъ слоѣ по мѣстамъ тоже кровоизліянія. Капилляры расширены находящеюся въ нихъ кровью. Сосуды склерозированы.

Препаратъ № 6 — труба и дно матки. Въ слизистой и мышечной ткани такія же особенности, какъ и въ предыдущемъ препаратѣ. Измѣненія въ сосудахъ выражены рѣзче. Въ *media* разрастаніе соединительной ткани.

Случай 20.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 34). Ю. К. поступила въ клинику 9-III-912 г. Эстонка 56 лѣтъ, прислуга. Въ дѣтствѣ была здорова. Менструировать начала на 14 г. Мѣсячныя черезъ 4 нед. по 7 дней, обильны, болѣзненны. Три года тому назадъ наступила менопауза. Беременной не была. Почти одновременно съ прекращеніемъ мѣсячныхъ больная стала прощупывать у себя въ животѣ какую-то твердую, не болѣзненную опухоль. Опухоль постепенно росла и увеличивалась въ размѣрахъ. Никакихъ разстройствъ она не причиняла и только съ лѣта 1911 г. у больной появились схваткообразныя боли въ крестцѣ, особенно дающія себя чувствовать во время работы. Со стороны мочеиспусканія

и кишечника никакихъ уклоненій не наблюдается. Раньше страдала бѣлями, но съ прекращеніемъ мѣсячныхъ онѣ прекратились.

Общее питаніе тѣла удовлетворительно. Границы сердца нормальны, тоны чисты. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Грудныя железы немного атрофированы. Брюшныя стѣнки упруги. Кожа чиста. Болѣзненности при ощупываніи не замѣчается. Въ нижней части живота прощупывается неправильно шарообразной формы опухоль, очень плотной консистенціи, очень подвижная и неболѣзненная. Верхняя граница этой опухоли на два поперечныхъ пальца не доходитъ до уровня пупка. Опухоль, величиной приблизительно съ головку новорожденного, помѣщается по средней линіи живота. Наружные половые органы нормально развиты. Нупен кольцеобразной формы съ небольшими надрывами по сторонамъ, очень плотный и съ трудомъ пропускаетъ указательный палецъ. Промежность цѣла. Цвѣтъ слизистой влагалища блѣдно-розовый. *Portio vaginalis* цилиндрической формы, плотная. Изъ наружнаго зѣва свисаютъ два небольшихъ слизистыхъ полипа. Довольно длинная шейная часть матки переходитъ непосредственно въ вышеописанную опухоль. Всѣ движенія, сообщаемыя опухоли, соотвѣтственно передаются и влагалищной части матки. Зондировать матку невозможно, такъ какъ узкій *introitus* не позволяетъ ввести зеркало. Своды свободны. Придатки не прощупываются. Поставленъ діагнозъ — *Fibromyoma uteri*. 19-III-912 г. *Amputatio uteri supravaginalis*. Выздоровленіе.

Макроскопически препаратъ представляется небольшой маткой, изъ дна которой выросла громадная субсерозная міома. На стѣнкахъ матки замѣчаются отдѣльные мелкіе фиброзные узелки.

Микроскопическая картина. Препараты № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая содержитъ *Ovula Nabotii*.

Въ *stratum proprium* въ порядочномъ количествѣ попадаютъ мѣста съ мелкоклѣточной инфильтраціей. Кромѣ того изрѣдка встрѣчаются соединительно-тканые элементы. Мышечный слой сильно пронизанъ грубыми, толстыми соединительно-ткаными волокнами. Особенное развитіе ихъ замѣчается въ адвентиціи сосудовъ и въ окружности ихъ. Сосуды сильно склерозированы. Просвѣтъ ихъ суженъ, иногда совершенно облитерированъ.

Препараты № 2 — продольный разрѣзъ черезъ всю толщу стѣнки матки. Слизистая атрофирована. Въ мышечномъ слоѣ обильное развитіе соединительной ткани. Склерозъ сосудовъ. Эластическая ткань въ сосудахъ расположена неправильно. Большое количество ея находится среди мышечныхъ элементовъ стѣнки матки. Располагается она тамъ въ видѣ волоконца, завитковъ, кучекъ, обрывковъ и т. п.

Препараты № 3 — передняя стѣнка матки. Мышечный слой отдѣленъ отъ міоматознаго узла капсулой. Въ мышечной стѣнкѣ матки сосуды и капилляры содержатъ кровь. По мѣстамъ замѣчается уменьшеніе мышечныхъ элементовъ. Обезображиваніе сосудовъ. Въ опухоли гіалинизация соединительной ткани.

Препараты № 4 — передняя стѣнка со слизистой. Атрофія *mucosae*. Склерозъ сосудовъ мышечной ткани и ея самой. По мѣстамъ кровоизліянія. Ткань груба и жестка.

Препараты № 5 — труба и стѣнка матки. Со стороны мышечнаго слоя тѣ же измѣненія, которыя найдены въ предыдущемъ препаратѣ. Замѣтно сильное утолщеніе *intim'ы* въ нѣкоторыхъ сосудахъ. Вообще же склерозъ сосудовъ выраженъ очень рѣзко.

Препаратъ № 6 — задняя стѣнка съ уломъ. Мышечный слой съ большимъ количествомъ соединительной ткани. Сосуды расположены группами. Стѣнки ихъ сильно склерозированы. Эластическая ткань расположена неправильно.

Случай 21.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 40). Б. Ш. поступила въ клинику 3-IV-912 г. Еврейка 52 л., занимается торговлей. Въ дѣтствѣ перенесла корь и скарлатину. Менструировать начала на 15 г. Мѣсячныя черезъ 4 нед. по 7—8 дней. До замужества въ первый день менструаціи замѣчались сильныя боли, въ послѣдующіе же дни болѣе не было. Послѣ замужества мѣсячныя неболѣзненны. Количество крови было всегда очень обильно. Замужъ вышла на 20 г. Имѣла 4 беременности, окончившіяся срочными родами. Первые роды на 21 г., послѣдніе 24 г. т. наз. Кормила грудью сама. Два года т. наз. больная почувствовала боли внизу живота, больше слѣва. Черезъ очень непродолжительное время послѣ этого, она стала замѣчать тамъ же какое-то твердое и подвижное тѣло, величиной съ кулакъ взрослого челоука. Опухоль эта при дотрагиваніи не болѣзненна. Съ появленіемъ ея общее самочувствіе больной значительно ухудшилось: появились головныя боли, задержка стула и болѣзненность въ первый день менструаціи. Мѣсячныя приходили, какъ и раньше, черезъ 4 нед. по 7—8 дней, но стали до того обильны, что больная принуждена въ это время находиться въ постели. Такъ продолжалось 1½ г. За послѣдніе же полгода произошла рѣзкая перемѣна. Опухоль, бывшая до сего времени въ одномъ положеніи, начала быстро увеличиваться въ размѣрахъ, сдѣлалась болѣзненной при дотрагиваніи, появилось кровотеченіе, которое продолжается до сего времени, изрѣдка только бываетъ

перерывъ на 1—2 дня. Кровь выдѣляется жидкая, темно-краснаго цвѣта, въ незначительномъ количествѣ. Мочеиспусканіе сильно участилось, до 20—25 разъ въ сутки.

Общее питаніе тѣла удовлетворительное. Органы дыханія нормальны, тоны чисты. Моча ненормальныхъ составныхъ частей не содержитъ. Грудныя железы атрофированы. Брюшныя стѣнки упруги. На кожѣ живота старые рубцы беременности. Нижняя половина живота выпукла и тамъ прощупывается опухоль шарообразной формы, величиной съ голову взрослого челоука. Опухоль подвижна, мягковато-эластической консистенціи, мало болѣзненна и съ ясно выраженной флюктуаціей. Верхняя граница опухоли находится на 2 пальца выше пупка. Наружныя половыя органы нормально развиты. На промежности имѣется старый разрывъ. Слизистая влагалища блѣдно-розоваго цвѣта. Portio vaginalis цилиндрической формы, плотной консистенціи. Наружный зѣвъ со старыми надрывами и рубцами. Выдѣленія кровянистыя въ небольшомъ количествѣ. Определить матку не удается, но при подталкиваніи влагалищной части кверху эти толчки ясно ощущаются въ опухоли, именно въ той части ея, которая находится справа, непосредственно позади лобка. Зондировать матку не удается, съ одной стороны вслѣдствіе высокаго положенія влагалищной части, а съ другой — вслѣдствіе неподвижности ея, благодаря чему невозможно матку низвести. Придатки не прощупываются. Поставленъ діагнозъ — Myoma uteri. 7-IV-912 г. чревосѣченіе — Amputatio uteri supravaginalis. Выздоровленіе.

Макроскопически препаратъ представляетъ громадную матку, по величинѣ соответствующую 7-ми мѣсячной беременности. Она шарообразной формы, съ гладкой поверхностью, блѣдно-розоваго цвѣта, мягкой эластической конси-

стенці съ ясно выраженной флюктуаціей. При ощупываніи эта мягкая консистенція замѣчается повсюду, за исключеніемъ одного мѣста направо задней поверхности ея, гдѣ имѣется болѣе плотный участокъ, величиной съ куриное яйцо. Справа и сзади замѣчается на препаратѣ маленькій фиброзный узелокъ. На разрѣзѣ эта увеличенная матка представляется громадной опухолью, состоящей изъ массы мелкихъ полостей, наполненныхъ жидкимъ, блѣднымъ и тягучимъ содержимымъ.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая по мѣстамъ атрофирована, по мѣстамъ же замѣчается ея разрастаніе. Мышечный слой изобилуетъ порядочной величины полостями. Сосудовъ мало. Мышечные элементы по мѣстамъ уменьшены. Въ нѣкоторыхъ сосудахъ полное обезображиваніе и измѣненіе стѣнокъ. Большинство венъ и капилляровъ расширены до образованія полостей. Расположеніе эластической ткани неправильное.

Препаратъ № 2 — передняя стѣнка матки. Слизистая нѣсколько атрофирована. Среди мышечныхъ элементовъ разбросаны полости и щели. Кромѣ того попадаютъ мѣста, въ которыхъ происходитъ погибаніе тканевыхъ элементовъ. Въ такихъ мѣстахъ образуется полупрозрачная безструктурная масса съ порядочнымъ количествомъ короткихъ волоконцевъ и ихъ обрывковъ, среди которыхъ изрѣдка попадаютъ ядра клѣтокъ. Сосуды въ большинствѣ расширены и тонкостѣнны. Эластической ткани немного и распределеніе ея неправильно.

Препаратъ № 3 — задняя стѣнка матки съ опухолью. Среди ткани попадаютъ фокусы слизистаго перерожденія. Въ нихъ разсѣяны разной формы и размѣровъ, преимущественно круглыя клѣтки съ ядрами. Промежутки между клѣтками выполнены слизистымъ веществомъ, представляющимъ подъ микроскопомъ въ видѣ сѣти и тончайшихъ нитей. Такія измѣненія находятся главнымъ образомъ въ опухоли.

Въ здоровой ткани замѣчается значительное уменьшеніе клѣточныхъ элементовъ и ядеръ. Вся мышца рѣзко отличается отъ обычнаго строенія. Мышечныя клѣтки мѣстами очень неясны, вслѣдствіе какого-то вида атрофіи.

Препаратъ № 4 — тотъ же участокъ матки только въ поперечномъ разрѣзѣ. Измѣненія въ стѣнкѣ матки тѣ же. Погибаніе мышечныхъ элементовъ выражено рѣзче.

Препаратъ № 5 — труба и стѣнка матки. Кромѣ указанныхъ измѣненій въ мышечной стѣнкѣ матки въ предыдущихъ препаратахъ, здѣсь рѣзко бросается въ глаза измѣненіе стѣнокъ сосудовъ. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ имѣется то равномерное, то неравномерное утолщеніе *mediae*, въ другихъ сильное утолщеніе *intimae*. Эластической ткани большое количество среди мышечныхъ элементовъ. Распределеніе ея въ сосудахъ рѣзко неправильно.

Случай 22.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 82). М. С. поступила въ клинику въ началѣ декабря 1912 г. Эстонка 48 л. Эстл. губ. Дѣтскихъ болѣзней не имѣла. Менструировать начала на 14 г. Мѣсячныя черезъ 4 нед. по 3—4 дня, безъ болей, въ умѣренномъ количествѣ. Замужъ вышла 20 л. Беременной была два раза. Обѣ беременности окончились срочными родами. Первые роды на 25 г., послѣдніе 15 л. т. наз. Кормила сама. Роды и послѣродовые періоды протекали нормально. Около 10 мѣс. т. наз. больная замѣтила посрединѣ живота какой-то кусокъ, величиной съ гусиное яйцо, неболѣзненный и обладающій значительною подвижностію. Съ появленіемъ этой опухоли менструаціи приходятъ черезъ 3 нед. по 5—6 дней, безъ болей, но въ большемъ количествѣ. Во время мѣсячныхъ опухоль становится мягче и какъ будто меньше. Въ общемъ же обладаетъ довольно

быстрымъ ростомъ и въ настоящее время достигла порядочныхъ размѣровъ. Ни въ началѣ, ни теперь опухоль не причиняла больной никакихъ безпокойствъ, появились только незначительныя боли въ крестцѣ. Въ послѣднее время стала замѣчать небольшую слабость. Со стороны желудочно-кишечнаго канала разстройство не замѣчала. Мочеиспусканіе стало нѣсколько чаще.

Общее питаніе тѣла довольно удовлетворительно. Органы дыханія нормальны. Границы сердца въ предѣлахъ нормы, тоны чисты. Въ мочѣ бѣлка и сахара не содержится, осадка нѣтъ. Грудныя железы развиты удовлетворительно. Брюшныя стѣнки дрябловаты. На кожѣ живота старые рубцы беременности. Нижняя часть живота куполообразно выпячена. Здѣсь прощупывается въ брюшной полости опухоль, верхняя граница которой находится на 2 пальца выше пупка. Опухоль имѣетъ шарообразную форму съ многочисленными выступами или буграми разной величины, плотной консистенціи. Вся опухоль цѣликомъ мало подвижна и неболѣзненна. Надъ ней повсюду тупой звукъ. Свободной жидкости въ брюшной полости не замѣчается. Наружные половые органы нормально развиты. Промежность цѣла. Входъ во влагалище закрытъ губами. Слизистая влагалища блѣдно-розоваго цвѣта. Влагалищная часть матки значительно смѣщена назадъ, цилиндрической формы, плотна. Зѣвъ въ видѣ небольшой поперечной щели съ надрывами и рубцами. Выдѣленія слизистыя. Влагалищная часть матки сливается съ вышеупомянутой опухолью и сдвигается вмѣстѣ съ нею. Отдѣльно прощупать матку не удастся нигдѣ. Черезъ передній сводъ прощупывается одинъ изъ узловъ опухоли, лежащій довольно низко справа и спереди. По направленію кверху опухоль сдвигается очень мало. Попытки зондировать полость матки ни къ чему не привели, такъ какъ сколько-нибудь оттянуть

шейку матки впередъ не удастся, вслѣдствіе узла, находящагося справа спереди. Прощупать придатки невозможно. Поставленъ діагнозъ — *Fibromyoma uteri multiplex*. 12-XII-912 г. чревосѣченіе — *Amputatio uteri supravaginalis*. Выздоровленіе.

Макроскопически препаратъ представляется значительно увеличенной маткой, въ стѣнкахъ которой находится много фиброзныхъ узловъ. Полость матки сильно извита, вслѣдствіе выступленія въ нее нѣкоторыхъ міоматозныхъ узловъ. Одинъ изъ узловъ имѣетъ нѣсколько мягковатую консистенцію и буроватый цвѣтъ. Наибольшій узелъ находится въ шейкѣ матки, остальные, около 10, поменьше, лежатъ въ стѣнкѣ матки.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Въ слизистой оболочкѣ нѣкоторые железы образовали кисты, наполненныя собственнымъ содержимымъ. Много мелкихъ сосудовъ, капилляры расширены и наполнены кровью. Мышечная ткань содержитъ сильно измѣненные сосуды, по мѣстамъ расположенные группами. Средняя оболочка сильно утолщена, въ ней замѣтно разрастаніе соединительно-тканыхъ элементовъ. Просвѣтъ сосудовъ суженъ. *Membrana elastica interna* то утолщена, то истончена иногда до полного исчезанія. Эластическая ткань расположена неправильно.

Препаратъ № 2 — задняя стѣнка матки съ узломъ, который при разрѣзѣ даетъ хрустъ. Въ слизистой разрастаніе элементовъ *strati propriae*. Железы обезображены. Мышечный слой содержитъ порядочное количество плотной волокнистой соединительной ткани. Мышечные элементы значительно уменьшены. Сосуды сильно склерозированы. Суженіе просвѣта доходитъ почти до полного его закрытія. Опухоль почти сплошь состоитъ изъ гіалиново перерожденной ткани.

Препаратъ № 3 — передняя стѣнка матки. Слизистая разрушается. Мышечная ткань содержитъ большое коли-

чество грубой соединительной ткани. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣтно пропаданіе мышечныхъ клѣтокъ. Сосуды склерозированы. Эластическая ткань разбросана въ безпорядкѣ. Среди мышечныхъ элементовъ встрѣчаются маленькіе міоматозные узелки, которые помѣщаются въ полѣ зрѣнія.

Препаратъ № 4 — дно матки съ узломъ и слизистой. Въ слизистой утолщеніе *strati proprii*. Мышечный слой стѣнки матки сдавленъ, имѣетъ пластинчатое расположеніе. Мышечные элементы значительно уменьшены. Соединительная ткань преобладаетъ. По мѣстамъ она начинаетъ подвергаться процессу гіалинизации. Сосуды обезображены. Эластическая ткань расположена неправильно.

Препаратъ № 5 — труба со стѣнкой матки и опухолью. Въ мышечной ткани расширенные и наполненные кровью сосуды. Эластическая ткань находится въ большемъ количествѣ не только въ сосудахъ, гдѣ ея распредѣленіе неправильно, но и въ ткани матки. Въ опухоли процессъ гіалинизации.

Случай 23.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 28). Л. О. поступила въ клинику 4-II-913 г. Латышка 45 л. Въ дѣтствѣ перенесла корь. Менструировать начала на 14 г. Мѣсячныя черезъ 3 нед. по 3 дня, безъ болей, въ умѣренномъ количествѣ. Беременной не была. Заболѣла 3 г. т. наз., лучше сказать, узнала о томъ, что у нея имѣется опухоль. Сообщилъ ей это врачъ, къ которому она обратилась по поводу заболѣванія дыхательныхъ путей. Послѣ того какъ осматривавшій ее врачъ обратилъ вниманіе больной на то, что у нея въ брюшной полости имѣется опухоль, больная и сама дѣйствительно прощупала у себя внизу живота какое-то тѣло плотной консистенціи, неподвижное и неболѣзненное. Никакихъ разстройствъ отъ присутствія опухоли больная не замѣ-

чала. Вообще же всегда отличалась хорошимъ здоровьемъ. Поступила въ клинику для операціи по совѣту врача.

При поступленіи въ клинику больная была изслѣдована, при чемъ оказалось, что въ органахъ дыханія и кровообращенія никакихъ болѣзненныхъ измѣненій не имѣется. Грудныя железы развиты удовлетворительно. Брюшныя стѣнки упруги, кожа чиста. Въ нижней части живота прощупывается очень плотной консистенціи круглая опухоль, верхняя граница которой находится нѣсколько выше середины разстоянія между лобкомъ и пупкомъ. Наружные половые органы нормально развиты. Промежность цѣла. Цвѣтъ слизистой вагины блѣдно-розовый. Влагалищная часть матки конусообразной формы, плотная. Зѣвъ безъ надрывовъ и рубцовъ. Непосредственнымъ продолженіемъ шейки является указанная выше опухоль. Опухоль эта шарообразной формы, величиной съ голову ребенка, съ гладкой поверхностью, сравнительно мало подвижна и очень плотной консистенціи. Справа и спереди эта опухоль имѣетъ небольшой выступъ, вслѣдствіе чего правый сводъ представляется низдавленнымъ. Прощупать придатки не удастся. Стулъ и мочеиспусканіе нормальны. Поставленъ діагнозъ — *Fibromyoma uteri*. 11-II-913 г. чревосѣченіе — *Amputatio uteri supravaginalis*. Выздоровленіе.

Макроскопически опухоль представляется межуточной фиброміомой матки, достигшей порядочной величины, почти съ головку новорожденного, и имѣющей съ правой стороны выступъ.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая особенностей не представляетъ. Мышечный слой стѣнки матки изобилуетъ мелкими щелями. По мѣстамъ замѣтно развитіе соединительной ткани. Сосуды тонкостѣнны. Эластической ткани немного.

Elastica interna выражена ясно. Иногда въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣчается ея утонченіе.

Препаратъ № 2 — задняя стѣнка матки. Мышечный слой отличается тою особенностью, что между соединительной тканью, разгораживающей миоматозные узлы и мышечные элементы, имѣется масса мелкихъ телеангіектазій. Вслѣдствіе этого ткань представляется разрыхленной и дырчатой (см. рис. 2 табл. I). Въ сосудахъ малое содержаніе эластическихъ волоконъ, главнымъ образомъ въ elastica interna.

Препаратъ № 3 — миоматозный узелъ. Отдѣльные участки опухоли разъединены болѣе или менѣе равномерно соединительной тканью. Сосуды опухоли сильно склерозированы. Эластической ткани въ сосудахъ порядочное количество. Особенно ясно развита elastica interna.

Препаратъ № 4 — труба и стѣнка матки. Въ мышечной ткани наблюдается такая же порозность, какъ и въ другихъ препаратахъ этой матки. По мѣстамъ замѣчается полное исчезаніе не только мышечныхъ элементовъ, но и соединительно-тканыхъ. Въ сосудахъ склерозъ. Эластической ткани порядочное количество не только въ сосудахъ, но и внѣ ихъ.

Случай 24.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 31). М. К. поступила въ клинику 12-II-913 г. Крестьянка, эстонка 52 л. Въ дѣтствѣ была здорова. Менструировать начала на 14 г. Мѣсячныя черезъ 4 нед. по 3 дн. безъ болей, въ умѣренномъ количествѣ. Половой жизнью начала жить съ 38 лѣтъ. Беременной не была. Годъ тому наз. прекратились мѣсячныя. Болея уже 10 лѣтъ. Около десяти лѣтъ т. наз. болящая замѣтила у себя въ брюшной полости небольшую, величиной съ кулакъ, опухоль, подвижную и неболезненную. Вначалѣ опухоль не причиняла болей никакихъ разстройствъ.

Замѣтно было только, что она постепенно увеличивается. Послѣдніе же два года появились довольно сильныя боли внизу живота и въ крестцѣ. Помимо этого замѣчается сердцебіеніе. Со времени заболѣванія страдаетъ запорами. Три года т. наз. мѣсячныя, бывшія все время безъ измѣненія, стали приходить неправильно и въ январѣ мѣсяцѣ 912 г. совершенно прекратились. Въ началѣ же нынѣшняго года появились въ небольшомъ количествѣ кровянистыя выдѣленія и, продержавшись 7 дней, прекратились и больше не появлялись.

При поступленіи въ клинику не найдено никакихъ измѣненій ни со стороны органовъ дыханія, ни со стороны сердца. Грудныя железы атрофированы. Брюшныя стѣнки съ обильнымъ подкожнымъ жировымъ слоемъ. Въ нижней части живота прощупывается плотная, шарообразной формы, подвижная опухоль, верхняя граница которой находится посрединѣ между пупкомъ и симфизомъ. Наружные половые органы нормально развиты. Промежность цѣла. Входъ во влагалище закрытъ. Цвѣтъ слизистой влагалища блѣдно-розовый. Шейка конической формы, плотная. Зѣвъ съ гладкими краями безъ рубцовъ и надрывовъ. Матка представляетъ собою опухоль шарообразной формы съ кое-гдѣ замѣтными выступами. Опухоль эта очень плотной консистенціи, съ гладкой поверхностью, подвижная, неболезненная, величиной съ головку новорожденного. Своды свободны. Придатки не прощупываются. Поставленъ діагнозъ — Fibromyoma uteri interstitialis. 22-II-913 г. сдѣлана надвлагалищная ампутація матки. Выздоровленіе.

Макроскопически препаратъ представляетъ увеличенной маткой, въ стѣнкахъ которой находится нѣсколько фиброзныхъ узловъ.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Въ слизистой оболочкѣ нѣкото-

рыя железы образовали кисты съ утолщеннымъ эпителиемъ. *Stratum proprium* мѣстами сильно развитъ и утолщенъ. Большое количество сильно расширенныхъ капилляровъ. Въ мышечной стѣнкѣ много телеангіэктазій. На границѣ съ опухолью въ мышечномъ слоѣ матки попадаются цѣлые пучки эластической ткани. Распредѣленіе ея въ сосудахъ неправильно. Въ самой опухоли нѣкоторые элементы имѣютъ форму овальныхъ клѣтокъ, напоминающихъ саркоматозные элементы.

Препаратъ № 2 — стѣнка матки съ узломъ и слизистой. Слизистая оболочка сильно атрофирована. Мышечный слой матки сдавленъ, тонокъ, имѣетъ пластинчатое строеніе. Стѣнки нѣкоторыхъ артерій утолщены до уничтоженія наполовину просвѣта сосудовъ. По мѣстамъ въ стѣнкахъ сосудовъ встрѣчаются узловатыя утолщенія въ просвѣтъ артерій съ обильнымъ развитіемъ въ нихъ соединительной ткани. Эластическая ткань находится въ мышечномъ слоѣ матки въ громадномъ количествѣ. Расположеніе ея въ сосудахъ лишено всякаго порядка. Въ самой опухоли мѣста, напоминающія саркоматозные элементы, выражены чаще и рѣзче, чѣмъ въ предыдущемъ препаратѣ.

Препаратъ № 3 — задняя стѣнка матки со слизистой и узломъ. Слизистая атрофирована, но меньше, чѣмъ въ предыдущемъ препаратѣ. Мышечная ткань матки изобилуетъ многочисленными капиллярами и мелкими щелями. Эластическая ткань въ небольшомъ количествѣ. Ткань опухоли содержитъ много соединительной ткани, мѣстами гиалинизированной.

Препаратъ № 4 — дно матки со слизистой и міоматознымъ узломъ. Слизистая имѣетъ по мѣстамъ экстравазаты и немного атрофирована. Сосуды опухоли содержатъ

ясно эластическую ткань въ *elastica interna*, которая въ большинствѣ случаевъ утолщена.

Препаратъ № 5 — стѣнка матки и міоматозный узелъ возлѣ трубы. Мышечная ткань матки между міоматозными узлами содержитъ мало мышечныхъ элементовъ. Сосуды въ опухоли съ узловатыми утолщеніями стѣнокъ, преимущественно *mediae*, и съ гиалиново перерожденной соединительной тканью въ нихъ.

Случай 25.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 43). Л. М. поступила въ клинику I-III-913 г. Крестьянка 51 г. Латышка Лифл. губ. Въ дѣтствѣ перенесла корь. Менструировать начала на 14 г. Мѣсячныя черезъ 4 нед. по 4 дня, съ болью, въ умѣренномъ количествѣ. Со времени заболѣванія *menses* приходятъ неправильно, черезъ 3—5—6 недѣль по 6—7 дн., съ болями и въ очень обильномъ количествѣ, иногда даже сгустками. Послѣднія мѣсячныя съ 7—14 февр. сего года. Вышла замужъ 20 лѣтъ. Была 5 разъ беременной и всѣ беременности окончились срочными родами. Первые роды на 21 г., послѣдніе 6 л. т. наз. Роды и послѣродовые періоды протекали нормально. Больна уже 3 года. Прежде всего больная начала страдать припадками сердцебіенія, а полгода спустя замѣтила у себя внизу живота какую-то опухоль, величиною съ кулакъ, довольно подвижную, неболѣзненную при ощупываніи и упругой консистенціи. Опухоль постепенно стала увеличиваться. Во время работы начали появляться сильныя боли внизу живота. За послѣднее время сильно исхудала.

При поступленіи въ клинику были изслѣдованы органы дыханія и кровообращенія и съ этой стороны никакихъ особенностей не найдено. Грудныя железы удовлетворительно развиты, вялы, отвислы, при надавливаніи выдѣленій нѣтъ.

Брюшныя стѣнки дряблы, со старыми рубцами беременности. Нижняя часть живота — ниже пупка — куполообразно вздута. Въ этомъ мѣстѣ при ощупываніи замѣчается опухоль шарообразной формы съ еле замѣтнымъ выступомъ справа. Опухоль, величиной съ дѣтскую головку, мягко-эластической консистенціи, неболѣзненна и вполнѣ подвижна. Наружные половые органы ничего особеннаго не представляютъ. Цвѣтъ слизистой влагалища блѣдно-розовый, блестящій. Шейка цилиндрической формы, плотноватая. Зѣвъ свободно пропускаетъ указательный палецъ вплоть до *orificium internum*. Разрывы на краяхъ зѣва незначительны. Выдѣленія слизистой. *Portio vaginalis* непосредственно переходитъ въ вышеописанную опухоль, при чемъ на мѣстѣ перехода никакихъ бугровъ и возвышенностей не замѣчается. Консистенція шейки отъ консистенціи опухоли не отличается. Попытки зондировать матку не удаются, такъ какъ зондъ выше внутренняго зѣва, гдѣ встрѣчается какое-то препятствіе, не идетъ. На передней поверхности опухоли, нѣсколько влѣво отъ средней линіи живота, прощупывается небольшое овальное тѣло, величиной съ сливу, очень подвижное и неболѣзненное, повидимому яичникъ. Справа сзади, довольно низко въ тазу, прощупывается другой яичникъ, нѣсколько увеличенный. Поставленъ діагнозъ — *Myoma uteri*. 8-III-913 г. операція — *Amputatio uteri supravaginalis*. Выздоровление.

Макроскопически опухоль оказалась *myom'ой teleangiectodes*, развившейся въ стѣнкахъ матки. Поверхность ея гладкая, красноватаго цвѣта, эластической консистенціи. Въ опухоли ясно констатируется флюктуация. Матка была повернута вокругъ своей продольной оси такъ, что лѣвый яичникъ оказался лежащимъ спереди, а правый сзади. На разрѣзѣ опухоль представляется состоящей изъ разной величины полостей съ жидкимъ содержимымъ.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Въ слизистой расширенныя и увеличенныя железы до образованія кистъ. Въ мышечной ткани преобладаніе соединительно-тканыхъ элементовъ. По мѣстамъ встрѣчаются небольшія полости. Сосуды сужены. Эластическихъ волоконъ мало.

Препаратъ № 2 — стѣнка матки со слизистой. Слизистая нѣсколько гиперплазирована. Мышечная ткань рыхла отъ обилія мелкихъ щелей между мышечными элементами. Сосуды сильно обезображены. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ замѣчается процессъ гіалинаціи въ *media*. Эластической ткани порядочное количество, но она разбросана безъ всякаго порядка.

Препаратъ № 3 — передняя стѣнка матки со слизистой и опухолью. Слизистая особенностей не представляетъ. Расположеніе мышечнаго слоя ламиллярное. Сосудовъ въ немъ почти нѣтъ. Въ опухоли обильное развитіе соединительной ткани гліиново измѣненной. Ткань это по мѣстамъ представляетъ фокусы расплавленія коллагенныхъ волоконъ, мѣстами же въ ней замѣчается чистый некрозъ. Сосуды въ опухоли въ высшей степени обезображены. Эластическая ткань въ очень маломъ количествѣ.

Препаратъ № 4 — чистая опухоль. Ткань опухоли здѣсь представляетъ то же строеніе, что и въ предыдущемъ препаратѣ и съ такими же особенностями.

Препаратъ № 5 — труба и стѣнка матки. Въ мышечномъ слоѣ большія полости. Сосуды расширены. Между мышечными элементами много мелкихъ щелей. Артеріи съ сильно измѣненными стѣнками, въ нѣкоторыхъ изъ нихъ *media* представляется порозной. Эластическая ткань расположена въ безпорядкѣ, но въ довольно обильномъ количествѣ.

Случай 26.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 45). Э. С. поступила въ клинику 5-III-913 г. Еврейка 43 л. Относительно своего дѣтства сообщить ничего не можетъ. Менструировать начала на 14 г. Мѣсячныя черезъ 4 нед. по 4—5 дней, безъ болей, въ умѣренномъ количествѣ. Со времени заболѣванія мѣсячныя приходятъ черезъ 2—3 нед., продолжаютъ 4—6 дней, въ обильномъ количествѣ, безъ болей. Послѣдній разъ были 4 мѣс. 3 нед. т. наз. Замужъ вышла на 25 г.; была 4 раза беременной. Три раза родила въ срокъ и одинъ разъ имѣла 4-хъ мѣсячный выкидышъ. Первые роды были на 28 г., послѣдніе — выкидышъ — 8 л. т. наз. Роды и послѣродовые періоды протекали безъ всякихъ осложнений. Около 4 лѣтъ т. наз. больная замѣтила у себя внизу живота небольшую опухоль, величиной съ куриное яйцо. Опухоль отличалась подвижностью, была твердой консистенціи и при ощупываніи безболѣзненна. Опухоль постепенно увеличивалась. Пять мѣс. т. наз. появились внизу живота схваткообразныя боли. Мѣсячныя, какъ уже замѣчено выше, измѣнили свой характеръ. Мочеиспускание и стулъ нормальны.

При изслѣдованіи въ клиникѣ со стороны сердца и органовъ дыханія никакихъ уклоненій отъ нормы не найдено. Грудныя железы развиты хорошо, изъ нихъ выжимается молозиво. Брюшныя стѣнки дряблы и на нихъ имѣются старые рубцы беременности. Нижній отдѣлъ живота куполообразно выпячивается. Въ этомъ мѣстѣ черезъ брюшныя покровы прощупывается шарообразной формы опухоль, плотной консистенціи, вполне подвижная, безболѣзненная и съ гладкой поверхностью. Верхній край опухоли на одинъ поперечный палецъ не доходитъ до пупка. На передней поверхности опухоли нѣсколько справа отъ средней линіи и

чуть выше лобка, прощупывается узелокъ, величиной съ лѣсной орѣхъ, плотной консистенціи. Такой же узелокъ, нѣсколько болѣе плоскій, прощупывается немного ниже. Наружные половые органы нормально развиты. Промежность имѣетъ старый разрывъ. Слизистая влагалища блѣдно-розоваго цвѣта. Portio vaginalis лежитъ нѣсколько назадъ, она цилиндрической формы и плотной консистенціи. Наружный зѣвъ съ небольшими надрывами. Матка является въ видѣ вышеописанной опухоли и занимаетъ всю полость верхняго отдѣла таза. Своды свободны. Придатки не прощупываются. Въ виду того, что имѣлось подозрѣніе на беременность, больная была подвергнута рентгеноскопії, но обнаружить въ маткѣ части скелета плода не удалось. Поставленъ діагнозъ — Fibromyoma uteri. 14-III-913 г. операція — Amputatio uteri supravaginalis. Выздоровленіе.

Макроскопически опухоль оказалась міомой матки, развившейся межуточно.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая содержитъ расширенныя капилляры, наполненные кровью. Железы глубоко проникаютъ въ мышечный слой. Мышечная ткань матки изобилуетъ соединительной тканью. Сосуды сильно утолщены. Утолщеніе происходитъ насчетъ разрастанія mediae. Икогда просвѣтъ сосуда почти совершенно закрывается. По мѣстамъ въ стѣнкахъ сосудовъ замѣтна порозность. Эластической ткани много. Въ сосудахъ она распредѣляется неправильно. *Elastica interna* въ большинствѣ случаевъ утолщена.

Препаратъ № 2 — передняя стѣнка съ узломъ. Опухоль отдѣлена отъ стѣнки матки капсулой. Въ мышечномъ слоѣ матки измѣненія въ стѣнкахъ сосудовъ — утолщеніе ихъ до закрытія просвѣта. Въ опухолевой ткани очаги рас-

плавления. Эластической ткани, кромѣ небольшого количества въ сосудахъ, нѣтъ.

Препаратъ № 3 — задняя стѣнка матки со слизистой. Железы въ большомъ количествѣ. Эпителій железъ теряетъ свой цилиндрической характеръ. Мышечная ткань содержитъ сильно измѣненные сосуды. Въ среднемъ слоѣ сосудистой стѣнки, сильно утолщенномъ, много соединительно-тканыхъ волоконъ. Просвѣтъ сосудовъ сильно суженъ. О правильности расположенія эластической ткани не можетъ быть и рѣчи — она разбросана, какъ попало.

Препаратъ № 4 — дно матки. Слизистая гиперплазирована. Цилиндрической эпителий железъ разрушается. Мышечная ткань матки содержитъ по мѣстамъ полости. Измѣненія сосудовъ такія же, какъ и въ предыдущемъ препаратѣ.

Препаратъ № 5 — труба и стѣнка матки. Сильное кровоизліяніе въ ткань слизистой. Въ мышечномъ слоѣ матки большое количество соединительной ткани, мелкихъ щелей и эластическихъ волоконъ. Послѣднія особенно рѣзко бросаются въ глаза вблизи серозной оболочки.

Случай 27.

Препаратъ клиники. (Исторія болѣзни № 52). А. Ф. поступила въ клинику 13-III-913 г. Крестьянка 54 л. Эстонка Лифл. губ. Въ дѣтствѣ была здорова. Менструировать начала на 14 г. Мѣсячныя черезъ 4 нед. по 4—5 дней, безъ болей, въ маломъ количествѣ. Въ теченіе послѣдняго года мѣсячныя приходятъ черезъ 2 мѣс. въ небольшомъ количествѣ и продолжаются 5—6 дней. Послѣдній разъ были 3½ недѣли т. наз. Замужъ вышла 20 л. Была три раза беременной и столько же разъ родила въ срокъ. Роды и послѣродовые періоды протекали безъ всякихъ осложненій. Больна уже полтора года. Со времени заболѣванія больная

чувствуетъ какую-то слабость и жалуется на чувство тяжести и давленія внизу живота. Мочеиспусканіе за послѣднее время стало какъ будто чаще, но безболѣзненно. Стулъ нормальный.

При изслѣдованіи въ клиникѣ больная представляется правильно сложенной и хорошаго питанія. Со стороны сердца неправильностей не найдено. Грудныя железы хорошо развиты. Брюшныя стѣнки имѣютъ старые рубцы беременности. Подкожный жировой слой довольно толстый. Въ нижней части живота прощупывается твердая, бугристая опухоль, неболѣзненная и подвижная. Верхняя граница опухоли находится приблизительно посрединѣ между пупкомъ и лобкомъ. Наружныя половыя органы особенностей не представляютъ. Цвѣтъ слизистой влагища розоватый. Шейка плотная и цилиндрической формы. Наружный зѣвъ со старыми рубцами и надрывами. Матка представляется въ видѣ вышеупомянутой бугристой опухоли. Изъ узловъ опухоли наибольшей, величиной съ апельсинъ, расположенъ довольно низко справа, остальные же, меньшіе, располагаются спереди и слѣва. Вся опухоль величиной приблизительно съ головку новорожденного. Подвижность опухоли, въ особенности по направлению кверху, нѣсколько ограничена. Придатки не прощупываются. Поставленъ діагнозъ — *Fibromyoma uteri multiplex*. 16-III-913 г. чревосѣченіе — *Amputatio uteri supravaginalis*. Выздоровленіе.

Макроскопически препаратъ представляется значительно увеличенной маткой, въ стѣнкахъ которой развилось большое количество миоматозныхъ узловъ разной величины.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки съ миоматознымъ узломъ. Въ слизистой замѣчается не только значительное расширение довольно многочисленныхъ капилляровъ находящеюся въ нихъ

кровію, но и обширныя кровоизліянія непосредственно въ самую ткань *mucos'ы*. Въ мышечномъ слоѣ матки обильное развитіе соединительной ткани и сильное измѣненіе стѣнокъ сосудовъ. Въ большинствѣ случаевъ стѣнки артерій значительно утолщены, при чемъ въ этомъ утолщеніи главную роль играетъ *media*, но попадаются и такіе сосуды, въ которыхъ утолщены всѣ три слоя — *adventitia*, *media* и *intima*. Вслѣдствіе этого просвѣтъ сосудовъ значительно сужень, иногда онъ еле замѣтенъ. Попадаютъ мѣста, гдѣ о просвѣтѣ сосуда можно судить только по присутствію единичныхъ форменныхъ элементовъ крови между соприкасающимися стѣнками. Эластическая ткань расположена въ сосудахъ обильно, но неправильно.

Препаратъ № 2 — міоматозный узелъ. Опухоль съ преобладаніемъ гіалиново перерожденной соединительной ткани. По мѣстамъ попадаютъ гнѣзда, гдѣ ткань подвергается процессу растворенія и уничтоженія. Эластической ткани въ немногочисленныхъ сосудахъ очень мало.

Препаратъ № 3 — передняя стѣнка матки съ узломъ и слизистой. Со стороны слизистой такія же кровоизліянія въ ея ткань, какъ въ препаратъ № 1. Мышечный слой матки отдѣленъ отъ опухоли капсулой. Сосуды склерозированы.

Препаратъ № 4 — задняя стѣнка матки со слизистой. Слизистая съ очагами кровоизліянія. Мышечный слой матки содержитъ порядочное количество щелей и изрѣдка значительной величины полости. Сосуды съ измѣненіями, свойственными этой маткѣ.

Препаратъ № 5 — труба и стѣнка матки съ міоматознымъ узломъ. Въ стѣнкѣ матки много сосудовъ, наполненныхъ кровью и подвергшихся очень рѣзкому измѣненію. Эластическая ткань въ обильномъ количествѣ встрѣчается

среди мышечныхъ элементовъ матки. *Membrana elastica interna* нерѣдко значительно утолщена.

Послѣ описанія этихъ 27 случаевъ, полученныхъ изъ клиники проф. С. Д. Михнова и снабженныхъ подробнымъ анамнезомъ, приступаю къ описанію двухъ препаратовъ, полученныхъ на вскрытіи въ Патолого-Анатомическомъ Институтѣ проф. В. А. Афанасьева. Мною уже были высказаны соображенія, по которымъ эти два препарата были подвергнуты патолого-анатомическому изслѣдованію.

Первый случай — № 28 — касается матки 60-лѣтней женщины. Е. Л. поступила въ хирургическую клинику по поводу гнойнаго воспаленія брюшины, имѣвшаго своимъ источникомъ гангренозный аппендицитъ. Послѣ смерти Е. Л. было произведено патолого-анатомическое вскрытіе, при которомъ и была обнаружена міома матки. Препаратъ любезно былъ предоставленъ мнѣ прив.-доцентомъ И. И. Широкоговымъ. Макроскопически онъ представляетъ небольшую матку, въ стѣнкахъ которой имѣлось два міоматозныхъ плотныхъ узла, величиной съ картофелину каждый. Одинъ изъ узловъ расположенъ болѣе субсерозно, а другой межуточно.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая пронизана соединительнотканнми элементами. Имѣющіяся железы превращены въ кисты или полости, выстланныя не цилиндрическимъ эпителиемъ, а разрушающимися клѣтками. Мышечная ткань матки пронизана громаднымъ количествомъ сосудовъ, находящихся въ состояніи сильно выраженнаго склероза. Многіе изъ нихъ совершенно закрыты. Стѣнки сосудовъ содержатъ въ *media* не только соединительную ткань, но послѣдняя находится въ состояніи гіалиноваго перерожденія. *Membrana elastica interna* по мѣстамъ сильно утолщена. Эла-

стическая ткань въ большомъ количествѣ, но распредѣленіе ея самое безпорядочное, она разбросана кучками.

Препаратъ № 2 — поперечный разрѣзъ шейки въ томъ мѣстѣ, гдѣ просвѣтъ ея заросъ. Заросшее мѣсто представляется слизистымъ полипомъ, закупорившимъ каналъ шейки и сросшимся съ его стѣнками. На мѣстѣ закупорки много клѣточной инфильтраціи. Отъ слизистой ничего не осталось. Мышечная ткань въ очень незначительномъ количествѣ. Среди соединительной ткани, гіалиново перерожденной, разсѣяны клѣточные ядра. Сосуды подвергнуты процессу сильного склероза съ такими же измѣненіями, какъ и въ предыдущемъ препаратѣ. Эластической ткани много не только въ сосудахъ, гдѣ расположеніе ея неправильно, но и въ ткани матки.

Препаратъ № 3 — стѣнка матки со слизистой. Слизистая подвергнута процессу растворенія и уничтоженія. Железы отсутствуютъ. Въ мышечномъ слоѣ матки бросается въ глаза гіалиново перерожденная соединительная ткань, среди которой разбросаны клѣточные ядра. Сосуды подвергнуты такому же измѣненію, какъ и въ предыдущихъ препаратахъ этой матки. Эластической ткани много.

Препаратъ № 4 — задняя стѣнка матки. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ стѣнки матки попадаютъ гнѣзда полного уничтоженія клѣточныхъ элементовъ. Соединительная ткань гіалиново перерождена. Рѣзкое измѣненіе многочисленныхъ сосудовъ съ гіалиновымъ перерожденіемъ въ ихъ стѣнкахъ (см. рис. 1 табл. II). Со стороны эластической ткани, кромѣ ея обилія, бросается въ глаза безпорядочность въ ея расположеніи (см. рис. 3 табл. II).

Препаратъ № 5 — труба и стѣнка матки. Просвѣтъ трубы заросъ. Въ стѣнкѣ матки такія же явленія склероза, какъ и въ другихъ препаратахъ, можетъ быть только въ бо-

лѣе рѣзкой и наглядной формѣ. Точно такъ же измѣнены и сосуды, какъ это описано выше.

Второй случай — № 29 — касается 77-лѣтней старухи А. К., поступившей въ госпитальную клинику съ *myocarditis chronica et anasarca universalis*. Послѣ наступившей смерти произведено вскрытіе, при которомъ была тоже обнаружена міома матки. Міома помѣщалась на днѣ матки и была величиной съ яблоко.

Микроскопическая картина. Препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Слизистая необыкновенно сильно испещрена большимъ количествомъ очень расширенныхъ и наполненныхъ кровью капилляровъ. Железы представляютъ образованія, состоящія изъ цѣлаго конгломерата эпителиальныхъ клѣтокъ, скорѣе плоскихъ и напоминающихъ раковыя образованія. Мышечная ткань матки обильна соединительнотканными элементами. Въ ней также много капилляровъ, сильно расширенныхъ и наполненныхъ кровью. Сосуды измѣнены, *media* содержитъ гіалиново перерожденную соединительную ткань. Эластической ткани немного и распредѣленіе ея неправильно.

Препаратъ № 2 — стѣнка матки. Слизистая атрофирована. Железы распадаются, эпителий ихъ теряетъ свой цилиндрической характеръ. Въ мышечной ткани матки необыкновенное обиліе крови не только въ расширенныхъ капиллярахъ, но и въ болѣе крупныхъ сосудахъ и въ самой ткани. Стѣнки артерій сильно обезображены склерозомъ. Эластической ткани немного.

Препаратъ № 3 — стѣнка матки съ міомой. Въ мышечной ткани матки такое же обиліе расширенныхъ и наполненныхъ кровью капилляровъ, какъ и въ предыдущемъ препаратѣ. Крупныя артеріи подвергнуты такому же обезображиванію, какъ и въ другихъ препаратахъ этой матки.

Опухоль отдѣлена капсулой. Соединительная ткань въ ней гіалиново перерождена.

Препаратъ № 4 — труба и дно матки. Въ слизистой замѣтны образованія эпителиальныхъ клѣтокъ, напоминающія карциному. Въ мышечной ткани матки утолщенные сосуды съ перерожденными стѣнками. Измѣненія стѣнокъ рѣзче всего выражены въ media и intima. Эластической ткани порядочное количество среди мышечныхъ элементовъ матки и въ сосудахъ.

□□□□

Глава IV.

Систематическій обзоръ особенностей патолого-анатомическаго состоянія мышечной стѣнки матки.

Разсматривая всѣ тѣ особенности, которыя микроскопически были найдены въ мышечной стѣнкѣ матки, мы прежде всего должны сказать, что измѣненія эти чрезвычайно разнообразны и многочисленны. Всѣ составныя части мышечной стѣнки матки — мышечные элементы, соединительная ткань, эластическая, сосуды — всѣ онѣ подѣляются вліяніемъ болѣзненнаго процесса въ маткѣ, такъ или иначе, реагируютъ на него и, въ свою очередь, подвергаются то большимъ, то меньшимъ измѣненіямъ. Если взять мышечную стѣнку матки въ цѣломъ, со всѣми ея составными частями, то и тутъ бросается въ глаза различіе въ ея состояніи. Въ то время какъ въ однѣхъ міоматозныхъ маткахъ стѣнка представляется болѣе или менѣе компактной, плотной, составляющіе ее элементы тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, переплетаются въ разныхъ направленіяхъ и почти ничѣмъ не отличаются въ этомъ отношеніи отъ строенія нормальной матки,

въ другихъ, наоборотъ, мы замѣчаемъ необыкновенное развитіе разной величины полостей и щелей. Послѣднія расслаиваютъ мышечные и соединительно-тканые элементы на рядъ поясовъ, слоевъ, а иногда и отдѣльныхъ волоконъ, благодаря чему стѣнка матки представляется рыхлой, сочной и мягкой. Такое состояніе стѣнки матки мы могли констатировать въ №№ 1, 5, 8, 9, 14, 15, 16, 23, 24, 25 и 26 (см. рис. 1 и 2 табл. I). Эти расширенныя полости и щели представляются то измѣненными сосудами, на что указываетъ присутствіе въ нихъ иногда эндотелія, то расширенными лимфатическими пространствами. Конечно, сочность и мягкость ткани замѣтна невооруженнымъ глазомъ — это констатируется уже на ощупь — но тѣ полости и щели, иногда очень мелкія и необычайно обильныя, которыя мы наблюдали подъ микроскопомъ, макроскопически не могутъ быть усмотрѣны, а между тѣмъ онѣ существеннымъ образомъ вліяютъ на общее состояніе стѣнки матки и придаютъ ей вышеуказанный характеръ.

Перехожу теперь къ описанію тѣхъ измѣненій, которыя касаются отдѣльныхъ составныхъ частей мышечной стѣнки матки. Здѣсь прежде всего приходится говорить о главной и существенной составной части мышечной стѣнки — мышечныхъ элементахъ. Сильная степень гипертрофіи или атрофіи всего органа бросается въ глаза сразу, для этого не нужно микроскопическаго изслѣдованія, но болѣе тонкія измѣненія мышечныхъ элементовъ мы можемъ констатировать только микроскопически. И вотъ при такомъ изслѣдованіи намъ неоднократно приходилось видѣть такія міоматозныя матки, которыя макроскопически не давали намъ права говорить объ атрофіи мышечныхъ элементовъ, подъ микроскопомъ же уменьшеніе ихъ констатировалось ясно то въ большей степени, то въ меньшей. Одновременно съ уменьшеніемъ

емъ мышечныхъ элементовъ замѣчался и самый процессъ этой убыли. Часто онъ выражался въ томъ, что просто количество мышечныхъ клѣтокъ было уменьшено, иногда же и самая мышечная клѣтка мѣняла свою обычную форму — сморщивалась, становилась маленькой, неясной и только изрѣдка гипертрофировалась. Попадались и такія мѣста, гдѣ мышечные элементы подвергались какъ бы расплавленію. Въ такихъ случаяхъ замѣтно было, какъ на мѣстѣ мышечныхъ элементовъ появлялись полупрозрачныя мѣста съ тонкой, волокнистой и мелкопетливой сѣтью. Таковы, напримеръ, матки №№ 2, 3, 5, 9, 10, 16, 18, 19, 21 и 22.

Соединительная ткань мышечной стѣнки матки въ большинствѣ случаевъ достигаетъ мощнаго развитія и часто увеличеніе ея идетъ параллельно съ уменьшеніемъ мышечныхъ элементовъ. Однако этотъ параллелизмъ не всегда наблюдается. Развитіе соединительной ткани замѣчается въ обильномъ количествѣ не только вокругъ сосудовъ, но и среди мышечныхъ элементовъ матки. Правда, часто можно наблюдать такія картины, гдѣ отъ толстаго и мощнаго пояса соединительной ткани, окружающаго сосудъ, отходятъ въ толщу мышцы въ разныхъ направленіяхъ то болѣе толстые, то болѣе тонкіе отростки. Послѣдніе разбиваютъ мышечные элементы матки на рядъ гнѣздъ или полей разной величины. Съ другой стороны можно наблюдать и въ самой ткани матки образованіе такихъ мышечныхъ полей, окруженныхъ поясомъ соединительной ткани, безъ того, чтобы происхожденіе послѣдней можно было поставить въ зависимость отъ соединительной ткани сосуда. Замѣчательно не только обиліе соединительной ткани, но и различіе въ ея характерѣ. Иногда это молодая ткань съ нѣжными, тонкими волоконцами, идущими внутри мышечныхъ полей, иногда болѣе плотная и грубая, отростки которой проникаютъ внутрь полей въ видѣ

толстыхъ и жесткихъ полосъ; наконецъ, иногда это ткань, подвергшаяся различнымъ дегенеративнымъ процессамъ отъ гіалиноваго перерожденія до полнаго некроза. Чаше всего изъ дегенеративныхъ процессовъ встрѣчалось гіалиновое перерожденіе. Болѣе рѣзкое увеличеніе соединительной ткани наблюдалось въ №№ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 19, 20, 25 и 27.

Приступая теперь къ описанію тѣхъ измѣненій, которыми подверглась эластическая ткань міоматозныхъ матокъ, нужно замѣтить, что среди разобранныхъ уже нами дефектовъ мышечной стѣнки матки, измѣненія эластической ткани наиболѣе часто встрѣчающееся явленіе. Нѣтъ почти ни одной матки, ни одного препарата, гдѣ бы эластическая ткань не претерпѣла того или иного измѣненія. Такъ какъ преобладающее значеніе эластическая ткань имѣетъ въ сосудахъ, то и измѣненія ея рѣзче всего бросаются въ глаза именно въ нихъ. Однако, если оставить вопросъ объ измѣненіи эластической ткани въ сосудахъ до разбора дефектовъ послѣднихъ, то и тогда приходится сказать, что расположеніе ея среди мышечныхъ элементовъ матки чрезвычайно своеобразно и различно. Вопросъ объ эластической ткани матки потребовалъ цѣлый рядъ спеціальныхъ изслѣдованій. Эти изслѣдованія, начатыя Acconci¹⁾ и Dührssen'омъ²⁾, были продолжены цѣлымъ рядомъ работъ какъ иностранныхъ, такъ и русскихъ авторовъ. Бухштабъ³⁾, Давы-

¹⁾ Acconci. Contribution à l'étude de l'anatomie et de la physiologie de l'uterus gravidé. Arch. de Tocologie. 1890 г. V. 17. Paris.

²⁾ Dührssen. Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis uteri. Arch. für Gyn. 1891 г. Bd. 41. H. 2.

³⁾ А. Бухштабъ. Эластическая ткань въ Фаллопиевыхъ трубахъ женщинъ при нормальномъ и патологическомъ состояніи. Диссерт. 1896 г. СПб.

довъ¹⁾, Ивановъ²⁾, Вольтке³⁾, Dittel⁴⁾, Pick⁵⁾ и др. изучили подробно, обстоятельно и разносторонне эластическую ткань матки при различных состояніях послѣдней. Изъ указанных авторовъ работы Pick'a и Вольтке относятся къ болѣе позднему времени и результаты ихъ почти одинаковы. По изслѣдованіямъ Вольтке, упругая ткань распространяется исключительно въ межуточной ткани наружныхъ слоевъ мускулатуры матки, а именно: въ *stratum subserosum* и *stratum vasculare*. Въ *stratum submucosum* она не встрѣчается. Точно такъ же говоритъ и Pick. Въ нормальной маткѣ эластическихъ волоконъ больше всего въ *stratum subserosum*, гдѣ эластическія волокна суть развѣтвленія эластической субстанции брюшины. Въ *strat. vasculare* ея тоже много, но тутъ она является продолженіемъ *adventiti'i* сосудовъ. Въ *strat. submucos.* эластической ткани не встрѣчается вовсе. Такимъ образомъ, положеніе эластической ткани въ маткѣ и ея происхожденіе этими работами болѣе или менѣе точно опредѣлено. Наши наблюденія относительно эластической ткани въ міоматозныхъ маткахъ въ общемъ согласны съ приведенными выше данными. Почти во всѣхъ маткахъ наибольшее количество эластической ткани мы могли наблюдать въ тѣхъ препаратахъ,

¹⁾ Давыдовъ. Къ вопросу объ измѣненіи эластической ткани матки при самопроизвольныхъ разрывахъ ея во время родовъ и беременности. Диссерт. 1895 г. СПб.

²⁾ Н. З. Ивановъ. Объ эластической ткани въ маткѣ во время беременности. Журн. Акуш. и Женск. болѣзн. 1901 г.

³⁾ Вольтке. Гистологическое изслѣдованіе упругой ткани въ маткѣ и яичникѣ. Мед. Обозр. 1900 г. Май.

⁴⁾ Dittel. Ueber die elastischen Fasern der Gebärmutter. Wien. Klinisch. Rundsch. 1896 г. № 26 и 27.

⁵⁾ Pick. Ueber das elastische Gewebe in der normalen und pathologisch veränderten Gebärmutter. Samml. Klinisch. Vorträge. № 283. 1900 г.

гдѣ находился брюшинный покровъ матки, т. е. въ такъ называемомъ *strat. subseros.* Точно также много имѣлось ея и въ *strat. vasculare* и почти никогда не встрѣчалось въ *strat. submucos.* Но если мѣстоположеніе эластической ткани въ міоматозной маткѣ было такое, какъ и въ нормальной, то ея количество и видъ рѣзко отличались. Въ однихъ препаратахъ ея было очень мало, въ другихъ, наоборотъ, чрезвычайно много. Въ нѣкоторыхъ маткахъ она имѣла видъ волоконъ, въ другихъ завитковъ, спиралей, обрывковъ, кучекъ, зернышекъ и т. п. Перечислять препараты съ указанными измѣненіями я здѣсь не буду, укажу какъ на примѣръ № 7, 9, 12, 20, болѣе же подробно объ этомъ будетъ сказано при разборѣ дефектовъ въ сосудистой системѣ матки.

Разсматривая микроскопическую картину изслѣдованныхъ нами матокъ, мы въ каждомъ препаратѣ (маткѣ) непременно встрѣчаемся, какъ съ чѣмъ-то необходимымъ, съ измѣненіемъ сосудовъ. Въ однихъ случаяхъ они касаются всей сосудистой системы матки, въ другихъ — отдѣльныхъ сосудовъ, указать же, вообще, такую матку, въ которой сосуды были бы нормальны, я затрудняюсь. Вотъ передъ нами цѣлый рядъ матокъ, гдѣ наблюдается необыкновенное развитіе мелкихъ сосудовъ и капилляровъ — №№ 3, 8, 14, 15, 19, 24, 27 и др. Здѣсь обиліе мелкихъ сосудовъ настолько велико, что вся ткань матки представляется какъ бы дырчатой. Въ другомъ рядѣ — №№ 9, 14, 15, 16, 19, 22 и др. — наблюдается сильное наполненіе кровью не только мелкихъ сосудовъ и капилляровъ, но и крупныхъ. Сосуды такъ сильно наполнены кровью, что многіе изъ нихъ не выдерживаютъ напора и лопаются. Получаются экстравазаты въ ткань — №№ 4, 9, 19, 20, 24, 27 и др. О расширеніи сосудовъ и образованіи полостей уже упоминалось. Рѣзче всего выражены измѣненія болѣе крупныхъ артерій. Стѣнки этихъ сосудовъ въ большинствѣ

случаевъ представляются сильно утолщенными. Просвѣтъ часто настолько суживается, что происходитъ полное его закрытіе (см. рис. 3 табл. I). Утолщеніе сосудистыхъ стѣнокъ главнымъ образомъ выражено въ среднемъ слоѣ, въ *media*. Но по мѣстамъ наблюдается утолщеніе и *adventiti'i* и *intim'ы*. Большею частію сосудистая стѣнка утолщена равномерно, иногда же утолщеніе замѣчается въ видѣ узловъ или бугорковъ, выдающихся въ просвѣтъ сосуда. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣчается развитіе соединительной ткани въ мышечномъ слоѣ артеріальной стѣнки. Наиболѣе рѣзкія измѣненія представляютъ тѣ сосуды, гдѣ соединительная ткань, развившаяся въ *media*, подвергается гиалиновому перерожденію (см. рис. 1 и 2 табл. II). Не остается безъ измѣненія и эластическая ткань сосудовъ. Обычно въ артеріяхъ средняго калибра эластическая ткань образуетъ хорошо замѣтную эластическую оболочку — *elastica interna* и *externa* — идущую вокругъ сосуда въ видѣ непрерывнаго ободка. Въ *media* же эластическая ткань представлена въ видѣ широкопетливой сѣти тонкихъ эластическихъ волоконъ. (Штеръ¹⁾). Въ нашихъ препаратахъ рѣдко наблюдалось такое расположеніе эластической ткани. Не одинъ разъ встрѣчались сосуды, гдѣ эластическая ткань представлялась то сильно уменьшенной, то обильно развитой. Обильное развитіе эластической ткани достигало иной разъ такой степени, что весь сосудъ представлялся какъ бы окруженнымъ цѣлыми кучами ея (см. рис. 3 табл. II). Другой разъ она была еле замѣтна. *Elastica interna* въ свою очередь иногда была ясно выражена, иногда она представлялась сильно утолщенной и неравномѣрной, а иной разъ и совершенно исчезала — №№ 2, 4, 8, 19, 20, 22, 23, 24 и т. д.

¹⁾ Проф. Ф. Штеръ. Учебникъ гистологіи и микроскопической анатоміи человѣка. СПб. 1901 г.

Такимъ образомъ, мы видимъ, что дѣйствительно мышечная стѣнка міоматозныхъ матокъ представляетъ значительныя отклоненія отъ нормальнаго типа. Всѣ перечисленныя выше измѣненія показываютъ, что развитіе въ стѣнкѣ матки міоматозной опухоли не проходитъ безслѣдно для нея, а вызываетъ въ послѣдней цѣлый рядъ процессовъ, значительно измѣняющихъ ея свойства и ведущихъ къ разнаго рода разстройствамъ, которыми, вѣроятно, и могутъ быть объяснены нѣкоторыя стороны клинической картины болѣзни.

□□□□

Глава V.

Сравненіе клинической картины болѣзни съ патолого-анатомическими измѣненіями въ мышечной стѣнкѣ матки.

Какъ извѣстно, наиболѣе частымъ симптомомъ міомы являются маточныя кровотеченія. Міоматозныя больныя чаще всего и сильнѣе всего страдаютъ отъ обильныхъ и продолжительныхъ мѣсячныхъ. Иной разъ мѣсячныя принимаютъ настолько грозную картину, что женщины совершенно обессиливаются ими и приходятъ въ состояніе острой анеміи, а затѣмъ и хронической. Среди разобранныхъ нами случаевъ обильныя и продолжительныя мѣсячныя, какъ видно изъ исторіи болѣзни, были констатированы въ №№ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 25 и 26 — итого 21 разъ. Между этими больными были такія, у которыхъ мѣсячныя были обильны съ самаго начала ихъ, а именно: №№ 1, 2, 10, 11, 13, 15, 16, 19, 20 и 21 — 10 разъ. У другихъ же больныя мѣсячныя усилились послѣ того, какъ у нихъ

проявились симптомы миомы: №№ 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14, 17, 22, 25 и 26 — 11 разъ. Однако такое усиление мѣсячныхъ послѣ заболѣванія или проявленія симптомовъ миомы наблюдалось не только въ этихъ 11 случаяхъ, но и въ большинствѣ первыхъ 10-ти — №№ 2, 10, 11, 13, 16, 19 и 21, несмотря на то, что они тутъ были и такъ уже обильны и продолжительны, и только въ №№ 1, 15 и 20 этого не наблюдалось. Относительно случаевъ №№ 3, 5 и 21 нужно отмѣтить, что характеръ мѣсячныхъ здѣсь такъ измѣнился, что получились настоящія метроррагіи, продолжающіяся почти непрерывно, то усиливаясь, то ослабѣвая. Что касается случаевъ №№ 1, 15 и 20, то относительно ихъ нужно сказать, что въ № 1 мѣсячныя, хотя и обильныя, послѣ заболѣванія своего характера не измѣнили, точно также и въ № 15. Въ случаѣ № 20 наступила даже менопауза и симптомы миомы обнаружались уже послѣ наступленія климактерическаго періода.

Посмотримъ теперь, какія патолого-анатомическія измѣненія были найдены въ этихъ маткахъ. Разберемъ сначала случаи, гдѣ образовались настоящія метроррагіи — №№ 3, 5 и 21.

Въ № 3 мы находимъ, прежде всего, сильное развитие соединительной ткани, которая проникаетъ даже въ слизистую оболочку, наиболѣе же мощнаго развитія достигаетъ возлѣ сосудовъ. По мѣстамъ она вытѣсняетъ мышечные элементы и въ то же время сама подвергается слизистому перерожденію. Одновременно съ развитіемъ соединительной ткани замѣчается уменьшеніе мышечныхъ элементовъ. Сосуды мышечной стѣнки матки представляются то сильно сдавленными, то съ измѣненными стѣнками. Измѣненіе стѣнокъ заключается въ ихъ утолщеніи. Большею частію утолщена media сосудовъ, но иногда встрѣчается и утолщеніе intim'ы. Послѣдствіемъ этого является уменьшеніе просвѣта, а иногда

и полное закрытіе его. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣчается обильное развитіе мелкихъ и мельчайшихъ сосудовъ, что придаетъ ткани дырчатый характеръ. Эластическая ткань распределена въ сосудахъ неправильно и встрѣчается въ ткани матки въ довольно обильномъ количествѣ. Такимъ образомъ въ № 3 мы находимъ въ мышечной стѣнкѣ матки уменьшеніе мышечныхъ элементовъ, увеличеніе соединительно-тканныхъ, измѣненіе сосудистыхъ стѣнокъ съ облитерацией просвѣта и обильное развитіе мелкихъ сосудовъ. Со стороны эластической ткани обильное количество ея въ стѣнкѣ матки и неправильное расположеніе въ сосудахъ.

Въ № 5 обильное развитіе соединительной ткани, уменьшеніе мышечныхъ элементовъ — по мѣстамъ наблюдается какъ бы раствореніе ткани, мышечные элементы пропадаютъ и на мѣстѣ ихъ остается полупрозрачная масса, состоящая изъ обрывковъ ткани и соединительно-тканныхъ волоконъ. По мѣстамъ сильное обезображиваніе сосудовъ, стѣнка которыхъ не только пронизана соединительной тканью, но послѣдняя даже гиалинизирована. Въ нѣкоторыхъ сосудахъ intima утолщена. Со стороны эластической ткани рѣзкихъ измѣненій нѣтъ.

Въ № 21 патолого-анатомическія измѣненія мышечной стѣнки матки выражены прежде всего значительнымъ уменьшеніемъ мышечныхъ элементовъ. Мышечныя клѣтки мѣстами очень неясны и подвержены атрофіи. Среди мышечныхъ элементовъ разбросаны полости и щели. Очаги съ погибающей мышечной тканью представляются въ видѣ гнѣздъ, состоящихъ изъ полупрозрачной, безструктурной массы, среди которой замѣтны обрывки волоконъ и изрѣдка ядра клѣтокъ. Сосуды рѣзко измѣнены. Media большею частію утолщена. Утолщеніе по мѣстамъ равномерное, по мѣстамъ узловатое. Эластическая ткань распределена неправильно.

Такимъ образомъ, въ трехъ разобранныхъ случаяхъ, которые съ клинической стороны характеризовались рѣзкимъ усиленіемъ мѣсячныхъ, принявшихъ характеръ метроррагій, со стороны патолого-анатомической мы находимъ рѣзкое измѣненіе мышечныхъ элементовъ, въ смыслѣ ихъ погибанія и атрофіи, и заболѣваніе сосудовъ. Въ двухъ случаяхъ № 3 и 5 уменьшеніе мышечныхъ элементовъ шло параллельно съ развитіемъ соединительной ткани, въ № 21 этого не наблюдалось. Вслѣдствіе этого общимъ явленіемъ для всѣхъ трехъ случаевъ будетъ измѣненіе сосудовъ и мышечныхъ элементовъ.

Послѣ разбора этихъ случаевъ перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію патолого-анатомической картины тѣхъ матокъ, которыя клинически тоже характеризовались усиленіемъ мѣсячныхъ, но послѣднія не приняли характера метроррагій. Такихъ случаевъ было 15 — №№ 2, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25 и 26.

Въ № 2 по мѣстамъ замѣчается разрастаніе периваскулярной соединительной ткани и уменьшеніе мышечныхъ элементовъ. Въ нѣкоторыхъ сосудахъ отсутствуетъ *membrana limitans interna* и *externa*.

№ 4. Обильное развитіе соединительной ткани особенно вокругъ сосудовъ. Мышечная ткань уменьшена. Сосуды утолщены разрастаніемъ *medi'i*. Въ *media* наблюдается развитіе соединительной ткани. Капилляры расширены. По мѣстамъ попадаютъ кровоизліянія въ ткань. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣтно утолщеніе *membranae limitantis internaе*.

№ 6. Мышечная ткань изобилуетъ полостями и щелями вслѣдствіе расширенія лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудовъ. По мѣстамъ обильное развитіе соединительной ткани, особенно возлѣ сосудовъ. Сильное измѣненіе сосудовъ вслѣд-

ствіе утолщенія *medi'i* и *adventiti'i*. Просвѣтъ часто суживается до полного закрытія.

№ 9. Въ мышечной ткани много полостей и щелей. Въ нѣкоторыхъ препаратахъ наблюдается раствореніе мышечныхъ элементовъ и ихъ уменьшеніе. Сосуды сильно утолщены. Просвѣтъ ихъ суженъ. Иногда они наполнены кровью. Экстравазаты въ ткань.

№ 10. Мышечные элементы уменьшены. Попадаютъ мѣста, гдѣ они совсѣмъ пропадаютъ. Въ нѣкоторыхъ препаратахъ много соединительной ткани. Въ сосудахъ замѣчается закрытіе просвѣта утолщенными стѣнками. Утолщеніе сильнѣе всего выражено въ средней оболочкѣ, въ которой замѣчается иногда разрастаніе соединительной ткани. Эластической ткани много, распределена она безпорядочно. По мѣстамъ замѣчается то утолщеніе *membranae elasticae internaе*, то истонченіе.

№ 11. По мѣстамъ обильное развитіе соединительной ткани, особенно вокругъ сосудовъ. Расширеніе сосудовъ иногда до образованія полостей. Въ ткани матки замѣчается по мѣстамъ мелкоклѣточная инфильтрація.

№ 12. Уменьшеніе мышечныхъ элементовъ. По мѣстамъ разрастаніе соединительной ткани. Артеріи сплошь и рядомъ сужены до полного закрытія просвѣта. Стѣнки ихъ утолщены. Вены расширены. Громадное развитіе эластической ткани. Расположеніе ея въ сосудахъ неправильное. *Intima* по мѣстамъ имѣетъ узловатыя утолщенія.

№ 13. Уменьшеніе мышечныхъ элементовъ и разрастаніе соединительной ткани. Утолщеніе сосудистыхъ стѣнокъ и обильное количество эластической ткани.

№ 14. Со стороны мышечной ткани особенностей нѣтъ. Сосуды наряду съ нормальными попадаютъ и сильно из-

мѣненные. Многіе изъ нихъ наполнены кровью. Просвѣтъ артерій сужень. Эластической ткани много.

№ 16. Мышечные элементы уменьшены. Среди мышечной ткани много телеангіектазій и флебѣктазій. Въ артеріяхъ встрѣчается иногда полное закрытіе просвѣта. Стѣнки сосудовъ обезображены. Эластической ткани много.

№ 17. Кровоизліянія. Очень сильно измѣнены сосуды. Почти всѣ они толстостѣнны, съ суженіемъ просвѣта и съ гіалинизацией стѣнокъ.

№ 19. Мышечная ткань изобилуетъ массой мелкихъ сосудовъ, наполненныхъ кровью. По мѣстамъ встрѣчаются кровоизліянія въ ткань. Мышечные элементы атрофируются. Соединительная ткань подвергнута процессу гіалинизации. Сосуды съ сильно измѣненными стѣнками. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ замѣчается разрастаніе соединительной ткани, въ другихъ стѣнка представляется порозной.

№ 22. Мышечные элементы уменьшены. Соединительная ткань преобладаетъ и мѣстами подвержена гіалиновому перерожденію. Сосуды сужены. По мѣстамъ просвѣтъ закрытъ почти совершенно. Суженіе сосудовъ и закрытіе просвѣта происходятъ вслѣдствіе утолщенія стѣнокъ, въ которыхъ наблюдается разрастаніе соединительно-тканыхъ элементовъ. Эластической ткани много. *Membrana elastica interna* по мѣстамъ утолщена, по мѣстамъ же истончена до полного исчезанія.

№ 25. Въ мышечной ткани преобладаніе соединительно-тканыхъ элементовъ. Въ стѣнкѣ матки много мелкихъ щелей. Сосуды сильно обезображены развивающимся въ нихъ процессомъ гіалинизации. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ стѣнка представляется порозной.

№ 26. Въ мышечной стѣнкѣ матки много соединительной ткани. Сосуды утолщены. Утолщеніе происходитъ

насчетъ разрастанія *mediae*. Просвѣтъ сужень. Иногда стѣнки сосудовъ порозны. Обильное развитіе эластической ткани въ стѣнкѣ матки. *Elastica interna* часто утолщена.

Вотъ главныя особенности мышечной стѣнки матки въ вышеприведенныхъ 15-ти случаяхъ. Разбираясь въ нихъ, мы находимъ, что нѣкоторыя изъ этихъ особенностей встрѣчаются то болѣе часто, то менѣе, во всякомъ случаѣ не постоянно. Уменьшеніе мышечныхъ элементовъ наблюдается довольно часто, однако попадаютъ случаи, гдѣ констатировать эту убыль не удается. То же самое слѣдуетъ сказать и относительно соединительной ткани. Что же касается измѣненій сосудовъ, то тутъ приходится, наоборотъ, отмѣтить необыкновенную правильность и постоянство этого явленія. Среди разсмотрѣнныхъ 15-ти случаевъ нѣтъ ни одного, гдѣ бы сосуды сохранили свое нормальное строеніе. Всѣ они то въ большей степени, то въ меньшей подвержены дегенеративному процессу. Процессъ этотъ, какъ мы видѣли, состоитъ въ утолщеніи стѣнокъ, въ суженіи просвѣта иногда до полного закрытія и, вообще, характеризуется тѣми признаками и особенностями, которыя свойственны артеріосклерозу. Такимъ образомъ, склерозъ сосудовъ мышечной стѣнки матки является однимъ изъ самыхъ существенныхъ и постоянныхъ явленій, которыя пришлось намъ наблюдать во всѣхъ препаратахъ, полученныхъ отъ міоматозныхъ больныхъ, страдавшихъ обильными мѣсячными.

Но вѣдь среди разсматриваемыхъ нами матокъ только часть, правда большая, получена отъ тѣхъ больныхъ, которыя страдали обильными мѣсячными, другая же часть получена отъ больныхъ, у которыхъ кровотеченіе не играло никакой роли и показаніемъ къ операціи были другіе симптомы, иныя жалобы. Какъ тамъ обстоитъ дѣло? Какія

тамъ измѣненія? Разсмотримъ эти случаи. Сюда относятся №№ 7, 8, 18, 23, 24 и 27.

Случай № 7 представляется интереснымъ. Здѣсь со стороны больной, какъ видно изъ исторіи болѣзни, имѣлось только указаніе на боли внизу живота, которыя появлялись при работѣ. Заболѣваніе проявилось вдругъ, послѣ того какъ больной пришлось поднять какую-то тяжесть. Сразу появились боли внизу живота тянущаго характера и отдающія въ крестецъ. И вотъ съ тѣхъ поръ, какъ только больная принималась за работу, такъ сейчасъ же появлялись эти боли. Никакихъ иныхъ разстройствъ ни со стороны гениталій, ни со стороны другихъ органовъ больная не замѣчала. Мѣсячныя, какъ были въ умѣренномъ количествѣ, такъ и остались. Правда, въ послѣднее время боли стали проявляться и при ошупываніи живота, но въ другихъ отношеніяхъ онѣ не измѣнили своего характера. Посмотримъ теперь, что же такое представляла собой мышечная стѣнка матки этой больной со стороны патолого-анатомической? Мышечные элементы матки особенностей не представляютъ. Соединительной ткани немного, въ тѣхъ же мѣстахъ, гдѣ ея сравнительно порядочно, она гіалиново перерождена. Среди сосудовъ, наряду съ нормальными, встрѣчаются и значительно склерозированные. Стѣнки ихъ утолщены, просвѣтъ сильно суженъ. Intima утолщена. Эластическая ткань въ порядочномъ количествѣ, расположена неправильно. Въ *membrana elastica interna* она выражена хорошо, въ другихъ же мѣстахъ представляется въ видѣ утолщеній, глыбокъ и обрывковъ. Такимъ образомъ мы видимъ, что мышечная ткань матки въ этомъ случаѣ представляетъ тѣ особенности, что въ ней поражены склерозомъ сосуды и соединительная ткань гіалиново перерождена. Мышечные же элементы измѣненій не имѣютъ. Вмѣстѣ съ сосудами претерпѣваетъ измѣненія и эластическая ткань.

Случай № 8. Здѣсь такъ же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, со стороны больной имѣется указаніе только на боли внизу живота съ правой стороны. Мышечная стѣнка матки имѣетъ въ этомъ препаратѣ такія особенности со стороны патолого-анатомической, какихъ мы не встрѣчаемъ нигдѣ. Въ нѣкоторыхъ препаратахъ этой матки мышечная стѣнка на всемъ своемъ протяженіи пронизана цѣлой сѣтью железъ. Железы большею частью сильно растянуты и имѣютъ истонченныя стѣнки, но цилиндрической эпителий ихъ сохранился почти вездѣ хорошо. Сосуды въ значительной степени склерозированы. Стѣнки ихъ утолщены, просвѣтъ еле замѣтенъ, въ *media* разрастаніе соединительной ткани и гіалиновое перерожденіе ея. По мѣстамъ полное закрытіе просвѣта. Неправильное распредѣленіе эластической ткани.

№ 18. Случай этотъ характеризуется съ клинической стороны полнымъ отсутствіемъ какихъ бы то ни было болѣзненныхъ явленій. Около пяти лѣтъ тому назадъ больная замѣтила у себя въ животѣ опухоль. Никакихъ разстройствъ она больной не причиняла, но имѣла тенденцію къ постепенному увеличенію. Ростъ опухоли и заставилъ больную подвергнуться операціи. Со стороны патолого-анатомической наиболѣе рѣзкія измѣненія обнаружены въ сосудахъ. Склерозъ сосудовъ выраженъ сильно. Стѣнки настолько утолщены, что отъ просвѣта сохранилась едва замѣтная щель. Въ нѣкоторыхъ же мѣстахъ стѣнки представляются порозными. Многіе изъ сосудовъ наполнены кровью. Въ мышечной ткани матки много щелей и полостей, по мѣстамъ съ содержаніемъ крови. Изрѣдка замѣтно уменьшеніе мышечныхъ элементовъ. Расположеніе эластической ткани неправильное.

№ 23 аналогиченъ предыдущему. Здѣсь также полное отсутствіе какихъ бы то ни было явленій, указывающихъ

на міому. Больная даже не знала, что у нея имѣется опухоль, и только врачъ, къ которому она обратилась по другому поводу, констатировалъ у нея новообразование и посоветовалъ ей сдѣлать операцію. Въ этомъ препаратѣ микроскопически наблюдается въ мышечной стѣнкѣ матки много мелкихъ телеангіэктазій. По мѣстамъ замѣчается исчезаніе мышечныхъ и соединительно-тканыхъ элементовъ. Сосуды довольно порядочно склерозированы. *Elastica interna* хорошо выражена, но иногда замѣтно и ея истонченіе.

№ 24. Больная уже въ теченіе 10 лѣтъ знала, что она имѣетъ опухоль. Сначала опухоль не причиняла ей никакихъ разстройствъ, даже наступившій климактерическій періодъ протѣкъ хорошо и благополучно перешелъ въ менопаузу. Однако въ послѣдніе годы появились боли внизу живота и въ крестцѣ, онѣ-то и побудили больную сдѣлать операцію. При микроскопическомъ изслѣдованіи стѣнки матки въ послѣдней обнаружено порядочное количество телеангіэктазій и уменьшеніе мышечныхъ элементовъ, преимущественно тамъ, гдѣ *muscularis* сдавлена опухолью. Въ большемъ количествѣ эластическая ткань, распределеніе которой лишено всякаго порядка. Сильный склерозъ сосудовъ, иногда съ образованіемъ узловатыхъ выпячиваній въ просвѣтъ и развитіемъ въ нихъ соединительной ткани.

№ 27. Эта больная находилась въ такомъ періодѣ, когда у нея мѣсячныя начали прекращаться. Въ теченіе послѣдняго года крови приходятъ черезъ два мѣс. въ не-большомъ количествѣ по 4—5 дней. Заболѣла 1½ г. т. наз. Заболѣваніе проявляется въ томъ, что больная испытываетъ особую слабость и чувство тяжести и давленія внизу живота. Патолого-анатомическая картина стѣнки матки показываетъ значительное развитіе въ послѣдней мелкихъ сосудовъ и капилляровъ, сильно наполненныхъ кровью. Кровь по мѣ-

стамъ изливается прямо въ ткань. Порядочное количество щелей и полостей. Наиболѣе сильно измѣнены сосуды. Утолщены всѣ три слоя стѣнки, чаще же замѣчается утолщеніе *mediae*. Просвѣтъ сильно суженъ, иногда его присутствіе можетъ быть обнаружено только нахожденіемъ отдѣльных форменныхъ элементовъ крови между утолщенными стѣнками. Эластическая ткань обильна и разбросана неправильно.

Теперь мы можемъ подвести итогъ тому, что было найдено нами при микроскопическомъ изслѣдованіи въ этихъ шести случаяхъ. Здѣсь, какъ и въ предыдущихъ 15-ти, общимъ явленіемъ для всѣхъ матокъ будетъ склерозъ сосудовъ. Склерозъ выраженъ во всѣхъ маткахъ, нѣтъ ни одного препарата, какъ мы видѣли, гдѣ бы его не было. Разница только количественная. Въ однихъ случаяхъ замѣтно только утолщеніе стѣнокъ и суженіе просвѣта, а въ другихъ наблюдается уже гіалинизация стѣнокъ. Относительно № 8 мы должны отмѣтить, что тутъ, повидимому, мы имѣемъ дѣло съ адено-міомой. О сущности этого заболѣванія мы говорить не станемъ — это не относится прямо къ нашей темѣ. Упомяну, что подробно и болѣе обстоятельно вопросъ этотъ разработанъ v. Recklinghausen'омъ¹⁾. Для насъ интересно и въ этомъ случаѣ, что мышечная стѣнка матки реагируетъ на развивающееся въ ней новообразование заболѣваніемъ сосудовъ. Послѣдніе въ этой маткѣ особенно сильно поражены, тутъ какъ разъ и наблюдается гіалиновое перерожденіе стѣнокъ. Одновременно съ сосудами, конечно, происходятъ и измѣненія въ эластической ткани. Слѣдующею особенно-

¹⁾ v. Recklinghausen. Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus- und Tubenwandung. Berlin. Hirschwald. 1896.

Derselbe. Ueber die Adenomyome des Uterus und der Tuba. Wiener klin. Wochenschr. 1895. № 29.

стію, болѣе частою въ этихъ шести случаяхъ, является развитіе многочисленныхъ капилляровъ и мелкихъ сосудовъ, часто наполненныхъ кровью, и образованіе телеангіэктазій. Довольно рѣдко, наоборотъ, замѣчается уменьшеніе мышечныхъ элементовъ и разростаніе соединительной ткани. Такимъ образомъ, и здѣсь измѣненія сосудовъ превалируютъ, другія же особенности обнаруживаются не съ такой методичностью и правильною.

Чтобы покончить съ разсмотрѣніемъ особенностей мышечного слоя міоматозныхъ матокъ, полученныхъ изъ клиники проф. С. Д. Михнова, намъ надлежитъ еще остановиться нѣсколько подробнѣе на №№ 1, 15 и 20. Эти случаи были упомянуты выше, въ томъ мѣстѣ, гдѣ говорилось о маткахъ съ обильными мѣсячными. Однако, въ виду того, что въ этихъ трехъ случаяхъ мѣсячныя, бывшія обильными съ самаго начала ихъ появленія, послѣ заболѣванія не измѣнили своего характера, разборъ особенностей ихъ патолого-анатомическаго строенія остался безъ разсмотрѣнія и безъ сравненія съ клинической картиной болѣзни.

Въ случаѣ № 1 жалобъ на обильныя мѣсячныя со стороны больной не было, несмотря на наличность такого явленія. Причиной же, побудившей больную обратиться къ врачу, а затѣмъ подвергнуться и операціи, явилась опасность прерыванія беременности въ начальныхъ ея періодахъ выкидышами съ обильной потерей крови. Два раза больная была беременной и обѣ беременности окончились выкидышами, несмотря на соблюденіе самой строгой осторожности и безъ всякихъ видимыхъ причинъ. Такъ какъ причиной этого была, по объясненію врачей, міома матки и такъ какъ и въ дальнѣйшемъ нужно было ожидать того же, то больная рѣшилась подвергнуться операціи. Патолого-анатомическія особенности даннаго случая заключаются, главнымъ образомъ, въ измѣ-

неніи сосудовъ и въ обиліи полостей и щелей въ стѣнкахъ матки. Между сосудами попадаютъ какъ нормальные, такъ и измѣненные. Измѣненіе выражается въ утолщеніи стѣнокъ и въ суженіи просвѣта. Утолщена, по преимуществу, *media*, а затѣмъ *adventitia*. Иногда строеніе сосудистыхъ стѣнокъ представляется неяснымъ. Эластическая ткань въ порядочномъ количествѣ, но разбросана безъ порядка.

Случай № 15 напоминаетъ по своей клинической картинѣ № 18 и 23. Здѣсь, какъ и въ указанныхъ выше, никакихъ болѣзненныхъ симптомовъ со стороны опухоли не было. Опухоль увеличивалась, ростъ ея заставлялъ думать о беременности и вотъ больная, для выясненія этого, обратилась къ врачу. Когда была опредѣлена опухоль, больная рѣшила ее удалить. Микроскопически въ этой маткѣ также обнаружено большое количество полостей и щелей. Сосуды иногда широки, тонкостѣнны и отдѣлены отъ окружающей ткани круговою щелью, они кажутся лежащими какъ бы въ полости, иногда сильно утолщены и сужены. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ замѣтно утолщеніе *mediae* то равномерное, то неравномерное въ видѣ бугровъ, выступовъ и т. п. Въ другихъ утолщеніе выражено въ *adventiti*и. *Elastica interna* кое-гдѣ истончена до полного уничтоженія. Расширенные сосуды часто содержатъ кровь.

№ 20. Больная замѣтила у себя опухоль послѣ того, какъ прекратились мѣсячныя. Первое время, кромѣ роста, новообразование не причиняло больной никакихъ разстройствъ. Въ самое же послѣднее время стали появляться при работѣ схваткообразныя боли внизу живота. Со стороны патолого-анатомической бросается въ глаза обильное развитіе соединительной ткани и рѣзко выраженный склерозъ сосудовъ. Мышечные элементы уменьшены. Эластическая ткань обильна и разбросана въ безпорядкѣ.

Въ этихъ трехъ случаяхъ, какъ и во всѣхъ другихъ, измѣненія мышечной стѣнки міоматозной матки разнообразны и многочисленны. Мы видимъ, что тутъ также имѣются особенности и со стороны мышечныхъ элементовъ — ихъ уменьшеніе, и со стороны соединительной ткани — ея разрастаніе, и со стороны сосудовъ — склерозъ. Но и тутъ только измѣненія сосудовъ постоянны и обязательны для каждой міоматозной матки, другія же какъ бы сопутствуютъ имъ, въ однихъ случаяхъ они имѣются, въ другихъ ихъ нѣтъ.

Въ какую же теперь связь можно поставить эти измѣненія и особенности мышечной стѣнки матки другъ съ другомъ и какое взаимоотношеніе между ними и клинической картиной болѣзни? Мы знаемъ, какъ разнообразны и многочисленны страданія міоматозныхъ больныхъ. Намъ не для чего перечислять ихъ. Для нашей работы достаточно тѣхъ данныхъ, которыя мы могли почерпнуть изъ нашего матеріала. Разсматривая ихъ, мы видимъ, что и тутъ клиническая картина болѣзни отличается значительнымъ разнообразіемъ. Въ то время какъ въ однихъ случаяхъ больныя страдаютъ однимъ изъ самыхъ тяжелыхъ проявленій этой болѣзни — маточными кровотечениями со всѣми ихъ послѣдствіями — въ другихъ болѣзнь протекаетъ совершенно незамѣтно. Больныя узнаютъ о ней случайно. При сравненіи патолого-анатомической картины мышечной стѣнки матки съ клинической мы разбили нашъ матеріалъ на 4 группы. Такому порядку мы слѣдовали, руководствуясь клинической картиной болѣзни. Въ первую группу мы отнесли три случая №№ 3, 5 и 21, характеризующіеся сильными и непрерывными маточными кровотечениями, настоящими метроррагіями. Ко второй группѣ отнесены всѣ случаи, гдѣ наблюдалось усиленіе мѣсячныхъ послѣ заболѣванія или обнаруженія симптомовъ міомы — №№ 2, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25

и 26. Къ третьей группѣ отнесено 6 случаевъ, въ которыхъ мѣсячныя ничѣмъ особеннымъ не отличались и показаніемъ къ операціи были другія жалобы и соображенія. Именно: въ №№ 7 и 8 боли, въ № 18 ростъ опухоли, въ № 23 присутствіе опухоли, въ № 24 присутствіе опухоли и боли внизу живота, появившіяся послѣ наступленія климактеріума и въ № 27 чувство давленія и тяжести внизу живота. Наконецъ, въ четвертую группу отнесены тѣ случаи — №№ 1, 15 и 20, которые, хотя и отличались обильными мѣсячными, но послѣднія не измѣнили своего характера послѣ болѣзни и показаніемъ къ операціи въ № 1 было прерываніе беременности выкидышами, сопровождавшимися обильными кровопотерями, въ № 15 ростъ опухоли и въ № 20 боли внизу живота послѣ наступленія климактеріума. Соотвѣтственно этой группировкѣ мы будемъ разсматривать и патолого-анатомическую картину мышечной стѣнки міоматозной матки.

Какъ извѣстно, въ первой группѣ, въ трехъ случаяхъ съ маточными кровотечениями, со стороны патолого-анатомической нами было найдено въ стѣнкѣ матки рѣзкое измѣненіе сосудовъ и уменьшеніе мышечныхъ элементовъ. Эти особенности констатированы во всѣхъ трехъ маткахъ. Кромѣ того въ 2 случаяхъ наблюдалось и разрастаніе соединительной ткани. Если исходить изъ этихъ данныхъ, то возможно допустить, что и клиническая картина болѣзни — метроррагіи — обуславливается именно такого рода измѣненіями въ мышечной стѣнкѣ матки. Правда, имѣется довольно распространенный и достаточно обоснованный взглядъ относительно маточныхъ кровотеченій, по которому причиной ихъ является измѣненная слизистая матки. Представителями и защитниками этого взгляда являются Wyder¹⁾,

¹⁾ Wyder. Die mucosa Uteri bei Myomen. Arch. für Gyn. 1886. Bd. 29.

Uter¹⁾, Semb²⁾, Борисовъ³⁾, Campe⁴⁾ и др. Конечно, говорить о томъ, что слизистая оболочка матки при фиброміомахъ остается неизмѣненной, не приходится. Фактъ этотъ не нуждается ни въ подтвержденіи ни въ доказательствахъ. Однако приписывать слизистой оболочкѣ главную роль въ появленіи обильныхъ кровопотерь при фиброміомахъ матки едва ли возможно. Если бы измѣненія слизистой при фиброміомахъ матки были главной причиной маточныхъ кровотеченій, то, конечно, эти измѣненія всегда имѣлись бы на лицо только въ такихъ именно случаяхъ, въ маткахъ же не кровоточащихъ ихъ не было бы. Однако сказать этого нельзя.

Возьмемъ для сравненія два такихъ рѣзкихъ случая, какъ № № 3 и 8. № 3 относится къ первой группѣ, характернымъ симптомомъ которой являются метроррагіи, а № 8 къ третьей группѣ, къ которой отнесены случаи съ нормальными мѣсячными. При описаніи микроскопической картины препаратовъ № 3-го мы читаемъ: препаратъ № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Въ слизистой замѣчается обильное развитіе железъ сильно извитыхъ. Въ просвѣтахъ железъ находится излившаяся туда кровь, вслѣдствіе чего гипертрофированныя железы сильно расширены, при чемъ цилиндрической эпителий въ нихъ хорошо сохранился. Теперь со-

1) Uter. Einiges zur Pathologie der mucosa corporis Uteri. Centralbl. für Gyn. 1891.

Derselbe. Zur Pathologie der Uterusschleimhaut. Zeitschr. für Geburtsh. 1893. Bd. 25.

2) Semb. Ueber das Verhalten der Uterusschleimhaut bei Myomen. Arch. für Gyn. 1893. Bd. 43.

3) А. В. Борисовъ. Объ измѣненіи слизистой оболочки матки при фиброміомахъ въ связи съ маточными кровотечениями. Диссерт. 1895. СПб.

4) v. Campe. Ueber das Verhalten des Endometrium bei Myomen. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. 10.

отвѣтствующій препаратъ № 8-го. Препараты № 1 — поперечный разрѣзъ шейки. Въ слизистой оболочкѣ железы представляются штопорообразно извитыми, нѣкоторыя изъ нихъ образуютъ кисты порядочной величины. Между железами громадное развитіе соединительной ткани. Въ подъ-эпителиальномъ слоѣ и между железами замѣчается сильная васкуляризація. Вся ткань представляется пронизанной цѣлой сѣтью мелкихъ сосудовъ и капилляровъ. Далѣе препараты № 2-й № 3-го — стѣнка матки черезъ всю толщу безъ міоматознаго узла. Слизистая представляется истонченной. Железъ въ ней не встрѣчается. Препараты № 2-й № 8-го — стѣнка матки со слизистой. Слизистая нѣсколько сдавлена и атрофирована. Препараты № 3-й № 3-го — стѣнка матки съ опухолью. Слизистая оболочка представляется сильно пронизанной соединительно-тканными волокнами. Железъ въ ней нѣтъ. Препараты № 3-й № 8-го — стѣнка матки съ міоматознымъ узломъ и слизистой. Слизистая оболочка съ железами, цилиндрической эпителий которыхъ потерялъ свою форму, хотя расположеніе его сохранилось на обычномъ мѣстѣ, однако кое-гдѣ наблюдаются уклоненія и съ этой стороны.

Я взялъ два препарата, по своей клинической картинѣ представляющіе полную противоположность другъ другу. Для сравненія я бралъ въ нихъ по возможности соотвѣтствующіе кусочки. И что же мы видимъ? Не только рѣзкой, но никакой почти разницы въ состояніи слизистой между этими препаратами нѣтъ. Можно ли теперь говорить о томъ, что причина маточныхъ кровотеченій кроется въ состояніи слизистой? * Но такъ какъ мои заключенія и выводы могутъ показаться недостаточно обоснованными и неубѣдительными, то я могу возразить, что къ подобнымъ же выводамъ приходили и многіе другіе изслѣдователи и гинекологи, болѣе

меня компетентные и известные в литературе. Я уже в литературном отделе своей работы упоминал о взгляде Theilhaber'a на этот вопрос, теперь считаю нелишним повторить его: „Эндометрий кровоточащих миоматозных маток не отличается существенным образом от эндометрия не кровоточащих миоматозных маток“. Таким образом, признать, что обильные кровотечения миоматозных больных происходят вследствие изменения слизистой матки, не приходится. И, как я упоминал уже выше, относительно этого вопроса действительно существует другой взгляд, противоположный общераспространенному. По мнению защитников этого взгляда, причину маточных кровотечений миоматозных больных следует искать не в измененной слизистой оболочке матки, а в ее мускулатуре. Метроррагии, по мнению Theilhaber'a, происходят у миоматозных больных вследствие недостаточности маточной мускулатуры, а не вследствие изменения слизистой. Наша работа, предпринятая с целью изучения патолого-анатомической картины мышечной стѣнки матки миоматозных больных, с одной стороны, действительно, показывает, что мускулатура матки значительно страдает от присутствия в ней миомы, а с другой стороны, как мы могли убедиться на вышеуказанном примере, слизистая оболочка кровоточащих маток существенного значения в этом страданіи не имеет. Заболевания же мышечного слоя выражаются в изменении сосудов, в атрофии мышечных элементов и, отчасти, в разрастании соединительной ткани. Подобное состояние мускулатуры, конечно, ведет к ее недостаточности и в этом отношении мы можем вполне согласиться с Theilhaber'ом. Действительно, у кровоточащих миоматозных больных всегда наблюдается атрофия мышечных элементов стѣнки матки. Точно также согласуется с Theil-

haber'ом и наше заключение, что клиническая картина миоматозных больных, характеризующаяся метроррагиями, находит свое объяснение в известном патолого-анатомическом состоянии мышечной стѣнки матки. Мы не можем согласиться с Theilhaber'ом только в том отношении, что главную роль при этом играет мускулатура — мышечные элементы ее. По нашему мнению, это не так. Мы полагаем, что изменения мышечных элементов стѣнки матки у миоматозных больных явление не первичное и не первопричинное для метроррагий, а вторичное и вызывает обильные кровотечения при наличии других факторов.

Что касается второй группы наших больных, характеризующихся клинически усилением месячных послѣ зачатия или послѣ обнаружения симптомов миомы, то со стороны патолого-анатомической общим для них всех признаком в мышечной стѣнке матки будет склероз сосудов. Другія изменения, как уменьшение мышечных элементов, разрастание соединительной ткани и т. д., встречаются довольно часто, но не постоянно. Если сравнить патолого-анатомическія данныя этой группы с предыдущей, то, несмотря на некоторую разницу в клинической картинѣ их и при большом разнообразии патолого-анатомических изменений, мы все-таки находим один общий признак, который является связующим звеном между ними — это склероз сосудов.

Третья группа со стороны патолого-анатомической характеризуется, прежде всего, постоянно находимым склерозом сосудов, а затѣм обильным развитием капилляров, часто наполненных кровью. Нередко также попадались телеангиэктазии. Рѣже всего наблюдалось уменьшение мышечных элементов и развитие соединительно-тканых.

Наконец, в четвертой группѣ, как и во всех пре-

дыдущихъ, постоянно наблюдались измѣненія сосудовъ. Другія особенности маточной мускулатуры въ однѣхъ маткахъ имѣлись, въ другихъ нѣтъ.

Такимъ образомъ, на основаніи данныхъ микроскопическаго изслѣдованія, мы должны сказать, что у міоматозныхъ больныхъ въ мышечной стѣнкѣ матки, прежде всего, происходятъ измѣненія сосудовъ. Этотъ болѣзненный процессъ имѣется во всѣхъ случаяхъ, независимо отъ клинической картины болѣзни. Какими бы симптомами клинически ни обнаруживалась міома матки, микроскопически мы всегда найдемъ болѣе или менѣе ясно выраженный склерозъ маточныхъ сосудовъ. Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда міома совершенно ничѣмъ не беспокоитъ больныхъ, когда о ея присутствіи онѣ даже и не помышляютъ, патолого-анатомическое изслѣдованіе мышечной стѣнки матки показываетъ рѣзкія измѣненія сосудовъ. Повидимому этотъ процессъ появляется въ міоматозной маткѣ прежде всего. По крайней мѣрѣ, наши наблюденія и изслѣдованія насъ убѣждаютъ въ этомъ. Помимо того, что о такомъ тѣсномъ взаимоотношеніи между міомой матки и заболѣваніемъ ея сосудовъ говорятъ наши изслѣдованія, нѣкоторыя указанія на это мы находимъ также и въ литературѣ. Не только гинекологамъ, но и врачамъ другихъ специальностей уже давно извѣстенъ фактъ, что у міоматозныхъ больныхъ часто наблюдается заболѣваніе сердца. Наиболѣе обстоятельныя работы по этому вопросу принадлежатъ Fleck'y¹⁾, Strassmann'y и Lehmann'y²⁾, Kessler'y³⁾,

¹⁾ Fleck. Myom und Herzerkrankung in ihren genetischen Beziehungen. Arch. für Gyn. Bd. 71.

²⁾ Strassmann und Lehmann. Zur Pathologie der Myomerkrankung. Arch. für Gyn. Bd. 56.

³⁾ L. Kessler. Myom und Herz. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. 47. 1902.

Лингену¹⁾ и др. Работами этихъ авторовъ вопросъ о взаимоотношеніи между міомой и сердцемъ выясненъ какъ съ клинической стороны, такъ и съ патолого-анатомической. Мой глубокоуважаемый учитель, проф. К. К. Дегіо, констатируя тѣ патолого-анатомическія измѣненія сердца, которыя были найдены въ случаѣ Kessler'a, опредѣляетъ ихъ какъ Myofibrosis cordis. Какъ показываетъ уже этотъ терминъ, измѣненія эти сводятся къ разрастанію и увеличенію соединительной ткани среди мышечныхъ элементовъ. Лингенъ, указывая на связь между міомой матки и сердцемъ и перечисляя различныя объясненія этой связи, высказываетъ даже предположеніе о возможности проникновенія въ кровь какихъ-либо ядовитыхъ веществъ, вырабатываемыхъ въ міомахъ. Если, такимъ образомъ, усматривается связь между заболѣваніемъ сердца и міомой матки, то, конечно, вполне естественно допустить, что прежде всего міома оказываетъ вліяніе на тѣ сосуды, которые находятся на мѣстѣ ея развитія. И дѣйствительно, фактъ этотъ извѣстенъ всѣмъ: всякій, кто только занимался изученіемъ вопроса о міомахъ матки, всегда указывалъ на заболѣваніе сосудовъ ея. Приводитъ подробныя данныя по этому вопросу нѣтъ надобности, я только укажу нѣсколько именъ, уже мною цитированныхъ выше: проф. Губаревъ, проф. Fritsch, Theilhaber и др. Однако, хотя этотъ фактъ давно извѣстенъ, ему, по моему мнѣнію, не придавали того значенія, которое онъ имѣетъ. Въ самомъ дѣлѣ, если въ маткѣ происходитъ заболѣваніе сосудовъ, то, помимо того, что уже это явленіе, само по себѣ, должно сопровождаться извѣстными болѣзненными симптомами, оно сейчасъ же оказываетъ вліяніе и на окружающую ткань. Въ окружающей

¹⁾ Л. К. Лингенъ. Докладъ въ Акуш.-Гинек. Общ. въ СПБ. Журн. Акуш. и Женск. болѣзн. 1905 г.

ткани, т. е. въ мускулатурѣ матки, происходитъ уменьшеніе мышечныхъ элементовъ, разрастаніе соединительной ткани, различные дегенеративные процессы въ послѣдней и т. д., и т. д. Поэтому и такое явленіе, какъ, напр., маточныя кровотеченія міоматозныхъ больныхъ, нужно разсматривать не какъ слѣдствіе измѣненія слизистой или недостаточности маточной мускулатуры, а какъ слѣдствіе склероза сосудовъ. Склерозъ сосудовъ, сущность котораго состоитъ въ измѣненіи сосудистыхъ стѣнокъ — ихъ хрупкости, ломкости, недостаточной сократимости, — ведетъ и къ уменьшенію мышечныхъ элементовъ матки, и къ разрастанію соединительной ткани, и къ измѣненію слизистой, словомъ — создаетъ такія условія, при которыхъ вполнѣ возможны и легко понятны маточныя кровотеченія. Конечно, каждое изъ этихъ условій способно вызвать сильныя кровотеченія; мы знаемъ, какія, напримѣръ, кровотеченія бываютъ при эндометритѣ, или при атоніи маточной мускулатуры, также при склерозѣ сосудовъ, но у міоматозныхъ больныхъ, какъ показываютъ наши изслѣдованія, склерозъ сосудовъ является первичнымъ факторомъ, а остальные измѣненія уже суть послѣдствія его и только совокупность всѣхъ ихъ ведетъ къ метроррагіямъ. Въ зависимости отъ того, насколько рѣзко выражены измѣненія мышечной стѣнки матки, получается та или иная картина болѣзни. Если склерозъ сосудовъ и уменьшеніе мышечныхъ элементовъ, этихъ двухъ важнѣйшихъ составныхъ частей маточной мускулатуры, выражены въ значительной степени, то получается и болѣе тяжкая картина болѣзни. Если склерозъ сосудовъ не сопровождается уменьшеніемъ маточной мускулатуры или послѣднее выражено въ слабой степени, то и клиническая картина болѣзни не принимаетъ тяжелаго характера и не сопровождается такими сильными кровотечениями, какъ въ первомъ случаѣ. Я разсматриваю

здѣсь только взаимоотношеніе между маточными кровотечениями и состояніемъ мышечной стѣнки матки и для объясненія причинной зависимости маточныхъ кровотеченій отъ склероза сосудовъ матки, при наличности другихъ измѣненій въ ней, привелъ достаточно данныхъ. Относительно же другихъ сторонъ клинической картины міомы и о связи ихъ съ патолого-анатомическимъ состояніемъ мышечной стѣнки матки говорить много не приходится. При другихъ симптомахъ міомы — чувство давленія, боли, разстройство мочеиспусканія и т. п. — связь эта и взаимоотношеніе гораздо меньше. Въ этихъ случаяхъ на сцену выступаютъ другіе факторы — положеніе опухоли, ея ростъ, давленіе на нервныя стволы и сплетенія и т. п. — и тутъ уже въ нихъ слѣдуетъ искать причину болѣзненныхъ явленій. Конечно, и въ этихъ случаяхъ и даже въ совершенно безсимптомныхъ міомахъ мышечная стѣнка матки представляется уже измѣненной — склерозъ сосудовъ имѣется на лицо — однако тяжесть страданія зависитъ не отъ этого, а отъ другихъ, перечисленныхъ выше, причинъ. И только тогда, когда склерозъ маточныхъ сосудовъ достигъ извѣстной степени и произвелъ въ стѣнкѣ матки значительныя измѣненія, на сцену выступаетъ новый признакъ — кровотечения. Теперь картина болѣзни мѣняется: на первый планъ выступаютъ маточныя кровотечения, и зависимость ихъ отъ состоянія мышечной стѣнки матки остается внѣ сомнѣнія и легко понятна.

Мнѣ остается сказать еще нѣсколько словъ о препаратахъ, полученныхъ не изъ клиники проф. С. Д. Михнова. Ихъ четыре. Двѣ матки нормальныя и двѣ міоматозныя, полученныя путемъ вскрытія изъ Патолого-Анатомическаго Института проф. В. А. Афанасьева. О нормальныхъ маткахъ говорить нечего, анатомическое состояніе ихъ стѣнокъ извѣстно. Что же касается міоматозныхъ матокъ № 28 и 29,

то тутъ нужно сказать, что микроскопически мы нашли въ нихъ тѣ же измѣненія, которыя, вообще, свойственны маткамъ, переставшимъ функціонировать. Обѣ больныя находились въ такомъ возрастѣ — № 28 — 60 л. и № 29 — 77 л., когда матка находится уже въ состояніи старческой атрофіи. Здѣсь наблюдалась въ высокой степени выраженная атрофія мышечныхъ элементовъ, гіалиновое перерожденіе соединительной ткани и склерозъ сосудовъ съ гіалинизацией ихъ стѣнокъ. Правда, это такія явленія, которыя мы наблюдали въ болѣе слабой степени и въ предыдущихъ 27-ми случаяхъ. Однако въ этихъ 27-ми случаяхъ наши больныя находились большею частію въ среднемъ возрастѣ, съ маткой фізіологически функціонирующей, и тамъ мы имѣли подъ рукой анамнезъ и исторію болѣзни, такъ что измѣненія въ стѣнкахъ матки съ полнымъ основаніемъ были объяснены присутствіемъ міомы. Здѣсь же, въ 2-хъ случаяхъ, при отсутствіи анамнеза и при такомъ возрастѣ больныхъ, можно думать, что міома матки особенно сильныхъ разстройствъ больнымъ не причиняла и если теперь стѣнка матки представляется такъ сильно измѣненной, то это произошло не отъ міомы, а отъ возраста больныхъ. Во всякомъ случаѣ, нужно отмѣтить одинъ любопытный фактъ. Мы, конечно, всѣ прекрасно знаемъ, что наступленіе климактеріума сопровождается довольно часто неправильными мѣсячными. Неправильность выражается не только несвоевременнымъ появленіемъ ихъ, но часто и значительнымъ усиленіемъ. Извѣстно также и то, что одновременно съ этимъ въ маткѣ происходятъ различные дегенеративные процессы, ведущіе этотъ органъ къ старческой атрофіи. Тамъ наблюдается уменьшеніе мышечныхъ элементовъ, разрастаніе соединительной ткани, сморщиваніе ея, гіалинизация, склерозъ и запускъ сосудовъ и т. п. Тѣ же самыя измѣненія, какъ мы уже имѣли возможность убѣ-

диться, происходятъ и въ міоматозныхъ маткахъ. Измѣненія въ мышечной стѣнкѣ матки въ климактерическомъ періодѣ сопровождаются кровотечениями, то же самое наблюдали мы и въ изслѣдованныхъ нами міоматозныхъ маткахъ. Эта аналогія съ особенною яркостью подтверждаетъ какъ тѣ объясненія, которыя мы дали, опредѣляя причину метроррагій міоматозныхъ больныхъ, такъ и тѣ измѣненія въ мышечной стѣнкѣ матки, которыя были описаны нами.

□□□□

Выводы.

На основаніи данныхъ изученія патолого-анатомическаго состоянія мышечной стѣнки матки при міомахъ считаю возможнымъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. Присутствіе міомы въ маткѣ не проходитъ безслѣдно для послѣдней, а сопровождается въ мышечной стѣнкѣ ея цѣлымъ рядомъ дегенеративныхъ процессовъ, что, въ свою очередь, оказываетъ вліяніе на характеръ клинической картины болѣзни.
2. Всѣ составныя части мышечной стѣнки матки — мышечные элементы, соединительная ткань, эластическая, сосуды — подъ вліяніемъ міомы подвергаются то большому, то меньшему измѣненію. Это разнообразіе патолого-анатомическихъ измѣненій, ихъ сила и совокупность, придаютъ клинической картинѣ болѣзни то болѣе, то менѣе тяжелый характеръ.
3. Наиболѣе частымъ страданіемъ мышечной стѣнки матки при міомахъ является склерозъ сосудовъ.
4. Склерозъ сосудовъ матки, кромѣ частоты и постоянства, долженъ быть поставленъ основнымъ и первичнымъ заболѣваніемъ мышечной стѣнки міоматозной матки.

5. Подъ вліяніемъ развивающагося въ міоматозной маткѣ склероза сосудовъ происходятъ и всѣ остальные измѣненія въ мышечной стѣнкѣ ея.

6. Маточныя кровотеченія міоматозныхъ больныхъ имѣютъ своимъ источникомъ измѣненную мышечную стѣнку матки и въ ней на первомъ планѣ заболѣваніе сосудовъ.

□ □ □

Заканчивая свою работу, съ глубокимъ чувствомъ радости и благодарности вспоминаю о томъ чисто дружескомъ и сердечномъ отношеніи, которое проявили ко мнѣ мои бывшіе товарищи по клиникѣ П. М. Калнынь, В. И. Ильинскій и А. Л. Когеръ. Интересъ, съ которымъ они слѣдили за ходомъ моей работы, ихъ постоянная готовность помочь мнѣ словомъ и дѣломъ, нравственная поддержка, которую я неизмѣнно находилъ въ нихъ — все это вызываетъ во мнѣ чувство безграничной признательности и благодарности.

Ассистенту Патолого-Анатомическаго Института А. О. Вальдесу приношу глубокую благодарность за приготовленіе рисунковъ и за проявленную имъ отзывчивость ко мнѣ.

□ □ □

Положенія.

1. Осмотръ проститутокъ, какъ онъ производится теперь, не достигаетъ преслѣдуемой цѣли. Въ интересахъ общества и самихъ проститутокъ все это дѣло должно быть реорганизовано на новыхъ началахъ и производиться въ больницахъ, хорошо оборудованныхъ какъ для цѣлей діагноза, такъ и лѣченія.

2. Встрѣчаются случаи эклямпси, происхожденіе которыхъ трудно объяснимо съ точки зрѣнія существующихъ теорій объ этиологіи этой болѣзни.

3. Операція abrasio, часто производимая въ настоящее время въ частныхъ квартирахъ въ неподходящихъ условіяхъ, даетъ значительный процентъ различныхъ осложненій. Въ виду этого производство ея должно быть отнесено всецѣло къ такого рода врачебной помощи, которая должна совершаться въ специальныхъ больницахъ, въ соотвѣтствующей обстановкѣ.

4. Если акушерская помощь въ настоящее время приносить дѣйствительно цѣнные результаты въ селахъ и деревняхъ земской Россіи, то относительно помощи гинекологической сказать этого нельзя.

5. При заболѣваніи червеобразнаго отростка иногда наблюдается невыясненная пока связь между приступами этой болѣзни и физиологической функціей женскихъ половыхъ органовъ.

6. При приѣмѣ испытуемыхъ въ общины сестеръ милосердія Краснаго Креста должно быть обращено вниманіе на общеобразовательный цензъ ихъ, который долженъ приближаться, по крайней мѣрѣ, къ курсу 4-хъ классовъ женскихъ гимназій.

□ □ □

Указатель литературы.

1. Acconci. Contribution à l'étude de l'anatomie et de la physiologie de l'uterus gravis. Arch. de Tocologie. 1890. V. 17. Paris.
2. Balin. Ueber das Verhalten der Blutgefäße im Uterus nach stattgehabter Geburt. Arch. für Gyn. Bd. 15. H. 2.
3. Bertelsmann. Ueber das mikroskopische Verhalten des Mesometriums bei pathologischen Vergrößerungen des Uterus mit besonderer Berücksichtigung der Muskelzellen. Arch. für Gyn. Bd. 50.
4. Борисовъ А. В. Объ измѣненіи слизистой оболочки матки при фиброміомахъ въ связи съ маточными кровотечениями. Диссерт. 1895. СПб.
5. Бухштабъ А. Эластическая ткань въ Фаллопиевыхъ трубахъ женщинъ при нормальномъ и патологическомъ состояніи. Диссерт. 1896. СПб.
6. Вольтке. Гистологическое изслѣдованіе упругой ткани въ маткѣ и яичникѣ. Мед. Обозр. 1900. Май.
7. Wyder. Die mucosa Uteri bei Myomen. Arch. für Gyn. 1886. Bd. 29.
8. Hitschmann F. und Adler L. Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der normalen und entzündeten Uterusmucosa. Die Klinik der Endometritis mit besonderer Berücksichtigung der unregelmässigen Gebärmutterblutungen. Arch. für Gyn. Bd. 100. H. 2.
9. Губаревъ А. П. проф. Оперативная гинекологія. 1910. Изд. Практ. Мед.

10. Давыдовъ. Къ вопросу объ измѣненіи эластической ткани матки при самопроизвольныхъ разрывахъ ея во время родовъ и беременности. Диссерт. 1895. СПб.

11. Dieterich. Ueber das Verhalten der Muskulatur des Uterus unter pathologischen Verhältnissen. Prag. Zeitschr. für Heilkunde. Bd. 10. H. 1.

12. Dittel. Ueber die elastischen Fasern der Gebärmutter. Wien. Klinisch. Rundsch. 1896. № 26 и 27.

13. Döderlein A. проф. и Krönig проф. Оперативная гинекологія. Перев. съ нѣмецк. В. М. Островскаго. 1907.

14. Dührssen. Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis uteri. Arch. für Gyn. 1891. Bd. 41. H. 2.

15. Ивановъ Н. З. Объ эластической ткани въ маткѣ во время беременности. Журн. Акуш. и Женск. болѣзн. 1901.

16. v. Campe. Ueber das Verhalten des Endometrium bei Myomen. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. 10.

17. Kessler L. Myom und Herz. Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. 47. 1902.

18. Küstner O. проф. Краткій учебникъ гинекологіи. СПб. 1910.

19. Лингенъ Л. К. Докладъ въ Акуш.-Гинек. Общ. въ СПб. Журн. Акуш. и Женск. болѣзн. 1905.

20. Meyer. Veit. Handbuch der Gynäkologie.

21. Nagel W. Гинекологія 1900. СПб.

22. Никифоровъ М. проф. Микроскопическая техника. 1909.

23. Новиковъ А. М. Къ клиникѣ и хирургіи міомъ. Труды второго съѣзда Общества російскихъ Акушеровъ и Гинекологовъ.

24. Pick. Ueber das elastische Gewebe in der normalen und pathologisch veränderten Gebärmutter. Samml. klinisch. Vorträge. № 283. 1900.

25. Pollack E. Ueber das Verhalten der Gebärmutter-schleimhaut bei Myomen. Beitr. zur Geb. u. Gyn. Bd. 1. p. 405.

26. Pozzi. Lehrbuch der klin. und operativen Gynäkologie.

27. v. Recklinghausen. Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus- und Tubenwandung. Berlin. Hirschwald. 1896.

28. Derselbe. Ueber die Adenomyome des Uterus und der Tuba. Wiener klin. Wochenschr. 1895. № 29.

29. Reinicke. Die Sclerose der Uterinarterien und die klimakterischen Blutungen. Arch. für Gyn. Bd. 53.

30. Semb. Ueber das Verhalten der Uterusschleimhaut bei Myomen. Arch. für Gyn. 1893. Bd. 43.

31. Славянскій К. проф. Частная патологія и терапия женскихъ болѣзней. Т. 1.

32. Strassmann und Lehmann. Zur Pathologie der Myom-erkrankung. Arch. für Gyn. Bd. 56.

33. Schmorl. Die pathologisch-anatom. Untersuchungsmethoden. Изд. 3. 1905.

34. Theilhaber A. und Hollinger. Die Ursachen der Blutungen bei Uterusmyomen. Arch. für Gyn. Bd. 71.

35. Theilhaber A. und Anton Meier. Die Varitationen im Bau des Mesometriums und deren Einfluss auf die Entstehung von Menorrhagien und von Fluor. Arch. für Gyn. Bd. 66.

36. Derselbe. Die Ursachen der präclimakterischen Blutungen. Arch. für Gyn. Bd. 62.

37. Uter. Einiges zur Pathologie der mucosa corporis Uteri. Centralbl. für Gyn. 1891.

38. Derselbe. Zur Pathologie der Uterusschleimhaut. Zeitschr. für Geburtsh. 1893. Bd. 25.

39. Fehling. Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

40. Fleck. Myom und Herzerkrankung in ihren genetischen Beziehungen. Arch. für Gyn. Bd. 71.

41. Foerster F. Fibromyoma Uteri im Klimakterium und nach der Menopausa. Neujork. med. Wochenschr. цитир. по Centralbl. für Gyn. 1906.

42. Fritsch H. проф. Женскія болѣзни. Пер. съ нѣмецк. д-ра В. Ф. Зибольда.

43. Холмогоровъ С. прив.-доц. Sclerose der Uterinarterien. Monatschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. 11.

44. Широкогоровъ И. И. Адреналиновый склерозъ артерій. 1907. Диссерт. Юрьевъ.

45. Штеръ Ф. проф. Учебникъ гистологіи и микроскопической анатоміи человѣка. СПб. 1901.

□ □ □

Объясненія къ рисункамъ.

Таблица первая.

Рис. 1. Дно матки со слизистой. № 1-й препарат. № 4. Образование полостей и щелей въ мышечной стѣнкѣ міоматозной матки. Окраш. по van Gieson'y. Leitz. Объективъ 3. Окуляръ 1.

c — полости въ стѣнкѣ матки, *f* — щель тамъ же, *u* — ткань матки.

Рис. 2. Задняя стѣнка матки. № 23 препарат. № 2. Образование болѣе мелкихъ полостей и щелей въ мышечной стѣнкѣ матки. Окраш. по van Gieson'y. Leitz. Объективъ 3. Окуляръ 1.

f — щели въ стѣнкѣ матки, *u* — ткань матки.

Рис. 3. Дно матки съ міоматознымъ узломъ. № 7 препарат. № 4. Утолщеніе сосудистыхъ стѣнокъ и суженіе просвѣта до полного его закрытія. Окраш. по van Gieson'y. Leitz. Объективъ 3. Окуляръ 4.

o — закупорка просвѣта, *m* — утолщенная media *s* — суженіе просвѣта.

Таблица вторая.

Рис. 1. Задняя стѣнка матки. № 28 препарат. № 4. Гиалиновое перерожденіе стѣнокъ сосудовъ. Окраш. по van Gieson'y. Leitz. Объективъ 3. Окуляръ 1.

h — гиалиново перерожденная стѣнка сосуда, *o* — закупорка просвѣта, *m* — media.

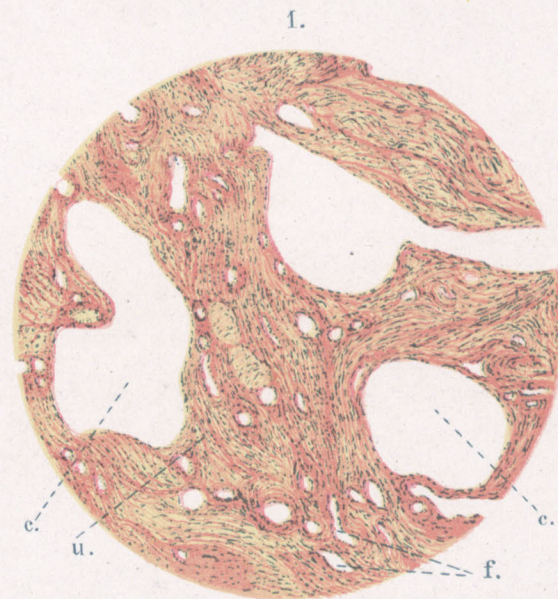
Рис. 2. Стѣнка матки съ опухолью. № 10 препар. № 3. Стѣнка сосуда съ гіалиновымъ перерожденіемъ. Окраш. по van Gieson'у. Leitz. Объективъ 7. Окуляръ 1.

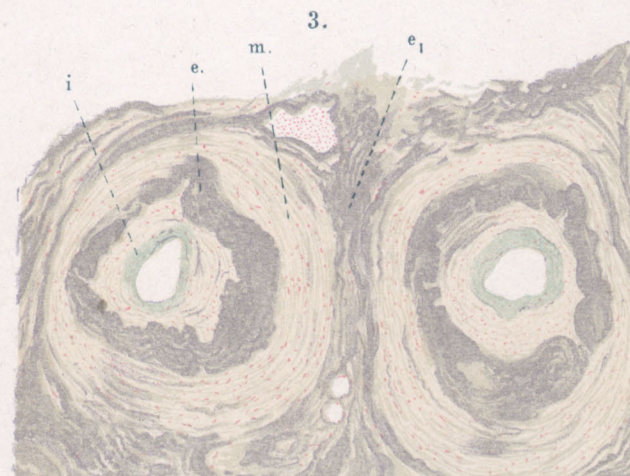
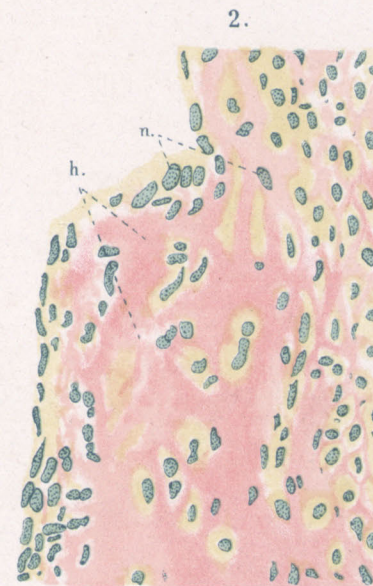
h — гіалиновое перерожденіе стѣнки сосуда, *n* — ядра клѣтокъ.

Рис. 3. Задняя стѣнка матки. № 28 препар. № 4. Измѣненія со стороны эластической ткани — ея увеличеніе и неправильное распредѣленіе въ сосудахъ. Окраш. по Weigert'у Leitz. Объективъ 3. Окуляръ 4.

i — intima, *m* — media, *e* — elastica interna, *e*¹ — увеличеніе эластической ткани.

□ □ □





Curriculum vitae.

Лука Гавріиловичъ Горуновичъ родился въ г. Ромнахъ Полтавской губерніи. Первоначальное образованіе получилъ въ Духовномъ Училищѣ, по окончаніи котораго перешель въ Полтавскую Духовную Семинарію. Въ 1900 году окончилъ по первому разряду Семинарію и въ этомъ же году поступилъ на медицинскій факультетъ Императорскаго Юрьевскаго Университета. По окончаніи Университета въ 1907 году со степенью лѣкаря съ отличіемъ былъ зачисленъ сверхштатнымъ ассистентомъ въ Акушерско-Гинекологическую клинику Импер. Юрьевск. Унив.

Будучи студентомъ, а затѣмъ и врачомъ, работалъ въ каникулярное время въ земствахъ Полтавской и Волынской губ. Съ 1910 года перешель изъ Акушер.-Гинеколог. клиники на службу въ г. Ревель, гдѣ и по настоящее время состоитъ сверхштатнымъ ординаторомъ больницы Эстляндскаго Приказа Общественнаго Призрѣнія въ качествѣ завѣдующаго Родильнымъ отдѣленіемъ. Въ мѣстной общинѣ сестеръ милосердія Краснаго Креста состоитъ съ 1911 года врачомъ-преподавателемъ.

Въ 1910—1911 году выдержалъ экзаменъ на степень доктора медицины.

Изъ литературныхъ работъ написана статья „Къ вопросу о вентрофиксаціи матки“ въ Журн. Акуш. и Женск. болѣзней.

Настоящую работу подъ заглавіемъ „Къ вопросу о патолого-анатомическомъ состояніи мышечной стѣнки матки при фиброміомахъ“ представляетъ въ Медицинскій Факультетъ Импер. Юрьевск. Университета въ качествѣ диссертации для соисканія степени доктора медицины.

Замѣченныя опечатки.

				Напечатано.	Слѣдуетъ читать.
Страница	19, строка	17, датки			матки
"	19,	"	19, попомечный		поперечный
"	36,	"	4, въ послѣднее		въ послѣднее
"	36,	"	9, кровеобращанія		кровеобращенія
"	38,	"	5, наряду		на ряду
"	42,	"	7, выдѣляется		выдѣляется
"	53,	"	24, наряду		на ряду
"	85,	"	17, Ткань это		Ткань эта
"	105,	"	32, наряду		на ряду
"	108,	"	22, "		" "