

тологической регенерации зависит, по нашему мнению, также и от того, что при производстве эксцизии мы вызывали кровотечение из застойного органа, т. е. пользовались методом лечения дренажем при отеках (насечки).

Лечение сухим тампоном давало лучшие результаты, чем контрольная репозиция; это отчасти зависело, по нашему мнению, от того, что тампон, являясь инородным телом, производил раздражение язвенной поверхности и вызывал усиление выделений с поверхности язвы. Выделения, оставаясь во влагалище в течение двух суток, разлагались и действовали благоприятно на заживление язвы благодаря ферментативным свойствам распада гнойных клеток (Геблер)

**Выводы:** 1) В механизме происхождения пролежня шейки матки при проляпсах играют главную роль: а) сдавливание и перекручивание сосудов и нервов, расположенных в широких связках и имеющих прямое отношение к трофике слизистой и подслизистой тканей шейки матки, в) ангидроз и эпидермизация слизистой, с) отек подслизистых тканей шейки.

2) Благоприятный эффект лечения пролежня зависит от следующих моментов: от возвращения матки во влагалище и восстановления благодаря этому нормального кровообращения, от стимуляции болезненного процесса средствами, действующими как раздражители на нервно-сосудистую и ретикуло-эндотелиальные системы; от возвращения слизистой оболочке, путем репозиции матки, ее биологических свойств.

3) Лучшими эффективно-действующими способами лечения оказались по нашим клинико-экспериментальным наблюдениям новокаин-рингеровский блок и эксцизия в области здоровой ткани и пролежня.

Поступила в ред. 25/V 1938.

Из акушерско-гинекологической клиники (завед. проф. Н. И. Горизонтов)  
Новосибирского института усовершен. врачей.

## **О нагноительно-перфоративном осложнении яичниковых дермоидов с участием мочевого пузыря.**

Доц. А. К. Шарнин.

Клиническая диагностика дермоидов яичника, как правило, лишена опорных моментов, позволяющих с достоверностью распознавать эту группу новообразований. Некоторые особенности в клиническом течении дермоидов яичника (расположение в пузырно-маточном пространстве, выраженная подвижность) не могут быть определены как характерные черты только этих опухолей и, следовательно, утрачивают свою диагностическую ценность. Лишь в тех относительно редких случаях, когда удается пальпаторно констатировать плотный, подчас твердый участок в стенке кистовидной яичниковой опухоли,

диагноз дермоида приобретает наибольшую убедительность. Но для этого необходимо наличие ряда таких благоприятных условий, как выраженность костно-хрящевой ткани в области паренхиматозного бугорка, относительно устойчивое положение опухоли с обращенным в сторону брюшной стенки уплотненным участком, отсутствие сочетания дермоидов с другими кистовидными опухолями и достаточная величина дермоида. Эта сравнительно весьма редкая комбинация указанных моментов наблюдалась в нашей клинике всего 2 раза на 57 случаев яичниковых дермоидов.

Клинический опыт свидетельствует, что дермоидные кисты яичников, вполне доброкачественные по своей природе, сравнительно часто обнаруживают склонность к злокачественному перерождению (в 2—9%—Кермаунер, Франкэ, Груздев, Гроздов, Соколов) и нередко являются источником ряда серьезных осложнений с участием соседних органов, в частности—нагноения их содержимого. Возникновению этого, наиболее частого для подобного рода опухолей осложняющего их течение процесса (до 14—25%—Гект, Аронсон), почти неизбежного для новообразования, длительно находящегося среди кишечных петель, при наличии пониженного питания и обычных в таких условиях сращений с кишечным трактом, способствует несомненно характер содержимого дермоидов яичника (Груздев, Майер). Вместе с тем, не являясь продуктом воспалительного процесса, эти новообразования до известного момента, почти как правило, обладают той или иной подвижностью и, следовательно, подвержены всем возможностям перекручивания их ножки. Подобный процесс нередко дает клиническую картину с бурным течением типа „острого живота“.

Отсюда становятся понятными подчас исключительно сложные внутрибрюшные топографические взаимоотношения, с которыми приходится встречаться хирургу при наличии нагноившегося яичникового дермоида, и многообразие соотношений этих опухолей с окружающими их органами и тканями в результате нагноительно-перфоративного процесса. Часто описываются случаи перфорации дермоидов в толстый кишечник с рядом симптомов вплоть до выхода волос из заднепроходного отверстия (Оттов) и вторичных осложнений в форме полипообразного выпячивания в просвет кишечника (Данцель, Салманов, Снайерс, Дьюнз) и даже выхода наружу (Глауттон) и полного отшнурования опухоли (Гонигманн, Штраус). При нагноении эти опухоли могут также прорываться в тонкий кишечник (Мавродэн, Сцатмари, Пойзнэр и др.), в трубы (Майер), в матку (Шонхольц), влагалище (Липперт, Германи, Майер, Язинский, Мюнде, Мантель, Вертгейм, Сцемик) и, наконец, в брюшную стенку (Мур, Аманн, Кромани). Описаны и более сложные взаимосвязи нагноившегося яичникового дермоида с окружающими органами типа двойной перфорации в различные петли кишечника (Сцатмари), в брюшную стенку и кишечную петлю (Штрассман), в брюшную стенку и мочево́й пузырь (Ларрей) и в тонкокишечную петлю и мочево́й пузырь (Майеда и Слимагава).

Между тем как участие мочеочечников в нагноительно-перфоративном процессе со стороны яичниковых дермоидов не отмечено в литературе, мочево́й пузырь оказывается наиболее заинтересованным в этом процессе отделом мочево́й системы. Объяснить это следует анатомической близостью его к маточным придаткам и относительной частотой расположения дермоидов в переднем тазовом полукольде. Судя по некоторым указаниям (Сцатмари), в зарубежной литературе приводится описание около 50 сл. дермоидно-пузырных нагноительных свищей, в частности сл. Гейра, Штёккеля, Бейтнера, Подзи, Панкова, Тонэлло, Веллэ, Дункана, Ле Жандра.

В отечественной литературе сравнительно много внимания посвящено различным сторонам вопроса о перфорациях в мочево́й пузырь гнойных параметритов

и воспалительных придатковых опухолей (Гораш, Лисовская, Сафонов, Кукуевский, Сердюков, Фронштейн, Мажбиц); но об аналогичных осложнениях в отношении дермоидных яичниковых кист доступная нам русская литература представлена лишь несколькими отдельными сообщениями.

На VI съезде хирургов (1936) Красинцев сообщил о случае дермоидно-пузырного нагноительного соустья с отхождением волос при мочеиспускании, диагностированном как опухоль пузыря. После безуспешного эндовезикального вмешательства, автор удалил опухоль трансвезикально с резекцией пузыря в месте соустья. Аналогичные случаи с наличием волос в полости пузыря описаны Лисовской и Линде (диагноз установлен цистоскопией, в обоих случаях успешно радикальная операция). Файн приводит случай прорыва яичникового дермоида в мочевой пузырь с выходением через уретру пучка волос при картине выраженной воспалительной реакции со стороны полового аппарата.

В нашей клинике за 10 лет ее существования наблюдались три случая перфорации нагноившегося яичникового дермоида в мочевой пузырь, что составляет в отношении прошедших за эти годы дермоидных овариальных кист 5,3% (3 на 57 сл.).

1. Больная Д., 26 лет, принята в октябре 1929 г. с жалобами на приступы болей в левой паховой области и на периодическую пиурию. Бимануальное и эндовезикальное обследование обнаружило нагноившуюся кисту левого яичника величиною с головку доношенного ребенка с перфорацией в мочевой пузырь в области верхне-заднего сегмента левой половины его. При операции обнаружены довольно рыхлые сращения дермоидной опухоли с брюшной стенкой, салынком, тазовой брюшиной и петлями тонкого и толстого кишечника. Ножка опухоли перекручена на 90°. По удалении кисты свищевой ход пузырьной стенки закрыт 2-этажным узловатым кетгутовым швом. Тазовая полость, загрязненная небольшим количеством излившегося содержимого кисты, протерта эфиром и дренирована из области маточно-пузырного пространства через брюшностеночный разрез.

Постоянный катетер на 7 суток. Послеоперационное течение лихорадочное. Выписана на 20-е сутки с нормальной температурой, с гранулирующим дефектом в области брюшностеночного рубца в месте дренажа.

Образовавшаяся здесь впоследствии грыжа устранена операцией в сентябре 1930 г. Через 7 лет (XII 36 г.) обследование больной обнаружило, что функция мочевого пузыря восстановилась. Моча прозрачная. Около двух лет беспокоят явления дисменореи и временами дизурия. Клетчатка левой широкой связки уплотнена, значительно болезненна. Цистоскопия: слизистая пузыря без особенностей, емкость его—225 см<sup>3</sup>; в месте бывшего свища незначительный неправильно-продолговатых очертаний участок беловатого цвета, со слабым кровоснабжением. Непосредственная окружность этого участка заметно васкуляризирована; устья мочеточников нормальны; Внутримышечно введенная краска выделяется слева через 8 мин., справа—через 14 мин.; струя интенсивная, хорошо окрашенная. Больная направлена на амбулаторное консервативное гинекологическое лечение.

1) Больная К-ва, 21 г., девица, принята в клинику в октябре 1933 г. с диагнозом опухоли левого яичника, прорвавшейся в мочевой пузырь. Функции половой сферы без каких-либо особенностей. Около 1½ лет тому назад, через 2 месяца после брюшнотифозного процесса, начались гипогастральные боли, лихорадочное состояние (до 40°), метеоризм и дизурические явления, вынудившие больную пролежать около 2 недель в постели. Однажды во время физического напряжения больная обнаружила при императивном позыве к мочеиспусканию значительную примесь гноя в моче и вскоре после этого отметила значительное ослабление прежде выраженных болезненных явлений и падение температуры. Часто повторение пиурии, поллакиурии и болей в низу живота, побуждало больную неоднократно обращаться к врачу, и только через 1½ года с начала болезни эндовезикальное обследование урологом выяснило сущность процесса. Цистоскопия: разлитой подострый цистит и наличие свищевого хода в лево-задней стенке пузыря с выходением гноя через него, особенно при надавливании на внутритазовую опухоль через брюшную стенку.

1) Случай подробно описан в сборнике проф. Н. И. Горизонтова, 1935.

Наличие плотных участков на фоне туго-эластической консистенции опухоли размером с головку новорожденного заставило предположить дермоидный характер яичникового новообразования. Операция подтвердила это и обнаружила прочные плоскостные сращения опухоли с брюшной стенкой, сальником, дном матки, мочевым пузырем, сигмой и смещенными левыми придатками. Освобождение опухоли трудное, без осложнений. Свищ после освежения краев закрыт 3-этажным кетгутовым швом и перитонизирован пузырной брюшиной. Марлевый дренаж через брюшную стенку. Постоянный катетер на 1 суток. В течение 2 1/2 недель лихорадочное состояние (до 38,3°).

Выписана через 2 месяца после операции с гранулирующим дефектом в рубце брюшной стенки в месте бывшего дренажа. Моча чистая, мочеиспускание нормальное. Посев содержимого кисты выявил смешанную культуру брюшно-тифозной палочки и стрептококка.

3. Больная М., 32 л, направлена в клинику в марте 1937 г. врачебно-экспертной комиссией с диагнозом перекрученной кисты яичника. Функции половой сферы без особенностей. Последний аборт в 1935 г.; после этого у нее была констатирована яичниковая киста. Осенью 1936 года, в связи со значительными болями в правом паху, выраженным лихорадочным состоянием и дизурическими явлениями лежала в больнице районного города; с тех пор периодические боли в низу живота и явления дизурии и полиакиирии. Температура субфебрильная с отдельными подъемами до 38°, лейкоцитов—6000; РОЭ—29 делений, моча прозрачная, без сахара, со следами белка. Клинический диагноз: воспалительная кистовидная придатковая опухоль с значительным реактивным участием параметральной клетчатки, уплотненной и болезненной, и паравезикальной. Противовоспалительная терапия. Температура упала, опухоль стала контурироваться отчетливее. Остались боли и периодические явления дизурии. Через месяц по поступлении обнаружено обильное содержание лейкоцитов в моче. Цистоскопия: емкость пузыря—120 см<sup>3</sup>; устья мочеточников не смещены, отечны; усиленная гиперемия слизистой, особенно в области треугольника; краска через 10 и 12 минут (в мышцу); в задне-нижнем сегменте по средней линии свищевой ход. Надавливание на опухоль через брюшную стенку обнаружило выход гноя через свищ лишь после повторного переполнения мочевого пузыря.

Операция обнаружила нагноившуюся дермоидную кисту правого яичника, прочно сращенную с сальником и сигмой. Свищ, пропускающий лишь тонкий зонд, по удалении кисты закрыт 2-этажным узловатым кетгутовым швом; для укрепления швов, наложенных на инфильтрированные стенки пузыря, участок свища покрыт куском сальника, укрепленным швами и вентрофиксированной маткой. Левая труба обтурирована по способу Мадленера. В тазовую полость, загрязненную содержимым надорвавшейся кисты, влито 50 см<sup>3</sup> эфира. Глухой шов. Постоянный катетер; после операции лихорадочное состояние (до 39°) пери-параметральный выпот и нагноение брюшной стенки. С 5-го дня мочится сама. Явления цисталгии длились около 2 месяцев, несмотря на систематическое лечение мочевого пузыря. Выписана 20/VIII 1937 г., с рубцово-уплотненной клетчаткой левой половины тазовой полости, с левосторонней придатковой опухолью (с яблоко) и свищем брюшной стенки.

Через полгода после выписки опухоль исчезла, в брюшной стенке свищ около 8 см длиной, ведущий в тазовую полость. Слизистая пузыря без особых изменений, емкость 300 см<sup>3</sup>; на месте свища беловатый участок, более скудно васкуляризованный, левое мочеточниковое устье смещено слегка медиально, правое—латерально; краска, введенная в мышцы, выделяется через 11—и 13 мин., струя интенсивная, хорошо окрашенная. Рекомендовано консервативное лечение свища.

Приведенный нами материал, сравнительно однообразный по своей клинической картине, бесспорно иллюстрирует, что в аналогичных условиях, несомненно более частых, чем это зарегистрировано в литературе, процесс интимного деструктивного вовлечения мочевой системы заслоняется гинекологическим заболеванием и не получает должной оценки; особенно легко это может быть в случаях, попадающих под врачебное наблюдение до перфорации или после прекращения оттока гнойного секрета и просветления мочи: наряду с

цисталгическими явлениями в это время могут быть налицо и явно доминировать над ними симптомы воспалительной реакции со стороны половых органов и тазовой брюшины.

Упорные и достаточно выраженные явления дизурии часто рассматриваются лишь как явления реактивно-механического порядка. Такая оценка процесса, правильная, быть может, для большинства тазовых воспалительных заболеваний, не должна исключать в гинекологической диагностике систематического качественного анализа мочи. Несомненно, что в 3-ем нашем случае имело место затрудненное, но почти постоянное незначительное отхождение гнойного секрета дермоида через пузырь. Это могло быть подтверждено своевременно анализом мочи и цистоскопией. Последняя и установила истинный характер процесса. Даже макроскопическая пиурия с характерным перемежающимся появлением ее в периоды падения температуры и исчезающая до прозрачной мочи в фебрильные периоды с параллельным обострением тазовых болей и подчас ясным увеличением генитальной опухоли нередко выпадает, к сожалению, из сферы внимания гинеколога.

В наших случаях больные сами указывали на гнойную мочу (1 и 2 сл.) или же окончательный диагноз устанавливался при урологическом обследовании.

В двух наших случаях имело место способствующее нагноению дермоидов перекручивание их ножки. Равноценным фактором может быть ущемление кисты в малом тазу (сл. Файна).

Третий случай нашего материала иллюстрирует метастатический нагноительный процесс дермоида в результате брюшно-тифозной инфекции. Эта возможность, ранее считавшаяся мало вероятной, в настоящее время не подвергается сомнению и подтверждается целым рядом описанных случаев (Видаль, Кривский, Энгельман, Ганс, Верт, Питья, Дюпюидень и др.) Последний автор в своих работах указывает на 23 аналогичных случая из французской литературы. В меньшей степени следует учитывать, как источник метастатического нагноения генитальных, в частности, дермоидных кист, — легочный аппарат при наличии в нем остропротекающих воспалительных процессов, что бактериологически подтверждено некоторыми авторами (Гуссентштейн, Виалар).

Эндовезикальное исследование во всех случаях при перфоративных процессах с участием пузыря дает исчерпывающие диагностические указания. Наличие свищевого хода обычно в задне-боковых сегментах мочевого пузыря, помимо анатомических изменений в полости пузыря в форме темной щели, окруженной обычно буллезно-отечной слизистой и иногда грануляционной тканью, подтверждается обычно выходом гноя через фистулу при легком надавливании на опухоль через брюшную стенку. Отсутствие этого феномена следует объяснить узостью и извилистостью свища или временной обтурацией хода. В одном подобном случае нам удалось получить этот феномен в демонстративной форме после повторного переполнения мочевого пузыря при достаточной его емкости. При возможности, проще всего провести в таких случаях через свищ мочеточниковый катетер. При трудности обнаружения свищевого хода и упомянутого

симптома ясные указания на участие пузыря в нагноительно-перфоративном процессе дает отчетливое и быстрое помутнение промывной жидкости после тщательного отмывания пузыря при надавливании на опухоль снаружи.

Промывание гнойника через пузырный свищевой ход раствором риваноля, как было предложено Лисовской в отношении перфорировавших придатковых кист, или другими дезинфицирующими растворами едва ли может быть расценено как мероприятие, обеспечивающее ликвидацию нагноительного процесса в дермоиде, не говоря уже о рискованности в смысле наполнения гнойного фокуса неизвестной природы с невыясненными топографическими отношениями.

Расширение свищевого хода через уретру (Шрёдер) с последующим выскабливанием полости дермоида обычно не дает стойкого лечебного эффекта (Красинцев, Кадьян).

Вскрытие нагноившегося дермоида через рукав не может рассчитывать на длительное излечение (Штеккель, Гентер), и поэтому большинство авторов, как и наша клиника, высказывается за радикально-оперативный образ действия (Цюрелль, Винтер, Сердюков, Фронштейн, Леге, Шифманн, Мажбиц). Операция должна заведомо расцениваться, особенно в случаях с длительным течением, как технически трудное и сложное вмешательство. Все наши случаи подтверждают это положение. Несомненно желательно иссечение рубцовых краев свищевого хода в целях более совершенного заживления пузырной стенки. При наличии выраженной воспалительной инфильтрации тканей в окружности свища или глубокого расположения его в задне-нижнем отделе пузыря ценным вспомогательным мероприятием в целях укрепления пузырных швов может явиться свободная пересадка кусков сальника в область закрытого фистулезного хода. Исключительная пластичность сальника и способность к восстановлению кровоснабжения в пересаженных участках в условиях свободной трансплантации их, многократно подтвержденные в эксперименте (Сенн, Зундхольц, Леви, Петров, Гирголав) и в условиях клиники (Ридигиэр, Боннэ, Цендлер, Кадьян, Эндерлен, Гермес, Кэр, Бруннэр, Пауэр, Нётцель и др.), могут быть целесообразно использованы в операции при описываемом осложнении яичниковых дермоидов.

Попытки снизить риск операции на заведомо инфицированных тканях путем предварительного повторного введения аутовакцины (по 50 млн. микробных тел) из центрифугата мочи (Мажбиц), заслуживают внимания при наличии соответствующих технических возможностей. В нашем материале, равно как и в случаях, приведенных нами из отечественной литературы, операция была произведена с благополучным исходом без какой-либо специальной подготовки больных.

Затрагивая данным сообщением лишь один из многочисленных вопросов пограничной между гинекологией и урологией области, следует вполне присоединиться к уже неоднократно указанным в литературе о ценности урологических методов исследования в гинекологии и акушерстве и о необходимости включения эндоскопиче-

ской методики в круг способов обследования акушерско-гинекологических больных (Гараш, Браудэ, Мажбиц). В частности, в отношении затронутого вопроса приобретает особую диагностическую ценность своевременный учет цисталгических явлений и пиурии. При всех значительных и затянувшихся в своем течении воспалительных поражениях пара-периметрия характера индуративных выпотов и при кистовидных опухолях половой сферы, протекающих в сочетании с клиническими воспалительными симптомами, малейшие дисфункции пузыря или даже изменения качественного состава мочи без субъективных жалоб сигнализируют о том или ином участии мочевого пузыря в процессе (механическое сдавление, смещение, воспалительные или деструктивные изменения) и должны диктовать применение цистоскопии (Сердюков, Фронштейн, Дурст, Мажбиц).

После введения в гинекологическую практику ряда учреждений методов эндоскопического исследования мочевого пузыря значительно участились случаи распознавания нагноительно-перфоративных генитальных процессов с участием мочевого пузыря. Дурст за 7 лет применения цистоскопии в своей работе обнаружил 8 подобных случаев, между тем как за 20 предыдущих лет автором не было зарегистрировано ни одного такого случая. Мажбиц за 7 лет обнаружил 8 случаев перфорации генитальных гнойников в мочевой пузырь.

Сравнительно слабое отражение в гинекологической литературе материала по затронутой нами теме связано с одной стороны с ошибочной оценкой подобных случаев, как урологических процессов с первоисточником в мочевом пузыре (Мажбиц). С другой стороны, несомненно и то, что немалая, вероятно, часть подобных заболеваний расценивается как банальный цистит и подвергается лечению в форме консервативно-терапевтического воздействия на мочевой пузырь.

Оценивая данные литературы и некоторый опыт клиники по затронутому вопросу мы можем установить:

1) Наличие пиурии, особенно периодически выраженной, при диагностике кистовидной опухоли полового аппарата, всегда должно расцениваться как возможное проявление участия пузыря в нагноительно-перфоративном осложнении кисты, чаще всего яичникового дермоида.

2) При отсутствии ясной клинической картины пузырно-дермоидного соустья (выходение волос при мочеиспускании, выпадение их через уретру, указание больной на внезапное появление пиурии при наличии генитальной кисты, осложненной явлениями тазового воспалительного процесса), только цистоскопия может выявить участие мочевого пузыря в гинекологическом заболевании, а иногда и способствовать выяснению дермоидного характера опухоли (волосы в свищевом ходе или в полости пузыря).

3. Радикально-сперативное лечение нагноившихся и сообщающихся с пузырем дермоидов яичника должно рассматриваться как единственно рациональный путь терапии.

4. Использование свободной пластики сальника в целях укрепления пузырных швов, особенно при воспалительно-инфильтрированных тканях в окружности свищевого хода или трудной доступности

его, при описываемом осложнении дермоидных яичниковых кист, заслуживает полного внимания.

Поступила в ред. 5. IV. 1938 г.

Из акушерско-гинекологической клиники (дир. проф. П. В. Маненков, научны  
консультант заслуж. деятель науки проф. В. С. Груздев) Казанского  
мединститута.

## К вопросу о саркомах широких связок.

Асс. И. В. Данилов.

Злокачественные новообразования, развивающиеся из соединительной ткани (саркомы), представляют собою быстро растущие опухоли различной величины, формы и консистенции. Подобно доброкачественным опухолям, саркомы могут развиваться во всех отделах женского полового аппарата, в частности и в широких связках матки. Большинство сарком широких связок представляет собою саркоматозно перерожденные фибромы матки и ее придатков или же исходит из стенок сосудов, либо фасций таза; располагаются они обычно интралигаментарно.

Саркомы, первично развивающиеся в широких связках матки, встречаются чрезвычайно редко. По мнению Пюцци в широких связках саркомы никогда не развиваются первично, а переходят сюда с соседних органов (брюшины, яичников, матки) или же представляют саркоматозно перерожденные фибромы.

В виду редкости сарком широких связок, недостаточности сведений относительно их патолого-анатомической картины и клинических симптомов, мы решили описать 5 случаев таких опухолей, наблюдавшихся с 1901 года в акушерско-гинекологической клинике Казанского мединститута.

1. Больная Д. (ист. б. 340/30, 1902), 48 л., крестьянка, русская. В детстве перенесла корь. Первые крови пришли на 13-м году, приходили через 4 нед. по 3 дня, безболезненные. Последние крови 1 год тому назад. Вышла замуж на 17-м году жизни. Беременна была 10 раз; 9 срочных родов и 1 естественный выкидыш.

Считает себя больной 2 года, когда она впервые заметила быстро растущую опухоль справа внизу живота. Живот у больной увеличен равномерно, соответственно 9 мес. беременности. При ощупывании в брюшной полости определяется неподвижная, плотноватой консистенции опухоль, исходящая из полости малого таза. Над опухолью везде тупой звук. Под общим хлороформным наркозом была произведена (проф. В. С. Груздев) coeliotomia, причем обнаружена плотная опухоль, занимавшая всю брюшную полость, исходящая из правой широкой связки; правая труба немного вытянута в длину, яичник несколько атрофирован. Левые придатки без особых изменений. Опухоль так интимно была спаяна с правым ребром матки, что вместе с опухолью была резецирована часть маточной ткани. Послеоперационный период—лихорадочный. Больная из клиники выписана на 33-й день после операции.

Микроскопический диагноз: Fibromyoma lig. lati dextr. cum degeneratione sarcomatosa (peritheliomatosa?).