

К вопросу об эндометриоидных разращениях.

Проф. А. И. Тимофеева.

(С таблицей рисунков)

В связи с работами последнего времени, принадлежащими главным образом американским авторам, вопрос об эндометриоподобных разращениях, встречающихся как в самой матке, так и вне ее, привлек к себе особое внимание исследователей, и современная литература очень богата сообщениями, касающимися этой области патологии. В связи с изучением генеза этих разращений выдвинуты новые оригинальные теории их происхождения, напр., Halbano и Sampsonom. Однако, многое еще в этом вопросе остается неполно выясненным, а потому накопление фактического материала, могущего пролить свет на отдельные детали в этой области, является желательным и своевременным. С этой точки зрения мы и решаемся опубликовать наши наблюдения, произведенные главным образом на операционном материале проф. В. С. Груздева, отчасти — нашем собственном, из Гинекологической клиники Гос. Ин-та для усовершенствования врачей, а также поделиться результатами экспериментов, поставленных нами в лаборатории глубокоуважаемого проф. В. С. Груздева, которому мы этот труд с чувством искреннего уважения и сердечной благодарности учителю в день 35-летнего юбилея и посвящаем.

Среди эндометриальных разращений можно выделить две группы. Одну группу составляют разращения, для которых определенно устанавливается прямая их связь со слизистой оболочкой матки. Для разращений второй группы этой связи не существует, а по своему топографическому расположению они могут быть интра—и экстраперитонеальными (Lauche). В. Meuer среди разращений интраперитонеальных выделяет еще особо разращения периметральные.

Остановиваясь прежде всего на разращениях первой группы, следует сказать, что соответственно топографическим отделам матки можно говорить о железистых разращениях (гетеротопиях) ее тела и шейки.

Если понимать эндометриоидные гетеротопии широко и относить к ним и эрозии влагалищной части матки, как это делает К. П. Улезко-Строганова, то шейку матки следует поставить на первом месте по частоте встречающихся здесь надобного рода разращений. Согласно указаниям Улезко-Строгановой, к которым и мы вполне присоединяемся, большинство разращений типа эрозий следует отнести к группе гетеротопий, имеющих исходным пунктом непосредственно слизистую оболочку матки. Как известно, отличительной чертой эрозий является их сравнительно поверхностное расположение и отсутствие наклонности

к образованию таких глубоких вростаний в миометрий, какие можно наблюдать со стороны слизистой оболочки тела матки.

Не останавливаясь на типичных эрозиях влагалищной части матки, позволим себе привести один, наблюдавшийся нами в Институте для усоверш. врачей, случай оригинального, чрезвычайно экзотического разрастания цервикальных желез матки.

Дело касается 43-летней крестьянки, имевшей 5 родов и 2 выкидыша с последовым заболеванием в анамнезе. У больной установлено было присутствие двусторонних воспалительных опухолей придатков и обширных периметритических спаек, а также найдены глубокие разрывы маточной шейки, сильно ее деформировавшие, с резким выворотом задней губы *portiois vaginalis* наружу. Произведено полное удаление матки с придатками. При микроскопическом исследовании матки получились весьма интересные картины. Вывороченная наружу задняя губа влагалищной части матки казалась занятой бархатистой эрозией. И действительно, это была папиллярная эрозия. Поверхность эрозии была покрыта красивыми папиллярными разрастаниями, эпителий которых представлялся то цилиндрическим, то низко-кубическим, местами же был слущен. Разрыхленная подэпителиальная строма состояла из тонко-петлистой ретикулярной ткани, местами инфильтрированной мелкими круглыми клетками, местами содержащей плазматические клетки, и очень напоминала своим видом строму слизистой оболочки тела матки. В более глубоких слоях ретикулярный характер стромы терялся, но все же она оставалась богатой клеточными элементами, среди которых преобладали уже веретенообразные формы. Вся толща влагалищной части, как в области эрозии, так и в отделах, покрытых уже плоским эпителием, пронизана была массой железистых полостей самой разнообразной величины и формы. По задней стенке матки указанные железистые разрастания захватывали не только всю шейку, но распространялись и на тело матки, на протяжении нижних двух третей его, притом в наружных слоях миометрия несколько выше, чем в подслизистом слое. Наружу, в боковых отделах шейки, железистые полости достигали почти до параметральной клетчатки. По мере удаления от влагалищной части, где железистые разрастания были столь обильны, что местами придавали органу губчатое строение, они становились все менее резко выраженными и на уровне верхней границы своего распространения встречались уже лишь в виде отдельных железистых полостей. Характерным для описанных разрастаний являлось строение их эпителия: последний имел характер типичного цервикального эпителия, как-бы находящегося в состоянии секреции, — высокие, цилиндрические, хорошо контурированные клетки его имели характерные, отнесенные к основанию клеток ядра и светлую, слегка зернистую протоплазму, в которой местами можно было видеть светлые вакуоли. В некоторых, сильно растянутых, полостях клетки под влиянием механического растяжения делались значительно ниже, превращаясь иногда почти в пластинчатые элементы. Никаких признаков наложения или прорыва в сторону окружающей стромы со стороны эпителия полостей нигде установить не удалось.

Как уже отмечено, строма между железистыми полостями в поверхностных слоях влагалищной части имела вид типичной ретикулярной ткани, а в более глубоких отделах шейки оставалась богатой клеточными элементами. Группы железистых полостей и отдельные железы, внедрявшиеся глубоко в миометрий, местами были окружены ясно выраженным слоем клеточной ткани, местами же этот слой был резко редуцирован, так что отдельные железистые полости лежали прямо среди мышечных пучков миометрия. В некоторых местах можно было убедиться, что железистые разрастания пользуются преобладающими лимфатическими пространствами и, в особенности, периваскулярными лимфатическими щелями.

Слизистая оболочка тела матки явлений гиперплазии и гипертрофии не обнаруживала, местами представлялась даже атрофированной, но, в то же время, давала перекое выраженное вращение желез в толщу миометрия, так что в нижней трети тела матки во внутренних слоях миометрия можно было встретить железистые включения двойного типа — и типа желез эндометрия тела матки, и железы цервикального типа (см. рис. 1 и 2).

В данном случае представляется интересным толкование аденоматозных разрастаний желез цервикального типа. Прежде всего, кажется нам, можно считать установленным, что исходным пунктом железистых

разростаний, достигших в своем распространении верхних отделов матки, является наиболее пораженный ими участок влагалищной части матки, соответствующий папиллярной эрозии. Так как можно считать, — по крайней мере для большинства случаев, — что эпителий эрозий генетически бывает связан с эпителием цервикального канала, то и железистые разрастания в нашем случае следует считать за разросшиеся железы шеечного канала, а не только за образования с ними схожие. Возникает, далее, вопрос, следует ли трактовать наш случай, как злокачественное новообразование, или же рассматривать его, как пример эндометриодных гетеротопий цервикального канала, которые Gebhard, а за ним ряд авторов выделяют под названием „adenoma malignum der Cervixdrüsen“. Оставляя в стороне принципиальный вопрос о признании, в качестве самостоятельной группы, опухолей типа adenoma malignum, следует, однако, заметить, что и сам Gebhard говорит, что однослойность типичного эпителия в этих опухолях существует лишь временно, при дальнейшем развитии опухоли наступают признаки его наслаения, и отдельные участки новообразования принимают характер аденокарциномы. Клетки эпителия железистых полостей хотя и сохраняют, далее, в общем тип цервикального эпителия, но такого характерного вида однообразных высоких, узких, очень светлых клеток с правильно расположенными у основания клеток ядрами не имеют, — как это можно, например, видеть на рисунках Gebhard'a, Kermauner'a и Schottlaender'a. В оригинальном случае Kroeмер'a злокачественное новообразование шейки матки, которое он определил, как cystadenoma cervicis pseudomucinosum, содержало полости, выстланные палисадообразными, находившимися в различных стадиях секреции клетками, вполне соответствовавшими полости новообразования Kroeмер'a были очень схожи с описанными нами, но значительное отличие нашего случая состоит в том, что эпителий полостей всюду сохраняет свою типичность и правильность расположения в то время, как в случае Kroeмер'a он как раз отличался беспорядочностью расположения. Среди ракового материала нашей клиники, обработанного в диссертации д-ра Дьяконова, встретился один случай типичной adenoma malignum в смысле Gebhard'a; и в этом случае даже в участках, где клеточные элементы больше всего сохраняли тип цервикального эпителия, они все же не отличались такой правильностью расположения и не имели столь характерного вида как-бы сецернирующих клеток, как в нашем случае, местами же была типичная аденокарцинома.

Изложенные соображения заставляют нас склониться к мысли, что в изученном нами случае мы имеем редкий пример эндометриоподобных глубоких гетеротопий цервикального типа с распространением высоко за пределы внутреннего зева матки. Если следовать терминологии R. Meyer'a, то наш случай можно было бы определить, как adenomyosis interna cervicalis. По вопросу о генезе цитогенной ткани, окружающей железистые разрастания, в особенности в области папиллярной эрозии, приходится высказаться за происхождение ее на месте путем разрыхления предсуществующей стромы. В согласии с Улезко-Строгановой, мы на основании своих картин склонны думать, что в распространении железистых разрастаний, наравне с активным их ростом,

видную роль играет и пассивное вовлечение эпителия в результате воспалительного процесса, несомненно имевшего место у нашей больной. Artusi указывает три фактора, которые должны быть приняты во внимание в вопросе о каузальном генезе гетеротопий: инфекционно-токсическое раздражение, диспластическое и гормонально-метаболическое раздражение. С этой точки зрения в нашем случае могли бы играть роль первый и третий из указанных моментов.

Что касается эндометриоподобных разрастаний в теле матки, то среди имевшегося в нашем распоряжении материала встречались лишь случаи *adenomyosis interna*, при котором имела место непосредственная связь гетеротопий с глубокими слоями эндометрия тела матки. Резко выраженные вrostания внутренних слоев эндометрия в толщу подлежащей мышечной ткани, присутствие которых для известного возраста женщины R. Meuer считает правилом и называет их „базальной glandулярной гиперплазией“, мы встречали сравнительно часто, в особенности при выраженных воспалительных изменениях в половой сфере. Более глубокие вrostания, достигавшие средних слоев миометрия, отмечены в 5 случаях. Все эти случаи протекали при резко выраженной клинической картине с кровотечениями, как преобладающим симптомом, и потребовали оперативного лечения. Два из этих случаев в свое время были опубликованы Н. И. Горизонтовым, а один, из клиники Гос. Ин-та для врачей, — д-ром Е. Н. Заболоцкой. Неглубокие вrostания типа базальной гиперплазии R. Meuer'a встречались нам независимо от того, находился ли эндометрий в целом в состоянии гипертрофии, или, наоборот, носил признаки атрофии. Все же случаи глубоких разрастаний эндометрия сопровождалась одновременно более или менее резко выраженной гипертрофией эндометрия *in toto* и гиперплазией его железистого аппарата.

Со стороны фаллопиевых труб нам тоже приходилось видеть железистые разрастания, причем в большинстве случаев дело шло о разрастаниях, находившихся в непосредственной связи с слизистой оболочкой трубы. Гетеротопных разрастаний со стороны трубной мукозы в ткань яичника мы ниразу не наблюдали, распространение же их по мезосальпинксу, а также глубокое втягивание отдельных участков трубной мукозы в окружающие фимбриальный конец трубы спайки нам приходилось видеть неоднократно. Один случай таких трубных гетеротопий представляется особенно интересным.

У больной была диагностирована срощенная вследствие бывшего перекручивания кистовидная опухоль правого яичника. При операции оказалась перекрученная и срощенная правосторонняя трубно-яичниковая киста, находившаяся в интересных отношениях к левой трубе. Эта последняя, будучи свободной от срощений и имея незарощенным фимбриальный конец, была как-бы сложена вдвое в виде петли и верхушкой этой петли интимно соединялась с трубно-яичниковой кистой при помощи короткого тяжа, имевшего одинаковую с трубой толщину. Срезы показали, что этот как-бы вставочный участок в своей ближайшей к трубе части имеет довольно типичное для трубы строение, содержит просвет, выстланный слизистой оболочкой трубного характера, но с просветом трубы не соединяется. В части, прилежавшей к капсуле кисты, строение трубного просвета уже теряется, и можно видеть лишь отдельные желе-

звестые полости, покрытые цилиндрическим эпителием и местами окруженные цитогенной тканью (см. рис. 3).

В этом случае наиболее вероятным представляется нам такое толкование формального и каузального генеза описанных гетеротопий: на левой трубе имелась добавочная труба, слепо соединявшаяся с главной трубой; фимбриальный конец этой добавочной трубы, благодаря воссалительному процессу, вовлечен был в капсулу опухоли и послужил источником гетеротопий. Другое возможное объяснение, — что здесь дело идет о сращении верхушки петли сложенной вдвое левой трубы с опухолью и о последующем вростании элементов слизистой оболочки трубы, — встречает некоторое затруднение в том обстоятельстве, что с просветом трубы канал, имевшийся в толще соединительного участка, сообщения не имел.

В более редких случаях приходилось убеждаться, что железистые включения в наружных, подбрюшинных отделах трубы имеют генетическую связь с эпителием серозного покрова трубы.

Особый интерес за последние годы, главным образом благодаря работам американских авторов, приобрели случаи эндометрионидных разрастаний, локализирующихся на поверхности яичников и в различных отделах брюшной полости и представляющих, по мнению Sampson'a, не что иное, как имплантаты частиц эндометрия, отторгнутых во время менструации и попавших в брюшную полость через фаллопиевы трубы. По Sampson'у, разрастания подобного рода встречаются столь часто, что на 170 абдоминальных операций в 1921 $\frac{1}{2}$ г. он нашел их 37 раз, а на 296 операций в 1922 $\frac{2}{3}$ г. — 64 раза.

Мы подвергли изучению 50 яичников, удаленных при различных операциях проф. В. С. Груздевым. При микроскопическом осмотре в 30 случаях можно было заподозрить наличие имплантатов в смысле Sampson'a. — на поверхности органа имелись мелкие кистовидные, с просияное зерно, узелки, более объемистые полости, содержавшие кровь, или, наконец, участки ткани, занятые разлитым кровоизлиянием. При микроскопическом исследовании этих случаев в десяти гистологическая картина, действительно, оказалась соответствовавшей картине железистых гетеротопий. Железистые полости, покрытые цилиндрическим эпителием, располагавшиеся в самом поверхностном слое яичника, давали также более или менее глубокие внедрения в толщу коркового его слоя. В некоторых случаях в окружности этих полостей строма носила характер цитогенной ткани. Что касается генеза полостей, то в пяти случаях совершенно отчетливо можно было убедиться в происхождении их из поверхностного эпителия яичника. Замечательно, что в одном из этих случаев окружающая железистые полости строма была крайне богата мелкими расширенными сосудами, а местами была пронизана кровоизлияниями. Таким образом несомненно, что гетеротопии, генетически связанные с яичниковым эпителием, могут дать картины совершенно аналогичные тем, которые Sampson (Surg., гин. а. obst., 1924, № 3) считает за имплантаты эндометрия. Впрочем в новейшей своей работе (Arch. of surg., 1925, № 1) Sampson и сам уже допускает, что под влиянием менструальной крови, попадающей при известных условиях из трубы на поверхность яичника, эпителий этого последнего может повести к образованию гетеротопий, ничем не отличающихся от истинных имплантатов эндометрия.



Рис. 2.



Рис. 3.

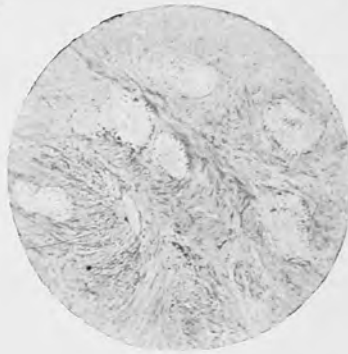


Рис. 1.



Рис. 4.



Рис. 5.

Гистологических картин, которые доказывали-бы несомненно происхождение железистых гетеротопий в яичнике за счет имплантированного эндометрия, видеть нам не приходилось. Несомненно, однако, что яичниковый эпителий не является единственным источником гетеротопных железистых включений в корковом слое яичника,—для целого ряда случаев нахождение таких включений приходится поставить в связь с остатками Wolff'ова тела.

Не таким редким, сравнительно, местом локализации эндометриоподобных разрастаний являются брюшина заднего дугласова кармана и стенка заднего свода влагалища, где разрастания эти могут давать более или менее обширные инфильтраты, известные, как аденомиомы заднего свода. В оперативном материале проф. В. С. Груздева встретился один такой типичный случай, описанный Н. И. Горизонтовым. Упомяну также об одном случае, наблюдавшемся нами в Ин-те для врачей и представляющем редкий пример диагностической ошибки. Обычно т. н. аденомиомы заднего свода при клиническом исследовании дают повод к смешению с злокачественными новообразованиями. В нашем случае имела место обратная ошибка,—у больной с плоским, довольно резко ограниченным инфильтратом в заднем своде, исходившим как-бы из задней стенки маточной шейки, диагностирована была аденомиома заднего свода (*adenomyosis externa*); при исследовании же удаленных частей получилась типичная картина аденокарциномы, не имевшей никакой связи с маткой. Детальным обследованием у больной обнаружен был рак желудка, не дававший до того времени ясных симптомов. Таким образом случай этот приходится трактовать, как довольно редкое у женщин осложнение рака желудка метастазом в область заднего свода и ректо-вагинальной перегородки.

Экстрагенитальных эндометриовидных гетеротопий в области рубцов после чревосечений исследовать нам не приходилось, только клинически наблюдали мы один случай, где у молодой женщины после операции вентрофиксации матки в месте бывшего вкола шва, в нижнем углу рубца, имелся как-бы фистулезный ход, отверстии которого окаймлено было пышными, сочными грануляциями, которые давали периодически кровотечения, точно совпадавшие с менструальными периодами пациентки. К сожалению, от операции и биопсии она отказалась и скоро исчезла из-под наблюдения.

Наиболее интересным и в то же время спорным вопросом в разбираемой области является вопрос о формальном генезе гетеротопий.

Из новейших теорий, предложенных для объяснения генеза и распространения не связанных с маткой эндометриовидных разрастаний, особенный интерес представляет учение Sampson'a. Автор этот, как известно, допускает, что частицы эндометрия, отторгнутые во время менструации, при некоторых условиях, приводящих к затеканию менструальной крови в фаллопиевы трубы, а из них—в брюшную полость (т. н. ретроградная менструация), могут привиться на поверхности яичника и привести к образованию кистовидных полостей. Стенки этих полостей, принимая участие в процессе менструации, превращаются в источник кровоизлияний, лежащих в основе развития т. н. шоколадных кист яичника. В случае разрыва подобного рода кист, стенка которых состоит из бывшего эндометрия, содержимое их с частицами эндометриовидной

ткани попадает в брюшную полость и приводит к развитию вторичных имплантатов, которые возникают тем легче, что пассированные через яичник элементы эндометрия приобретают новые биологические свойства, выражающиеся особенной способностью их к пролиферации. Впрочем Sampson допускает развитие на брюшине и первичных имплантатов в результате ретроградной менструации.

Для признания теории Sampson'a кардинальным условием является установление двух фактов—во-первых, факта ретроградной менструации, во-вторых, факта жизнеспособности отторгнутых во время менструации частиц эндометрия, способности их к прививке и образованию из таких имплантатов кистовидных полостей. Что касается ретроградной менструации, то на основании литературных данных возможность ее следует признать доказанной. Этого, однако, пока еще нельзя сказать по отношению ко второму из указанных требований.

К разрешению этого вопроса некоторые авторы подошли уже экспериментально (V. C. Jacobson, Halter, Halban, Albrecht, Katz и Szepes). Jacobson, прививая кроликам в брюшную полость соскоб слизистой оболочки матки, получал развитие аденом типа эндометрия. Halter делал прививки в брюшную полость и селезенку и получал развитие эндометриоидных разрастаний, которые принимали участие в течке, изменялись под влиянием беременности и атрофировались при кастрации. Halban пересаживал матку и трубы под кожу и убедился в том, что они при этом сохраняют тканевую структуру и функциональные особенности. Наконец, опыты Katza и Szepes'a аналогичны опытам Jacobson'a.

Мы со своей стороны ради выяснения возможности прививки частиц эндометрия в брюшной полости поставили ряд опытов на кроликах. Для посева на брюшину мы брали или тонкий соскоб слизистой оболочки из части рога матки того же животного, или такой же соскоб от другого кролика, а иногда брали мельчайшим образом нарезанные кусочки слизистой оболочки. Соскоб и кусочки эти мы опускали затем в брюшную полость, стараясь поместить их или в задний дуглас, или в карманы брюшины, образованные брыжжейкой маточных рогов. Брюшину при этом мы несколько соскабливали скальпелем. В некоторых случаях мы помещали частицы эндометрия в окружности яичника, укрепляя их искусственно сделанной складкой брюшины. В нескольких случаях, наконец, мы сделали прививку в толщу мышц передней брюшной стенки. У некоторых животных ради других целей была удалена матка. Животные убивались, и имплантаты подвергались исследованию в сроки от 60 до 85 дней после операции.

Результаты наших наблюдений можно резюмировать следующим образом.

В большинстве случаев, где мы опускали соскоб эндометрия свободно в брюшную полость, мы не могли найти следов его имплантации (сюда, между прочим, принадлежит и случай, где была удалена матка), и только два раза нам удалось найти кистовидные образования, не более просяного зерна величиною, прикрепленные в одном случае на брыжжейке тонкой кишки, в другом—на брыжжейке маточного рога. Полости эти состояли из тонкой соединительнотканной стенки и эпителия не содержали.

Лучшие, в смысле положительного эффекта прививок, результаты получались у нас в тех случаях, когда частицы соскоба и в особенности мельчайшие кусочки эндометрия были фиксированы на определенных местах образованием искусственных складок брюшины. В опытах этой группы удавалось получить на месте прививки образование конгломерата кистовидных полостей, из которых некоторые достигали величины небольшой горошины. Стенки отдельных полостей и перегородки между ними состояли из волокнистой соединительной ткани, в которой кое-где можно было видеть незначительную примесь гладких мышечных волокон. Внутренняя поверхность этих кист была покрыта одним слоем эпителия, который обычно имел вид вполне жизнеспособного и состоял из цилиндрических клеток, местами с ясно выраженными мерцательными ресничками. В более объемистых полостях эпителий под влиянием чисто-механических моментов растяжения становился ниже и ресничек уже не обнаруживал. Под слоем эпителия кистовидных полостей, — в особенности более мелкого калибра, — можно было обнаружить в большем или меньшем количестве богатую клетками ткань стромы эндометрия, которая в полостях более значительного объема оказывалась сильно редуцированной. Остается еще добавить, что наклонности со стороны кистовидных полостей к проростанию вглубь подлежащих тканей установить мы не могли и, в частности, врастания в ткань яичника ни разу не наблюдали (см. рис. 4).

Особенно хорошо выраженные железистые разрастания получивались при пересадке кусочков измельченного эндометрия в толщу мышц передней брюшной стенки, — железистые полости, окруженные более или менее резко выраженным поясом стромы, выстланы были внутри цилиндрическим эпителием, обнаруживавшим все признаки жизнеспособности. Значительного растяжения железистых образований в кистовидные полости здесь не наблюдалось (см. рис. 5).

Оценивая полученные нами данные с точки зрения теории Sampson'a, приходится прийти к выводу, что имплантированные частицы эндометрия могут повести к развитию экстрагенитальных эндометриоподобных разрастаний с наклонностью к образованию кистовидных полостей. Однако, для осуществления имплантации необходимы известные условия, — лучше всего прививаются кусочки мелко-нарезанного эндометрия, а не соскоб его. притом в случаях, когда созданием брюшинного кармана дается лучшая возможность их укрепления на месте. Значение той почвы, на которую производится прививка, особенно сказывается при пересадке эндометрия в толщу мышц брюшной стенки. Установившаяся, таким образом, принципиальная возможность эндометриоподобных разрастаний, как результата имплантации эндометрия, мы все же не считаем возможным утверждать, что теория Sampson'a этим самым получает фактическое подтверждение, так как условия прививки в плотную ткань яичника, как это допускает Sampson, конечно, иные, чем это мы имели при наших экспериментах, которые, кстати сказать, как раз и не обнаружили врастания железистых образований в ткань яичника даже в тех случаях, когда прививки были сделаны около самого яичника. В этом отношении наши результаты совпадают с тем, что отмечено Albrecht'ом и Katz'em и Szeneš'ом, из которых первый у морских свинок, а вторые — у кроликов могли получить тоже лишь поверхностные имплантаты в виде мелких кистовидных полостей.

В заключение разбора имевшегося у нас материала мы считаем возможным высказать следующие положения:

1) Эндометриоподобные разрастания как в матке, так и вне ее встречаются чаще, чем это можно думать без специального исследования.

2) Наиболее частой формой является разрастание слизистой оболочки матки вглубь миометрия.

3) В некоторых случаях и эндометрий шейки матки может дать разрастания, захватывающие почти весь орган, причем железистые полости для своего распространения могут пользоваться лимфатическими путями.

4) Железистые гетеротопии в яичнике, несомненно приходящие из его поверхностного эпителия, ничем не отличаются в некоторых случаях от описанных Sampson'ом эндометриальных имплантатов.

6) Получающиеся при экспериментальных имплантациях эндометрия железистые разрастания вглубь тканей роста не дают, полной аналогии с разрастаниями в яичнике женщины не имеют и служить доказательством справедливости теории Sampson'a не могут.

ОПИСАНИЕ РИСУНКОВ.

Рис. 1. Микрофотограмма среза матки с железистыми разрастаниями типа желез цервикального канала. Zeiss. Ob. DD, Oc. III.

Рис. 2. Цервикальные железы в дне матки при сильном увеличении. Zeiss, Arochr. 16, Comp.-ocul. 12.

Рис. 3. Железистые включения в капсуле трубно-яичниковой кисты. Zeiss, Ob. DD, Oc. III.

Рис. 4. Часть железистых кистовидных разрастаний на месте прививки эндометрия в брюшинный карман около личника кролика. Zeiss, Arochr. 16, Comp.-ocul. 4.

Рис. 5. Железистые включения на месте прививки эндометрия в толщу мышц передней брюшной стенки у кролика. Zeiss, Arochr. 16, Comp.-ocul. 6.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Albrecht. Zentrbl. f. G., 1924, № 44.—2) Artusi. Arch. f. G., Bd. 123, S. 114.—3) Gebhard. Pathol. Anat., 1899.—4) Горизонтов. Ж. Ак. и Ж. Б., 1909.—5) Он же. Ж. Ак. и Ж. Б., 1911.—6) Груздев В. С. Врач, 1904, № 8—10.—7) Josselin de Jong. Virch. Arch., 1925, Bd. 257.—8) Заболоцкая. К. Мед. Ж., 1924, № 9.—9) Иванов. Monatschr. f. G. u. G., 1898.—10) Jacobson. Arch. of surg., 1922.—11) Katz u. Szenes. Zentralbl. f. G., 1924, № 44.—12) Kitai. Arch. f. G., Bd. 124, H: 1.—13) Он же. Arch. f. G., Bd. 122, H. 2—3.—14) Kroeber. Arch. f. G., Bd. 65.—15) Lahm. Zentrbl. f. G., 1921.—16) Lauche. Centralbl. f. allgem. Pathol., 1925, № 23.—17) Он же. Virch. Arch., Bd. 252, 1924.—18) R. Meyer. Verh. d. Deut. Path. Ges., 1913.—19) Он же. Zeitschr. f. G. u. G., Bd. 88.—20) Он же. Zentralbl. f. G., 1924, S. 722.—21) Он же. Virch. Arch., 1924, S. 250.—22) R. Meyer u. Kitai. Zentralbl. f. G., 1924, № 45.—23) Oettingen u. Linden. Arch. f. G., Bd. 122.—24) Sampson. Amer. Jour. of obst., 1922.—25) Он же.

Surg., gyn. u. obst., 1924.—26) О н ж е. Arch. of surg., 1925, № 1.—
27) Stubler u. Haеuber. Arch. f. G., Bd. 124, H. 2.—28) У л е з к о-
С т р о г а н о в а. Ж. Ак. и Ж. Б., 1925, № 4.—29) Wieloch Arch.
f. G., Bd. 124, H. 1.

Prof. A. I. Timofejew (Kasan). Zur Frage der endometrioiden Wucherungen.

Auf Grund pathologisch-anatomischer Untersuchung des operativen Materials von Prof. Grusdew und eigenen Experimente mittels Implantung von Endometriumgewebe in die Bauchhöhle des Kaninchens, kommt der Autor zum Schlusse, dass man die Theorie von Sampson über die Entstehung der Eierstockshämatome durch Implantation des Endometriums nicht als schon bewiesen ansehen kann. Die bei der experimentellen Impfung von Endometrium in die Bauchhöhle des Kaninchens erhaltenen adenomatösen Wucherungen sind auf dem Bauchfell oberflächlich gelegen, zeigen kein Eindringen der Drüsen ins Innere der Gewebe und haben keine volle Analogie mit den Sampson'schen Implantationen. Bilder, welche den Implantationen von Sampson ähnlich sind, können durch endometriumartige Wucherung des Eierstockepithels entstehen. Der Autor hat ebenfalls einen Fall von sehr ausgesprochener Adenomyosis interna mit cervicalem Schleimhautbau beschrieben.
