

реакции Вассермана и исчезновением сжимающих болей под ложечкой, — наряду со всем этим прохождение твердой пищи по пищеводу улучшилось лишь слегка; зато жидкая п. стала проходить совершенно свободно. Уже четыре года больной находится под нашим наблюдением; он продолжает нести ответственную работу мастера на обувной фабрике. Чувствует себя вполне хорошо. Трудоспособность его сохранена полностью. Повторная рентгеноскопия сердца и пищевода от 15/X 33 г. дала следующие результаты: рентгеноскопия сердца: размеры сердца в пределах нормы, тень аорты широка, дуга ее резко выступает влево от тени позвоночника; диффузное аневризматическое расширение восходящей аорты. Пищевод: бариевая каша, наполняя пищевод, переходит в желудок по тонкому каналу; в кардиальной части пищевод воронкообразно суживается; здесь контуры его гладкие. Наблюдается перистальтика пищевода в остальной, несколько расширенной его части (Трапезонцев).

В проблеме висцерального сифилиса, наряду с такими крупными вопросами, как сифилис аорты, сердца, печени и т. д., люэс пищевода занимает второстепенное место; однако, полнота и цельность картины требует освещения и этого вопроса, несмотря на всю его редкость; это тем более важно, что не всегда нам бывает ясна этиология эзофагоспазмов в молодом возрасте: люэс может и здесь играть не последнюю роль.

Из Акушерско-гинекологического отделения Чебоксарской советской больницы ЧАССР.

К казуистике фибромиом матки.

Д-р Н. Е. Евдокимов.

Из практики мы знаем, что фибромиомы в матке развиваются преимущественно у женщин в полном расцвете их половой способности и что они возникают обычно у женщин или совершенно не рожавших, или мало рожавших. Кроме того, нам известно, что рост фибромиомы, за исключением случаев перерождения, прекращается с наступлением климактерического периода и что до наступления половой зрелости развития фибромиомы совершенно не наблюдается. Поэтому предполагаемая связь между развитием фибромиомы матки и деятельностью яичника вполне естественна и реальна, на что впервые указал А. Хегар в 1887 году.

В настоящее время, в генезе фибромиомы доминирующая роль приписывается гиперемии тех или других органов женской половой сферы, в частности активности гиперемии, зависящей от повышения внутренней секреции яичников, дисфункция которых, как утверждает Р. Шредер, служит причиной нарушения кровообращения в малом тазу и в органах в нем заключающихся.

И действительно, исследования новейших авторов показывают, что у женщин с фибромиомами матки продукция лютеиновой ткани в яичниках, в элементах которой современная наука видит главных носителей внутрисекреторной функции, является значительно повышенной. Зейтс даже говорит о существовании особого „*myoöthormone*“ в яичнике.

Кроме того, как отметил Ф. Катц, когда фибромиома развивается в цветущем возрасте женщины, наблюдалось у нее и раннее наступление половой зрелости. С другой стороны, наблюдения показывают, что у женщин, имеющих фибромиому, наступление климактерического периода, как правило, затягивается. Приписывать большое значение внутрисекреторному влиянию фиброзной ткани на деятельность яичника, конечно, здесь нет достаточного основания (Ашнер). К тому же еще исследованиями целого ряда авторов установлено, что при фибромиомах матки мелкокистозное перерождение и другие дегенеративные изменения яичников представляют собой явление частое и постоянное, а Лаһт указывает еще на часто встречающиеся в яичнике содрога fibrosa, которые, по его мнению, образуются путем атрезии фолликулов. В результате своих исследований Лаһт приходит к выводу, что в яичнике при фибромиоме происходит значительное по числу развитие фолликулов, без образования, однако, в конечном итоге желтого тела и развития т. наз.

интерстициальной железы. Означенные *corpora fibrosa* Lahn'ом рассматриваются как пластический центр, могущий оказывать влияние на рост и развитие фибромиом матки, но этот вопрос следует считать еще не вполне разрешенным.

Так или иначе, зависимость, существующая между развитием фибромиом матки, ее ростом и деятельностью яичника (его дисфункцией или гиперфункцией)—факт в настоящее время установленный и доказанный, и прекращение роста фибромиомы в климактерическом периоде поэтому мы должны рассматривать как результат угасания овариальной функции.

При наличии же в климактерическом периоде инкреторной гиперемии органов малого таза с присутствием созревшего фолликула и желтого тела в яичнике, рост фибромиом матки—возможность вполне реальная. В литературе мы находим единичные случаи оживления функции яичника далеко за климакс. Так, Бентин описывает случай, когда женщина 62 лет, после 7 лет менопаузы, имела некоторое время 2-х дневные кровотечения через 4 недели. В случае Больда женщины на 45 лет, после трех лет явлений выпадения, один год менструировала,—затем менструация прекратилась; выскабливанием была обнаружена плевроцентричная ткань. Леви описывает женщину 78 лет, 14 раз рожавшую, климакс 15 лет; после этого она менструировала 3 года по 6 дней через 4 недели. Он же приводит случай родов живым ребенком женщиной 61 года после 12 лет менопаузы. Случай зачатия в климаксе описаны еще Майером, Кригером и Пүшем. Аналогичный случай имею и я, к описанию которого и перейду.

21/XI 1932 года в гинекологическое отделение Чебоксарской сов. больницы поступила 6-ная Н-ва в возрасте 62-х лет (история болезни № 1274) с жалобой на увеличение живота.

Анамнез. Больная до замужества жила в деревне и занималась крестьянством. Первые крови пришли на 18-м году, установились сразу, приходили через 4 недели и шли по 5—6 дней, при чем более не было. Замуж вышла на 22 году, беременной не была не разу. В первый год после выхода замуж однажды была задержка менструации на три недели, после чего в течение шести недель шли крови. По поводу этого кровотечения больная к врачам не обращалась. До 1920 года крови приходили нормально, а в 1920 году, как говорит она, стали путаться: временами усиливаясь, иногда затихая, крови шли в течение почти целого года, по поводу чего она обратилась в местную больницу, где ей предложили операцию, от чего она отказалась; с 1921 года по настоящее время у большой кровей совсем нет. 20 лет тому назад больная впервые заметила внизу живота опухоль, которая постепенно увеличивалась. В 1920 году эта опухоль находилась ниже пупка и не беспокоила больную, а в последние годы она стала расти быстрее, в связи с чем увеличивается одышка, тяжесть в животе и сильно беспокоят частые позывы к мочеиспусканию и запоры. Кроме того, больная жалуется на отсутствие аппетита.

Объективные данные. Больная среднего роста, довольно истощенная, по конституции напоминает астенический тип. В брюшной полости определяется довольно подвижная опухоль, туго эластической консистенции, при лежачем положении верхним полюсом доходящая до грудины. При бимануальном исследовании ни матка, ни придатки ее изолированно не пальпируются, шейка смягчена, своды влагалища заняты нижним сегментом опухоли. В полость матки зонд не проходит. Исследование крови. Нб—60%; Е—3260000; Л—7,200, RS—2 часа 10 мин.

На основании анамнеза и объективных данных описываемая опухоль мною диагностирована как фибромиома матки и больной предложена операция, на что она дала полное свое согласие.

23/XI—операция. Разрез брюшной стенки под местной инфильтрационной анестезией новокаином по белой линии живота от лобка и выше пупка. По вскрытии брюшной полости органы малого таза анестезированы по способу покойного проф. А. И. Тимофеева. В брюшной полости обнаружена опухоль, представляющая собой сильно увеличенную матку; последняя экстирпирована. Анестезия была полная, брюшная полость зашита наглухо.

Послеоперационный период гладкий, на 2-й день б-ной разрешено садиться, с 3-го дня ходить, на 8-й день сняты швы, *prima intentio*.

Описание препарата.—Опухоль представляет собой сильно увеличенную матку, плотная и весит 7200 гр. После разреза полости матки обнаружен громадный фиброматозный узел на толстой ножке, исходящий из задней стенки нижнего сегмента матки. Гистологически данный узел имеет типичную картину фибромиомы

без малейших признаков перерождения. Стенка матки утончена. Гистологич. исследований: эндометрий — кистозная гиперемия, строение желез — середины менструального интервала, железы выстланы цилиндрическим эпителием. Придатки макроскопически заметных отклонений от нормы не представляют; в одном из них найдено довольно свежее желтое тело и оба яичника имеют одинаковую гистологическую картину — сосуды hilus'a с явлениями пери—мезо— и эндоартериита, местами до полной облитерации просвета, с явлениями гиалинеза (желтое тело), большое количество фолликулов, начиная от примордиальных до различной величины созревающих с яйцевыми клетками.

Таким образом, нахождение желтого тела и гистологическая картина яичников в нашем случае говорят о продолжающейся инкреторной деятельности последних, чем и следует объяснить рост фибромиомы матки в климактерическом периоде.
