

К гистогенезу и клиническому значению яичниковых струм.

Ординатора С. Н. Зильберта.

(С 4 рис.).

Ни один из видов опухолей яичника не вызывал в свое время столько споров и разногласий о гистогенезе и клиническом значении их, сколько вызвала их *struma ovarii*. Впервые эта опухоль была описана Bland-Sutton'ом в 1883 г.; в дальнейшем мы находим описание этой опухоли в иностранной литературе у Gottschalck'a, Kretschmar'a, Glockner'a, R. Meyer'a и др.; в русской литературе впервые описала ее Улезко-Строганова в 1904 г., в последние же годы—Кушнир, Тавилдаров, Чтецова и Гинодман. Всего в доступной нам литературе мы могли найти описание 62 случаев ее.

Bland-Sutton считал эту опухоль за аденому, происходящую из фолликулярного аппарата яичника. Kretschmar, демонстрируя свой случай на Гиссенском конгрессе, трактовал ее, как эндотелиому; в дальнейшем, исходя из морфологического сходства этой опухоли с тканью щитовидной железы, он говорит о возможности метастатического ее происхождения. Возможность метастатического происхождения струм яичника не отрицается и A. Mayer'ом, который все же обращает внимание на то обстоятельство, что *gl. thyreoidea* чаще дает метастазы в кости. Walthard находил струмозную ткань в дермоидных кистах яичников, в силу чего он говорит о дермоидном происхождении яичниковых струм. Возможная связь между струмами яичников и дермоидами впоследствии была признана и Kretschmar'ом. К этой точке зрения примыкает и ряд других исследователей. Так, Pick и Glockner истолковывали свои случаи и случай Gottschalck'a, как разрастание ткани щитовидной железы в дермоидах. Trapl также полагает, что струмозная ткань яичников является лишь составной частью эмбриом. Такого же взгляда придерживался и Swarton, рассматривавший разрастание ткани щитовидной железы в эмбриомах яичников, как компенсаторный акт у женщин в возрасте 40—45 лет, когда деятельность яичников угасает. Gottschalck, называя разбираемые опухоли злокачественными фолликуломами (*folliculoma malignum*), ведет их генез от примордиальных фолликулов. Bauer считает их особой разновидностью псевдомуцинозных кистом; по его мнению, можно доказать генетическую связь их с зародышевым эпителием яичника. Частоту нахождения струмозной ткани в дермоидах и тератомах он объясняет тем, что опухоли эти часто комбинируются с кистоаденомами. Moench и Гинодман не находили в исследованных ими струмозных опухолях яичников псевдомуцина,

связь же струмы с тератомами в случаях этих авторов была очевидна. Schickele, Proscher и Raddy трактуют генез этих опухолей в соответствии с теорией Conheim'a. Bell в попытке подойти к выяснению генеза струм яичника делает целый ряд предположений; так, он говорит о метастазе первичного рака щитовидной железы, о метастазе нормальной ткани *gl. thyreoidea* или зоба, о коллоидном перерождении кистозаденомы; он не отрицает, далее, и несомненной связи этих опухолей в некоторых случаях с тератомами, в других же случаях почему-то рассматривает их, как эндотелиомы.

Мы видим, таким образом, что единства в трактовке генеза струм яичников нет, в силу чего вопрос этот до сих пор остается открытым. Все же большинство исследователей (R. Meyer, Улезко-Строганова, Чтецова, Rozodi, собравший до 1922 г. из литературы 58 случаев, и др.) склоняются к тому мнению, что струмы яичников представляют собой, повидимому, тератомы с преимущественным разрастанием ткани щитовидной железы.

Что касается вопроса о клиническом значении яичниковых струм, то и здесь полного единства в мнениях различных исследователей нет. Так, Glockner и Neu считают эти опухоли доброкачественными. Sterenberg, на основании главным образом своих наблюдений, также относит яичниковые струмы к новообразованиям первично доброкачественным, которые могут, однако, в дальнейшем карциноматозно перерождаться. У Kretschmar'a больная, оперированная по поводу струмы яичника, погибла через 2 года при явлениях асцита, общего отека и наличия рецидива, в силу чего он говорит о злокачественности опухоли в своем случае. Учитывая все же случаи доброкачественного течения яичниковых струм, описанных другими исследователями, этот автор в общем различает, с одной стороны, первично-доброкачественные струмы яичников, с другой—первично-злокачественные. К этой точке зрения примыкают Pfannenstiel, Proscher и Raddy. По данным Franke'я клиническое течение разбираемых опухолей не всегда отвечает их гистологической структуре: гистологически-доброкачественная яичниковая струма в некоторых случаях клинически течет злокачественно. A. Maueг относит первично-доброкачественные струмы к дермоидным опухолям, а первично-злокачественные—к тератомам. Вторичная злокачественность, по этому автору, находит себе объяснение в частоте карциноматозной дегенерации дермоидов вообще. Если считать, что в большинстве случаев яичниковые струмы могут быть отнесены к атипическим тератомам,— как то полагали Pfannenstiel, Aschoff, Schröder и др.,— и являются продуктом односторонней дифференцировки ткани щитовидной железы, то самый этот факт преимущественного разрастания одной ткани в опухоли со смешанным тканевым строением наводит на мысль о злокачественности разбираемой неоплазмы (Schröder, Чтецова). Первичную злокачественность яичниковой струмы описывают также R. Meyer и Gottschalk. Сюда же может быть отнесен и случай Улезко-Строгановой, где налицо были явления асцита, общего маразма и метастазирования струмозной ткани из правого яичника в левый. Опираясь на эти факты и учитывая пожилой возраст больных в известных ей случаях яичниковых струм, Улезко-Строганова также склонна относить эти опухоли к разряду злокачественных. Асцит при яичниковой струме наблюдался также и в случае Гинодма'на.

Мы видим, таким образом, что наряду с первично-доброкачественными яичниковыми струмами мы имеем и струмы первично-злокачественные. Теоретические предпосылки заставляют относиться с осторожностью к случаям клинически-доброкачественным, ибо, если рассматривать в этих случаях опухоли, как атипические тератомы с односторонней дифференцировкой, то уже это заставляет признать их хотя бы потенциально-злокачественными. Если же учесть способность этих опухолей злокачественно перерождаться, то все это, вместе взятое, является достаточным для того, чтобы и практически рассматривать данные опухоли, как злокачественные, сообразно с этим направляя и их терапию.

В оценке клинического течения этих опухолей заслуживает внимания случай *Covacs'a*, который наблюдал у 33-летней женщины с гистологически и химически установленной *struma colloides ovarii sin.* явления базедовой болезни; после операции симптомы базедовизма исчезли. Таким образом ткань щитовидной железы в яичниках является таковой не только, повидимому, гистологически, но и функционально. В пользу этого предположения говорит и случай *Trapl'a*, который видел увеличение щитовидной железы и явления гипертиреозидизма спустя некоторое время после операции удаления яичниковой струмы. Он трактует эту гипертрофию *gl. thyreoidea*, как компенсаторную, направленную к функциональному замещению ткани удаленной опухоли. Правда, в дальнейшем явления гипертиреозидизма исчезли при оставшейся увеличенной щитовидной железе, но факт временного гипертиреозидизма при гипертрофии *gl. thyreoidea* говорит за то, что струмозная ткань яичника инкреторно, повидимому, небездеятельна, хотя, судя по этому случаю, функциональная ее способность значительно уступает таковой же самой щитовидной железы, так как явлений базедовизма до операции здесь не было.

Клинические симптомы, которыми иногда сопровождается инкреторная деятельность струмозной ткани яичника (сл. *Covacs'a*), могут, пожалуй, служить некоторым подспорьем в диагностике этого новообразования, которая в остальном представляется крайне трудной. Некоторым основанием для предположительного диагноза может служить описываемая большинством авторов почковидная форма яичниковых струм. Каких-либо других диагностических признаков этой неоплазмы мы в доступной нам литературе найти не могли. Не только дооперационное, но и послеоперационное определение характера опухоли встречает, повидимому, иногда некоторые затруднения. Пытались обосновывать струмозную натуру опухоли определением иода в его коллоидном содержимом. Так, *Neu* в 1,0 консервированной опухолевой субстанции обнаружил 0,02 иода, *R. Meyer* из 16,215 гр. пепла извлек 0,000225 гр. иода. *Waeger*, ссылаясь на отсутствие иода в его случае, на основании лишь гистологической картины опухоли причисляет ее к псевдомуцинозным кистам. *A. Maueg*, учитывая то обстоятельство, что опухолевые клетки в яичниковых струмах часто функционально, как качественно, так и количественно, разнятся от однотипных нормальных клеток, считает присутствие иода обязательным для точного определения характера опухолевой ткани.

Struma ovarii—новообразование сравнительно редкое. Может быть, именно в силу этого вопросы об его генезе и клиническом течении до сих пор и не разрешены с достаточной определенностью, несмотря на то,

что с момента первого описания этой опухоли прошло уже 45 лет. Поэтому мы и сочли нелишним изучить 3 случая яичниковой струмы, наблюдавшиеся в клинике проф. В. С. Груздева за последние 5 лет.

Случай I. Больная А. (Врач. Ж. № 25 за 1923 г.), 27 лет, замужняя, поступила в клинику 31/1 1923 г. Menses появились на 19-ом году, приходили через 3—4 недели, продолжаясь по 3—4 дня; последние menses были 2 недели тому назад. Замужем 8 лет, беременна была 3 раза, имела двое срочных родов и 1 естественный выкидыш на 3-м мес. беременности, 3 месяца тому назад; с этого времени чувствует боли в пояснице. Год тому назад больная обнаружила у себя в животе безболезненную опухоль, которая после выкидыша стала заметно увеличиваться. Больная нормального телосложения, удовлетворительного питания, органы дыхания, кровообращения и пищеварения у ней нормальны. При исследовании живота над лобком прощупывается довольно плотная, подвижная, величиною с детскую головку, опухоль, имеющая форму песочных часов. Наружные половые органы без видимых изменений. Бимануальное исследование: матка в anteflexio, нормальных объема, консистенции и подвижности, грушевидной формы, безболезненна. Левый свод нормален, справа прощупывается подвижная опухоль плотной консистенции с перетяжкой по середине. 2/II проф. В. С. Груздевым произведена лапаротомия под хлороформным наркозом с разрезом по lin. alba. Опухоль оказалась свободно сидящей на ножке, исходила она из правого яичника, спаек с окружающими органами и асцита не было. Опухоль вместе с трубой удалена обычным путем, культя перитонизирована, брюшная стенка послойно зашита наглухо. Послеоперационное течение без осложнений. 25/II больная выписалась из клиники при удовлетворительном общем состоянии, с зажившей рег primam брюшностеночной раной.

Полученный препарат содержит неизмененную трубу с мезосальпинксом и развившуюся из яичника опухоль. Последняя (рис. 1) представляет собой непра-



Рис. 1.

вильно-овоидное образование, величиною с головку новорожденного ребенка, и состоит из двух неравномерных по величине, форме и виду долей, резко разграниченных между собой довольно глубокой бороздой. Меньшая доля, располагающаяся ближе к ножке опухоли, величиною с куриное яйцо, плотна, мелко-бугриста, неравномерной консистенции и имеет кое-где по поверхности небольшие тонкостенные кисточки желтоватого, местами синеватого цвета. Латеральный ее полюс, обращенный к infundibulum tubae, туго-эластической консистенции, имеет гладкую поверхность. На разрезе доли эта оказывается состоящею из двух частей: одна

из них содержит в себе небольшую полость с паренхиматозным бугорком, выполненную салным содержимым и волосами; вторая же представляет собой граничащую с описанной полостью тонкостенную кисту с гладкой, желтоватого цвета, внутренней поверхностью. Перегородка между этими двумя полостями утолщена и пронизана на большом протяжении рядом тесно расположенных, различной величины мелких кисточек, наполненных коллоидоподобным содержимым. Эти кисточки, начинаясь в стенке кисты с салным содержимым у паренхиматозного бугорка, направляются в перегородку, составляя, таким образом, главную массу стенки дермоида. Большая доля опухоли, ограниченная от предыдущей перехватом, придающим всему tumor'у вид песочных часов, солидна, имеет гладкую, бледного цвета поверхность. На разрезе эта доля опухоли представляет неясно выраженную структуру переплетающихся волокон, пронизана точечными кровоизлияниями и макроскопически производит впечатление фибромы.

При микроскопическом исследовании кусочков, взятых из разных мест большой опухоли, выяснилось, что она представляет собой действительно фиброму, некоторые участки которой богаты молодыми отростчатыми клетками, в других же участках превалирует волокнистое строение. Полиморфизм клеток отсутствует, митозов не обнаружено. Исследование кусочков, взятых из различных участков первой части меньшей доли опухоли, показало, что она состоит главным образом из железистых, различных по форме и величине полостей, тесно прилегающих друг к другу так, что эпителий одних служит одновременно границей соседних; эти полости в большей своей массе выполнены гомогенным содержимым, окрашивающимся гематоксилин-эозином в фиолетово-коричневый, а по V. Gieson'у — в буро-желтый цвет. Внутренняя их поверхность выстлана кубическим, местами высоким или низким цилиндрическим эпителием. В срезах, взятых из стенки полости, выполненной салным содержимым и волосами, мы имеем типичное строение дермоида (рис. 2)—кожу с салными железами и волосами, вслед за кожным покро-

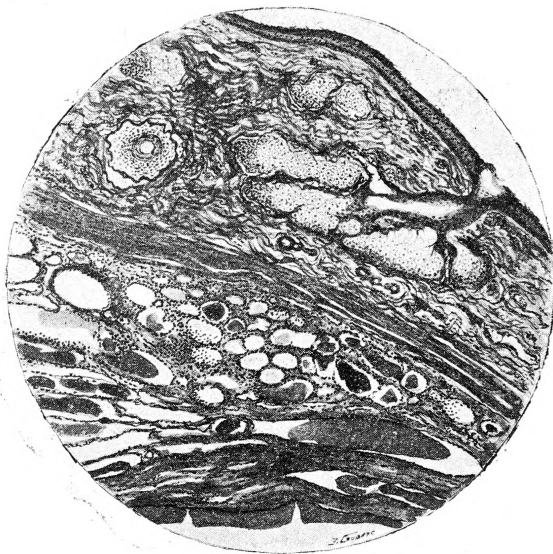


Рис. 2.

вом—клеточные поля с фолликулоподобными образованиями, а дальше вглубь стенки дермоида идут участки, состоящие из растянутых полостей, выполненных коллоидоподобным содержимым. В одном месте имеется полость, вовсе лишенная эпителия, с плотно приставшим к ее стенке детритом. В срезах, взятых из стенки большой кисты, мы имеем внутри гиалинизированную соединительную ткань, в которой заложены мелкозернистые включения, местами сливающиеся в большие глыбки, окрашивающиеся гематоксилином в интенсивно-фиолетовый цвет (известь). Кое-где здесь же среди гиалинизированной ткани имеются отдельные группы полигональных и округлых клеток, богатых протоплазмой, желтоватого цвета (лютеиновые клетки).

Случай II. Больная III. (Врач. ж. № 300, 1925 г.), 43-х лет, русская, крестьянка, поступила в клинику 14/XII 1925 г. Первые крови появились на 17-ом году, приходили ранее через 4 недели и шли по 2—3 дня; со времени болезни *menses* через 4—5—6 недель, по 2 дня, в небольшом количестве. Летом 1925 г. крови совершенно отсутствовали. Вышла замуж на 18-м году, беременна была 8 раз, все беременности окончились срочными родами, последние роды 3 года т. назад. 2 года т. назад заметила в животе опухоль, которая постепенно увеличилась; год т. назад, после ушиба, опухоль уменьшилась, а затем вновь стала расти.

Объективное исследование: со стороны органов дыхания, кровообращения и пищеварения отклонений от нормы не обнаружено; стенка живота напряжена, внизу живота, преимущественно справа, имеется шаровидная опухоль с гладкой поверхностью, туго-эластической консистенции. При пальпации в малом тазу прощупывается еще небольшая, тоже туго-эластическая, бугристая опухоль, связанная с предыдущей. При перкуссии над опухолью всюду тупой звук; тупость непосредственно переходит в тупость малого таза. Бимануальное исследование обнаружило, что левый свод сужен, в нем прощупывается увеличенный, подвижный, малоблезненный яичник; правый свод широк, на месте правого яичника прощупывается туго-эластическая бугристая опухоль, величиною с кулак, переходящая непосредственно в опухоль, лежащую в большом тазу. Обе опухоли имеют одну общую ножку, исходящую из правого угла матки.

16/XII д-ром П. В. Маненковым произведена лапаротомия под хлороформным наркозом с разрезом по *lin. alba*. Большая часть содержимого кисты была выпущена троакаром. С уменьшением опухоли оказалось, что она исходит из правого яичника и ограничена в своей подвижности, благодаря плотным спайкам соседней с ножкой периферии кисты с париетальной брюшиной заднего дугласа. Опухоль удалена вместе с трубой. Левая труба клиновидно резецирована, матка фиксирована к передней брюшной стенке по способу *I. Corold-Czerni*. Брюшная рана зашита наглухо. Послеоперационное течение гладкое. 4/I 1926 г. больная оставила клинику. Из переписки с больною известно, что в настоящее время, т. е. через 2 года после операции, она чувствует себя удовлетворительно.

Удаленная опухоль правого яичника (рис. 3) представляла собой кистовидное образование, шаровидной формы, величиной с арбуз, с бугристо-плотным утол-

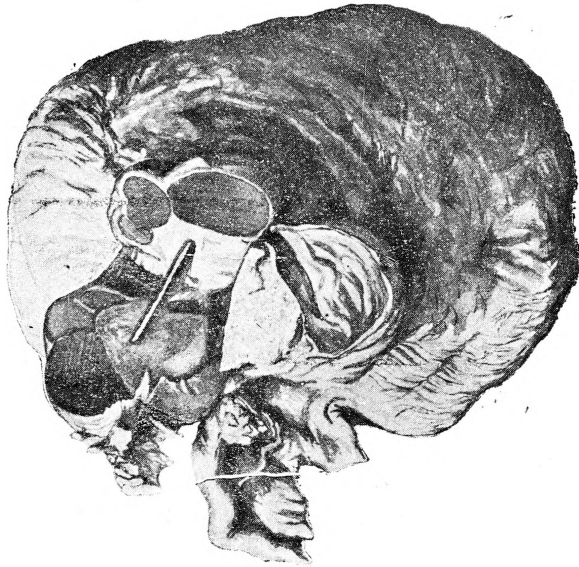


Рис. 3.

щением на прилежащем к ножке полюсе. Поверхность опухоли гладкая, блестящая, за исключением упомянутого утолщения, поверхность которого покрыта остатками срощений. На разрезе опухоль оказалась однокамерной, тонкостенной кистой с выполненной серозной жидкостью полостью с гладкой внутренней по-

верхностью. Ближе к ножке у *lig. infundibulo-ovaricum* стенка кисты образует указанное выше утолщение, в центре которого заложен солидный участок желтовато-белого цвета, состоящий из мелко-ячеистой ткани. В окружности этого участка разбросан ряд различной величины, от горошины до сливы, кистовидных полостей, выполненных желтоватого и красновато-бурого цвета студенистым веществом, на уплотненном препарате легко выпадающем из полостей.

Микроскопическое исследование обнаружило, что стенка большой кисты состоит из волокнистой соединительной ткани; эпителий, покрывающий внутреннюю ее поверхность, сильно уплощен. На срезах, взятых из центральной части бугристого утолщения, видны эпителиальные клетки, располагающиеся солидными очагами или отдельными тяжами. В толще некоторых из них встречаются различной величины полости то с содержимым, то без такового. Одна часть этих полостей неправильной формы, и окаймляющий их эпителий лежит беспорядочно; другая их часть выстлана расположенными в один ряд кубическими клетками, что при наличии в этих полостях гомогенного содержимого придает им вид фолликулов яичника (рис. 4). Строма в этих местах очень слабо выражена. Местами эпителиальные



Рис. 4.

полости непосредственно прилегают друг к другу. Встречаются участки, где описываемые эпителиальные включения заложены в бесструктурной, лишенной ядер ткани. В некоторых участках эпителиальная ткань обнаруживает наклонность концентрироваться в дольки. Содержимое полостей относится к их стенке различно: в больших полостях оно отделено от стенки пустотой, в меньших же—теснее связано с нею, образуя по периферии кайму пузырьков. При окраске гематоксилин-эозином содержимое имеет розовый, при окраске по V. Gieson'y—буро-желтый цвет. Большие полости, заложенные в периферических участках утолщения, выстланы сильно уплощенным, однородным эпителием. В одном из срезов обнаружена типичная кистная ткань.

Случай III. Больная Л. (Врач. ж. № 304 за 1925 г.), 36 лет, замужняя, русская, поступила в клинику 17/XII 1925 г. Первые крови появились на 15-ом году, до болезни приходили через 4 недели, шли по 4 дня, без болей. Со времени болезни в течение последних 4 месяцев крови приходят через 2¹/₂—3 недели и длятся по 2 дня. Последние menses—неделю т. назад. Замужем 15 лет, беременна была 7 раз, родов срочных—трои (№№ 1, 2 и 7), выкидышей искусственных—три (№№ 3, 4 и 5), выкидышей естественных—один, на втором месяце (№ 6). Первые роды на 22-ом году жизни, последние—5 лет т. назад. Считает себя больной 5¹/₂ лет, когда появились боли в правом боку, и была констатирована опухоль правого яичника величиной с куриное яйцо; год т. назад в области

расположения опухоли появились значительные боли при физических напряжениях; в настоящее время больная жалуется на наличие опухоли в животе и боль в правом паху, особенно при физических напряжениях.

Объективное исследование: больная ниже среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания; кожа и слизистые оболочки слегка бледноваты; органы дыхания, кровообращения и пищеварения нормальны; в нижней части живота, справа, прощупывается опухоль эллипсоидной формы, величиной с кулак взрослого мужчины, туго-эластической консистенции, подвижная. Своей длинной осью опухоль направляется от средней линии и снизу вправо и вверх, не доходя на 3 пальца до уровня пупка. Наружные половые органы нормальны. Рукав—как у рожавшей, имеется небольшое опущение передней стенки влагалища. Бимануальное исследование показало, что матка лежит в *retroversio mobilis*, с нерезко выраженным наклоном дна вправо, немного увеличена, мягковата, шаровидна; в задне-левом своде определяются несколько болезненные, мало подвижные придатки; спереди и с боку (справа) от матки определяется туго эластическая опухоль, величиной несколько больше мужского кулака, эллипсоидной формы, подвижная. При приведении опухоли к задне-правому своду прощупывается сбоку от матки, у самой опухоли, тело, напоминающее придатки матки, уходящее вместе с опухолью при отведении ее вверх.

Операция 19/II (проф. В. С. Груздев). Опухоль оказалась лежащей спереди от матки и исходящей из латеральной части мезосальпинкса. Удалена обычным путем. Из правого яичника резецирована кисточка величиной с грецкий орех, с толстой, сравнительно-плотной стенкой. Левый яичник несколько увеличен, частично кистовидно перерожден; одна кисточка прижжена термокаутером. Матка фиксирована к передней брюшной стенке одним узловатым катгутовым швом. Брюшная полость закрыта послойно. На 15-й день больная выписалась из клиники с зажившей *per primam* раной и при удовлетворительном общем состоянии. В настоящее время, т. е. через 2 года после операции, она чувствует себя хорошо (письменное сообщение).

Удаленная опухоль, величиною с большое яблоко, туго-эластической консистенции, представлявшая собою кисту с тонкими стенками, не вскрыто отправлена в Бактериологический институт для употребления ее содержимого на изготовление сред. Резецированная часть правого яичника представляла кистовидное образование, стенка которого местами была плотна (хрустела между пальцами) наощупь, в одном месте на разрезе была красноватого цвета, мясистого вида.

Микроскопическому исследованию подвергалась только резецированная часть правого яичника. Во всех срезах микроскопическая картина с некоторыми вариациями была почти одинакова. В центре имелась полость, выстланная местами однослойным уплощенным, местами цилиндрическим эпителием. Кое-где эта полость была лишена снаружи эпителия, и внутренняя кайма ее стенки состояла из многорядного слоя полигональных больших клеток, очень богатых зернистой протоплазмой, окрашивающейся гематоксилин-эозином в розовый с темноватым оттенком цвет, а по V. Gieson'у—в желтоватый цвет. Под эпителием лежал слой бедной ядрами, волокнистой, гиалинизированной соединительной ткани, в толще которого имелись очаговые скопления таких же клеток. Эти клеточные скопления были обособлены от участков струмозной ткани. Последняя располагалась в одном месте на периферии стенки указанной полости, по соседству с сохранившейся стромой яичника. Струмозная ткань представлялась здесь в виде массы мелких полостей, имевших различную форму и величину и сплошь выполненных гомогенным содержимым, окрашивавшимся гематоксилин-эозином в розовый, по V. Gieson'у в буровато-желтый цвет. Эти полости были окаймлены изнутри однослойными цилиндрическими, местами кубическими клетками. Некоторые из полостей содержали в себе множество клеток с одним или несколькими ядрами и бледной зернистой протоплазмой. Наружная часть стенки полости включала в себе местами типичную строму коркового яичника.

Мы видим, таким образом, что во всех наших 3 случаях гистологически была обнаружена ткань щитовидной железы. Проба на присутствие иода не производилась¹⁾, но даже если бы эта проба и дала

¹⁾ Эта часть работы производится в настоящее время ассист. кафедры биол. химии д-ром Блюмштейном.

отрицательный результат, то все же морфологические признаки и отношение этой ткани к краскам вряд-ли оставили бы у кого-либо сомнение в ее характере.

В первом случае мы имели фиброму яичника наряду с типичным дермоидом, содержащим в главной своей массе ткань щитовидной железы. Эта опухоль в ее дермоидной части может быть отнесена нами к разряду дермоидных струм. Мы можем рассматривать здесь струмозную ткань, как вполне законное включение в опухоли, могущей иметь в своем составе производные всех трех зародышевых листков (А. Mayer). Эти дермоидные струмы первично доброкачественны. В защиту этого положения в нашем случае с некоторыми оговорками может быть использовано то обстоятельство, что больная носила эту опухоль довольно продолжительное время (заметила ее год т. назад, а существовала она, повидимому, и раньше) без того, чтобы это сказалось какими-либо резкими общими расстройствами (упадок питания, кахексия). К сожалению, после операции больная из-под наблюдения исчезла.

В случае втором мы в солидной части опухоли наряду с струмозной тканью случайно нашли в некоторых препаратах костную ткань,—случайно, так как микроскопическому исследованию могли быть подвергнуты части опухоли, где костная ткань отсутствовала (наощупь плотных костных участков не было). Но эта случайная находка подводит базис под нашу трактовку этого случая. Мы здесь имеем, повидимому, тератоматозную струму, т. е., опять-таки, не чистую струму яичника, а тератому с преимущественным, односторонним разрастанием ткани щитовидной железы. Такого рода тератоматозные струмы, как то логически следует из учета клинической сущности тератом вообще, должны вести себя, как опухоли злокачественные. По Schröder'y и Чтецовой за возможность первичной злокачественности опухоли говорит односторонняя дифференцировка ткани щитовидной железы. Клиническая картина в нашем случае не дает подтверждения этим допущениям,—больная спустя 2 года после того, как она сама обнаружила в животе опухоль в виде небольшого кома, явилась в клинику без признаков упадка питания и кахексии; асцит не было, метастазы также обнаружены не были. Два года после операции больная, по ее письменному сообщению, была здорова. Если мы, таким образом, не находим в клинической картине данного случая подтверждения злокачественности тератоматозных струм, то все же отвергать ее возможность мы также не можем. Главная масса опухоли в этом случае представляла собой кистозное образование, превышавшее по величине раза в 4—5 ту часть опухоли, в которой была обнаружена струмозная и костная ткани. Быть может,—и это вероятнее всего, судя по сравнительно быстрому росту опухоли,—первично и развилась у больной эта киста, замеченная ею в свое время, а тератоматозная струма имела до операции небольшую давность. Разбираемый случай, таким образом, не дает нам споры для суждения о клиническом течении тератоматозной струмы. Здесь нужны дальнейшие наблюдения.

В третьем случае мы имеем в стенке, повидимому, кисты желтого тела струмозную ткань. Каких-либо элементов, характерных для эмбрионы, найти здесь не удалось. Имели ли мы здесь дело с чистой струмой, или другие эмбрионные ткани не успели еще организовать при небольшой величине всего образования? Вопрос, конечно, остается открытым.

Во всяком случае здесь при микроскопическом исследовании вряд ли что-либо могло быть просмотрено, ибо, при небольшой величине микроскопического препарата, под микроскопическое обследование попали почти все его слои. Улезко-Строганова, как мы уже упоминали, приводит случай как будто чистой, макро- и микроскопически, яичниковой струмы. Было бы пока-что умозрением трактовать его, как тератому, где почему-либо не были обнаружены другие ткани. Необходимо в подобных случаях быть крайне щепетильным с микроскопией и, где возможно, производить исследование на сериях срезов. В выяснении генеза яичниковых струм этот момент крайне важен, ибо трактовать случаи микроскопически чистых струм, как эмбриомы с односторонним разрастанием ткани щитовидной железы, мы можем лишь с некоторой натяжкой. Здесь необходимым казалось бы не ограничиваться одной только умозрительной трактовкой и искать другие пути для выяснения генеза этого вида струм.

Что касается вопроса о функциональной способности струмозной ткани, то в наших случаях указаний на дооперационный и послеоперационный гипертиреозидизм мы в историях болезней не нашли. Нужно все же полагать, что струмозной ткани свойственна инкреторная деятельность, о чем мы уже упоминали выше, приводя случаи Соvас's'a и Тгаp'я. И этот факт функциональной действительности струмозной ткани должен быть учтен при выяснении генеза, главным образом, чистых струм.

В заключение позволим себе сделать следующие выводы:

1. *Struma ovarii* есть сравнительно редко встречающееся новообразование.

2. Чаще всего она комбинируется с дермоидом или тератомой; в подобных случаях струмозная ткань может рассматриваться, как законное включение для этих новообразований, в состав которых могут входить производные всех трех зародышевых листков.

3. Случаи, где микроскопически могла быть обнаружена одна лишь струмозная ткань, требуют осторожности в суждении об их гистогенезе. Теория одностороннего разрастания ткани щитовидной железы в эмбриомах нуждается в более положительной, подкрепленной данными непосредственного исследования, аргументировке.

4. Клинически яичниковые струмы могут протекать как доброкачественно, так и злокачественно. Первичная злокачественность, повидимому, зависит от характера основной опухоли и присуща тератоматозным струмам.

5. Струмозной ткани яичника свойственна, повидимому, инкреторная деятельность, которая клинически не всегда выявляется.

6. В дальнейших изысканиях интересен вопрос о генезе случаев, где микроскопически могла быть обнаружена одна лишь струмозная ткань („чистые струмы“), причем выяснение этого генеза должно идти по пути как гистологических исследований, так и учета функционального состояния эндокринных желез, главным образом *gl. thyreoideae*.

Литература: 1) Mayer. Halban u. Seitz. Biol. u. Path. d. Weibes. B. V, T. 2.—2) C. Sterenberg. Ibid.—3) A. Glockner. Zentr. f. Gyn., 1903, № 26, S. 790.—4) Walthard. Ueber struma colloides cystica im Ovarium. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1903, Bd. 50, S. 567.—5) G. Trapl. Zur Kenntnis der stuma ovarii. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1912, Bd. 70, S. 192.—6) Улезко-Строганова. Struma ovarii, Ж. ак. и ж. бол., 1904, стр. 2069.—7) Л. И. Чтецова. К гистогенезу struma ovarii. Ирк. мед. ж., 1924, стр. 27.—8) Д. М. Гинодман. К вопросу о teratoma strumosum ovarii. Ж. ак. и ж. бол., 1927, стр. 229.—9) Kretschmar. Mon. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXXIV, S. 252.—10) Swarton. По реф. в Ж. ак. и ж. бол., 1907, стр. 1373.—11) Моенх. По реф. в Ж. ак. и ж. бол., 1916.—12) Neu. Mon. f. Geb., XXXIV, S. 251.—13) R. Meyer. Zentr. f. Gyn., 1924, S. 1834.—14) Fr. Proeschler and J. Roddy. По реф. в Ж. ак. и ж. бол., 1916, стр. 378.—15) Franci. Реф. в Zentr. f. Gyn., 1913, XXXVII, S. 1556.—16) Bell-Hamilton. Journ. of obst. a. gyn. Brit. Emp., august, 1905.
