

вину входитъ на $8\frac{1}{2}$ cm., другой же зондъ, введенный одновременно въ лѣвую половину, входитъ на 8 cm., они расходятся въ сторону и между собою не соприкасаются. Менструируютъ обѣ матки одновременно и почти въ одинаковомъ количествѣ, въ чемъ автора убѣдила изслѣдованіе больной во время менструаціи. Въ данномъ случаѣ авторомъ, какъ радикальное средство, была примѣнена операція. Кромѣ выскабливанія каждой матки, авторъ вырѣзалъ перегородку ножницами. Края разрѣзовъ сшиты по всей поверхности шелкомъ. Къ сводамъ вырѣзана менѣе широкая полоса и въ пространствѣ между влагалищными частями матки перегородка оставлена.

А. Бухштабъ.

10. Theodor Landau und Karl Abel. Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Gebärmutterhalses. (Archiv f. Gynaekologie, Bd. XXXVIII, Heft. 2). Къ нормальной и патологической анатоміи шейки матки.

Женскіе половые органы въ продолженіе всей жизни и до самой смерти подвергаются постояннымъ измѣненіямъ. Мюллеровскіе ходы, представляющіеся сначала сплошными, плотными, становятся съ дальнѣйшимъ развитіемъ полыми, къ концу 2-го мѣсяца перегородка между ними въ нижней части исчезаетъ и развивается влагалище и матка, между тѣмъ какъ верхняя часть превращается въ трубы; только у 5-ти мѣсячнаго плода возможно дифференцировать матку отъ влагалищнаго канала — образуется влагалищная часть; шейка въ это время очень длинна и широка, тѣло матки мало и узко; у новорожденной тѣло матки сравнительно съ влагалищной частью уже сильнѣе развито. Соответственно чрезвычайной измѣнчивости самой формы матки, очень трудно провести точную границу между отдѣльными частями ея; болѣе простымъ и соответствующимъ анатомическимъ даннымъ представляется дѣленіе *Williams'a*: все, что лежитъ выше плоскости внутренняго зѣва, называется *тѣломъ матки*, все, что лежитъ ниже этой плоскости, есть *шейка матки*; та часть, которая вдается во влагалище и ограничивается сверху линіей, связывающей передній и задній своды, а снизу свободнымъ краемъ шейки матки, называется *portio infravaginalis* или *влагалищною частью въ общемъ смыслѣ этого слова*, та же часть влагалищной слизистой оболочки, которая покрываетъ вдающуюся во влагалище часть шейки многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, называется *portio vaginalis* — *влагалищною частью въ тѣсномъ смыслѣ этого слова*; такимъ образомъ по *Williams'у* «*portio vaginalis* въ тѣсномъ смыслѣ» покрываетъ шейку, какъ наперстокъ палець. Черезъ шейку проходитъ каналъ ея, который граничитъ сверху у внутренняго зѣва со слизистой оболочкой полости матки, книзу у наружнаго зѣва съ *portio vaginalis*. Подъ *os uteri externum* мы должны понимать плоскость, проведенную чрезъ самый низколежащій пунктъ цервикальнаго канала; опредѣлять наружный зѣвъ, какъ границу между плоскимъ и цилиндрическимъ эпителиемъ, нельзя, такъ какъ мѣсто перехода одного вида эпителия въ другой не есть постоянный пунктъ; *Friedländer* находилъ, что у дѣтей всегда наруж-

ный зѣвъ служить мѣстомъ перехода одного вида эпителия въ другой, у взрослыхъ же плоскій эпителий покрываетъ иногда всю нижнюю треть цервикальнаго канала; *Lott* же, а также *Landau* и *Abel* видѣли случаи у дѣтей, гдѣ плоскій эпителий заходилъ высоко въ цервикальный каналъ, съ другой стороны эти же авторы видѣли физиологическіе случаи, гдѣ у взрослыхъ мерцательный эпителий переходилъ даже на наружную поверхность шейки. Ткань шейки состоитъ изъ 3-хъ слоевъ мышечныхъ волоконъ, какъ и тѣло матки, изъ соединительной ткани, эластическихъ волоконъ, большихъ, извилистыхъ сосудовъ и немногочисленныхъ нервовъ; сосуды матки отличаются толщиной своихъ стѣнокъ. Происхожденіе лимфатическихъ сосудовъ матки по *Sappey*'у двоякое: большая часть ихъ беретъ начало въ мускулатурѣ, меньшая въ слизистой оболочкѣ; по мѣсту происхожденія, ходу и окончанію можно различать поверхностныя и глубокія вѣтви. Поверхностныя начинаются въ тѣлѣ матки, направляются кнаружи и оканчиваются въ лимфатическихъ железахъ, лежащихъ подъ art. iliacae ext.; болѣе глубокія начинаются въ шейкѣ матки, направляются подъ широкими маточными связками прямо кзади, къ lig. sacrotuberina, и оканчиваются въ железахъ, лежащихъ впереди os sacrum, между прямой кишкой и art. iliacae int.

Слизистая оболочка цервикальнаго канала образуетъ обильныя складки и покрыта мерцательнымъ эпителиемъ; въ углубленіяхъ между складками находятся отверстія цервикальныхъ железъ; послѣднія по *Sappey*'ю и *Friedländer*'у суть не простыя фолликулы, но настоящія железы, у дѣтей же они представляются въ видѣ простыхъ шаровидныхъ углубленій; у взрослыхъ только нижняя треть, иногда и меньшая часть цервикальнаго канала свободна отъ железъ, у дѣтей по всему цервикальному каналу встрѣчаются эти железистыя углубленія; всѣ железы покрыты мерцательнымъ эпителиемъ. *Portio vaginalis* въ тѣсномъ смыслѣ состоитъ изъ многослойнаго плоскаго эпителиа и ничѣмъ не отличается отъ слизистой оболочки влагалища: какъ та, такъ и другая не имѣютъ железъ; одинъ только *Klotz* противоположнаго мнѣнія. Относительно мѣста встрѣчи плоскаго эпителиа съ цилиндрическимъ существуютъ различныя взгляды; одни полагаютъ, что тамъ, гдѣ оканчивается плоскій эпителий, сразу начинается цилиндрической, другія различаютъ особенную форму переходнаго эпителиа (*Lott, Williams*). *Landau* и *Abel* не встрѣчали особенной формы переходнаго эпителиа, по нимъ одинъ видъ эпителиа переходитъ въ другой постепенно, такъ что иногда еще видно, какъ плоскій эпителий покрываетъ цилиндрической тонкимъ слоемъ. Въ извѣстный періодъ внутриутробной жизни весь половой трактъ выстланъ цилиндрическимъ эпителиемъ, который, начиная съ нижней конца Мюллеровскихъ ходовъ, постепенно замѣняется многослойнымъ плоскимъ; эта замѣна можетъ настолько замедлиться, что еще у новорожденнаго влагалищная часть можетъ быть покрыта цилиндрическимъ эпителиемъ и получается по *Fischel*'ю такъ наз. «прирожденный физиологическій выворотъ зѣва»; и у взрослыхъ при закрытой дѣвственной плевѣ и haematokolpos'ѣ влагалищная часть и влагалище бываетъ иногда, какъ показали изслѣдованія *Ruge*, покрыто цилиндриче-

скимъ эпителиемъ безъ того, чтобъ въ стромѣ маточной шейки и влагалища были замѣтны какія нибудь измѣненія.

Исслѣдованія *Friedländer*'а, показали, что у дѣтой во влагалищной части никогда нѣтъ железъ, у взрослыхъ же при нормальной стромѣ и нормальномъ покровѣ влагалищной части въ ней встрѣчаются одиночныя железы и кисты; то же подтвердили *Klotz* и *Fischel*, *Landau* же и *Abel* не могли точно констатировать существованіе железъ съ выводными протоками подъ плоскимъ эпителиемъ и при *нормальной* стромѣ, но за то они часто находили при этихъ условіяхъ кисты и образованіе фолликуловъ, источникомъ которыхъ они считаютъ цервикальныя железы. Въ общемъ держатся того взгляда, что *ovula Nabothii* образуются вслѣдствіе закупорки выводныхъ протоковъ цервикальныхъ железъ; авторамъ въ одномъ случаѣ удалось констатировать еще и другое происхожденіе этихъ *ovula Nabothii*; именно, судя по одному препарату, они могутъ развиваться подобно кистамъ яичника, представляясь вначалѣ въ видѣ плотныхъ эпителиальныхъ ходовъ.

При тѣхъ состояніяхъ, которыя макроскопически опредѣляются, какъ «эрозіи», авторы находили строму или инфильтрированной мелкими клѣтками или превращенной въ грануляціонную ткань, далѣе они находили просвѣты (*lumina*), выполненные обыкновенно высокимъ, тѣсно прилегающимъ другъ къ другу цилиндрическимъ эпителиемъ; мерцательнаго эпителия или какого нибудь выдѣленія они въ нихъ никогда не находили; сосуды расширены и увеличены въ числѣ; поверхность этихъ «эрозій» обыкновенно покрыта плоскимъ эпителиемъ «влагалищной части въ тѣсномъ смыслѣ этого слова» или эпителия совершенно нѣтъ и тогда мы имѣемъ дѣйствительную язву на поверхности или же, что бываетъ чаще всего, поверхность ея покрыта однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ; находятъ также отшнурованные фолликулы и кисты. Такъ какъ макроскопически отличить, какія измѣненія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ существуютъ, невозможно, то названные авторы предлагаютъ для этихъ макроскопически столь схожихъ состояній общее названіе „*раздраженіе (irritatio) влагалищной части*“, если эпителиальный покровъ сохранился, и язва (*ulcus*), если этого покрова совершенно нѣтъ. Микроскопически нужно различать два главныхъ вида «раздраженія влагалищной части»: одинъ ограничивается влагалищной частью въ тѣсномъ смыслѣ и характеризуется воспаленіемъ подлежащей стромы съ большимъ или меньшимъ участіемъ эпителия; при другомъ вовлекается въ процессъ и слизистая оболочка цервикальнаго канала, является воспаленіе ея съ гиперплазіей железъ или только одна гиперплазія послѣднихъ. Всѣ, вообще, воспаленія влагалищной части эти авторы раздѣляютъ слѣдующимъ образомъ:

I. *Inflammatiо portionis vaginalis.*

a) *Simplex.* Воспаленіе стромы (острое, подострое, хроническое). Плоскій эпителий сохраненъ.

b) *Follicularis.* Воспаленіе стромы. Отшнурованные фолликулы и кисты. Плоскій эпителий сохраненъ.

II. *Inflammatiо portionis vaginalis desquamativa.*

a) *Partialis*. Воспаленіе стромы; мѣстами плоскій эпителий исчезъ и замѣненъ островками цилиндрическаго.

b) *Totalis*. Воспаленіе стромы. Покровъ *только* изъ цилиндрическаго эпителия. Одиночныя фолликулы или кисты, а также гиперплазія цервикальныхъ железъ.

c) *Follicularis*. Подобно предыдущему, только многочисленныя отшнурованныя фолликулы въ глубинѣ.

d) *Papilloides*. Подобно предыдущему; проростанія цилиндрическаго эпителия въ глубину, лежація близко другъ отъ друга, такъ что ткань, находящаяся между ними, похожа на сосочки.

Язва, какъ извѣстно, есть явленіе вторичное и при язвахъ влагалищной части на мертвыхъ препаратахъ мы не можемъ сдѣлать никакихъ выводовъ относительно этиологіи ихъ; анатомически язвы влагалищной части ничѣмъ не отличаются отъ язвъ другой слизистой оболочки, покрытой плоскимъ эпителиемъ. Иногда мы въ глубинѣ наблюдаемъ явленія, характеризующія язву, между тѣмъ какъ на поверхности препарата мѣстами сохранился эпителий; объяснить это можно подобно тому, какъ *Friedländer* объяснилъ новообразованія эпителия надъ гранулирующими и язвенными поверхностями, напр. при *ulcus scuris*; влагалищная часть въ состояніи воспаленія съ вторичнымъ эпителиальнымъ покровомъ послѣ однократной потери его будетъ имѣть такой же видъ, какъ влагалищная часть съ сохранившимся эпителиемъ, подлежащая ткани которой сильно воспалены. Истинныя язвы мы встрѣчаемъ на влагалищной части при такъ назыв. инфекціонныхъ заболѣваніяхъ — проказѣ, волчанкѣ, туберкулезѣ, сифилисѣ и ракѣ; язвы, встрѣчающіяся при этомъ, ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ же на кожѣ; сифилитическія язвы встрѣчаются не особенно рѣдко, хотя ни *Fournier*, ни *Ricord* не видали здѣсь настоящихъ гумозныхъ опухолей.

Такъ какъ «влагалищная часть въ тѣсномъ смыслѣ слова» ничѣмъ не отличается отъ влагалищной слизистой оболочки, то и первичный ракъ влагалищной части ничѣмъ не отличается отъ первичнаго рака влагалища; обстоятельства только усложняются тѣмъ, что на влагалищной части слизистая оболочка, покрытая плоскимъ эпителиемъ, непосредственно переходитъ въ слизистую оболочку, покрытую мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ и имѣющую железы, а еще болѣе тѣмъ, что иногда плоскій эпителий замѣщается цилиндрическимъ (точныхъ границъ не существуетъ) и что развитію рака предшествуютъ гиперпластическія, воспалительныя явленія, доброкачественныя новообразованія железъ. *A.* и *L.* различаютъ слѣдующія формы рака влагалищной части:

1) *Cancrioid* влагалищной части, который исходитъ изъ плоскаго эпителия влагалищной поверхности:

a) *Superficialis*, распространяющійся поверхностно къ влагалищу;

b) *Profundum*, направляющійся въ глубь и разрушающій прежде всего строму шейки съ тѣмъ, чтобъ дальше съ одной стороны распространиться въ

околососочныхъ тканяхъ, съ другой стороны разрушить железы цервикальной слизистой оболочки.

При обѣихъ формахъ ракъ можетъ быть ограниченнымъ или разлитымъ; при дальнѣйшемъ теченіи одна форма переходитъ въ другую и отличить ихъ уже невозможно.

2) Carcinoma cervicis, исходящая изъ эпителія цервикальнаго канала. Железы выполнены раковыми клѣтками, образующими настоящіе пуги; изъ железъ эпителій разрастается въ межжелезистой ткани. При этой формѣ ракъ распространяется какъ по направленію къ внутреннему, такъ и къ наружному зѣву и влагалищу.

3) Adeno-carcinoma cervicis—очень сильное развитіе железъ, между железами альвеолы, выполненныя эпителиоидными элементами вполнѣ независимо отъ новообразованія железъ. Смѣшанная опухоль.

Abel и *Landau* присоединяются къ мнѣнію *Koster'a* и *Friedlander'a*, что дальнѣйшее распространеніе рака происходитъ по соковымъ канальцамъ соединительной ткани, по околососудистымъ и околососудистымъ лимфатическимъ пространствамъ. Изслѣдуя многочисленныя препараты по методу *Flemming'a*, эти авторы очень рѣдко находили керакитетическія фигуры и потому они принимаютъ, какъ эндогенное образованіе ядра, такъ и свободное образованіе его—*generationem spontaneam* въ смыслѣ *Cornil'a* и *Robin'a*. Много лѣтъ тому назадъ уже установлено *Virchow'ымъ*, что ракъ вначалѣ есть только мѣстная болѣзнь, которая современемъ превращается въ общую, и потому, удаляя тѣмъ или другимъ способомъ очагъ мѣстнаго страданія, мы можемъ спасти больного, нужно быть только увѣреннымъ, что оперируешь въ здоровыхъ тканяхъ, а въ послѣднемъ не всегда можно быть увѣреннымъ, изслѣдуя вырѣзанный кусокъ даже въ сотняхъ послѣдовательныхъ разрѣзовъ. Въ прогностическомъ отношеніи не имѣетъ значенія ни величина, ни распространенность процесса; у авторовъ былъ случай, гдѣ при ракѣ шейки и очень ранней оперативной помощи быстро наступилъ рецидивъ; оказалось, что помимо рака шейки существовалъ изолированный узелъ въ днѣ матки. Гистологическое строеніе рака не даетъ никакихъ указаній на быстрое или медленное теченіе его; наилучшій прогнозъ даютъ изолированные раки влагалищной части. Для того чтобъ оперативное леченіе рака могло быть вполнѣ успешнымъ важно какъ можно раньше опредѣлить его; но возможно-ли это всегда? Изслѣдованіе «пробныхъ кусочковъ» изъ подозрительныхъ мѣстъ не всегда даетъ точное указаніе, тѣмъ болѣе, что въ опредѣленіи рака не всѣ еще пришли къ окончательному и опредѣленному выводу, а для первыхъ стадій его мы не имѣемъ никакихъ кардинальныхъ признаковъ. Опредѣлять такъ, какъ «атипическое разрастаніе эпителія» недостаточно; нужно прибавить «*злокачественнаго характера*»; на послѣднее прямыхъ указаній микроскопъ не можетъ дать, но если мы находимъ, что *процессъ разрушительнымъ образомъ распространяется безгранично на различныя ткани*, то мы можемъ говорить о злокачественности его. Поэтому, беря кусочки для микроскопическаго изслѣдованія, нельзя ограничиваться одной слизистой

оболочкой, а необходимо имѣть и часть мышечной ткани. *Ruge* и *Veit* у казалося, что они нашли признаки для опредѣленія рака въ самыхъ началъ, ныхъ стадіяхъ его развитія, но, просматривая внимательно всѣ ихъ исторіи, болѣзни видно, что они имѣли дѣло уже съ *готовымъ*, а не съ *начинающимъ* ракомъ. О картинѣ начинающагося рака можно было бы только тогда говорить, еслибъ, изслѣдуя подъ микроскопомъ ампутированную шейку какой-нибудь женщины, мы нашли бы въ ней какую-то картину X и затѣмъ чрезъ нѣкоторое время у этой женщины развился бы вполне точно макромикроскопически-діагностируемый ракъ послѣ того, какъ въ рубцѣ повторилась та-же самая картина X; но у *Ruge* и *Veit*'а этого нѣтъ.

Такимъ образомъ мы можемъ ставить благодаря микроскопу развѣ количественно, но не качественно лучшіе діагнозы начинающагося рака.

И. Воффъ.

11. Львовъ. Волокнинное (нрупозное) воспаление входа и рукава (*colpitis grouposa*). Врачъ № 32, 33. 1890 г.

Г-жа Г. безъ видимыхъ причинъ начала чувствовать сильный зудъ во входѣ влагалища. Зудъ постепенно усиливался и распространялся въ глубь влагалища. Кромѣ зуда, больная жаловалась на сухость и жженіе въ половыхъ частяхъ. При осмотрѣ на 2-й день болѣзни на рѣзко красной съ фіолетовымъ оттѣнкомъ слизистой оболочкѣ *introitus vaginae* и на миртовидныхъ сосочкахъ замѣчаются разсыянные въ видѣ островковъ, бѣлыя, толщиною въ листъ почтовой бумаги плѣнки, довольно трудно соскабливающіяся. Если соскабливать такую плѣнку, то остается сильно покраснѣвшая, шероховатая и мѣстами кровоточащая поверхность слизистой оболочки. Насколько видно глазомъ—изслѣдованіе зеркаломъ за болѣзненностью невозможно—такой же процессъ имѣется и далѣе по стѣнкамъ рукава вплоть до *portio vaginalis*. Подъ вліяніемъ леченія—теплыми спринцованіями, присыпка рукава іодоформомъ, смазываніе стѣнокъ рукава и входа крѣпкимъ растворомъ дубильной кислоты въ глицеринѣ—болѣзненные явленія, какъ-то зудъ, жженіе и сухость во влагалищѣ, лихорадка, постепенно исчезли, втеченіи трехъ дней. Плѣнки тоже, начавъ отдѣляться гораздо легче, наконецъ, исчезли и слизистая оболочка какъ входа, такъ и рукава возвратилась къ нормѣ.

Во второмъ случаѣ у кухарки К., явившейся на приѣмъ съ такими же жалобами, при изслѣдованіи зеркаломъ оказались совершенно такія же пленки какъ и въ первомъ случаѣ, но только процессъ начался со сводовъ рукава, а затѣмъ уже перешелъ внизъ на внутреннюю поверхность малыхъ губъ. Отъ примѣннаго леченія, какъ и въ первомъ случаѣ процессъ прошелъ тоже въ довольно скорое время. Подъ микроскопомъ плѣнки въ обоихъ случаяхъ состояли изъ волокнистой сѣти, лежавшей въ нѣсколько рядовъ и провизанной частью эпителиальными клѣтками, а частью, и главнымъ образомъ, гнойными тѣльцами. Бактеріологически плѣнки не изслѣдовались, отчего авторъ и не могъ рѣшить, обязаны ли плѣнки своимъ происхожденіемъ какимъ либо микроорганизмамъ или нѣтъ. Такимъ образомъ этиологія плѣнокъ въ обоихъ слу-