

ЖУРНАЛЬ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ШЕСТОЙ.

МАЙ 1892, № 5.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

Х.

СОСОЧКОВО-ЖЕЛЕЗИСТЫЯ ОПУХОЛИ ПОЛОСТИ МАТКИ И ИХЪ СОВРЕМЕННОЕ ЛѢЧЕНІЕ.

Д. М. Кирѣева.

Достигающія большой величины сосочково-железистыя опухоли полости матки — *adeno-papillomata*, также какъ и чисто-железистыя *adenomata* представляются довольно рѣдко нашему наблюденію, въ отличіе отъ воспалительныхъ утолщениій слизистой оболочки полости матки, встрѣчаемыхъ сплошь и рядомъ при заболѣваніяхъ женской половой сферы.

Не касаясь, въ настоящее время, различныхъ формъ хроническихъ эндометритовъ, раздѣляемыхъ, согласно ихъ анатомическому строенію, виду и преобладанію той или иной изъ тканей, входящихъ въ составъ нормальной слизистой оболочки, на *Endometritis glandularis, interstitialis, villosa, polyposa, fungosa*, и т. д.; прекрасно разработанныхъ трудами *Славянскаго Olshausen'a, Brenke, Löhlein'a, Wyder'a Cornil'a, Th. Landau и Abel'a* и многихъ другихъ, приводитъ имена которыхъ не входитъ въ задачу настоящаго изложенія; не касаясь также и описанія слизистыхъ полиповъ полости матки, какъ извѣстно, не достигающихъ значительной величины, железистое строеніе которыхъ описано еще *Müller'омъ* в 1854 году, я останавливаюсь въ настоящее

время на большихъ разлитыхъ опухоляхъ полости матки. железистаго или сосочко-железистаго строенія, измѣняющихъ органъ, въ которомъ онѣ развиваются, т. е. матку, до размѣровъ въ нѣсколько разъ превышающихъ ея нормальную величину и представляющихъ собою какъ клинически, такъ и анатомически характерную форму болѣзни, стоящую совершенно обособленно въ ряду другихъ опухолей того-же органа.

Хотя уже въ 50-хъ годахъ имѣются описанія какъ анатомической, такъ и клинической стороны железистыхъ новообразованій полости матки, но только съ 1870-хъ годовъ появляются болѣе обстоятельныя патолого-анатомическія наблюденія и соответствующіе терапевтическіе приемы; заслуживая полнаго, вниманія они, вѣдствие незначительности своего числа и нѣкотораго разногласія авторовъ, не могутъ считаться окончательно исчерпывающими вопросъ. Если къ этому прибавить, что французская школа въ большинствѣ своихъ представителей и вовсе не признаетъ таковыхъ опухолей за самостоятельную форму, относя ихъ или къ воспалительнымъ измѣненіямъ слизистой оболочки, т. е. къ эндометритамъ, или къ злокачественнымъ новообразованіямъ, въ формѣ-ли эпителиомы или саркомы полости матки (*Rozzi*), и если, съ другой стороны, даже въ средѣ русскихъ и нѣмецкихъ гинекологовъ, наиболѣе разработавшихъ данный вопросъ, существуетъ разногласіе относительно предсказанія, теченія и лѣченія даннаго новообразованія, причемъ одни (*Славянский, Schröder, Winckel*), считаютъ его вполне доброкачественнымъ, могущимъ только въ дальнѣйшемъ своемъ ростѣ злокачественно переродиться, другіе-же, какъ напримѣръ *Martin* и *K. Ruge*, причисляютъ его съ самаго начала появленія къ злокачественнымъ, предлагая и соответствующія мѣропріятія для устраненія болѣзни, то еще очевиднѣе станетъ указанное мною разногласіе.

Въ виду этого я въ настоящемъ изложеніи постараюсь на основаніи литературныхъ данныхъ и личнаго наблюденія прослѣдить патолого-анатомическую картину, теченіе и лѣченіе даннаго заболѣванія и на основаніи этого постараюсь обособить разновидности железисто-сосочковой опухоли полости матки.

Описанія патолого-анатомическаго строенія данныхъ

опухолей принадлежать *Virchow*'у, *Славянскому*, *Gusserow*'у, *Veit*'у, *Масловскому*, *A. Schultze*, *Breisky*'ому, *Winkelю Schatz*'у и *Löhlein*'у.

Я привожу литературу, начиная съ 1870-хъ годовъ, такъ какъ до того времени, подъ названіемъ полиповъ матки, приводился цѣлый рядъ опухолей, совершенно различныхъ по своему анатомическому строенію, ничего общаго не представляющихъ ни относительно этиологіи, теченія, предсказанія и даже лѣченія.

Всѣ вышеупомянутые мною авторы, за исключеніемъ *Schatz*'а описываютъ помѣщающіяся въ увеличенной полости матки опухоли, величиною отъ куринаго яйца до небольшого кулака; иногда опухоли разбѣяны въ формѣ полиповъ, отдѣляющихся другъ отъ друга бороздами, причемъ болѣе объемистые, сидя на широкомъ основаніи, опускаются къ внутреннему зѣву и иногда въ каналъ шейки, представляя рыхлую, ломкую сосочковую ткань съ небольшими кистамм, наполненными густою слизью. Строеніе опухолей железистое. Железы не только гипертрофированы, растянуты, но замѣчается отшнуровываніе ихъ и новообразованіе новыхъ железистыхъ трубокъ, которыми въ различныхъ направленіяхъ пронизано все новообразованіе. Выстланныя цилиндрическимъ, иногда мерцательнымъ эпителиемъ, железы повсюду сохраняютъ свое нормальное, типическое строеніе — эпителий ихъ выстилающій вездѣ цилиндрической, иногда мерцательный, однослойный; просвѣтъ железъ вездѣ ясно выраженъ — онѣ полы; въ нѣкоторыхъ эпителиальныхъ клѣткахъ группируются въ гучки (*Масловскій Löhlein*); часто отъ слиянія нѣсколькихъ железъ получаютъ тонкостѣнные кистовидныя полости, выстланныя также однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Межуточная соединительная ткань или слабо развита, или нормальна или даже увеличена, часто инфильтрирована молодыми круглыми элементами, иногда съ значительнымъ развитіемъ сосудовъ и экстравазатами.

Отдѣльно стоитъ описаніе *Schatz*'а, какъ по величинѣ описываемой опухоли, такъ и по участию въ образованіи ея мускулатуры матки; поэтому я позволяю себѣ болѣе подробно на немъ остановиться.

Больная поступила въ клинику автора, вслѣдствіе повторныхъ, сильныхъ кровотеченій; при изслѣдованіи найдено, что весь каналъ шейки, также какъ

и вся полость матки, выполнены полипами отъ горошины до куриного яйца величиною и плотными миомадозными буграми; тѣло матки около двухъ кулаковъ величиною, выстоитъ на 8 сант. надъ симфизомъ, мало подвижно.

Такъ какъ выскабливаніе, по мнѣнію автора, не привело-бы къ цѣли, вслѣдствіе плотнаго соединенія и вросанія кистъ въ стѣнку матки, была произведена влагалищная экстирпація органа. Операция продолжалась четыре часа, сопровождалась громадною потерей крови и чрезвычайными техническими трудностями.—Вольная лихорадила 16 дней, но оправилась.

Полученный препаратъ имѣлъ слѣдующіе размѣры: длина полости 16 сант.; ширина дна $8\frac{1}{2}$ сант.; толщина стѣнки 2— $2\frac{1}{2}$ сант. На внутренней поверхности матки замѣчается рядъ полиповъ, величина которыхъ варьируетъ отъ горошины до куриного яйца, при разрѣзѣ ткань полиповъ представляется частью плотною, мышечною съ расширенными сосудами, частью кавернозною съ большими полостями. Стѣнка матки непосредственно переходитъ въ полипы, оканчивающіеся кистами.

Разрѣзы стѣнки матки представляютъ бѣлый и однородный наружный мышечный слой въ 2—3 мм. толщины; остальная часть стѣнки состоитъ изъ маленькихъ міомъ отъ горошины до лѣснаго орѣха величиною и изъ мышечныхъ цуговъ, составляющихъ петли, которыя непосредственно переходятъ въ полипы на внутренней своей поверхности.

При микроскопическомъ изслѣдованіи, произведенномъ профессоромъ *Thurfelder*'омъ опухоль представляется очень сосудистой и состоящей изъ цуговъ, вытянутыхъ веретенообразныхъ клѣтокъ, переплетающихся между собою и безъ рѣзкой границы переходящихъ въ мускулатуру матки; между цугами веретенообразныхъ клѣтокъ проходятъ въ большомъ количествѣ вѣтвящіяся трубки железъ, высланныхъ высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ; многія имѣютъ ясный просвѣтъ. Плотныхъ участковъ или кучекъ клѣтокъ, которые указывали-бы на железистоклѣточный ракъ не замѣчается. Нѣкоторые изъ отростковъ железъ кистовидно расширены и тогда высланы по преимуществу болѣе плоскимъ кубическимъ эпителиемъ.

Въ случаѣ *Löhlein*'а при микроскопическомъ изслѣдованіи влагалищно-экстирпированной, значительно увеличенной матки найдено, что железистая ткань помимо разращенія по поверхности слизистой оболочки, значительно вѣдряется и въ самую мускулатуру, образуя въ ней кистовидныя полости; при этомъ просвѣтъ железъ закупоренъ кучками эпителиальныхъ элементовъ, что заставляетъ автора предположить въ данномъ случаѣ злокачественное перерожденіе въ начальной своей степени.

Относительно этиологіи данного заболѣванія большинство авторовъ признаютъ хроническіе эндометриты, чаще развивающіеся на почвѣ гонорройнаго зараженія, за начальное проявленіе болѣзни.

Schatz придаетъ особенное значеніе поражению глубокаго отдѣла железъ, заложеннаго въ мышечной ткани матки.

Разростаніе железъ влечетъ за собою не только простую эксцентрическую гипертрофію, но и измѣненіе тончайшаго строенія и расположенія мышечныхъ пучковъ, которые, окружая расширенныя полости железъ, входятъ въ основу полиповъ въ формѣ различно расположенныхъ петель.

Припадки, вызываемые аденомами, выражаются главнымъ образомъ атипическими кровотеченіями и въ зависимости отъ нихъ малокровіемъ, болями въ формѣ схватокъ и, въ промежуткахъ между кровотеченіями, обильными выдѣленіями въ формѣ слизистыхъ или слизисто-гнойныхъ бѣлей.

Дифференціальный діагнозъ ставится осязаніемъ, опредѣляющимъ въ полости матки сосочковые полипы различной величины, сидящіе на широкомъ основаніи, микроскопическая картина которыхъ представляетъ железистую ткань вполне доброкачественнаго характера; чѣмъ больше опухоль, тѣмъ осторожнѣе ставится предсказаніе въ виду частаго перехода новообразованія въ злокачественное, въ особенности въ пожиломъ возрастѣ (*Славянский, Winckel*). Частые возвраты при разлитыхъ плоскихъ или полипозныхъ аденомахъ, обильныя потери соковъ, вызываемыя ими, заставляютъ предполагать близость злокачественнаго пораженія, въ которое они несомнѣнно переходятъ, ставя эти новообразованія на границѣ между доброкачественными и злокачественными (*K Ruge*). При лѣченіи примѣняется повторное выскабливаніе и прижиганіе, вызываніе и отжиганіе опухолей, послѣ предварительнаго кроваваго или безкровнаго расширенія канала шейки; если въ наступившихъ рецидивахъ замѣчается злокачественный характеръ, производится или надвлагалищная ампутація тѣла или влагалищная экстирпація всего пораженнаго органа. Таковою является картина даннаго заболѣванія по имѣющимся литературнымъ даннымъ.

Представившіяся моему наблюденію опухоли, имѣя железисто-сосочковое или чисто железистое строеніе, не совсѣмъ подходятъ подъ большинство наблюдавшихся и описанныхъ другими авторами опухолей того же типа,

представляя нѣкоторыя особенности какъ анатомическаго строенія, такъ въ первомъ случаѣ и примѣннаго метода лѣченія.

СЛУЧАЙ 1-й.

22-го августа 1890 года въ Маринскую больницу для бѣдныхъ принята больная Ф. К. 37 лѣтъ, по профессіи кухарка, начавшая менструировать на 14 году, черезъ 3 недѣли по 6 дней; никогда не рожавшая; съ жалобами на схваткообразныя боли въ животѣ и кровотеченіе, продолжающееся непрерывно послѣдніе 1¹/₂ мѣсяца. Кровотеченіе началось у нея 4 года тому назадъ, когда она въ первый разъ лежала въ больницѣ; въ декабрѣ прошлаго года, вѣдствие той-же причины, т. е. кровотеченія, она снова должна была помѣститься въ больницу. Тамъ ей ручными приемами удалили изъ шейки матки сгустки крови и кусочки новообразованія, которое выполняло полость увеличенной матки. Больная пролежала въ больницѣ 50 дней, при чемъ кровотеченіе частью продолжалось, но уже въ меньшей степени. Микроскопическое изслѣдованіе выдѣленныхъ кусковъ ткани дало картину аденомы, съ которою больная и выписалась изъ больницы. Все время до поступленія въ нашу больницу больная умѣренно кровоточила, иногда отходили со сгустками кусочки ткани; послѣднія 6 недѣль кровотоки усилились и довели больную до крайней слабости. При изслѣдованіи больная оказалась крѣпкаго тѣлосложенія, но крайне малокровною. Въ полости живота, надъ симфизомъ опредѣляется плотная, въ величину головы 10-ти лѣтняго ребенка, опухоль, съ гладкою поверхностью. Отъ боковыхъ отдѣловъ опухоли отходятъ круглыя связки, поперечникъ ея 15 сант., высота надъ симфизомъ, при пустомъ пузырьѣ, 9 сант.; при двойномъ изслѣдованіи—влагалище узкое и длинное, влагалищная часть матки укорочена, каналъ шейки пропускаетъ палецъ, которымъ опредѣляются какъ въ шейкѣ, такъ и въ полости матки весьма кровоточивыя сосочковыя разращенія, тѣсно соединенныя съ мускулатурою матки. Опухоль, опредѣляемая надъ симфизомъ, несомнѣнно принадлежитъ тѣлу матки. Въ лѣвомъ боковомъ сводѣ, въ широкой связкѣ помѣщается эластическое тѣло въ яйцо величинной, близко прилегающее къ краю увеличенной матки (перерожденный яичникъ). Длина полости матки 16 сант.; температура нормальная, пульсъ 100, слабый. Изъ влагалища выдѣляется обильно кровь. Диагнозъ *adeno-papilloma uteri*.

Послѣ перваго изслѣдованія, при соблюденіи дезинфекціи, каналъ шейки и полость влагалища затампонированы іодоформенной марлей. На слѣдующій день, при болѣзненныхъ сокращеніяхъ матки, вновь появилось къ вечеру обильное кровотеченіе; при изслѣдованіи оказалось, что тампонъ выпалъ, а изъ открывшейся на 1¹/₂ пальца шейки матки выстоптъ круглое, мягкое тѣло, въ величину яблока, которое и удалено ручными приемами, а шейка и влагалище вновь затампонированы. Удаленная опухоль оказалась кровавымъ сгусткомъ, въ центрѣ котораго можно было различить невооруженнымъ

глазомъ тканевые кусочки. Слѣдующій день, въ виду продолжающагося кровото- ченія пришлось смѣнить тампонъ. Затѣмъ два дня прошли безъ значи- тельной кровопотери; тампонъ былъ смѣненъ, при чемъ все оставалось по прежнему, т. е. шейка пропускала палецъ, который опредѣлялъ въ полости матки сосочковую опухоль, тѣсно соединенную со стѣнкою матки. Большою острою ложкою съ трудомъ удалено нѣсколько участковъ большой ткани, но тутъ-же оказалось, что удалить всего при помощи ложки нѣтъ никакой возможности, вслѣдствіе того, что ткань новообразованія непосредственно по всей внутренней поверхности полости, переходя въ ткань матки, очень плотно соединена съ ней. Появившееся на слѣдующій день снова весьма обильное кровотеченіе потребовало немедленной радикальной, оперативной помощи; ничего не оставалось больше, какъ удалить весь пораженный органъ.

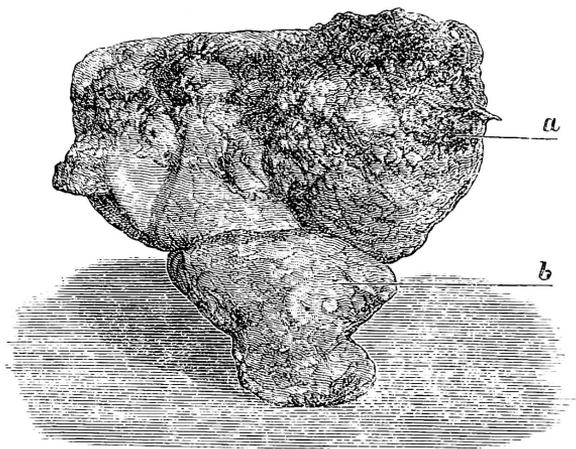
Но удалить его черезъ влагалище цѣликомъ не было возможности, т. к. опухоль своими размѣрами превышала размѣры таза. Воспользоваться способомъ *Péan*'а, кото- рый онъ называетъ *morcellement* и примѣняетъ при удале- нии влагалищнымъ путемъ большихъ фиброміомъ по ча- стямъ, было нельзя, такъ какъ анатомическое строеніе опухоли кровоточивой, переходящей непосредственно безъ рѣзкихъ границъ въ стѣнку матки, указывало на невоз- можность удаленія таковой и угрожало такимъ кровоте- ченіемъ, остановить которое не было-бы средствъ; поэтому влагалищный путь надо было оставить и обратиться къ брюшному. Но и на этомъ пути встрѣчались препятствія, а именно: шейка матки была укорочена, а новообразова- ніе, занимая всю полость матки, доходило до внутрен- няго зѣва и отчасти спускалось и въ шейку. Поэтому оперировать обыкновеннымъ методомъ надвлагалищной ампутаціи было нельзя, такъ какъ во первыхъ нельзя было положить достаточно низко жгутъ на укороченную шейку, а оперировать безъ жгута, при крайней анеміи больной, нечего было и думать, а во вторыхъ, если-бы даже и удалось наложить жгутъ очень низко, все-же ново- образование осталось-бы въ шейкѣ у внутренняго ея от- верстія, а слѣдовательно въ культѣ пришлось бы зашить часть опухоли и операція не достигла бы своей цѣли. По этому надо было примѣнить въ данномъ случаѣ вы- рѣзаніе всей пораженной матки. Способъ собственно брюш- ного удаленія всей пораженной новообразованиемъ матки описанъ въ 1878 году страсбургскимъ профессоромъ

*Freund*омъ; онъ первый предложилъ при раковомъ поражении шейки, удалять матку изсѣченіемъ, путемъ лапаротоміи. Громадныя техническія трудности и 70% смертности при этомъ способѣ, мало удовлетворили операторовъ; *Bardenheuer* видоизмѣнилъ этотъ способъ въ томъ смыслѣ, что прежде лапаротоміи онъ черезъ влагалище отдѣлялъ по возможности выше своды и параметріи и затѣмъ уже приступалъ къ лапаротоміи и окончательному изсѣченію ставшей болѣе подвижной матки. Не смотря на улучшение техники этого метода, примѣнявшагося исключительно при ракъ матки, % смертности все же былъ такъ высокъ, что методъ былъ почти оставленъ; тѣмъ болѣе, что въ это-же время трудами *Czerny*, *Billroth*'а, *Schröder*'а, *Martin*'а и другихъ, былъ разработанъ влагалищный методъ удаленія матки, давшій въ послѣоперационномъ теченіи значительно меньшій процентъ смертности. Тѣмъ не менѣе въ литературѣ появлялись отъ времени до времени единичные случаи примѣненія способа *Freund-Bardenheuer*'а, напр. случаи *Bichoff*'а, *Fritsch*'а, *А. И. Лебедева*. Поводомъ къ примѣненію такого оперативнаго вмѣшательства названнымъ авторамъ послужили одновременное заболѣваніе шейки матки ракомъ, а тѣла большой фиброміомой и въ одномъ случаѣ беременностью, дѣлавшей невозможнымъ влагалищное удаленіе матки. Дальнѣйшее усовершенствованіе метода вырѣзыванія матки брюшнымъ способомъ, но уже не при злокачественныхъ новообразованіяхъ, а при фиброміомахъ матки, т. е. при новообразованіяхъ вполне доброкачественныхъ, описалъ *Martin*, а именно: онъ предлагаетъ по вскрытіи полости живота накладывать жгутъ на шейку матки, ампутировать опухоль выше жгута, а затѣмъ изсѣкать и оставшуюся культю т. е. всю шейку матки черезъ полость живота при уступчивости сводовъ, или черезъ влагалище при плотности и неподатливости сводовъ и параметрій. Предлагая свой способъ оперированія, онъ мотивируетъ его тѣмъ, что вырѣзываніе всей матки устраняетъ послѣдовательныя кровотечения изъ культи; удаляя вмѣстѣ съ маткой и ея шейку, мы избѣгаемъ септического зараженія, идущаго изъ омертвѣвающей культи и изъ канала шейки, въ которомъ часто находятся колоніи бактерій и наконецъ устраняется участокъ маточной ткани, т. е. шейки, изъ кото-

рой вновь могут развиваться фибромиомы. *Martin*, приводит въ своей работѣ 30 случаевъ фибромиомъ, оперированныхъ имъ названнымъ способомъ, съ 8 смертельными исходами. Наконецъ на послѣднемъ X берлинскомъ международномъ съѣздѣ врачей, въ числѣ обсуждавшихся вопросовъ, былъ поставленъ на очередь и вопросъ о полномъ вырѣзываніи матки. Что касается до небольшой величины злокачественныхъ новообразованій матки, то всѣ авторитеты, за исключеніемъ *Hofmeier*'а, единогласно высказались за возможно раннее вырѣзываніе всей матки влагалищнымъ путемъ, не ограничиваясь частичной ампутаціей шейки. При доброкачественныхъ-же заболѣваніяхъ именно: большихъ фибромиомахъ матки такой почтенный гинекологъ, какъ профессоръ *Fritsch*, обсуждая современные методы миотоміи, пришелъ къ тому выводу, что всѣ методы еще недостаточно выработаны, почему и даютъ еще большую смертность, и что единственно, что имѣетъ будущность въ техникѣ этой операціи, это полное вырѣзываніе матки брюшно-влагалищнымъ путемъ. «Какъ мы при ракъ матки, говоритъ *Fritsch*, постепенно перешли къ полному вырѣзыванію матки, точно также будетъ и съ миомами, а именно: полное вырѣзываніе матки скоро вытѣснить и энуклеацію и надвлагалищную ампутацію, словомъ всѣ старые способы».

Имѣя въ виду все вышеприведенное мною и произведено было 28 августа 1890 года брюшно-влагалищное вырѣзываніе перерожденной въ adenoma papillomatodes матки. Послѣ дезинфекціи какъ покрововъ живота, такъ и влагалища, сдѣланъ разрѣзъ отъ пупка до симфиза при приподнятѣ таза по бѣлой линіи, проникающій въ полость живота. Петли кишекъ отодвинуты вверхъ и удержаны введенною губкою. Увеличенная матка была по возможности подтянута въ рану, всю ее вывести не удалось, вслѣдствіе неуступчивости связочнаго аппарата и сводовъ и на лѣвую широкую связку наложены и затянуты послѣдовательно 4 лигатуры (цѣпочныхъ). Лѣвый яичникъ при этомъ найденъ кистовидно перерожденнымъ, въ величину куриного яйца; одна изъ лигатуръ, захватывая участокъ широкой связки, подведена подъ яичникъ, затянута, и яичникъ срѣзанъ. Затѣмъ приступлено къ наложенію лигатуръ на правую широкую связку,—наложено ихъ пять. Яичникъ перерожденный какъ и лѣвый, срѣзанъ послѣ того, какъ лигатуры затянуты. Затѣмъ широкія связки перерѣзаны и только тогда можно было матку вывести въ просвѣтъ раны. На шейку ея наложенъ эластическій жгутъ, затянута и тѣло матки срѣзано выше жгута,—лигатуры широкихъ связокъ коротко обрѣзаны, на культю наложенъ непрерывный шовъ съ цѣлью избѣг-

нуть проникновенія чего-бы то ни было изъ шейки въ полость брюшины. Кровотеченіе было крайне незначительно; послѣ увѣренности, что ни откуда изъ перевязанныхъ мѣстъ кровь не выдѣлялась, брюшная рана зашита. Тотчасъ-же приступлено къ влагалищному удаленію оставшейся шейки. Влагалище открыто зеркалами, portio vaginalis захвачена щипцами и низведена; циркулярнымъ разрѣзомъ отдѣлены прикрѣпленія сводовъ, которыя отсепарованы спереди и сзади—вверхъ. Затѣмъ приступлено къ накладыванію лигатуръ en masse на parametrium. Послѣ достаточнаго отдѣленія сводовъ и параметриіи вверхъ, вскрытъ задній Дугласъ и наложено еще нѣсколько лигатуръ на параметриіи, задній и передній своды; послѣ чего оставшаяся шейка удалена. Большія затрудненія представилъ довольно толстый жгутъ, лежавшій на шейкѣ, при отдѣленіи передняго свода и мочевого пузыря, почему желательно накладывать по возможности тонкія эластическія трубки.



a—тѣло матки, удаленное чревосѣченіемъ; *b*—шейка матки, удаленная влагалищнымъ путемъ.

Послѣ туалета брюшины, рана присыпана іодоформомъ и затамповирована іодоформенной марлей. Кровопотеря во время этой части операціи была незначительна, но пульсъ у больной все время былъ крайне слабый, такъ что за все время операціи, продолжавшейся 1 часъ 50 мин. ей впрыснуто было 7 правцовскихъ шприцевъ T-rae moschii. Затѣмъ наложена брюшная повязка и больная перенесена въ согрѣтую постель. Послѣ операціи пульсъ 114 въ минуту, крайне слабый.

Въ дальнѣйшемъ послѣопераціонномъ теченіи первые пять дней была рвота, температура ниже нормальной, пульсъ между 120—132, крайне слабый, жажда. Первый день послѣ операціи въ виду крайней анеміи, рвоты и жажды, я думалъ сдѣлать вливаніе солянаго раствора, но попробовалъ прежде небольшія клизмы съ теплой водой, коньякомъ и опіумомъ, которыя со втораго-же раза принесли значительное облегченіе больной, уменьшая жажду и поднимая дѣятельность сердца. Въ дальнѣйшемъ теченіи образовался не-

большой нарывъ, соотвѣтственно двумъ срединнымъ швамъ, въ зависимости отъ чего появилось незначительное лихорадочное состояніе вечеромъ на 8-ой день въ 38,2. Кромѣ этого маленькаго осложненія выздоровленіе шло гладко; брюшные швы сняты на девятый день, влагалищные на 14-й и 19-й день. Въ послѣдующемъ теченіи какъ влагалище, такъ и брюшная рана хорошо зарубцевались. Сонъ, аппетитъ, отправления желудочно-кишечнаго канала правильны, питаніе и общее состояніе значительно улучшились ¹⁾.

Только что описанный способъ удаленія сперва тѣла матки черезъ лапаротомію, а затѣмъ шейки влагалищнымъ путемъ долженъ быть всегда примѣняемъ при одновременномъ существованіи злокачественнаго новообразованія шейки матки и увеличенія тѣла, превышающаго своими размѣрами размѣры таза. При немъ совершенно устраняется возможность загрязненія брюшины распадомъ новообразованія, чего далеко нельзя сказать про методъ, по которому оперировали упомянутые мною выше профессора *Fritsch*, *A. И. Лебедевъ* и *Vichoff*, *Феноменовъ* и др.

При изслѣдованіи спиртоваго препарата удаленной матки. размѣры его слѣдующіе: длина полости 18 сант.; длина шейки $6\frac{1}{2}$ сант.; длина тѣла $11\frac{1}{2}$ сант.; ширина дна $13\frac{1}{2}$ сант.; толщина стѣнки тѣла матки различна отъ 2-хъ до 4-хъ сант.; толщина шейки 1 сант.; Значительное увеличеніе какъ мускулатуры стѣнки матки, такъ и ея полости стоитъ въ зависимости отъ помѣщающихся въ полостной полиповъ, сидящихъ широкимъ основаніемъ на внутренней стѣнкѣ матки. Величина полиповъ различна—отъ горошины и до куринаго яйца; поверхность большинства изъ нихъ гладкая, у нѣкоторыхъ въ формѣ сосочковъ, группы которыхъ достигаютъ до величины лѣсного орѣха. Консистенція полиповъ плотная. При разрѣзѣ полиповъ строеніе ихъ оказывается состоящимъ изъ кистовидныхъ полостей отъ просянаго зерна до лѣсного орѣха величиною, причемъ между полостями помѣщается, выходящая изъ внутренняго слоя мышечной стѣнки матки, древесовидно развѣтвляющаяся межучочная, мышечная ткань. Другіе полипы болѣе компактнаго строенія, состоятъ также изъ полостей болѣе мелкихъ и болѣе солидной трабекулярной ткани. Стѣнки матки непосредственно переходятъ мѣстами

¹⁾ Немного позже меня, а именно 23 ноября 1890 г. д-ромъ *Вельяминовымъ* произведена подобная-же операція на больной съ большой фиброміомой тѣла и ракомъ шейки матки, также съ благопріятнымъ исходомъ.

въ полипы, приче́мъ между мышечной стѣнкой матки и основаніемъ полиповъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣчаются полости въ величину горошины. Представляя однородный мышечный слой отъ 1 до 4 сант. толщины, стѣнки матки, какъ уже упомянуто выше, на своей внутренней поверхности переходятъ въ формѣ трабекулъ въ полипы, составляя ихъ основу. Серозный покровъ вездѣ гладкій, блестящій. Мускулатура шейки также утолщена до 1 сант.; полипозныя разрашенія, представляя тоже кистовидное, полостное строеніе, опускаются на 1 сант. ниже внутренняго зѣва, въ расширенный цервикальный каналъ; нижній-же отдѣлъ шейки представляется нормальнымъ. Всѣхъ полиповъ 14. Для микроскопическаго изслѣдованія препараты готовились слѣдующимъ образомъ: послѣ промывки спиртнаго препарата водою, онъ погружался на трое сутокъ въ квасцевый карминъ, затѣмъ двое сутокъ промывался водою и на трое сутокъ опять переносился въ абсолютный спиртъ. Затѣмъ на 1 сутки погружался въ гвоздичное масло при 30° С.; потомъ на 6 часовъ въ смѣсь скипидара съ гвоздичнымъ масломъ пополамъ при 40°; на 6 часовъ въ чистый французскій скипидаръ при 50°; на 6 часовъ въ смѣсь парафина съ французскимъ скипидаромъ пополамъ, затѣмъ переносился на 24 часа въ чистый парафинъ при 50°, послѣ чего препараты рѣзались микротомомъ, укладывались на стекло со спиртомъ и парафинъ растворялся скипидаромъ при 40—50°. Для окончательнаго растворенія парафина, препаратъ смывался 5—6 разъ ксилоломъ, а затѣмъ заключался въ смѣсь ксилола съ канадскимъ бальзамомъ 1—10. Разсматривая препараты простымъ глазомъ на большихъ топографическихъ разрѣзахъ можно видѣть, какъ мышечная ткань стѣнки матки переходитъ въ опухоль, состоящую изъ полостей различной величины, и вѣтвится между ними. При дальнѣйшемъ изслѣдованіи со слабымъ микроскопическимъ увеличеніемъ видно, что вся опухоль пронизана железами, сливающимися въ различной величины полости, которыя всѣ выстланы цилиндрическимъ эпителиемъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ на поверхности опухоли, замѣчаются сосочки, покрытые также эпителиемъ; соединяясь другъ съ другомъ, какъ-бы склеиваясь, сосочки также образуютъ закрытыя полости, выстланныя эпителиемъ.

При большемъ увеличеніи мы замѣчаемъ громадное количество трубчатыхъ железъ, высланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ съ ясными, расширенными просвѣтами; нѣкоторыя железы представляютъ собою развѣтвленія, бухты, переходятъ въ значительной величины полости, причемъ во всѣхъ сохранены просвѣтъ и всѣ онѣ высланы однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Поверхность сосочковъ также выстлана цилиндрическимъ эпителиемъ въ одинъ слой.

Строма, непосредственно выходя изъ стѣнки матки, состоитъ главнымъ образомъ изъ мышечной ткани съ незначительной примѣсью соединительной; сосуды обильно развиты и расширены. Нигдѣ не найдены кучки или сплошныя эпителиальныя скопленія, на основаніи чего опухоль представляется мио-адено-папилломой.

СЛУЧАЙ II.

Больная В., 43-хъ лѣтъ, поступила въ больницу 24 февраля 1890 года вслѣдствіе атипическихъ кровотеченій, сукровичныхъ бѣлей и малокровія. Начала менструировать на 17 году, черезъ 3 нед. по 3 дня; 3 раза рожала, послѣдній разъ 15 лѣтъ тому назадъ. Матка въ anteversio, увеличена въ передне-заднемъ размѣрѣ, подвижна, мало-болѣзненна, средней плотности; своды свободны. При изслѣдованіи зондомъ онъ встрѣчаетъ въ полость шероховатости у дна, кровоточація при самомъ осторожномъ изслѣдованіи; длина полости матки 10 сантиметровъ.

6 марта 1890 года сдѣлано выскабливаніе слизистой оболочки полости матки, причемъ ложкою извлечены кусочки рыхлой, ломкой ткани; въ полости матки впрыснута T-га jodi; гладкое, безлихорадочное послѣоперационное теченіе. Черезъ 8 дней послѣ операціи еще одно впрыскиваніе T-гае jodi, послѣ котораго кровянистыя выдѣленія прекратились, и больная 27 марта выписалась.

Микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ кусочковъ показало что они состоятъ изъ слабо-развитой соединительно-тканной основы съ заложенными въ ней трубчатыми железами. Железы представляются увеличенными какъ въ объемѣ, такъ и въ числѣ; расположены неправильно въ различныхъ направленіяхъ, высланы цилиндрическимъ эпителиемъ въ одинъ слой и сохраненіемъ просвѣта; мѣстами железы вѣтвятся или-же въ нихъ замѣчается какъ-бы соприкосновеніе, сліяніе между собою,

вслѣдствіе атрофіи междуточной, соединительной ткани. Вездѣ сохранена мембрана propria; получается слѣдовательно картина такъ называемой доброкачественной аденомы.

Черезъ три мѣсяца больная снова поступила въ мое отдѣленіе съ жалобами на кровотеченіе, которое наступило черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи и продолжается уже мѣсяць. Больная значительно истощена, малокровна, съ грязно-бурнымъ окрашиваніемъ общихъ покрововъ. При изслѣдованіи матка представляется увеличенною въ два раза противъ нормальной величины, подвижна, чувствительна, наклонена впередъ; длина полости 10 сант. Зондомъ опредѣляются въ полости шероховатости по всей поверхности, причемъ въ лѣвомъ углу онъ наталкивается на болѣе рыхлые участки ткани. Изъ матки обильно выдѣляется кровь; своды свободны. На основаніи общаго кахектического вида больной, анамнеза и данныхъ изслѣдованія поставленъ діагнозъ *carcinomat. cavitatis uteri*. 22 іюля 1890 года больной произведено типическое влагалищное вырѣзываніе матки; выполненіе операціи въ значительной степени затруднилось величиною пораженнаго органа и малою податливостью широкихъ связокъ; послѣоперационный періодъ прошелъ безъ особенныхъ осложненій, за исключеніемъ рвоты въ первые два дня послѣ операціи и нѣсколькихъ лихорадочныхъ вечеровъ. Рана въ сводѣ хорошо зарубцевалась и черезъ 50 дней по поступленіи больная окрѣпла и выписалась. Спиртовой препаратъ матки представляется 9 сант. длины, 6,5 сант. ширины у фаллопиевыхъ трубъ и 4,5 сант. толщины. Длина полости матки 8 сант., шейки 2,5 и тѣла 5,5; толщина стѣнки 1,5—2 сантиметр.

Слизистая оболочка полости матки, пачиная отъ внутренняго зѣва, почти вся, за исключеніемъ небольшого участка у дна, измѣнена новообразованіемъ, представляющимъ частью въ формѣ сосочковъ, частью полиповъ, изъ которыхъ одинъ достигаетъ величины вишни, остальные же отъ просынаго зерна до горошины и наконецъ въ формѣ разлитого утолщенія и шероховатости слизистой оболочки, толщина которой достигала до 0,5 сант. Ткань матки мѣстами непосредственно переходитъ въ только что описанныя измѣненія слизистой оболочки, которая въ цервикальномъ каналѣ найдена неизмѣненною. При микроскопическомъ изслѣдованіи утолщенія слизистой оболочки зависятъ главнымъ образомъ отъ новообразованныхъ железъ, причемъ онѣ располагаются неправильно по различнымъ направленіямъ, расширены, вѣтвятся и дѣлятся; иногда нѣсколько железъ тѣсно прилежатъ другъ къ другу, иногда сливаются между собою. Въ полипахъ, неправильно расположенныя, увеличенныя железы набиты эпителиальными

элементами, нарушающими мѣстами цѣлость стѣнки и виѣдряющимися группами въ межуточную соединительную ткань, которая мѣстами инфильтрирована еще и мелкими круглыми элементами.

Представляется слѣдовательно уже ясно злокачественный характеръ новообразованія.

Принимая во вниманіе указаніе самихъ авторовъ, признающихъ извѣстную долю злокачественности въ описываемыхъ опухольяхъ (*Масловскій, Löhlein*), мнѣніе *K. Ruge*, ставящаго данное новообразованіе на границѣ между доброкачественнымъ и злокачественнымъ и даже ближе къ послѣднимъ, мой второй случай и наконецъ опубликованныя наблюденія за дальнѣйшею судьбою больныхъ съ описанными железистыми опухольями, причемъ у многихъ (случаи *Славянского* и *Duncan'a, Schröder'a, Breisk'аго*) черезъ короткій промежутокъ времени появлялись возвраты уже съ явнымъ злокачественнымъ перерожденіемъ, между тѣмъ, какъ начальная клиническая картина, такъ и микроскопическое изслѣдованіе у всѣхъ одно и тоже, т. е. что разлитыя железисто-сосочковыя опухоли были очень мягки, ломки, легко соскабливались ложкою, сохраняя болѣе или менѣе однообразное типическое железистое строеніе, измѣнявшееся при возвратѣ уже въ атипическое злокачественное, невольно является представленіе о существованіи начальнаго злокачественнаго характера этихъ опухолей, которое выражалось только уменьшеніемъ въ значительной степени межжелезистой ткани на счетъ новообразованія железъ. Называть-ли данное заболѣваніе *adenomadestruens, adeno-carcinoma* безразлично, такъ какъ изъ вышеописаннаго уже и сама по себѣ *adenoma* полости матки связывается съ представленіемъ о злокачественности. Если къ этому еще прибавить, что возвраты *аденомъ* давали всегда одну и ту-же картину цилиндро-клеточковаго рака, то мы съ полнымъ правомъ можемъ, упразднивши слово *adenoma*, прямо называть такого рода новообразованія цилиндроклеточковымъ ракомъ.

Наблюденія *Schatz'a* и мое первое даютъ другую картину новообразованія, а именно: рядомъ съ новообразованіемъ железъ идетъ ихъ расширеніе и кистовидное перерожденіе, причемъ стѣнка матки принимаетъ весьма дѣятельное участіе, давая плотную, солидную основу опу-

холи; отсюда является, что хотя стѣнки кистовидно перерожденныхъ железъ и ломки и даютъ кровотеченіе и обильныя слизистыя отдѣленія, тѣмъ не менѣе, ложка при выскабливаніи встрѣчаетъ значительное сопротивленіе и является полная невозможность удалить хоть-бы и незначительную, поверхностную часть новообразованія. Какъ показываетъ клиническое наблюденіе, такія новообразованія существуютъ годами, не давая метастазовъ и не вызывая худосочія, свойственнаго новообразованіямъ злокачественнымъ. Такого рода міо-аденомы мы скорѣе должны причислить къ міомамъ матки съ развитіемъ и новообразованіемъ железъ, какъ уже результатомъ вызываемаго раздраженія въ смыслѣ *Wyder'a*, въ случаѣ *Schatz'a*—разсѣянными небольшимъ множественными міомами, а въ моемъ разлитомъ, межзачаточномъ и подслизистымъ міоматознымъ новообразованіемъ, распространяющемся на всю стѣнку матки. Опухоли эти, хоть и вызывающія тяжкія страданія, могутъ существовать очень долго, угрожая жизни больныхъ громадными потерями соковъ въ отличіе отъ первыхъ, быстро растущихъ и убивающихъ больныхъ въ сравнительно короткій промежутокъ времени.

Что касается до лѣченія, то оно вытекаетъ само собою. Какъ въ томъ, такъ и другомъ случаѣ удаленіе всего пораженнаго органа необходимо.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- К. О. Славянской.* Metrite interne villose. Endometritis villosa Arch. de physiologie. 1874 г.
- Olshausen.* Arch. f. Gynaecologie Bd. VIII.
- Breneke.* Zur Aetiologie des Endometritis fungosa. Arch. f. Gyn. Bd. XX.
- Löhlein.* Ueber einige Formen des Endometritis corporis. Berl. Klin Wochenschr. 1886. № 23.
- Wyder.* Tafeln f. d. gyn. Unter. 1887. Berlin.
- Cornil.* Leçons sur les metrites. Journ. d. connais. medic. 1885. 5-e. Avril.

- Th. Landau u. Abel.* Beiträge zur patholog. Anatomie d. Endometritis. Arch. f. Gyn. Bd. XXXIV.
- H. Müller.* Verh. d. phys.-med. Gessellsch. in Würzburg. IV. s. 66.
- Pozzi.* Traité de gynécologie. 1890. Paris.
- K. О. Славянский.* Частная патол. и терап. женскихъ болѣзней. Спб. 1888.
- Schröder.* Lehrbuch der Frauenkrankh. 1888 г.
- Winckel.* Frauenkrankheiten. 1886 г.
- A. Martin.* Frauenkrankheiten. 1885 г.
- Virchow.* Die krankh. Geschwülste. Bd. III.
- Duncan and Slawjansky.* Case of intrauterine polypus. Edinb. Medic. Journal. August. 1873 г.
- Gusserow.* Arch. f. Gynaecol. Bd. I, стр. 246. F. 3.
- Veit.* Zeitschr. f. Geb. u Gynaecol. Bd. I.
- A. Schultze* Diss. Jena 1875 г. F. 1.
- B. Масловский.* Врачебныя вѣдомости. 1881 г.
- Breisky.* Prager Med. Wochenschr. 1877—1878.
- Winckel.* Die Pathologie d. Weibl. Sexualorg. 1878 г.
- Schatz.* Arch. f. gynaecol. Bd. XXII.
- Löhlein.* Zeitschr. f. Geb. u. Gynaecol. Bd- XVII.
- C. Ruge.* Ueber Adenom. d. Uter. etc. Arch. f. gynaecol. Bd. XXXII.
- Péan.* Du morcellement—Gaz. d. hôpit. 1886.
- Péan.* Ablation des tumeurs fib. par la voi vagin. Gaz. d. hop. 1886.
- Péan.* Ablation par morcellement. ibid. 1889.
- Scheyron.* De l'hysterotomie vagin. These de Paris 1888 г.
- Freund.* Eine neue Methode etc. Vollk. Samm. Klin. Vortr. 1878.
- Bardenheuer.* Oper. Gynaec. Haegar u Kalt. 1881 г.
- Czerny.* Wiener Med. Wochenschr. 1879 г. №№ 45—49.
- Billroth.* Verhand. d. IX Chirurg. Congr. I. p. 86.
- Schröder.* Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. VI.
- Martin.* Pat. u. Ther. d. Frauenkrankh. 1885 г.
- Gönnér.* (Bichoff) Zur therapie des carcinoma uteri in der Schwangers. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. X.
- Heilbrunn.* (Fritsch). Cent f. gynaecol. 1885 г. № 5.
- A. И. Лебедевъ.* Врачъ. 1887.
- Samschin.* (A. И. Лебедевъ.) Zur sasustik. etc. Arch. f. gyn. XXXVI.
- Martin.* Zeitschrift f. Geb. u Gyn. Bd. XX. Hf. I.
- Fritsch.* Bericht u. d. Verhandl. des X internation. Congress. zu Berl. Beilage zum Centralb. f. Gyn. 1890 г.
- Wyder.* Die Mucosa uteri bei Myomen. Archiv. f. Gyn. Bd. XXIX.
- Б. А. Фраткинъ.* Случай Laparo-eolpo-hysterectomiaе при ракъ и фиброміомѣ матки. Хир. Вѣстн. 1891 г. № 2.