

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ СЕДЬМОЙ.

НОЯБРЬ 1893, № 11.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЫ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XIX.

КИСТЫ И КИСТОМЫ ЯИЧНИКА.

ЛЕКЦІИ

Профессора К. Ф. Славянского.

Новообразованія яичника съ анатомической точки зрѣнія дѣлятся на двѣ большія группы: на образованія эпителиальныя и на образованія ряда соединительной ткани, смотря по тому, участвуетъ ли въ развитіи ихъ паренхима или строма яичника. Къ первымъ относятся кисты, кистомы, эндотеліомы и раки, ко вторымъ фибромы, саркомы и весьма рѣдко встрѣчающіяся ангиомы, миомы, энхондромы и остеомы. Источниками развитія опухолей яичника могутъ служить иногда также образованія, не принадлежащія собственно ни къ его паренхимѣ, ни къ его стромѣ, а представляющія изъ себя только остатки прежде существовавшихъ во время зародышевой жизни органовъ, помѣщавшихся рядомъ съ нимъ. Съ теченіемъ времени органы эти атрофируются и иногда только представляютъ сохранившимися свои части, заходящія черезъ *hylus ovarii* далеко въ его строму. Прилагаемый рисунокъ (рис. 1) изображаетъ внутренніе половые органы зародыша дѣвочки, какими они представляются въ началѣ четвертаго мѣсяца зародышевой жизни. Рядомъ съ яичникомъ (я),

заключеннымъ между листками *lig. lati*, рѣзко различаются остатки Вольфова тѣла, ясно раздѣленнаго на двѣ части *E* — придатко-яичковую и *P* — примордіально-почечную часть. Первая изъ нихъ преобразуется у мужчины въ придатокъ яичка—*epididymis*, а вторая въ такъ называемый *corpus innominatum Giraldes* или *Parap epididymis (Henle)s. Parap epididymis (Waldeyer)*. У женщины эти органы хотя и атрофируются въ весьма значительной степени, но всетаки они могутъ быть найдены при тщательномъ анатомическомъ изслѣдованіи въ видѣ болѣе или менѣе хорошо сохранившихся железистыхъ каналовъ, помѣщающихся

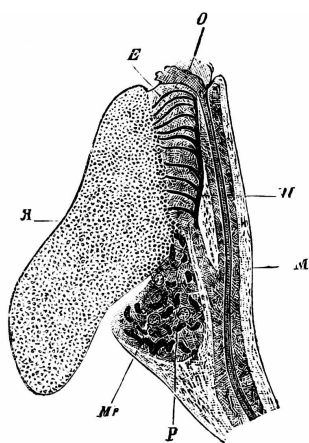


Рис. 1. Женскіе половые органы человѣческаго зародыша 9,0 см. длины. (Waldeyer.)

между листками *lig. lati*, причемъ придатко-яичковая часть сохраняется гораздо рѣзче и уже давно извѣстна подъ именемъ *Parovarium'a*—придатка яичника или органа *Rosenmüller'a*. *Waldeyer*, желая сохранить и въ названіяхъ параллель между соответственными органами обоихъ половъ, предлагаетъ, давъ названіе яичнику *oophoron*, называть *parovarium* *epioophoron'омъ* въ параллель съ *epididymis* мужчины, а примордіально-почечную часть Вольфова тѣла, соответствующую *parap epididymis* мужчины, обозначить какъ *paroophoron*. Эта номенклатура, предложенная *Waldeyer'омъ* въ 1870 году (*Kierstock und Ei*), не привилась вполне, остался только терминъ *paroophoron*, обозначающій остатки примордіально-почечной части Воль-

фова тѣла; другая же часть его, извѣстная уже ранѣе подъ именемъ *ragovarium*, сохранила это свое названіе и терминъ *eroorphoron* къ ней не привился ¹⁾. Въ дальнѣйшемъ изложеніи и я буду придерживаться этихъ двухъ терминовъ и обозначать какъ *ragovarium*—бывшую придатко-яичковую часть Вольфова тѣла и *ragoorphoron*—остатки примордально-почечной части.

Обычно при изслѣдованіи соединительной ткани въ *hylus ovarii*, въ ней нельзя констатировать никакихъ железистыхъ образований, но въ случаяхъ исключительныхъ и при томъ не особенно рѣдкихъ, могутъ быть находимы трубчатые образованія, vyplненные эпителиальными клѣтками, иногда представляющія рѣзко выраженный просвѣтъ. Эти трубчатые образованія могутъ быть довольно точно прослѣжены до такъ называемыхъ *Kobelt*'овскихъ трубокъ *ragovarium*'а. Глубина, до которой могутъ доходить эти железистыя образованія въ медуллярную часть яичника, весьма различна, не рѣдко они достигаютъ вплоть до кортикальнаго слоя. Изслѣдованія послѣдняго времени указываютъ также и на то, что части *ragoorphoron*'а могутъ также встрѣчаться въ ткани *hylus*'а яичника (*Bland Sutton*. On ovarian dermoides. The British Gynaecological Journal 1888. Vol. IV, стр. 236) и также проникать въ строуму яичника. Очевидно, что железистыя образованія, принадлежащія *ragovarium*'у и *ragoorphoron*'у, помѣщаясь въ медуллярномъ слоѣ яичника, могутъ служить источникомъ тѣхъ или другихъ эпителиальныхъ новообразованій, при дальнѣйшемъ ростѣ которыхъ, — при достиженіи ими извѣстной величины, будетъ уже весьма трудно и подчасъ невозможно точно опредѣлить мѣсто развитія опухоли, и опухоль, ведущую свое начало изъ элементовъ *ragovarium*'а или *ragoorphoron*'а, приходится считать, какъ развившуюся изъ яичника.

При дальнѣйшемъ изложеніи мы будемъ строго раздѣлять опухоли яичника въ смыслѣ только что указанномъ отъ

¹⁾ Принявъ тому, насколько можно смѣшивать понятія, соединенныя съ терминами *Eroorphoron*, *Ragoorphoron* и *Ragovarium* можетъ служить стр. 406 у *Olshausen*'а въ его *Krankheiten der Ovarien* во второмъ томѣ *Handb. der Frauenkrankh. red. v. Billroth и Luschka* 1886.

опухолей parovarium'a и paroophoron'a, и такъ какъ эти послѣдніе заложены между листками lig. lati, то объ нихъ мы будемъ говорить при заболѣваніяхъ широкихъ маточныхъ связокъ.

Кисты и кистомы яичника.

Анатомія. Кистовидныя образованія яичника, представляющіяся нашему наблюденію въ формѣ опухолей самой разнообразной величины, рѣзко дѣлятся, какъ съ анатомической, такъ особенно и съ клинической точки зрѣнія, на двѣ категоріи: на кисты однополостныя (cystes s. cystis simplex) и многополостныя (cystoides s. cystes compositae).

Кисты однополостныя. Большею частью однополостныя кисты яичника встрѣчаются развивающимися въ его кортикальномъ слое и только гораздо болѣе рѣдко въ медулярномъ. Нашему наблюденію они представляются обыкновенно въ видѣ небольшихъ кистовидныхъ полостей, величиною отъ конопляннаго зерна до большой вишни, располагающихся непосредственно въ ткани яичника; рѣже уже приходится ихъ встрѣчать достигшими объема кулака или головы взрослого человѣка и только въ исключительныхъ случаяхъ объемъ ихъ достигаетъ объема беременной матки конца беременности, такъ что такая киста выполняетъ почти всю брюшную полость. Кисты большія встрѣчаются почти всегда одипочными, недостигающія же особенно большихъ размѣровъ—величиною отъ вишни до апельсина—почти всегда сопровождаются развитіемъ нѣсколькихъ кистъ гораздо меньшей величины въ уцѣлѣвшей еще ткани яичника. Гораздо болѣе уже рѣдко встрѣчаются двѣ-три кисты одинаковыхъ болѣе значительныхъ размѣровъ, занимающихъ почти весь яичникъ, въ остающейся части котораго могутъ быть все такъ найдены еще нѣсколько болѣе мелкихъ кистъ величиною отъ конопляннаго зерна до горошины. Болѣе тонкое анатомическое строеніе образованій, имѣющихъ видъ однополостныхъ кистъ, при изслѣдованіи простымъ глазомъ представляется весьма разнообразнымъ. Въ болѣе-шей части случаевъ оказывается, что мы имѣемъ передъ собою, при изслѣдованіи полости, не превышающей вели-

чину большой вишни, различной величины болѣе или менѣе зрѣлые Граафовы пузырьки. Микроскопъ показываетъ вполне нормальное ихъ строеніе, съ хорошо выраженными клѣтками *membranae granulosaе* и рѣзко опредѣлимымъ яйцомъ со всеми его особенностями, только соединительнотканная часть ихъ стѣнки представляется перѣдко сильно гиперемизованной и количество, окружающихъ тѣлъ (бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ) въ трабекулярномъ слое рѣзко увеличено.

Однополостныя кисты большей величины, въ голову взрослого человѣка и болѣе, по своему строенію представляютъ два совершенно различныхъ типа, что особенно рѣзко выражается характеромъ выстилающихъ ихъ полость клѣтокъ; одни изъ нихъ выстланы эндотелиемъ, другія же красивымъ хорошо выраженнымъ цилиндрическимъ или мерцательнымъ эпителиемъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эпителий можетъ представляться коротко цилиндрическимъ или-же однослойнымъ плоскимъ. Кисты, имѣющія на своей внутренней поверхности эндотелий, присутствіе котораго мы не разъ удавалось доказывать обработкою азотнокислымъ серебромъ, въ извѣстный періодъ своего развитія, когда величина ихъ еще не чрезмерно велика, представляютъ весьма характерное строеніе своихъ стѣнокъ. Микроскопъ показываетъ всѣ особенности строенія желтаго тѣла въ періодъ превращенія его въ *corpus albicans*: какъ исключительные случаи, представляются измѣненія самыхъ внутреннихъ слоевъ стѣнки такой кисты, состоящая въ склерозѣ соединительной ткани, какъ они были описаны мною въ свое время для небольшой величины кистъ желтаго тѣла (*К. Славянской*, Къ нормальной и патологической анатоміи граафова пузырька человѣка. Дисс. Спб. 1870). Въ дальнѣйшемъ своемъ развитіи эти кисты, достигая размѣровъ головы взрослого человѣка, теряютъ особенности строенія своихъ стѣнокъ, и мы находимъ ихъ состоящими изъ волокнистой соединительной ткани, совершенно аналогично тому, какъ это бываетъ съ желтымъ тѣломъ, дающимъ видъ въ концѣ концовъ ту же волокнисто-соединительную ткань. Стѣнки однополостныхъ кистъ, выстланныхъ эпителиемъ, состоятъ изъ рѣзко различныхъ двухъ слоевъ—одного внутреннего изъ плотной во-

лохнистой и другого наружного изъ рыхлой соединительной ткани; этотъ послѣдній связываетъ кисту съ окружающею тканью, при малой ея величинѣ съ оставшеюся еще тканью яичника, при большой же непосредственно съ брюшинною.

Жидкость, содержащаяся въ однополосныхъ кистахъ яичника, имѣетъ на видъ свойства серозной жидкости; большею частью она прозрачна и между пальцами не липнетъ и не тянется въ витъ; удѣльный вѣсъ ея отъ 1005 до 1020. При кипяченіи или при обработкѣ кислотами изъ нея осаждаются бѣлки. При отсутствіи пагноенія или кровоизліянія въ полость кисты, серозная жидкость содержаемаго при изслѣдованіи подъ микроскопомъ содержитъ только весьма незначительное количество форменныхъ элементовъ, принадлежащихъ эпителию, выстилающему полость, и продукты ея распада.

Изъ вышеприведеннаго мы видимъ что, однополостныя кисты яичниковъ по своему строенію представляются весьма различнаго характера, что и объясняется вполне удовлетворительно различіемъ въ источникахъ развитія и сообразно съ этимъ разнообразіемъ ихъ дальнѣйшей жизни. Начнемъ съ кистовидныхъ образований, имѣющихъ строеніе граафовыхъ пузырьковъ. Въ случаяхъ, когда въ яичникѣ, увеличенномъ въ объемѣ, встрѣчается много граафовыхъ пузырьковъ или когда величина нѣкоторыхъ изъ нихъ нѣсколько болѣе той, которую обыкновенно привыкли видѣть авторы, говорятъ о кистовидномъ перерожденіи яичника (*Kleincystische Degeneration* нѣмецкихъ авторовъ), происшедшемъ, яко бы, вслѣдствіе водянки граафовыхъ пузырьковъ (*hydrops folliculorum*). Мы уже видѣли, что развивающаяся подъ влияніемъ разнообразнѣйшихъ причинъ *oophoritis follicularis productiva* обусловливаетъ усиленный ростъ многочисленныхъ фолликуловъ сразу, такъ что яичникъ можетъ представляться въ болѣе рѣзкихъ случаяхъ почти сплошь пронизаннымъ различной величины полостями, между которыми нѣкоторыя могутъ достигать болѣе значительной величины лѣснаго орѣха или большой вишни. Пока эти полости при микроскопическомъ изслѣдованіи представляютъ всѣ особенности строенія развивающихся фолликуловъ или зрѣлыхъ граафовыхъ пузырьковъ, то, конечно, мы не въ правѣ считать

ихъ за кисты или за *hydrops folliculorum*. Терминъ *hydrops folliculi* мы не можемъ также примѣнить для обозначенія преждевременнаго, происходящаго подъ влияніемъ той или другой причины, созрѣванія фолликула, при чемъ созрѣваніе это морфологически ничѣмъ не отличается отъ нормальнаго и кромѣ своей преждевременности и распространенности сразу на большое число фолликуловъ не представляетъ ничего патологическаго. Изученіе жизни граафова пузырька учить насъ, что онъ, достигая извѣстной величины, которая совершенно точно обозначена быть не можетъ, но во всякомъ случаѣ не превышаетъ величины миндаля, разрывается и извергаетъ свое содержимое наружу; разрывъ его можетъ происходить при достиженіи имъ гораздо меньшаго объема. Достигая до полной зрѣлости, что никакъ не опредѣляется какою либо точною величиною, граафовъ пузырекъ, встрѣчая то или другое препятствіе къ своему разрыву, обусловленное толщиною-ли его стѣнки (глубокое развитіе въ ткани яичника воспалительныхъ продуктовъ и др.) или недостаточнымъ менструальнымъ приливомъ крови (*Scanzoni*), подвергается извѣстнымъ процессамъ, дающимъ въ результатъ его залуствіе, его атрезію (*К. Славянской. Мед. Вѣстн.* 1874. №№ 28, 29, 30, 31). Находящійся въ періодъ обратнаго развитія, такой граафовъ пузырекъ со спадающими стѣнками и наполненный мутною жидкостью вслѣдствіе примѣси распадающихся клетокъ *membranae granulosaе*, не можетъ также удовлетворять термину *hydrops folliculi*, такъ какъ съ дальнѣйшимъ всасываніемъ жидкости стѣнки его спадаются, и на мѣсто его полости получается линейный рубецъ, съ теченіемъ времени также быстро изглаживающійся. Съ другой стороны до сихъ поръ еще не доказана возможность перехода эпителія *membranae granulosaе* граафова пузырька въ какой бы то ни было эпителій другого типа. Все выше сказанное заставляеть насъ категорически высказаться противъ возможности считать *hydrops folliculi* въ томъ смыслѣ, каковой придаютъ ему въ современныхъ руководствахъ, за источникъ развитія однополостныхъ кистъ яичника.

Присутствіе яйца въ граафовыхъ пузырькахъ, помѣщающихся рядомъ съ однополостною кистою большей величины въ яичникѣ не можетъ служить никакъ доказа-

тельствомъ, что эта киста развилась именно изъ граафова пузырька, напротивъ, присутствіе обыкновенно только одной большой полости рядомъ съ многочисленными фолликулами различной степени развитія и зрѣлыми граафовыми пузырьками, по нашему мнѣнію, указываетъ уже на другой ея характеръ и источникъ происхожденія. Не считая, слѣдовательно, возможнымъ переходъ зрѣлаго граафова пузырька въ однополостную кисту путемъ водянки (*hydrops folliculi*) и принимая кистовидныя образованія, имѣющія строеніе граафовыхъ пузырьковъ, за таковыя, мы будемъ имѣть все-таки, какъ мы уже видѣли выше, два вида однополостныхъ кистъ яичника. Первый видъ—кисты, выстланныя эндотеліемъ и имѣющія характерное, имъ только свойственное, строеніе стѣнки, представляютъ собою кисты желтаго тѣла (*corpus luteum cysticum*). Эти кисты, впервые описанныя *Rokitansk'*имъ въ 1857 году. (*Allg. Wiener med. Zeit.* №№ 34 и 35), и болѣе подробно лѣтъ двадцать тому назадъ мною (*Virchow's Archiv* L 1), за послѣднее время обратили на себя особое вниманіе; такъ *Nagel* (*Arch. f. Gynaecol.* 1887. XXXI, стр. 343) находилъ уже ихъ достигающими величины головы взрослого человѣка и содержащими въ себѣ отъ 2 до 4 литровъ прозрачной серозной жидкости съ большей или меньшей примѣсью крови. Величина этихъ опухолей и въ одномъ случаѣ явленія перекручиванія ножки дали поводъ къ производству овариотоміи (*Gusserow*). Кисты желтаго тѣла встрѣчаются обыкновенно одиночными и только въ относительно рѣдкихъ случаяхъ ихъ бываетъ двѣ или нѣсколько въ одномъ и томъ-же яичникѣ, причемъ онѣ сохраняютъ свои характерные признаки и представляются всегда однополостными. Ростъ и развитіе кистъ изъ желтаго тѣла, причемъ внутренняя поверхность ихъ лишена эпителія, дѣлаетъ весьма вѣроятнымъ возможность возникновенія такихъ-же кистъ изъ спадающагося граафова пузырька, находящагося въ періодѣ регрессивныхъ измѣненій на пути къ атрезіи.

Возможность роста такой полости, также уже лишенной эпителія, можетъ быть до извѣстной степени поставлена въ параллель росту кистъ желтаго тѣла. Допуская возможность такого рода развитія однополостной кисты изъ запусѣвающаго граафова пузырька, мы очевидно да-

леки отъ мысли отождествлять такого рода способъ развитія кистовиднаго образованія съ развитіемъ его изъ полости граафова пузырька съ сохраненною и функционирующею *membrana granulosa* путемъ перехода ея эпителия въ другой типъ, выделяющій жидкое содержимое растущей кисты (*hydrops folliculi anctorum*).

Второй видъ однополостныхъ кистъ яичника—кисты, выстланныя эпителиемъ плоскимъ, цилиндрическимъ или мерцательнымъ, относятся къ ретенціоннымъ кистамъ и имѣютъ источникомъ своего развитія различныя образованія. Извѣстно, что въ яичникѣ взрослой женщины нерѣдко могутъ быть находимы оставшіяся еще изъ зародышевой жизни неизрасходованными железистыя образованія (*Славянский*, *Filaments glandulaires*), находящіяся въ связи съ зародышевымъ эпителиемъ поверхности яичника или во всякомъ случаѣ происшедшія изъ него. За послѣднее время эти образованія были изслѣдованы снова *Nagel*’емъ (*Arch. für Gynaecol.* 1887. XXXIII) и онъ принимаетъ, что они могутъ развиваться вновь въ теченіи всей жизни женщины изъ зародышеваго эпителия поверхности ея яичниковъ путемъ востанія его въ подлежащую ткань. Образованіе такихъ эпителиальныхъ выпячиваній съ поверхности наблюдается особенно хорошо при хроническихъ воспаленіяхъ яичника, осложняющихся перифоритами. Подобные эпителиальные отпрыски, заходя и помѣщаясь глубоко въ ткани яичника, служатъ источникомъ тому или другому эпителиальному новообразованію, смотря по характеру измѣненій, развивающихся въ нихъ. Эпителий, входящій въ составъ ихъ, происходя изъ зародышсваго эпителия поверхности яичника, имѣющаго, какъ извѣстно, характеръ такового слизистой оболочки, не прекращаетъ своей физиологической функціи и продолжаетъ выделять извѣстное количество жидкости—вотъ почему эти железистыя образованія имѣютъ въ большей части случаевъ просвѣтъ, выполненный прозрачною свѣтлою жидкостью. Усиленіе этого выделения, соединенное съ постепеннымъ, соответственнымъ ростомъ эпителиальныхъ элементовъ, даетъ поводъ къ развитію одной или нѣсколькихъ однополостныхъ кистъ яичника, выстланныхъ тѣмъ или другимъ эпителиемъ. Мы увидимъ еще ниже, что усиленный быстрый ростъ эпители-

алыхъ клетокъ железистыхъ отпрысковъ обусловливаетъ увеличеніе ихъ числа и развитіе изъ нихъ уже болѣе сложныхъ образованій, каковы кистомы и раки яичника.

Другимъ источникомъ развитія однополостныхъ кистъ яичника разбираемаго нами вида слѣдуетъ считать железистыя трубки раговаріума. Мы уже видѣли, что, проникая черезъ *hylus ovarii*, онѣ могутъ заходить довольно далеко въ ткань яичника. Нѣкоторыя однополостныя кисты яичника, особенно не достигающія еще очень большой величины, при болѣе точномъ изслѣдованіи представляются ничѣмъ не отличающимися отъ такихъ же кистъ широкихъ связокъ, ведущихъ свое начало изъ раговаріума, и только точно опредѣляемое мѣсто ихъ нахожденія въ ткани яичника заставляеть относить ихъ къ опухолямъ этого органа.

Въ заключеніе мы должны еще указать на возможность, при болѣе поверхностномъ, скоромъ изслѣдованіи, признать за однополостную кисту кистому яичника. Мы увидимъ ниже, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ кистомъ замѣчается особый быстрый ростъ многихъ кистовидныхъ полостей сразу, такъ что достигая извѣстной величины и прилегая другъ къ другу полости эти сливаются, вслѣдствіе атрофіи разграничивающихъ ихъ стѣнокъ, получается одна большая полость, и вся опухоль имѣетъ видъ однополостной кисты. Болѣе подробное изслѣдованіе однако тотчасъ-же укажетъ на слѣды бывшихъ перегородокъ, хорошо различимыхъ на внутренней поверхности ея стѣнокъ въ видѣ большей или меньшей величины гребней; кромѣ того уже простымъ глазомъ найдутся небольшія вторичныя кисты гдѣ-либо вблизи стѣнокъ данной большой полости опухоли, не говоря уже объ изслѣдованіи помощью микроскопа.

Многополостныя кисты яичника. Кистомы. (Cystoma proliferum. Adenocystoma. Eierstocks colloid Virchow'a).

Источникомъ развитія кистомъ яичника служатъ эпителиальныя образованія, встрѣчающіяся въ ткани его въ трехъ различныхъ формахъ; или это оставшіяся неизрасходованными железисто-трубчатые образованія, служившія въ свое время для формированія примордіальныхъ фолликуловъ, или развивающіяся вновь въ теченіи всей жизни эпителиальныя разращенія зародышеваго эпителия

поверхности яичника, или-же наконецъ, железистыя трубки остатковъ Вольфова тѣла, помѣщающіяся въ стромѣ яичника. Я не могу еще считать вполне доказаннымъ возможность развитія железисто-трубчатыхъ образований изъ стѣнокъ примордіальныхъ фолликуловъ и даже граафовыхъ пузырьковъ, какъ это хотятъ видѣть *Steffeck* и *Bulius*. Какъ мы уже только что видѣли, всѣ эти эпителиальныя образования служатъ также и для развитія однополостныхъ кистъ, причемъ эти послѣднія развиваются



Рис. 2. (de Sinety) *a* — Зародышевый эпителий поверхности яичника. *b* — Эпителиальныя вдавленія. *c* — Эпителиальная трубка, открывающаяся на поверхности яичника. *d* — кистовидныя полости различныхъ величинъ и формъ. *e* — кровеносные сосуды. *f* — Строма яичника.

путемъ ретенціоннымъ, тогда какъ развитіе кистомъ обусловливается преобладающимъ разращеніемъ эпителия. Энергичная пролиферація эпителия сказанныхъ трубчатыхъ образований быстро даетъ эпителиальныя отпрыски въ окружающую ткань; въ началѣ эти вросающіе въ ткань отпрыски состоятъ еще сплошь изъ эпителия, но уже весьма скоро получаютъ просвѣтъ, вслѣдствіе коллоиднаго перерожденія нѣкоторыхъ изъ нихъ.

Выдѣленіе клетокъ эпителия идетъ такъ быстро и

его такъ много, что просвѣты расширяются—получается вначалѣ киста неправильной формы, со стѣнокъ которой также быстро появляются железисто-эпителиальные отпрыски, многообразно вѣтвящіеся въ подлежащей ткани; эти отпрыски вслѣдствіе своей длины и мѣстнаго закупориванія своихъ просвѣтовъ превращаются въ отдѣльно сидящія кисты, которыя тѣмъ или другимъ путемъ также соединяются съ большою уже существующею полостью, все болѣе и болѣе увеличивая объемъ ея. Прилагаемый рисунокъ (рис. 2) весьма отчетливо показываетъ измѣненія, происходящія въ ткани яичника въ началѣ развитія кистомы (*cystoma incipiens*). Ткань яичника пронизана уже начинающимися кистовидно измѣняться эпителиальными образованиями; форма ихъ весьма разнообразна: или это каналы съ многочисленными отпрысками, или-же это уже большія неправильной формы железистыя полости, или же, наконецъ, сферическая фигура ихъ уже рѣзко выражена. Участіе въ развитіи опухоли зародышеваго эпителия ясно видно при С, въ этомъ мѣстѣ въ непосредственной связи съ нимъ находится эпителиальный отпрыскъ, на концѣ своемъ дающій уже мѣсто развитію кистовидной полости.

Увеличиваясь постепенно въ объемѣ, кистома мало по малу вытѣсняетъ ткань самаго яичника, такъ что при извѣстной большой ея величинѣ не удается открыть и слѣдовъ ея; кистомы-же, не переходящія еще извѣстнаго объема, позволяютъ еще точно опредѣлять мѣсто яичника, служившее имъ первоначальнымъ мѣсторожденіемъ. Особенно рѣзко отличаются по своему мѣстоположенію виды кистомъ, въ это время развившіеся изъ эпителиальныхъ образований, присущихъ кортикальному слою, они имѣютъ остатки яичниковой ткани у своего корня—у своей ножки, тогда какъ имѣющія своимъ источникомъ остатки Вольфова тѣла (*parovarium*) и разросшіеся изъ медуллярнаго слоя представляютъ остатки кортикальнаго слоя гдѣ-либо на своей периферіи—на своей верхней части и имѣютъ большую наклонность, увеличиваясь въ объемѣ, расти по направленію черезъ *hylus ovarii* въ клѣтчатку широкой маточной связки, раздвигая обѣ ея пластинки. Остатки ткани яичника могутъ быть найдены иногда и на кистахъ довольно большой величины, особенно у кистомъ, развившихся изъ *corticalis*; при

нихъ не рѣдко у корня ихъ помѣщаются различной величины фолликулы, граафовы пузырьки и желтыя тѣла различной степени своего развитія. Увеличеніе объема кистомы и ростъ ея обусловливается главнымъ образомъ постояннымъ развитіемъ вновь изъ стѣлокъ уже существующихъ кистъ, новыхъ эпителиальныхъ железистыхъ разращеній и превращеніемъ ихъ снова въ кисты, которыя мало по малу увеличиваясь, сливаются съ кистами болѣе старыми — болѣе величины. Какъ мы увидимъ ниже, кистоматозная опухоль въ большинствѣ случаевъ обладаетъ одною главною полостью, имѣющею размѣры несравненно большіе, чѣмъ остальные, вторичныя кисты; въ нѣкоторыхъ случаяхъ подобныхъ главныхъ полостей можетъ быть двѣ, три или даже болѣе. Въ эту-то главную полость вскрываются всѣ прилежащія къ ней вторичныя болѣе мелкія кисты. Подъ вліяніемъ-ли только одного внутри-полостнаго давленія или различнаго рода процессовъ, имѣющихъ мѣсто въ тканяхъ стѣнки вторичныхъ кистъ, происходитъ постепенно-развивающаяся атрофія ихъ, кончающаяся продыравливаніемъ. Подобное продыравливаніе можетъ произойти на любомъ мѣстѣ стѣнки и поэтому полость ея можетъ вскрыться или въ главную полость или въ таковую-же сосѣдней вторичной кисты, или же, наконецъ, наружу въ полость брюшины. Объ этой послѣдней возможности, посящей названіе самопроизвольнаго разрыва кисты, мы будемъ имѣть еще случай говорить ниже, теперь-же укажемъ только на болѣе рѣдкій случай, могущій имѣть мѣсто при этомъ. Кистомы яичника развиваются или только въ одномъ изъ яичниковъ или же встрѣчаются въ обоихъ одновременно. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ опухоли, достигая извѣстныхъ размѣровъ, соприкасаются другъ съ другомъ и въ мѣстѣ ихъ соприкосновенія, площадь котораго при большихъ кистахъ можетъ быть весьма обширною, происходитъ сращеніе ихъ другъ съ другомъ. Подобно сращенныя двѣ опухоли, имѣющія исходною точкою развитія различные яички, могутъ при наружномъ изслѣдованіи представляться какъ бы одною, дальнѣйшее изслѣдованіе опухоли въ разрѣзѣ подтверждаетъ иногда еще болѣе эту ошибку, такъ какъ полости кистъ одной опухоли могутъ быть соединены съ

полостями другой, такъ какъ продыравливаніе стѣнокъ ихъ произошло какъ разъ на мѣстѣ сращенія. Въ подобныхъ случаяхъ для точнаго опредѣленія необходимо знать отношеніе опухоли къ маткѣ и необходимо должно быть доказано присутствіе двухъ ножекъ (*A. Doran: Clinical and pathol. observ. on tumours of the ovary etc. London. 1884, стр. 17*).

Источникъ развитія кистомъ яичника и характеръ ихъ дальнѣйшаго роста съ анатомической точки зрѣнія заставляютъ относить ихъ къ новообразованіямъ эпителиальнымъ железистаго типа (*adenoma-cystoma*). Въ дальнѣйшемъ своемъ теченіи опухоли эти представляютъ двѣ рѣзкія особенности, дающія поводъ различать главнымъ образомъ два вида ихъ. Въ одномъ рядѣ случаевъ приходится наблюдать обильное, превалирующее развитіе железисто-трубчатыхъ образованій съ многочисленнымъ образованіемъ вторичныхъ кистъ, чѣмъ и объясняется быстрое увеличеніе опухолей этого вида. Другія же опухоли отличаются обильнымъ разращеніемъ сосочковыхъ образованій на внутренней поверхности полости кистомы и растутъ гораздо медленнѣе и обыкновенно не достигаютъ колоссальныхъ размѣровъ опухолей перваго вида. Руководясь этими особенностями мы, по примѣру *Waldenayer'a* (*Die epithelialen Eierstocks-Geschwülste, insbesondere die Cystome. Arch. f. Gyn. I, стр. 252*), дѣлимъ кистомы яичника на железистыя (*cystoma proliferum glandulare*) и на сосочковыя кистомы (*cystoma proliferum papillare*).

Железистыя кистомы [*cystoma proliferum glandulare. Adenoma glandulare s. cysticum Stratz'a* (*Zur Histogenese der epithelialen Eierstocksgeschwülste. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. XXVI. 1893. стр. 20*)] представляютъ собою опухоли самой разнообразной величины; онѣ встрѣчаются или въ видѣ маленькихъ, не превышающихъ величины яблока или головки ребенка, опухолей или же достигаютъ колоссальныхъ размѣровъ, превышающихъ въ нѣсколько разъ объемъ беременной матки на сносакъ, и вѣсомъ своимъ могутъ иногда быть больше вѣса тѣла женщины, у которой онѣ развились. Заключающееся въ нихъ количество жидкости доходитъ пе-

рѣдко до одного или двухъ, иногда-же достигаетъ трехъ и болѣе пудовъ.

Железистыя кистомы въ разрѣзѣ представляютъ конгломератъ кистъ различной величины; смотря по характеру этихъ послѣднихъ, мы различаемъ железистыя кистомы, обладающія массою кистъ, недостигающихъ большихъ размѣровъ и представляющихся болѣе или менѣе одинаковой величины (рис. 3), такъ что поверхность разрѣза такой кистомы весьма походитъ иногда на соты. Ростъ опухолей этого вида обыкновенно относительно медленный и только рѣдко онѣ достигаютъ очень большихъ размѣровъ. Болѣе часто, чѣмъ кистомы съ мелкими полостями встрѣчаются опухоли, содержащія одну

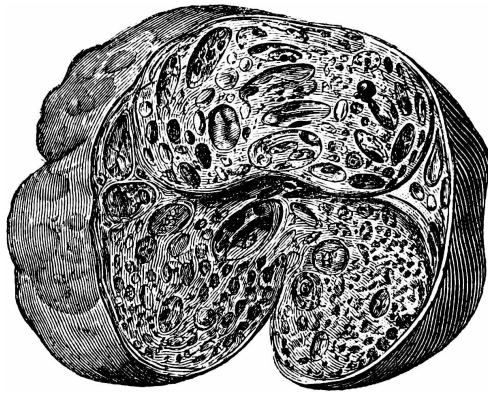


Рис. 3 (de Sinety). Cystoma proliferum glandulare.

большую или главную полость и рядомъ съ нею или въ стѣнкахъ ея помѣщаются уже многочисленныя мелкія, вторичныя кисты (рис. 4). Ростъ этихъ опухолей уже болѣе быстрый и онѣ достигаютъ колоссальныхъ размѣровъ. Увеличеніе объема ихъ, какъ мы уже видѣли, обусловливается вскрытіемъ кистъ меньшей величины въ главную полость и постояннымъ новообразованіемъ этихъ послѣднихъ.

Вторичныя, кисты помѣщаясь въ стѣнкахъ главной, могутъ сильно вдаваться и проминировать въ эту полость и иногда до такой степени, что представляются образованиями, сидящими какъ бы на полкахъ. Прорываніе стѣнокъ вторичныхъ кистъ и соединеніе ихъ поло-

стей съ главною никакъ не связано съ величиною ихъ, иногда уже весьма мелкія кисты имѣютъ на своей верхушкѣ небольшое отверстіе, изъ котораго во время изслѣдованія торчитъ кусокъ густой слизи. Съ теченіемъ времени отверстія дѣлаются все больше и больше, пока наконецъ не останутся только слѣды ихъ въ видѣ серповидныхъ гребней на внутренней поверхности главной полости. Въ періодъ увеличенія подобнаго отверстія, когда оно обладаетъ еще рѣзко выраженными гладкими истонченными краями, оно можетъ представляться закупореннымъ сегментомъ одной изъ растушихъ вторичныхъ кистъ со

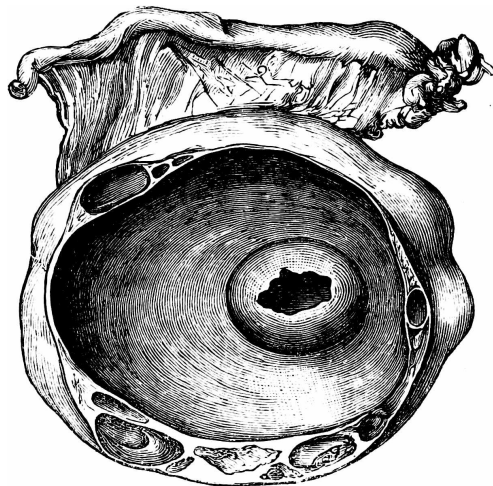


Рис. 4. (А. Dogan). Небольшого объема железистая киста яичника, обладающая одною главною, большою полостью и многими вторичными мелкими кистами.

стороны полости этой только что недавно вскрывшейся кисты, иногда ростъ ея бываетъ настолько быстръ, что она можетъ представляться ущемленной въ этомъ отверстіи.

Общій видъ железистой кисты, обладающей большою полостью и нѣсколькими мелкими кистами представляется обыкновенно шарообразнымъ. Развитіе большаго числа вторичныхъ кистъ, выдающихся надъ наружную поверхность опухоли, обуславливаетъ мелко или крупно бугристый видъ ея; при существованіи крупныхъ бугровъ опухоль можетъ представляться какъ бы состоящею изъ нѣсколькихъ частей съ глубокими перехватами между ними. Совершенно особенную форму принимаетъ наружный видъ

опухоли въ случаяхъ, когда вторичныя кисты настолько выдаются надъ наружною поверхностью, что представляются сидящими на ножкѣ (рис. 5), напоминали собою какъ бы колоссальной величины пузырьчатый заносъ или кистъ винограда. (*Ohlshausen, Schroeder, Hofmeyer*). Подобное полипозное, гроздеобразное расположеніе кистъ представляется явленіемъ довольно рѣдкимъ и исторія ихъ происхожденія еще не достаточно выяснена.

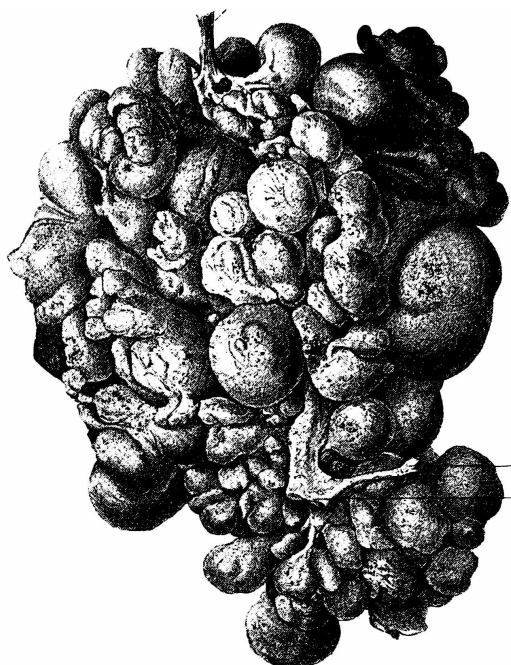


Рис. 5. (C. Schroeder), Cystoma ovarii, имѣющая видъ колоссальнаго пузырьчатого заноса.

Наружная поверхность желеzystыхъ кистомъ яичника удерживаетъ еще весьма долго коротко цилиндрическій зародышевой эпителий, покрывающій нормально поверхность яичника, чѣмъ и объясняется отсутствіе въ большинствѣ случаевъ сращенія съ поверхностью брюшины. Съ дальнѣйшимъ, однако, ростомъ опухоли и вслѣдствіе присоединяющихся воспаленій зародышевый эпителий исчезаетъ и на его мѣстѣ развивается эндотелій, свойственный всѣмъ образованіямъ брюшной полости. На наружной поверхности при болѣе тщательномъ изслѣдованіи удастся

нерѣдко находятъ незначительныя ворсинистыя образования, состоящія изъ разращеній соединительной ткани, покрытыя эндотелиемъ; подобныя же ворсинчатыя образования весьма часто встрѣчаются и на наружной поверхности яичниковъ и особаго значенія не представляютъ. Стѣнка главной кисты, равно какъ и вторичныхъ, представляется довольно толстой, иногда же, въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, она значительно истончена и даже до такой степени, что просвѣчиваетъ, обуславливая различный цвѣтъ и видъ наружной поверхности кисты, какъ она представляется глазу при вскрытіи брюшной полости. Обыкновенно кистомѣ имѣетъ блестящую поверхность серебристо-бѣлаго цвѣта, напоминая собою поверхность сухожилия, просвѣчиваніе же содержимаго обуславливаетъ болѣе темный зеленоватый цвѣтъ, доходящій иногда почти до чернаго.

Уже при изслѣдованіи простымъ глазомъ стѣнка главной полости кистомы можетъ быть довольно легко раздѣлена на два слоя, соединенные между собою рыхлою кѣтчаткою. Какъ наружный, такъ и внутренній слои состоятъ изъ старой волокнисто-соединительной ткани и иногда съ примѣсью большаго или меньшаго количества пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ; помѣщающійся между ними и спаивающій ихъ слой рыхлой ареоларной соединительной ткани заключаетъ въ себѣ обыкновенно артеріальныя и лимфатическіе сосуды. Вены, достигающія иногда весьма большихъ размѣровъ и обладающія весьма толстыми, богатыми мышечными элементами стѣнками, помѣщаются обыкновенно какъ въ окружающемъ, такъ и въ среднемъ слое стѣнки кистомы. Съ дальнѣйшимъ ростомъ опухоли такое правильное распредѣленіе слоевъ сглаживается, атрофіи подвергается сначала средній слой, а затѣмъ и оба остальные сливаются другъ съ другомъ и стѣнка значительно истончается. Внутренняя поверхность полостей вторичныхъ болѣе мелкихъ кистъ выстлана высокимъ цилиндрическимъ или мерцательнымъ эпителиемъ, между кѣтками котораго встрѣчаются въ изобиліи бокальчатыя кѣтки, иногда-же кѣточные элементы эпителия до такой степени разнообразны и форма ихъ неопредѣленна, что они должны быть отнесены къ такъ называемому метатипическому эпителию (*epithelium metatypicum Malassez'a*). Въ кистахъ большой величины эпи-

телей измѣняется уже свой характеръ, дѣлается коротко цилиндрическимъ и даже однослойнымъ плоскимъ—измѣненія, стояшія въ связи съ усиленіемъ внутривполостнаго давленія въ растущихъ полостяхъ кистомы. Благодаря тому, что главная полость кистомы, какъ мы уже видѣли, формируется изъ слитія многочисленныхъ малыхъ кистъ, такъ что въ составъ ея внутренней поверхности входятъ поверхности вскрывшихся кистъ меныней величины и при томъ различнаго срока развитія, мы видимъ измѣненія въ эпителии распространенномъ неодинаково по всей поверхности: на болѣе старыхъ участкахъ, эпителий плоскій и коротко цилиндрическій, на болѣе же молодыхъ—высокій цилиндрическій или мерцательный; переходъ между этими различными типами эпителия или постепенный или же весьма рѣзкій, соответствующій рѣзкой границѣ двухъ въ различное время вскрывшихся кистъ.

Содержимое железистой кистомы весьма различно, смотря по ея отдѣльнымъ полостямъ; болѣе мелкія полости содержатъ обычно болѣе густую тянущуюся вязкую жидкость, достигающую иногда плотности студня. Крупныя же полости содержатъ уже болѣе жидкія массы, а главная полость можетъ имѣть своимъ содержимымъ даже почти серозную клейкую жидкость. Густая, слизистая коллоидная жидкость небольшихъ кистъ представляется непосредственнымъ продуктомъ выдѣленія эпителия внутренней поверхности ихъ и главнымъ образомъ связана съ функцией бокальчатыхъ клетокъ его. Исследуя подъ микроскопомъ эти коллоидныя массы мы находимъ въ прозрачной густой жидкости многочисленныя полуразрушенныя клетки эпителия, много такъ называемыхъ коллоидныхъ шаровъ и зернистыхъ круглыхъ клетокъ, перѣдко встрѣчаются также кристаллы холестерина въ большемъ или меньшемъ количествѣ. Коллоидное содержимое кистъ большей величины, происшедшихъ изъ слитія болѣе мелкихъ, даетъ возможность перѣдко наблюдать известную особенность въ расположеніи коллоидныхъ массъ; иногда еще весьма долго содержимое отдѣльныхъ полостей сохраняетъ свое положеніе, не смѣшиваясь съ окружающими массами, причемъ на его границѣ могутъ быть различаемы въ видѣ мутныхъ полосокъ остатки коллоидно и жирно перерожденныхъ элементовъ

бывшей стѣнки, причемъ нѣкоторые участки представляются еще хорошо сохранившимися. При опредѣленіи источника внутренняго кровотеченія въ полость кисты, весьма важно знать, что въ коллоидной жидкости могутъ встрѣчаться свободно лежащими отдѣльные кровеносные сосуды, идущіе отъ одной стѣнки къ другой; возможность такого относительно рѣдко встрѣчающагося мѣстонахожденія кровеноснаго сосуда вполне объясняется тѣмъ, что только единственно онъ представляется уцѣлѣвшимъ отъ прежде бывшей перегородки между двумя слившимися полостями прилежащихъ другъ къ другу кистъ.

Внутренняя поверхность какъ болѣе мелкихъ, такъ и большихъ кистъ, покрытая вышеописаннымъ эпителиемъ, будучи изслѣдована на поперечныхъ разрѣзахъ, подъ микроскопомъ въ большей части случаевъ показываетъ присутствіе разраженій эпителия въ видѣ болѣе или меньшей величины железистыхъ трубокъ, проникающихъ иногда весьма далеко въ подлежащую ткань. Мѣстами эти железистыя образованія настолько обильны и такъ тѣсно сидятъ другъ около друга, что придаютъ поверхности на которую онѣ открываются сѣтчатый видъ (*état reticulé*), рѣзко различнымъ при изслѣдованіи простымъ глазомъ, дающій ей извѣстное сходство со слизистой оболочкою желудка. Это до извѣстной степени допустимое сходство внутренней поверхности полости железистой кистомы со слизистой оболочкой и дало поводъ французскимъ авторамъ (*de Sinety* и *Malassez*) называть эти опухоли *epithelioma mucoides*.

Рядомъ съ разраженіемъ железистыхъ эпителиальныхъ образованій, мѣстами замѣчается также значительно усиленный ростъ подлежащей молодой, богатоклѣточной соединительной ткани, такъ что такія мѣста представляются проминирующими въ полость кисты въ видѣ мягкихъ разлитыхъ опухолей, имѣющихъ форму подушки, основаніемъ своимъ далеко заходящихъ въ стѣнку полости кисты. Въ железистыхъ трубкахъ этихъ опухолевидныхъ утолщеній начинается уже весьма скоро также развитіе кистъ, такъ что нерѣдко можно встрѣчать цѣлый конгломератъ этихъ образованій различной величины, сильно вдающійся въ полость болыной кистовидной полости.

Мы уже видели, что железистая киста при изслѣдованіи простымъ глазомъ представляется состоящею въ своемъ продольномъ разрѣзѣ изъ одной или нѣсколькихъ главныхъ большихъ полостей и затѣмъ изъ многочисленнаго конгломерата мелкихъ вторичныхъ кистъ; изслѣдуя болѣе подробно эту часть кисты, представляющеюся какъ бы плотною, мы находимъ, что какъ величина, такъ и характеръ составляющихъ ее кистъ, весьма различны, особенно рѣзко бросается въ глаза различіе въ характерѣ содержимаго этихъ, болѣе мелкихъ, полостей кисты. Рядомъ съ совершенно желатинообразной массой свѣтло-желтаго, соломеннаго цвѣта, выполняющею одну или нѣсколько изъ полостей, мы находимъ болѣе тягучую, зеленоватую или коричневою массу, равно какъ и мутную сѣрую, иногда клочковатую жидкость; примѣсь крови, излившейся въ ту или другую полость, смотря по давности экстравазата и измѣненіямъ излившейся крови, разнообразить въ высокой степени цвѣтъ содержимаго полостей; тоже слѣдуетъ замѣтить и о присутствіи большаго или меньшаго количества гнойныхъ элементовъ при перѣдко наблюдаемомъ нагноеніи той или другой полости. Изслѣдуемая поверхность этой такъ называемой плотной (не легко опорожняющейся) составной части большой железистой кисты яичника представляетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ еще двѣ особенности, рѣзко бросающіяся въ глаза, это присутствіе различной величины кистъ съ жидкимъ серознымъ содержимымъ и совершенно плотные, состоящія изъ мягкой ткани, болѣе или менѣе рѣзко ограниченные участки.

Величина сказанныхъ кистъ съ серознымъ содержимымъ, начиная съ едва замѣтной, рѣдко превышаетъ таковую горошины или грецкаго орѣха, внутренняя поверхность ихъ представляется покрытой эндотелиемъ, и характеръ выполняющей ихъ жидкости соответствуетъ вполнѣ таковому кистъ лимфатическихъ сосудовъ. Принимая во вниманіе богатство лимфатическими сосудами, какъ яичника, такъ и кистомъ, въ немъ развивающихся, будетъ совершенно понятна возможность развитія такихъ кистовидныхъ полостей и эктазій, въ особенности при извѣстныхъ степеняхъ переключиванія ножки кистомы.

Присутствіе кистъ, развившихся изъ лимфатическихъ

сосудовъ въ кистамахъ яичника, можетъ быть настолько велико, что опухоль по справедливости можетъ быть названа *lymphoma kystomatosum (Leopold)*. Кромѣ такого множественнаго развитія кистъ лимфатическихъ сосудовъ, эти кисты могутъ встрѣчаться одиночными или ихъ бываетъ только нѣсколько и при томъ въ ограниченномъ числѣ.

Встрѣчающіеся между отдѣльными кистами меньшей величины участки мягкой бѣловато-сѣрой ткани представляются состоящими изъ молодой, богатой клѣточными элементами соединительной ткани, пронизанной въ различныхъ направленіяхъ железисто-трубчатыми образованиями, выстланными цилиндрическимъ или мерцательнымъ эпителиемъ и имѣющими повсюду ясно выраженный просвѣтъ, выполненный прозрачною жидкостью. Нѣкоторыя изъ этихъ железистыхъ трубокъ представляютъ уже начало развитія кистъ. Строеніе этой части кистомы яичника вполне аналогично опухолямъ другихъ областей нашего тѣла, извѣстныхъ подъ именемъ *adenoma cylindro-cellulare (Klebs)*. Эти аденомы, какъ извѣстно, принадлежатъ къ доброкачественнымъ эпителиальнымъ опухолямъ, какъ мы это уже видѣли при разборѣ опухолей матки, но къ такимъ, которыя весьма легко переходятъ въ злокачественныя и легко даютъ начало раковымъ новообразованиямъ (*cysto-carcinoma cylindrocellulare*). Этотъ анатомическій характеръ железистыхъ кистомъ яичника вполне подтверждается и клиническими наблюденіями, и мы нерѣдко наблюдаемъ не только рецидивы послѣ операций такихъ кистомъ, но и метастазы въ болѣе отдаленные органы.

Какъ мы уже видѣли, жидкость, содержащаяся въ полостяхъ кистомы, весьма разнообразна, она коллоидна и тягуча въ полостяхъ, выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ, студениста при преобладаніи бокальчатыхъ клѣтокъ, жидка и нѣсколько болѣе густа, чѣмъ серозная, въ кистахъ большихъ размѣровъ, имѣющихъ уже на своей внутренней поверхности плоскій эпителий. Цвѣтъ ея также весьма различенъ, смотря по тѣмъ примѣсамъ, которыя въ ней могутъ встрѣчаться; различныя степени измѣненія излившейся крови и большее или меньшее количество гнойныхъ элементовъ и измѣненныхъ эпители-

альныхъ клітокъ обуславливають тотъ или другой оттѣнокъ ея цвѣта. Химическое изслѣдованіе открываетъ присутствіе различныхъ видовъ бѣлковинныхъ тѣлъ, принадлежащихъ къ ряду муцина. Присутствіе paralbumin'a, считавшееся въ свое время характернымъ для кистомъ яичника, доказано въ настоящее время и для жидкостей, встрѣчающихся въ нѣкоторыхъ случаяхъ другихъ кистовидныхъ образований, такъ что оно не можетъ служить большою помощію при распознаваніи характера опухоли. Тѣмъ болѣе, что онѣ были находимы также въ асцитической жидкости и мочѣ. Кромѣ сказанныхъ тѣлъ находятся постоянно соли, главнымъ образомъ хлористый натръ, жиры въ незначительномъ количествѣ и, какъ исключенія, въ нѣкоторыхъ случаяхъ было найдено присутствіе сахара, мочевины, лейцина, аллantoина и индикана.

Сосочковыя кистомы (cystoma proliferum papillare, adenoma papillare Stratz'a). Существуетъ мнѣніе, что опухоли этого типа развиваются только изъ остатковъ Вольфова тѣла, parovarium'a и paroophoron'a, но анатомо-гистологическія изслѣдованія послѣдняго времени снова убѣждаютъ насъ, что источникомъ развитія ихъ могутъ служить также железисто-эпителиальныя образованія, ведущія свое начало изъ зародышеваго эпителия поверхности яичника. (*J. W. Williams. Contributions to the Histogenesis of the papillary cystomata of the ovary. Johns Hopkins Hospital Bulletin № 18 December 1891.*) Тѣмъ не менѣе однако сосочковыя кистомы яичника всетаки чаще развиваются изъ железисто-трубчатыхъ образований parovarium'a, заходящихъ далеко въ строму яичника черезъ его hylus. Доказательствомъ тому между прочимъ служить весьма часто наблюдающееся вроспаніе ихъ между листками широкой связки и наклонность даже самыхъ маленькихъ опухолей этого типа расти въ этомъ направленіи; особенность, рѣзко отличающая ихъ отъ чистыхъ железистыхъ кистомъ.

Сосочковыя кистомы представляются обыкновенно опухолями гораздо меньшаго размѣра, чѣмъ другія кистоматозныя образованія яичника: весьма рѣдко онѣ развиваются одновременно на обѣихъ сторонахъ. Характерною ихъ особенностью, какъ уже указываетъ ихъ названіе, представляется разрощеніе сосочковыхъ образований

на внутренней поверхности ихъ полостей (*kystadenoma papillare*). Разрощенія эти развиваются или по всему пространству внутренней поверхности кисты въ видѣ мелкихъ, не достигающихъ болѣе значительной величины конгломератовъ сосочковъ (рис. 6) или же представляются въ видѣ относительно большой опухоли, формы и вида цвѣтной капусты, сидящей на извѣстномъ ограниченномъ мѣстѣ. Полости кистъ выстланы высокимъ цилиндрическимъ или — что встрѣчается еще чаще — мерцательнымъ эпителиемъ. Этотъ эпителий покрываетъ и сосочковыя разрощенія, причемъ обыкновенно только съ трудомъ — весьма рѣдко удается найти бокальчатыя клѣтки — онѣ какъ бы отсутствуютъ. Основнымъ веществомъ сосочка представляется молодая соединительная ткань, иногда

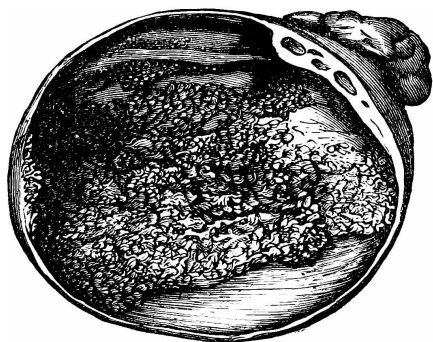


Рис. 6. (A. Foran). *Cystoma proliferum papillare ovarii*, развившаяся изъ медулярнокъ слоевъ его; часть яичника еще видна въ формѣ придатка.

въ такомъ незначительномъ количествѣ, что помѣщающаяся въ ней петля сосудовъ кажется какъ бы непосредственно покрытою эпителиемъ. Форма сосочковъ разнообразна, болѣею частью они весьма длинны, имѣютъ отпрыски, рѣже они коротки и снабжены неправильными утолщеніями при своей верхушкѣ. Обильное содержаніе соединительной ткани придаетъ сѣроватый цвѣтъ разрощеніямъ, тогда какъ меньшее ея количество и богатство сосудами обуславливаетъ темно-красный цвѣтъ ихъ; благодаря этой послѣдней особености она въ нѣкоторыхъ случаяхъ весьма кровоточива подъ вліяніемъ самой незначительной травмы. Нерѣдко удается наблюдать въ отдѣльныхъ сосочкахъ отложенія самой извести и образованіе псаммомотозныхъ тѣлъ на подобіе того, какъ это

наблюдается въ *plexus choroideus* боковыхъ желудковъ мозга. *Скворцова* (къ вопросу о присутствіи песчаныхъ тѣлъ въ *plexus choroideus* и некоторыхъ новообразованіяхъ. Воен. М. Ж. 1874 г.) разсматриваетъ ихъ какъ конкременты, заложенные въ массѣ опухоли.

Содержимое полостей сосочковой кисты не представляется никогда такимъ густымъ, студенеобразнымъ, какъ это мы видѣли въ железистыхъ кистамахъ, оно гораздо жиже, прозрачно и окрашено въ различные цвѣта, смотря по количеству излившейся крови и давности экставазата; эти особенности находятъ себѣ полное объясненіе въ рѣдкости нахождения бокальчатыхъ клетокъ эпителія и въ присутствіи обильной стѣи сосудовъ, лежащей нерѣдко тотчасъ подъ эпителіальнымъ покровомъ. Сосочки внутренней поверхности кисты, обладающіе большимъ количествомъ соединительной ткани, представляются гораздо болѣе тихо растущими, сосочковыя же разрощенія, состоящія почти исключительно изъ эпителія и имѣющія только незначительную соединительно-тканную основу, растутъ весьма быстро, скоро выполняють всю полость кисты, со стѣнки которой онѣ начинаютъ разрастаться и мало-по-малу продыравливаютъ стѣнку такъ, что проникають или въ одну изъ соседнихъ полостей или же появляются прямо на наружной поверхности опухоли. Отверстіе, черезъ которое проникли сосудистыя разрощенія наружу мало-по-мало увеличивается до такой степени, что противоположная ему часть стѣнки кисты легко выпячивается черезъ него и сосочки представляются исходящими какъ бы съ самой наружной поверхности кисты.

Какъ мы уже высказались выше, мы относимъ сосочковыя кисты къ такому же типу железистыхъ опухолей, какъ и *cystoma glandulare*, съ тою только разницею, что онѣ обладаютъ сосочковыми разрощеніями; несомнѣнно, слѣдовательно, что подобно всякой *adenom'ѣ cylindro-cellulare* онѣ представляютъ опухоли доброкачественныя, имѣющія свойство переходить относительно легко въ злокачественныя. Этою послѣднею особенностью сосочковыя кисты обладаютъ гораздо въ большей степени, чѣмъ сродныя имъ кисты железистыя. Переходъ въ злокачественную опухоль, по анатомическимъ свой-

ствамъ которой, по моему мнѣнію, ее можно отнести къ ворсинчатымъ ракамъ, наблюдается относительно часто или въ формѣ диссеминаціи сосочковыхъ разрощень по брюшинѣ или болѣе рѣдко въ видѣ метастазовъ болѣе отдаленныхъ органовъ. Рецидивы опухоли послѣ успѣшныхъ операцій наблюдаются также нерѣдко.

Весьма нерѣдко въ одной и той же опухоли яичника мы находимъ комбинацію обоихъ видовъ кистомъ, рядомъ съ чистою формою *cystomatis glandularis* встрѣчаютъ полости, носящія несомнѣнно характеръ сосочковой кистомы. Кромѣ комбинаціи другъ съ другомъ только что описанныхъ видовъ кистомъ, онѣ нерѣдко осложняются также присутствіемъ дермоидныхъ кистъ, къ описанію которыхъ мы теперь переходимъ.

Дермоидныя кисты или кожныеки яичника (*cystes dermoides*). Подъ этимъ именемъ мы понимаемъ кистовидныя опухоли, содержащія въ себѣ кожу и свойственныя ей образованія. Исторія развитія ихъ въ яичникѣ еще далеко не разъяснена съ желательною точностью, но, принимая во вниманіе, что первичные зачатки зародышевой железы (*Keimdrüse*) образуются изъ осевого пучка (*Axenstrang*) въ развитіи котораго принимаетъ участіе также верхній зародышевый листокъ, становится понятнымъ возможность появленія въ новообразованіяхъ яичника составныхъ частей, ведущихъ свое начало изъ различныхъ зародышевыхъ листковъ.

Кожевики (дермоиды) яичника растутъ обыкновенно медленно и могутъ сохранять свой *statu quo* многіе годы, такъ что обычная величина ихъ рѣдко превышаетъ большое яблоко, достигая до головы взрослого человѣка и только весьма рѣдко еще большей.

Большую частью они встрѣчаются только въ одномъ яичникѣ, въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ въ обоихъ. Обыкновенно они представляютъ кисты однополостныя, при чемъ иногда ихъ бываетъ двѣ или три одновременно въ одномъ и томъ же яичникѣ. Форма опухоли почти всегда шарообразная, съ гладко-блестящею наружною поверхностью; стѣнка кисты различпой толщины, чаще она толста и плотна. Дермоидныя кисты, не достигая колоссальныхъ размѣровъ, даютъ возможность болѣе часто, чѣмъ кистомы яичника, находить остатки яичниковой ткани, которая по-

мѣняется всегда у корня опухоли у ся полжи, такъ какъ дермоиды имѣютъ всегда исходною точкою своего развитія corticalis личника, вследствие чего при нихъ не замѣчается также наклонности къ востанію между листками *ligamenti lati*.

Внутренняя стѣнка дермоида выстлана многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, поверхностныя клѣтки котораго нерѣдко представляютъ полное сходство съ *epidermis* кожи; подъ эпителиемъ мѣстами находится вполне хорошо развитый мальпигіевъ слой, сосочки большею частью развиты не съ такою правильностью, какъ это свойственно нормальной кожѣ, мѣстами они даже совершенно отсутствуютъ. Подъ собственно *corium*омъ весьма часто встрѣчаются скопленія жировой ткани. подлежащей представлять собою подкожную жировую клѣтчатку.

Къ кожнымъ образованіямъ, встрѣчающимся рѣзко выраженными въ дермоидахъ, принадлежатъ волосы и железы. Сальные железы встрѣчаются въ большемъ числѣ и правильнѣе развитыми, чѣмъ потовыя; эти послѣднія иногда совершенно отсутствуютъ. Волоса или сидятъ въ кожѣ въ волосяныхъ сумкахъ, причемъ иногда хорошо различаютъ сосочекъ волоса, или же они свободно помѣщаются въ содержимомъ полости кисты равномѣрно перемѣшанными съ жировыми составными частями ея, или же представляются свернутыми въ большій или меньшій комокъ. напоминающій собою войлокъ. Длина и цвѣтъ волосъ различны—отъ длины въ 1,0 *cm.* они достигаютъ до фута и болѣе, цвѣтъ ихъ большею частью свѣтлый или рыжий, даже у негрятенокъ онъ не соответствуетъ нормальному цвѣту ихъ волосъ; но всетаки встрѣчаются случаи, когда волосы темнаго цвѣта и при томъ много темнѣе, чѣмъ волосы головы даннаго субъекта. Рядомъ съ волосами на внутренней поверхности кисты встрѣчаются зубы, иногда настолько правильно развитые, что хорошо опредѣляется видъ ихъ. Зубы сидятъ или прямо въ соединительной ткани или, что чаще, въ луночкахъ костныхъ пластинокъ. заложенныхъ въ стѣнку. Существуютъ наблюденія. доказывающія ростъ и смѣну зубовъ, при чемъ было найдено вытѣсненіе какъ бы молочнаго зуба растущимъ подъ нимъ другимъ, болѣе развитымъ. Эти наблюденія объясняютъ находимое чрезмѣрное количество зубовъ въ

кнѣтъ, достигавшее до 100 и даже до 300. Костныя пластинки, встрѣчающіяся въ дермоидахъ, могутъ имѣть самую разнообразную форму, такъ что при нѣкоторой фантазіи можно находить тождество ихъ съ челюстями или тою или другою трубчатою костью; тѣмъ болѣе, что, хотя и рѣдко, но всетаки было найдено нѣчто въ родѣ образованія суставовъ, причемъ суставныя поверхности костей были покрыты хрящами. Точно также железистыя образованія могутъ располагаться настолько причудливо, что позволяютъ говорить о железахъ желудка, кишечнаго канала и молочной железы, причемъ въ послѣднемъ случаѣ было найдено нѣчто похожее на сосокъ, изъ котораго удавалось выдавливать нѣсколько капель жидкости, похожей на молозиво. Кромѣ только что приведенныхъ составныхъ частей дермоидныхъ кнѣтъ въ нихъ находили еще пучки гладкихъ и поперечно исчерченныхъ мышцъ (*Корди*) и нервныя элементы, ганглиозныя клѣтки, нервныя волокна, какъ безмякотныя, такъ и снабженныя ею, кромѣ того ткань сѣраго вещества мозга, невроглію и покрывающую его ткапь, папоминающую *pia mater*. Небольшой величины полости, выстланныя пигментнымъ эпителиемъ, были относимы къ глазо-подобнымъ образованіямъ, обладающимъ иногда ясно выраженою тканью хрусталиковъ. Содержимое полости дермоида представляется состоящимъ преимущественно изъ жира, находящагося въ жидкомъ состояніи при температурѣ тѣла, но легко застывающемъ въ трупѣ или будучи выпущеннымъ во время операціи. Оно или жидко и прозрачно, напоминая собою густое масло, или же, будучи смѣшано съ мелкими волосами, принимаетъ видъ *vernix caseosa*; цвѣтъ его различенъ, зависитъ отъ примѣси излившейся крови или пачавшагося нагноенія; иногда въ немъ встрѣчаются въ большомъ количествѣ кристаллы холестеарина. Химическое изслѣдованіе, кромѣ жировъ, указываетъ иногда на присутствіе лейцина, тирозина и мочевины. Жирная масса, содержащаяся въ полости кнѣты, представляется иногда расположенною въ видѣ отдѣльныхъ, совершенно свободно лежащихъ шаровъ различной величины и болѣе или менѣе плотности, чѣмъ помѣщающаяся между ними жидкость, напоминая собою начало образованія эмульсіи, причемъ жирныя капельки, свойственныя этой послѣд-

пей, имѣютъ еще колоссальные объемы. По характеру содержимаго мы должны признать иногда за дермоиды кисту, обладающую весьма тонкими стѣнками, выстланную только парой слоевъ эпидермоподобныхъ клѣтокъ и неимѣющую и слѣдовъ железистыхъ образований кожныхъ сосочковъ и волосъ; подобные случаи находятъ себѣ объясненіе въ развивавшейся уже атрофіи стѣнокъ и выстилающихъ ихъ кожныхъ образований и относятся къ кистамъ не растущимъ, находящимся въ одномъ и томъ же положеніи относительно прогрессивнаго увеличенія своей величины.

Мы уже напоминали выше, что дермоиды относительно рѣдко представляютъ смѣшанныя опухоли съ кистами, какъ железистыми, такъ и сосочковыми, причемъ эти опухоли встрѣчаются не только совместно въ различныхъ яичникахъ, но и въ одномъ и томъ же. При подобной комбинаціи дермоиды удерживаютъ еще свойственный имъ доброкачественный характеръ, но встрѣчаясь рядомъ съ другими опухолями, какъ раки и саркомы, или же сами давая поводъ и служа источникомъ къ развитію таковыхъ, они дѣлаются злокачественными. Злокачественность нѣкоторыхъ дермоидныхъ кистъ замѣчена уже давно, такъ какъ неособенно рѣдко встрѣчались случаи, въ которыхъ послѣ удаленія путемъ овариотоміи такихъ опухолей наблюдались рецидивы, причемъ, конечно, рецидивировали не сами дермоиды, а образованія, ихъ осложнившія. Насколько ткани и железистыя образованія, входящія въ составъ дермоидныхъ кистъ, могутъ претерпѣть вторичныя измѣненія того или другого характера, указываютъ намъ наблюденія развитія изъ железъ кожи внутренней поверхности ихъ *miliuma* acne и кистъ различной величины, наполненныхъ серозной жидкостью или атероматозною массою; эпителий мальпигиева слоя и железъ, разрастаясь въ глубь ткани, даетъ начало развитію типичныхъ формъ роговаго эпителиальнаго рака съ образованіемъ характерныхъ жемчужинъ (*Epidermisperlen*). Соединительная ткань въ свою очередь служить рѣдко источникомъ развитія веретенно-образно или кругло-клѣточныхъ саркомъ.

Кисты яичника, образуя различной величины опухоли, представляются находящимися въ связи съ маткою и стѣнками полости малого таза, посредствомъ такъ называемой ножки, величина, форма и анатомическія особенности которой представляются весьма различными. Принимая нормальныя отношенія частей данной области, мы видимъ, что *tuba fallopii* заключена между листками широкой маточной связки и помещается какъ разъ по верхнему краю этой послѣдней и при томъ такъ, что своимъ *orificium tubae abdominale* продыравливаетъ ее еще нѣсколько прежде, чѣмъ она достигаетъ до стѣнки таза. Этотъ остающійся свободнымъ верхній край *ligamenti lati*, какъ извѣстно, носить названіе *ligamentum infundibulo-pelvicum*.

Задняя пластинка широкой связки даетъ вторичную

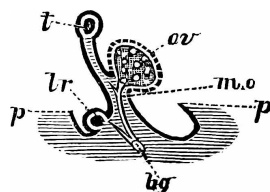


Рис. 7. (Koblenz). Схема нормальнаго отношенія яичника къ частямъ *lig. lati*. *t.* — *tuba fallopii*. *ov.* — яичникъ покрытый зародышевымъ эпителиемъ. *lr.* — *lig. teres*. *bg.* — кровеносные сосуды. *p. p.* — *lig. lati*. *mo.* — *mesovarium*.

складку, которая въ своей средней части заключаетъ въ себѣ *hylus ovarii*, образуя такъ называемый *mesovarium* s. *mesoovarium*; внутренняя часть этой дубликатуры брюшины заключаетъ въ себѣ *lig. ovarii*, а по наружной къ яичнику подходит *fimbria ovarica*—*lig. infundibulo-ovaricum*. Смотря по мѣсту развитія кисты въ ткани яичника, дальнѣйшій ростъ ее будетъ такъ или иначе измѣнять нормальныя отношенія сказанныхъ частей; производя мысленно разрѣзь черезъ профиль яичника и окружающія части подъ угломъ въ 45° къ фронтальной и сагитальной плоскости тѣла, мы получимъ отношеніе частей, схематически изображенное на рис. 7; представивъ себѣ кисту той или другой величины, развивающуюся изъ *corticalis* яичника, свободно растущую въ полость брюшины и отрѣзняющую ткань яичника къ своему основанію, мы паходимъ, что анатомическая ножка такой опухоли есть

нѣсколько утолщенный mesovarium (рис. 8). Въ большинствѣ случаевъ и особенно при кистахъ уже большихъ, величины куриного яйца, мы видимъ, что при извлеченіи опухоли изъ полости малаго таза sub operatione эта анатомическая ножка настолько коротка, что мы не можемъ пользоваться ею и не можемъ произвести отдѣленіе опухоли

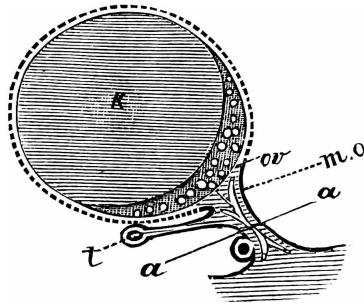


Рис. 8. (Koblenz.) Cystoma ovarii proprium. *k.* — киста. *ov.* — уцѣпленная ткань яичника. *mo.* — анатомическая ножка. *a. a.* — хирургическая ножка.

на этомъ мѣстѣ. Изслѣдуя дальше, мы находимъ, что *lig. latum* съ заключенною въ ней трубою, при извѣстномъ натяженіи, образуетъ вполне достаточную хирургическую ножку, которая свободно можетъ быть перерѣзана, и опухоль удалена. Въ составъ этой хирургической ножки, какъ это изображено на рис. 9, входятъ *tuba fallopii*,

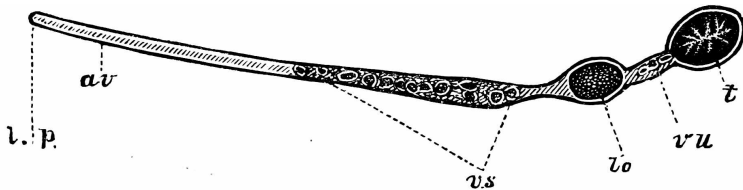


Рис. 9. (Koblenz.) Плоскость разрѣза хирургической ножки. *t.* — tuba fallopii. *vu.* — vasa uterina. *lo.* — lig. ovarii. *vs.* — vasa spermatica. *lv.* — lig. latum. *lv.* — ligamentum infundibulo-pelvicum.

lig. ovarii и *lig. latum* съ заключенными въ ней сосудами. Наружный край широкой маточной связки или *lig. infundibulopelvicum* заключаетъ въ себѣ обыкновенно *vasa spermatica*, внутренній-же *vasa uterina*.

При кистахъ, развивающихся въ медуллярномъ слое и особенно въ *hylus ovarii*, ростъ опухоли идетъ уже

въ другомъ направленіи; онѣ отбѣсняютъ ткань яичника сначала кверху, а затѣмъ кверху и въ одну изъ сторонъ; ростъ ея сначала главнымъ образомъ направляется въ ткань между листками *lig. lati*, раздвигая и отдѣляя ихъ другъ отъ друга; первую изглаживается до полнаго исчезновенія *lig. infundibulo-ovaricum*, такъ что *fimbria ovarica* помѣщается уже на самой опухоли и *orificium abdominale tubae* прилежитъ непосредственно къ ней. При дальнѣйшемъ ростѣ пластинки широкой связки раздвигаются еще больше по направленію къ трубѣ, такъ что паружный конецъ ея на извѣстномъ своемъ протяженіи плотно прилежитъ къ опухоли. Обыкновенно при этомъ видѣ кистъ яичника этимъ и ограничивается, и опухоль усиленно начинаетъ расти въ полость живота,

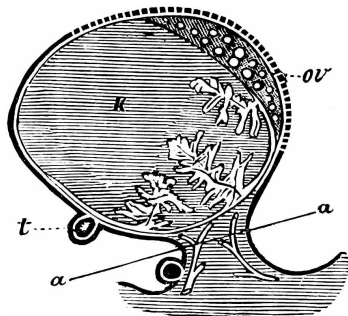


Рис. 10. (Koblentz). *Cystoma proliferum papillare*, развившаяся изъ ткани *hylus ovarii*. Значеніе буквъ какъ въ рис. 7 и 8.

такъ что какъ внутренній отдѣлъ трубы, такъ и *lig. infundibulo-pelvicum*, остаются еще свободными, и хирургическая ножка опухоли (рис. 10) въ своемъ поперечномъ разрѣзѣ почти не разнится отъ предъидущихъ случаевъ. Конечно, могутъ встрѣтиться болѣе глубокія вросанія кисты яичниковъ въ подбрюшную кѣтчатку, но это встрѣчается крайне рѣдко и требуетъ еще болѣе точныхъ доказательствъ. До сихъ поръ еще съ кистами яичника, вырастающими изъ его *hylus'a*, смѣшиваютъ кисты, развивающіяся изъ *parovarium'a* или *paroophoron'a*, представляющія уже собою чистый типъ между-связочныхъ кистъ, и, какъ мы увидимъ въ одной изъ слѣдующихъ лекцій, разрастающихся преимущественно по подбрюшной кѣтчаткѣ около матки и въ полости таза.

Опухоль яичника, занявъ своимъ пижнимъ сегмен-

томъ известную часть наружно-верхняго отдѣла широкой маточной связки и продолжая увеличиваться въ объемъ, разрастается въ полость живота и достигаетъ громадныхъ размѣровъ, при этомъ нижній сегментъ также увеличивается, не проникая далѣе въ клѣтчатку, растягиваетъ покрывающую его брюшину и плотно прилежащую къ нему фаллопиеву трубу, главнымъ образомъ ея наружный конецъ, и иногда до такой степени, что вся труба имѣетъ въ длину 20 и болѣе сантиметровъ. Ткань, входящая въ составъ *lig. lati*, или только растягивается подъ вліяніемъ натяженія со стороны опухоли или представляетъ гиперплазію своихъ элементовъ, особенно эта послѣдняя бываетъ выражена въ мышечныхъ пучкахъ *lig. lati*; кровеносные сосуды обыкновенно также увеличены въ объемъ, особенно рѣзко бросаются въ глаза густыя венозные сплетенія, отдѣльные стволы въ которыхъ достигаютъ толщиною гусиного пера и болѣе.

Благодаря только что приведеннымъ различнымъ условіямъ въ развитіи кистъ яичника, хирургическая ножка или образуемая представляется весьма разнообразною. Форма ея, длина и ширина стоятъ прямо въ зависимости отъ мѣста развитія кисты, степени растяженія, которому подвергается ножка при ростѣ опухоли и гиперплазіи въ тканяхъ, входящихъ въ ея составъ. Вслѣдствіе вліянія той или другой причины длина ножки будетъ различна, и дѣйствительно мы видимъ ножки начиная съ 3,0 centim. длиною достигающими до 12,0 и даже 15,0 cm., тѣ же самые размѣры замѣчаются и при изслѣдованіи ширины ея, обыкновенно чрезмерно широкая ножка бываетъ коротка и наоборотъ. Въ большей части случаевъ широкая связка настолько неизмѣнена, что при изслѣдованіи ея на свѣтъ, она представляется мѣстами просвѣчивающеюся, при болѣе значительной же гиперплазіи ея ткани и развитіи сосудовъ она непрозрачна и толста. Подъ вліяніемъ растяженія ножки, въ тканяхъ ея развиваются иногда мѣстные атрофическіе процессы, дающіе поводъ къ мѣстнымъ продрывамъ ея, и она представляется въ подобныхъ случаяхъ состоящею изъ двухъ пучковъ, причемъ одинъ изъ нихъ заключаетъ въ себѣ трубу, другой же *lig. ovarii*, или же труба и *lig. ovarii* помѣщаются во внутреннемъ пучкѣ, а наружный состав-

ляетъ *lig. infundibulo-pelvicum* и *vasa spermatica*. Подобнаго присутствія раздѣленій на два пучка ножки не слѣдуетъ смѣшивать съ существованіемъ двухъ ножекъ въ случаяхъ сращенія между собою опухолей, развившихся изъ обоихъ яичниковъ и представляющихся какъ-бы одною, или же при сращеніи опухоли съ широкою связкою противоположной стороны. Кромѣ такой двойственности ножки кистъ яичника наблюдаются еще такъ называемыя ложныя ножки, представляющія мѣстныя сращенія опухоли съ окружающими частями въ данной области, подобныя сращенія могутъ быть настолько обширными и силовыми, что могутъ иногда симулировать какъ бы полное отсутствіе ножки и интралигаментарное развитіе опухоли; болѣе тщательное однако изслѣдованіе *sub operatione* обыкновенно выясняетъ отношеніе частей.

Какъ изслѣдованія на трупѣ, такъ и во время операцій показываютъ относительно часто перекручиванія ножки вокругъ ея продольной оси справа на лѣво или обратно; она можетъ быть повернута вокругъ оси или только на $\frac{1}{2}$ оборота или же на нѣсколько, два—три раза и въ исключительныхъ случаяхъ до шести. Въ перекручиваніи принимаютъ участіе всѣ составныя части хирургической ножки *lig. latum*, *lig. ovarii* и *tuba fallopii*, или же при существованіи хорошо выраженной анатомической ножки перекручиваніе происходитъ только въ ея области, такъ что *tuba fallopii* остается свободнележащею рядомъ съ перекрученною ножкою. Въ рѣдкихъ случаяхъ при широкой ножкѣ въ перекручиваніе можетъ быть вовлечена даже *lig. rotundum*. Благоприятствующими условіями къ развитію перекручиванія ножки представляются болѣе значительная длина ея, рѣзко выраженная подвижность и присутствіе болѣе или менѣе значительнаго количества асцитической жидкости. Существованіе болѣе обширныхъ сращеній въ области экватора опухоли препятствуетъ, конечно, ея перемѣщеніямъ, и слѣдовательно и перекручиваніе ножки дѣлается при этомъ невозможнымъ. Уже во время выхода опухоли изъ полости малаго таза, вслѣдствіе ея роста, она, измѣняя свое положеніе такимъ образомъ, что переваливается на переднюю брюшную стѣнку, производитъ незначительное скручиваніе своей ножки на $\frac{1}{4}$ или $\frac{1}{2}$ оборота; если къ этому присоединяется еще

дальнѣйшій неправильный ростъ ея, причемъ одна изъ сторонъ увеличивается быстрѣе, такъ что объемъ вторичной кисты здѣсь помѣщающейся будетъ много больше, то опухоль весьма легко этой даже увеличенной своей частью поворачивается впередъ и перекручиваніе ножки дѣлается еще больше. Большія скопленія твердаго кала въ прямой кишкѣ могутъ дѣйствовать, какъ это показываютъ опыты на трупахъ, на положеніе опухоли такимъ образомъ, что подобно рычагу поворачиваютъ ее на четверть оборота вокругъ своей оси; при длинной ножкѣ или и короткой, но достаточно растяжимой опухоль можетъ остаться въ этомъ положеніи и послѣ того, какъ содержимое будетъ опорожнено, вновь повторяющееся скопленіе каловыхъ массъ обуславливаетъ снова дальнѣйшее передвиженіе опухоли и ножка дѣлается все болѣе и болѣе перекрученною. Такимъ же образомъ дѣйствуетъ иногда и растущая рядомъ съ опухолью беременная матка. Быстрые измѣненія въ условіяхъ положенія опухоли яичника въ брюшной полости даютъ иногда поводъ къ перекручиванію ножки, сюда относятся опорожненіе беременной матки—роды, или опорожненіе главной полости самой опухоли при пункціи ея. Къ этой же категоріи причинъ относятся рѣзкія колебанія внутрибрюшного давленія подъ вліяніемъ усиленной работы брюшного пресса и быстрыхъ измѣненій въ положеніи тѣла. Измѣнять искусственно положеніе опухоли и окружающихъ ея частей мы можемъ особенно легко при гинекологическомъ изслѣдованіи, такъ что при существующихъ благопріятныхъ условіяхъ можемъ искусственно производить ту или другую степень перекручиванія ножки и раскручиванія ея. Перекручиваніе ножки въ большей части случаевъ совершается по извѣстному типу такъ, что можетъ быть признано такъ называемый нормальный механизмъ его происхожденія. *Kästner* (*Das Gesetzmässige in der Torsionsspirale torquirter Ovarialtumorstiele. Centralblatt f. Gynaek. 1891. № 11, стр. 209*) замѣтилъ, что опухоли правой стороны даютъ обычно спираль перекручиванія слѣва на право и съ лѣвой стороны съ права на лѣво. Наклонность къ такого рода повороту опухоли дается уже въ тотъ моментъ, какъ она выходитъ изъ малаго таза и переваливается впередъ, причемъ части ея лежащія медианно впереди къ брюшной

стѣнокъ, даютъ уже поводъ къ переворачиванію. Книпечныя петли, помѣщаясь за и книзу отъ опухоли, благодаря постоянно мѣняющемуся своему положенію (перистальтика, различныя степени наполненія и опорожненія) вліяютъ на опухоль такъ, что обуславливаютъ ея постоянныя передвиженія изнутри кнаружи и при извѣстныхъ благоприятныхъ обстоятельствахъ вызываютъ болѣе или менѣе сильныя перевертыванія. Необходимыми условіями къ такому нормальному механизму перекручиванія *H. W. Freund* (*Das gewöhnliche und ungewöhnliche Wanderungsmechanismus wachsender Eierstocksgeschwülste. Vollkman's Sammlung klinischer Vorträge. № 361/62. Gynaekol. 104*) считаетъ полную подвижность опухоли и матки, легкую уступчивость передней брюшной стѣнки и вслѣдствіе этого возможность свободныхъ движеній въ брюшной полости. При неустойчивости передней брюшной стѣнки у нерожавшихъ и у субъектовъ, задержанныхъ въ развитіи, остановившихся на дѣтскомъ типѣ, равно какъ при опухоляхъ междусвязочныхъ и обладающихъ сращеніями, перекручиваніе не наблюдается вовсе или оно происходитъ уже другимъ путемъ и зависитъ отъ другихъ для каждаго случая своеобразныхъ причинъ.

Послѣдствія перекручиванія ножки весьма различны, смотря по степени его, по быстротѣ его происхожденія и по измѣненіямъ, развивающимся въ тканяхъ ножки. При постепенномъ перекручиваніи, происходящемъ мало-по-малу, начинаютъ сдавливаться въ ножкѣ венозные сосуды, развивается венозная гиперемія въ опухоли; эта послѣдняя увеличивается въ объемѣ, происходятъ мѣстные воспалительныя измѣненія, дающія поводъ къ развитію сращеній наружной поверхности ея съ тѣми или другими изъ окружающихъ органовъ; сращенія эти могутъ быть иногда настолько разлитыми, что почти вся поверхность опухоли сплошь сращена съ окружающими частями. Болѣе рѣзко выраженный венозный застой даетъ перѣдко поводъ къ кровотеченіямъ съ внутренней поверхности кистовидной полости внутрь ихъ; особенно легко кровоточатъ сосуды сосочковыхъ разрашеній; экстравазаты наблюдаются также въ толщѣ ткани, въ перегородкахъ между кистами и въ ихъ стѣнкахъ. Количество изливающейся крови бываетъ иногда настолько обильно, что

развиваются все признаки острой анемии, особенно в случаяхъ, когда, подъ вліяніемъ значительнаго изліянія крови въ полость кисти и измѣненій, обусловленныхъ экстравазатами въ стѣнкахъ ея, происходитъ разрывъ большой полости и содержимое изливается въ полость брюшины. Подобныя обильныя кровотеченія наблюдаются обыкновенно при перекручиваніяхъ ножки, происходящихъ болѣе быстро, обуславливающихъ быстрое сильное сдавливаніе ея венозныхъ сосудовъ. Если же при этомъ также быстро происходитъ настолько сильное сжатіе артерій ножки, что почти сразу прекращается притокъ артеріальной крови, послѣ того какъ въ кистѣ произошли уже болѣе значительныя кровоизліянія, то обыкновенно наступаетъ гангрена опухоли съ рѣзко выраженными явленіями общаго перитонита, быстро убивающаго больную. Совершенно обратныя явленія наблюдаются при быстро-происходящихъ полныхъ многочисленныхъ перекручиваніяхъ ножки, такъ что сразу прекращается притокъ крови къ такъ сказать совершенно здоровой опухоли,—въ подобныхъ случаяхъ опухоль можетъ подвергнуться атрофіи, ростъ ея останавливается, она уменьшается въ объемѣ вслѣдствіе развивающихся дегенеративныхъ процессовъ въ ея тканяхъ,—наступаетъ такъ называемое произвольное излѣченіе.

Исслѣдованіе перекручиванія ножки и ея сосудовъ относительно нерѣдко показываетъ намъ развитіе тромбовъ въ этихъ послѣднихъ, такъ что питаніе опухоли черезъ существовавшую ножку въ данномъ случаѣ не могло происходить, между тѣмъ какъ сама опухоль представляется, повидимому, безъ измѣненій и не остановившеюся въ своемъ ростѣ; дальнѣйшее исслѣдованіе обыкновенно указываетъ на присутствіе болѣе или менѣе значительныхъ сращеній и особенно часто съ салникомъ; сосуды въ этихъ сращеніяхъ представляются особенно сильно развитыми, такъ что роль ихъ, какъ питающихъ опухоль, становится внѣ всякаго сомнѣнія. Рядомъ съ частичнымъ тромбозомъ сосудовъ ножки нерѣдко наблюдается отекъ ея, причемъ она дѣлается часто удобообразываемой, такъ что накладываемыя на нее лигатуры легко прорѣзаютъ ея ткани въ моментъ завязыванія узла. Тромбъ во всехъ сосудахъ перекрученной ножки ведетъ иногда за собою рѣзко выра-

женную атрофію ея, такъ что мало-по-малу истончаясь она совершенно прерывается и опухоль яичника представляется или свободнымъ тѣломъ брюшины или же, что чаще, будучи сращенною съ одною изъ окружающихъ частей (сальникъ) и получая питаніе при посредствѣ сосудовъ сращеній, она продолжаетъ развиваться дальше. Нерѣдко однако при подобныхъ обстоятельствахъ приходится наблюдать опухоль, представляющую уже рѣзко-выраженные регрессивные процессы, особенно обильное отложеніе солей извести въ толщу наружной ея стѣнки.

Отдѣленіе кисты отъ матки и ея связокъ можетъ происходить и безъ участія перекручиванія ножки; значительнаго натяженія и постепеннаго растяженія ея бываетъ уже достаточно иногда для разъединенія тканей; ложныя переноски, располагаясь своеобразно, могутъ произвести настолько сильное давленіе на ножку и ея сосуды, что вызываютъ прекращеніе питанія съ послѣдовательною атрофіей, и наконецъ кисты могутъ развиваться въ яичникъ уже ранѣе отдѣленномъ отъ своего нормальнаго мѣста прикрѣпленія. Какимъ бы образомъ не произошло отдѣленіе кисты и уничтоженіе ея ножки, мы находимъ ее обыкновенно сращенною съ окружающими частями. Сращенія эти по частотѣ располагаются слѣдующимъ образомъ: сальникъ, *mesenterium*, топкия кишки, передняя брюшная стѣнка и *lig. latum* противоположной стороны. Весьма только рѣдко отдѣлившіяся кисты представляются свободными тѣлами брюшины, помѣщаемыми обыкновенно въ *excavatio recto-uterina*.

Кровотеченія, болѣе или менѣе значительно сильныя, въ полости кистомъ наблюдаются нерѣдко и помимо случаевъ перекручиванія ножки. Травматическіе инсульты, особенно при сосочковыхъ кистомахъ, даютъ иногда весьма обильные экстрavasаты; къ этой же категоріи причинъ слѣдуетъ отнести и пункцию опухоли. Кромѣ того также довольно интенсивное кровотеченіе можетъ быть обусловлено разрывомъ сосудовъ перегородокъ между кистами при ростѣ опухоли путемъ слитія нѣсколькихъ вторичныхъ полостей съ главною. Мы уже видѣли, что кровь, примѣшиваясь къ содержимому кисты, смотря по своему количеству и продолжительности пребыванія, такъ или

иначе измѣняетъ его цвѣтъ и характеръ; болѣе обширные экстравазаты въ толщѣ стѣнокъ, нарушая мѣстное кровообращеніе, служатъ нерѣдко источникомъ дегенеративныхъ процессовъ или воспалительныхъ явленій.

Обширныя, разлитыя воспаленія въ полостяхъ кистомъ встрѣчаются относительно рѣдко и то обыкновенно, какъ послѣдствіе пункции и занесенія извнѣ микроорганизмовъ. Особенно нерѣдко разлитое нагноеніе наблюдается въ дермоидныхъ кистахъ и кистомахъ, вмѣющихъ большія плоскостныя сращенія съ кишечнымъ каналомъ; въ этихъ случаяхъ дѣло доходитъ иногда до ихорознаго распада опухли особенно при существованіи сообщенія полости ихъ съ кишечнымъ каналомъ.

Результатомъ мѣстныхъ асептическихъ воспаленій наружныхъ стѣнокъ полости кистомы являются сначала фибринозныя спаиванія этихъ мѣстъ съ окружающими частями, а затѣмъ болѣе стойкія плотныя сращенія. Если сращенія не особенно обширны и плотны, то благодаря сохраняющейся еще подвижности опухоли подъ вліяніемъ такъ часто мѣняющемуся внутри брюшному давленію они мало-по-малу вытягиваются сначала въ болѣе рыхлыя, а затѣмъ и болѣе длинныя ложныя перепонки. Только послѣ интенсивныхъ и болѣе разлитыхъ воспаленій остаются на долгое время обширныя, плотныя плоскостныя сращенія. Въ дальнѣйшей жизни опухоли сращенія могутъ играть весьма важную роль, служа проводникомъ кровеносныхъ сосудовъ могущихъ питать опухоль и еще болѣе способствовать ея росту. Сращенія кистомъ яичника чаще всего наблюдаются съ брюшиною передней брюшной стѣнки, какъ мѣстомъ, подвергающимся болѣе всего травмѣ, обуславливающей такъ часто начало асептическихъ воспаленій стѣнки кисты, затѣмъ слѣдуютъ сращенія съ сальникомъ, спускающимся весьма часто между кистой и переднею брюшиною стѣнкою; далѣе по порядку частоты идутъ петли кишечнаго канала, брюшина малаго таза и *lig. lati, mesenterium*, мочевои пузырь, матка, *appendices epiploicae processus vermiformis* и брюшина *fossae iliacae* и уже весьма рѣдко печень и селезенка. Особенный интересъ представляютъ случаи сращенія съ брюшиною дугласова пространства, особенно при болѣе широкой ножкѣ, вслѣдствіе отчасти межсвязочнаго развитія

кисты; въ этихъ случаяхъ уже и безъ того болѣе плотное соединеніе опухоли съ тазовымъ дномъ, дѣлающее ориентированіе относительно строенія ножки не всегда легкимъ, еще болѣе затрудняется (рис. 11 и 12). Сращенія въ глубинѣ таза въ большинствѣ случаевъ представляются также удобно раздѣляемыми, какъ и въ другихъ областяхъ, и вотъ почему необходимо знать о возможности присутствія ихъ при ножкахъ, кажущихся весьма обширными. Устраняя эти сращенія *sub operatione*, обыкновенно удается дойти до истинной ножки, нерѣдко оказывающейся доста-

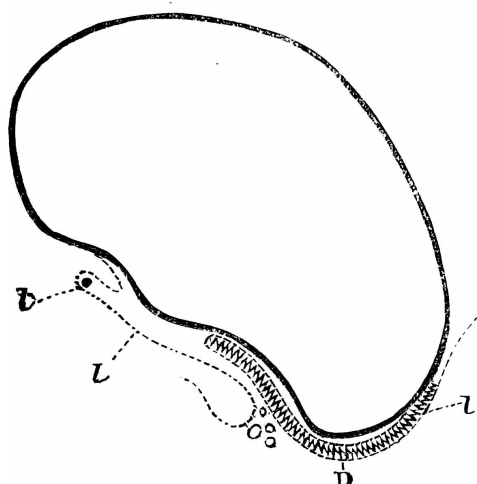


Рис. 11. (Kaltenbach). Сращенія въ дугласовомъ пространствѣ при кистахъ яичника, развивающихся изъ тканей его *hylus'a*. Черная, жирная линия—киста; пунктиръ—брюшина; зигзаги—сращенія. *t*—фаллопиева труба. *D*—дно дугласова пространства *ll*—листки *lig. lat.*—*pp.*—сосуды *plexus pampiniformis* основанія широкой связки.

точной длины и позволяющей удаленіе опухоли безъ выщипыванія ея изъ подбрюшной клетчатки.

Изъ дегенеративныхъ процессовъ, встрѣчающихся въ стѣнкахъ кистомъ, мы упомянемъ только о жировомъ перерожденіи и объ известненіи. Оба эти процесса захватываютъ какъ соединительную ткань стѣпки, такъ и эпителий, ее покрывающій. Жировое перерожденіе встрѣчается обыкновенно участками большей или меньшей величины и стоитъ иногда въ связи съ развитіемъ тромбоза въ сосудахъ стѣнки кисты на ограниченномъ пространствѣ;

эти мѣста при изслѣдованіи простымъ глазомъ представляются въ видѣ желтыхъ, болѣе мутныхъ пятенъ, разсѣянныхъ по стѣнкѣ главной полости кисты; особенно рѣзко выраженнымъ этотъ процессъ наблюдается при рѣзкихъ нарушеніяхъ питанія вслѣдъ за извѣстной степенью перекручиванія ножки.

Обызвощивленіе ткани стѣнокъ кистомы, кромѣ уже упомянутого выше отложенія солей извести при сосочковыхъ кистомахъ въ видѣ исамматозныхъ образований, встрѣчается въ видѣ большей или меньшей величины пластинокъ, заключенныхъ въ толщу самой стѣнки; особенно рѣзко выраженнымъ оно представляется при остановкѣ развитія и уменьшеніи въ объемѣ опухоли вслѣдъ за полнымъ перекручиваніемъ ножки; въ этихъ случаяхъ почти вся стѣнка можетъ быть проникнута солями из-

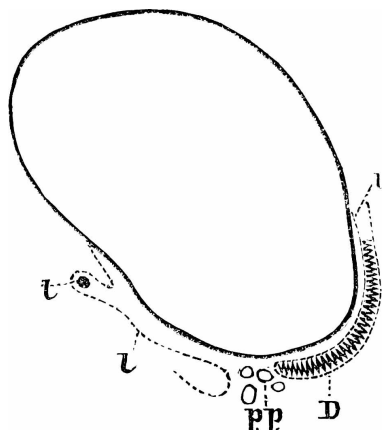


Рис. 12. Тоже, что и на предыдущемъ рисункѣ. Значеніе буквъ тоже.

вести и представляется въ видѣ плотной, костеподобной скорлупы. Рядомъ съ известковымъ перерожденіемъ было иногда наблюдаемо присутствіе плотныхъ частей, имѣвшихъ строеніе кости.

Подъ вліяніемъ мѣстнаго жироваго перерожденія, мѣстныхъ воспалительныхъ измѣненій и экстравазатовъ ткань стѣнки кисты представляется иногда настолько рыхлою, что достаточно бываетъ не особенно значительныхъ колебаній внутрибрюшнаго давленія, чтобы обусловить такъ называемый самопроизвольный разрывъ ея

(ruptura spontanea cystae). Быстрорастущія сосочковыя разращенія, выполняя полость кисты и производя сильное давленіе на извѣстный участок стѣнки, легко продыравливаютъ его и показываются наружу. Продыравливаніе стѣнокъ многополостной кисты мы уже видѣли, какъ необходимую принадлежность роста кистомы, и только вскрытіе кистъ не другъ въ друга представляетъ въ данномъ случаѣ явленіе патологическое. Только что приведенныя причины самопроизвольнаго разрыва кисты могутъ, въ свою очередь, быть предрасполагающими причинами при разрывѣ, происходящемъ подъ вліяніемъ ушиба, паденія, усиленнаго гинекологическаго изслѣдованія и т. п. травматическихъ инсультовъ; съ другой стороны интенсивность травмы бываетъ иногда настолько сильна, что подъ вліяніемъ одной только ея разрываются не только истонченныя мѣста кисты, но и весьма толстыя, совершенно здоровыя стѣнки ея. Давленіе беременной матки во время родового акта на кисту и придавливаніе ея къ костямъ таза можетъ дать продыравливаніе ея совершенно здоровой стѣнки. Обыкновенно разрывъ стѣнки кисты происходитъ безкровно и образуетъ разнобразной величины и формы отверстіе; при *cystoma papillare* оно почти всегда бываетъ плотно выполнено массою разрастающихся сосочковъ, при железистыхъ же нерѣдко приходится также наблюдать, какъ, по опорожненіи полости отъ жидкаго содержимаго, отверстіе разрыва плотно закупоривается сегментомъ одной изъ болѣе выдающихся въ полость вторичныхъ кистъ. Въ большинствѣ случаевъ происходитъ разрывъ стѣнки главной полости непосредственно въ брюшину и жидкое содержимое кисты изливается въ эту послѣднюю; смотря по характеру ея мы видимъ развивающимися тѣ или другія измѣненія. Серозная индифферентная жидкость однополостныхъ кистъ обыкновенно быстро всасывается, не оставляя никакихъ слѣдовъ и не производя никакого опредѣленнаго раздраженія брюшины. Болѣе густое асептическое содержимое коллоидныхъ кистъ уже не всасывается такъ легко, появляется хроническій перитонитъ съ значительною трансудаціею серозно-фибринозной жидкости; подобный асцитъ существуетъ мѣсяцами и даже болѣе года, до тѣхъ поръ, пока не будетъ уда-

лена киста оперативнымъ путемъ, въ противномъ же случаѣ больной грозитъ смерть отъ истощенія или обостренія перитонитическихъ явленій. Весьма богатая муциномъ густыя желеподобныя массы нѣкоторыхъ кистомъ, попадая въ полость брюшины и распределяясь мало-помалу между всѣми органами, не всасываются и вызываютъ хроническій перитонитъ, характеризующійся развитіемъ ложныхъ перепонокъ; благодаря этому продуктивному характеру воспаленія, мы находимъ густыя миксоматозныя массы инкапсулирующимися и мѣстами пророщенными отпрысками соединительной ткани, развивающейся со стороны брюшины (*pseudo-myxoma peritonei Werth'a. Arch. f. Gynäkol. XXIV, стр. 103*). Это картина продуктивнаго перитонита, какъ она обычно развивается при всякомъ раздраженіи брюшины асептическими инородными тѣлами; въ данномъ случаѣ студенистыя массы давали поводъ уже не разъ смѣшивать съ нею перитоніальную диссеминацію коллоиднаго рака яичника. Произвольные разрывы кистъ, имѣющихъ вслѣдствіе той или другой причины содержимое богатое микроорганизмами, влекутъ за собою развитіе общаго септического перитонита, быстро убивающаго больную. Слѣдуетъ указать еще на одну возможность зараженія брюшины излившимся содержимымъ кистъ, наблюдающагося при злокачественныхъ кистовидныхъ новообразованіяхъ; существуютъ достовѣрные наблюденія рецидивовъ опухоли въ брюшинѣ по удаленіи оперативнымъ путемъ кистомы (злокачественной) яичника, причемъ существовало отверстіе въ ея стѣнкѣ и содержимое ея приходило болѣе или менѣе долгое время въ соприкосновеніе съ брюшною полостью. При существованіи сращенія съ желудочно-кишечнымъ каналомъ въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдается вскрытіе кисты въ толстыя или тонкія кишки и въ желудокъ, причемъ въ этомъ послѣднемъ случаѣ все содержимое кисты извергалось рвотою и наступало полное исчезаніе опухоли. Небольшія кисты, особенно дермоиды, помѣщаясь въ полости малаго таза и будучи сращены съ прилежащими полыми органами, подъ вліяніемъ развивающагося въ нихъ нагноенія вскрываются иногда въ прямую кишку, мочевоу пузырь или еще рѣже во влагалище. Къ рѣдкимъ исключеніямъ принадлежать

случай самопроизвольнаго опорожненія кистъ черезъ наружные брюшные покровы обыкновенно черезъ пупочное кольцо. Интересное наблюдение, указывающее на возможность вскрытія кисты и изліянія ея содержимаго въ клѣтчатку таза, даетъ д-ръ *В. И. Протопоповъ* (Протоколы засѣданія Губернскаго врачебнаго Совѣта и т. д. за вторую половину 1887. Курскъ 1888, стр. 65). О возможности изліятія, и иногда періодическаго, содержимаго кистъ черезъ фаллопиеву трубу и матку наружу мы уже говорили при разборѣ трубно-яичниковыхъ кистъ.

Этіологія.

Кистомы яичника были уже находимы врожденными; такъ, сосочковая кистома была найдена у зародыша на 7 мѣсяцѣ утробной жизни и дермоиды у недоношенныхъ и новорожденныхъ дѣвочекъ, равно какъ и железистыя опухоли у послѣднихъ. У дѣвочекъ первыхъ десяти лѣтъ жизни кистомы встрѣчаются, хотя и рѣдко, но изъ литературы однако уже извѣстенъ цѣлый рядъ случаевъ оперативнаго удаленія ихъ въ этомъ возрастѣ, причемъ самый ранній срокъ былъ второй годъ жизни. Въ дальнѣйшемъ теченіи жизни онѣ встрѣчаются все чаще и чаще и достигаютъ maximum'a въ годъ полного развитія половой жизни женщины отъ 30 до 40 лѣтъ. Очевидно, что эти данныя относятся только къ случаямъ, вызывающимъ уже тѣ или другіе припадки, заставляющіе опредѣлять при изслѣдованіи присутствіе кисты; когда же она начала развиваться, остается обыкновенно точно неизвѣстнымъ. Сопоставляя число незамужнихъ съ замужними женщинами, имѣющими ту или другую кисту яичника и, найдя это отношеніе приблизительно равнымъ какъ 10 къ 15,5, говорящимъ, слѣдовательно, за большую частоту у незамужнихъ, авторы пришли къ заключенію, что менструальные приступы способствуютъ развитію кистъ, такъ какъ якобы у замужнихъ женщинъ вслѣдствіе беременности и во время кормленія грудью яичники находятся въ относительномъ покоѣ. Это заключеніе, конечно, настолько-же можетъ представляться вѣрнымъ, насколько терминъ «незамужняя» соотвѣтствуетъ въ дѣйствительности понятію о женщинѣ нерожавшей или не выкидывавшей, и съ другой стороны, едва-ли

можно думать, что только одинъ менструальный приливъ самъ по себѣ играетъ столь важную роль въ данномъ случаѣ.

Въ настоящее время мы уже можемъ говорить о наследственности кистъ яичника, конечно только въ томъ смыслѣ, что онѣ наблюдаются развивающимися у родныхъ сестеръ, но, къ сожалѣнію, еще нельзя опредѣлить, къ какому виду кистъ относятся извѣстные случаи. Съ этиологической точки зрѣнія представляеть также не малое значеніе вопросъ о частотѣ развитія кистомъ одновременно въ обоихъ яичникахъ. Статистическія данныя указываютъ, что подобное развитіе наблюдается приблизительно въ 8 или 10% всѣхъ случаевъ и что $\frac{4}{5}$ изъ этого числа приходится на сосочковыя кистомы и дермоиды, железистыя же составляютъ только исключительные случаи.—Частое развитіе сосочковыхъ кистомъ изъ остатковъ Вольфова тѣла, раговаріума и рагоорхогона можетъ отчасти разъяснять какъ обоюдосторонность опухолей, такъ и ихъ наследственность въ только что упомянутомъ смыслѣ, оставляя железистымъ кистомамъ только характеръ случайный. Кистомы яичника, будучи находимы врожденными и развивающимися даже въ утробной жизни, вполне подтверждаютъ вѣрность взглядовъ, добытыхъ анатомогистологическимъ путемъ. Мы видѣли уже, что однимъ изъ источниковъ ихъ развитія слѣдуетъ признать неизрасходованныя железистотрубчатые образованія, имѣющія въ утробной жизни назначеніе образовать фолликулы, будущіе Граафовы пузырьки. Эти трубчатые образованія въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ оставаться въ ткани яичника неопредѣленно долгое время *in statu quo* и затѣмъ подъ вліяніемъ намъ еще неизвѣстныхъ причинъ быть источникомъ развитія той или другой кистомы. Мы видѣли также, что источникомъ развитія кистомъ служатъ эпителиально трубчатые образованія, развивающіяся изъ зародышеваго эпителия во время любого періода жизни женщины подъ вліяніемъ хроническихъ периоофоритическихъ воспаленій. Быть можетъ, не малое число кистомъ яичника, встрѣчаемыхъ у женщинъ въ періодѣ отъ 20 до 40 лѣтъ ихъ возраста, стоять въ этиологической связи съ боковыми периметритами и периоофоритами, столь часто встрѣчающимися въ это время: быть можетъ, также и

фактъ болѣе частаго развитія кистъ у незамужнихъ падеть себѣ объясненіе въ тѣхъ же воспалительныхъ измѣненіяхъ, ведущихъ, какъ извѣстно, свое начало отъ зараженія какъ гонорройнымъ ядомъ, такъ и различными септическими началами во время выкидышей и родовъ, столь небрежно обставленныхъ перѣдко у незамужнихъ женщинъ. Существуютъ также статистическія данныя, что женщины, бывшія безплодными, чаще представляютъ развитіе кистомъ яичника и что слѣдовательно безплодіе предрасполагаетъ къ такому рода заболѣванію. Благодаря успѣхамъ и распространенію паружновнутренняго гинекологическаго изслѣдованія, въ настоящее время все чаще и чаще опредѣляется, какъ причина безплодія въ нѣкоторыхъ случаяхъ, присутствіе небольшихъ дермоидовъ въ яичникахъ, остающихся весьма долго *in statu quo* и затѣмъ только начинающихъ иногда расти довольно быстро. Этотъ такъ сказать скрытый періодъ ихъ присутствія, не будучи опредѣленнымъ во время, давалъ, по всей вѣроятности, поводъ къ предположенію о вліяніи безплодія на развитіе кистъ яичника. — Присутствіе же небольшихъ врожденныхъ дермоидовъ можетъ весьма долгое время быть неузнаннымъ и служить, благодаря смѣщеніямъ внутреннихъ половыхъ органовъ, весьма серьезнымъ препятствіямъ къ забеременеванію.

Припадки. Начало развитія кистъ въ яичникѣ и въ весьма большемъ числѣ случаевъ довольно долгій періодъ ихъ роста обыкновенно не даютъ себя чувствовать больнымъ, такъ что сплошь и рядомъ опухоли величиною до апельсина открываются случайно при гинекологическомъ изслѣдованіи, или же при величинѣ до головы взрослого человѣка сами больныя также случайно обращаютъ на нихъ вниманіе. Вообще можно приять за правило, что между появленіемъ припадковъ и величиною опухоли существуетъ прямая пропорція, т. е. чѣмъ больше киста яичника, тѣмъ больше она вызываетъ тѣ или другіе болѣзненные припадки. Какъ исключеніе изъ этого правила, представляются осложненія, вызываемыя иногда маленькими опухолями, находящимися еще въ полости малаго таза. Появленіе воспалительныхъ измѣненій вокругъ нихъ или, при достиженіи извѣстной величины роста сращенныхъ съ окружающими частями кистъ (дермоидовъ),

развитіе ущемленія даютъ картину болѣзненныхъ явленій, свойственныхъ этимъ осложненіямъ.

При развитіи въ яичникѣ той или другой кисты функція его не должна прекращаться, конечно до тѣхъ поръ, пока существуетъ еще большая или меньшая часть его паренхимы, не подвергнувшаяся измѣненіямъ. Мы уже видѣли, что кистоматозныя опухоли достигаютъ перѣдко весьма почтенныхъ размѣровъ, оставляя извѣстную, правда, хотя и не особенно большую, часть ткани яичника неизмѣненною, помѣщающуюся около корня опухоли въ области прикрѣпленія къ ней ножки. Благодаря этому, въ большей части случаевъ у больныхъ съ кистами яичника менструація остается неизмѣненной, менструальное кровотечение является въ свой обычный срокъ, продолжается нормальное для даннаго случая время и количество теряемой крови также неизмѣняется. При развитіи кистъ въ обоихъ яичникахъ и при постепенномъ ихъ ростѣ, ткань яичника мало по малу расходуется вся, такъ что въ извѣстный періодъ времени даже микроскопъ не можетъ болѣе открыть и слѣдовъ ея; подобные случаи ведутъ за собою также прекращеніе менструальныхъ приливовъ, у больныхъ мало по малу развивается полное отсутствіе регулъ (Amenorrhoea). Такое отсутствіе менструальнаго кровотечения можетъ впрочемъ наблюдаться также у больныхъ съ кистою одного яичника при совершенно неизмѣненномъ другомъ, но amenorrhoea въ данномъ случаѣ развивается подъ вліяніемъ общихъ причинъ, стоящихъ въ связи съ тѣмъ истощеніемъ больной, которое наблюдается въ извѣстномъ періодѣ теченія болѣзни при кистахъ яичника. Изъ другихъ неправильностей менструаціи наблюдаются иногда menorrhagia и dysmenorrhoea; увеличенное количество теряемой крови sub menstruatione замѣчается обыкновенно при кистахъ, не обладающихъ извѣстной подвижностью, и зависитъ отъ застойныхъ формъ воспаленія слизистой оболочки полости тѣла матки (endometritis); болѣзненная менструація наблюдается уже гораздо рѣже и то только при маленькихъ опухоляхъ и стоитъ въ связи съ обостреніемъ болѣзненныхъ ощущеній и периметритическихъ процессовъ подъ вліяніемъ менструальнаго прилива.

Присутствіе кисты яичника до извѣстной степени

мѣшаетъ забеременѣванію и при томъ большею частью не тѣмъ, что измѣняется ткань яичника, а тѣми осложненіями, которыя сопутствуютъ присутствію кисты. Измѣненія въ положеніи фаллопиевыхъ трубъ и матки, сдавленіе иногда просвѣта трубы, присутствіе ложныхъ перепонокъ, какъ слѣдствія бывшихъ воспалительныхъ осложненій въ брюшинѣ малаго таза, какъ извѣстно, влекутъ за собою весьма часто невозможность правильного хода процесса оплодотворенія, и женщины остаются безплодными, несмотря на то, что обладаютъ еще достаточнымъ количествомъ здоровой, способной функционировать, паренхимы яичника. Несмотря, однако, на эти осложненія и на развитіе кистъ въ обоихъ яичникахъ, способность забеременѣванія сохраняется еще въ достаточной степени, такъ что беременную матку рядомъ съ кистами яичника приходится наблюдать далеко нерѣдко. До какой степени небольшого количества здоровой ткани яичника необходимо, чтобы женщина забеременѣла, учить насъ случаи вскрытій умершихъ черезъ нѣсколько дней послѣ выкидыша или родовъ; изслѣдуя яичники при этомъ, уже не разъ приходилось убѣждаться, что оба они были сплошь перерождены, особенно при значительныхъ образованіяхъ, и здоровой ткани вовсе не находилось въ данное время, и что, слѣдовательно, въ моментъ оплодотворенія ея находилось настолько немного, что достаточно было нѣсколько мѣсяцевъ, чтобы она вся была уже занята разрастающимся новообразованіемъ. Нерѣдко въ теченіе развитія кистомъ яичника мы можемъ наблюдать соответственные измѣненія въ грудныхъ железахъ: у больной груди припухаютъ, сосокъ и околосососковый кружокъ пигментируются и при надавливаніи на грудь получается извѣстное количество молока, имѣющаго характеръ молозива.

Присутствіе въ полости живота кисты яичника еще небольшихъ размѣровъ, кромѣ чувства полноты, тяжести внизу живота, давленія на низъ и болѣе поясицы, вызываетъ нерѣдко явленія со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, развивающіяся подъ вліяніемъ давленія, производимаго опухолью; такъ, весьма часто больныя жалуются на частые позывы къ мочеиспусканію, иногда на трудное, задержанное удаленіе мочи и только рѣдко

развивается поддержаніе мочи. Запоры, такъ часто наблюдающіеся у большихъ, болѣею частью зависятъ отъ атоніи кишечнаго канала, но и опухоли, производя давленіе на rectum, въ некоторыхъ случаяхъ представляетъ механическое препятствіе для свободнаго прохожденія кала; при воспалительныхъ измѣненіяхъ покрывающей ее и окружающія части брюшины, актъ дефекаціи бываетъ иногда весьма болѣзненнымъ, совершенно подобно тому, какъ мы уже это видѣли, при воспаленіяхъ лѣваго яичника. Кисты, достигая величины беременной матки на сноскахъ и продолжая увеличиваться дальше, производятъ сильное растяженіе брюшинныхъ стѣнокъ, связанное иногда съ опущеніемъ тупой боли; на кожѣ появляются мѣстныя атрофіи мальникова слоя въ видѣ различной величины полосокъ (striae), нерѣдко замѣчается расширеніе венозныхъ стволовъ и отекъ подкожной клетчатки въ нижней части живота, пупочное кольцо расширяется и даетъ поводъ къ развитію пупочной грыжи. Желудокъ и петли кишечнаго канала сильно сдавливаются, появляются тошноты, рвоты и полная потеря аппетита, пищевареніе совершенно разстраивается, начинается развиваться, столь грозное для данныхъ случаевъ, истощеніе (marasmus). Сдавленіе растущей опухолью мочеточниковъ ведетъ за собою какъ расширеніе ихъ самихъ, такъ и hydronephrosis съ послѣдовательною уреміею; развитіе послѣдней, однако, наблюдается при кистахъ яичника гораздо рѣже, чѣмъ при другихъ опухоляхъ живота, какъ напр. фиброміомахъ матки. Быстро достигающія колоссальныхъ размѣровъ кисты яичника весьма часто обуславливаютъ развитіе сильныхъ отековъ нижнихъ конечностей вслѣдствіе сдавленія большихъ венъ брюшной полости. Развивающійся вслѣдствіе этой-же причины асцитъ еще болѣе повышаетъ внутрибрюшное давленіе до такой степени, что даже у женщинъ нерожавшихъ приходится нерѣдко наблюдать происхожденіе выпаденія матки съ почти полнымъ выворотомъ влагалища. Чѣмъ болѣеи величины киста яичника, тѣмъ чаще встрѣчаются сращенія ея съ передней брюшною стѣнкою и сальникомъ, обыкновенно располагающимся сверху между ними; развитіе этихъ сращеній, какъ результатъ асептическихъ мѣстныхъ воспаленій

брюшины, происходитъ въ большинствѣ случаевъ безъ болей и безъ лихорадочныхъ явленій; иногда только они сопровождаются болевыми ощущеніями, могущими достигать, однако, высокой степени.

Общее состояніе здоровья больныхъ остается относительно весьма долгое время удовлетворительнымъ, пока, наконецъ, величина опухоли не начинаетъ достигать такой степени, что функции какъ желудочно-кишечнаго капала, такъ и органовъ кровообращенія и дыханія представляются значительно измѣненными. Питаніе больныхъ прерывается въ высокой степени — развивается истощеніе (*marasmus*). Больныя въ этотъ періодъ развитія болѣзни едва двигаются, объемъ живота достигаетъ громадной величины, онъ лежитъ на бедрахъ и спускается до коленъ, кожа на немъ лоснится, сильно напряжена. Исхуданіе всего тѣла выражено рѣзко, кости рѣзко выдаются, большія мышцы конечностей ясно очерчиваются, подкожная жирная клѣтчатка почти совершенно отсутствуетъ; дыханіе затруднено, въ дыхательныхъ движеніяхъ участвуютъ и крылья носа. Выраженіе страха и страданія написаны на лицѣ; благодаря сильной худобѣ, лобъ кажется выдающимся нѣсколько болѣе обыкновеннаго, глаза, далеко ушедшіе въ орбиты, открытые, рѣзко обозначенныя поздри, тонкія, плотно прилежащія къ деснамъ губы и глубокія морщины на кожѣ лица придаютъ ему особый характерный видъ, описываемый авторами подъ именемъ *facies ovariana* (*Spencer Wells. On ovarian and uterine tumours. London. 1882, стр. 82*). Эта картина, полная страданія, благодаря успѣхамъ болѣе ранняго оперативнаго лѣченія, наблюдается нами все рѣже и рѣже, и только болыя, доставляемыя въ клинику изъ болѣе глухихъ мѣстностей сосѣднихъ губерній, представляютъ еще до такой степени запущенное заболѣваніе.

Теченіе болѣзни, осложнения и исходы.

Теченіе болѣзни вообще длительное, но существуетъ въ большинствѣ случаевъ довольно большая разница между различными видами кистъ яичника. Всего быстрее

ростутъ железистыя кистомы, и продолжительность болѣзни при нихъ приблизительно можно считать отъ 3—4 лѣтъ, начиная съ появленія первыхъ припадковъ до наступленія летальнаго исхода. Сосочковыя кистомы растутъ уже гораздо медленнѣе, и только появляющіеся осложненія ускоряютъ иногда, и при томъ значительно, теченіе болѣзни. Однополостныя кисты растутъ быстро, но, достигая нерѣдко извѣстнаго объема, останавливаются въ своемъ ростѣ и могутъ оставаться стаціонарными въ теченіи многихъ лѣтъ. Обратное замѣчается при дермоидныхъ кистахъ; въ началѣ своего развитія онѣ въ видѣ маленькихъ опухолей сохраняютъ свой *statu quo* весьма долгое время и иногда, какъ случайное явленіе, бываютъ находимы таковыми при вскрытіяхъ, но разъ начавъ рости онѣ быстро увеличиваются въ объемѣ, представляя при этомъ нерѣдко явленія нагноенія въ своей полости, развитіе сращеній съ окружающими органами и произвольное вскрытіе съ изліяніемъ содержимаго въ одинъ изъ сращенныхъ съ нѣю сосѣднихъ полыхъ органовъ.

Картина длительно-упорной болѣзни при кистахъ яичника вообще съ постепенно развивающимся истощеніемъ всего организма представляетъ весьма часто рѣзкія измѣненія, смотря по характеру появляющихся осложненій, стоящихъ вѣстаки въ связи съ присутствіемъ и ростомъ кисты. Кровотеченіе въ полость кисты можетъ появляться періодически во время менструальныхъ приливовъ, опухоль при этомъ представляется болѣе напряженной, болѣзненной, появляется незначительное лихорадочное состояніе, пульсъ въ сравненіи съ температурою тѣла весьма частъ и малъ; съ прекращеніемъ менструальнаго кровотеченія эти припадки мало по малу исчезаютъ въ теченіи нѣсколькихъ дней. Въ нѣкоторыхъ-же случаяхъ, что встрѣчается чаще, кровополіянія, не будучи чрезмѣрными, не вызываютъ вовсе болѣзненныхъ припадковъ; но кровь можетъ изливаться въ такомъ значительномъ количествѣ что развивается картина острой анеміи съ явленіями коллапса.

Развивающееся нагноеніе въ полости кисты почти всегда сопровождается лихорадкою и начинается нерѣдко сотрясательнымъ знобомъ, въ дальнѣйшемъ теченіи она представляетъ типъ септической, нагноительной лихорадки

съ утренними значительными ремиссиями, доходящими до нормы и ниже, и вечерними повыше́ніями до 39 и даже до 40°; больныя при этомъ иногда не жалуются ни на какія боли со стороны опухоли, даже при глубокомъ давленіи на нее она представляется безболѣзненною, благодаря тому, что нагноенія въ кистахъ могутъ достигать весьма значительной степени, не вызывая воспаленія брюшины, покрывающей опухоль.

Быстро развивающееся перекручиваніе ножки, обуславливая иногда значительное увеличеніе въ объемѣ опухоли, вслѣдствіе застоя и кровоизліянія, даетъ поводъ къ развитію сильныхъ болевыхъ ощущеній, свойственныхъ появляющемуся перитониту, болѣе или менѣе разлитому. Въ связи съ перекручиваніемъ ножки и развитіемъ тромбоза въ сосудахъ ся стоитъ наблюдавшійся иногда летальный исходъ отъ *emboliae art. pulmonalis*. Въ случаяхъ, когда больныя переносятъ развившійся перитонитъ той или другой интенсивности, можно иногда наблюдать постепенно развивающееся уменьшеніе объема опухоли, достигающее извѣстной степени, въ которой она и остается въ теченіи послѣдующей жизни больной.

Наблюденія послѣдняго времени показываютъ, что произвольный разрывъ кистъ съ опорожненіемъ содержимаго въ полость брюшины относится къ весьма частымъ явленіямъ, слонъ и рядомъ не дающимъ никакихъ припадковъ и узнаваемымъ только случайно *sub ovariectomy* или при повторныхъ изслѣдованіяхъ больной, находящейся подъ постояннымъ наблюденіемъ врача. Смотря однако по количеству и качеству излившейся жидкости въ брюшину, развиваются тѣ или другіе припадки и иногда настолько грозные, что весьма быстро вслѣдъ за ними наступаетъ летальный исходъ. При изслѣдованіи больной легко опредѣляется уменьшеніе объема опухоли, или если опорожнялась только одна изъ полостей и при томъ небольшихъ, то форма всей опухоли значительно измѣняется.

Контуры опухоли дѣлаются не столь ясными, какъ были прежде, въ полости брюшины опредѣляется присутствіе свободной жидкости, при этомъ изслѣдованіе или болѣзненно или же больныя не ощущаютъ никакихъ болей, смотря по тому, имѣются ли воспалительныя измѣ-

ненія брюшины или же ихъ совершенно нѣтъ. Послѣ излитія большого количества индифферентной жидкости изъ кисты въ полость брюшины нерѣдко наблюдаются въ теченіе нѣсколькихъ послѣдующихъ дней усиленное выдѣленіе большихъ количествъ мочи и обильные поты. При существованіи срощеній кисты съ кишками содержимое ея при разрывѣ стѣнки изливается въ кишечный каналъ, и выводится наружу *per anum* или густая колоидная жидкость и иногда при дермоидныхъ кистахъ много жиру и волосъ или же наступаютъ вдругъ обильные водянистые поносы при однополостныхъ серозныхъ кистахъ. Тоже наблюдается и при вскрытіи опухоли въ мочевой пузырь: отхожденіе волосъ и иногда даже зубовъ съ мочою въ свое время настолько поражало наблюдавшихъ это явленіе, что въ доброе старое время существовали различнаго рода объясненія, ставившія его въ связь съ наказаніями, ниспосланными свыше за различную чрезмѣрную любовь къ собакамъ и другимъ животнымъ.

Самопроизвольный разрывъ однополостныхъ кистъ нерѣдко ведетъ за собою ихъ полное сморщиваніе, такъ что можетъ наступить произвольное исцѣленіе, извѣстны также случаи дермоидовъ, излившихъ свое содержимое въ тотъ или другой полый органъ и затѣмъ облитеровавшихся путемъ нагноенія.

При однополостныхъ кистахъ яичника, послѣ ихъ произвольнаго разрыва и опорожненія, отверстіе разрыва иногда заживаетъ и киста не запусѣваетъ, а жидкость начинаетъ скопляться вновь мало по малу; подобныя еще не вполне вновь наполненныя кисты представляются дряблыми, пенапряженными *kystes uniloculaires flasques* французскихъ авторовъ.

Сосочковыя разращенія въ *cystoma papillare*, попадая въ полость брюшины послѣ совершившагося прободенія стѣнки, заражаютъ весьма легко прилежащія части и даютъ диссеминацію, влекущую за собою обильный асцитъ; если разрастающіеся сосочки сохраняютъ вполне свое строеніе, каковыми они находятся въ *cystoma papillare*, то по удаленіи опухоли *per laparotomiam*, асцитъ болѣе не возвращается и неудаленныя сосочковыя разращенія на брюшинѣ атрофируются и инпегнируются солями извести. Въ случаяхъ-же перехода кистомы въ злокачествен-

вые опухоли, железистой въ *cysto-carcinom'у cylindro-cellulare* и сосочковой въ ворсистый ракъ, развивающійся асцитъ растетъ весьма быстро и по удаленіи накапливающейся жидкости пункциею она снова также быстро накаплиется; въ подобныхъ случаяхъ и по удаленіи опухоли наблюдается черезъ болѣе или менѣе продолжительное время развитіе метастазовъ въ брюшинѣ, отличающихся своимъ быстрымъ ростомъ.

Теченіе болѣзни при кистахъ яичника относительно нерѣдко осложняется наступающимъ зачатіемъ, причемъ беременность, роды и послѣродовой періодъ могутъ протекать совершенно правильно, но подобный исходъ представляетъ вѣсакіи меньшинство случаевъ, въ большинствѣ же намъ приходится наблюдать тѣ или другія осложненія и иногда настолько серьезныя, что обуславливаютъ фатальный исходъ не только ребенка, но и матери. Подъ вліяніемъ беременности обыкновенно замѣчается усиленіе роста кисты яичника; этотъ болѣе быстрый ростъ представляетъ полную аналогію съ подобнымъ же увеличеніемъ объема опухолей матки и наружныхъ половыхъ органовъ *sub graviditate*. Кисты однополостныя яичника, достигши известной величины, представляютъ иногда исключеніе изъ этого правила и остаются въ теченіе всей беременности *in statu quo*, не увеличиваясь въ объемѣ. Существуетъ мнѣніе, что беременность можетъ вліять на пролиферирующія кистомы такимъ образомъ, что онѣ переходятъ въ злокачественныя новообразованія; это предположеніе можетъ, по всей вѣроятности, быть объяснено болѣе быстрымъ ростомъ злокачественныхъ опухолей во время беременности, какъ это извѣстно и для другихъ областей нашего тѣла; этотъ непропорціонально быстрый ростъ сравнительно съ замѣчавшимся до забеременѣванія, бросающійся въ глаза, и даетъ основу вышесказанному предположенію.

Небольшой величины кисты, помѣщающіяся въ пространствѣ и фиксированныя тамъ ложными перепонками, остаются въ такомъ положеніи въ теченіе всей беременности; опухоли-же, обладающія достаточно длинною ножкою и полною подвижностью, смѣщаются обыкновенно растушею маткою и представляются лежащими рядомъ съ нею въ полости живота, при чемъ при одинаковой

величинѣ въ данный моментъ опухоли и беременной матки мы находимъ на увеличенномъ животѣ рѣзко выраженную борозду идущую сверху внизъ, раздѣляющую ихъ другъ отъ друга. При опухоляхъ болѣе значительной величины и дальнѣйшемъ ростѣ беременной матки эта борозда пропадаетъ, оба образованія какъ бы сливаются и даютъ картину весьма сходную съ беременностью двойнями или увеличенною маткою вследствие *hydramnion'a*. Въ теченіи беременности перекручиваніе ножки кисты яичника и ея произвольный разрывъ наблюдается чаще, чѣмъ не въ беременномъ состояніи; объясненіе этихъ фактовъ мы находимъ въ тѣхъ передвиженіяхъ опухоли, которымъ она подвергается со стороны растущей матки, и въ томъ давленіи, которое она испытываетъ отъ постепенно увеличивающагося объема *uteri gravidi*. Послѣдствія перекручиванія ножки и разрыва кисты тѣ же, какъ мы уже видѣли выше, и кончаются иногда также быстро развивающимся *collaps'омъ*, перитонитомъ и смертью больной. Ростъ опухоли, и, конечно, чѣмъ она больше, тѣмъ больше отражается неблагоприятно на припадкахъ беременности, стоящихъ въ связи съ увеличеніемъ объема беременной матки: одышка беременныхъ достигаетъ при данныхъ условіяхъ иногда своей высшей степени развитія и можетъ потребовать неотложной радикальной помощи, то же мы видимъ и при отекахъ нижнихъ конечностей; извѣстенъ случай развитія *phlegmosiae albae sub graviditate*.

Говоря о беременности при кистахъ яичника слѣдуетъ также упомянуть о томъ, что небольшія опухоли, особенно дермоиды, помѣщаясь въ дугласовомъ пространствѣ и производя тѣ или другія смѣщенія фаллопиевыхъ трубъ и давая поводъ къ образованію ложныхъ перепонокъ, представляютъ иногда необходимыя условія, препятствующія правильному передвиженію оплодотвореннаго яичка, такъ что развивается забеременѣваніе внѣ матки (*graviditas extrauterina*).

Неблагопріятное вліяніе присутствія кисты яичника на теченіе беременности выражается далеко не въ рѣдкихъ случаяхъ нарушеніемъ ея, при чемъ выкидыши наблюдаются происходящимъ чаще, чѣмъ преждевременные роды. Это нарушеніе теченія беременности стоитъ обыкновенно въ связи съ тѣмъ иногда весьма значительнымъ давленіемъ,

которому подвергается беременная матка со стороны опухоли, а также оно обуславливается нерѣдко, особенно въ болѣе ранніе сроки беременности, развивающимся воспаленіемъ слизистой оболочки беременной матки (*endometritis decidualis*).

Течение родового акта при кистахъ большей величины представляется чаще правильнымъ, чѣмъ при маленькихъ. Большія опухоли, помѣщаясь въ полости живота, могутъ вліять только на правильную сократительность матки и причиняя извѣстныя смѣщенія ея могутъ обуславливать неправильную установку подлежащей части; въ большей части случаевъ, однако, потужная дѣятельность бываетъ правильна и положеніе плода нормально. Совершенно иначе относятся опухоли небольшой величины, помѣщающіяся

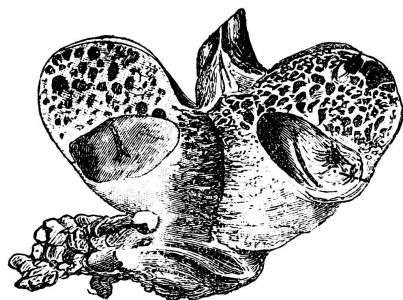


Рис. 13. (Winckel). Начало развитія железистой кистомы. *Cystoma proliferum glandulare incipiens*.

въ полости малаго таза; удерживая это свое положеніе во время родовъ онѣ представляютъ иногда непреодолимое препятствіе для поступательнаго движенія подлежащей части. При этомъ приходится наблюдать или произвольное смѣщеніе опухоли къверху, или разрывъ ея и уменьшеніе въ объемѣ, или же разрывъ задняго свода влагалища и рожденіе опухоли наружу впереди головки; извѣстенъ также случай, когда опухоль, выпятивъ переднюю стѣнку влагалища, вышла *per anum*, разрывомъ была вскрыта выпятившаяся стѣнка прямой кишки и удалена, по всей вѣроятности, дермоидная обызвѣстившаяся киста; по смерти больной оказалось что она принадлежала правому яичнику. (Lachapelle. *Pratique des accouchements*. Paris. 1825 t. III, стр. 311). За послѣднее время сообщены совершенно подобныя же случаи: одинъ изъ нашей клиники д-ромъ

Алексенко (Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней 1889 стр. 740) и другой д-ромъ *Голыштаномъ* въ Севастополѣ (Centralbl. f. Gynaek. 1889 стр. 751); оба случая по удаленіи опухоли (ovariotomia per rectum) окончились выздоровленіемъ. Въ противномъ случаѣ роды оказываются невозможными, и требуется немедленная помощь искусства, или же является возможность къ происхожденію произвольнаго разрыва матки (ruptura uteri spontanea sub partu.) Въ самомъ благопріятномъ случаѣ отхожденія опухоли кверху она можетъ оказать еще препятствіе дальнѣйшему теченію родового акта: при предлежаніи головки и по прорѣзываніи ея опухоль западаетъ въ углубленіе, образуемое шейкою, и дѣлаетъ экстракцію весьма затруднительной. Въ послѣдовомъ періодѣ родовъ присутствіе снова опустившейся въ полость малаго таза опухоли представляетъ иногда также значительное препятствіе къ изгнанію послѣда. Смотра по величинѣ опухоли и ея мѣстопахожденію она претерпѣваетъ ту или другую степень сдавливанія, обусловливающую тѣ или другія измѣненія въ ней; кровоизліянія въ полости и ткани ея и разрывъ ея стѣнки наблюдаются при этомъ нерѣдко.

Въ моментъ изгнанія плода опухоль, дѣлаясь относительно свободно подвижною, легко обусловливаетъ перекручиваніе своей ножки. Послѣдствія только что сказанныхъ травматическихъ измѣненій кистомъ яичника sub partu даютъ себя знать обыкновенно въ послѣродовомъ періодѣ, измѣняя его нормальное теченіе; наблюдающіеся нерѣдко въ теченіи сего перитониты и нагноенія въ кистѣ относятся или къ категоріи этихъ послѣдствій или же зараженій септическими началами; встрѣчая въ брюшинѣ и въ измѣненной уже опухоли вполнѣ подготовленную и благопріятную почву для развитія микроорганизмовъ, зараженіе распространяется легко и вызываетъ иногда обильныя нагноенія, кончающіяся часто летально. Вотъ почему нерѣдко приходится наблюдать въ теченіи послѣродового періода, что незначительные пуэрперальные процессы, какъ endometritis и parametritis, влекутъ за собою нагноеніе въ кистѣ; конечно, измѣненія въ кистахъ яичника въ послѣродовомъ періодѣ могутъ происходить совершенно независимо и не быть ни въ какой связи съ актомъ родовъ.

Перекручиваніе ножки встрѣчается и въ этомъ періодѣ чаще, чѣмъ не мало способствуетъ дряблость брюшныхъ стѣнокъ и увеличенная подвижность опухоли. Небольшая опухоль, западая снова въ дугласово пространство, можетъ обусловить препятствіе къ оттоку послѣродовыхъ очищеній изъ матки и служить поводомъ къ развитію *Lochiometr*“ы. Весьма быстрое увеличеніе объема кисты въ послѣродовомъ періодѣ наблюдалось иногда какъ слѣдствіе развивающагося нагноенія въ одной изъ полостей ея или же сразу во всѣхъ, сопровождаясь сильнѣйшими лихорадочными движеніями.

Говоря вообще объ осложненіи кистъ яичника забеременѣваніемъ, мы должны высказаться за крайнюю серьезность его, такъ какъ статистическія данныя указываютъ, что число летальныхъ исходовъ въ случаяхъ, неподвергшихся своевременному оперативному удаленію кисты весьма велико. Смертность матерей равняется 25%, и около 80% всѣхъ плодовъ не появляются на свѣтъ живыми.

Изъ изученія теченій болѣзни и осложненій кистъ яичника мы видимъ, что болѣзнь только весьма рѣдко можетъ представлять самопроизвольное полное излѣченіе, подобные случаи наблюдаются только при разрывахъ однополостныхъ кистъ. Перекручиваніе ножки, хотя и ведетъ иногда къ пріостановкѣ роста опухоли и даже ея обратному развитію, но полного исчезновенія никогда не наблюдалось. Въ случаяхъ, неподвергающихся операциі, летальный исходъ обусловливается присутствіемъ самой опухоли; ближайшей причиною его является истощеніе, развивающееся вслѣдъ за усиленнымъ ростомъ опухоли. Сильное сдавливаніе и смѣщеніе органовъ дыханія и кровообращенія даютъ иногда поводъ къ развитію обильныхъ трансудатовъ въ брюшину, плевру или окологердечную сумку, обусловливающихъ болѣе скорый летальный исходъ. Переходъ кисты яичника въ злокачественное новообразованіе убиваетъ больную еще быстрѣе. Въ случаяхъ еще небольшихъ опухолей, при хорошемъ общемъ состояніи, наступаетъ иногда довольно быстро смерть вслѣдствіе перитонита, развившагося вслѣдствіе произвольнаго разрыва кисты или перекручиванія ножки. Смертельныя нагноенія кисты съ развитіемъ *peritonitis*

universalis наблюдались въ свое время послѣ недостаточно асептично произведенныхъ пункций. Къ рѣдкимъ причинамъ смерти слѣдуетъ отнести и embolia arteriae pulmonalis, происходящую въслѣдствіе тромбоза сосуда, перекрученной ножки.

(Окончаніе слѣдуетъ).