

II.

Первичный плоско-эпителиальный ракъ (кан- кроидъ) полости тѣла матки.

А. П. Заболотскаго.

(Изъ Акушерско-Гинекологической клиники проф. К. О. Славянскаго).

Литературныя данныя о нахожденіи плоскаго эпителия въ полости тѣла матки весьма скудны и ограничиваются лишь немногими статьями, трактующими объ атипическомъ расположеніи плоскаго эпителия или при воспалительныхъ процессахъ матки, или же при ракахъ тѣла матки.

Къ числу работъ, занимающихся вопросомъ о нахожденіи плоскаго эпителия при воспалительныхъ процессахъ тѣла матки нужно отнести работу *Zeller*'а, появившуюся въ 1884 году.

Въ числѣ же работъ, трактующихъ о плоскомъ эпителиальномъ ракѣ тѣла матки, имѣемъ сообщенія *Piering*'а и *Gebhardt*'а.

Zeller въ работѣ своей «(*Plattenepithel im Uterus (Psoriasis uterina)*)», *Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk.*, 1884, Band XI, Heft I) сообщаетъ, что онъ, изслѣдовавши въ 63 случаяхъ слизистую оболочку полости матки при хроническихъ эндометритахъ, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: мелко-клеточковая инфильтрація въ межжелезистой ткани, расширение утрикулярныхъ железъ, высланныхъ однослойнымъ, частью цилиндрическимъ, частью кубическимъ эпителиемъ; въ просвѣтахъ же железъ и, главнымъ образомъ, у выхода ихъ, находится масса клетокъ переходныхъ ступеней, рѣже—сплюснутыя и небольшія эпите-

ліальныя кліткі. На самой слизистой оболочкѣ, по мѣстамъ, можно опредѣлить только однослойный цилиндрический эпителий, въ другихъ же мѣстахъ она покрыта толстымъ слоемъ переходныхъ клітокъ, верхній слой которыхъ составляетъ очень тонкій слой ясно выраженаго плоскаго эпителія или же слой цилиндрическихъ и плоскихъ клітокъ, примыкають непосредственно къ слою переходныхъ клітокъ. Подобныхъ же сортовъ клітки встрѣчались и при изслѣдованіи влагалищной части тѣхъ же матокъ, а равно и секреторной жидкости, добытой помощью шприца *Braun'a* и канюли *Küstner'a*.

Въ четырехъ случаяхъ *endometritis fungosa*, кромѣ мелко-кѣлочковой инфильтраціи, расширенія железъ и увеличенія многочисленныхъ сосудовъ, наблюдалось сильное образованіе плоскаго эпителія. Въ пяти случаяхъ изъ всѣхъ изслѣдованныхъ эндометритовъ, рядомъ съ массовымъ образованіемъ плоскаго эпителія, наблюдалось несомнѣнное ороговѣніе поверхностныхъ слоевъ плоскаго эпителія, а также отслойка большихъ пленокъ изъ ороговѣвшихъ клітокъ, которыя, микрохимически, послѣ прибавленія алкогольнаго раствора пикриновой кислоты, давали типическую желтую окраску, а послѣ прибавленія раствора калия, обнаруживали большое набухшее круглое ядро. Достоинно вниманія въ нѣкоторыхъ срѣзахъ наступившая послѣ обработки пикрокарминомъ елеидоновая реакція *Ranvier*—рѣзкое выступаніе, частью въ кліткахъ, частью же между ними, яркоокрашенныхъ каплевидныхъ образований, располагающихся непосредственно подъ безъядернымъ слоемъ эпителія.

Подобные же результаты получались и на препаратахъ слизистой оболочки, взятой изъ трупа. Объясненіе появленія плоскаго эпителія авторъ выводитъ изъ сравненія аналогичныхъ явленій на другихъ частяхъ тѣла, какъ то: появленіе его на такихъ мѣстахъ, гдѣ нормально плоскій эпителий не можетъ находиться—на голосовыхъ связкахъ послѣ усиленной работы ихъ, на слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала—ссылаясь на работы *Hofmeier'a*, *Küstner'a*, *Veit'a* и т. д.

Такимъ образомъ, по *Zeller'у*, выходитъ, что при воспалительныхъ процессахъ, поражающихъ слизистую оболочку полости тѣла матки микроскопически, рядомъ съ сохранившимся

цилиндрическимъ эпителиемъ, встрѣчаются клѣтки переходныхъ формъ и наконецъ типичный плоскій эпителий съ наклономъ или уже съ ясно выраженнымъ процессомъ ороговѣнія. Но превращается-ли цилиндрической эпителий въ плоскій или же плоскій эпителий появляется на такомъ атипичномъ для него мѣстѣ, какимъ-либо инымъ способомъ, *Zeller* не объясняетъ.

Указанія *Zeller*'а, находившаго плоскія эпителиальныя клѣтки и разныя переходныя формы отъ цилиндрической къ плоской, при различныхъ видахъ эндометритовъ, какъ-бы говорятъ за частоту появленія плоскаго эпителия при эндометритахъ. Фактъ весьма важный, такъ какъ если допустить вѣрность этихъ наблюденій, то вопросъ о развитіи плоско-эпителиальныхъ раковъ рѣшался-бы очень просто, ибо извѣстно, что плоскій эпителиальный ракъ развивается лишь изъ плоскаго. Невольно приходится задаться вопросомъ, какимъ это образомъ посчастливилось *Zeller*'у, изслѣдовавшему лишь 66 случаевъ хроническихъ эндометритовъ, найти чуть-ли не въ половинѣ случаевъ плоскій эпителий, между тѣмъ какъ никакихъ указаній, сходныхъ съ *Zeller*'омъ въ литературѣ не встрѣчается и при ежегодныхъ микроскопическихъ изслѣдованіяхъ богатаго матеріала въ клиникѣ проф. К. О. Славянскаго, послѣ выскабливаній больной слизистой оболочки полости тѣла матки, ничего подобнаго результатамъ *Zeller*'а констатировать не удалось.

Piering въ статьѣ своей «*Ueber einen Fall von atypischer Carcinombildung im Uterus*», (*Zeitschrift für Heilkunde*, Band VIII, 1887, pag. 335) сообщаетъ, что въ днѣ матки, длина которой была 6,3 см., находились опухоли, изъ которыхъ лишь одна была величиною въ куриное яйцо, остальные же болѣе мелкія, выступавшія въ полость тѣла матки. *Piering* заявляетъ, что даже для невооруженнаго глаза опухоль представлялась эпидермоидальнымъ ракомъ. На задней губѣ *portionis vaginalis uteri* одновременно съ этими опухолями въ полости тѣла матки, наблюдались нѣсколько узловъ, величиною съ горошину, тѣхъ-же свойствъ.

Кромѣ того, слизистая оболочка тѣла матки на нѣсколькихъ мѣстахъ представлялась эпидермоидальной. Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило макроскопическое, такъ какъ вся

слизистая оболочка тѣла матки была выстлана наслоеннымъ плоскимъ эпителиемъ.

По *Piering*'у—это первый наблюдавшійся случай первичнаго плоскаго эпителиальнаго рака полости тѣла матки, замѣчательный еще по ороговѣнію клѣтокъ плоскаго эпителія въ центрѣ скопленія этихъ клѣтокъ.

Авторъ признаетъ свой случай за первичный плоскій эпителиальный ракъ слизистой оболочки тѣла матки, но, судя по его описанію, признать данный случай за первичный ракъ едва-ли возможно, ибо на задней губѣ влагалищной части, высланной, какъ извѣстно, плоскимъ эпителиемъ, наблюдались узлы тѣхъ-же свойствъ, что и въ тѣлѣ матки; слѣдовательно, процессъ могъ распространиться на слизистую оболочку матки съ влагалищной части ея и дать тѣ опухоли, которыя *Piering* считаетъ за плоскій эпителиальный ракъ.

Gebhard C. («*Über die von oberflächenepithel ausgehenden Carcinomformen d. Uteruskörpers so wie ü. d. Honkrebs d. Cavum Uteri*». Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. XXIV, pag. 1—8) описываетъ микроскопическое изслѣдованіе кусочковъ послѣ выскабливанія слизистой оболочки тѣла матки съ діагностической цѣлью. Препараты эти состояли изъ соединительнотканной стромы, въ петляхъ которой замѣчался детритъ (распадъ), въ видѣ мелкозернистой массы, кровь и много круглыхъ клѣтокъ. Железы сильно извиты и расширены, отдѣлены другъ отъ друга кругами соединительной ткани; онѣ выстланы высокимъ палисадообразнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Начиная съ поверхности въ глубь, по мѣстамъ, вдаются широкіе, большіе отпрыски, состоящіе изъ плоскаго эпителія разнообразной формы. Ороговѣнія въ плоскомъ эпителии не замѣчалось. Авторъ установилъ діагнозъ рака, идущаго съ поверхности полости тѣла матки, но не рѣшилъ, первичный-ли это процессъ, или вторичный—метастазъ.

Приводимый авторомъ второй случай, наблюдавшійся въ женской клиникѣ въ Берлинѣ, признается имъ за несомнѣнный первичный плоскій эпителиальный ракъ. Женщина, 66 лѣтъ, рожала 4 раза, 1 разъ выкинула, 51 года перестала менструировать, 30 лѣтъ уже страдаетъ выпаденіемъ влагалища и 12 лѣтъ бѣблями. Послѣ употребленія въ іюлѣ 1891 года ирригаціоннаго

наконечника отъ дочери, страдавшей гонорройнымъ сальпингитомъ, вскрывшимся во влагалище, у этой женщины появился гонорройный кольпитъ, а въ августѣ того-же года — кровотеченія изъ матки. Сдѣлано было выскабливаніе слизистой оболочки матки и, на основаніи изслѣдованія выскабленныхъ кусковъ, поставленъ діагнозъ плоскаго эпителиальнаго рака съ жемчужинами. Вырѣзанная матка была увеличена, особенно въ области тѣла, стѣнки утолщены до 2 см., внутренняя поверхность тѣла матки изъедена, покрыта бѣлыми крошкообразными сухими массами, проникающими на 1 см. въ толщу стѣнокъ. Въ области внутренняго зѣва стенозъ, вслѣдствіе чего образовалась еще *ruometra*. Слизистая оболочка всего цервикальнаго канала безъ всякихъ измѣненій. Длина всей полости матки 7 см.

При микроскопическомъ изслѣдованіи ясная картина роговаго рака: въ небольшомъ количествѣ соединительной ткани лежатъ скопленія разнообразныхъ плоско-эпителиальныхъ клѣтокъ, образующія какъ-бы различной формы отпрыски. Особенно важно нахожденіе въ альвеолахъ жемчужинъ, лежащихъ большею частью въ центрѣ эпителиальныхъ отпрысковъ. Жемчужины имѣютъ концентрически-слоистое строеніе на подобіе луковицъ и хорошо окрашиваются въ желтый цвѣтъ пикрокарминомъ. Строма, отдѣляющая раковыя альвеолы, состоитъ изъ волоконъ соединительной ткани съ очагами мелко-клѣточной инфильтраціи. Отъ мускулатуры матки новообразование отдѣлено слоемъ инфильтрованной мелкими элементами ткани.

Отъ поверхностнаго эпителия полости матки не осталось и слѣда, почему *Gebhardt* и объясняетъ этотъ гетеротопическій случай такимъ образомъ, что уже раньше существовала эпидермоизація внутренней поверхности полости матки, изъ которой и образовался потомъ канкроидъ, поведшій затѣмъ къ изъязвленію.

Этими немногими литературными указаніями и ограничивается пока все, что извѣстно въ литературѣ о плоскомъ эпителиальномъ ракѣ полости тѣла матки.

Послѣ этихъ немногихъ литературныхъ данныхъ, переходимъ къ описанію нашего случая.

Въ госпитальную акушерско-гинекологическую клинику проф. К. О. Славянского поступила, 15 ноября 1898 года, больная Марфа Н—ва, (Врачебн. журн. № 681), съ жалобами на длительныя регулы, боли внизу живота и очень обильныя водянистыя бѣли.

Опросъ больной выяснилъ слѣдующее: больная, крестьянка Тверской губерніи, дѣвица. 36 лѣтъ, живетъ въ С.-Петербургѣ съ 1873 года, прислугой. Первые крови открылись у нея на 14 году жизни, съ болями въ теченіи первыхъ сутокъ. Крови сразу установились правильно, приходили всегда черезъ 28 дней и держались обычно по 7 сутокъ. Крови всегда бывали обильными. Половую жизнь больная начала на 23 году и въ первый разъ благополучно родила живого доношеннаго ребенка на 25 году жизни, т. е. на третій годъ замужества. Роды, такимъ образомъ, были 11 лѣтъ назадъ. Послѣ родовъ боли при регулахъ прекратились. Года полтора назадъ у больной появилось обильное (сгустками) кровотеченіе, которое длилось около года. Послѣ остановки кровотечения появились обильныя водянистыя бѣли, которыя поздыѣ слѣлались болѣе густыми и окрашенными въ желтоватый цвѣтъ. Одновременно съ бѣлями внизу живота стали являться, по временамъ, ноющія боли, сонъ и аппетитъ стали плохи, часто стали повторяться головокруженія и даже обмороки. Кишечникъ сталъ работать неправильно, запоры смѣнялись поносами. Достойно вниманія еще одно обстоятельство: кровотеченія, по словамъ больной, всегда бывали у нея по ночамъ и крайне рѣдко днемъ.

Больная блондинка, высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, съ правильно развитымъ скелетомъ, питаніе плохое, мышцы слабо выражены, подкожный жировой слой отсутствуетъ, лице старческое, желтовато-сѣраго цвѣта, морщинистое. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Однимъ словомъ, общій видъ больной кахектической, она представляется гораздо старше своихъ лѣтъ.

Языкъ у больной чистый, кожа сухая, блѣдная, температура нормальная, пульсъ отъ 60—75 ударовъ въ минуту, дыханіе отъ 17—20 въ минуту. Грудныя железы правильно развиты, но отвислы и вялы. Дыханіе всюду чистое, везикулярное. Сердце и сосуды, кромѣ легкихъ анемическихъ шумовъ, ничего неправильнаго не представляютъ. Въ животѣ никакихъ уклоненій отъ нормы не подмѣчено, толщина стѣнокъ небольшая, только пальпация въ нижней части его обнаруживаетъ болѣзненность по срединной линіи. Наружные половые органы представляются въ слѣдующемъ видѣ: большія и малыя срамныя губы правильно развиты, на проемежности небольшою зарубцевавшійся разрывъ; при раздвиганіи малыя губы въ расширенномъ отверстіи мочеиспускательнаго канала виднѣтся разросшаяся и какъ бы вывернутая наружу слизистая оболочка мочеиспускательнаго канала, — *eversio mucosae uretrae*, — темно-краснаго цвѣта. Задняя стѣнка вагины немного выпадаетъ. Рукавъ никакихъ особенностей не представляетъ, кромѣ сравнительной гладкости стѣнокъ. Влагалищная часть матки увеличена, плотна и сплюснута съ боковъ, передняя и задняя губы раздѣлены глубокими боковыми разрывами, передняя губа прощупывается въ видѣ довольно плотнаго бугра. Палецъ проникаетъ въ каналъ шейки до внутренняго зѣва. Тѣло матки прощупывается въ переднемъ сводѣ, уголъ наклоненія тупой; весь органъ

значительно увеличенъ, мягче нормальнаго, чувствителенъ при давленіи, подвижность полная во всѣхъ направленіяхъ. Въ сводахъ ничего ненормальнаго не замѣчено.

При изслѣдованіи ложкообразными зеркалами обнаружено: легкая эрозія на задней губѣ, изъ канала шейки сочится кровянистая жидкость, довольно глубокіе разрывы шейки съ боковъ, указанная выше сплюсненность шейки съ боковъ и передняя губа въ видѣ круглаго бугра. Изслѣдованіе полости матки металлическимъ зондомъ обнаружило шероховатость на переднеправой стѣнкѣ, причемъ длина полости оказалась въ $10\frac{1}{2}$ сантиметровъ. Изслѣдованіе зондомъ вызвало кровотечение, почему большой было назначено: Pulv. secal. cognut. по gr. V три раза въ день и горячіе 1% креолиновые души въ 40° , по двѣ кружки утромъ и вечеромъ. Въ виду появившагося поноса больной назначено Ol. Ricini 3s и затѣмъ Magisterium Bismuthi gr. V cum Extr. Belladonnae $\frac{1}{4}$ gr., по 3 порошка въ день. Поносъ прекратился на 4 сутки, но легкое кровотеченіе по ночамъ и обильныя водянисто-кровянистыя бѣли днемъ продолжались, почему рѣшено было сдѣлать выскабливаніе слизистой оболочки полости матки, которое и произведено мною 30 ноября, послѣ тщательнаго обмыванія 2% растворомъ карболовой водой съ мыломъ наружныхъ половыхъ органовъ, рукава и сводовъ. Матка была растянута расширителями Hegar'a до № 9, промыта, при помощи Fritsch-Boseman'овскаго катетера, 1% растворомъ креолина и послѣ того выскоблена острой лсжкой Simon'a, при чемъ съ переднеправой стѣнки полости тѣла матки соскоблено нѣсколько кусочковъ ткани. Послѣ новаго промыванія полость затампонирована полоской 30% іодоформенной марли и въ рукавъ заложены 2 сулемово іодоформенные тампона.

20/xii при удаленіи тампоновъ и марли чувствовался гнилостный запахъ и при промываніи полости выливалась мутноватая вода съ кровянистой окраской. Въ виду этого больной были назначены сулемовые души. Выскабливаніе и послѣдующая тампонада марлей остановили кровотеченіе, но обильныя водянистыя бѣли съ жилками крови продолжались еще около двухъ недѣль, когда сдѣлались чисто водянистыми. 17/xii къ вечеру пошли крови и держались трое сутокъ, послѣ чего опять явились сукровичныя бѣли въ большомъ количествѣ. Примѣнявшаяся терапия состояла изъ горячихъ душей въ 40° и изъ Extr. fluid. Hydrastis canad., по 25 капель, 3—4 раза въ день.

23/xii новое зондированіе полости матки констатировало шероховатость на большомъ пространствѣ. Послѣ промывки 1% креолиномъ съ 3% карболовой кислоты полость снова затампонирована полоской іодоформенной марли и положены тампоны въ рукавъ. Не смотря на тампонаду, на другой день замѣчено просачиваніе крови черезъ тампоны, которые тѣмъ не менѣе были оставлены еще на сутки и удалены только 25/xii. Въ виду продолжавшагося, хотя и слабого, кровотечения сдѣланъ 1% креолиновый душъ въ 42° , послѣ чего кровотеченіе прекратилось, но обильныя кровянистыя бѣли продолжались до 1/i 94 г., когда онѣ снова стали водянистыми. 7/i снова появились кровянистыя бѣли, почему 8/i полость матки при помощи банника смазана 10% растворомъ карболовой кислоты, съ цѣлю прижиганія. Къ вечеру 9^о поднялась до $38,4^{\circ}$, явились боли въ животѣ и спивѣ, почему назначенъ

былъ ледъ на животъ и наркотическія свѣчи *per rectum*. На слѣдующій день вечерняя температура стояла на 38,7°, но самочувствіе больной было порядочное и пульсъ наблюдался полный и правильный, до 90. На третьи сутки температура упала до нормы. Моча за эти дни была лихорадочная, темнокрасная; суточное количество ея равнялось 1300 куб. сантиметровъ. Обильная по количеству моча темнокраснаго цвѣта указывала только на лихорадочное состояніе, но не на отравленіе карболовой кислотой.

Прижиганіе слизистой оболочки не дало того эффекта, прекращенія кровоточивости и бѣлей, ради котораго оно предпринималось, крови смѣнились обильными бѣлями, бѣли—кровями, и больная слабѣла съ каждымъ днемъ. Бѣли бывали настолько обильными, что рубаху и простыни, буквально, хоть выжми.

Кусочки ткани, удаленные изъ полости матки при выскабливаніи, послѣ соответствующей обработки ихъ, были изслѣдованы подъ микроскопомъ и дали картины, весьма похожія на плоскій эпителиальный ракъ (канкроидъ). Препараты эти были демонстрированы въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества, 22 сентября 1894 года. (Журн. Акуш. и Жен. болѣз., ноябрь, 1894 г., прот. № 6, стр. 978).

Въ виду установки такого распознаванія и въ силу того, что процессъ, клинически злокачественный, казался локализованнымъ пока только въ маткѣ, такъ какъ она сохраняла полную подвижность и въ сводахъ никакихъ измѣненій не замѣчалось, рѣшено было произвести операцію полного удаленія матки или черезъ влагалище, или путемъ *coeliotomy*'и. По случайнымъ обстоятельствамъ операція была произведена только 17 февраля 1894 года.

Д-ръ *А. И. Байковъ*, производившій эту операцію, рѣшилъ сдѣлать ее черезъ рукавъ. Операція произведена имъ въ операціонномъ павильонѣ клиники подъ хлороформнымъ наркозомъ, длившемся 3 ч. 45 м. Хлороформа израсходовано 100 кубич. сантиметровъ. Операція начата и окончена по общепринятымъ правиламъ асептики и антисептики. Наружные половые органы и окружающія части были обстоятельно обмыты растворомъ сулемы 1:1000. Еще болѣе тщательно былъ вымытъ рукавъ и полость матки нѣсколько разъ была проспирцована, при помощи *Fritsch-Boseman*'овскаго катетера, тѣмъ же растворомъ, въ виду того, что выливавшаяся изъ матки промывная жидкость имѣла мутноватый видъ, а при первыхъ промываніяхъ и непріятный запахъ. Промываніе велось до исчезновенія запаха и до полного освѣтленія жидкости.

По окончаніи промывки, влагалищная часть была прошита и перевязана тремя лигатурами, ради охрaненія раны отъ затека на нее отдѣленій изъ матки.

Послѣ всѣхъ этихъ приготовительныхъ манипуляцій сдѣланъ былъ полулунный разрѣзъ въ заднемъ сводѣ и послѣдній отсепарованъ пальцемъ до брюшины, которая была вскрыта и края раны ея соединены швами съ краями влагалищной раны.

Вслѣдъ затѣмъ приступлено было къ разрѣзу и отсепаровкѣ передняго свода также до брюшины, которая тоже была вскрыта. Затѣмъ, какъ справа, такъ и слѣва, между пинцетами *Neegar*'а, были перерѣзаны

неполна широкия маточныя связки, но матка по величинѣ своей, не опускалась и не опрокидывалась, не смотря на усиленное потягиваніе ея за влагалищную часть и за пупевые щипцы: которыми захвачена была передняя стѣнка матки выше внутренняго зѣва. Усиленное потягиваніе за щипцы только повело къ разрыву стѣнки на мѣстѣ захвата ея щипцами и излітію изъ разрыва вонючей жидкости на рану.

Въ виду неудачи удалить матку черезъ рукавъ, немедленно приступлено было къ чревосѣченію. Кожный разрѣзь отъ лобка до пупка, по бѣлой линіи, былъ сдѣланъ въ 30 сантиметровъ и по вскрытіи брюшины между пинцетами, со стороны брюшной полости, наложены были лигатуры на трубы и на неразрѣзанные остатки широкихъ связокъ, послѣ чего матка съ трудомъ была выведена черезъ половую щель. Вслѣдъ затѣмъ нѣкоторые пинцеты были сняты, а взаменъ ихъ наложены шелковыя лигатуры. При снятіи пинцетовъ на правой сторонѣ изъ одного мѣста широкой связки открылось сильное кровотеченіе, которое засгавило оставить остальные, болѣе глубоко лежащія, пинцеты in situ на 24 часа.

Послѣ надлежащаго туалета, рана была зашита въ три этажа: брюшина—обвивнымъ, а апоневрозъ и кожа узловыми шелковыми швами. На брюшную рану наложена ватная съ пенькой повязка послѣ предварительной засыпки ея іодоформомъ, а рукавъ затампонированъ полоской 30% іодоформной марли, которою обвиты были и пинцеты, оставленные въ рукавѣ.

Послѣоперационное теченіе первые три дня не представляло никакихъ особенностей, температура держалась въ нормальныхъ границахъ, пульсъ около 100, но на третій день число дыханій поднялось до 46 и появились частые позывы мочиться, а на четвертый день температура вечеромъ достигла 37,8°.

При снятіи повязки на пятый день была замѣчена краснота около двухъ швовъ, а при давленіи здѣсь получалась болѣзненность; t° вечеромъ 36,5°, пульсъ 120, слабый, аритмичный, и дыханій 40. Повязка была совершенно суха.

На 7 день замѣченъ рѣзкій запахъ мочи, въ виду чего сдѣлано было промываніе мочеваго пузыря 2% растворомъ теплой борной кислоты, и болѣзненность въ ранѣ, но повязка не снималась; t° вечеромъ 37,6°, пульсъ 100, дыханій 28.

На 8 день удалены рукавные швы, легко отошедшіе при потягиваніи ихъ и рукавъ промытъ сулемовымъ растворомъ 1:1000. Рукавная рана закрылась. Пузырь также былъ промытъ; t° вечеромъ поднялась до 38,6°, пульсъ 100, дыханій 24.

На 9 день удалены брюшные швы, большая часть раны при этомъ разошлась; изъ раны удалено большое количество гною. Послѣ основательной очистки и промывки раны сулемовымъ растворомъ 1:1000 оказалось, что брюшина срослась на всемъ протяженіи. Наложена новая іодоформенная повязка.

t° вечеромъ 38,7°, пульсъ 96, дыханій 20. Съ этого дня брюшная рана, а равно рукавъ и мочеваго пузыря ежедневно промывались.

На 10 день t° вечеромъ 38,7°, пульсъ 102, дыханій 25.

На 11 день t^0 вечеромъ 38,3°, пульсъ 100, дыханій 24. Всѣ предше-
ствовавшіе дни самочувствіе у больной было хорошее, а въ этотъ день
даже явился аппетитъ.

Съ 12 дня температура установилась на нормѣ и лишь на 15 день
снова поднялась безъ всякой видимой причины до 38,1°.

На 13 сутки на брюшную рану вторично наложены швы и ватная
повязка, съ обертываніемъ послѣдней липкимъ пластыремъ для укрѣп-
ленія. Въ нижнемъ углу раны заложенъ дренажъ изъ полоски іодоформ-
ной марли, которая въ послѣдующіе дни смѣнялась и рана промы-
валась.

На 22 сутки, т. е. на 8 сутки послѣ вторичнаго наложенія швовъ,
рана совершенно срослась, кромѣ мѣста, гдѣ закладывался дренажъ.
Въ виду отсутствія гноя, на слѣдующій день на дренажное отверстие
наложены швы, обычная повязка съ забинтованіемъ липкимъ пласты-
ремъ и больной позволено ходить. Катарръ мочевого пузыря исчезъ.

На 10 сутки (24/III) и эти послѣдніе швы были сняты, рана пре-
красно зарубцевалась на всемъ протяженіи ровнымъ линейнымъ руб-
цемъ. Больная хорошо ходитъ, крѣпко спитъ и обладаетъ хорошимъ
аппетитомъ. Вообще, возстановленіе силъ идетъ довольно успѣшно,
больная говорлива и весела.

Больная оставалась въ клиникѣ, въ виду необходимости по выходѣ
поступить на мѣсто и, стало быть, нести тяжелую работу, до 7 мая.
За это время она иногда жаловалась на покалыванія въ рукавѣ и на
боли въ брюшномъ рубцѣ, но при осмотрахъ ничего ненормального
не замѣчалось, больная бодрa, значительно пополнила, цвѣтъ лица
сталъ болѣе свѣжимъ, ежедневно гуляетъ въ саду.

Больная въ концѣ сентября пришла въ клинику показаться, по
поводу болей, бывающихъ у нее по временамъ послѣ паденія, когда
она сильно ушибла животъ. Объективно, демонстрируя ее студентамъ
на амбулаторномъ приѣмѣ, ничего ненормального замѣчено не было.

Рубецъ гладкій, прочный и безболѣзненный. Рукавъ представляетъ
изъ себя неглубокій, безболѣзненный, глухой мѣшокъ, въ которомъ не
прощупывается никакой бугристости и ничего, привлекающаго на себя
вниманіе. Со стороны мочевого пузыря больная никакихъ жалобъ не
заявляла и все время до ушиба чувствовала себя хорошо и никакихъ
болей не испытывала.

Больная пополнила, видимо довольна своимъ здоровьемъ и желаетъ
вступить въ клинику сидѣлкой.

Удаленная матка оказалась длиною 13 см., шириною 8 и перед-
зад. 7 см. Серозный покровъ матки ничего особеннаго не представлялъ,
равно какъ и слизистая поверхность влагалищной части матки. На пер-
едней поверхности матки, на 1 см. выше внутренняго зѣва оказалась
довольно значительная рваная рана, происшедшая, какъ выше было
указано, отъ пулевыхъ щипцовъ, изъ которой выдѣлялась, при сжи-
маніи матки, вонючая жидкость.

Послѣ разрѣза матки, сдѣланнаго по передней стѣнкѣ на нѣкото-
ромъ разстояніи отъ разрыва, оказалось, что вся внутренняя поверх-

ность полости тѣла матки бѣловато-желтоватаго цвѣта, представляется изрытою и неровною, какъ-бы язвенною, особенно-же передняя стѣнка, которая представляется тоньше другихъ. Влагалищная часть матки, кромѣ нѣкотораго увеличенія и небольшой эрозиі вокругъ наружнаго зѣва, ни въ плотности, ни по виду ткани, ничего необычнаго не представляетъ. На разрѣзѣ, проходящемъ черезъ стѣнку влагалищной части, измѣненій также не замѣчено, но разрѣзъ стѣнки тѣла матки представляется мутновато-бѣловатымъ, опалесцирующимъ и какъ бы салнымъ. Толщина стѣнокъ неодинакова. Наибольшая толщина до 1½ *ctm.* въ днѣ и въ боковыхъ стѣнкахъ матки; задняя стѣнка уже нѣсколько тоньше, но самою тонкою представляется передняя стѣнка. Толщина ея уменьшается сверху внизъ и на высотѣ разрыва ровняется 3—4 *mm.*

Длина полости матки за время съ 15 ноября 1893 года до 17 февраля 1894 года съ 10½ *ctm.* увеличилась до 11½ *ctm.*, т. е. на 1 *ctm.*

Изъ разныхъ отдѣловъ матки были вырѣзаны, чрезъ всю толщю стѣнки, небольшіе куски, которые и были положены въ спиртъ для уплотненія.

Микроскопическіе препараты, взятые изъ этихъ кусковъ, послѣ надлежащей обработки ихъ (постепенное оплотнѣніе въ спирту сперва въ 70°, а затѣмъ въ абсолютномъ, съ послѣдовательною окраскою квасцевымъ карминомъ или пикро-карминомъ), были тщательно изслѣдованы любезнымъ товарищемъ моимъ д-ромъ А. *Ө. Брандтомъ*, и дали слѣдующую картину.

При разсматриваніи срѣзовъ, взятыхъ изъ различныхъ мѣстъ влагалищной части пораженной матки, ясно различается слизистая оболочка и мышечные слои.

Какъ сами железы, такъ и ткань между железами въ нижнихъ отдѣлахъ влагалищной части, измѣненій не представляютъ. Но, приближаясь къ внутреннему зѣву цилиндрической эпителий, хотя и ясно выраженъ, но, тѣмъ не менѣе, представляетъ нѣкоторыя измѣненія, а именно, какъ поверхностный эпителий, выстилающій слизистую оболочку, такъ и эпителий, выстилающій просвѣтъ железъ, лишень своихъ рѣсничекъ, протоплазма сильно зерниста, такъ что въ нѣкоторыхъ клѣткахъ овальное ядро нѣсколько ступшевывается. Кое гдѣ между отдѣльными железами встрѣчаются очаги очень мелкіе, состоящіе изъ круглыхъ, мелкихъ элементовъ, интенсивно окрашивающихся въ красный цвѣтъ отъ квасцовога кармина. Эта мелкоклѣточковая инфильтрація, чѣмъ ближе къ тѣлу матки, тѣмъ сильнѣе выражается. Но ни на одномъ изъ срѣзовъ, сдѣланныхъ изъ влагалищной части, не удалось замѣтить ни на поверхности, ни въ глубинѣ какихъ либо слѣдовъ пролиферациі эпителиальныхъ элементовъ. Та часть *port. vagin. uteri*, которая окружаетъ *ostium ext.* подъ микроскопомъ представляетъ картину поверхностной эрозиі, т. е. отъ наружнаго плоскаго эпителия не замѣтно никакихъ слѣдовъ—слущился, а напротивъ язвенная поверхность выстлана нѣжнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ.

Подъэпителиальная ткань сильно инфильтрирована круглыми элементами, располагающимися вдоль и вблизи расширенныхъ сосудовъ. Вотъ и всѣ измѣненія, которые удалось констатировать при микроскопическомъ изслѣдованіи срѣзовъ изъ всей влагалищной части матки.

На основаніи этихъ данныхъ имѣемъ изъясненіе влагалищной части и незначительное воспалительное состояніе слизистой оболочки *canalis cervicalis*.

Нѣчто совсѣмъ иное получается при изслѣдованіи срѣзовъ изъ тѣла матки. вмѣсто слизистой оболочки тѣла матки видимъ цѣлыя наслоенія плоскаго эпителія самаго разнообразнаго вида. Чѣмъ ближе къ поверхностнымъ слоямъ бывшей слизистой оболочки, тѣмъ клѣтки плоскаго эпителія крупнѣе, по формѣ представляются то круглыми, то овальными, то многогранными. Эти клѣтки почти не воспринимаютъ окраски, протоплазма ихъ слегка зерниста, ядро большое, слегка окрашенное въ розовый цвѣтъ.

По мѣстамъ, среди пластовъ подобныхъ плоско-эпителіальныхъ элементовъ, замѣчаются различной величины круглыя или овальныя, какъ-бы слоистыя образованія, состоящія изъ пластинокъ, концентрически наслоенныхъ вокругъ большихъ, слабоокрашенныхъ безъядерныхъ клѣтокъ. Самые поверхностные слои клѣтокъ сливаются настолько между собою, что представляютъ какъ-бы одну безструктурную зернистую неокрашивающуюся массу, въ которой кое-гдѣ съ трудомъ можно отыскать границы бывшихъ клѣтокъ плоскаго эпителія. Элементовъ, характерныхъ для слизистой оболочки тѣла матки (железъ, аденоидной ткани), на подобныхъ препаратахъ не находимъ и слѣдовъ. Лишь въ срѣзахъ, взятыхъ въ области внутренняго зѣва среди только что описанныхъ пластовъ, встрѣчаются железы, частью сохранившія свою форму, частью-же измѣнившія среди разрастающихся массъ плоскаго эпителія. Эпителій въ подобныхъ железахъ представляется ясно цилиндрическимъ, выстилающимъ *tetragonam prorgiam* железъ, безъ какой-либо наклонности прорастать въ окружающую железъ ткань, т. е. безъ всякихъ слѣдовъ пролифераціи. Промежутки между сохранившимися железами выполнены фокусами мелкихъ круглыхъ элементовъ, распространяющимися и въ мышечные слои. По мѣстамъ имѣются большія кровоизліянія, частью съ сохранившимися форменными элементами крови, частью-же съ распавшимися въ мелко зернистую массу, невоспринимающую окраски. Какъ внимательно ни разсматривались эти срѣзы, взятые какъ разъ изъ мѣстъ матки, представляющихъ переходъ влагалищной части матки въ тѣло послѣдней, никакой связи между описанными микроскопическими измѣненіями въ той и другой части установить не удалось. Появленіе плоскаго эпителія какъ-бы начиналось надъ *origines int. uteri* и отсюда уже произошло какъ-бы распространеніе его вверхъ и въ стороны стѣнокъ тѣла матки.

Въ мышечные слои тѣла матки плоскій эпителій распространяется въ видѣ ходовъ неправильной формы, образующихъ по мѣстамъ боковые отростки, соединяющіеся съ таковыми-же сосѣднихъ ходовъ; получается, такимъ образомъ, какъ-бы сѣтъ эпителіальной ткани, вѣдренной въ мышечную основу. Эпителій, входящій въ составъ эпителіальныхъ ходовъ, повторяетъ строеніе эпителія, замѣнивагого слизистую оболочку тѣла матки. Клѣтки по периферіи ходовъ, прилегающія непосредственно къ оставшейся ветронутой мышечной ткани, имѣютъ форму палисадообразную и снабжены зернистою протоплазмою съ большимъ ядромъ. Болѣе вглубь ходовъ располагаются клѣтки довольно крупныя съ

шиповидными краями при посредствѣ которыхъ клѣтки соединены одна съ другой; остающіеся-же промежутки замѣнены прозрачнымъ межучочнымъ веществомъ. Подобныя измѣненія стѣнокъ матки особенно сильно выражены на срѣзахъ, взятыхъ изъ передней стѣнки дна матки. На такихъ срѣзахъ, не говоря уже о полномъ отсутствіи слизистой оболочки, и мышечной ткани такъ мало, что почти все поле микроскопа занято лишь одними элементами *плоскаго* эпителія.

Вотъ подробное описаніе микроскопическихъ препаратовъ, взятыхъ изъ разныхъ мѣстъ пораженной матки. Мы видимъ, что процессъ, развивающійся въ тѣлѣ матки, рѣзко ограничивается исключительно тѣломъ матки безъ какой-либо возможности поставить его въ связь съ влагалищною частью. Уже на основаніи подобной характерной микроскопической картины нужно допустить, что въ данномъ случаѣ имѣется сильное атипическое разрастаніе плоскаго эпителія, уничтожившаго слизистую оболочку и вступающаго въ видѣ отпрысковъ въ мышечные слои, частью уничтоживъ всю толщю стѣнокъ тѣла матки.

Подобное атипическое разрастаніе плоскаго эпителія на мѣстахъ, покрытыхъ *плоскимъ-же эпителиемъ*, носитъ названіе плоско-эпителіального рака-канкроидъ и какъ одинъ изъ рѣдкихъ случаевъ плоско-эпителіального рака, поразившаго органъ, нормально въ этомъ отдѣлѣ матки плоскаго эпителія не имѣющаго, представляетъ описываемый случай.

Какая же этиологія данного случая? Это вопросъ, рѣшеніе котораго крайне трудно. Ни одинъ изъ описанныхъ до нынѣ случаевъ первичнаго плоско-эпителіального рака тѣла матки не далъ положительнаго отвѣта. Изъ приведенной нами литературы, частое нахожденіе *Zeller*'омъ при эндометритахъ плоскаго эпителія—мы въ расчетъ не беремъ, такъ какъ, какъ мы уже сказали, никто еще наблюденій *Zeller*'а не подтвердилъ, а между тѣмъ это фактъ первостатейной важности, ибо если бы было установлено, что при эндометритахъ появляется плоскій эпителій (опять-таки неизвѣстнымъ путемъ), то вопросъ о происхожденіи первичнаго плоскаго рака, рѣшался бы очень просто, такимъ образомъ, что плоскій эпителій при эндометритахъ началъ бы атипически развиваться и слѣдовательно ближайшей причиной былъ бы эндометритъ. Къ сожалѣнію ни одного

подобнаго примѣра мы не имѣемъ. Случай *Piering's* также не доказателенъ, потому что отсутствуетъ микроскопическое изслѣдованіе влагалищной части матки, такъ, что возможно допустить, что такъ называемый первичный плоскій ракъ тѣла матки *Piering's*, есть ничто иное какъ метастазъ съ влагалищной части, тѣмъ болѣе, что на задней губѣ влагалищной части имѣлась неизвѣстнаго характера язва.

Gebhardt этиологію своего случая ставитъ въ зависимость отъ эпидермоизаціи внутренней поверхности полости матки, изъ которой уже образовался потомъ канкроидъ полости тѣла матки. Но откуда явилась подобная эпидермоизація и какимъ образомъ появился плоскій эпителий на не показанномъ мѣстѣ, *Gebhardt* не говоритъ.

Что описанный нами случай есть несомнѣнно первичный плоско-эпителиальный ракъ тѣла матки, то это доказывается микроскопическимъ изслѣдованіемъ на протяженіи влагалищной части, не указавшей ни малѣйшей связи или перехода плоскаго эпителия съ влагалищной части на цервикальный каналъ и отсюда на тѣло матки.

Кромѣ того микроскопическое изслѣдованіе указываетъ также, что пораженіе ракомъ началось именно надъ *orig. int.*, т. е. уже въ самомъ тѣлѣ матки, гдѣ еще замѣтно присутствіе остатковъ слизистой оболочки тѣла матки и уже отсюда плоскій ракъ прогрессировалъ по направленію вверхъ—къ дну тѣла матки. Почему-же собственно развился плоско-эпителиальный ракъ, а не железистый, какъ того требовало-бы строеніе слизистой оболочки тѣла матки, выстланной железистымъ эпителиемъ, мы рѣшать не беремъ, но полагаемъ, что *единственно подходящимъ объясненіемъ можетъ служить лишь теорія Conheim'a о заблудшихъ росткахъ.*

Если по этой теоріи, судя по опытамъ *Zahn'a*, *Leopold'a* и другихъ, эпителий, хрящи и другія ткани могутъ развиваться на непоказанныхъ мѣстахъ, то отчего-же не допустить, что и плоскій эпителий можетъ развиваться на мѣстѣ нахождения цилиндрическаго и при условіи благопріятныхъ къ тому моментовъ для тѣла матки, каковыми могутъ служить, напр. хотя-бы тѣже эндометриты; кромѣ того, принимая теорію *Conheim'a*, не приходится прибѣгать къ такимъ натяжкамъ

при объясненіи развитія плоскаго рака въ тѣлѣ матки въ
родѣ того, что цилиндрической эпителий переформируется въ
плоскій и т. д.

