

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ СЕДЬМОЙ.

НОЯБРЬ 1893, № 11.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XIX.

КИСТЫ И КИСТОМЫ ЯИЧНИКА.

ЛЕКЦІИ

Профессора К. Ф. Славянскаго.

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, міомы, 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 G6rardes* или *Par epididymis (Henle)s. Paradidymis (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

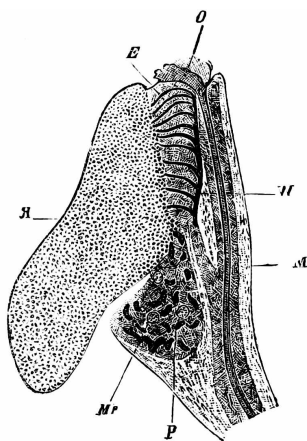


Рис. 1. Женскіе половые органы человеческого зародыша 9,0 см. длины. (Waldeyer.)

между листками *lig. lati*, причѣмъ 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 *paradidymis* мужчины, обозначить какъ *paroophoron*. Эта номенклатура, предложенная *Waldeyer'омъ* въ 1870 году (*Eierstock 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 *epoorphoron* 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 *epoorphoron*—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 клетками, 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 *epoorphoron'*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 стromу яичника. Очевидно, что железистыя образованія, принадлежащія *ragovarium'*у и *epoorphoron'*у, помещаясь 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 *epoorphoron'*а, приходится считать, какъ развившуюся изъ яичника.

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

¹⁾ Помимо тому, насколько можно смѣшивать понятія, соединенныя съ терминами *epoorphoron*, *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 медуллярномъ. 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 взрослога 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 болѣею части случаевъ оказывается, что мы имѣемъ передъ собою, при изслѣдованіи полости, не превышающей вели-

чину большой вишни, различной величины болѣе или менѣе зрѣлыя 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, блауждающихъ 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; одиѣ 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 мнѣ не разъ удавалось доказывать обработкою азотнокислымъ серебромъ, въ извѣстный періодъ своего развитія, когда величина ихъ еще не чрезмѣрно 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 внутренняго изъ плотной во-

локнистой и другого наружнаго 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 брюшиною.

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 виты; удѣльный вѣсъ ея отъ 1005 до 1020. При кипяченіи или при обработкѣ кислотами изъ нея осаждаются бѣлки. При отсутствіи пагноенія или крововзліянія 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 вши. 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 учитъ 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 толщиной-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, измѣющія строеніе граафовыхъ пузырьковъ, за таковыя, мы будемъ имѣть всетаки, какъ мы уже видѣли выше, два вида однополостныхъ кистъ яичника. Первый видъ—кисты, выстланныя эндотелиемъ 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 эпителия, 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 эпителия, 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 (*Славянской*, *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 впячиваній 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 зародышеваго 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-

альныхъ кѣтокъ 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 *hulus 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 нахождения 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-трубчатыя 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 *Vulius*. Какъ мы уже только что видѣли, всѣ эти эпителиальныя образования служатъ также и для развитія однополостныхъ кистъ. причежь эти послѣднія развиваются



Рис. 2. (de Simey) *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 ретенционнымъ, тогда какъ развитіе кистомъ обусловливается преобладающимъ разращеніемъ эпителия. Энергичная пролиферация эпителия сказанныхъ трубчатыхъ образований быстро даетъ эпителиальныя отпрыски въ окружающую ткань; въ началѣ эти вростающіе въ ткань отпрыски состоятъ еще сплошь изъ эпителия, но уже весьма скоро получаютъ просвѣтъ, вслѣдствіе коллоиднаго перерожденія нѣкоторыхъ изъ нихъ.

Видѣленіе 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 известной большой ея величинѣ не удается открыть и слѣдовъ ея; кистомы-же, не переходящія еще известнаго 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 медулярнаго 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 клетчатку 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, графовы 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 — большей 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 прорывавліемъ. Подобное прорывавліе 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 кистомахъ можетъ быть весьма обширною, происходитъ сращеніе ихъ другъ съ другомъ. Подобно сращенныя двѣ опухоли, имѣющія исходною точкою развитія различныя яички, могутъ при наружномъ изслѣдованіи представляться какъ бы одною, дальнѣйшее изслѣдованіе опухоли въ разрѣзѣ подтверждаетъ иногда еще больше 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 *Waldeyer'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

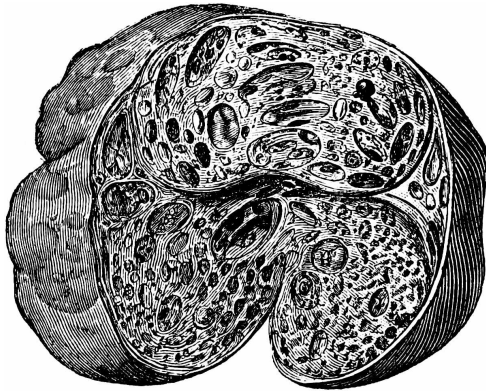


Рис. 3 (de Sinety). Cystoma proliferum glandulare.

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 ножкахъ. Продыравливаніе 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 рѣдущихъ вторичныхъ кистъ со

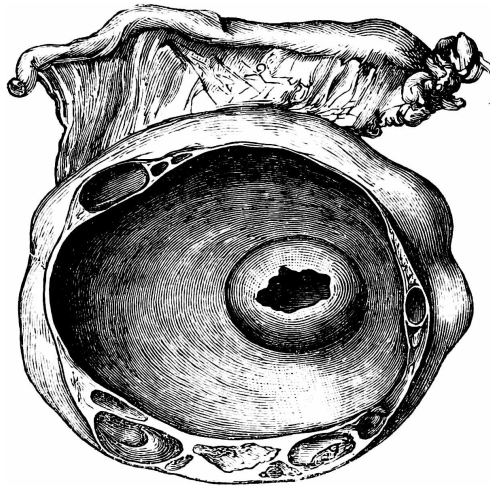


Fig. 4. (A. Dogan). Небольшого объема железистая кистоза аппендикса, обладающая одною главною, большою полостью и многими вторичными мелкими кистами.

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 кистозы, обладающей большою полостью и нѣсколькими мелкими кистами представляется обыкновенно шарообразнымъ. Развитіе большаго числа вторичныхъ кистъ, выдающихся надъ наружною поверхностью 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), напоминая собою какъ бы колоссальной величины пузырчатый заносъ или кисть винограда. (*Oehlhausen, Schroeder, Hofmeyer*). Подобное полипозное, гроздеобразное расположеніе кистъ представляется явленіемъ довольно рѣдкимъ и исторія ихъ происхожденія еще не достаточно выяснена.

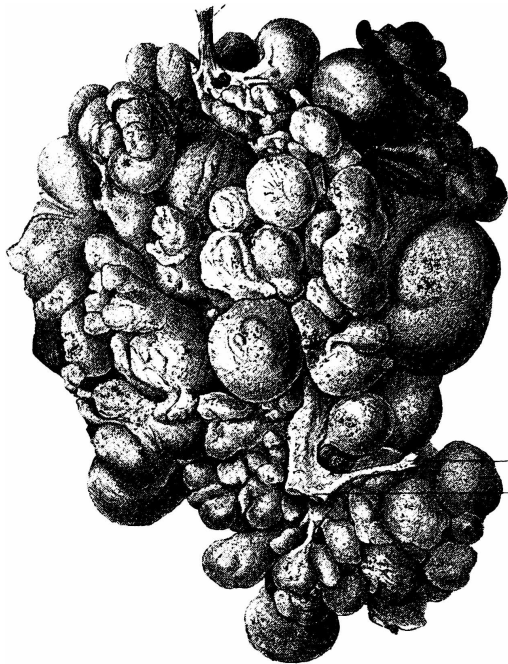


Рис. 5. (*C. Schroeder*), *Cystoma ovarii*, имѣющая видъ колоссальнаго пузырчатаго заноса.

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

нерѣдко находятъ незначительныя ворсистойя 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 вскрытїи брюшной полости. Обыкновенно киста имѣетъ блестящую поверхность серебристо-бѣлаго цвѣта, напоминая собою поверхность сухожилия, просвѣчиваніе же содержимаго обуславливаетъ болѣе темный зеленоватый цвѣтъ, доходящїй иногда почти до чернаго.

Уже при изслѣдованїи простымъ глазомъ стѣнка главной полости кистомы можетъ быть довольно легко раздѣлена на два слоя, соединенные между собою рыхлою кѣтчаткою. Какъ наружный, такъ и внутреннїй слои состоятъ изъ старой волокнисто-соединительной ткани и иногда съ примѣсью большаго или меньшаго количества пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ; помѣщающїйся между ними и спаивающїй ихъ слой рыхлой ареоларной соединительной ткани заключаетъ въ себѣ обыкновенно артеріальныя и лимфатическія сосуды. Вены, достигающія иногда весьма большихъ размѣровъ и обладающія весьма толстыми, богатыми мышечными элементами стѣнками, помѣщаются обыкновенно какъ въ окружномъ, такъ и въ среднемъ слое стѣнки кистомы. Съ дальнѣйшимъ ростомъ опухоли такое правильное распредѣленіе слоевъ сглаживается, атрофіи подвергается сначала среднїй 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 изобилїи 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 изменить уже свой характер, дѣлается коротко цилиндрическимъ и даже однослойнымъ плоскимъ—измѣненія, стоящія въ связи съ усиленіемъ внутриполостнаго 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 меньшей 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 цилиндрической, на болѣе же молодыхъ—высокій цилиндрической 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 въ нити жидкость, достигающую иногда плотности студия. 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 функціею 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 вышесказаннымъ эпителиемъ, будучи изслѣдована на поперечныхъ разрѣзахъ, подъ микроскопомъ въ большей части случаевъ показываетъ присутствіе разраженій эпителия въ видѣ большей 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 различимый 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 *epithélioma 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 больной 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 ея 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, излившаяся 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 наблюдающемся 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 вполне такому кистѣ 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 перекручиванія 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 примѣсямъ, которыя въ ней могутъ встрѣчаться; различныя степени измѣненія излившейся крови и большее или меньшее количество гнойныхъ элементовъ и измѣненныхъ эпители-

альныхъ клітокъ обусловливаютъ 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 онъ былъ найденъ 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, аллантаина 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 образования, 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 служитъ весьма часто наблюдающееся вращаніе 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 образования 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 калуеты, 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

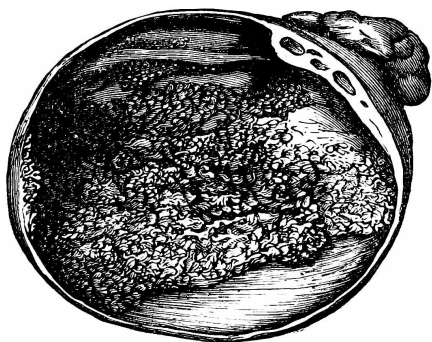


Рис. 6. (A. Foran). *Cystoma proliferum papillare ovarii*, развившаяся въ медулярнокъ слое его; часть яичника еще видна въ формѣ придатка.

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 влияніемъ 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* (въ 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 кистомахъ, оно гораздо жиже, прозрачно и окрашено въ различные цвѣта, смотря по количеству излившейся крови и давности экстрavasата; 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 имбюція 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 сосѣднихъ полостей или же появляются прямо на наружной поверхности опухоли. Отверстіе, черезъ которое проникли сосудистыя разрощенія наружу мало-по-малу 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, имбюющія 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, се можно отнести къ ворсинчатымъ ракамъ, наблюдается относительно часто или въ формѣ диссеминаціи сосочковыхъ разрощеній по брюшнѣ или болѣе рѣдко въ видѣ метастазовъ болѣе отдаленныхъ органовъ. Рецидивы опухоли послѣ усѣбныхъ операцій наблюдаются также нерѣдко.

Весьма рѣдко 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 кожевики 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 первичныя 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.

Большею 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 различной 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 личинка, вследствие чего при нихъ не замѣчается также склонности 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 вполнѣ хорошо развитый мальпигиевъ слой, сосочки большею частью развиты не съ такою правильностью, какъ это свойственно нормальной кожѣ, мѣстами они даже совершенно отсутствуютю. Подъ собственно *corium*омъ весьма часто встрѣчаются скопленія жировой ткани. долженствующей представлять собою подкожную жировую клѣтчатку.

Къ кожнымъ образованиямъ, встрѣчающимся рѣзко выраженными въ дермоидахъ, принадлежатъ волоса и железы. Сальные железы встрѣчаются въ большемъ числѣ и правильнѣе развитыми, чѣмъ потовыя; эти послѣднія иногда совершенно отсутствуютю. 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 большой 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 негрятюкъ 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 фантазійи 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 слабженныя ею, кромѣ того ткань сѣраго вещества мозга, невроглию и покрывающую его ткань, 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 *verruis caseosa*; цвѣтъ его различенъ, зависить отъ примѣси излившейся крови или пачавшагося нагноенія; иногда въ немъ встрѣчаются въ большомъ количествѣ кристаллы холестерина. 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 большей 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 неизмѣющую и слѣдовъ железистыхъ образований кожныхъ сосочковъ и волосъ; подобные случаи находятъ себѣ объясненіе въ развивавшейся уже атрофій 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 некоторыхъ 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 *milium* 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 (*Epidermisperlén*). Соединительная ткань въ свою очередь служить рѣдко источникомъ развитія веретеннообразно или кругло-клѣточковыхъ 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

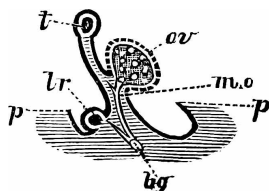


Рис. 7. (Koblenz). Схема нормальнаго отношенія яичника къ частямъ *lig. lati*. *t.* — *tuba fallopii*. *ov.* — яичникъ покрытый зародышевымъ эпителиемъ. *lr.* — *lig. teres*. *bg.* — кровеносные сосуды. *p. p.* — *lig. lati*. *mo.* — *mesovarium*.

складку, которая въ своей средней части заключаетъ въ въ себя *hylus ovarii*, образуя такъ называемый *mesovarium s. mesoovarium*; внутренняя часть этой дубликатуры брюшины заключаетъ въ себя *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 *coticalis* яичника, свободно растущую въ полость брюшины и отбѣляющую ткань яичника къ своему основанію, мы находимъ, что анатомическая ножка такой опухоли есть

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

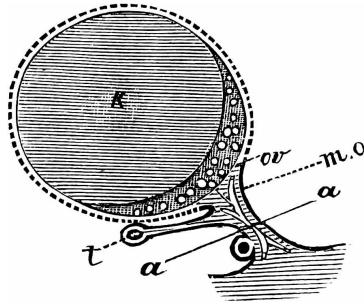


Рис. 8. (Koblenz.) Cystoma ovarii proprium. *k.* — киста. *ov.* — уцѣпленная ткань яичника. *m.o.* — анатомическая ножка. *a. a.* — хирургическая ножка.

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*,

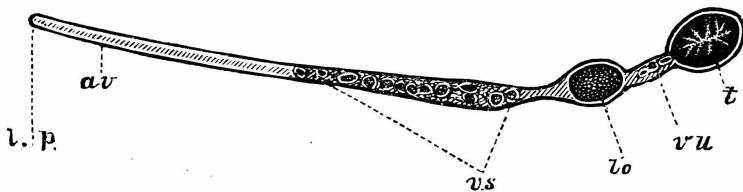


Рис. 9. (Koblenz.) Плоскость разрѣза хирургической ножки. *t.* — *tuba fallopii* *vu.* — *vasa uterina*. *lo.* — *lig. ovarii*. *vs.* — *vasa spermatica*. *av.* — *lig. latum*. *lp.* — *ligamentum infundibulo-pelvicum*.

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

При кистахъ, развивающихся въ медуллярномъ слоеѣ 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,

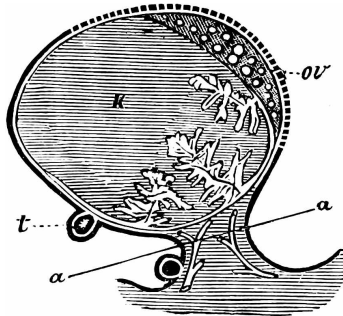


Рис. 10. (Koblenz). *Cystoma proliferum papillare*, развившаяся изъ ткани *hylus ovarii*. Значеніе буквъ какъ въ рис. 7 и 8.

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 клетчатку, но это встрѣчается крайне рѣдко и требуетъ еще болѣе точныхъ доказательствъ. До сихъ поръ еще съ кистами яичника, выростающими изъ его *hylus'a*, смѣшиваютъ кисты, развивающіяся изъ *ragoovarium'a* или *ragoophoron'a*, представляющія уже собою чистый типъ между-связочныхъ кистъ, и, какъ мы увидимъ въ одной изъ слѣдующихъ лекцій, разрастающихся преимущественно по подбрюшной клетчаткѣ 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 клетчатку, 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 чрезмѣрно 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 продрывиваніямъ 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-

ляютъ *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 противуположной 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 силовными, 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 операціи 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 свободполежащею 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. Быстрыя 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 брюшнаго 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 признанъ такъ называемый нормальный механизмъ ея приращенія. *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 междуспяточныхъ 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-помалу, начинаютъ сдавливаться въ ножкѣ венозные сосуды, развивается венозная гиперемія въ опухоли; эта послѣдняя увеличивается въ объемѣ, происходятъ мѣстныя 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 случаях, когда, под влиянием значительного излияния крови в полость кисти и изменений, обусловленных экстравазатами в стенках ее, происходит разрыв большой полости и содержимое изливается в полость брюшины. Подобная обильная кровотечения наблюдается обыкновенно при перекручивании ножки, происходящих более быстро, обуславливающих быстрое сильное сдавливание ее венозных сосудов. Если же при этом также быстро происходит настолько сильное сжатие артерии ножки, что почти сразу прекращается приток артериальной крови, после того как в кисте произошли уже более значительные кровоизлияния, то обыкновенно наступает гангрена опухоли с резко выраженными явлениями общего перитонита, быстро убивающего больную. Совершенно обратные явления наблюдаются при быстро происходящих полных многочисленных перекручиваний ножки, так что сразу прекращается приток крови к так сказать совершенно здоровой опухоли,—в подобных случаях опухоль может подвергнуться атрофии, рост ее останавливается, она уменьшается в объеме вследствие развивающихся дегенеративных процессов в ее тканях,—наступает так называемое произвольное излечение.

Исследование перекручивания ножки и ее сосудов относительно нередко показывает нам развитие тромбов в этих последних, так что питание опухоли через существовавшую ножку в данном случае не могло происходить, между тем как сама опухоль представляется, по видимому, без изменений и не остановившейся в своем росте; дальнейшее исследование обыкновенно указывает на присутствие более или менее значительных сращений и особенно часто с салником; сосуды в этих сращениях представляются особенно сильно развитыми, так что роль их, как питающих опухоль, становится вне всякого сомнения. Рядом с частичным тромбозом сосудов ножки нередко наблюдается отек ее, причем она делается часто удобообразуемой, так что накладываемые на нее лигатуры легко прорезают ее ткани в момент завязывания узла. Тромб во всех сосудах перекрученной ножки ведет иногда за собою резко 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 яичникѣ уже ранѣе отдѣленіемъ 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, топкія 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 пункцію опухоли. Кромѣ того также довольно интензивное 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 пункції 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 распаденія опухоли 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 кистою 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 iliacaе* 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

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.

Обызвощеніе 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-

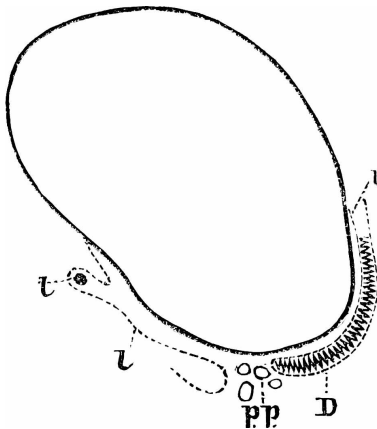


Рис. 12. То же, что и на предыдущемъ рисункѣ. Значеніе буквъ то же.

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

Подъ влияніемъ 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 кисты 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 интензивность 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 транссудаціею 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 густая желеподобная масса 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 влияніемъ развивающагося въ нихъ нагноенія вскрываются иногда въ прямую кишку, мочевой пузырь или еще рѣже во влагалище. Къ рѣдкимъ исключеніямъ принадлежатъ

случай самопроизвольнаго опорожненія кистъ черезъ наружныя брюшныя покровы обыкновенно черезъ пупочное кольцо. Интересное наблюдение, указывающее на возможность вскрытія кисты и изліянія ея содержимаго въ клетчатку 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 приходятся на сосочковыя кистомы и дермоиды, железистыя же составляютъ только исключительные случаи.—Частое развитіе сосочковыхъ кистомъ изъ остатковъ Вольфова тѣла, параовариума и параорхогона 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 железистотрубчатая образованія, имѣющія въ утробной жизни назначеніе образовать фолликулы, будущіе Граафовы пузырьки. Эти трубчатая 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 трубчатая 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 найдеть 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 больномъ 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 неизмѣенной, 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 регуль (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 соответственныя 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 болей поясницы, вызываетъ нерѣдко явленія со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, развивающіяся подъ вліяніемъ давленія, производимаго опухолью; такъ, весьма часто больныя жалуются на частыя позывы къ мочеиспусканію, иногда на трудное, задержанное удаленіе мочи и только рѣдко

развивается поддержание мочи. Запоры, такъ часто наблюдающіеся у большихъ, болѣею частью зависятъ отъ атоніи кишечнаго канала, но и опухоли, производя давленіе на rectum, въ нѣкоторыхъ 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 дальне, производятъ сильное растяженіе брюшинныхъ стѣнокъ, связанное иногда съ опущеніемъ тупой боли; на кожѣ появляются мѣстныя атрофіи мальниковаго 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, начинаетъ развиваться, столь грозное для дамскихъ 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 срощенія ея съ передней брюшною стѣнкою и сальникомъ, обыкновенно располагающимся сверху между ними; развитіе этихъ срощеній, какъ результатъ асцитическихъ 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 функціи какъ желудочно-кишечнаго канала, 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, открыты, рѣзко обозначены 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 большія, доставляемая въ клинику изъ болѣе глухихъ мѣстностей сосѣднихъ губерній, представляютъ еще до такой степени запущенное заболѣваніе.

Теченіе болѣзни, осложненія и исходы.

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

ростуть 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 появляющіяся 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 *status 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, кровозліянія, 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, начальной лихорадки

съ утренними значительными ремиссиями, доходящими до нормы и ниже, и вечерними повышеиіями до 39 и даже до 40°; больная при этомъ иногда не жалуется 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 появлению 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 больная переноситъ развитійся перитонитъ той или другой интенсивности, можно иногда наблюдать постепенно развивающееся уменьшеніе объема опухоли, достигающее известной степени, въ которой она и остается въ теченіи послѣдующей жизни больной.

Наблюденія послѣдняго времени показываютъ, что произвольный разрывъ кистъ съ опорожненіемъ содержащаго въ полости брюшины относится къ весьма частымъ явленіямъ, слонъ и рядомъ не дающимъ никакихъ признаковъ и узнаваемымъ только случайно *sub ovariotomia* или при повторныхъ изслѣдованіяхъ больной, находящейся подъ постояннымъ наблюденіемъ врача. Смотря однако по количеству и качеству излившейся жидкости въ брюшину, развиваются тѣ или другіе признаки и иногда настолько грозные, что весьма быстро вслѣдъ за ними наступаетъ летальный исходъ. При изслѣдованіи больной легко опредѣляется уменьшеніе объема опухоли, или если опорожнилась 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 больная не ощущаетъ никакихъ болей, смотря по тому, имѣются ли воспалительныя измѣ-

ненія брюшины или же ихъ совершенно нѣтъ. Послѣ излитія большаго 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, испосланными 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 инпрегнируются солями извести. Въ случаяхъ-же перехода кистомы въ злокачествен-

ныя 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 накапливается; 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 вѣсело 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 повообразованія; 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, бросающъ рѣзко 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*).

Неблагоприятное 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

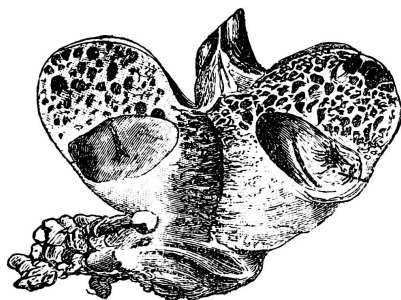


Рис. 13. (Winckel). Начало развитія железистой кистомы. *Cystoma proliferum glandulare incipiens*.

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 объемъ, или же разрывъ задняго свода влагалища и рожденіе опухоли наружу впереди головки; извѣстенъ также случай, когда опухоль, выпятивъ переднюю стѣнку вѣстн, вышла per anum, разрѣзомъ была вскрыта выпятившаяся стѣнка прямой кишки и удалена, по всей вѣроятности, дермоидная обызвестившаяся 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 *Голлштамомъ* въ Севастополь (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 вполне 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, чему не мало способствуетъ дряблость брюшныхъ стѣнокъ и увеличенная подвижность опухоли. Небольшая опухоль, западая спова 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 приостановкѣ 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, развивающесся вслѣдъ за усиленнымъ ростомъ опухоли. Сильное сдавливаніе и смѣщеніе органовъ дыханія и кровообращенія даютъ иногда поводъ къ развитію обильныхъ трансудатовъ въ брюшину, плевру или околосо-рдечную сумку, обусловливающихъ болѣе скорый летальный исходъ. Переходъ кисты яичника въ злокачественное новообразование 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 пункцій. Къ рѣдкимъ причинамъ смерти слѣдуетъ отнести и embolia arteriae pulmonalis, происходящую въслѣдствіе тромбоза сосудовъ перекрученной ножки.

(Окончаніе слѣдуетъ).

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИ- НЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(годъ восьмой).

ПРОТОКОЛЪ № XIV.

Административное засѣданіе 23 сентября 1893 г.

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали 34 члена.

1) *Д. О. Оттъ* сообщилъ Обществу, что предсѣдатель и товарищъ его отъ имени Общества поздравилъ *Э. Ф. Биддера* по поводу его 25 лѣтняго юбилея на поприщѣ ученой и преподавательской дѣятельности. Всѣ присутствовавшіе отнеслись весьма сочувственно къ этому заявленію.

2) Прочитано письмо Воронежскаго Медицинскаго Общества, сообщающее о томъ, что названное Общество 13 октября 1893 г. празднуетъ 25-ю годовщину своего существованія. Постановлено поздравить Воронежское Медицинское Общество въ день юбилея телеграммой.

3) Читанъ и утвержденъ протоколъ № XIII.

4) Предложены къ избранію въ члены Общества:
1) Прив. доцентъ Императорскаго Харьковскаго Универси-

тега, докторъ медицины *Матвей Максимовичъ Мироновъ*. Предложенъ Славянскимъ, А. Р. Фишеромъ и Личкусомъ.

2) Лѣкарь *Петръ Александровичъ Антиповъ*. Предложенъ Швердловымъ, Стравинскимъ и Піотровичемъ.

Предсѣдатель **Дм. Оттъ**
Секретарь **Л. Личкусъ**.

ПРОТОКОЛЬ № 15.

Засѣданіе 23-го сентября 1893 г.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали: почетный членъ А. Я. Крассовскій, 37 членовъ: Баскинъ, Бацевичъ, Виддери, Бутчикъ, Вастень, Веберъ, Виридарскій, Воффъ, Горайскій, Даниловичъ, Долнскій, Драпцывъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшнъ, Змигородскій, Какушкинъ, Лапинъ, Личкусъ, Массень, Мисевичъ, Оттъ, Потровичъ, Горшилковъ, Радецкій Р. К., Рачинскій, Рузи, Савченко, Салмановъ, Сережниковъ, Стравинскій, Строгоновъ, Фишеръ А. Р., Чагинъ, Швердловъ, Эберманъ, Яниольскій и 22 гостя.

1) Секретарь прочелъ некрологъ *И. Θ. Баландина*, составленный *С. Т. Виридарскимъ*.

4-го августа 1893 г., въ 10¹/₂ часовъ вечера, смерть похитила одного изъ видныхъ представителей и учредителей акушерско-гинекологическаго общества, директора и профессора С.-Петербургскаго Повивальнаго института *И. Θ. Баландина*.

Покойный *И. Θ.* родился въ 1834 году, въ г. С.-Петербургѣ, въ состоятельной купеческой семьѣ. Родители не жалѣли средствъ на образованіе своихъ дѣтей, и первую, довольно солидную, подготовку *И. Θ.* получилъ дома, откуда поступилъ для дальнѣйшаго образованія въ Василеостровскую Ларинскую классическую гимназію. По окончаніи курса въ гимназіи *И. Θ.* поступилъ въ Императорскую Медико-Хирургическую Академію, хотя, по собствен-

нымъ его словамъ, большой склонности въ то время къ медицинѣ онъ не чувствовалъ; скорѣе его привлекали математическія науки и архитектура. Тѣмъ не менѣе онъ съ успѣхомъ окончилъ въ 1858 году Академію и въ томъ же году былъ опредѣленъ сверхштатнымъ ординаторомъ Родовспомогательнаго заведенія Императорскаго Воспитательнаго Дома (нынѣ С.-Петербургское Родовспомогательное Заведеніе). Въ должности сверхштатнаго ординатора И. Ѳ. пробылъ 5 лѣтъ. Одновременно съ исполненіемъ обязанностей сверхштатнаго ординатора Родовспомогательнаго заведенія, съ 1860 по 1862 г., исполнялъ обязанности сверхштатнаго же ординатора при Елизаветинской дѣтской больницѣ.

Въ 1865 году былъ утвержденъ директоромъ и главнымъ врачомъ принадлежавшихъ ему частной женской лѣчебницы и родильнаго дома. Эту лѣчебницу покойный И. Ѳ. задумалъ чрезвычайно широко. Въ основу ея устройства онъ положилъ весь запасъ своихъ знаній, энергій и начавшихъ тогда уже проникать къ намъ взглядовъ Semmelweis'a. Но новизна ли дѣла, или же непривычка нашей публики къ подобнаго рода заведеніямъ помѣшала исполненію такъ хорошо задуманнаго дѣла. Въ 1868 году И. Ѳ. долженъ былъ закрыть свое заведеніе, потративши на него не только много труда, но и собственныхъ денегъ.

Въ 1871 году онъ защитилъ диссертацию на степень доктора медицины.

Въ 1873 году былъ опредѣленъ вторымъ профессоромъ и акушеромъ С.-Петербургскаго Повивальнаго Института; въ 1874 году назначенъ исправляющимъ должность директора этого же Института, а черезъ 3 года, съ соизволенія Ея Императорскаго Высочества Великой Княгини Екатерины Михайловны, былъ утвержденъ въ должности директора. Такимъ образомъ, съ 1873 и по 1893 годъ, т. е. до преждевремен-

ной кончины И. Θ., Повивальный Институтъ, находился подъ его непосредственнымъ руководствомъ — былъ, такъ сказать, его любимымъ дѣтисемъ. Припявъ въ свое завѣдываніе Повивальный Институтъ, онъ немедленно-же приступилъ къ переустройству не только его вишняго, но и внутренняго строя. Пользуясь въ своихъ дѣйствіяхъ сочувствіемъ Высокой Покровительницы Института Ея И. В. В. К. Екатерины Михайловны, онъ быстро довелъ до конца свои начинанія. Отстроены были новыя помѣщенія для родильнаго отдѣленія, гинекологическаго и лазарета. Такимъ образомъ помѣщеніе Института значительно расширилось и онъ изъ довольно стараго заведенія (основанъ въ 1797 году) обратился почти въ новое.

Въ смыслѣ внутренняго переустройства Института онъ образовалъ штатъ ассистентовъ, числомъ 6, на мѣста которыхъ опредѣлялъ молодыхъ врачей съ 3-хъ-лѣтнимъ срокомъ службы и тѣмъ положилъ начало цѣлой корпораціи молодыхъ акушеровъ.

Съ 1878 года до самаго закрытія И. Θ. состоялъ преподавателемъ акушерства при женскихъ врачебныхъ курсахъ, гдѣ лекціи его, всегда тщательно обработанныя, вполнѣ научныя и оригинальныя, были встрѣчаемы большимъ сочувствіемъ и сопровождались общимъ вниманіемъ.

Изъ научно-педагогической дѣятельности И. Θ. нельзя не упомянуть также, помимо преподаванія профессорскихъ обязанностей для ученицъ Повивальнаго Института, чтенія лекцій и веденія акушерско-гинекологической клиники при учрежденныхъ по повелѣнію Ея И. В. В. К. Екатерины Михайловны въ 1886 году курсахъ для врачей, желающихъ специализироваться въ акушерствѣ и гинекологіи.

Мы, въ качествѣ ближайшаго помощника И. Θ. въ это время, помнимъ съ какой энергіей

И. О. отдался этому новому для него дѣлу. И, пужно отдать справедливость, онъ потрудился не даромъ. Масса прѣзжавшихъ врачей (вакансій было 28 и онѣ всегда заполнялись желающими) уносили съ собою не только необходимыя практическія свѣдѣнія, но и критическое отношеніе къ самымъ запутаннымъ вопросамъ акушерства. Ежегодно подносимые адреса отъ врачей-слушателей являются лучшими выразителями того впечатлѣнія, которое оставлялъ И. О. въ умахъ своихъ многочисленнымъ учениковъ. Въ этотъ же періодъ времени для цѣлей преподаванія И. О. долженъ былъ значительно расширить гинекологическое отдѣленіе Понивальпаго Института. Было вновь устроено отдѣленіе исключительно оперативное съ 2-мя прекрасными операціонными (для крупныхъ и мелкихъ гинекологическихъ операцій). Въ этомъ отдѣленіи имъ самимъ и произведено довольно значительное количество всевозможныхъ операцій. Не перечисляя ихъ всѣхъ, упомянемъ, что въ этотъ періодъ изъ наиболѣе крупныхъ произведены: 8 кесарскихъ сѣченій (по Sängery), изъ которыхъ въ одномъ случаѣ кесарское сѣченіе произведено вторично; 1 операція *Porro* и значительное число лаларотомій по разнымъ показаніямъ.

Но, какъ на самую выдающуюся роль И. О., это несомнѣнно пужно указать на созданіе той школы, которая, по справедливости, зовется Баландинской.

Получивъ въ свое завѣдываніе Институтъ еще въ то время, когда свѣдѣнія о безгиплостномъ акушерствѣ въ нашемъ отечествѣ были очень смутны, когда идеи Semmelweis'a въ собственномъ его отечествѣ подвергались насмѣлкѣ и строгой критикѣ отъ самыхъ выдающихся акушеровъ того времени. И. О. сразу проникся взглядами Semmelweis'a, энергично и строго началъ проводить ихъ въ жизнь и вселять ихъ въ умы своихъ многочисленныхъ ученицъ и

служащихъ. «Все для больной», вотъ принципъ, положенный И. Θ. въ основу своей школы. Ученицы и служащіе, подчиненные И. Θ., помнятъ, конечно, тотъ строгій и суровый режимъ, которому они подвергались въ заведеніи.

Прямой по патурѣ, идущій неуклонно къ разѣ намѣченной цѣли, И. Θ. не сдавался ни на какіе компромиссы и тѣмъ часто создавалъ, быть можетъ, себѣ враговъ и вызывалъ подчасъ порицаніе своей дѣятельности. Какимъ онъ былъ въ заведеніи, такимъ, конечно, оставался и внѣ стѣнъ заведенія—въ своей практической дѣятельности.

Скончался И. Θ. на 59 году отъ роду. Первые зачатки болѣзни, сведшей его такъ преждевременно въ могилу, пачались давно. Началомъ грустнаго конца нужно считать время года за 3 до смерти, когда онъ отправился на съѣздъ врачей въ Москву и очень скоро возвратился оттуда, до окончанія съѣзда, съ рожей на голени. Хворалъ онъ мѣсяца 2, но, оправившись, въ скоромъ времени захворалъ очень сильной инфлуэнцой, свирѣпствовавшей тогда въ видѣ огромной эпидеміи. Инфлуэнца повторялась у него еще раза 2. По всей вѣроятности, тогда же, подъ вліяніемъ этихъ многократныхъ инфекцій, у него явилось начало паренхиматознаго заболѣванія почекъ, что и послужило конечной причиной смерти. Послѣдніе 2 мѣсяца жизни онъ находился въ состояніи хроническаго уремическаго отравленія, съ постоянно чередовавшимися ухудшеніями и улучшеніями. Подъ самый конецъ у него появилась асцитса и наконецъ отекъ легкихъ, отъ котораго онъ и погибъ. Помимо этого И. Θ. очень давно страдалъ сердечнымъ неврозомъ, повидимому, на почвѣ ожиренія сердца.

И. Θ. состоялъ членомъ Общества Русскихъ врачей и членомъ-учредителемъ акушерско-гинекологическаго общества.

Изъ научныхъ трудовъ, оставшихся послѣ смерти И. О., укажемъ на слѣдующіе:

1) «Женская лечебница и родильный домъ». (Мед. Вѣстн. 1864 г.).

2) «Физиологическая причина развитія кривизны позвоночника у человѣка». (Протоколы общ. русск. врачей, 1870—1871, то же на нѣмецкомъ языкѣ «Virchow's Arch.», Band 27, Heft 3 u. 4).

3) «О происхожденіи нормальныхъ кривизнъ позвоночника у человѣка» (дисс. Спб., 1871, защищена 18 декабря).

4) «Объ измѣреніи мертваго таза вообще и женскаго въ особенности и объ опредѣленіи границъ косянаго родоваго канала». (Протоколы общ. русск. врачей 1870—1871).

5) «Klinische Beiträge aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie» (1 вып., Спб., 1883 года).

6) «Замѣчанія на отчетъ родовспомогательнаго заведенія И. М. Тарновскаго». (Протокъ съѣзда акуш. и гинекол. 1886 г., № 1, стр. 7).

7) «Объ операциіи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ». (Дневникъ 1-го съѣзда Моск.-Петерб. общ. врачей въ память Пирогова 1886 года, секція акушерства, № 1, стр. 7).

8) «О вѣшнихъ чувствахъ». (Переводъ съ нѣмецкаго, Спб., 1877 года).

9) «Объ удаленіи фиброидовъ при беременности». (Докладъ въ акушерско-гинекологическомъ обществѣ въ Спб.).

10) «Ein neuer Operationssaal, insbesondere für Laparotomien bestimmt». (Verhandlungen des X. Internationalen Congresses, Abtheilung VIII: Geburtshilfe und Gynäkologie. S. 96).

11) «Operative Behandlung einer grossen Dehiscenz der Narbe nach Kaiserschnitt». (Ibidem, S. 99).

По предложенію председателя, Общество почтило назвать покойнаго вставаніемъ.

2) *Д. О. Отта* показалъ слѣдующіе препараты: а) пад-влагалищно срѣзанную матку, въ слѣдствіе пещеристой фиброміомы передней стѣнки ея; б) кистовидное заболѣваніе яичника, осложненное раковымъ перерожденіемъ; в) дермоидную кисту съ кровоизліяніемъ въ полости, въ слѣдствіе перекручиванія ножки; опухоль эта удалена у 15 лѣтней дѣвочки, два раза подвергавшейся приступамъ перитонита; г) вырѣзанную черезъ влагалище матку, величиною съ кулакъ, пораженную множественными фиброміомами; въ слѣдствіе значительныхъ размѣровъ матки, она была удалена по способу *Péan'a* (*morcellement*); д) вырѣзанную черезъ влагалище раковоперерожденную матку; е) подсывороточную фиброміому, удаленную чрезъ высѣченіемъ; случай этотъ интересенъ въ томъ отношеніи, что помѣщавшаяся въ *Douglas'овомъ* пространствѣ опухоль была принята однимъ изъ товарищей, раньше видѣвшимъ больную, за перегнутое къзади тѣло матки; ж) три препарата въматочной трубной беременности; относительно одного изъ этихъ препаратовъ съ положительностью, впрочемъ, еще не рѣшено, имѣлась ли здѣсь *трубная* или *яичниковая* беременность; тщательное микроскопическое изслѣдованіе, еще не доведенное докладчикомъ, должно рѣшить этотъ интересный вопросъ.

3) *В. В. Строгоновъ* (изъ клиники *Д. О. Отта*) сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ: «къ патологій *Fallopі'евыхъ* трубъ». Пораженіе *Fallopі'евыхъ* трубъ твердыми новообразованиями наблюдается, по мнѣнію всѣхъ авторовъ (*Bandl, M. И. Горвицъ* и др.) далеко не часто. Что же касается до *первичнаго рака трубы* въ частности, то подобныхъ случаевъ въ иностранной литературѣ насчитывается только 3 (*Orthmann'a, Alban Doran'a* и *Kaltenbach'a*); въ русской же не имѣется вовсе. Но и только что упомянутые 3 случая, кратко реферированные докладчикомъ, по его мнѣнію, не вполне убѣдительны и доказательны, ибо въ случаяхъ *Orthmann'a* и *Doran'a* было одновременное пораженіе ракомъ и другихъ органовъ, а случай *Kaltenbach'a* описанъ такъ кратко, что признать его доказательнымъ почти невозможно, не говоря уже о томъ, что и въ немъ поражены были обѣ трубы. Въ виду по-

добной рѣдкости даннаго заболѣванія, докладчикъ сообщилъ слѣдующій случай, который онъ наблюдалъ въ клиникѣ *Д. О. Отта*. 39-лѣтняя больная, вышедшая замужъ на 16-мъ году, поступила въ Клиническій Институтъ 17 августа 1893 г. Мѣсячныя—съ 16 лѣтъ, по 3—4 дня, черезъ 4 недѣли. Родила 1 разъ 23 года тому, при чемъ роды и послѣродовой періодъ прошли правильно. Лѣтъ 15 назадъ страдала болями въ правой сторонѣ живота, настолько сильными, что 7 лѣтъ пролежала въ постели. Въ 1-й годъ по появленіи мѣсячныхъ, еще до замужества, имѣла сильное кровотеченіе, кусками, длившееся 30 дней. Осенью прошлаго года мѣсячныя не приходили 4 мѣсяца; затѣмъ появилось кровотеченіе, продолжавшееся около 4 недѣль и прекратившееся, по словамъ больной, послѣ вставленія тампона. Послѣ этого мѣсячныхъ опять не было 4 мѣсяца, а затѣмъ появились бѣли съ кровями, продолжавшіяся до поступления въ Клиническій Институтъ. Кости и мышцы хорошо развиты. Подкожная клѣтчатка, хотя и довольно развитая, представляетъ, однако, нѣкоторые слѣды исчезновенія жира: кожа нѣсколько вялая, морщинистая. Легкія здоровы. Сердце немного увеличено въ поперечномъ размѣрѣ: на первомъ тонѣ, у верхушки, нѣжный дуящій шумъ. Печень, селезенка и почки здоровы. Моча безъ бѣлка. Матка нѣсколько увеличена, въ особенности въ поперечникѣ. Длина полости ея 8,5 см. Она лежитъ вблизи крестца (*retropositio*) и немного вправо; подвижность ея ограничена во всѣхъ направленіяхъ. Спереди и немного слѣва отъ матки, между нею и лопнѣмъ соединеніемъ, опредѣляется упругая, яйцевидная опухоль, съ большое куриное яйцо. Опухоль эта довольно подвижна: легко смѣщается и влѣво и вправо. За напряженностью и болѣзненностью сводовъ, при значительной толщинѣ брюшныхъ покрововъ, нельзя было ясно прослѣдить связь опухоли съ маткой, а также и опухать яичники. Распознаны: кистовидное поразженіе придатковъ, метритъ, эндометритъ и остатки перипараметрита. Больной предложены выскабливаніе и чревощееліе, на которыя она и согласилась. Операция произведена 3 сентября. При выскабливаніи, послѣ надлежащаго расширенія канала шейки, не найдено ничего особеннаго, кромѣ слабо выраженаго гиперпластическаго эндометрита.

Частички выскобленныхъ массъ, къ сожалѣнiю, не были оставлены для микроскопическаго изслѣдованiя, такъ какъ никакихъ данныхъ подозрѣвать злокачественное новообразованiе, въ то время не было. По вскрытiи живота опухоль оказалась растянутою правою Fallopіею своей трубой, перекрученной вокругъ своей ножки въ одинъ оборотъ, слѣва на право. Соответственный яичникъ былъ нѣсколько увеличенъ и кистовидно перерожденъ. И труба, и яичникъ удалены. Послѣ разрѣза стѣнки трубы, на внутренней ея поверхности, найдена мягкая, легко рвавшаяся, похожая на цвѣтную капусту, величиною съ большую сливу, опухоль, уже микроскопически напоминавшая злокачественное новообразованiе.

Въ виду сего удалены и лѣвые придатки; лѣвый яичникъ былъ тоже увеличенъ и кистовидно перерожденъ. Предъявленные Обществу микроскопическіе препараты правой трубы представляютъ ясную картинну *аденокарциномы*, въ которую переродилась слизистая оболочка. Данный случай интересенъ во многихъ отношенiяхъ, заключилъ докладчикъ: 1) Раковое пораженiе развилось у наружнаго брюшиннаго конца трубы, что наблюдается особенно рѣдко. 2) Есть полное основанiе признать его *первичнымъ*, такъ какъ нигдѣ, кромѣ трубы, не замѣчено раковаго пораженiя.

Правда, слизистая оболочка полости матки осталась неизслѣдованной, но трудно допустить, чтобы пораженiе ея давало столь ничтожныя явленiя въ теченiи такого долгаго времени, когда вторичный узелъ развился до значительной величины,

Д. О. Оттг замѣтилъ, что лѣвые придатки были удалены *исключительно* потому, что въ правой трубѣ было найдено злокачественное новообразованiе. Въ противномъ случаѣ онъ ограничился бы только проколомъ кисты лѣваго яичника, не удаливъ его. Что касается до наименованiя вышеуказаннаго раковаго пораженiя, то онъ скорѣе остановился бы на названiи *papilloma carcinomatodes*, такъ какъ въ трубѣ железъ нѣтъ.

К. Ф. Славянской, указавъ на то, что выставленные препараты несомнѣнно должно признать за железистый ракъ (*adenocarcinoma*), остановился, между прочимъ, на частотѣ твердыхъ новообразованiй въ трубѣ. Прежде подобныя описанiя действительно весьма рѣдко появлялись въ литературѣ. За послѣднее же время, когда мы лучше ознакомились съ са-

тологіей трубъ, они попадаются чаще. Такъ, напримеръ, *Charles Dixon Jones* изъ Нью-Йорка, сообщаетъ, что на 3,000 вскрытій, произведенныхъ проф. *Formad*'омъ въ Филадельфіи, 35 разъ отмѣчена смерть отъ кровотечения, вслѣдствіе трубной беременности. При ближайшемъ, однако, изслѣдованіи этихъ 35 препаратовъ д-ромъ *Jones*'омъ, въ 3-хъ оказались злокачественныя новообразованія въ трубѣ: *sarcoma globocellulare*, *sarcoma fusocellulare* и *sarcoma melanoides*. Въ заключеніе К. Ф. указалъ на то, что слово *laparotomia*, какъ грамматически несоотвѣтствующее своему значенію, въ настоящее время замѣняется словомъ *coeliotomia*, и привелъ краткія литературныя данныя по этому вопросу.

Предсѣдатель **К. Славянскій.**
Секретарь **Л. Личеусъ.**

ПРОТОКОЛЬ № 16.

Засѣданіе 21-го октября 1893 г.

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали 32 члена: Байковъ, Биддеръ, Вастень, Виридарскій, Воловскій, Гриневъ, Далиловичъ, Драницынъ, Желтухипъ, Заболотскій, Замшинъ, Лилъевъ, Личкусъ, Мазуркевичъ, Массекъ, Мисевичъ, Оттъ, Пётровицъ, Цолонскій, Поршняковъ, Рачинскій, Рузи, Савченко, Садовскій, Смоленскій, Стравинскій, Строгоновъ, Уринъ, Фишеръ, Швердловъ, Шуттенбахъ, Эйхфусъ и 26 гостей.

1) *Э. Θ. Биддеръ* сообщилъ о *случаѣ симфизіотоміи*. 6 сентября с. года, въ родовспомогательное заведеніе поступила роженица, безъ водъ, съ зѣвомъ, открытымъ на 4 поперечныхъ пальца. Головка плотно прижата къ входу таза. Рѣзко выраженное кольцо сокращенія (Bandl'евское кольцо). Боли сильныя. Сердцебиеніе плода замедлено. Тазъ матери, рожавшей въ 1-й разъ, общесъуженоплоскій, — простой, такъ какъ признаковъ англійской болѣзни нѣтъ. Въ такомъ состояніи больная оставалась въ теченіи 2—3 часовъ. Роды нисколько не подвинулись впередъ; между тѣмъ кольцо сокращенія отодвинулось выше и сердцебиеніе плода сдѣлалось еще глуше; температура повысилась до 38,2°.

Въ виду подобныхъ обстоятельствъ, при которыхъ матери угрожалъ разрывъ матки, а плоду предстояла неизбежная смерть, было необходимо возможно скорѣе кончить роды. О кесарскомъ сѣченіи, при вышеуказанныхъ условіяхъ, не могло быть и рѣчи. Прободеніе головки *живаго* плода было нежелательно. Докладчикъ рѣшилъ прибѣгнуть къ наложенію высокихъ щипцовъ. Последнія наложены въ *прямомъ* размѣрѣ таза, дабы за-

хватить головку въ поперечномъ размѣрѣ. Нѣсколько сильныхъ влеченій, однако, оказались совершенно безплодными, а потому не снимая щипцовъ, Э. О. приступилъ къ разсѣченію лоннаго соединенія. Послѣ разрѣза кожи, сопровождавшагося кровоточеніемъ изъ нѣсколькихъ пораненныхъ венъ, но сейчасъ же остановленномъ, лонное соединеніе найдено не сразу. Найдя же его, докладчикъ разсѣкъ все лонное соединеніе, включая и нижнюю дугообразную связку. Концы лонныхъ костей сейчасъ же разошлись на 2 сант. — настолько, насколько они въ предшествовавшихъ двухъ симфизеотоміяхъ, произведенныхъ въ родовспомогательномъ заведеніи, не расходились. Кровотеченіе было очень умѣренное. Рана затампонирована марлей, послѣ чего приступлено къ извлеченію головки, оставшимися на ней щипцами. Концы костей при этомъ разошлись на 6—7 сант. При прохожденіи головки мягкія части вытянулись въ видѣ колпака: онѣ были отгнѣснуты къ лону руками. По окончаніи родовъ замѣченъ поперечный разрывъ на правой малой губѣ; разрывъ этотъ простирался на 2 сант. и на переднюю стѣнку влагалища; онъ, само собою разумѣется, былъ зашитъ. Лонное соединеніе зашито 5-ю шелковыми швами, проведенными только черезъ мягкія части; костныхъ швовъ не было. Простая повязка. Извлеченный въ асфиксіи новорожденный вскорѣ оживленъ, но черезъ 11 часовъ послѣ родовъ умеръ въ судорогахъ отъ кровоизліянія въ мозгъ, какъ было доказано вскрытіемъ. Въ послѣоперационномъ періодѣ больная лихорадила 11 сутокъ. Лихорадка обуславливалась эндометритомъ и маленькимъ нагноеніемъ въ нижнемъ концѣ раны, гдѣ были вставлены дренажъ. На 8-й день сняты швы. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Съ 7 дня больная жаловалась на сильную боль въ области между крестцемъ и вертлюгомъ. Боль эта существовала 2 недѣли, а отчасти чувствуется еще и теперь. Докладчикъ объясняетъ ее страданіемъ сѣдалищнаго нерва (ischias). Въ настоящее время оперированная, показанная обществу, ходитъ очень хорошо. На передней поверхности лоннаго соединенія, между концами костей, имѣется маленькій желобокъ; задняя же поверхность совершенно гладкая.

А. И. Байковъ, отмѣтивъ, что большинство женщинъ послѣ симфизеотоміи лихорадятъ, поставилъ это обстоятельство въ зависимость отъ способа сшиванія раны. Ему кажется, что лучше было бы, между прочимъ, и въ интересахъ будущихъ родовъ, оставлять кости разошедшимися, не заботясь объ ихъ соединеніи. Онъ поступилъ бы поэтому слѣдующимъ образомъ: затампонировавъ рану, наложилъ бы только кожные швы, оставивъ нижній уголъ раны открытымъ. Такой способъ, оставляя свободный стокъ для отдѣленій изъ раны, предупредилъ бы и появленіе лихорадки. Что же касается до возможнаго возраженія, что подвижность лонныхъ костей вліяла бы на ходьбу, то онъ находитъ его неубѣдительнымъ, такъ какъ главную опору для туловища даютъ крестцовоподздошные сочлененія, которыя, даже и въ случаѣ ихъ поврежденія, въ концѣ концовъ, зажили бы въ опредѣленномъ стойкомъ положеніи.

Д-ръ Димантъ находитъ предложеніе *А. И. Байкова* неволею основательнымъ. Если бы даже этимъ путемъ и удалось облегчить теченіе будущихъ родовъ, то несомнѣнно появились бы расстройства походки, такъ какъ онъ, *Димантъ*, убѣдился на трупахъ, что подвижность крестцовоподздошныхъ сочлененій, въ предѣлахъ, допускаемыхъ ихъ связочнымъ приборомъ, довольно значительна, если только она не ограничивается достаточною плотностью лоннаго соединенія.

В. В. Строгоновъ, вполне соглашаясь съ мнѣніемъ *А. И. Байкова*, что было бы желательнымъ обезпечить больной послѣ операціи возможность естественныхъ родовъ въ будущемъ, находитъ, однако, предлагаемый послѣднимъ способъ не подходящимъ, такъ какъ онъ безусловно повліяетъ на способность хожденія. Желая, тѣмъ не менѣе, подойти къ рѣшенію намѣченной задачи, *В. В.* остановился на другой мысли. Онъ пробовалъ, именно, достигнуть искусственнаго расширенія таза, вставляя между концами разведенныхъ лонныхъ костей одного животнаго кусокъ ребра, вырванный у другаго. Опыты эти, произведенные на кроликахъ и собакахъ, пока еще не доведены до конца. Впрочемъ, у двухъ кроликовъ операція увѣчалась полнымъ успѣхомъ: пересаженная кость приросла и животное отлично бѣгаетъ. Само собою разумѣется, что давняя, добытая на животныхъ, не могутъ быть всецѣло переносимы на людей, ходящихъ на двухъ ногахъ, а не на четырехъ. Для устраненія этой слабой стороны опытовъ, *Строгоновъ* думаетъ въ будущемъ воспользоваться обезьянами. Если и у послѣднихъ получатся благопріятные результаты, то можно будетъ тотъ же способъ примѣнить и у роженницъ для достиженія постояннаго расширенія таза.

Д. О. Оттъ итогировалъ пренія слѣдующимъ образомъ: у всѣхъ несомнѣнно чувствуется стремленіе видоизмѣнить симфизеотомію такимъ образомъ, чтобы въ результатѣ получилось стойкое расширеніе таза. Мы слышали здѣсь два предложенія: 1) не добиваться соединенія лонныхъ костей, т. е. оставлять ихъ подвижными, и 2) вставлять кость между ними, для увеличенія тазоваго кольца. Первый способъ врядъ-ли найдетъ подражателей, ибо намъ извѣстно уже изъ литературы, что именно подвижность лоннаго соединенія

лишала больных возможности ходить, т. е. превращала их въ несчастныхъ уродовъ. Что же касается до втораго предложенія, то очевидно, что для окончательнаго сужденія необходимы еще дальнѣйшіе опыты на подходящихъ животныхъ и, въ случаѣ благоприятныхъ результатовъ, испытаніе на людяхъ, т. е. иначе говоря, необходимы послѣдованія, и на животныхъ, и клинически, прежде чѣмъ мы въ состояніи будемъ высказаться за тотъ или другой образъ дѣйствія.

2) *Н. В. Равинскій* (изъ клиники *Д. О. Отта*) показалъ 2 вырѣзанныя черезъ влагалище пораженныя ракомъ матки и 2 надвлагалищно срѣзанныя матки ради фибромиомъ. Въ первыхъ 2-хъ случаяхъ послѣ операціи наблюдались явленія перитонита, но безъ повышенія температуры.

К. А. Воловскій обратилъ вниманіе на то, что существованіе перитонита несомнѣнно съ отсутствіемъ лихорадки и что для явлений, симулирующихъ перитонитъ, существуетъ особое названіе *peritonitismus*.

Она-же спросилъ *Д. О. Отта*, всегда ли у него въ случаѣ рака шейки производится вылученіе всей матки и на послѣдовавшій утвердительный отвѣтъ замѣтилъ, что ему извѣстны случаи, въ которыхъ срѣзывалась только пораженная шейка и больныя вѣтъ уже 7 лѣтъ свободны отъ возврата.

Д. О. Отта возразилъ, что этотъ вопросъ уже такъ часто и подробно обсуждался въ литературѣ, между прочимъ и имъ самимъ, что па сдѣланное замѣчаніе ему остается только сослаться на соответственныя работы.

3) *В. А. Вастенз* показалъ слѣдующіе препараты: 1) три дермоидныя кисты. Первая, довольно большая, удалена у 23-хъ лѣтней больной; на одномъ мѣстѣ ея полости имѣется небольшое сводообразное костное возвышеніе, какъ бы представляющее часть свода черепа. Въ образуемую этимъ возвышеніемъ арку можно ввести палецъ; на вышуклой сторонѣ покрововъ имѣются волосы, образующіе большой клубокъ. Вторая киста представляетъ дермоидъ, осложнившійся кистомою и перекручиваніемъ ножки. Третья получена отъ больной, поступившей съ явленіями остраго воспаленія брюшины: распознано перекручиваніе ножки кисты, и потому немедленно произведена овариотомія. Въ полости кисты найдено кровоизліяніе, точно такъ-же, какъ и въ соответствующей трубѣ.

Стѣнки послѣдней, вслѣдствіе пропитыванія кровью, были значительно утолщены, и поперечникъ ея мѣстами равнялся $3\frac{1}{2}$ —4 см. Въ полости кисты, кромѣ волосъ, найденъ выдающійся изъ стѣнки прекрасно развитой зубъ. В. А. прибавилъ при этомъ, что ему приходилось относительно часто оперировать, вслѣдствіе перекручиванія ножки. На сотню сдѣланныхъ имъ чревосъченій приходится 6 кистъ съ перекрученной ножкой, при чемъ однажды ножка лѣвосторонней кисты была перекручена слѣва на право $3\frac{1}{2}$ раза. У одной больной перекручиваніе случилось задолго до поступления въ отдѣленіе и распознано не было; въ остальныхъ же случаяхъ перекручиваніе было опредѣлено при первомъ же осмотрѣ и служило показаніемъ къ неотложному производству оваріотоміи. Послѣ операціи явленія воспаленія брюшины немедленно стихали и выздоравливаніе шло при прекрасномъ самочувствіи, безъ повышенія температуры. Въ этихъ случаяхъ докладчикъ всегда держится правила выводить кисту, по возможности, цѣликомъ, безъ опорожненія ея содержамаго. 2) *Удаленную*, у 42 лѣтней больной, *черезъ влагалище матки, вслѣдствіе рака задней губы*, въ которой, послѣ выскабливанія, образовалась глубокая, кратерообразная язва. Вслѣдствіе узкости рукава, неподатливости связокъ и величины самой матки (длина 11, ширина дна 7 см.) операція была довольно затруднительна. Препаратъ интересенъ тѣмъ, что на лѣвомъ краѣ тѣла матки находится еще подешвороточная міома, съ небольшой гребней орѣхъ. 3) Интересный препарат *матки, удаленной надвлагалищнымъ срѣзываніемъ*. Крайне истощенная, 43 лѣтняя, больная поступила въ отдѣленіе съ ясно зыблющейся опухолью матки, дно которой было на 16 см. выше пупка. Мѣсячныхъ не было 2 года. Температура все время до операціи ниже 37. Мѣсяца 4 назадъ была, по словамъ больной, лихорадка. Беременность была исключена, но распознываніе, съ точностью поставлено не было. По окончаніи операціи, на первый взглядъ казалось, что опухоль представляла матку съ утолщенными стѣнками, будто бы пораженными распавшимся злокачественнымъ новообразованиемъ; полость содержала старую кровь и распадъ; сообщенія этой полости съ каналомъ шейки, однако, не было. При болѣе подробномъ осмотрѣ препарата выяснилось,

что полость матки существуетъ и что, можетъ быть, первоначально даже имѣлась двурогая матка: въ одномъ отдѣлѣ полости замѣчается небольшая фиброміома на ножкѣ. Изъ задней поверхности дна матки и выросла вышеупомянутая загадочная опухоль, оказавшаяся при микроскопическомъ изслѣдованіи, произведенномъ прозекторомъ больницы проф. *Петровымъ*, міомой; распаденіе этой то опухоли и образовало полость, раньше принятую за полость матки. На 12-й день больная умерла, по заключенію прозектора, отъ истощенія. Найдены бурая атрофія сердца, артерioskлерозъ и т. д. Температура все время колебалась между 35 и 34 съ десятыми. Никакого нагноенія или воспаленія ни около культи, ни въ тазу, не найдено. Швы были сняты на 10-й день; случилось первое натяженіе.

4) *А. П. Заболотскій* (изъ клиники К. О. Славянского) сообщилъ о случаѣ отрыва дѣвственной плевы. У больной, рожавшей потомъ два раза, послѣ перваго совокупленія, кольцевидная дѣвственная плева, вслѣдствіе ея плотности, была оторвана отъ своего основанія справа, снизу и частью слѣва, такъ что въ настоящее время она представляется въ видѣ сережки, помѣщающейся въ лѣвомъ верхнемъ углѣ входа въ рукавъ.

5) *В. Н. Массенъ* сообщилъ о случаѣ отрыва дѣвственной плевы во время родовъ. Перворождающая прибыла въ Гавальскій родильный пріютъ съ неповрежденной кольцевидной дѣвственной плевой. Послѣ родовъ оказалось, что плева оторвана вмѣстѣ съ частью слизистой оболочки рукава. Последняя припhta на свое мѣсто. Докладчикъ думаетъ, что отрывъ плевы былъ обусловленъ ея плотностью, какъ и въ случаѣ *А. П. Заболотскаго*. Разница въ свойствѣ поврежденія произошла, по предположенію докладчика, потому, что въ его случаѣ, при родахъ, сила дѣйствовала изнутри кнаружи; въ случаѣ же *Заболотскаго*, при совокупленіи, снаружи внутрь. Преній по поводу этихъ сообщеній не было.

Предсѣдатель *Д. О. Оттъ*.
Секретарь *Л. Личкусъ*.

ПРОТОКОЛЬ № XV.

Административное засѣданіе 21-го октября 1893 г.

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали 29 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № XIV.

2) Назначенная Обществомъ комиссія для выработки программы чествованія предсѣдателя Общества К. Ф. Славянскаго по поводу истекающаго 9-го декабря с. г. 25-лѣтія его врачебно-ученой дѣятельности, въ составѣ членовъ: А. И. Байкова, Е. Ф. Бацевича, В. А. Вастена, Д. М. Кирѣева, Н. И. Стравинскаго, А. Э. Шмидта, В. И. Штольца и А. Л. Эбермана подъ предсѣдательствомъ Д. О. Отта, предложила Обществу слѣдующее:

а) устроить 9-го декабря въ I часъ дня торжественное засѣданіе Общества, на каковое пригласить, кромѣ членовъ Общества, сослуживцевъ К. Ф. Славянскаго, представителей прочихъ врачебныхъ Обществъ С.-Петербурга, лицъ, стоящихъ во главѣ различныхъ медицинскихъ управленій и учрежденій, редакторовъ медицинскихъ газетъ и пр.;

б) избрать К. Ф. Славянскаго почетнымъ членомъ Общества;

в) поднести ему адресъ отъ Общества;

г) на покрытие расходовъ по устройству торжественнаго засѣданія (приспособленіе для этой цѣли зала засѣданія и пр.) и по изготовленію адреса открыть между членами Общества подписку.

Всѣ присутствовавшіе *единогласно* согласились на предложенія комиссіи, но въ виду недостаточнаго числа членовъ постановили вторично обсудить этотъ вопросъ на слѣдующемъ административномъ засѣданіи, которое будетъ назначено на основаніи § 34 устава.

3) Предсѣдатель сообщилъ Обществу, что испанскій

консуль, по порученію испанскаго посольства, извѣщаетъ о международной выставкѣ, имѣющей быть въ Мадридѣ въ 1894 году.

4) За недостаточнымъ числомъ членовъ баллотировка въ члены М. М. Миронова и П. А. Антипова отложена до слѣдующаго засѣданія.

5) Предложены въ дѣйствительные члены:

Докторъ медицины Адамъ Ромуальдовичъ *Рымша* (предложенъ Стравинскимъ, Вастеномъ и Даниловичемъ);

Лекарь Иванъ Иваловичъ *Казьминг* (предложенъ А. Р. Фишеромъ, Массеномъ и Заболотскимъ);

Лекарь Веліаминъ Александровичъ *Вильмовскій* (предложенъ Фишеромъ, Массеномъ и Заболотскимъ).

Предсѣдатель Д. О. Оттъ.

Секретарь Л. Личкусъ.

А. Крассовскій.

К. Славянскій.

Л. Личкусъ.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ

ИМПЕРАТОРСКАГО

КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

НА 1894 ГОДЪ.

Въ Ученыхъ Запискахъ помѣщаются:

I. Въ отдѣлѣ наукъ: ученые изслѣдованія профессоровъ и преподавателей; сообщенія и наблюденія; публичныя лекціи и рѣчи; отчеты по ученымъ командировкамъ и извлеченія изъ нихъ; научныя работы студентовъ, а также рекомендованныя факультетами труды постороннихъ лицъ.

II. Въ отдѣлѣ критики и библіографіи: профессорскія рецензіи на магистерскія и докторскія диссертациі, представляемыя въ Казанскій Университетъ, и на студенческія работы, представляемыя на сужденіе наградъ; критическія статьи о вновь появляющихся въ Россіи и за границей книгахъ и сочиненіяхъ по всеѣмъ отраслямъ знанія; библіографическіе отзывы и замѣтки.

III. Университетская лѣтопись: извлеченія изъ протоколовъ, засѣданій Совѣта, отчеты о диспутахъ, статьи, посвященныя обзорѣнью коллскціи и состоянію учебно-воспитательныхъ учреждений при Университетѣ, біографическіе очерки и некрологи профессоровъ и другихъ лицъ, стоявшихъ близко къ Казанскому Университету, обзорѣнія преподаванія, распредѣленія лекцій, актовый отчетъ и проч.

IV. Приложенія: университетскіе курсы профессоровъ и преподавателей; памятники историческіе и литературныя съ научными комментаріями и памятники, имѣющіе научное значеніе и еще не обнародованныя.

Ученыя Записки выходятъ періодически шесть разъ въ годъ книжками въ размѣрѣ не менѣе 15 листовъ, не считая извлеченій изъ протоколовъ и особыхъ приложеній.

Подписная цѣна въ годъ со всеѣми приложеніями **6 руб.**, съ пересылкою **7 р.** Отдѣльныя книжки можно получать въ редакціи по **1 руб. 50 к.** Подписка принимается въ Правленіи Университета.

Редакторъ *Ө. Мищенко.*