

Р. Ф.

618.14
Г-763

Отдельный оттиск

изъ журнала

Акушерства и Женскихъ Болѣзней

№ 12. ДЕКАБРЬ. 1889.

618 14

Г 763

изъ книги д-ра А. А. Скутнова

1886

**ОБЪ ИЗМѢНЕНІЯХЪ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТѢЛА МАТКИ
ПРИ РАКѢ ШЕЙКИ.**

ЧЕТЫРЕ СЛУЧАЯ ПОЛНАГО УДАЛЕНІЯ МАТКИ ЧЕРЕЗЪ ВЛАГАЛИЩЕ.

Пр. доцента И. Н. Грамматикати.

Сообщено въ засѣданіи акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербурѣ 21 сентября 1889 г.

Вопросъ о томъ, какъ слѣдуетъ поступать при раковыхъ пораженіяхъ шейки матки—ограничиваться ли удаленіемъ пораженной части или предпринимать полное удаленіе органа, былъ замѣченъ и отчасти рѣшенъ изслѣдованіями Ruge и Veit'a въ томъ смыслѣ, что при нѣкоторыхъ формахъ рака, именно при пораженіи влагалищной части съ наклонностью распростра- няться поверхностно по направленію къ сводамъ, можно огра- ничиться только удаленіемъ влагалищной части или шейки матки, тогда какъ въ 2-хъ остальныхъ патолого-анатомически установленныхъ формахъ рака, имѣющихъ началомъ своимъ слизистую оболочку канала шейки или толщу ея ткани, слѣ- дуетъ спѣшить съ полнымъ удаленіемъ органа. Такое рѣшеніе вопроса логически вытекаетъ изъ данныхъ изслѣдованій Ruge

(100)

84299. 1

Научно-учебная
БИБЛИОТЕКА
Томскаго Государствен-
наго медицинскаго института

ПРОВЕРЕНА
33366

и Veit'a ¹⁾ относительно различныхъ формъ, начальныхъ пунктовъ, распространенія и роста рака шейки

За частичное удаленіе матки, хотя бы въ нѣкоторомъ рядѣ случаевъ, говоритъ кромѣ того и то общераспространенное клиническое наблюденіе, по которому ракъ полости матки составляетъ вообще рѣдкое явленіе независимо отъ того, существуетъ ли подобный же процессъ на шейкѣ или нѣтъ. Слѣдовательно, удаленіе при такихъ условіяхъ тѣла матки едва ли возможно возводить въ постоянное правило уже по тому одному, что удаленіе это сопряжено съ нанесеніемъ больной болѣе тяжелаго поврежденія. Однако, за исключеніемъ клиническихъ фактовъ и макроскопическаго наблюденія слизистой оболочки матки, недоставало до послѣдняго времени точныхъ гистологическихъ изслѣдованій относительно того, въ какомъ состояніи находится слизистая оболочка матки при раковыхъ пораженіяхъ шейки. Abel'ю ²⁾ во всякомъ случаѣ принадлежитъ неоспоримая заслуга въ томъ, что онъ первый сосредоточилъ свое вниманіе на этомъ пунктѣ и здѣсь желалъ найти основу и подтвержденіе существующимъ разновидностямъ оперативнаго пособія при ракѣ шейки. Изслѣдованія его, произведенныя на 7-ми маткахъ, удаленныхъ Leop. Landau въ его частной клиникѣ въ Берлинѣ, убѣдили его въ томъ, что слизистая оболочка матки, не смотря на свою макроскопическую сохранность, представляетъ тѣмъ не менѣе существенныя измѣненія, которыя, по его мнѣнію, а также и по мнѣнію Waldeyer'a, видѣвшаго его препараты, должны быть отнесены къ саркоматозному перерожденію. Слизистая оболочка, во всѣхъ случаяхъ утолщенная, состояла изъ большихъ, круглыхъ или веретенообразныхъ клѣтокъ съ однимъ большимъ ядромъ, расположенныхъ цугами параллельно къ поверхности слизистой оболочки или косвенно къ ней. Желѣзы слизистой оболочки въ особенности въ глубокихъ слояхъ, были увеличены, расширены, мѣстами съ многочисленными высту-

¹⁾ Ruge und Veit, der Krebs der Gebärmutter. Stuttgart. 1881 r.

²⁾ Abel. Arch. f. Gyn. Bd. 32. Hf. 2. стр. 271.

нами на внутренней поверхности. Только въ двухъ случаяхъ въ межжелѣзистой ткани авторъ могъ усмотрѣть картину хроническаго воспаленія; во всѣхъ же остальныхъ картина измѣненій носила на себѣ характеръ новообразованія и именно саркоматознаго. Исходя изъ данныхъ своихъ изслѣдованій авторъ думаетъ, что при каждомъ случаѣ рака шейки показано полное удаленіе матки.

Спустя нѣкоторое время Fränkel ¹⁾ провѣрилъ результаты Abel'я на 4-хъ удаленныхъ при жизни маткахъ и на двухъ полученныхъ при вскрытіяхъ. Подтверждая картину микроскопическихъ измѣненій, данную Abel'емъ, Fränkel не усматриваетъ въ нихъ характера саркоматознаго перерожденія и относитъ ихъ къ формамъ воспалительнаго измѣненія слизистой оболочки. вмѣстѣ съ тѣмъ Fränkel ставитъ вопросъ о томъ, слѣдуетъ ли измѣненія слизистой оболочки матки считать вторичными, обусловленными раковымъ пораженіемъ шейки, или же, наоборотъ, ихъ слѣдуетъ считать первичными, подготовившими, быть можетъ, почву для начала страданія шейки. Вскорѣ послѣ обнародованія работы Abel'я Eckard ²⁾ сдѣлалъ сообщеніе по тому же предмету на 2-мъ съѣздѣ германскихъ гинекологовъ въ Halle въ 1888 году.

Материаломъ для его изслѣдованій послужили 9 матокъ, удаленныхъ Kaltenbach'омъ. По мнѣнію Eckard'a, слизистая оболочка матки дѣйствительно претерпѣваетъ измѣненія, но измѣненія эти главнымъ образомъ касаются желѣзъ. Эти послѣднія увеличены, извиты на подобіе штопора, иногда расширены, вездѣ покрыты хорошо сохранившимся эпителиемъ и мѣстами, особенно въ глубокихъ слояхъ слизистой оболочки, настолько тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, что ихъ отдѣляетъ пространство, на которомъ помѣщается не болѣе 2 — 3 вѣтлокъ промежуточной ткани; въ полости желѣзъ обращали на себя вниманіе сосочковыя разращенія. Промежуточная ткань

¹⁾ Fränkel. Ueber die Veränderungen des Endometrium bei carcinoma cervicis uteri. Arch. f. Gyn. Bd. XXXIII Hft. 1.

²⁾ Eckard. Zweiter Kongress zu Halle, стр. 295.

относительно мало измѣнена, носить на себѣ характеръ гиперплазіи клѣточныхъ элементовъ и съ своей стороны позволяетъ отнести весь рядъ измѣненій къ хроническому воспаленію слизистой оболочки и главнымъ образомъ къ желѣзистому аппарату ея.

13 го Іюля 1888 года тотъ же вопросъ поднять былъ въ Берлинскомъ акушерскомъ Обществѣ Saurenhaus'омъ ¹⁾ и вызвалъ оживленные пренія, въ которыхъ приняли участие Landau, Orthmann, Olshausen, Veit и Ruge. Къ сожалѣнію докладъ Saurenhaus'a не напечатанъ въ протоколѣ засѣданія Общества и имѣетъ появиться въ печати въ ближайшемъ № Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäk. Тѣмъ не менѣе, насколько явствуетъ изъ преній, изслѣдованія Saurenhaus'a не служатъ къ подтвержденію взглядовъ Abel'я и сходятся съ данными Eckard'a. Orthmann, сообщившій въ томъ же засѣданіи Берлинскаго Общества свои наблюденія по этому поводу, считаетъ ихъ совершенно согласными съ данными Saurenhaus'a. Изъ 10-ти случаевъ Orthmann'a въ 2-хъ случаяхъ у женщинъ, вступившихъ уже въ климактерическій возрастъ, слизистая оболочка матки, удаленная по поводу рака шейки, представлялась въ состояніи атрофіи, въ остальныхъ 8 ми случаяхъ слизистая оболочка полости матки была утолщена отъ 0,3 до 0,5 см., при чемъ въ двухъ случаяхъ имѣлся endometritis съ увеличеніемъ и расширеніемъ желѣзъ, въ двухъ случаяхъ и желѣзы и промежуточная ткань равнымъ образомъ участвовали въ утолщеніи; наконецъ, въ 4-хъ случаяхъ утолщеніе обуславливалось разращеніемъ элементовъ промежуточной ткани. Эти измѣненія желѣзъ и стромы слизистой оболочки Orthmann относитъ къ послѣдствіямъ хроническаго воспаленія. Въ томъ же смыслѣ высказался и Ruge, по мнѣнію котораго новообразованія слизистой оболочки матки въ случаяхъ Abel'я суть результаты продуктивнаго воспаленія (Endometritis productiva, hyperplastica). Leop. Landau, въ свою очередь, отстаивалъ Abel'я и утвер-

¹⁾ Zeitschr. für Geburtsh. und Gyn. Bd. XVI H. 1 стр. 175.

ждалъ, что на многочисленныхъ срѣзахъ нельзя было отыскать существенныхъ признаковъ воспаленія, и характеръ измѣненій носилъ видъ саркоматознаго новообразованія. Разницу въ наблюденіяхъ различныхъ авторовъ Landau пробуетъ ставить въ связь съ различнымъ возрастомъ заболѣвшихъ, при чемъ у молодыхъ особъ слизистая оболочка претерпѣваетъ, быть можетъ, совершенно другія измѣненія, чѣмъ у лицъ, приблизившихся къ климактерическому возрасту

Совершенно ясно изложены взгляды на воспалительныя измѣненія слизистой оболочки матки въ недавней работѣ Abel'я, произведенной совмѣстно съ Teod. Landau ¹⁾. И здѣсь исходнымъ и основнымъ пунктомъ является все то же положеніе, по которому нельзя связать или приурочить къ воспаленію такія измѣненія въ тканяхъ, которыя не сопровождаются ни мелко-кѣлочковою инфильтраціею, ни склонностью къ образованію соединительной ткани, ни регрессивными измѣненіями въ основной или новообразованной воспалительной ткани. Всякое измѣненіе ткани съ характеромъ наростанія, не заключающее въ себѣ указанныхъ выше характерныхъ явленій воспаленія, должно считаться, съ точки зрѣнія авторовъ, новообразованіемъ, которому они и даютъ названіе согласно анатомическимъ особенностямъ нарастающей ткани. Устанавливая, такимъ образомъ, для измѣненій слизистой оболочки матки при ракѣ шейки характеръ саркоматознаго перерожденія, Landau и Abel далеки отъ мысли связывать вмѣстѣ съ этимъ злокачественность новообразованія, и ссылаются въ этомъ отношеніи на Waldeyer'a, по которому злокачественность зависитъ не только отъ анатомическаго строенія, но и отъ совокупности многихъ условій, какъ общихъ, такъ и мѣстныхъ.

Въ самое послѣднее время Abel и Th. Landau ²⁾ снова вы-

¹⁾ Landau (Theod.) und Abel. Beitrage zur Pathologisch. Anatomie des Endometritis. Arch. f. Gyn. Bd. XXXIV Hf. 2. стр. 165.

²⁾ Abel und T. Landau. Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinoma der Portio vaginalis. Arch. f. Gyn. Bd. XXXV Hf. 2 стр. 214.

ступили въ защиту высказанныхъ прежде взглядовъ и вмѣстѣ съ тѣмъ значительно дополнили ихъ. Исслѣдовавъ еще въ 8-ми случаяхъ слизистую оболочку матки, они приходятъ къ заключенію, что слизистая оболочка матки при ракѣ шейки всегда существенно измѣнена, что измѣненія эти въ нѣкоторыхъ случаяхъ носятъ характеръ воспалительный, а въ другихъ носятъ характеръ саркоматознаго измѣненія; далѣе, основываясь на нѣкоторыхъ литературныхъ данныхъ, они считаютъ возможнымъ разсматривать эти саркоматозныя измѣненія, какъ предварительный стадій (Vorstadium) къ раковому метастазу. Измѣненія въ желѣзахъ часто носятъ характеръ *adeno-carcinom*'ы. Какъ практическій выводъ изъ этого авторы считаютъ болѣе раціональнымъ при точно установленномъ ракѣ шейки, не ограничиваться высокой ампутаціей, но удалять всю матку.

Вотъ тѣ разнообразныя и противорѣчивыя мнѣнія, которыя высказаны были въ относительно короткое время по поводу измѣненій внутренняго покрова матки при ракѣ шейки, и какъ мы видѣли, вопросъ не ограничился исключительно областью патолого-анатомическихъ данныхъ, но затронулъ многіе существенные вопросы о показаніяхъ къ операціи, о злокачественности новообразованій, объ отношеніи саркомы къ раку, наконецъ о воспаленіи.

Слѣдуетъ ли во всякомъ случаѣ рака шейки удалять всю матку? Казалось бы слѣдуетъ, если слизистая оболочка полости матки саркоматозно измѣнена.

Слѣдуетъ ли считать это саркоматозное перерожденіе за злокачественное? Казалось бы слѣдуетъ уже потому одному, что мы не знаемъ, какъ скоро наступятъ несомнѣнныя клиническія явленія злокачественности.

Далѣе, возможно ли разсматривать саркому, какъ предшествующую ступень къ раку?

Наконецъ, слѣдуетъ ли считать воспаленными только тѣ ткани, въ которыхъ мы съ сосудистыми разстройствами наблюдаемъ грануляціонную инфильтрацію съ ея прогрессивными и регрессивными измѣненіями? Это тѣмъ болѣе важно знать

намъ, гинекологамъ, которые наблюдаютъ подъ микроскопомъ цѣлый рядъ существенныхъ тканевыхъ измѣненій, напримѣръ, въ яичникахъ, сопровождающихся кромѣ того и рядомъ болѣзненныхъ симптомовъ, безъ того однако, чтобы въ ткани яичниковъ мы усмотрѣли грануляціонную инфильтрацію съ ея обычными переходами.

Всѣ эти вопросы послѣдовательно затронуты были Landau и Abel'emъ съ цѣлью, очевидно, дать прочную теоретическую основу мнѣнію этихъ авторовъ касательно измѣненій слизистой оболочки матки. Ко всему этому слѣдуетъ добавить, что Landau и Abel' пока въ затронутомъ ими вопросѣ стоятъ совершенно особо, не имѣя сторонниковъ.

Въ виду изложеннаго выше и въ виду того, что со времени работы Abel'я въ русской литературѣ не появилось ни одного изслѣдованія въ этомъ направленіи, я изложу результаты моихъ наблюденій объ измѣненіяхъ слизистой оболочки матки при ракъ шейки.

Матеріаломъ для моихъ изслѣдованій послужили 4 матки, удаленныя мною черезъ влагалище при ракъ шейки. Два относящіеся сюда случая уже опубликованы (Врачъ 1887 г. № 3; «Работы по вопросамъ гинекологіи и акушерства» Саратовъ. 1887 г стр. 22) съ клинической стороны, а потому въ настоящемъ я коснусь только микроскопическаго изслѣдованія; что касается остальныхъ 2-хъ случаевъ, еще не опубликованныхъ, то приведу ихъ краткую исторію. Съ нихъ я и начну.

Случай 1. Ал. Мил...ва 42 лѣтъ, мѣщанка Аткарскаго уѣзда, Саратовской губерніи, въ теченіе послѣднихъ 15 лѣтъ вдова, поступила въ Саратовскую земскую больницу 12 марта 1885 года, съ жалобами на кровянистыя выдѣленія изъ половыхъ органовъ. Первые регулы лѣтъ 15-ти появлялись правильно черезъ три недѣли, продолжаясь въ молодыхъ годахъ по 7 дней, а позже по 5. Замужъ вышла 17-ти лѣтъ и въ первый же годъ забеременела. Всѣхъ беременностей было три, всѣ онѣ протекли правильно и закончились нормальными родами, послѣ которыхъ больная обыкновенно кормила. Послѣдніе роды 18 лѣтъ тому. Года 4 тому назадъ у больной появились незначительныя бѣли, по поводу которыхъ она поступила въ больницу, гдѣ, судя по рассказамъ больной, ей было сдѣлано прижиганіе каленымъ желѣзомъ. Года три послѣ этого прижиганія больная чувствовала себя хорошо, регулы

БЕРЕГИТЕ КНИГУ

Биб. Топ. Гос. Мед. Инст

появлялись правильно; бѣли отсутствовали. По прошествіи этого времени снова наступили прежніе симптомы; появились бѣли, которыя за послѣдніе мѣсяцы приобрѣли кровянистый характеръ. Болей внизу живота или въ крестцовой области никогда не было.

При объективномъ изслѣдованіи найдена правильно сформированная, но вмѣстѣ съ тѣмъ истощенная женщина, съ слабо развитымъ подкожно-жирнымъ слоемъ и съ блѣдно-желтыми покровами и слизистыми оболочками. Со стороны органовъ грудной и брюшной полости не замѣтно измѣненій. Наружные половые органы и рукавъ носятъ на себѣ характеръ измѣненій, свойственныхъ рожавшей женщинѣ. При внутреннемъ изслѣдованіи матка увеличена замѣтно въ объемѣ, плотна, незначительно чувствительна, in retroflexione, но подвижна и легко редрессируется. Своды свободны. Влагалищная часть искажена въ своей формѣ, состоитъ какъ бы изъ отдѣльныхъ узловъ, укорочена и увеличена въ окружности; наружный зѣвъ окаймленъ разраженіями, легко кровоточащими, мѣстами высоко выступающими надъ уровнемъ сосѣднихъ частей. 17 марта произведено мною выскабливаніе разраженныхъ массъ съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ Paquelin'омъ. Удаленныя массы подвергнуты микроскопическому изслѣдованію и установленъ такимъ образомъ діагнозъ раковаго пораженія влагалищной части. Пораженіе это, занимая главнымъ образомъ поверхность влагалищной части матки, проникаетъ отчасти и въ каналъ шейки.

20-го апрѣля, спустя слишкомъ мѣсяцъ, на влагалищной части на мѣстѣ, гдѣ произведено было прижиганіе, снова замѣчены разраженія; кромѣ того въ толщѣ самой ткани появился новый узелъ. Вопросъ объ оперативномъ радикальномъ леченіи былъ рѣшенъ, и 10 іюня 1887 года мною произведено было полное удаленіе матки черезъ влагалище. По отдѣленіи шейки матки отъ мочевого пузыря, боковыхъ сводовъ и parametriae lateralis, вскрытъ задній сводъ, а черезъ образованное такимъ образомъ отверстіе выведено не безъ затрудненій объемистое тѣло матки. Дальнѣйшее отдѣленіе матки отъ широкихъ связокъ не представило затрудненій. Рана въ сводѣ вагины зашита съ боковъ и черезъ оставленное въ средней части небольшое отверстіе выведены концы лигатуръ, число которыхъ равнялось приблизительно 50-ти, благодаря тому обстоятельству, что добытый въ Саратовѣ шелкъ по своей непрочности и незначительной толщинѣ не позволялъ захватывать значительные участки тканей. Продолжительность операціи около 2-хъ часовъ. Влагалище затампонировано сушеной марлею. Ледъ на животъ. Послѣоперационный періодъ протекъ при незначительной реакціи; наибольшая t° наблюдалась на 3-й день и равнялась 37,9; пульсъ все время не переходилъ 84; спустя 4 часа послѣ операціи больная начала мочиться. Рвоты не было.

На 3-й день произведена мѣна тампона.

Въ дальнѣйшемъ теченіи каждые 2—3 дня мѣна эта возобновлялась въ теченіе 3 недѣль. 6-го іюля больная встала, а 3-го августа оставила больницу въ совершенно удовлетворительномъ состояніи. Лигатуры продолжали выдѣляться еще спустя 6 мѣсяцевъ послѣ операціи. Въ августѣ 1888 года,

слишкомъ годъ послѣ операціи, больная показалаcя мнѣ: рецидива нѣтъ. Слѣдуетъ упомянуть еще о томъ, что первые мѣсяцы, приблизительно къ тому времени, когда должна была-бы наступить менструація, у больной появлялись разнообразныя разстройства, заключающіяся то въ сильныхъ приступахъ болей внизу живота, то въ тошнотѣ и рвотѣ, головокруженіи и сердцебиеніи, поврежденіямъ изъ прямой кишки появлялась кровь; къ концу года разстройства эти мало-по-малу и постепенно настолько уменьшились, что не составляли уже для больной особеннаго страданія ¹⁾).

Увеличенная удаленная матка, длиною въ 11 см., представляетъ полость=9 см. Стѣнки ея, въ особенности заднія, утолщены до 2 см. Слизистая оболочка ея ровна, гладка, утолщена до 0,5 см.

Для микроскопическаго изслѣдованія ²⁾ куски изъ тканей шейки и тѣла матки обработаны въ алкогольъ и заключены въ фотоксилиновую массу Срѣзы обработаны пикрокарминомъ, эозиномъ и гематоксилиномъ и послѣ просвѣтленія въ ol. origani vulgaris заключены въ канадскій бальзамъ. Разсмотрѣніе срѣзовъ изъ влагалищной части обнаружило раковую инфильтрацію (гнѣздную) въ толщѣ тканей; неправильной формы гнѣзда изъ большихъ, неправильныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ простираются вверхъ вдоль канала шейки и теряются гесп. отсутствуютъ нѣсколько ниже внутренняго зѣва матки.

На разрѣзахъ, взятыхъ изъ тѣла матки, слизистая оболочка, покрытая мѣстами хорошо сохранившимся слоемъ цилиндрическихъ клѣтокъ, утолщена главнымъ образомъ насчетъ увеличенія и развѣтвленія желѣзистыхъ трубокъ. Ближе къ свободному краю слизистой оболочки желѣзъ вообще попадаетъ меньше; въ глубокихъ слояхъ все поле зрѣнія занято развѣтвленіями желѣзистыхъ окончаній, мѣстами расширенныхъ, мѣстами винтообразно извитыхъ. Эпителий желѣзъ болѣею частью хорошо сохраненъ и представляется въ формѣ слоя красивыхъ высокихъ одноядерныхъ цилиндрическихъ клѣтокъ. Въ очень немногихъ мѣстахъ, въ расширенныхъ участкахъ желѣзистыхъ трубокъ можно замѣтить выступы въ просвѣтѣ, образованныя наслоеніями желѣзистыхъ клѣтокъ. Промежуточная ткань состоитъ изъ веретенообразныхъ и круглыхъ соединительно-тканыхъ клѣтокъ, заложенныхъ въ стромѣ изъ соединительно-тканыхъ волоконъ; въ глубокихъ частяхъ слизистой оболочки этой промежуточной ткани настолько мало, что желѣзистыя трубки почти соприкасаются, и между ними находится лишь нѣсколько рядовъ веретенообразныхъ клѣтокъ.

¹⁾ Указанныя разстройства слѣдуетъ поставить въ связь съ продолжающеюся на первыхъ порахъ послѣ операціи функціею оставленныхъ яичниковъ. См. Грамматикати. Экспериментальныя данныя касательно дальнѣйшей судьбы яичниковъ послѣ полнаго удаленія матки у кроликовъ. «Врачъ». 1888 г., №№ 44, 45. О томъ-же, «Врачъ», 1889 г., № 14.

²⁾ Слѣдуетъ упомянуть, что какъ этотъ препаратъ, такъ равно и всѣ остальные, до микроскопическаго изслѣдованія продолжительное время сохранялись въ спиртѣ и слѣдовательно не обладаютъ свойствами совершенно свѣжихъ тканей, на которыхъ можно наблюдать всѣ безъ исключенія детали тончайшихъ измѣненій (каріокинезъ).

Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ и какъ-бы въ видѣ исключенія въ промежуточной ткани замѣчаются небольшіе участки, инфильтрированные грануляционными шариками. Здѣсь на небольшомъ участкѣ можно прослѣдить переходъ круглыхъ элементовъ въ веретенообразныя, а еще дальше и въ соединительно тканныя волокна. Этотъ воспалительный процессъ въ промежуточной ткани имѣетъ чисто гнѣздный характеръ, встрѣчается только въ глубокихъ частяхъ слизистой оболочки и располагается по преимуществу вокругъ расширенныхъ желѣзистыхъ окончаній. Ко всему этому слѣдуетъ прибавить, что окончанія желѣзъ не заходятъ въ подлежащій мышечный слой и вся вообще слизистая оболочка рѣзкой линіей отдѣляется отъ ткани матки. Въ этой послѣдней, за исключеніемъ инфильтраціи вокругъ сосудовъ, нельзя усмотрѣть какихъ-либо существенныхъ измѣненій. Такимъ образомъ, на основаніи гистологическихъ данныхъ мы должны признать, что измѣненія въ слизистой оболочкѣ должны быть отнесены къ той формѣ заболѣванія, которая носитъ названіе «*endometritis glandularis*».

Случай 2. Мар. Кр....ва, 23-хъ лѣтъ, незамужняя, III пара. поступила 21-го апрѣля 1888 года въ Саратовскую земскую больницу съ жалобами на не уступающія никакимъ пріемамъ леченія бѣли, появившіяся годъ тому назадъ послѣ послѣднихъ родовъ. Первые регулы появились на 15-мъ году, правильно повторялись черезъ 3 недѣли, по 9 дней, безъ боли. Всѣ роды протекали правильно; послѣ послѣднихъ родовъ регулы неправильны, по 10—12 дней. Несмотря на эти неправильности больная чувствуетъ себя хорошо, и единственная жалоба ея—это постоянное истеченіе изъ половыхъ органовъ. Въ декабрѣ 1887 года больная первый разъ изслѣдована мною въ амбулаторіи больницы и тогда распознанъ двухсторонній разрывъ влагалищной части матки съ выворотомъ цервикальной слизистой оболочки (*ectropion capalis cervicis*); увеличенное, слегка болѣзненное, мало подвижное тѣло матки опредѣлялось въ заднемъ сводѣ (*retroversio*). При вторичномъ осмотрѣ въ срединѣ апрѣля 1888 года, на влагалищной части матки вокругъ наружнаго зѣва опредѣлялась уже характерная язва съ неправильнымъ грязнымъ дномъ и подрывными краями, величиною въ 2,5 см. въ діаметрѣ. 22-го апрѣля послѣ выскабливанія острой ложечкой язвенная поверхность глубоко выжжена термокаутеромъ Raquelin'a. Микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ острой ложечкой кусочковъ обнаружило картину неправильнаго разрастанія эпителія.

Больная поступила вслѣдъ за этимъ въ больницу и спустя мѣсяць, 22-го мая 1888 года, на влагалищной части снова констатирована язва съ отвороченными, инфильтрированными краями. Изъязвленіе значительно подвинулось по направленію къ заднему своду. Длина матки=8 см. Матка хорошо контурируется, мало подвижна, смѣщена назадъ.

На основаніи клиническаго наблюденія больной въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, а также и руководствуясь данными микроскопическаго изслѣдованія было поставлено слѣдующее распознаваніе: *Carcinoma portionis vaginalis, retroversio uteri, adhaesiones uteri*.

27-го мая 1888 года произведено мною полное удаление матки через влагалище. По отдѣленіи мочевого пузыря отъ шейки матки, приступлено къ разъединенію боковыхъ прикрѣпленій матки, причемъ art. uterinae обѣихъ сторонъ, по обнаруженіи ихъ, перевязаны отдѣльно; послѣдовательно вскрытъ задній сводъ; черезъ образованное отверстіе введенными двумя пальцами тѣло матки отдѣлено отъ обильныхъ тесемчатыхъ сращеній и выведено черезъ задній сводъ, послѣ чего приступлено къ отдѣленію широкихъ связокъ. Яичники не удалены. Всѣхъ лигатуръ 25-ть; отверстіе въ сводѣ вагины съ боковъ зашито 6-ю швами; въ срединѣ выведены лигатуры; вагина затампонирована іодоформенной марлею. Продолжительность операціи 1,5 часа. Послѣоперационный періодъ прошелъ безъ осложнений. Первые 3 сутокъ вводился одинъ разъ вечеромъ подъ кожу морфій ($\frac{1}{6}$ gr.); до 7-го дня на животѣ держался ледъ. Со 2-го дня больная начала получать бульонъ, съ 5-го твердую пищу (хлѣбъ, котлету); къ началу 3-й недѣли начала ходить.

Въ теченіе всего времени пребыванія больной въ больницѣ каждые 2—3 дня мѣнялся вагинальный тампонъ. Съ 10-го дня начали отходить лигатуры. 26-го іюля больная оставила больницу. Дальнѣйшая судьба больной въ теченіе первыхъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ извѣстна. За это время оперированная нѣсколько разъ являлась ко мнѣ по поводу внезапно наступившихъ приступовъ болей въ паховыхъ областяхъ, тошноты, рвоты. Приступы эти повторялись приблизительно каждый мѣсяцъ въ одно и тоже время и соответствовали періоду, когда должны были появляться регулы. (Срав. выше стр. 12).

Удаленная матка длиною 9,5 cm., обладаетъ толстыми, плотными стѣнками; задняя стѣнка 1,8 cm. толщиной; новообразование, начинаясь въ области наружнаго зѣва, идетъ вверхъ въ цервикальный каналъ, не достигая средины его; сверху слизистая оболочка канала шейки не представляется измѣненной; слизистая оболочка полости матки, довольно гладкая, въ разрѣзѣ представляется неравномѣрно утолщенной, мѣстами какъ-бы вдается въ мышечную ткань матки, такъ что граница ея, хорошо различаема макроскопически, представляетъ волнистую линію. Наибольшая толщина ея 2,5 mm.; наименьшая 1,5 mm. На микроскопическихъ препаратахъ, приготовленныхъ какъ и въ предыдущемъ случаѣ, слизистая оболочка представляется покрытой цилиндрическимъ эпителиемъ, сохранившимся почти всюду на поверхности. Желѣзы слизистой оболочки сравнительно съ нормальной слизистой оболочкой попадаютъ въ меньшемъ количествѣ, онѣ какъ-бы отделены другъ отъ друга межжелѣзистой тканью; просвѣтъ ихъ не расширенъ и онѣ большею частью имѣютъ хорошо выраженный и неизмѣненный слой правильныхъ цилиндрическихъ клѣтокъ съ хорошо выраженнымъ овальнымъ ядромъ; на границѣ съ мышечнымъ слоемъ матки измѣненія желѣзъ появляются въ формѣ расширенія ихъ просвѣта, при чемъ въ нѣкоторыхъ расширенныхъ полостяхъ замѣчаются наслоенія желѣзистыхъ клѣтокъ; вмѣстѣ съ тѣмъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ окончанія желѣзистыхъ трубокъ заходятъ далеко въ мышечный слой, будучи со всѣхъ сторонъ окружены мышечными

БЕРЕГИТЕ КНИГУ

Рос. Гос. Биол. Муз.

пучками. Межжелѣзистая ткань являетъ существенныя измѣненія; клѣточные элементы овальной или круглой формы съ большимъ ядромъ представляются значительно бѣльшей величины, въ особенности если сравнивать ихъ съ предыдущимъ случаемъ; въ этой ткани по мѣстамъ замѣчаются небольшія гнѣзда мелкихъ клѣтокъ, интенсивно окрашивающихся гематоксилиномъ; эти гнѣзда носятъ характеръ миллиарнаго узелка, въ центральной своей части сплошь состоятъ изъ мелкихъ инфильтраціонныхъ шаровъ, которые къ периферіи узелка постепенно рѣдѣютъ.

Узелки эти расположены между группами желѣзистыхъ трубокъ и встрѣчаются преимущественно въ глубокихъ частяхъ слизистой оболочки. Сосудовъ вообще встрѣчается мало, даже въ окружности упомянутыхъ выше узелковъ.

Въ общемъ измѣненія слизистой оболочки носятъ характеръ *endometritis interstitialis chronicae*.

Случай 3. Какъ сказано выше, съ клинической стороны случай этотъ мною описанъ («Врачъ» 1888. № 3) и въ настоящемъ я коснусь только анатомо-гистологическихъ данныхъ. Увеличенная, плотная, съ утолщенными стѣнками матка, длиною въ 8,5 см. на влажной части представляетъ язвенную поверхность, которая простирается какъ вверхъ до середины канала шейки, такъ и по задней губѣ *portionis vaginalis* вплоть до сводовъ и далѣе по задней стѣнкѣ вагины, часть которой удалена вмѣстѣ съ маткой. Слизистая оболочка матки на видъ не представляется измѣненной; она гладка и имѣетъ на разрѣзѣ толщину въ 1—1,5 мм. Для микроскопическаго изслѣдованія взяты кусочки изъ разныхъ мѣстъ и обработаны какъ и въ предыдущихъ случаяхъ (алкоголь, фотоксилінъ, гематоксилінъ и эозинъ). Такъ какъ препаратъ *in toto* нѣсколько лѣтъ лежалъ въ спиртѣ, то микроскопическіе срѣзы плохо воспринимали красящія вещества, а потому и препараты не такъ демонстративны, какъ въ предыдущихъ случаяхъ. Тѣмъ не менѣе на этихъ срѣзахъ можно убѣдиться, что слизистая оболочка очень мало измѣнена; въ поверхностныхъ своихъ слояхъ она пронизана правильными желѣзистыми трубками, просвѣтъ которыхъ не расширенъ, и внутренняя поверхность которыхъ покрыта правильнымъ слоемъ цилиндрическихъ клѣтокъ; расположенная между желѣзистыми трубками ткань представляетъ ясно выраженный волокнистый характеръ съ веретенообразными клѣточными элементами. Глубже лежащія части слизистой оболочки по мѣстамъ представляютъ измѣненія, состоящія въ томъ, что слѣпые концы желѣзистыхъ трубокъ расширены, а окружающая интерстиціальная ткань мѣстами инфильтрирована круглыми элементами. Въ общемъ, слизистая оболочка представляется незначительно измѣненной въ своихъ глубокихъ частяхъ и измѣненія эти носятъ характеръ интерстиціального эндометрита.

Случай 4. Случай этотъ, относящійся къ женщинѣ 55-ти лѣтъ, у которой я удалилъ матку по поводу эпителиальнаго рака шейки и части передней стѣнки вагины, съ клинической стороны уже описанъ мною. Мнѣ остается напомнить здѣсь о томъ, что во время операціи, когда для выведенія тѣла матки

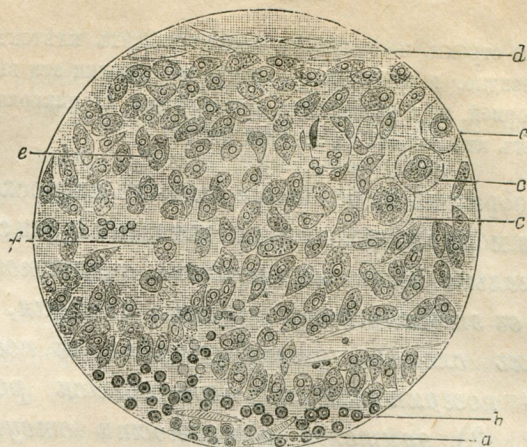
черезъ отверстіе въ заднемъ сводѣ въ полость ея введенъ былъ мужской катетеръ, внезапно вылилось около унца гноевидной, зловонной жидкости. Оказалось, такимъ образомъ, что заболевание шейки осложнено «*pyometra*» Накопленію въ полости матки гнойной жидкости содѣйствовала воспалительная атрезія на уровнѣ внутреннего зѣва. Прижизненного діагноза въ данномъ случаѣ относительно «*pyometra*» не было поставлено: подвижная, увеличенная равномерно матка, ясная картина раковаго пораженія вагины и шейки, легкая кровоточивость новообразованныхъ массъ—все это побудило меня не прибѣгать къ изслѣдованію зондомъ, который несомнѣнно выяснилъ-бы распознаваніе.

Не повторяя снова клиническія особенности этого случая, я коснусь здѣсь анатомическихъ особенностей его.

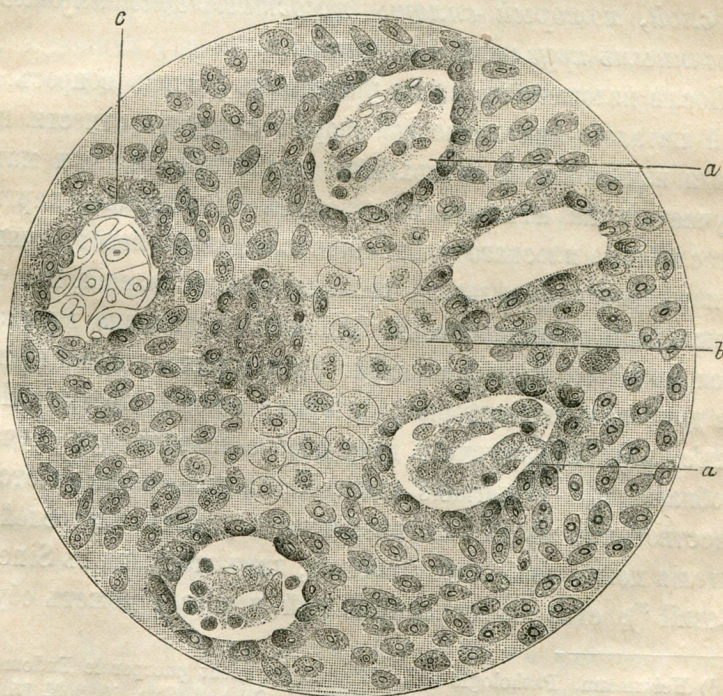
Длина удаленной матки=10 см.; стѣнки ея дряблы, около 1 см. толщиной; полость расширена. На вскрытой по своей задней поверхности маткѣ замѣчается слѣдующее: новообразованныя массы, начинаясь на передней стѣнкѣ вагины въ формѣ плоскихъ бородавчатыхъ разраженій, простираются внутрь цервикальнаго канала, доходя до средней его части; отсюда до внутреннего зѣва поверхность слизистой оболочки представляется ровной, макроскопически неизмѣненной. На уровнѣ внутреннего зѣва каналъ шейки рубцево стянуть. Начиная отъ внутреннего зѣва, вся внутренняя поверхность матки представляется неровной, *сплошь* устѣпанной мелкими неправильной формы разраженіями, раздѣленными узкими щелями, идущими вглубь ткани. Общій видъ слизистой оболочки скорѣе напоминалъ грануляціонную поверхность съ крупными сосочковыми разраженіями. Микроскопическое изслѣдованіе кусочковъ, взятыхъ изъ шейки, на мѣстѣ новообразованія (до операциіи поверхность эта выскоблена) обнаружило атипическое разрастаніе эпителия, глубоко проникающаго въ подлежащія ткани. Группы неправильныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ лежали среди тканевыхъ промежутковъ, представляя различныя очертанія, то удлиненыя, то круглыя. Дѣло шло, такимъ образомъ, объ эпителиальномъ рактѣ, идущемъ съ поверхности слизистой оболочки.

Кусочки, взятые изъ различныхъ мѣстъ полости матки и обработанные тѣми-же способами какъ и предыдущіе, показали подъ микроскопомъ слѣдующее: вся стѣнка матки тамъ и сямъ пронизана гнѣздно узелками, состоящими изъ круглыхъ лимфоидныхъ тѣлъ; эта инфильтрація значительно увеличивается по направленію къ слизистой оболочкѣ и здѣсь на краю препарата принимаетъ видъ сплошной инфильтраціи, съ обильнымъ количествомъ сосудовъ; эта грануляціонная ткань мѣстами въ формѣ сосочковъ выдается въ просвѣтъ полости матки; между такими штрانгами грануляціонной ткани расположены участки неинфильтрированныя, состоящіе изъ большихъ эпителиоидныхъ клѣтокъ съ большимъ ядромъ и ядрышкомъ; судя по тому, что непосредственно мѣста эти окружены тканью, въ которой помимо круглыхъ элементовъ можно различать отдѣльныя мышечныя волокна, эти группы эпителиоидныхъ клѣтокъ слѣдуетъ считать за остатки элементовъ измѣненной слизистой оболочки; остатки ли это железъ, или межжелѣзистой ткани, и въ

чемъ состоятъ измѣненія—это послужило задачей всесторонняго изслѣдованія. Это послѣднее убѣдило, что вообще отъ слизистой оболочки остался очень незначительный слой, мѣстами доходящій до одного микромиллиметра. такъ какъ тотчасъ-же располагалась густо инфильтрированная мышечная ткань. Въ массѣ препаратовъ удалось найти такіе участки, которые были покрыты на извѣстномъ пространствѣ слоемъ эпителиоидныхъ, разной величины, клѣтокъ, изъ которыхъ глубже лежащія носили характеръ какъ-бы цилиндрическаго, а наиболѣе поверхностныя походили на поверхностные слои многослойнаго эпителія (рис. 1-й); въ массѣ разнообразной формы и величины клѣтокъ, у большинства которыхъ можно было различить только большое ядро и ядрышко, находимы были ядра, окруженныя большимъ поясомъ протоплазмы, плохо воспринимающей красящія реактивы; въ наиболѣе тонкихъ мѣстахъ, состоящихъ изъ одного слоя клѣтокъ, можно было различить и отростки, идущіе отъ протоплазмы въ разныхъ направленіяхъ (см. рис. 1). Последнее обстоятельство ставило внѣ всякаго сомнѣнія соединительно-тканное происхожденіе описанныхъ выше эпителиоидныхъ клѣтокъ; такимъ образомъ на участки, расположенные между грануляціонной тканью слѣдуетъ смотрѣть какъ на остатки измѣненной межжелезистой ткани слизистой оболочки. Въ этомъ окончательно меня убѣдили препараты, гдѣ среди такой крупно-клѣточной эпителиоидной ткани найдены были полости, содержащія остатки железистаго эпителія, мѣстами отставшаго отъ стѣнокъ и расположеннаго въ просвѣтѣ, въ формѣ неправильной глыбки, въ которой различимы большія овальныя ядра железистыхъ клѣтокъ (см. рис. 2-й). Такимъ образомъ, что походило, казалось, на эпителиальную ткань и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ имѣло характеръ многослойнаго плоскаго эпителія, при ближайшемъ изслѣдованіи оказалось измѣненной слизистой оболочкой, занимающей лишь только незначительный слой по поверхности препарата и участвующей наравнѣ съ грануляціонной тканью въ образованіи сосочковъ на внутренней поверхности матки (*villositas uteri*). Въ самой мышечной ткани матки, хотя-бы и вблизи къ внутренней поверхности, мнѣ не удалось найти ни одного мѣста, гдѣ-бы наблюдавшіяся на поверхности клѣтки оказались-бы изолированно лежащими; у самаго края, правда, встрѣчались участки неправильной формы, окруженные со всѣхъ сторонъ грануляціонной тканью, но они были такъ близки къ поверхности, что кажущаяся изоляція могла быть обусловлена случайнымъ косымъ разрѣзомъ; какъ-бы то ни-было, но въ мышечномъ слое эпителиоидныхъ клѣтокъ не встрѣчалось. Тѣмъ не менѣе, мѣстами попадались картины, которыя указывали какъ на пролиферацію клѣтокъ вглубь ткани, такъ и на ороговѣніе клѣтокъ, совершенно сходное съ тѣмъ, что наблюдаемъ мы при ракѣ. Такъ на многихъ препаратахъ при небольшомъ увеличеніи можно видѣть, какъ съ поверхности эпителиоидная ткань отростками вдается въ подлежащую инфильтрированную мышечную ткань; съ другой стороны на нѣкоторыхъ препаратахъ можно видѣть ороговѣвшія узелки, расположенные среди большихъ эпителиоидныхъ клѣтокъ. Узелки эти совершенно напоминающіе жемчужины роговиднаго рака, имѣютъ ту особенность, что они окру-



Рисунокъ I. *a*) мышечные волокна;—*b*) грануляціонные шарики;—*c*) большія клѣтки, сходныя съ децидуальными;—*d*) поверхность, направленная въ полость матки, покрытая какъ бы плоскимъ эпителиемъ;—*e*) эпителиодныя клѣтки;—*f*) клѣтки съ протоплазматическими отростками.



Рисунокъ II. *a*) полости съ остаткомъ клѣточного содержимаго — поперечные разрѣзы маточныхъ железъ;—*b*) эпителиодныя клѣтки;—*c*) начало ороговѣнія клѣтокъ.

жены не тканью стромы, но заложены среди большихъ клітокъ, изъ которыхъ они, очевидно, и произошли; кромѣ того узелки эти выделяются не только своей формой, но и особеннымъ отношеніемъ къ пикрокармину, который окрашиваетъ ихъ сплошь въ желтый цвѣтъ.

Такимъ образомъ на основаніи данныхъ микроскопическаго изслѣдованія можно установить для даннаго случая слѣдующее:

1) *соединительно тканые элементы слизистой оболочки измѣнены въ эпителиодную ткань, которая, въ глубокіхъ своихъ слояхъ пролиферируетъ въ подлежащую ткань, въ поверхностныхъ подвергается роговидному измѣненію.* 2) *эпителий поверхности отсутствуетъ, железистыя клітки не принимаютъ активнаго участія въ измѣненіяхъ и сами железы подвергаются запустѣнію.* 3) *измѣненія равномерно занимаютъ всю внутреннюю поверхность матки и не распространяются въ мышечный слой, который сплошь представляется инфильтрованнымъ круглыми элементами.*

Послѣ изложеннаго выше предстоитъ рѣшить вопросъ, къ какой паталого-анатомической формѣ слѣдуетъ отнести найденныя измѣненія на поверхности слизистой оболочки матки. Получаемыя на нѣкоторыхъ мѣстахъ препаратовъ картины многослойнаго плоскаго эпителия могли давать поводъ считать эти измѣненія за результатъ хроническаго воспаленія, при чемъ покрывающій цилиндрическій эпителий постепенно видоизмѣнился въ многослойный плоскій. Возможность подобнаго перехода допускается нѣкоторыми авторами и между прочимъ Heitzmann'омъ ¹⁾. Существуетъ даже особое названіе для случаевъ подобнаго рода — psoriasis uteri. Не смотря однако на это, въ существованіи въ патологическихъ случаяхъ многослойнаго эпителия можно вообще усумниться, какъ это дѣлаютъ Sinety ²⁾ и Cornil ³⁾; едва ли воспалительный процессъ можетъ обусло-

¹⁾ Heitzmann. Pathologie und Therapie der nicht puerperale Endometritis. Cent. f. die gesam. Therapie. 1886 г. № 1—5. Cent. f. Gyn. 1889 № 15.

²⁾ Sinety. Traité pratique de gynécologie. 1884 г. стр. 386.

³⁾ Cornil. Leçons sur l'anatomie patologique des metrites etc. 1889 г. стр. 13.

вить переходъ цилиндрическаго эпителія въ плоскій. Что же касается до приведеннаго мною случая, то рядъ препаратовъ несомнѣнно устанавливаетъ соединительнотканное происхожденіе указанныхъ кѣлокъ, и вопросъ о плоскомъ эпителии отпадаетъ самъ собою.

Далѣе, можно было бы считать эти измѣненія соединительно-тканныхъ клѣтокъ за результатъ усиленнаго прилива, связаннаго съ воспалительнымъ процессомъ въ ткани матки. Такая гипертрофія и пролиферація соединительно-тканныхъ клѣтокъ могла бы найти для себя объясненіе въ аналогичныхъ процессахъ, имѣющихъ мѣсто во время беременности, гдѣ мы имѣемъ образованіе децидуальныхъ клѣтокъ; на рис. 1 мы имѣемъ некоторые клѣтки совершенно сходны съ децидуальными (а, b, c). Но не говоря уже о томъ, что подобная аналогія является произвольной, противъ этого отождествленія съ децидуальной тканью говорятъ регрессивныя измѣненія, съ образованіемъ ороговѣвшихъ участковъ. Остается одно—считать указанныя выше измѣненія за начальныя стадіи раковаго перерожденія соединительно-тканныхъ клѣтокъ; за это говоритъ форма клѣтокъ, мѣстами ихъ характерное отношеніе къ пикрокармину, пролиферація вглубь подлежащихъ тканей и регрессивныя измѣненія. При этомъ равномерное распространеніе пораженія на всю внутреннюю поверхность матки и отсутствіе диссеминаціонныхъ узловъ въ мышечной ткани — являются обстоятельствомъ, выдѣляющими нашъ случай изъ случаевъ рака полости матки. Принято думать, что злокачественныя новообразованія полости матки обычно являются въ формѣ изолированныхъ узловъ, и клиническія наблюденія большею частью подтверждаютъ это мнѣніе, хотя Virchow и Waldeyer на основаніи патолого-анатомическихъ изслѣдованій высказываются совершенно противоположно, по крайней мѣрѣ относительно саркомы ¹⁾. Можетъ быть въ самомъ дѣлѣ въ клиникѣ мы наблюдаемъ болѣе позднія стадіи пораженія, когда образуются

¹) Abel und Landau. Arch. f. Gyn. Bd. XXXV, стр. 230.

какъ бы изолированно сидящіе узлы, и возможно, что въ раннихъ стадіяхъ развитія вся слизистая оболочка равномерно занята измѣненіями, которыя мы считаемъ воспалительными, но которыя въ дѣйствительности уже составляютъ начало новообразованія. Не слѣдуетъ забывать, что начальныя стадіи новообразованій нами мало изучены отчасти потому, что объекты нашего изученія представляли обычно крайнія степени развитія пораженія, когда болѣе раннія стадіи, даже вдали отъ опухоли, затемнены массою диссиминачіонныхъ узловъ, путемъ которыхъ новообразование прогрессируетъ въ тканяхъ.

Отсутствіе диссиминачіонныхъ узловъ въ нашемъ случаѣ объясняется раннимъ періодомъ пораженія; раннія стадіи находятъ для себя подтвержденіе и въ томъ обстоятельстве, что клѣточные элементы перерожденной слизистой оболочки представляются крайне разнообразными по своей величинѣ, формѣ и отношенію къ красящимъ реактивамъ. мѣстами клѣтки эти менѣе велики, болѣе овальны или круглы, скорѣе походятъ на клѣтки саркомы, мѣстами онѣ велики, неправильной формы, съ вытянутымъ въ одну сторону концомъ или веретенообразны, мѣстами онѣ совершенно напоминаютъ клѣтки многослойнаго плоскаго эпителія, наконецъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, въ общемъ довольно рѣдко, представляются въ формѣ ороговѣвшихъ узелковъ, и въ этихъ мѣстахъ существуетъ полное сходство съ жемчужнымъ ракомъ. Такое разнообразіе клѣточныхъ элементовъ, отчасти напоминающихъ саркому, отчасти ракъ—не является новымъ фактомъ и много разъ указывалось въ литературѣ, съ цѣлью показать, что между саркомой и ракомъ трудно иногда провести рѣзкую границу. Ruge считаетъ возможнымъ различать такъ называемый саркоматозный стадій въ развитіи рака. Относящіеся сюда взгляды авторовъ приведены въ указанной выше работѣ Abel'я и Landau и приведенный мною случай можетъ служить еще новымъ подтвержденіемъ того, что *ракъ развивается иной разъ безъ всякаго отношенія къ предсуществовавшему въ данномъ мѣстѣ эпителию, и что*

часто трудно провести границу между саркомой и ракомъ. Одинъ изъ способовъ подобнаго развитія указать между прочимъ и покойнымъ профессоромъ Рудневымъ, который училъ насъ, что вторичный ракъ можетъ произойти путемъ зараженія раковой клѣткой грануляціонныхъ клѣтокъ и клѣтокъ соединительной ткани, и что подобный процессъ зараженія сопровождается пролифераціей клѣтокъ съ образованіемъ изъ нихъ зародышевыхъ и превращеніемъ ихъ въ эпителиальныя (Лекціи Руднева стр. 284, изд. 1878 г.) Съ точки зрѣнія Руднева указанная выше разнообразная картина въ случаѣ IV совершенно ясна. Мало того съ этой точки зрѣнія легко понять и «саркоматозный стадій» рака (пролиферація съ образованіемъ эмбриональныхъ клѣтокъ) и саркоматозное перерожденіе Abel'я. Пслѣдній высказываетъ мнѣніе, что при той связи, которая установлена для рака и саркомы, возможно, что одинъ и тотъ же вредный агентъ, обусловливающий ракъ шейки, на внутренней поверхности матки даетъ саркому. Вѣрнѣе будетъ думать, что зараженіе слизистой оболочки матки раковыми элементами, т. е., заразнымъ началомъ рака, занесенными сюда изъ влагалищной части, даетъ толчокъ къ пролифераціи и образованію эмбриональныхъ клѣтокъ, которыя въ дальнѣйшемъ имѣютъ превратиться въ эпителиоидныя—раковыя.

Съ этой точки зрѣнія саркоматозное перерожденіе Abel'я неразрывно связано съ пораженіемъ на влагалищной части и сомнѣнія, высказанныя по этому поводу Fränkel'емъ, не могутъ имѣть мѣста. Другой вопросъ, насколько связаны съ заболѣваніемъ шейки воспалительныя измѣненія слизистой оболочки матки, находимыя всѣми авторами и существующія въ различной степени и въ случаяхъ, приведенныхъ мною. Конечно можно думать, что эти воспалительныя измѣненія существовали раньше, что онѣ, быть можетъ, способствовали развитію новообразованія на влагалищной части, что, наконецъ, можетъ имѣть мѣсто случайное совпаденіе обоихъ процессовъ, совпаденіе тѣмъ болѣе возможное, что воспалительныя состоянія внутренняго покрова матки очень часты. Все это конечно воз-

можно и предсуществованіе измѣненій слизистой оболочки матки можетъ намъ объяснить различныя формы эндометритовъ, встрѣчаемыхъ нами при ракъ шейки; пораженія, какъ мы видѣли, касаясь то больше-железистаго аппарата, то меж-железистой ткани, въ этой послѣдней ткани постоянны, хотя и наблюдаются въ различной степени. Это послѣднее обстоятельство, а также и то, что въ 3-мъ случаѣ интерстиціальныя измѣненія находятся въ начальныхъ своихъ проявленіяхъ, тогда какъ ракъ шейки въ продолженіе многихъ мѣсяцевъ достигъ значительнаго распространенія — заставляютъ склоняться въ сторону того предположенія, по которому измѣненія слизистой оболочки, по крайней мѣрѣ, въ межжелезистой ткани, зависятъ отъ рака шейки.

Если эндометритъ существовалъ уже раньше — случай весьма возможный — то процессъ воспалительный подъ влияніемъ заболѣванія шейки можетъ прогрессировать, и весьма возможно, что именно въ этихъ случаяхъ тѣмъ скорѣе обнаруживается специфическое влияніе рака шейки — саркоматозное или раковое перерожденіе — путемъ непосредственнаго зараженія пролиферирующихъ элементовъ соединительной ткани, а можетъ быть и железистыхъ клѣтокъ, перерожденіе которыхъ допускаетъ на основаніи своихъ препаратовъ Abel. Мнѣ лично не удалось на своихъ препаратахъ доказать участія железу въ перерожденіи, но количество изслѣдованныхъ мною случаевъ слишкомъ незначительно, чтобы съ положительностью коснуться всѣхъ деталей этого интереснаго и важнаго для науки и практики вопроса.

Такъ или иначе, но на основаніи собственныхъ препаратовъ, я могу сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. При ракъ шейки слизистая оболочка тѣла матки представляется во всѣхъ случаяхъ измѣненной.
2. Измѣненія эти въ большей части случаевъ носятъ характеръ различныхъ воспалительныхъ состояній, выраженныхъ однако въ межжелезистой ткани постоянно.
3. Эти воспалительныя состоянія могутъ начинаться и въ

то время, когда ракъ влагалищной части находится въ полномъ своемъ развитіи и слѣдовательно связь между этими двумя процессами можетъ быть предположена. (Случай 3-й).

4. Кромѣ того, на ряду съ этими воспалительными процессами въ клѣточныхъ элементахъ стромы слизистой оболочки могутъ въ отдѣльныхъ случаяхъ наблюдаться такіа измѣненія, которыя заставляютъ относить ихъ къ злокачественному перерожденію.

5. Весьма возможно, что такъ часто встрѣчаемая нами гиперплазія и гипертрофія интергландулярной ткани, хотя и является результатомъ воспалительнаго процесса, тѣмъ не менѣе при ракѣ шейки очень рано можетъ пріобрѣтать и таить въ себѣ злокачественный характеръ.

6 Съ этой точки зрѣнія на эндометритъ при ракѣ шейки слѣдуетъ смотрѣть какъ на серьезное осложненіе.

При такомъ положеніи вопроса, казалось бы, полное удаленіе матки должно быть распространено на всѣ случаи рака шейки и чѣмъ ранѣе приступлено къ операциі, тѣмъ больше шансовъ на успѣхъ леченія, такъ какъ въ долго длящихся случаяхъ, по всей вѣроятности подобнымъ же измѣненіямъ можетъ подвергаться и слизистая оболочка трубъ.

Едва ли, однако, полное удаленіе матки во всѣхъ случаяхъ можно вмѣстѣ съ Abel'emъ возводить въ постоянное правило на основаніи нѣсколькихъ случаевъ одновременнаго злокачественнаго пораженія полости матки: послѣднее, какъ мы видѣли, не можетъ быть распространено на всѣ случаи рака шейки; да и полное удаленіе матки можетъ быть обосновано на многомъ другомъ. Но съ другой стороны, на основаніи имѣющихся пока фактовъ, слѣдуетъ считать показаннымъ удаленіе слизистой оболочки путемъ выскабливанія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ по тѣмъ или другимъ причинамъ удалена только пораженная влагалищная часть.

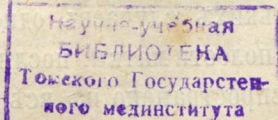
Въ заключеніе я долженъ сказать, что въ высшей степени желательно дальнѣйшее изслѣдованіе слизистой оболочки полости удаленныхъ матокъ по возможности свѣжихъ, на которыхъ

32

можно было бы судить о тончайшем строении клеточных элементов. Только при совместной работѣ могутъ окончательно установиться факты, необходимыя какъ для выясненія спорныхъ сторонъ въ патологической анатоміи рака, такъ и для установки терапіи рака шейки ¹⁾.



84299.



¹⁾ Микроскопическіе препараты, относящіеся ко всѣмъ вышеприведеннымъ случаямъ рака шейки, демонстрированы мною въ засѣданіи Петербургскаго Акушерско-Гинекологическаго общества 21 сентября 1889 года.

Часть препаратовъ, относящихся къ 4-му случаю, приложена къ настоящей статьѣ съ цѣлью наиболее нагляднаго выясненія особенностей случая представляющаго, какъ мы видѣли, исключительный интересъ.