

478612.
РК.ХТЧ.1

IV 2510.

О ПРОИСХОЖДЕНИИ
КРОВЯНЫХЪ ОКОЛОМАТОЧНЫХЪ
ОПУХОЛЕЙ.

ПРОВЕРено
1906

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Ординатора акушерско-гинекологической клиники
ХАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

М. Пономарева.



19347

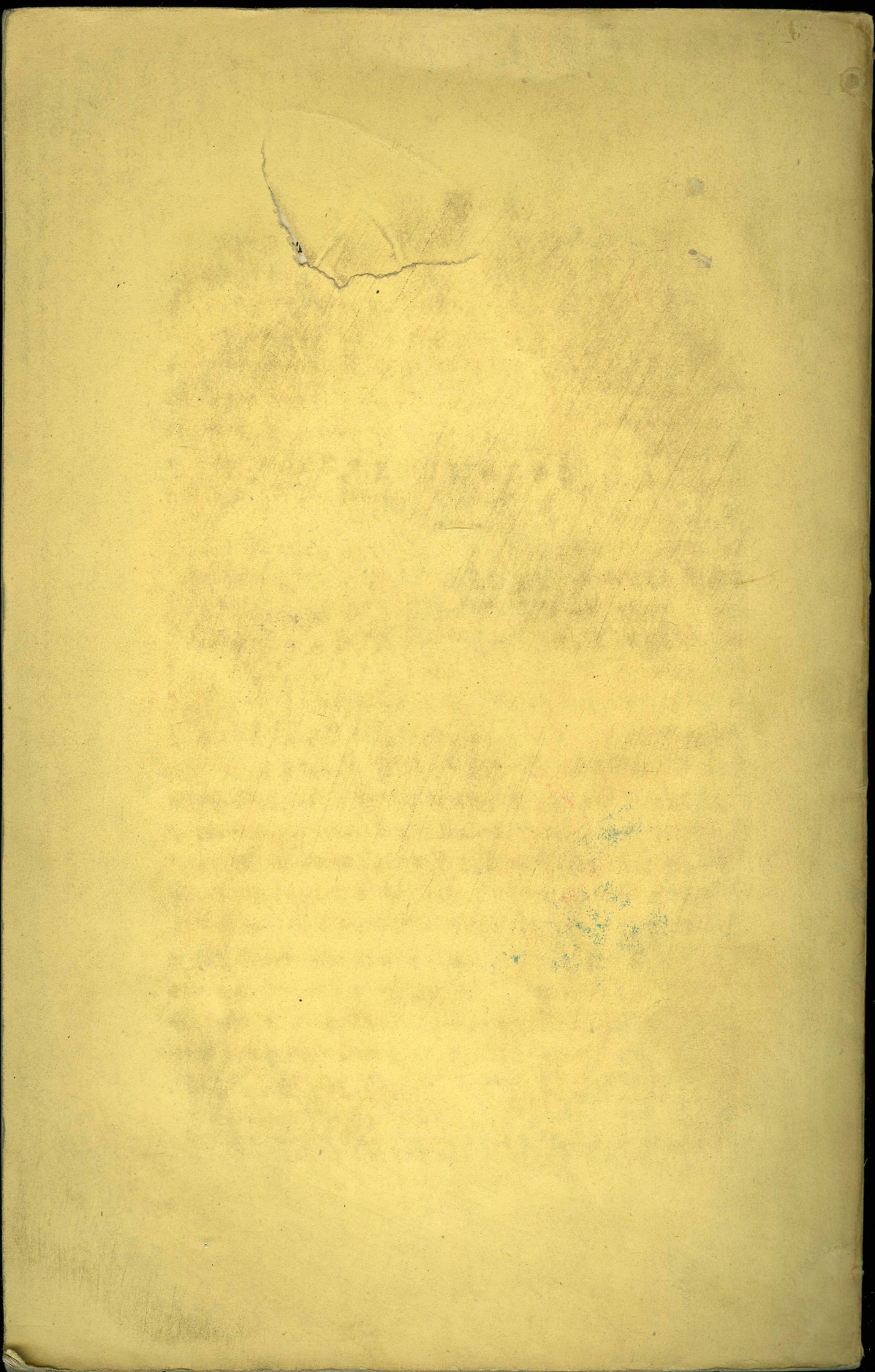
ХАРЬКОВЪ.

Въ Университетской Типографіи.

1873.

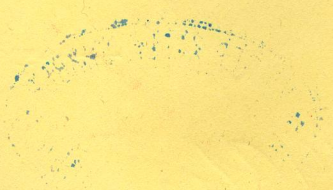
333

ПРОВЕРено
1906



OFFICE OF THE
RECORDING AND
EXAMINING

DEPARTMENT OF THE
AT LARGE
OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
AND THE DISTRICT OF



440110

~~№ 250~~

О ПРОИСХОЖДЕНИИ
КРОВЯНЫХЪ ОКОЛОМАТОЧНЫХЪ
ОПУХОЛЕЙ.

478612

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
ОРДИНАТОРА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ
ХАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

М. Пономарева.

ХАРЬКОВЪ.

ВЪ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ ТИПОГРАФИИ.

1873.

Центральная Библиотека
при Харьковскомъ Государственномъ Университетѣ

58

По опредѣленію Медицинскаго Факультета Императорскаго
Харьковскаго Университета печатать дозволяется. 12 Ноября
1873 года.

Деканъ И. Зарубинъ.

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Не смотря на многочисленныя изслѣдованія, появившіяся въ послѣднія 20 лѣтъ, касательно діагностики кровяныхъ опухолей, до настоящаго времени вопросъ этотъ еще далеко не рѣшенъ окончательно.

Французскіе изслѣдователи, которымъ мы такъ много обязаны первоначальными свѣдѣніями объ этой болѣзни, разсматривая причину происхожденія ея, діагнозъ, теченіе, исходъ и лѣченіе, представляли въ защиту своихъ воззрѣній многочисленныя изслѣдованія, какъ при жизни больныхъ, такъ и послѣ смерти. Въ большей части случаевъ старанія ихъ направлены были къ тому, чтобы привести въ систему цѣлый рядъ признаковъ субъективныхъ и объективныхъ, — отыскать наиболѣе характеристичныя — съ цѣлью уяснить дифференціальный діагнозъ между кровяными опухолями и другими заболѣваніями какъ самой матки, такъ и окружающихъ ее частей. При этомъ они очень мало обратили вниманія на дифферен-

ціальний діагнозъ между кровяными опухолями и опухолями, являющимися вслѣдствіе мѣстнаго хроническаго воспаленія брюшины. Причина послѣдняго заключалась въ томъ, что тогда, по общепринятому мнѣнію, самостоятельное воспаленіе брюшины въ послѣродоваго періода считалось за въ высшей степени рѣдкую болѣзнь. Обыкновенно принимали, что она является только, какъ осложненіе заболѣваній органовъ, которые она покрываетъ. Осложненію этому приписывали малое значеніе для происхожденія симптомовъ при жизни. Послѣ того какъ Бернютцъ, Гупиль, Аранъ и др., своими многочисленными изслѣдованіями какъ при жизни, такъ и послѣ смерти больныхъ, доказали, что воспаленіе брюшины является очень часто въ послѣродоваго періода и что во многихъ случаяхъ органы, которые она покрываетъ, находились въ нормальномъ состояніи,—былъ возбужденъ вопросъ о діагнозѣ этой болѣзни. Преимущественно нѣмецкіе изслѣдователи начали обращать вниманіе на дифференціальный діагнозъ между периметритомъ и кровяными опухолями. Благодаря тому, что клинически воспаленіе брюшины въ послѣродоваго періода очень мало изучено, распознаваніе между этими двумя сходными процессами до сихъ поръ совершенно не выяснено, такъ-что многіе изъ новѣйшихъ авторовъ только проколъ и затѣмъ выхожденіе содержимаго опухоли считаютъ за вѣрный признакъ для дифференціального діагноза между кровяною и экссудативною опухолями. Прежде, если анамнезъ указывалъ, что опухоль развилась

быстро во время мѣсячныхъ очищеній или въ-скорости послѣ ихъ прекращенія, было достаточно, чтобы принять, что опухоль — кровяная, а не экссудативная. Вуазенъ, внимательнѣйшій изслѣдователь, написавшій подробную монографію объ этой болѣзни, о дифференціальномъ діагнозѣ между кровяными и экссудативными опухолями говоритъ очень мало. — Понятно теперь, почему прежнія исторіи болѣзней безъ протоколовъ вскрытій, представленныя многочисленными авторами, въ настоящее время должны возбуждать большое сомнѣніе относительно сущности болѣзни. Можно не имѣть никакихъ сомнѣній только относительно тѣхъ случаевъ, гдѣ распознаваніе болѣзни подтвердилось или вскрытіемъ послѣ смерти, или выхожденіемъ содержимаго опухоли, будетъ ли оно искусственное или естественное.

Когда узнали о существованіи кровяныхъ околоматочныхъ опухолей, то естественно родилась мысль о способѣ ихъ происхожденія, — объ источникѣ кровоизліянія. Появилось множество предположеній, имѣвшихъ цѣлью объяснить причину появленія ихъ. Большею частію, авторы основывали свои воззрѣнія на патолого-анатомическихъ данныхъ, а нѣкоторые высказывали просто теоретическія соображенія, неподкрѣпленныя ни наблюденіями при жизни, ни наблюденіями послѣ смерти.

Занимаясь въ гинекологической клиникѣ харьковскаго университета, мнѣ многое число разъ приходилось наблюдать кровяныя опухоли, и между ими было нѣсколько такихъ, въ которыхъ удалось произвести тщательное наружное и внутреннее

ислѣдованіе органовъ таза и частей, окружающихъ ихъ, до появленія кровяной опухоли,—гдѣ такимъ образомъ удалось при жизни добыть данныя физическаго изслѣдованія, которыя въ состояніи были указать на патологическій процессъ, предшествовавшій появленію кровяной опухоли, и такимъ образомъ пролить свѣтъ на способъ происхожденія ихъ. Представляя въ нижеслѣдующемъ описанія этихъ случаевъ и заключенія, вытекающія изъ нихъ, я вмѣстѣ съ тѣмъ считалъ нужнымъ, хотя въ-кратцѣ, рассмотреть тѣ основанія, которыя авторы приводятъ для подтвержденія своихъ весьма разнообразныхъ теорій происхожденія кровяныхъ околоматочныхъ опухолей. Я имѣю въ виду только внутри-брюшинныя кровяныя опухоли и притомъ — происходящія въ послѣ-родоваго періода и въ акта родовъ. Равнымъ образомъ въ кругъ моихъ разсматриваній не входятъ такъ-называемыя свободныя кровоизліянія, оканчивающіяся въ большей части случаевъ летально въ продолженіи нѣсколькихъ часовъ; они чаще подлежатъ судебно-медицинскимъ изслѣдованіямъ и очень рѣдко становятся предметомъ клиническихъ наблюденій. Хотя рѣзкой границы въ патолого-анатомическомъ отношеніи между ими и капсулированными кровоизліяніями не возможно провести, но разграничиваетъ ихъ уже самый исходъ. Нельзя не согласиться въ этомъ отношеніи съ Шредеромъ, который въ своемъ *Kritische Untersuch. über die Diagnose d. Haematocèle retrouter.* сказалъ: *Will man überhaupt ein klinisches Bild für die Haematocèle fest-*

halten, so muss man vor allem die freien Blutergüsse in die Bauchhöhle ausschliessen. Am Krankenlager wird es in dem Krankheitsbild ganz gewiss nur nebensächliche Unterschiede machen, ob die tödtliche Blutung von einem perforirten Magengeschwür, von einer Extrauterinschwangerschaft, oder von einer ausgedehnten Vene des Ovarium herührt, und in keinem Falle wird man Symptome sehen, die mit dem von Nelaton als Haematocele geschilderten Bilde Ähnlichkeit haben.

Еще въ прошломъ и въ первой половинѣ настоящаго столѣтія, многіе изслѣдователи описывали случаи кровоизліяній вокругъ матки, которыя они находили или при вскрытіи труповъ случайно — Пеллетанъ¹, Оливье-Данжеръ², Леелеръ³, или при вскрытіи опухолей, флютуирующихъ черезъ стѣнку рукава — Рекамье⁴. Такіе отдѣльные случаи служили для авторовъ предметомъ удивленія, и такъ-какъ они считали ихъ за большую рѣдкость, то мало заботились о распознаваніи ихъ при жизни. Только послѣ того какъ Нелатонъ представилъ клиническую картину болѣзни, названной имъ первымъ *Haematocoele retrouterina*, началось во Франціи всестороннее изученіе ея у постели больныхъ.

¹ *Pelletan*, Clinique chirurgicale. Paris. 1810. Т. II, p. 106. Случай этотъ также приведенъ у *Bernutz et Goupil*, Clinique médicale sur les maladies des femmes. Т. I, p. 389; также у *Voisin*, Die Haematocoele retrouterina und die freien Blutextravasate in der Beckenhöhle. Ins deutsch. übertrag. von Dr. Med. W. Langenbeck. S. 4.

² *Ollivier d'Angers*, Bernutz et Goupil l. c. p. 362.

³ *Leclerc*, Bernutz et Goupil l. c. 363.

⁴ *Recamier*, Bernutz et Goupil l. c. p. 200.

Примѣч. Доказательствомъ того, какъ ограниченны были свѣдѣнія объ этой болѣзни, могутъ служить слѣдующіе два примѣра. У больной, въ госпиталѣ St.-Antoine, находилась опухоль въ маломъ тазу, которую Бо считалъ за нарывъ и потому поручилъ Жюто, своему ассистенту, сдѣлать проколъ; при этой операціи вытекъ не гной, а черная кровь, густая какъ патока и тягучая. Бо *сильно перепугался*, полагая, что повреждена какая-нибудь толстая вена въ тазѣ, но послѣ операціи состояніе больной значительно облегчилось и черезъ нѣсколько времени она совершенно выздоровѣла. Также случай Мальгена: онъ кровяную опухоль принялъ за *фиброидъ, сидящій на задней стѣнкѣ матки*, и потому, сначала въ обѣихъ спайкахъ рыльца сдѣлалъ разрѣзъ, а ножницами разрѣзалъ заднюю стѣнку шейки матки, послѣ чего потекла черная, густая, тягучая кровь и такимъ образомъ обнаружилась сущность болѣзни. Больная погибла черезъ нѣсколько дней отъ кровотеченія.

Первоначальные результаты, къ которымъ пришелъ Нелатонъ относительно причинъ, симптомовъ, діагностики и лѣченія болѣзни, были опубликованы его ассистентомъ Вигомъ¹ въ его диссертациі, въ которой описаны исторіи двухъ больныхъ, послужившихъ, такимъ образомъ, основаніемъ для всесторонняго изложенія болѣзни. Обѣимъ больнымъ сдѣланъ былъ проколъ и потомъ разрѣзъ; одна выздоровѣла, а другая умерла отъ-того, что при операціи была разрѣзана большая артерія, идущая на задней стѣнкѣ шейки матки. Какъ ни ограничено число случаевъ, по которымъ составлена была первоначальная клиническая картина болѣзни Нелатономъ, но, благодаря тонкой наблюдательности автора, отчетливому и подробному описанію симптомовъ и признаковъ для діагностики и въ-особенности благодаря авторитету этого великаго клини-

¹ *Viguès, Thèse. 1850.*

циста, диссертация Виге, а потомъ клиническія лекціи, изданныя Гелье и Боше¹, открыли новую эпоху для этой болѣзни; такъ-что Вуазенъ въ своей монографіи считаетъ два періода для нея: первый начинается еще отъ Гиппократа, а другой съ 1850 г., когда Виге первый опубликовалъ ученіе Нелатона.

Такому успѣху возрѣвній Нелатона на эту болѣзнь въ значительной степени способствовала также теорія, объясняющая происхожденіе болѣзни, которая столь проста и увлекательна, что невольно обратила на себя вниманіе сначала преимущественно его соотечественниковъ, а потомъ нѣмцевъ и англійскихъ клиницистовъ.

«*Naemotocoele retrouterina* зависитъ отъ произвольнаго выхожденія яичка и имѣетъ ближайшую причину въ изліяніи крови въ задній слѣпой мѣшокъ брюшины; при всякой менструаціи изъ яичниковъ происходитъ изліяніе крови, которая потомъ переходитъ въ фаллопиеву трубу».

«При всякомъ менструальномъ періодѣ происходитъ приливъ къ яичникамъ, графовъ пузырекъ лопається и яичко идетъ въ фаллопиеву трубу. Лопаніе графова пузырька всегда сопровождается извѣстнымъ кровоизліяніемъ. Если мы примемъ, что происхожденіе яичка по фаллопиевымъ трубамъ находитъ для себя препятствія, то кровь немного будетъ попадать въ перитонеальный слѣпой мѣшокъ, особенно, если кровотеченіе усилится».

Такимъ образомъ Нелатонъ принималъ, что, при процессѣ мѣсячныхъ, кровотеченіе отъ разрыва графова пузырька можетъ быть столь значительнымъ, что кровь, излившись въ брюшную полость, образуетъ такую опухоль, которая можетъ быть констатирована при жизни.

¹ *Gaillet et Bauchet, Gazette des hôpitaux. 1857. №№ 16, 143, 144 и 145, 1852. № 12.*

Въ послѣднее время многіе высказали сомнѣнія въ томъ, чтобы нормальный яичникъ могъ дать такое количество крови. Родельгеймеръ и Ферберъ думаютъ, что при лопаніи графова пузырька происходящее кровотеченіе очень незначительно, развѣ только — нѣсколько капель, и что, послѣ освобожденія человѣческаго яйца, края разрыва графова пузырька тотъ-часъ же смыкаются по причинѣ эластичности оболочекъ, и такимъ образомъ выходъ крови будетъ воспрепятствованъ. Въ доказательство этого Ферберъ приводитъ случай вскрытія¹, при которомъ найдено было *uterus bipartitus*, 2 port. *vaginalis* и непрободенный *hymen*. Въ правомъ яичникѣ находилось желтое тѣло съ едва замкнутымъ отверстіемъ разрыва; труба этой стороны слѣпо оканчивалась и между-тѣмъ никакого экстравазата не было. Кюхенмейстеръ² считаетъ случай этотъ не доказательнымъ, такъ-какъ ненормальность въ образованіи матки могла легко сопровождаться также ненормальнымъ развитіемъ яичника. Для доказательства должны быть приведены только нормальная матка съ нормальными яичниками.

Противъ нематоновской теоріи, принимающей затрудненіе въ прохожденіи крови чрезъ фаллопьевы трубы за главное обстоятельство, способствующее происхожденію кровяныхъ опухолей, говорятъ также данныя патолого-анатомическихъ изслѣдованій, при которыхъ часто находятъ въ фаллопиевыхъ трубахъ уклоненія въ положеніи какъ относительно матки, такъ и относительно толщины просвѣта на всѣхъ мѣстахъ. На трубахъ очень часто встрѣчаются загибы трубъ кзади и приращенія къ задней стѣнкѣ матки, также весьма часто находятъ суженія ея просвѣта въ одномъ или другомъ мѣстѣ. Отсюда а priori можно было бы заключить, что кровяныя опухоли долж-

¹ Virchow's Archiv, XVI, S. 166.

² Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde. 1870. I B. S. 39.

ны случаться очень часто, такъ-какъ по-видимому часто существуютъ условія для ихъ происхожденія, между-тѣмъ опыты учить, что онѣ являются довольно рѣдко.

Во Франціи, въ 50 годахъ особенно, объясненіе Нелатона касательно происхожденія кровяныхъ опухолей нашло себѣ многихъ послѣдователей, которые или защищали это ученіе вполнѣ, или дѣлали добавленіе къ нему, или даже отчасти измѣняли первоначальный взглядъ Нелатона. Денонвиллье, защищая эту теорію, прибавилъ еще слѣдующее объясненіе: если освобожденіе человѣческаго яичка не вполнѣ происходитъ и вмѣстѣ съ тѣмъ является необыкновенно сильное кровотеченіе, то кровь вступаетъ въ пространство, находящееся между маткою и прямою кишкою, развивается воспаленіе брюшины и такимъ образомъ происходитъ Haematocoele. Такимъ образомъ онъ принимаетъ, что неправильность въ отдѣленіи человѣческаго яичка составляетъ ближайшую причину происхожденія кровяныхъ опухолей, между-тѣмъ-какъ Нелатонъ причиною появленія ихъ считалъ, главнымъ образомъ, затрудненіе въ прохожденіи крови по фаллопиевымъ трубамъ.

Теорія, объясняющая происхожденіе кровяныхъ опухолей тѣмъ, что *оплодотворенное или не оплодотворенное яичко проходитъ въ брюшинную полость*, составляетъ только небольшое видоизмѣненіе нелатовской; эта теорія принадлежитъ Вигу¹. Онъ не подтвердилъ своей теоріи вскрытіями и объясняетъ ненахожденіе при вскрытіи человѣческаго яйца тѣмъ, что не тщательно искали.

Галардъ² пошелъ еще дальше Вига: онъ *всякую Haematocoele считаетъ за внимательную беременность*. Свою теорію онъ

¹ Voisin l. c. p. 46.

² Voisin l. c. p. 49—50.

подтверждаетъ клиническими наблюденіями и указываетъ главнымъ образомъ на сходство симптомовъ какъ при вѣматочной беременности, такъ и при Haematocoele. Онъ такъ-же какъ и Виге объясняетъ ненахождение частей яйца при вскрытіи тѣмъ, что невнимательно изслѣдованы были кровяные сгустки. Эта теорія не нашла себѣ приверженцевъ и мало обратила на себя вниманіе критики; неосновательность ея очевидна, и если можно упрекать учениковъ Нелатона, какъ это дѣлаетъ Вернутцъ въ своемъ Clin. méd. sur les maladie d. fem., въ томъ, что ихъ теоріи имѣютъ въ себѣ очень много фантастическаго, такъ это по справедливости можетъ относиться къ Вигу и Галарду.

Нелатоновская теорія происхожденія кровяныхъ опухолей нашла себѣ большого приверженца въ Ложье¹, который вполне согласился съ Нелатономъ, что источникомъ кровотечения служатъ яичники и что менструальный проливъ къ этому органу составляетъ предрасполагающую причину для происхожденія кровоизліяній, но вмѣстѣ съ тѣмъ добавляетъ, что здоровый яичникъ при фізіологическомъ процессѣ мѣсячныхъ не можетъ дать такого количества крови, какое часто наблюдается при Haematocoele. Онъ предполагаетъ, на основаніи своихъ клиническихъ наблюденій, что *только кровоизліяніе изъ патологически измѣненнаго яичника можетъ подать поводъ къ происхожденію болѣзни*. Въ своемъ сочиненіи онъ указываетъ особенно на тотъ періодъ измѣненія графова пузырька при процессѣ мѣсячныхъ очищеній, за которымъ обыкновенно слѣдуетъ освобожденіе яичка и который по его мнѣнію скорѣе всего можетъ быть названо геморрагическимъ. Если края разрыва *membr. propr. folliculi* не вдругъ сомкнутся между собою,

¹ Rev. méd.-chir. Mai. 1855.

то кровь можетъ попадать въ дугласово пространство. Однако, если такое обстоятельство случится во время мѣсячныхъ очищеній при физиологическомъ состояніи органа, то въ брюшную полость попадаетъ крови такъ мало, что не происходитъ никакой кровяной опухоли, и это остается безъ видимыхъ послѣдствій; но если разрывъ попадаетъ на основаніе графова пузырька и кромѣ того существуетъ сильная менструальная конгестія, то кровотеченіе изъ оставшагося разорваннымъ графова пузырька можетъ достигнуть значительной степени. Перерожденіе графова пузырька подаетъ поводъ къ происхожденію такихъ значительныхъ кровотеченій. Кромѣ патологическихъ данныхъ, указывающихъ на возвышенную конгестію въ яичникахъ, какъ на причину происхожденія кровяныхъ опухолей, Ложье приводитъ также клиническія наблюденія своихъ 7 случаевъ. Всѣ его больныя за-долго до начала болѣзни страдали трудными мѣсячными очищеніями; это обстоятельство, а равно и то, что до начала болѣзни пациентки ощущали боли при давленіи въ паховой области, приводитъ Ложье какъ доказательство того, что кровяныя опухоли явились изъ патологически измѣненныхъ яичниковъ. Вообще въ своемъ трудѣ Ложье пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ.

1) Лопаніе графова пузырька при процессѣ мѣсячныхъ дѣйствительно бываетъ производящею причиною *Haematocoele retrouterina*.

2) При физиологическомъ состояніи яичника кровотеченіе отъ разрыва *membr. propr. folliculi* такъ незначительно, что не можетъ служить поводомъ къ происхожденію *Haematocoele*.

3) Только при возвышенной конгестіи, въ яичникахъ измѣненныхъ, можетъ происходить такое значительное кровотеченіе, которое вызвало бы картину болѣзни, описанную Нелатономъ.

Это состояніе переполненія кровью и за-тѣмъ геморрагію яичниковъ Простъ¹ описалъ еще подробнѣе и, сколько мнѣ извѣстно, первый указалъ на различіе внутренней интерстиціальной апоплексіи отъ наружной фолликулярной.

Сканцони указываетъ также на лопаніе кровяныхъ кистъ какъ на источникъ происхожденія кровяныхъ опухолей и въ своемъ руководствѣ приводитъ такой случай². По его мнѣнію, происхожденію большихъ экстравазатовъ кровяныхъ благопріятствуетъ сильная менструальная конгестія и измѣненіе въ ткани яичника и особенно стѣнокъ сосудовъ его.

Пюшъ³ представилъ четыре протокола вскрытія, въ которыхъ описаны кровяныя кисты яичниковъ и кровяныя экстравазаты въ брюшной полости.

4) Лопаніе графова пузырька и образованіе кровяной опухоли выражается однимъ общимъ признакомъ — одностороннею болью въ животѣ, мѣстопребываніемъ которой бываетъ тотъ яичникъ, въ которомъ происходитъ разрывъ пузырька.

5) У животныхъ также во время течки можетъ происходить изліяніе крови въ брюшную полость.

Примѣч. Проф. Ложье приводитъ протоколъ вскрытія одной коровы, погибшей во время течки отъ лопнувшей кровяной кисты яичника, при чемъ въ брюшной полости оказалось нѣсколько литровъ жидкой крови.

На основаніи клиническихъ наблюденій своихъ 7 случаевъ, Ложье, какъ и Нелатонъ, принимаетъ, что начало страданія совпадаетъ со временемъ мѣсячныхъ очищеній, и вмѣстѣ съ тѣмъ добавляетъ, что наичаще начало кровяныхъ опухолей совпадаетъ съ концомъ мѣсячныхъ очищеній, когда по Вишофу

¹ Prost, Thèse. Paris. 1854.

² Сканцони, Болѣзни женск. пол. орган. 1874. т. II, стр. 111.

³ Pusch, Thèse, Montpellier. 1858.

происходитъ наибольше лопаніе графовыхъ пузырьковъ и за-тѣмъ отдѣленіе человѣческаго яйца.

Какъ причину происхожденія кровяныхъ опухолей принимали также *разрывъ варикозно-расширенныхъ венъ сплетеній, окружающихъ тазовые органы*. Рихе былъ первый, высказавшій такой взглядъ. Теорія эта во всей подробности была опубликована его ассистентомъ Давальцомъ¹. Недостатокъ клапановъ въ маточно-яичниковой венѣ, давленіе столба крови на яичниковыя сплетенія, перемѣны въ стѣнкахъ венъ — составляютъ, по его мнѣнію, главныя условія, предрасполагающія къ происхожденію разрывовъ венныхъ узловъ. Въ основаніе этой теоріи приведены наблюденія Рихе, Шосье, Деполя и Жюно де Мюсси. Относительно рѣдкое появленіе кровяныхъ опухолей во время беременности, между-тѣмъ-какъ оно должно бы случаться очень часто, такъ-какъ развитіе и набуханіе венъ бываетъ очень значительное, Давальцъ объясняетъ тѣмъ, что въ это время утолщаются также и стѣнки венъ. По его мнѣнію, кровяныя опухоли бываютъ какъ внутри брюшины, такъ и внѣ брюшины.

Обратнымъ теченіемъ крови изъ матки черезъ фаллопиевы трубы въ брюшную полость нѣкоторые наблюдатели старались объяснить происхожденіе кровяныхъ опухолей. Еще въ 1848 г. Бернютцъ въ своемъ «*Mémoire sur la rétention du flux menstruel*» указывалъ на возможность такого обратнаго прохожденія крови. При задержаніи мѣсячныхъ очищеній, происходящія перемѣны въ маткѣ онъ раздѣлялъ на 3 степени: наполненіе отдѣляющей полости, растяженіе и реакція этой полости и обратное теченіе крови черезъ фаллопиевы трубы въ полость брюшины. Такой ходъ страданія онъ наблю-

¹ Davalz, Thèse. Paris. 1858.

далъ, при *Hyemen imperforatum*, при зарощеніи маточнаго отверстія, при судорожномъ сокращеніи рыльца, при препятствіяхъ къ отливу со сторонъ опухолей въ шейкѣ матки. О дальнѣйшихъ перемѣнахъ, производимыхъ излившеюся кровью въ брюшныя полости, онъ ничего не говоритъ. Собственно Гелли эту теорію обратнаго теченія крови первый примѣнилъ для объясненія происхожденія кровяныхъ опухолей. Въ доказательство своей теоріи онъ привелъ наблюденіе при жизни вмѣстѣ съ протоколомъ вскрытія одной молодой дѣвушки, умершей на 7 день скарлатины во время мѣсячныхъ очищеній ¹. Вскрытіе показало переполненіе кровью матки и фаллопиевыхъ трубъ. Этотъ случай, по его мнѣнію, указываетъ первую степень кровяныхъ опухолей и тотъ путь, который въ извѣстныхъ случаяхъ избираетъ кровь, чтобы образовать кровяную околوماتочную опухоль. Очень долго Гелли былъ одинъ защитникомъ теоріи, объясняющей происхожденіе кровяныхъ опухолей обратнымъ теченіемъ крови изъ матки черезъ фаллопиевы трубы въ брюшную полость, покуда въ послѣднее время Дунканомъ не высказано было такое-же предположеніе. Кромѣ своего случая, а также случая Труссо и Лабульбенъ, Гелли поддерживаетъ свою теорію еще наблюденіями, представленными Генри: выздоравливающей больной отъ *Retroversio uteri*, по случаю бѣлей, сдѣлано было впрыскиваніе въ маточный рукавъ, послѣ котораго вскорости появились сильнѣйшія боли въ правомъ яичникѣ, лихорадка, безпокойство и тоска; пульсъ повысился до 160, и больная умерла черезъ 48 часовъ послѣ впрыскиванія, при явленіяхъ быстро развившагося перитонита. При секціи, въ маломъ тазу найдено было около 100 grm. серозно-гнойной жидкости,

¹ Voisin l. c. p. 39 et 40.

478612

матка была желтого, слегка темнокраснаго цвѣта, плотной консистенціи. Широкія связки фіолетоваго цвѣта, утолщены. Правая фаллопіева труба сине-красная, какъ-бы отечная. Правый яичникъ 4 сент. длины сдвинутъ назадъ и былъ наполненъ гноемъ. Левый $3\frac{1}{2}$ сент. флюктуировалъ, представлялъ такія-же измѣненія, какъ и правый. Брюшина покрыта была зеленоватыми сливкообразными гнойными отложеніями. Что касается этого наблюденія, то Вуазенъ въ своей монографіи съ полною справедливостію задаетъ такимъ вопросомъ — «зачѣмъ въ этомъ случаѣ не принять простого случайнаго совпаденія?» — это тѣмъ болѣе вѣроятно, что изъ приведеннаго протокола вскрытія видно только существованіе перитонита, бывшаго причиною смерти, и не находится никакихъ доказательствъ проникновенія жидкости черезъ матку въ фаллопіевы трубы и оттуда въ брюшную полость. Если вспрыскиваніе и вызвало такой процессъ, повлекшій за собою смерть пациентки, то во всякомъ случаѣ происхожденіе воспаления можетъ быть объяснено совершенно другимъ образомъ, именно тѣмъ, что неосторожнымъ впрыскиваніемъ вызванъ былъ Metritis или Oophoritis, повлекшій за собою сначала мѣстный, а потомъ общій перитонитъ, окончившійся летально.

Вопросъ о подобной возможности прониканія жидкостей въ брюшную полость въ послѣднее время весьма часто служилъ причиною споровъ многихъ наблюдателей, которые въ этомъ отношеніи раздѣлились на два лагеря: одни допускаютъ такое прониканіе жидкостей, другіе отрицаютъ возможность такого антифізіологическаго теченія. Вопросъ этотъ возбужденъ былъ уже давно по случаю иногда являющихся опасныхъ и даже смертельныхъ припадковъ послѣ внутри-маточныхъ впрыскиваній. Какъ извѣстно, это еще было высказано Лисфранкомъ, послѣ

того какъ онъ испыталъ неудачи при лѣченіи внутри-маточными инъекціями. Случай, опубликованный Гурманномъ,—когда послѣ впрыскиванія въ полость матки отвара лѣсного орѣха появились припадки воспаленія брюшины, происшедшіе, какъ онъ объяснялъ, отъ прохожденія жидкости черезъ фаллопьевы трубы въ брюшную полость,—надѣлалъ столько шума, что многіе начали возставать противъ такого способа лѣченія, находя его очень опаснымъ (Гурманнъ, Ретціусъ, Ольдгамъ и др.). Этотъ случай послужилъ поводомъ къ тому, что Гурманнъ впоследствии произвелъ опытъ на трупѣ 45-лѣтн. женщины, не имѣвшей дѣтей; при восьми разѣ повторенномъ впрыскиваніи, окрашенная жидкость не проникала въ фаллопьеву трубу, но при 9-мъ разѣ она проникла черезъ маточное отверстіе въ фаллопьевы трубы.

Въ послѣдствіи подобныя же опыты на трупахъ были сдѣланы и многими другими (Скандони, Клеммъ, Геннигъ, Горвицъ), и всѣ дали отрицательные результаты. Если жидкость имѣла свободный стокъ обратно въ полость рукава, то она не проникала въ фаллопьевы трубы, но если обратный стокъ въ маточный рукавъ былъ воспрепятствованъ, если напимѣръ влагалищная часть матки была туго перетянута ниткою, то окрашенная жидкость проникала не въ полость брюшины, а прокладывала иногда путь въ сосуды внутренней поверхности матки и широкихъ маточныхъ связокъ¹. Только въ рѣдкихъ случаяхъ Клеммъ находилъ прохожденіе окрашенной жидкости въ фаллопьевы трубы, и это всегда происходило чрезвычайно медленно. Такимъ образомъ опыты на трупахъ доказываютъ, что прониканіе жидкости изъ матки въ фаллопьевы трубы происходитъ чрезвычайно рѣдко и что, даже при значительномъ препятствіи къ отливу жидкости въ полость рукава, скорѣе она про-

¹ Клиническія замѣтки по гинекологіи Д. Горвица. 1871 г. стр. 8.

никаетъ въ ткань матки, чѣмъ попадетъ въ фаллопиеву трубу.

Конечно, выводы изъ подобныхъ опытовъ на трупахъ должны быть очень осторожно примѣняемы къ живому организму и нельзя на основаніи ихъ заключать, что при жизни такое теченіе жидкостей тоже не возможно; такъ, быть можетъ, въ живомъ организмѣ существуютъ условія, благопріятствующія этому: расширеніе маточнаго отверстія фаллопиевыхъ трубъ, разстройство иннервации, управляющей мышечными волокнами трубъ, и тому подобное. Во всякомъ случаѣ вопросъ этотъ стоитъ до сихъ поръ открытымъ въ наукѣ, хотя должно сказать, что опыты на трупахъ говорятъ не въ пользу положительнаго рѣшенія его.

Что же касается до обратнаго теченія крови изъ матки въ брюшную полость и за-тѣмъ образованія кровяной опухоли въ дугласовомъ пространствѣ, то, кажется, до настоящаго времени не имѣется никакихъ доказательствъ, чтобы принять это. Нахожденіе послѣ смерти кровяныхъ сгустковъ въ фаллопиевыхъ трубахъ, сообщающихся съ такими-же сгустками, находящимися въ полости матки (какъ это было въ случаѣ Гелли), ровно ничего не доказываетъ. Если больная умираетъ въ тотъ моментъ, когда въ фаллопиевой трубѣ находилась кровь, то конечно она створожится; у женщинъ, умершихъ во время мѣсячныхъ очищеній, часто находятъ въ фаллопиевыхъ трубахъ кровяные сгустки¹. Кромѣ того, если кровотеченіе воспослѣдовало отъ разрыва сосуда большого калибра, или по причинѣ сильнаго напора крови, или же отъ уменьшеннаго сопротивленія изъ стѣнокъ, или же отъ сильнаго разжиженія крови при различныхъ болѣзняхъ (*puerperae haemophilii scorbut. morbilli*), то не мудрено, что кровяные сгустки находятъ послѣ смерти въ фаллопиевыхъ трубахъ. Однимъ словомъ, нахожденіе кровяныхъ сгуст-

¹ Сканцони, Болѣзни женск. полов. орган. 1874. т. II, стр. 35.

ковъ въ фаллопиевыхъ трубахъ, сообщающихся съ такими-же полостями матки, въ такой-же степени можетъ указывать на то, что изъ фаллопиевой трубы кровь излилась въ полость матки, какъ и на обратное теченіе ея. Во всякомъ случаѣ, теорія Гелли есть чисто теоретическое воззрѣніе и не имѣетъ за собою достаточныхъ доказательствъ. Кромѣ того, клиническія наблюденія болѣзней матки, при которыхъ затрудняется или дѣлается совершенно невозможнымъ выходъ содержимаго полости матки, сильно говоритъ противъ этой теоріи. Извѣстно, напри-мѣръ, что при зарощеніи маточнаго отверстія, или же полости рукава, матка сильно растягивается накопившимся содержимымъ, и опытъ говоритъ, что въ этихъ случаяхъ скорѣе разорвутся стѣнки ея отъ чрезмѣрнаго утонченія и давленія изнутри, чѣмъ кровь попадетъ въ брюшную полость. Если-бъ обратное теченіе крови происходило такъ легко, какъ это думали Гелли и Дунканъ¹ въ послѣднее время, то при суженіяхъ маточнаго отверстія это происходило бы очень часто, между-тѣмъ-какъ на опытѣ видимъ, что въ подобныхъ случаяхъ бываютъ сильныя потугообразныя боли, сильныя сокращенія матки и содержимое, если существуетъ хотя малое отверстіе, по-немногу выходитъ въ полость рукава. Теорія Гелли нашла себѣ очень мало приверженцевъ; напротивъ — много противниковъ; большинствомъ авторовъ она не была принята и даже мало на себя обращала вниманія, покуда Дунканъ въ послѣднее время не высказалъ подобнаго же объясненія происхожденія кровяныхъ опухолей. Дунканъ принимаетъ, что обратное теченіе крови въ брюшную полость можетъ происходить не только вслѣдствіе затрудненнаго

¹ Къ сожалѣнію, сочиненіе Duncan'a въ оригиналѣ было для меня не доступно, и я могъ только пользоваться рефератами, представленными Ферберомъ и Кюхенмейстеромъ.

опорожненія матки при существованіи зарощеній или суженій маточнаго отверстія, но даже и помимо этихъ условій, подъ вліяніемъ давленія воздуха.

Кюхенмейстеръ¹ раздѣляетъ кровяныя опухоли, имѣющія источникомъ разрывы сосудовъ матки, на 5 видовъ:

1. Кровяныя опухоли, происходящія отъ разрыва разширенныхъ и варикозныхъ венъ *plex. uterinus*, при этомъ кровяныя опухоли бывають какъ внутри- такъ и внѣ-брюшинныя; въ первомъ случаѣ, если совмѣстно съ разрывомъ сосуда происходитъ, и разрывъ брюшины, его покрывающей, во второмъ случаѣ кровоизліяніе только отдѣляетъ брюшинную оболочку отъ матки.

2. Кровяныя опухоли, имѣющія источникомъ сосуды слизистой оболочки матки, если будетъ воспрепятствованъ отливъ крови, напримѣръ при *atres. vaginae*, при *hymen imperforat.* при закрытіи маточнаго отверстія во время беременности и т. п.; особенно указываетъ онъ на измѣненіе въ направленіи трубы какъ на обстоятельства, благопріятствующія обратному теченію крови особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда труба имѣетъ косое направленіе сверху внизъ, такъ-что брюшинный конецъ ея гораздо ниже маточнаго.

3. Кровяныя опухоли, являющіяся по причинѣ обратнаго теченія крови, когда истокъ ея изъ матки будетъ воспрепятствованъ вслѣдствіе затыканія канала шейки пробкою слизи или отъ закрытія канала, случающагося при перегибѣ, наичаще когда онъ находится на мѣстѣ внутренняго маточнаго отверстія, при чемъ слизистыя оболочки такъ тѣсно соприкасаются, что просвѣтъ значительно суживается.

4. Кровяныя опухоли, являющіяся отъ того, что при открытомъ маточномъ отверстіи давленіемъ воздуха кровь прогоняетъ

¹ Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde XXVII Jahrg. 1870.1 B. S. 42.

ся изъ матки по фаллопиевымъ трубамъ и оттуда въ брюшную полость; это объясненіе принадлежит Дункану; оно достаточно уже окритиковано Ферберомъ и Родельгеймеромъ, хотя въ сущности неосновательность подобнаго произвольнаго толкованія такъ очевидна, что не требуетъ дальнѣйшихъ объясненій.

5. Кровяныя опухоли, происходящія отъ разрыва ткани матки, случающагося или во время родовъ или вскорости послѣ ихъ и наичаще въ томъ мѣстѣ, гдѣ мышечный слой ея граничитъ съ брюшиною.

Кровяныя опухоли бываютъ очень незначительной величины. Такія опухоли были описаны Клинтокомъ, назвавшимъ ихъ *uterine Haematocoele*¹; ихъ называютъ также *Muskel-haematome*.

Такое раздѣленіе кровяныхъ опухолей, являющихся изъ сосудовъ самой матки, тогда только могло бы быть раціональнымъ, когда была бы доказана возможность обратнаго теченія крови; такъ-какъ это составляетъ открытый вопросъ въ наукѣ, рѣшеніе котораго при настоящихъ свѣдѣніяхъ склоняется скорѣе въ отрицательную, чѣмъ въ положительную сторону, то до тѣхъ поръ говорить о томъ видѣ кровяныхъ опухолей, которыя являются подѣ влияніемъ такихъ ничтожныхъ препятствій къ отливу, какъ напримѣръ пробка слизи въ каналѣ шейки, — слишкомъ преждевременно. Что касается до кровяныхъ опухолей, происходящихъ, какъ показано 1 и 5, то дѣйствительно существуютъ наблюденія, указывающія, что онѣ могутъ происходить такимъ способомъ, но во всякомъ случаѣ онѣ являются чрезвычайно рѣдко, въ-особенности происходящія какъ показано 5.

Многія изслѣдователи, при вскрытіи умершихъ отъ изліянія крови въ задній слѣпой мѣшокъ брюшины, или отъ другихъ

¹ Jahrb. B. 123. S. 217.

постороннихъ болѣзней, осложненныхъ кровоизліаніемъ вокругъ матки, находили источникомъ кровотеченія *разрывъ сосудовъ слизистой оболочки фаллопіевой трубы*. Кажется, Сканцони первый указалъ на этотъ способъ происхожденія, описавши въ своемъ руководствѣ въ 1859 г. случай *Haematocoele retroutrépine* вмѣстѣ съ протоколомъ вскрытія: «22-лѣтняя дѣвушка, страдавшая скарлатиной, вскорости по наступленіи мѣсячныхъ умерла при явленіяхъ очень интензивнаго перитонита; секція доказала, что причиною смерти была геморрагія лѣвой трубы. Она имѣла толщину указательнаго пальца, была сильно растянута, отъ просвѣчиванія крови казалась сине-красно окрашеною и содержала, какъ можно было убѣдиться по разрѣзываніи стѣнокъ, около 2—3 $\frac{1}{2}$ частію еще жидкой, частію свернувшейся крови; послѣдняя сообщалась черезъ растянутый брюшинный конецъ фаллопіевой трубы съ находящеюся, въ количествѣ около 1 $\frac{1}{2}$, большею частію, сгустившеюся кровью».

Случай этотъ былъ первый, несомнѣнно указавшій на слизистую оболочку, какъ на источникъ кровотеченія. Пюш¹ оспаривалъ это первенство; такъ-же точно Труссо въ своихъ клиническихъ лекціяхъ доказываетъ, что онъ первый указалъ на этотъ источникъ кровяныхъ опухолей.

Дѣйствительно, хотя Сканцони первый представилъ случай доказательный въ этомъ отношеніи, но, какъ извѣстно, Труссо первый пытался уяснить клиническую картину кровяныхъ опухолей, происходящихъ отъ разрыва сосудовъ слизистой оболочки фаллопіевой трубы. Источнику кровотеченія онъ придаетъ большое значеніе въ отношеніи хода болѣзни, указываетъ даже на тѣ діагностическіе признаки, руководствуясь которыми

¹ Thèse. Montpellier. 1858.

можно отличать трубную (катаменіальную, какъ онъ ее называетъ) отъ яичниковой кровяной опухоли. Такъ-какъ его объясненія получили общую извѣстность и приняты были впоследствии многими, то не лишнимъ считаю рассмотреть тѣ основанія, на которыхъ Труссо изобразилъ клиническую картину этихъ двухъ видовъ кровяныхъ опухолей.

Труссо различаетъ два вида кровяныхъ опухолей: яичниковую и трубную, или мѣсячную; яичниковая кровяная опухоль весьма часто сопровождается воспаленіемъ брюшины, оканчивающимся въ большинствѣ случаевъ благопріятно, иногда только исходъ бываетъ смертельный, между-тѣмъ кровяная опухоль, имѣющая источникомъ разрывъ сосудовъ слизистой оболочки фаллопиевой трубы, гораздо рѣже оканчиваются летально. Такимъ образомъ, яичниковую кровяную опухоль приходится гораздо чаще наблюдать послѣ смерти, между-тѣмъ-какъ трубную—въ высшей степени рѣдко, это и составляетъ причину, почему большинство изслѣдователей стало допускать исключительно одну лишь яичниковую опухоль (Нелатонъ, Денонвилле, Гюгье, Ленуаръ, Ложье). Труссо въ своихъ клиническихъ лекціяхъ не приводитъ наблюдений послѣ смерти больныхъ; онъ только указываетъ на три случая проф. Тардѣ, приведенныхъ Вуазеномъ въ его монографіи. Женщины эти такъ скоро умерли отъ начала болѣзни, что возбуждено было подозрѣніе въ отравленіи, и потому Тардѣ произведено было судебно-медицинское изслѣдованіе труповъ.

Одна изъ этихъ женщинъ, только три недѣли была замужемъ, и, по признанію мужа, начало болѣзни можно было приписать излишеству въ половыхъ сношеніяхъ.

Другая, еврейка, умерла тоже вслѣдствіе половыхъ излишествъ во время менструаціи.

Третій случай относится къ женщинѣ, умершей вслѣдствіе удара ногою въ лѣвое бедро, нанесеннаго ей мужемъ.

Тардѣ, вскрывавшій трупъ, нашелъ яичники, фаллопьевы трубы и матку здоровыми и высказалъ, что источникомъ кровоизліяній были сосуды брюшины, хотя она и не имѣла никакихъ измѣненій (?). Труссо съ большимъ сомнѣніемъ отнесся къ такому объясненію Тардѣ относительно источника кровотечения и полагаетъ, что эти три случая должны быть отнесены скорѣе къ трубнымъ кровянымъ опухолямъ, и далѣе (стр. 31) говорить, что онъ въ случаяхъ Тардѣ нашелъ много доказательствъ, говорящихъ за трубныя кровяныя опухоли. (?)

Это чисто-теоретическое воззрѣніе Труссо не подтверждаетъ патолого-анатомическими изслѣдованіями; косвенными доказательствами для него послужили всѣ случаи, гдѣ источникъ кровоизліянія не былъ открытъ, которое, думаетъ онъ, ничѣмъ другимъ лучше нельзя объяснить какъ тѣмъ, что слизистая оболочка трубы была его источникомъ.

Въ подтвержденіе существованія мѣсячной кровяной опухоли Труссо приводитъ одно наблюденіе при жизни¹: «Нѣсколько лѣтъ уже я пользую виѣстѣ съ профессоромъ Вельпо одну 25-лѣтнюю дѣвушку, которая цѣлыхъ семь лѣтъ уже ежемѣсячно подвергается припадкамъ труднаго отдѣленія кровей (*dysmenorrhoea*). Изслѣдованіе ея показало намъ полное отсутствіе у нея влагалища; но при изслѣдованіи черезъ прямую кишку прощупывается опухоль, положеніемъ и формою похожая на матку. Каждый мѣсяцъ чувствуетъ она боль въ нижней части живота и въ поясницѣ, и въ то-же время у нея твердѣютъ груди, а въ моментъ отдѣленія яйца являются сильныя боли въ животѣ, которыя я отношу къ паденію извѣстнаго количе-

¹ Труссо, Клиническія лекціи, стр. 27.

ства крови въ полость брюшины. У этой дѣвушки идутъ крови во внутрь. Нѣсколько дней при этомъ длится лихорадочное состояніе, за-тѣмъ боль становится меньше, а къ восьмому или десятому дню и совсѣмъ исчезаетъ. Каждый мѣсяць снова являются тѣ-же самые припадки; каждый мѣсяць начинается у нея кровавая опухоль». Что касается приведеннаго наблюденія, то въ немъ находится очень мало доказательствъ существованія кровавой опухоли, и конечно трудно выбрать менѣе удачное наблюденіе для доказательствъ существованія мѣсячныхъ кровавыхъ опухолей, какъ вышеприведенное.

Труссо, далѣе, приводитъ физическіе и отвлеченные признаки для дифференціальной діагностики этихъ 2 видовъ кровавыхъ опухолей: необильныя кровотеченія, сопровождающіяся бурными припадками воспаленія брюшины, должны быть принимаемы за яичниковыя кровавыя опухоли; напротивъ, обильныя, быстро происходящія, при этомъ значительная блѣдность наружныхъ покрововъ, кровоизліянія, не сопровождающіяся сильными воспалительными явленіями, боли очень незначительныя — должны быть принимаемы за мѣсячныя трубныя кровавыя опухоли. Сильныя боли при яичниковой кровавой опухоли и слабѣя при трубной зависятъ отъ различнаго качества крови, дѣйствующей въ большей или меньшей степени раздражающимъ образомъ на брюшину.

Кровь, излившаяся изъ яичника, говоритъ Труссо, подвергается измѣненіямъ, по причинѣ которыхъ получаетъ свойство сильно раздражать брюшину, между-тѣмъ-какъ изъ трубы происходящая мало измѣненная въ своихъ свойствахъ не обладаетъ ими въ такой степени. Въ подтвержденіе того, что совершенно свѣжая кровь не раздражаетъ брюшины, Труссо приводитъ опыты, произведенныя имъ вмѣстѣ съ д-мъ Лабланомъ, по ко-

торымъ только кровь, измѣненная вслѣдствіе долгаго пребыванія ея внѣ сосудовъ, получаетъ свойство дѣйствовать раздражающимъ образомъ на серозные покровы. — Предсказаніе Труссо также дѣлаетъ различіе для этихъ обоихъ видовъ кровяныхъ опухолей: для мѣсячныхъ кровяныхъ опухолей предсказаніе болѣе благопріятно, чѣмъ для яичниковыхъ. Кромѣ этихъ 2 видовъ кровяныхъ опухолей Труссо указываетъ еще на три худосочныя кровяныя опухоли, являющіяся при тѣхъ условіяхъ, когда кровь, измѣненная въ своемъ составѣ, дѣлается весьма склонною къ изліяніямъ на поверхность слизистыхъ оболочекъ; къ такимъ заболѣваніямъ относятся: *purpura haemorrhagica*, *scarlatina*, *morbilli*, *varriola*, *haemophili*, какъ это было въ случаяхъ Бардова, Симпсона, Гелли, Скандони, Лабульбена. Что касается до этого вида кровяныхъ опухолей, то существованіе ихъ доказывается достаточнымъ числомъ патолого-анатомическихъ вскрытій, представленныхъ вышепоименованными авторами, между-тѣмъ-какъ катамениальная форма *Haematocoele*, въ томъ смыслѣ, какъ ея понимаетъ Труссо—имѣющая непрерывнымъ источникомъ сосуды слизистой оболочки фаллопиевыхъ трубъ—по настоящее время не доказана патолого-анатомическими изслѣдованіями.

Намъ остается еще рассмотретьъ объясненіе происхожденія кровяныхъ опухолей, обратившее въ послѣднее время такъ много на себя вниманія и состоящее въ томъ, что *источникомъ кровоизліяній предполагаютъ разрывъ сосудовъ новообразованныхъ перепонокъ*. Объясненія этого держится большинство патолого-анатомовъ, которые, вообще говоря, съ большимъ сомнѣніемъ относятся къ утвержденіямъ клиницистовъ на-счетъ ближайшихъ причинъ болѣзни.

Такое объясненіе происхожденія болѣзни сначала высказано

было Ракитанскимъ, а потомъ Вирховымъ¹, а также Ферберомъ² и Долбо³.

Вирховъ, говоря объ источникахъ кровотеченія, сказалъ слѣдующее:

« Менѣе вѣроятно то, что экстравазать, какъ говоритъ Тайлеръ Смидъ, въ послѣдствіи покрывается ложною перепонкой. Я считаю это менѣе всего вѣроятнымъ и также не раздѣляю того мнѣнія большинства авторовъ, что весь экстравазатъ происходитъ изъ матки, яичниковъ и фаллопиевыхъ трубъ. Значительное кровотеченіе изъ фаллопиевыхъ трубъ почти исключительно бываетъ только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онѣ разрываются вслѣдствіе развитія въ нихъ плода при вѣматочной беременности, и я не считаю невозможнымъ, чтобы эти случаи были приняты за простую Haematocoele. Значительныя же кровотечения изъ яичниковъ встрѣчаются еще рѣже. Только при язвенныхъ процессахъ на трубахъ и яичникахъ могутъ произойти частыя кровотечения, а именно при *Hudgors tubae sanguinolentus* и при геморрагическихъ кистахъ яичниковъ. Обыкновенно же, по моему мнѣнію, кровь происходитъ изъ новообразованныхъ сосудовъ при развитіяхъ ложныхъ перепонъ въ углубленіяхъ *peritonei* ».

На стр. 98 сказано:

«Накопленіе это объясняется тѣмъ, что вообще все, что выдѣляется въ брюшную полость, слѣдовательно и кровь, по законамъ тяжести опускается въ тазовое углубленіе. Нерѣдко въ этихъ мѣстахъ развиваются воспалительные процессы, вслѣдствіе которыхъ образуется патологическая васкуляризація,

¹ Ученіе объ опухоляхъ, стр. 99.

² Jahrbh. 1864. B. 123, стр. 223. Jahrbh. 1867. B. 135, стр. 321.

³ Gaz. des hôp. 1860. стр. 138.

мѣстныхъ гипереміи и геморрагій, которыя, повторяясь время отъ времени, даютъ поводъ къ значительнымъ накопленіямъ крови; въ этомъ послѣднемъ случаѣ можетъ быть и то, что при *Peritonitis retrouterina*, какъ и при *Pachymeningitis*, образуются ложныя перепонки и что экстравазатъ изъ сосудовъ ложной перепонки накапливается между ея листками и образуетъ замкнутое (анкистированное) *Haematoma retrouterinum* (*H. pelvisum s. periuterinum Simpson'a*)».

Кровотеченіе изъ новообразованныхъ перепонокъ можетъ происходить существенно двоякимъ образомъ—или, подъ вліяніемъ сильнаго переполненія кровью, капилляры, снабженные нѣжными и тонкими стѣнками, разрываются и такимъ образомъ мало-по-малу по каплямъ происходитъ накопленіе крови, раздвигающей ложныя оболочки, или же кровоизліяніе изъ ложныхъ оболочекъ происходитъ вдругъ и при томъ въ большомъ количествѣ. Конечно, должно предположить, что въ подобныхъ случаяхъ происходитъ и разрывъ большого сосуда или подъ вліяніемъ сильнаго переполненія кровью, или по случаю уступчивости тканей, окружающихъ его, или подъ вліяніемъ обоихъ этихъ условій; очень вѣроятно, что разрывъ оболочекъ можетъ явиться и подать поводъ къ происхожденію кровяной опухоли также вслѣдствіе быстрыхъ и рѣзкихъ тѣлодвиженій (поднятіе тяжести, паденіе, ушибы, прыжки и т. п.). Въ исторіяхъ болѣзней нашей клиники находится много указаній, что обстоятельства эти служили случайною причиною для происхожденія болѣзни, такъ-какъ изъ анамнеза видно, что вслѣдъ за поднятіемъ тяжести или другимъ какимъ-либо тѣлеснымъ напряженіемъ быстро появлялись симптомы, какъ внутренняго кровотечения (обморокъ, сильная слабость, потемнѣніе въ глазахъ, головокруженіе), такъ и, впоследствии, воспаленія брюшины

(колющія боли въ животѣ, рвота и проч.); слишкомъ частое совпаденіе начала болѣзни съ чрезмѣрными тѣлесными напряженіями сильно говорятъ за то, что эти обстоятельства служили причиннымъ моментомъ происхожденія болѣзни.—Въ нашей клиникѣ мнѣ пришлось наблюдать также одинъ случай, когда послѣ попытокъ выпрямить зондомъ матку съ лѣвой стороны дугласова пространства вдругъ появилась ограниченная опухоль величиною въ яблоко. Такое быстрое появленіе опухоли, замѣченное проф. Лазаревичемъ, вслѣдъ за попытками выпрямленія матки, было объяснено имъ тѣмъ, что при этой манипуляціи произошелъ разрывъ кровеноснаго сосуда въ существовавшей новообразованной перемычкѣ, удерживавшей матку въ положеніи наклоненномъ назадъ. Эта опухоль въ продолженіи нѣсколькихъ дней оставалась стаціонарною, потомъ-мало-по-мало уменьшалась въ объемъ и черезъ 12 дней уже не прощупывалась надъ заднимъ сводомъ.

Субъективные припадки во время теченія болѣзни были нерѣзко выражены, по всей вѣроятности, отъ-того, что опухоль была малаго объема.

Однако нужно замѣтить, что объясненіе происхожденія болѣзни разрывомъ сосудовъ новообразованныхъ перепонкъ до настоящаго времени можно допускать какъ вѣроятное предположеніе, такъ-какъ мы до настоящаго времени не имѣемъ прямыхъ анатомическихъ изслѣдованій, которыя бы указывали на этотъ источникъ кровоизліянія. Нахожденіе кровяного скопища между оболочками, производящими плотное приращеніе брюшины, покрывающей заднюю поверхность матки, и брюшины, покрывающей прямую кишку, не можетъ еще указывать на то, что непременно разрывъ сосудовъ ихъ подали поводъ къ происхожденію болѣзни. Въ подобныхъ случаяхъ яичники часто

въ такой степени претерпѣваютъ измѣненія, что совершенно теряются между оболочками, такъ-что въ этихъ случаяхъ невозможно бываетъ исключить ихъ участія въ образованіи опухолей. Намъ пришлось наблюдать такой случай:

Елена Р., нѣмка, гувернантка, 28 лѣтъ, не замужемъ, поступила въ акушерскую клинику 1-го марта 1872 года. Мѣсячныя открылись 15-ти лѣтъ, послѣ того онѣ были всегда правильны, — повторялись черезъ каждыя 3 недѣли. Въ своей жизни она не страдала никакою болѣзнію, исключая запоровъ, продолжавшихся по 3—5 дней, впрочемъ они мало ее беспокоили. Послѣднія мѣсячныя окончились за 13 дней до поступления больной въ клинику, продолжались 6 дней, были болѣзненнѣе, чѣмъ прежнія. Черезъ 6 дней послѣ послѣднихъ мѣсячныхъ она, чувствуя себя вполне здоровою, занималась своими обычными дѣлами.

Вечеромъ, 21 февраля, она хотѣла передвинуть довольно тяжелый комодъ, но не могла этого окончить, потому что почувствовала сильныя боли внизу живота, которыя не прекращались и были въ такой степени сильны, что она принуждена была тотчасъ-же лечь въ постель. Ночью призванный врачъ прописалъ ей іодовую настойку на низъ живота и успокаивающую мазь. На другой день утромъ былъ ознобъ и къ вечеру появилась сильная рвота, такъ-что больная ничего не могла принимать внутрь. Рвота постоянно усиливалась и на 3 день болѣзни была съ примѣсью кала. Боли распространялись на весь животъ, и онъ былъ очень чувствителенъ при малѣйшемъ дотрогиваніи, лихорадочное состояніе продолжалось. Въ продолженіи 6 дней отъ начала заболѣванія больная не могла принимать внутрь никакого лѣкарства по причинѣ сильныхъ тош-

ноть. Въ такомъ состояніи находилась она до 1 марта, когда и была принята въ акушерскую клинику.

Больная — крѣпкаго тѣлосложенія, блѣдная, анемичная, выраженіе лица нѣсколько тупое. Грудные органы ничего не нормальнаго не представляютъ. Животъ вздутъ и очень чувствителенъ при дотрогиваніи, особенно въ нижней части, вслѣдствіе чего невозможно произвести ощупываніе его. При перкуссіи, въ верхней части живота получается тимпаническій тонъ, который чѣмъ ниже отъ пупка, тѣмъ дѣлается все болѣе и болѣе притупленнымъ. Притупленіе начинается на три поперечныхъ пальца ниже пупковой линіи и болѣе распространяется въ правую сторону.

При внутреннемъ изслѣдованіи найдено, что рыльце матки отодвинуто кзади и влѣво, конической формы; маточное отверстіе едва пропускаетъ конецъ указательнаго пальца. Надъ переднимъ сводомъ находится опухоль тѣстоватой плотности, переходящая непосредственно на правый сводъ и только отчасти на задній. Надъ лѣвымъ сводомъ ощущается только какъ-бы припухлость. Опухоль не рѣзко ограничена и на всѣхъ мѣстахъ одинаковой плотности. Обстоятельное двойное ручное изслѣдованіе невозможно по случаю большой чувствительности живота.

Температура рукава повышена. Черезъ прямую кишку можно было ощущать часть опухоли, лежащей кзади, ни чѣмъ не отличающейся по своимъ свойствамъ отъ опухолей, ощущаемыхъ черезъ передній сводъ. На мѣстѣ верхней части sphinct. ani intern. находится суженіе, черезъ которое едва можно было провести палецъ; изслѣдованіе черезъ прямую кишку чрезвычайно болѣзненно. Изъ субъективныхъ припадковъ больная жаловалась на сильныя колющія боли въ животѣ и въ поясницѣ,

кромя того на частые позывы къ мочеиспусканию, на болѣзненное отдѣленіе мочи, сверхъ того на закоры; чувствуетъ болшую слабость и головокруженіе, постоянную тошноту и по временамъ рвоту, полнѣйшее отсутствіе аппетита и горечь во рту. *Diagnosis: Peritonitis diffusa*, происшедшая вѣроятно вслѣдствіе околomatочнаго кровоизліянія (?). Лѣченіе: *Tin. jodi* и компрессы изъ *Sol. kali bromat.* (ex 3j) $\overline{3}vj$ на низъ живота; на-ночь *Codein.* gr $\frac{1}{4}$.

1-го марта животъ вздутъ, чувствителенъ при дотрогиваніи; внутреннее изслѣдованіе не показало перемѣны въ положеніи опухолей.

Назначенъ клистиръ изъ воды. *Aq. Vischu* по-поламъ съ молокомъ, по одному стакану въ день. У. т. 38,8; п. 100; д. 28. В. т. 39; п. 108; д. 37.

2-го марта. Боль въ животѣ. Вечеромъ рвота каломъ. У. т. 38,4; п. 96; д. 23. В. т. 38,2; п. 100; д. 21. Лѣченіе то-же.

3-го марта. Животъ менѣе чувствителенъ при дотрогиваніи. При ощупываніи оказывается, что опухоль распространяется болше въ правую сторону. Границы опухоли не ясно обозначаются. Назнач. *Magnes. ust.* чайную ложку на $\overline{3}i$ *Aq. foenicul.* принимать 2 раза въ день. Остальное продолжать. У. т. 38,2; п. 88; д. 22. В. т. 38,6; п. 100; д. 24.

4-го марта. То-же. У. т. 37,6. п. 88; д. 21. В. т. 37,4; п. 88; д. 25.

5 марта. Боли внизу живота усилились, постоянная рвота, общее безпокойство, сильная жажда. Значительный упадокъ силъ. Слабость въ такой степени, что больная не можетъ переворачиваться на постели. Итъла испражненіе, мочеиспусканіе болѣзненно, частые позывы на мочу. Чувствуетъ то ознобы, то

жаръ; головокруженіе. Назнач. *Aq. calcis* съ молокомъ. У. т. 38,6; п. 80; д. 21. В. т. 37,6; п. 84; д. 24. Лѣченіе то-же.

6 марта. Чувствуетъ себя лучше. Животъ менѣе напряженъ. Тошнота. Отсутствіе аппетита. У. т. 37,4; п. 84; д. 24. В. т. 37,9; п. 94. д. 26. Лѣченіе продолж.

7 марта. Тошнота и по-временамъ рвота сильно мучать больную. Рвота имѣетъ каловый запахъ. Можетъ принимать только молоко и кофе; жалуется на большую слабость и головокруженіе. Боли въ животѣ меньше; сильная жажда. Ночь провела очень дурно. У. т. 38,4; п. 92; д. 24. В. т. 37,4; п. 76; д. 21. Лѣченіе: молочн. діета, кофе. Назнач. *Jodoformi* \mathfrak{E} j *axung. porc.* $\mathfrak{Z}\beta$ мазать низъ живота.

8 марта. Боли въ животѣ. Въ продолженіи дня имѣла 4 жидкихъ испражненія. У. т. 37,6; п. 94; д. 28. В. т. 37; п. 92; д. 29.

9 марта. Рвота гораздо рѣже. Тошнота и головокруженіе. Больная сильно ослабѣла, ее постоянно слабитъ, въ продолженіе дня имѣла до 30 жидкихъ испражненій. Назн. *Ol. amygd. dulc.* \mathfrak{Z} j. *Pulv. gummi mimosi* $\mathfrak{Z}\beta$ *Infus. Ipecacuanhi* (ex grjj) \mathfrak{Z} vj. x. *Tin. opii simp. gtt XIV Syrupi simp.* $\mathfrak{Z}\beta$ черезъ часъ по столовой ложкѣ. У. т. 37,2; п. 86; д. 24. В. т. 37,6; п. 90; д. 26.

10 марта. Поносъ продолжается, сильная слабость; рвота. У. т. 37,6; п. 80; д. 24. В. т. 37,4; п. 76; д. 21.

11 марта. Боли въ животѣ уменьшились. Рвота прекратилась; очень частыя непроизвольныя испражненія, похожія на рисовый отваръ. Больная находится въ полусознательномъ состояніи. У. т. 38,4; п. 96; д. 27. В. т. 38,4; п. 80; д. 24.

12 марта. Больная замѣтно колыбируется. У. т. 39; п. 102; д. 24. Къ вечеру температура понизилась до 36,6; п. 92; д. 28. Вечеромъ больная умерла при явленіяхъ общаго истощенія силъ.

В С К Р Ы Т І Е.

«Кости свода черепа ровны и тверды. Мозговая оболочка не представляетъ особенныхъ измѣненій. Мягкая мозговая оболочка по направленію *fissur. longitud. cerebri* представляетъ множество пахіоновыхъ грануляцій, ткань ея малокровна, рыхла, слегка отечна, отдѣляется легко. Ткань мозга малокровна, плотна; въ желудочкахъ мозга содержится небольшое количество серозной прозрачной жидкости. Сосуды основанія мозга не измѣнены. Мозжечекъ и продолговатый мозгъ въ такомъ-же состояніи, какъ и большой мозгъ.

Сердце слегка растянуто въ поперечномъ размѣрѣ; полость праваго желудочка незначительно увеличена; стѣнки тонки; полость лѣваго желудочка не представляетъ измѣненій. *Intima aortae* мѣстами представляетъ незначительныя утолщенія.

Оба легкія свободны, паренхима ихъ вездѣ проходима; нижнія доли находятся въ состояніи гипостаза и отека въ значительной степени. Слизистая оболочка бронховъ утолщена, разрыхлена и покрыта слизью. Серозный покровъ брюшины во многихъ мѣстахъ сращенъ посредствомъ ложныхъ, нѣжныхъ перепонокъ съ петлями кишекъ. Сальникъ большею своею частію расположенъ въ правой половинѣ, представляетъ сращенія частію съ *perit. pariet.* преимущественно въ нижней части, частію съ отдѣльными петлями тонкихъ кишекъ — въ верхней лѣвой части. Тонкія кишки представляются вздутыми, *colon ascendens et transversum* представляются спавшимися. Петли тон-

ких кишекъ, помимо указанныхъ сращеній, сращевы еще между собою довольно плотными, съ трудомъ уступающими насилію, перепонками темнокраснаго цвѣта. Въ полости малаго таза находится значительное скопленіе сѣрогязнаго цвѣта массы, довольно жидкой консистенціи. Масса эта помѣщается главнымъ образомъ между мочевымъ пузыремъ и переднею поверхностію матки.

Матка глубоко отодвинута назадъ. Тѣло матки, въ-особенности дно ея, плотно сращено старыми ложными перепонками съ ближнею частію подвздошной кишки. Это сращеніе продолжается и на лѣвую фаллопиеву трубу. Между rectum и маткой въ дугласовомъ пространствѣ (савум Douglasii) находится точно такое-же значительное количество грязной жидкости и значительное количество ложныхъ перепонокъ, съ помощію которыхъ матка сращена съ клѣтчаткой малаго таза и прямою кишкою. На днѣ дуласова пространства, между маткой и боковою стороною прямой кишки находится кровоизліяніе, величина котораго равна приблизительно грецкому орѣху. Опредѣлить отношенія этого кровоизліянія къ яичнику весьма трудно по присутствію значительнаго количества ложныхъ перепонокъ и сращеній въ этомъ мѣстѣ.

На $2\frac{1}{2}$ сант. отъ отверстія задняго прохода находится суженіе, которое не пропускаетъ указательнаго пальца; это суженіе состоитъ изъ соединительной ткани сине-краснаго цвѣта; передняя стѣнка на мѣстѣ рубца представляетъ нѣсколько язвъ съ неровными краями, подрытыми до мышечнаго слоя; выше мѣста суженія полость кишки растянута, слизистая оболочка въ высокой степени красна, неровна, пигментирована.

Это суженіе въ продольномъ діаметрѣ равно приблизительно 5-ти сант.; въ поперечномъ нѣсколько меньше.