

Проф. Д. И. Ширшовъ.

**КИСТЫ И КИСТОВИДНЫЯ ОБРАЗОВАНІЯ
ЧЕЛОВѢЧЕСКАГО ПОСЛѢДА.**

Съ 7 рис. въ текстѣ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Издательство «Практическая Медицина» (В. С. Эттингеръ).
Ө. В. Эттингеръ.

Большой Сампсоньевскій просп. 61.
1912.

ОТДѢЛЪ ПЕРВЫЙ.

Кисты и кистовидныя образования пуповины.

Истинныя кисты пуповины представляютъ изъ себя мѣшечкатыя опухоли, съ ясно выраженной стѣнкой, вполне отграниченной отъ окружающихъ тканей и выстланной эпителиальнымъ покровомъ; въ пуповинѣ онѣ наблюдаются очень рѣдко. Исходнымъ пунктомъ ихъ развитія служатъ остатки аллантоиса и желточного протока, а иногда также, какъ это допускаетъ Winkler, соединительнотканные промежутки и щели водной оболочки.

Гораздо чаще встрѣчаются въ пуповинѣ ложныя кисты—большей или меньшей величины полостн съ жидкимъ содержимымъ, стѣнка которыхъ образована окружающей тканью. Такія кистовидныя образования возникаютъ преимущественно въ мягкихъ частяхъ Wharton'овой студени или вслѣдствіе кровоизліяній въ нее (гематомы), или вслѣдствіе ея размягченія и слизистаго перерожденія.

I. Кисты пуповины (истинныя).

1. Кисты водной оболочки.

Данныя кисты встрѣчаются рѣдко. Единственный случай такого рода кистъ описанъ Winkler'омъ ¹⁾.

На плацентарномъ концѣ пуповины этотъ авторъ наблюдалъ чрезвычайно мелкія кисты въ существѣ соединительнотканнаго слоя водной оболочки. Одна большая киста, относящаяся къ тому же слою, располагалась въ плацентарномъ районѣ упомянутой оболочки. По мнѣнію Winkler'a, описанныя имъ кисты развиваются изъ промежутковъ и щелей соединительнотканнаго слоя амниона.

2. Кисты желточного протока.

Желточный протокъ облитерируется очень рано и уже на 5-й недѣлѣ представляется на поперечныхъ срѣзахъ въ видѣ маленькой группы эпителиальныхъ клѣтокъ, располагающейся обыкновенно или между правой артеріей и свободнымъ краемъ поперечнаго разрѣза пуповины, или чаще въ срединѣ между правой артеріей и веной. Тѣмъ не менѣе этотъ облитерированный остатокъ можетъ служить мѣстомъ развитія кистъ, которыя, однако, никогда не достигаютъ значительныхъ размѣровъ. Такія кисты описаны Ruge ²⁾.

Образования эти располагались чрезвычайно поверхностно на пуповинѣ 7-мѣсячнаго плода въ видѣ возвышеній, достигавшихъ

¹⁾ Winkler, Ein Fall von Cystenbildung im Amnion. Archiv für Gynaekologie. Bd. I. 1870, p. 351.

²⁾ Ruge, C., Untersuchungen über den Dottergang und über die Capillaren im Nabelstrang. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. I. 1877, p. 253.

величины булавочной головки, были ограничены отъ окружающей ихъ ткани плотными соединительнотканными волоконцами и заключали въ себѣ полупрозрачное содержимое, состоявшее изъ нѣжныхъ одноядерныхъ, тѣсно лежащихъ другъ возлѣ друга, эпителиальныхъ элементовъ, идентичныхъ таковымъ же элементамъ желточного протока. Въ нихъ замѣтны были процессы регрессивнаго метаморфоза въ видѣ жирового перерожденія и обызвествленія. Въ большинствѣ изслѣдованныхъ авторомъ кистъ пристѣночный эпителий отсутствовалъ и лишь въ одномъ случаѣ ему удалось констатировать на внутренней поверхности кисты низкоцилиндрической эпителиальный покровъ, причемъ содержимое полости состояло изъ нѣжныхъ ядро-содержащихъ клѣтокъ.

На основаніи своихъ изслѣдованій, Ruge считаетъ описанныя имъ кисты за остатокъ желточного протока, разорваннаго вслѣдствіе роста пуповины. Форма клѣтокъ, расположеніе описанныхъ имъ образований и ихъ тѣсная связь съ существующими сосудами желточного протока говорятъ въ пользу подобнаго предположенія.

3. Кисты аллантоиса.

Каналь остатка аллантоиса облитерируется обыкновенно около 8-й недѣли беременности, но въ исключительныхъ случаяхъ можетъ сохраниться до болѣе поздняго времени и послужить мѣстомъ образования кистъ.

Такого рода кистовидныя расширенія впервые наблюдалъ Ahlfeld ¹⁾ на плацентарномъ концѣ пуповинъ 4—5-мѣсячныхъ плодовъ. Здѣсь каналъ аллантоиса былъ такой же ширины, какъ пупочная артерія или еще шире. Эпителиальнаго покрова на внутренней поверхности, однако, не удалось найти даже при самыхъ тщательныхъ изслѣдованіяхъ. Содержимое расширенныхъ полостей представляло изъ себя безструктурную слизистую массу желтаго или зеленовато-желтаго цвѣта.

Позднѣе Ruge ²⁾ описалъ кистовидное расширеніе аллантоиса продолговатой формы на плацентарномъ отрѣзкѣ пуповины пяти-мѣсячнаго плода у самой плаценты, между пупочными артеріями, которое имѣло гладкія стѣнки, свѣтлое прозрачное содержимое и соединительнотканную капсулу, построенную изъ нѣжныхъ волоконцевъ. Второе подобное же расширеніе наблюдалось также вблизи пупочнаго кольца. Въ другихъ случаяхъ Ruge остатокъ аллантоиса представлялся полымъ, высланнымъ красивымъ низкоцилиндрическимъ эпителиемъ, причемъ здѣсь къ основному каналу мѣстами примыкали сообщавшіяся съ нимъ побочныя кисты.

По Olshausen'y и Veit'y ³⁾ въ пуповинѣ, въ исключительныхъ случаяхъ, наблюдаются кистовидныя расширенія облитерированнаго остатка allantoidis, располагающіяся по его ходу между тремя кровеносными сосудами.

Очень интересный и въ клиническомъ, и въ патолого-анатомиче-

¹⁾ Ahlfeld, Die Allantois des Menschen und ihr Verhältniss zur Nabelschnur. Arch. f. Gyn. Bd. X. 1876.

²⁾ Ruge, C., Ueber die Gebilde im Nabelstrang. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. I, p. 1. 1877.

³⁾ Olshausen Veit, Schröder's Lehrbuch der Geburtshilfe. Aufl. X. 1888 und Aufl. 1891.

скомъ отношеніяхъ случай кисты, относящійся, повидимому, къ этому же отдѣлу, описали Fava и Panciera ¹⁾.

У 28-лѣтней III-рага, уже въ началѣ родовъ, рядомъ съ головкой ощупывалось эластическое флюктуирующее, легко подвижное тѣло, которое при дальнѣйшемъ теченіи родового акта, постепенно отходя къверху, совершенно исчезло при полномъ раскрытіи зѣва. Роды протекли безъ осложненій, ребенокъ (3956 гр. вѣсомъ) родился живымъ; послѣдъ вышелъ самопроизвольно, никакихъ измѣненій не представлялъ. При осмотрѣ довольно длинной (56 с.) и относительно тонкой пуповины было обнаружено нѣсколько ложныхъ узловъ, 3 маленькихъ кисты (величиною въ просяное зерно) на различныхъ мѣстахъ и въ разстояніи $24\frac{1}{2}$ с. отъ пупочнаго кольца—громадная киста, величиною съ головку 2-лѣтняго ребенка, содержащая 1560 к. с. безцвѣтной, прозрачной жидкости. Снаружи киста была покрыта амніономъ, тонкая соединительнотканная стѣнка ея на внутренней поверхности имѣла эндотеліальный покровъ, состоявшій изъ полигональныхъ клѣтокъ, съ мелкозернистой протоплазмой и хорошо выраженными ядрами. По мнѣнію авторовъ, эта киста развилась изъ аллантоиса.

II. Кистовидныя образования пуповины. (Ложныя кисты).

1. Кистовидныя образования Wharton'овой студени со слизисто-серознымъ содержимымъ.

Кистовидныя образования Wharton'овой студени, происходящія путемъ ея размягченія и разжиженія, наблюдаются сравнительно часто, нерѣдко бываютъ множественными и могутъ достигать значительной величины. Содержимое ихъ представляетъ изъ себя слизисто-серозную жидкость. Эпителіальный покровъ на внутренней поверхности полостей отсутствуетъ. Стѣнка и содержимое могутъ быть окрашены, путемъ имбибиціи, красящими веществами крови.

Первоначальная причина возникновенія описываемыхъ кистовидныхъ образований заключается, по мнѣнію Ehrendorfer'a ²⁾, въ рѣзко выраженномъ и необычномъ разрастаніи наружной соединительнотканной пластинки аллантоиса, причемъ образовавшаяся въ результатъ этого разрастанія Вартонова студень подвергается миксоматозному перерожденію. Haas ³⁾, наоборотъ, полагаетъ, что здѣсь дѣло идетъ не о настоящемъ увеличеніи ткани, а единственно только объ ея серозномъ пропитываніи, размягченіи и слизистомъ перерожденіи. Процессу перерожденія, вѣроятно, могутъ способствовать различныя обстоятельства, заключающіяся въ разстройствѣ кровообращенія, каковы, напр., перекручиванія пуповины, periarteriitis и проч. Возможно также, что такъ называемые ложные узлы пуповины могутъ подвергаться слизистому перерожденію въ силу отсутствія въ нихъ питающихъ кровеносныхъ сосудовъ. При этомъ процессѣ соединительнотканнныя промежутки между волокнами увеличиваются вслѣдствіе накопленія здѣсь жидкости, самыя же волокна путемъ смыка-

¹⁾ Fava e Panciera, Arch. di ost. e gin. 1895, № 4.—Ref. Ztblt. f. Gynäk. 1896. № 14, p. 391.

²⁾ Ehrendorfer, Ueber Cysten und cystoide Bildungen der menschlichen Nachgeburts. Leipzig 1893.

³⁾ Haas. Beitrag zur Lehre von den Cysten der Nabelschnurr.—Hegar's Beiträge zur Geb. u. Gynäk. 1906. Bd. X, S. 483.

нія съ сосѣдними образуютъ какъ бы стѣнку для образующихся кистовидныхъ полостей. Водная оболочка, подъ которой онѣ располагаются, растягивается, причемъ пуповина представляется толстою, богато снабженною слизистою тканью, узловатою, покрытою различной величины возвышеніями.

Къ кистовиднымъ образованіямъ даннаго отдѣла необходимо отнести слѣдующіе случаи:

Ruysch'омъ ¹⁾ описана впервые пуповина, состоявшая изъ цѣлой цѣпи кистовидныхъ образованій.

Затѣмъ Heyfelder ²⁾ наблюдалъ случай, въ которомъ плацентарный конецъ толстой пуповины былъ покрытъ множествомъ «гидатидъ». Подобныя же образованія наблюдались и на плодовой поверхности плаценты.

M. Seuvre ³⁾ описалъ случай, въ которомъ кистовидное образованіе достигало величины куриного яйца, имѣло довольно напряженныя стѣнки и содержало 30 граммъ мутной желтоватой липкой жидкости. Пупочная вена проходила черезъ полость даннаго образованія и была покрыта желтоватой коллоидовой массой, подобной разжиженной студени.

Allan C. Sym ⁴⁾ описалъ случай, въ которомъ вся утолщенная пуповина была покрыта описанными кистовидными образованіями. Таковыя же опухоли покрывали слизисто-перерожденную плодовую сторону плаценты. (См. случай Allan Sym'a въ отдѣлѣ кистъ плаценты).

О маленькихъ кистахъ пуповины упоминаютъ также Schauta ⁵⁾, Dohrn ⁶⁾, Thoma ⁷⁾. Scanzoni ⁸⁾ сообщаетъ, что ему приходилось наблюдать довольно большія (до величины куриного яйца) кистовидныя образованія Wharton'овой студени, снабженныя ясно выраженной оболочкой. Способа происхожденія ихъ Scanzoni выяснитъ не могъ.

Интересный случай ложной кисты пупочнаго канатика описанъ Ritter'омъ ⁹⁾.

Этотъ авторъ нашелъ у 20-дневнаго плода въ томъ мѣстѣ, гдѣ была прикрѣплена пуповина, тонкостѣнный пузырь, на слѣпомъ концѣ котораго былъ виденъ маленькій остатокъ перекрученнаго и оторваннаго здѣсь пупочнаго канатика. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что стѣнка пузыря состоитъ изъ ткани пуповины, а полость его пронизана многочисленными тонкими нитями. Причину происхожденія этой кисты, по мнѣнію Ritter'a, слѣдуетъ

¹⁾ Ruysch, Advers. anat. prima, citirt von Virchow, I. Die krankhaften Geschwülste.

²⁾ Heyfelder, Eventration bei einem siebenmonats-Kinde und Hydatiden am Nabelstrange und an der placenta. Medicinalzeitung des Vereines für Heilkunde in Preussen. № 13, 1834. Vgl. auch Schmidt's Jahrb. Jahrg. 1894. Bd. II, p. 324.

³⁾ M. Seuvre, Bulletin de la société anatomique. Fevrier, 1874, p. 174.

⁴⁾ Sym Allan C., On a case of vesicular placenta from a premature birth at the 7 month. the childbearing olive Edinb. medical. Journal (1887 Aug.). Volumes XXXIII, p. 102. Vgl. auch Frommel's Jahresbericht über Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gyn. I Jahrg. 1888, p. 131.

⁵⁾ Schauta, Arch. f. Gynäk. Bd. 17. 1881.

⁶⁾ Dohrn, Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 18.

⁷⁾ Thoma, Arch. f. Gyn. Bd. 61.

⁸⁾ Scanzoni, Lehrbuch der Geburtsh. Cit. Winkler. Archiv f. Gyn. Bd. I, 1870.

⁹⁾ Ritter, Ueber die pathologischen Torsionen und die unechten Cysten der Nabelschnur. Jnaug-Diss. Berlin 1901.

видѣть въ разжиженіи Wharton'овой студени вслѣдствіе посмертныхъ измѣненій послѣ перекручиванія пуповины. Подобный же случай наблюдался также Ledeganck'омъ ¹⁾ у 45-дневнаго плода.

Haas ²⁾ описалъ пуповину, на плацентарномъ концѣ которой было расположено 5 кистовидныхъ образований, величиною отъ куринаго яйца до бобоваго зерна. Главная причина возникновенія такого рода кистъ заключается, по Haas'у, въ различныхъ условіяхъ нарушенія питанія (перекручиваніе пуповины, воспаленіе ея сосудовъ), обуславливающихъ слизистое перерожденіе Wharton'овой студени и скопленіе въ ея петляхъ серозной жидкости, проникающей сюда изъ пупочныхъ сосудовъ (транссудатъ, эксудатъ) или кромѣ того еще и изъ околоплоднаго мѣшка.

2. Кистовидныя образования пуповины геморрагическаго происхожденія (гематомы).

Гематомы пупочнаго канатика возникаютъ путемъ разрыва пупочной вены, съ слѣдующимъ кровоизліяніемъ въ существо Вартоновой студени. Онѣ бываютъ различной величины и всегда болѣе или менѣе отграничиваются отъ окружающихъ тканей. Содержимое ихъ представляетъ изъ себя свѣжую или уже измѣненную кровь. Встрѣчаются довольно рѣдко. Разрывы пупочной вены являются или результатомъ патологическихъ измѣненій въ строеніи ея стѣнокъ (phlebektasia), или результатомъ совмѣстнаго дѣйствія двухъ факторовъ: упомянутыхъ измѣненій и механическаго растяженія пуповины въ зависимости отъ условій родового акта.

На подобную, хотя и не прямую причину возникновенія гематомъ пуповины изъ варикозныхъ узловъ ея венознаго ствола, указываютъ случаи Pluskal'я ³⁾, Stocker'a ⁴⁾, Westphalen'a ⁵⁾, Delunsch'a ⁶⁾, Westphalen'a ⁷⁾, Wiere ⁸⁾, Couvelaire'a ⁹⁾, Baumann'a ¹⁰⁾ и Carmichael'я ¹¹⁾.

Наблюденіе Bussmann'a ¹²⁾, единственное въ своемъ родѣ, указываетъ на перекручиваніе пуповины, какъ на этиологическую причину возникновенія въ ней гематомъ.

Въ данномъ случаѣ гематома достигала величины яблока. Опухоль имѣла тѣстоватую консистенцію. На ея поверхности замѣчалось мѣсто разрыва. Содержимое въ уплотненномъ видѣ состояло изъ свернувшейся крови. Опухоль располагалась на пупочномъ концѣ пуповины, въ 5 см. отъ пупка. Между пупкомъ и опухолью

¹⁾ Ledeganck, Presse méd. 23. 1871. Цит. no Ritter'y.

²⁾ Haas, l. c.

³⁾ Pluskal, Öster. med. Wochenschrift. 1843.

⁴⁾ Stocker, Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1884. № 4.

⁵⁾ Westphalen. Beitrag zur Casuistik der Nabelschnurverletzungen unter der Geburt. Archiv für Gynäkologie Bd. XLV, S. 95, 1894.

⁶⁾ Delunsch, Inaug. Dissertation. Strassburg 1899. Cit. Westphalen (l. c.).

⁷⁾ Westphalen, Doppelte Ruptur der Nabelvene mit (doppelter) Hämatombildung bei spontaner Geburt. Centralblatt für Gynäkologie 1902, № 12.

⁸⁾ Wiere, In.-Diss. Kiel. Цит. no Haas'y.

⁹⁾ Couvelaire, Hématome du cordon ombilicale. Compt. rend. de la soc. d'obst. de Paris. 1902. Цит. no Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 16, S. 1080.

¹⁰⁾ Baumann, In. Diss. Berlin. 1890 Цит. no Haas'y.

¹¹⁾ Carmichael, Case of hemorrhage into umbilical cord, causing hydramnios and death of foetus. Journ. of the Roy. Army Med. Corps. London 1907. VIII, p. 65.

¹²⁾ Bussmann, Ueber einen Fall von Hämatom der Nabelschnur. Inaugur.-Dissert. Berlin 1891, Vgl. auch Frommels Jahresbericht. Jahrg. 1892, p. 352.

пуповина была перекручена и представлялась какъ бы тонкой ниткой. Кровеносные сосуды, какъ между мѣстомъ перекручиванія и опухолью, такъ и по другую сторону ея были облитерированы. На плодъ (двойни: второй плодъ—живой) наблюдались явленія умѣренной мацерации.

Особый интересъ представляютъ случаи двойныхъ разрывовъ пупочной вены, описанные Delunsch'омъ ¹⁾ и Westphalen'омъ ²⁾.

Въ случаѣ Delunsch'a тощая пуповина была обвита вокругъ шейки плода 3 раза. Въ срединѣ ея длины располагались двѣ гематомы, удаленныя другъ отъ друга на 8 стм. Гематома, ближайшая къ пупочному кольцу, носила слѣды разрыва водной оболочки. Толщина каждой опухоли была въ 4 раза больше толщины пуповины. Микроскопическое изслѣдованіе пупочной вены въ мѣстахъ ея разрыва установило фактъ недостаточнаго развитія мускульнаго слоя и наличность мѣстныхъ ея расширеній.

Двойной разрывъ пупочной вены произошелъ одновременно. Варикозные узлы *venae umbilicalis* и недостаточное количество Вартоновой студени въ связи съ энергичными родовыми схватками обусловили разрывъ пупочной вены, недостаточная же сопротивляемость ткани водной оболочки обусловила разрывъ гематомы.

Въ случаѣ Westphalen'a ³⁾ тотчасъ же по рожденіи ребенка было замѣчено кровотеченіе изъ разрыва водной оболочки на пупочномъ концѣ пуповины, въ разстояніи 5 стм. отъ мѣста ея прикрѣпленія къ плоду. Выше и ниже разрыва были наложены лигатуры, и пупочный канатикъ перерѣзанъ, однако вскорѣ въ оставшемся при ребенкѣ отрѣзкѣ образовалась большая гематома, прорвавшая амнионъ. Вторая лигатура, наложенная у самаго пупка, остановила кровотеченіе. При микроскопическомъ изслѣдованіи на пупочномъ концѣ *v. umbilicalis* найдены 2 варикозныхъ узла, величиною въ горошину. Первый разрывъ, по мнѣнію Westphalen'a, произошелъ, по всей вѣроятности, вслѣдствіе быстрога растяженія довольно короткой пуповины во время родовъ, происхожденіе же второго разрыва осталось невыясненнымъ. Повидимому, онъ былъ произведенъ при наложеніи первыхъ лигатуръ.

Въ случаѣ, описанномъ Stocker'омъ ⁴⁾, небольшой разрывъ варикознаго узла пупочной вены вызвалъ съ одной стороны гематому, съ другой тромбозъ *v. umbilicalis*, послужившій ближайшей причиной смерти плода.

Упомянемъ еще о не лишенныхъ интереса случаяхъ Wolsterdorfa ⁵⁾ и Hübl'я ⁶⁾. Оба эти автора наблюдали громадныхъ размѣровъ варикозныя расширенія пупочной вены (Wolsterdorf—величиною въ яблоко, Hübl—величиною въ гусиное яйцо), принятыя сначала за гематомы пуповины и истинная натура которыхъ была установлена только на основаніи микроскопическаго изслѣдованія.

¹⁾ Delunsch, l. c.

²⁾ Westphalen, l. c.

³⁾ Westphalen, l. c.

⁴⁾ Stocker, l. c.

⁵⁾ Wolsterdorf, Ein Beitrag zur Lehre von den Tumoren des Nabelstranges. Inaug. Diss. Halle 1895.

⁶⁾ Hübl, Selstener. Tumor der Nabelschnur-Geburtsh. Gesellschaft zu Wien. 16. XI. 1897. Цит. по Zentrbltt. f. Gyn. 1898, № 3 p. 78.

III. Кистовидныя новообразованія пуповины.

Кистовидныя новообразованія пуповины наблюдаются весьма рѣдко. Единственный, относящійся къ этой группѣ случай описанъ Budin'омъ ¹⁾.

Кистовидная опухоль пуповины зрѣлаго плода достигала размѣровъ кулака. Она имѣла крупно-бугристую поверхность и состояла изъ трехъ отдѣльныхъ полостей. Содержимое одной полости состояло изъ кровяныхъ сгустковъ и кашицеобразной массы шоколаднаго цвѣта; содержимое другой—изъ липкой, тянущейся въ нити прозрачной жидкости и содержимое третьей—изъ бѣлой липкой массы, подобной *verruis caseosa*. Съ просвѣтомъ кровеносныхъ сосудовъ пуповины полости не сообщались. Двѣ первыя изъ нихъ имѣли гладкія внутреннія стѣнки, стѣнка же третьей была покрыта различнаго рода возвышеніями, выстланными многослойнымъ эпителиемъ, и содержала въ существѣ своемъ салныя железы, волосыя луковицы и жировую кѣлѣчатку. Весь участокъ опухоли, соответствующій третьей полости, носилъ характеръ дермоидной кисты, причѣмъ бородавчатые возвышенія на внутренней ея стѣнкѣ представляли изъ себя образованія, весьма напоминающія *mollusca cutanea*. Мѣстами эти возвышенія носили характеръ кишечныхъ ворсинокъ, съ цилиндрическимъ эпителиемъ, бокаловидными кѣлѣчками, трубчатыми железами и большимъ количествомъ гладкой мышечной ткани. Въ самой стѣнкѣ кисты, отдѣляющей ее отъ сосѣднихъ полостей, Budin констатировалъ присутствіе гладкой мышечной ткани, жира, кровеносныхъ сосудовъ крупнаго калибра, нервовъ, хрящевой и кѣстной тканей. Такимъ образомъ, вся опухоль представляла изъ себя тератому въ комбинаціи съ кистами, образовавшимися путемъ кровоизліянія и размягченія ткани Вартоновой студени.

¹⁾ Budin, Note sur une tumeur du cordon ombilical. Progrès Médical. 1887. Nr. 53. Vgl. auch Frommel's Jahresbericht. Jahrg. II. 1889, p. 25.

ОТДѢЛЪ ВТОРОЙ.

Кисты и кистовидныя образованія дѣтскаго мѣста.

Въ дѣтскомъ мѣстѣ мы различаемъ такъ же, какъ и въ пуповинѣ, истинныя кисты и кистовидныя образованія (ложныя кисты).

Мѣстомъ развитія первыхъ служатъ водная оболочка, клѣточный слой ворсистой, остатки желточнаго хода и аллантоиса и, по нѣкоторымъ авторамъ, децидуальная ткань плаценты. Что касается кистовидныхъ образованій, то одни изъ нихъ, аналогичныя ложнымъ кистамъ Вартоновой студени пуповины, образуются въ соединительнотканномъ слоѣ хоріона, другія—гематомы, располагаются въ материнскомъ отдѣлѣ плаценты (d. serotina), или между ворсинками въ интервиллезномъ пространствѣ.

I. Кисты дѣтскаго мѣста (истинныя).

1. Кисты водной оболочки.

Кисты водной оболочки въ области плаценты, повидимому, идентичныя съ таковыми же кистами пуповины, встрѣчаются, насколько можно судить по литературнымъ даннымъ, очень рѣдко.

Сюда относится случай Winkler'a ¹⁾ (см. Отдѣлъ 1-й. Кисты и кистовидныя образованія пуповины), въ которомъ киста располагалась въ существѣ амніона на мѣстѣ перехода его съ послѣда на пуповину. Наибольшій діаметръ кисты равнялся 1—1½ стм., наименьшій 1 стм. Она представляла изъ себя просвѣчивающую опухоль, со студенистымъ содержимымъ и, при отдѣленіи водной оболочки отъ ворсистой, удалялась вмѣстѣ съ первою. При микроскопическомъ изученіи авторомъ было установлено, что киста располагалась въ соединительнотканномъ слоѣ водной оболочки, была снабжена собственной стѣнкой, состоящей изъ трехъ слоевъ, между которыми были заложены отростчатыя клѣтки. Внутренняя поверхность кисты была выстлана однослойнымъ, мѣстами двуслойнымъ эндотеліальнымъ покровомъ, образуемымъ плоскими, средней величины элементами, снабженными большими ядрами. Въ мелкозернистомъ содержимомъ изрѣдка попадались нѣжныя прозрачныя клѣтки различной величины. Рядомъ съ описаннымъ образованіемъ, на сторонѣ полюса кисты, обращеннаго къ пуповинѣ, авторомъ было констатировано присутствіе болѣе мелкихъ кистовидныхъ полостей, величина которыхъ постепенно убывала по мѣрѣ удаленія ихъ отъ мѣста прикрѣпленія пуповины къ пупочному ея концу (см. Отдѣлъ 1-й. Кисты и кистовидныя образованія пуповины). Наименьшія изъ этихъ полостей представляли собою не что иное, какъ увеличенные

¹⁾ Winkler, Ein Fall von Cystenbildung im Amnion. Archiv. f. G. Bd. I. 1870, p. 350—352.

соединительнотканые промежутки. Ближайшая къ главной кистѣ полость была снабжена эндотеліальнымъ покровомъ, остальные же его не имѣли, хотя содержимое ихъ было вполне идентично съ содержимымъ наибольшей кисты. На основаніи этихъ данныхъ, Winkler ¹⁾ устанавливаетъ генетическую связь между описанными полостными образованиями водной оболочки пуповины и плаценты, и исходнымъ пунктомъ развитія описанныхъ имъ кистъ считаетъ соединительнотканые промежутки амниона, въ которыхъ заложены клѣточные образования.

Къ этому же отдѣлу кистъ водной оболочки слѣдуетъ, повидимому, отнести случай Koetschau ²⁾.

Плацента (возрастъ яйца 5 мѣсяцевъ; плодъ не былъ найденъ) была удалена изъ матки рукой въ виду сильнаго кровотеченія. На плодовой сторонѣ этого послѣда находилась полостная опухоль эластической консистенціи, величиною съ яблоко, которая была острожно удалена съ поверхности плаценты нескрытой для дальнѣйшаго микроскопическаго изслѣдованія. Фактъ возможности удаленія кисты безъ нарушенія ея цѣлости заставляетъ предполагать, что опухоль представляла собою кисту водной оболочки.

Взглядъ Koetschau, по которому кисты плаценты возникаютъ отчасти на почвѣ экстрavasатовъ, отчасти являются результатомъ частичнаго слизистаго перерожденія, едва ли въ достаточной степени объясняетъ патогенезъ описанной этимъ авторомъ кисты.

Kermauner ³⁾ 2 раза наблюдалъ кисты, отдѣлявшіяся вмѣстѣ съ амниономъ. Стѣнка ихъ на косыхъ срѣзахъ представлялась въ видѣ широкаго протоплазматическаго слоя, безъ клѣточныхъ границъ, съ довольно правильно расположенными пузырькообразными ядрами. Эпителій водной оболочки надъ кистами былъ значительно уплотненъ. Происхожденіе этихъ образований Kermauner'у выяснять не удалось.

2. Кисты клѣточного слоя хоріона (субхоріальные).

Хотя вопросъ о патогенезѣ субхоріальныхъ кистъ еще не рѣшенъ окончательно, мы относимъ ихъ къ группѣ кистъ клѣточного слоя ворсистой оболочки въ виду того, что большинство новѣйшихъ изслѣдователей высказываются въ пользу происхожденія ихъ отъ элементовъ плода, именно изъ Langhans'овскихъ клѣтокъ хоріона. Но прежде чѣмъ перейти къ описанію этой группы, мы вкратцѣ изложимъ ученіе о такъ наз. «бѣломъ инфарктѣ» плаценты, имѣющемъ прямое отношеніе къ процессу развитія субхоріальныхъ кистъ.

Бѣлый инфарктъ плаценты.

При микроскопическомъ изученіи строенія дѣтскаго мѣста весьма часто удается констатировать на фетальной его поверхности, непосредственно подъ ворсистою оболочкою, присутствіе слоя фибрина, окрашеннаго въ сѣроватый или желтовато-красный цвѣтъ. Этотъ

¹⁾ Winkler, l. c.

²⁾ Koetschau, Sitzungsbericht im Centralblatt für Gynäkologie. 1892. № 30, p. 607.

³⁾ Kermauner, Zur Lehre von der Entwicklung der Cysten und des Infarctes in der menschlichen Placenta. Zeitschr. f. Heilkunde. Bd. XXI (N. F. I Bd.). 1900.

слой представляется мѣстами совершенно плоскимъ, мѣстами же вдается въ подлежащую ткань на подобіе клиньевъ.

Вмѣсто старыхъ наименованій «фибриновые узлы», «фибриновые клинья», Аскерманн¹⁾ предложено для этого слоя несовсѣмъ удачное названіе «бѣлый инфарктъ» плаценты, которое, однако, удержалось и до настоящаго времени. Описываемый слой обладаетъ довольно плотной консистенціей, пропитанъ клейкою жидкостью или представляется сухимъ, слоистымъ продольно-исчерченнымъ или гомогеннымъ. Иногда лишь незначительные участки субхоріальной ткани плаценты заняты слоемъ, иногда же онъ достигаетъ въ плоскостномъ направленіи нѣсколькихъ квадратныхъ сантиметровъ, давая отгѣвленія, анастомозирующія между собою и распространяясь на различную глубину въ интервиллезное пространство.

Прежние изслѣдователи относили бѣлый инфарктъ къ числу довольно рѣдкихъ измѣненій плаценты. Такъ, напр., Spaeth и Wedl²⁾ опредѣляли частоту его в 3%. Впрочемъ, они принимали во вниманіе только случаи большихъ и многочисленныхъ инфарктовъ. По новѣйшимъ изслѣдованіямъ Withridge Williams'a³⁾ (на 500 плацентахъ) маленькіе, еще различимые невооруженнымъ глазомъ инфаркты встрѣчаются въ 63,8% всѣхъ случаевъ. При микроскопическомъ же изслѣдованіи ихъ можно найти въ каждомъ зрѣломъ дѣтскомъ мѣстѣ. Съ этими данными вполне согласуются также наблюденія Hirschmann'a и Lindenthal'a⁴⁾, Schickele⁵⁾ и др.

Для объясненія происхожденія инфарктовъ былъ предложенъ цѣлый рядъ гипотезъ, изъ которыхъ мы отмѣтимъ слѣдующія:

Бѣлый инфарктъ плаценты наблюдается какъ при различныхъ заболѣваніяхъ материнскаго организма (Nephritis, Phtysis, Haemorrhagia), такъ и при вполне здоровыхъ организмахъ матери и плода.

D'Outrepoint, Brachet⁶⁾, Simpson Rokitansky и Ehrendorfer⁷⁾ разсматривали инфарктъ какъ продуктъ воспалительныхъ процессовъ, въ которыхъ наступило обезцвѣчиваніе и уплотнѣніе съ послѣдующимъ развитіемъ соединительной ткани.

По мнѣнію Jäger-Gierse⁸⁾, описываемый слой фибрина образуется на почвѣ кровоизліяній.

По мнѣнію Spaeth und Wedl⁹⁾ образованіе фибрина представляетъ собою не что иное, какъ отложеніе свертывающихся веществъ крови, не связанное съ воспалительными процессами въ плацентѣ.

¹⁾ Acker mann, Der weisse Infarct der Placenta. Virchow's Archiv. Bd. 96 1884.

²⁾ Späth und Wedl, Ueber mehrere Anomalien der die Frucht umgebenden Eitheile.—Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aertze in Wien 1850. Bd. II.

³⁾ Williams, I. Withridge, The frequency and significance of infarkts of the Placenta, based upon the mikroskopie Examination of five hundred consecutive placentae. The american Jour. of obstetr. 1900. Vol. XLI. № 6.

⁴⁾ Hirschmann u. Lindenthal, Der weisse Infarct der Placenta. Arch. f. Gyn. Bd. LXIX. S. 589. 1903.

⁵⁾ Schickele, Der sogenannte weisse Infarct der Placenta. Zentralblatt für Gynäkologie. 1903. № 37, S. 1107 u. Die Chorionektodermwucher. d. menschl. Placenta. Hegar's Beiträge z. Geb. u. Gyn. Bd. X. 1905, S. 63.

⁶⁾ D'Outrepoint, Brachet, cit. по Kermaunery, l. c.

⁷⁾ Simpson, Rokitansky и Ehrendorfer, Citbei Ehrendorfer. Cysten и cystoide Bildungen der menschlichen Nachgeburt. 1893.

⁸⁾ Jäger-Gierse, Des maladies du placenta. Thèse. Strasbourg. 1845.

⁹⁾ Spaeth und Wedl, l. c.

Meckl¹⁾ полагаетъ, что подобное отложеніе фибрина происходитъ отчасти на почвѣ воспалительныхъ процессовъ, отчасти же на почвѣ кровоизліяній.

Такого же взгляда держится Scanzoni²⁾, по мнѣнію котораго, рядомъ съ образованіемъ фибрина изъ организующихся тромбовъ, наблюдается отложеніе послѣдняго, какъ продукта воспалительныхъ процессовъ.

По мнѣнію Robin³⁾, Barnes'a⁴⁾, Charpentier⁵⁾, Farnier⁶⁾, причина возникновенія слоя фибрина заключается въ фибринозномъ перерожденіи ворсинокъ chorion'a.

По мнѣнію R. Maier⁷⁾, бѣлый инфарктъ есть продуктъ воспаленія deciduae serotinae, дающей отростки въ существо послѣда. Изъ ея клѣтокъ образуется родъ грануляціонной ткани, которая затѣмъ обезцвѣчивается и уплотняется. Другая причина возникновенія инфаркта заключается въ индурирующемъ воспаленіи плацентарныхъ сосудовъ, причѣмъ развитіе соединительной ткани идетъ со стороны adventitia артерій плода (periarteriitis nodosa et diffusa). Такимъ путемъ образуются плотные сѣровато-бѣлые узлы, въ серединѣ которыхъ находится просвѣтъ кровеноснаго сосуда, въ окружности же—атрофированныя ворсинки chorion'a.

Langhans⁸⁾ описалъ особый видъ фибрина, такъ наз. «канализированный фибринъ», какъ существенную составную часть бѣлаго инфаркта плаценты, возникающую изъ крупноклѣточной ткани ворсистой оболочки и кровяныхъ тѣлецъ межворсинчатыхъ пространствъ. Инфарктъ представляетъ собою, по мнѣнію указаннаго автора, не что иное, какъ нормально находящійся въ плацентѣ «канализированный фибринъ», количество котораго рѣзко превышаетъ норму.

По изслѣдованіямъ Ackermann'a⁹⁾ и его ученика Hoffmann'a¹⁰⁾ бѣлый инфарктъ плаценты состоитъ изъ фибрина, хоріальныхъ ворсинокъ и соединительной ткани. Процессъ образованія инфаркта начинается воспаленіемъ артеріальныхъ сосудовъ ворсинъ (periarteriitis fibrosa multiplex), ведущимъ къ ихъ облитераціи, съ послѣдующимъ развитіемъ дегенеративныхъ процессовъ какъ въ стромѣ, такъ и въ эпителиальныхъ элементахъ ворсинокъ. Некрозъ эпителия ведетъ послѣдовательно къ свертыванію крови межворсинчатыхъ пространствъ. Бѣлый инфарктъ, такимъ образомъ, представляетъ собою продуктъ коагуляціоннаго некроза тканей плаценты и не имѣетъ ничего общаго съ геморрагическими процессами въ нихъ.

1) Meckl, Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe. Berlin 1853.

2) Scanzoni, Lehrbuch der Geburtshilfe. Wien 1853.

3) Robin, 1854. Cit bei Ackermann. Der weisse Infarct der Placenta. Virchow's Arch. Bd. 96, 1884.

4) Barnes, An further account of fatty degeneration of the Placenta. Med.-chir. Tr. London. 1853. Цит. по Kermauner'y, l. c.

5) Charpentier, Des maladies du placenta et des membranes. Paris 1809. Цит. по Kermauner'y, l. c.

6) Tarnier, Cit. Kermauner, l. c.

7) R. Maier, Ueber Bindegewebsentwicklung in der Placenta. Virchow's Arch. Bd. 45. 1869.

8) Langhans, Textur, Structur und Zelleben in den Adnexen des menschlichen Eies. Jena 1870. Untersuchungen über die menschliche Placenta. Arch. für Anatomie und Entwicklungsgeschichte. Jahrg. 1877.

9) Ackermann, Der weisse Infarct der Placenta. Virchow's Arch. Bd. 96. 1884. Internationale Beiträge in Virchow's 70 Geburtstage.

10) Hoffmann, Untersuchungen über den weissen Infarct der Placenta. Inaug.-Dissert. Halle 1882.

Въ одной изъ своихъ дальнѣйшихъ работъ Askermann ¹⁾ допускаетъ возможность развитія большихъ инфарктовъ изъ децидуальной ткани (согласно учению Steffek'a), тогда какъ главной причиной маленькихъ инфарктовъ онъ попрежнему считаетъ коагуляционный некрозъ вслѣдствіе облитерациі артерій ворсинъ.

Fehling ²⁾ указываетъ на связь бѣлаго инфаркта съ воспалительными процессами въ почкахъ беременной (Nephritis) и главную причину его возникновенія видитъ въ измѣненіяхъ кровеносныхъ сосудовъ, ведущихъ къ коагуляционному некрозу.

Wiedow ³⁾ подтверждаетъ эти данныя, но, кромѣ того, указываетъ на измѣненія въ децидуальной ткани, клѣточные элементы которой подвергаются процессамъ перерожденія.

На основаніи опытовъ съ инъекціями кровеносныхъ сосудовъ плаценты и микрометрическихъ измѣреній ихъ стѣнокъ Rossier ⁴⁾ отрицаетъ присутствіе периаартерита сосудовъ ворсинъ въ области бѣлаго инфаркта. По мнѣнію этого автора, вопросъ о томъ, въ плодовой или материнской частяхъ плаценты нужно искать первоначальную причину образованія инфаркта, остается открытымъ, но многое говоритъ за то, что эта причина заключается именно въ первичныхъ измѣненіяхъ материнскимъ сосудовъ. Здѣсь Rossier находилъ явленія тромбоза.

Ко взгляду Rossier ⁵⁾ примыкаетъ Fuoss ⁶⁾, по мнѣнію котораго при образованіи бѣлаго инфаркта плаценты периаартеритъ сосудовъ плодовой ея части не играетъ никакой роли. Процессъ образованія инфаркта этотъ авторъ рассматриваетъ какъ процессъ тромбоза материнскихъ кровеносныхъ сосудовъ.

По мнѣнію Rohr'a ⁷⁾ первоначальный endarteriitis материнскихъ сосудовъ плаценты обусловливаетъ послѣдовательныя измѣненія въ строеніи децидуальной ткани, вслѣдствіе чего наступаетъ замедленіе кровяного тока и явленія тромбоза въ интервиллезномъ пространствѣ. Ворсины склеиваются другъ съ другомъ и затѣмъ постепенно подвергаются некрозу. Периаартеритъ плодовыхъ сосудовъ, какъ причину инфаркта, Rohr отрицаетъ.

Prinzing ⁸⁾ въ существенномъ примыкаетъ къ вышеизложенному взгляду Askermann'a. Онъ описываетъ въ существѣ инфаркта, рядомъ съ кровоизліянiями, цуги децидуальныхъ клѣтокъ, врастающихъ въ существо этихъ кровоизліянiй, причемъ эпителий ворсинокъ chorion'a обнаруживаетъ иногда явленія пролифераціи.

¹⁾ Askermann, Zur normalen und pathologischen Anatomie der menschlichen Placenta. Internationale Beiträge zur wissenschaftlichen Medicin. Festschrift f. Rudolf Virchow Bd. I. 1891.

²⁾ Fehling, Ueber habituelles Absterben der Frucht bei Nierenerkrankung der Mutter. Archiv. für Gynäkologie Bd. 27. 1886.

³⁾ Wiedow, Ueber den Zusammenhang zwischen Albuminurie und Placentar-erkrankungen. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gyn. 14. Bd. 1888.

⁴⁾ Rossier, Klinische und histolog. Untersuchungen über die Infarcte der Placenta. Inaug.-Diss. Bas. 1888. Siehe auch Arch. für Gyn. Bd. 33. 1888.

⁵⁾ Rossier, l. c.

⁶⁾ Fuoss, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Placenta. Inaug.-Diss. Tübingen 1888.

⁷⁾ Rohr, Die Beziehungen der mütterlichen Gefäße in den intervillösen Räumen der reifen Placenta, speciell zur Thrombose derselben (weisser Infarct.) Virchow's Arch. Bd. 115. 1889.

⁸⁾ Prinzing, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Placenta Ziegler's Beiträge zur patholog. Anatomie. Bd. VI. 1889, p. 113.

По мнѣнію Küstner'a ¹⁾ бѣлые инфаркты состоятъ изъ ворсинокъ, свернувшейся крови интервиллезнаго пространства и изъ зернистыхъ фибринозныхъ массъ, не стоящихъ въ генетической связи ни съ материнскою кровью, ни съ тканями ворсинъ. Кромѣ того, въ инфарктахъ, располагающихся въ краевыхъ частяхъ послѣда, всегда можно найти также и перерожденныя децидуальныя клѣтки. Что касается сущности образованія инфаркта, то, по Küstner'y ²⁾, здѣсь дѣло идетъ о коагуляціонномъ некрозѣ плацентарной ткани, ближайшей причиной котораго во многихъ случаяхъ является періартеритъ плодовыхъ сосудовъ. Для тѣхъ случаевъ, гдѣ подобныя измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ отсутствуютъ, Küstner ³⁾ видитъ причину некроза въ мѣстныхъ анеміяхъ, къ которымъ плацента вообще расположена.

Clemen z ⁴⁾ при своихъ изслѣдованіяхъ не находилъ періартерита и полагаетъ, что въ образованіи бѣлыхъ инфарктовъ играютъ роль 2 фактора: свертываніе крови въ интервиллезномъ пространствѣ, обусловливаемое нарушеніемъ цѣлости эпителія ворсинъ, и измѣненія въ децидуальной ткани, близко стоящія къ галиновому перерожденію.

По мнѣнію Steffeck'a ⁵⁾ при всѣхъ инфарктахъ плаценты первичныя измѣненія имѣютъ мѣсто исключительно въ материнской ткани, ворсины же страдаютъ только вторично. Инфарктъ возникаетъ такимъ образомъ, что децидуальныя клѣтки, размножаясь, обростаютъ ворсины, сосуды которыхъ запусѣваютъ, а строма и эпителиальный покровъ подвергаются перерожденію и погибаютъ. Съ другой стороны и сами децидуальныя клѣтки испытываютъ рядъ измѣненій, въ результатъ которыхъ получается гомогенная масса съ отдѣльными ядрами. Такъ какъ межклеточная субстанція долго сохраняется послѣ гибели клѣтокъ, то масса эта пронизана волоконцами, представляется полосчатой и имѣетъ видъ «канализированнаго фибрина».

Favre ⁶⁾ указываетъ на возможное отношеніе эндометрита къ образованію инфарктовъ плаценты, основываясь на сходствѣ крупноклеточной ткани инфарктовъ съ таковою же тканью при пролиферирующемъ эндометритѣ. По его мнѣнію, причина фибринознаго перерожденія тканей при образованіи инфарктовъ заключается въ инфекціи ихъ. Крупноклеточная ткань растетъ въ направленіи ворсинокъ chorion'a, разрыхляетъ ихъ эпителиальный покровъ и вросаетъ между эпителиальнымъ покровомъ и стромой ворсинокъ, обусловливая этимъ перерожденіе ткани послѣднихъ.

¹⁾ Küstner, O., Zur Anatomie des weissen Infarctes der Placenta. Virchow's Archiv. Bd. 106. 1886.

²⁾ Küstner, O., Weisser Infarct, Hämorrhagien und Entzündung der Placenta. P. Müller's Handbuch der Geburtshilfe. Bd. II. Heft II. 1889. Abschnitt VIII. Cap. 9.

³⁾ Küstner, l. c.

⁴⁾ Clemen z, Anatomische und kritische Untersuchungen über den sogenannten weissen Infarct der Placenta und über die sogenannten weissen Decidualring. In: Diss. Dorpat 1889.

⁵⁾ Steffeck, Ueber den weissen Infarct der Placenta. Centralblatt für Gynäk. Jahrg. 1889. № 40. Aus dem Berichte über die Verhandlungen der gynäkologischen Section der 62. Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg. 1889.—Steffeck, Der weisse Infarct der Placenta, Hofmeier. Beitrag zur normalen und pathologischen Anatomie der menschlichen Placenta. 1890.

⁶⁾ Favre, Ueber den weissen Infarct der menschlichen Placenta. Virchow's Arch. Bd. 120. 1890. Rev. méd. de la suisse Romande. 1893. № 5.

Jacobsohn ¹⁾, на основаніи многочисленныхъ изслѣдованій надъ плацентами здоровыхъ родильницъ, приходитъ къ заключенію, что процессъ образованія инфарктовъ начинается съ гіалинового перерожденія децидуальной ткани, а также эндотелія кровеносныхъ сосудовъ и межворсинчатыхъ пространствъ, которыя, по его мнѣнію, также выстланы эндотелиемъ. За указаннымъ перерожденіемъ послѣдовательно наступаетъ свертываніе крови въ сосудахъ, съ некрозомъ ворсинокъ. Процессъ гіалинового перерожденія начинается въ протоплазмѣ децидуальныхъ клѣтокъ, какъ результатъ медленнаго ихъ умиранія. Строеііе клѣтокъ и ихъ ясныя контуры постепенно исчезаютъ и клѣтки, съ исчезновеніемъ ядеръ, сливаются въ однородную массу.

Askermann ²⁾ полагаетъ, что въ происхожденіи инфаркта ишемической некрозъ ворсинъ, обуславливающийся облитераціей ихъ сосудовъ, играетъ столь же важную роль, какъ и процессы пролифераціи и дегенераціи серотинальныхъ перегородокъ и отростковъ и клѣточного слоя хоріона. Фибринозные отложенія въ межворсинчатыхъ пространствахъ являются результатомъ секреторныхъ и дегенеративныхъ процессовъ элементовъ deciduae serotinae, «кѣточного слоя» ворсистой оболочки и эпителиальнаго покрова ворсинокъ.

Askermann ³⁾ описываетъ, подобно Langhans'у ⁴⁾, «каналированный фибринъ» въ бѣлыхъ инфарктахъ плаценты, состоящій изъ гомогеннаго и пластинчатаго слоевъ. Обѣ формы генетически не отличаются другъ отъ друга и имѣютъ источникомъ своего происхожденія ткани deciduae serotinae (septa placentae), съ которыми, по мнѣнію Askermann'a, идентиченъ и «кѣточный слой» (Zellschicht) ворсистой оболочки. Ehrendorfer ⁵⁾ въ общихъ чертахъ примыкаетъ ко взгляду Steffek'a ⁶⁾ на источникъ происхожденія бѣлаго инфаркта. Различіе во мнѣніяхъ упомянутыхъ авторовъ заключается въ томъ, что, по Ehrendorfer'у, въ образованіи инфарктовъ, кромѣ децидуальной ткани, принимаетъ участіе также «кѣточный слой» (Zellschicht) ворсистой оболочки. Первичныя измѣненія наступаютъ въ децидуальной оболочкѣ, измѣненія же ворсинокъ chorion'a представляютъ изъ себя явленія вторичныя.

По мнѣнію v. Franqué ⁷⁾, причиной образованія бѣлыхъ инфарктовъ служатъ воспалительные процессы въ децидуальной ткани, ведущіе или къ разрастанію d. basalis и d. subchorialis, съ послѣдующимъ перерожденіемъ разросшихся участковъ, или же (въ исключи-

¹⁾ Jacobsohn, Untersuchungen ueber den weissen Infarct der Placenta. Zeitschrift für Gyn. XX Bd. Hft. II. 1890.

²⁾ Askermann, Zur normalen und pathologischen Anatomie der menschlichen Placenta. Internationale Beiträge zur wissenschaftlichen Medicin. Festschrift für Rudolf Virchow. Bd. I. 1891.

³⁾ Askermann, l. c.

⁴⁾ Langhans, Textur, Structur und Zelleben in den Adnexen des menschlichen Eies. Jen. 1870. Untersuchungen über die menschliche Placenta. Archiv für Anatomie und Entwicklungsgeschichte. Jahrg. 1877.

⁵⁾ Ehrendorfer, Ueber Cysten und cystoide Bildungen der menschlichen Nachgeburt 1893.

⁶⁾ Steffek, Ueber den weissen Infarct der Placenta. Centralblatt für Gyn. Jahrg. 1889. № 40 Aus den Berichte ueber die Venhandlungen der Gynäkologischen Section der 62. Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg. 1889.

⁷⁾ v. Franqué, Anatomische und klinische Untersuchungen ueber Placentarerkrankungen. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gyn. 1894.

тельныхъ случаяхъ) къ образованію воспалительнаго эксудата, который окружаетъ ворсины. Что же касается измѣненій въ фетальныхъ сосудахъ (endo-periarteriitis), то они, по мнѣнію, v. Franqué, не играютъ никакой роли въ происхожденіи инфарктовъ, а возникаютъ вторично при переходѣ воспаления съ материнской ткани на плодовую. Porak ¹⁾ сообщаетъ, что, по изслѣдованіямъ Durante'a, бѣлые инфаркты обязаны своимъ происхожденіемъ тромбозу вслѣдствіе поврежденія сосудовъ ворсинъ. Свернувшаяся кровь организуется.

По мнѣнію Кершманера ²⁾, исходнымъ пунктомъ инфарктовъ являются въ зрѣлыхъ послѣдахъ остатки трофобласта, именно такъ наз. «Zellinsel», «Zellbalken» и «d. foetalis», подвергающіеся фибринозному порожденію, причемъ этотъ процессъ захватываетъ и область ворсинъ.

Подобнаго же взгляда придерживается и Whitridge Williams ³⁾. По мнѣнію этого автора, вслѣдствіе endarteriitis obliterantis сосудовъ ворсинъ Langhans'овскія клѣтки и синцитій въ концѣ беременности подвергаются перерожденію, конечнымъ продуктомъ котораго является «канализированный фибринъ». Кроме того, подъ вліяніемъ началъ, происходящихъ изъ синцитія, наступаетъ свертываніе крови въ интервиллезномъ пространствѣ. Williams полагаетъ, что маленькіе, микроскопически опредѣлимые инфаркты не представляютъ изъ себя патологическаго явленія, — они встрѣчаются въ большемъ или меньшемъ количествѣ въ каждой зрѣлой плацентѣ. Болѣе крупныя, микроскопически замѣтные инфаркты онъ нашелъ (при изслѣдованіи 500 плацентъ) въ 63,8% всѣхъ случаевъ.

Точно также Schauta ⁴⁾ относитъ бѣлый инфарктъ къ наиболѣе частымъ измѣненіямъ, встрѣчающимся въ послѣдѣ. Инфарктъ состоитъ изъ некротизированной ткани децидуальной оболочки и ворсинъ. Причина некроза лежитъ въ трудныхъ и сложныхъ условіяхъ циркуляціи крови въ послѣдѣ.

По мнѣнію Hirschmann'a и Lindenthal'я ⁵⁾, процессъ образованія бѣлаго инфаркта аналогиченъ тромбозу кровеносныхъ сосудовъ, т. е. требуетъ наличности двухъ условій: замедленія кровяного тока и нарушенія цѣлости эпителия ворсинъ. Авторы представляютъ себѣ весь процессъ слѣдующимъ образомъ: въ концѣ беременности замедленіе кровяного тока въ нѣкоторыхъ отдѣлахъ послѣда (въ краевыхъ его частяхъ и вблизи хоріона) достигаетъ значительной степени, что ведетъ къ нарушенію питанія и частичному некрозу эпителия ворсинъ. На лишенныхъ эпителия мѣстахъ вначалѣ отлагаются кровяныя бляшки, затѣмъ фибринъ и красныя и бѣлыя кровяные шарики. Постепенно увеличиваясь, инфарктъ достигаетъ сосѣднихъ ворсинъ, вызывая и здѣсь некрозъ эпителия, что ведетъ

¹⁾ Porak, Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1896.—Ref. Centralblatt f. Gynäkologie. 1896, S. 796.

²⁾ Kerchner, Zur Lehre von der Entwicklung der Cysten und des Infarctes in der menschlichen Placenta. Zeitschrift für Heilkunde. XXI. Bd. (N. F. I 13) 1900, S. 273—308.

³⁾ Whitridge Williams. The frequency and significance of Infarcts of the Placenta, based upon the Microscopic Examination of five Hundred consecutive placentae. The American Journal of Abstr. 1900. Vol. XLI. № 6.

⁴⁾ Schauta, Lehrbuch der gesamten Gynäkologie, S. 760.

⁵⁾ Hirschmann und Lindenthal, Der weisse Infarct der Placenta. Archiv für Gynäkologie Bd. LXIX, S. 589—628. 1903.

къ новымъ отложеніямъ фибрина и т. д. Мало-по-малу могутъ возникнуть большіе инфаркты, состоящіе изъ ворсинъ, крови интервиллезныхъ пространствъ и децидуальныхъ клѣтокъ. Впослѣдствіи всѣ эти ткани подвергаются перерожденію, превращаясь въ гомогенную, иногда полосчатую массу. Ни peri-, ни endoarteriit'a фетальныхъ сосудовъ Hirschmann и Lindenthal не наблюдали.

Schickele ¹⁾, на основаніи своихъ изслѣдованій, присоединяется ко взгляду Hirschmann'a и Lindenthal'a.

По мнѣнію Seitz'a ²⁾ причина большинства инфарктовъ, и, въ особенности, патологическихъ (серотино-интравиллезныхъ) инфарктовъ, заключается въ децидуальныхъ измѣненіяхъ. При хоріальныхъ инфарктахъ дѣло идетъ о некрозѣ эктодермальныхъ клѣтокъ, а въ послѣдніе мѣсяцы беременности, можетъ быть, только о первичной атрофіи и отслойкѣ эпителия ворсинъ. Нельзя также исключить возможности участія въ происхожденіи инфарктовъ чисто механическихъ моментовъ и облитерации плодовыхъ сосудовъ.

Seeligmann ³⁾, опираясь на изслѣдованія герцога Karl'a Theodor'a, показавшаго, что измѣненія въ сѣтчаткѣ при retinitis albuminica обуславливаются заболѣваніями сосудовъ (endarteriitis obliterans), полагаетъ, что и причиною бѣлыхъ инфарктовъ послѣда служитъ измѣненіе сосудистыхъ стѣнокъ. По мнѣнію Seeligmann'a, необходимо допустить, что заболѣванія почекъ, сѣтчатки и плаценты при беременности вызываются одной и той же причиною—циркулирующимъ въ крови ядомъ.

По Вимм'у ⁴⁾, бѣлый инфарктъ плаценты состоитъ изъ волокнистаго или канализованнаго фибрина, наполняющаго межворсинчатая пространства и обхватывающаго нѣкоторое число некротическихъ ворсинъ и кучки децидуальныхъ клѣтокъ. Главное значеніе въ образованіи инфаркта Вимм придаетъ свертыванію крови въ интервиллезномъ пространствѣ, но считаетъ еще не рѣшеннымъ вопросъ о томъ, вызывается ли это свертываніе воспалительными процессами отпадающей оболочки или заболѣваніями сосудовъ и эпителия ворсинъ. Возможно, говоритъ Вимм, что свертываніе часто зависитъ отъ простаго застоя материнской крови въ межворсинчатыхъ пространствахъ, а некрозъ ворсинъ и островковъ deciduae, лежащихъ въ области свертыванія надо разсматривать, какъ вторичное явленіе.

По мнѣнію Huguenin'a ⁵⁾ причина возникновенія бѣлыхъ инфарктовъ заключается въ нарушеніи цѣлости синцитіальнаго покрова хоріона и ворсинъ, что ведетъ къ отложенію на этихъ мѣстахъ фибрина. Постепенно процессъ захватываетъ все большій и большій районъ, такъ что образуются большіе узлы, состоящіе изъ фибрина и перерождающихся или некротизированныхъ ворсинъ. Измѣненія,

¹⁾ Schickele, Der sogenannte weisse Infarct der Placenta. Zentralblatt für Gynäkologie. 1903. № 37, S. 1107.

²⁾ Seitz, Der weisse Infarct der Placenta und Placenta marginata. Winckel's Handbuch der Geburtshilfe Bd. II. T. II, S. 1146. 1904.

³⁾ Seeligmann, Demonstration einer Placenta mit ausgedehnten weissen Infarcten. Geburtshilf. Gesellsch. zu Hambourg. Sitz. vom 9/iv. 1907. Zentralblatt für Gynäkologie 1907, p. 936.

⁴⁾ Вимм, Руководство къ изученію акушерства. Переводъ со 2-го нѣмецк. изд. Спб. 1905 г., стр. 380.

⁵⁾ Huguenin, Ueber die Genese der Fibringerinnungen und Infarctbildungen der menschlichen Placenta. Hegar's Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. XIII. H. 3, S. 339. 1909.

находимыя въ сосудахъ такихъ ворсинъ (разростаніе *adventitiae et mediae*, набуханіе и слущиваніе эндотелія), представляютъ собою явленіе вторичное, обусловливаемое нарушеніемъ питанія, такъ какъ въ окутанныхъ фибринозными массами ворсинахъ прекращается обмѣнъ между материнской и плодовой кровью.

Изъ вышеизложеннаго мы видимъ, что во взглядахъ на происхождение бѣлаго инфаркта еще не установилось единства. Вѣроятно же всего предположить, что причина образованія бѣлаго инфаркта не всегда одинакова, и, что въ однихъ случаяхъ этиологическимъ моментомъ могутъ служить различныя заболѣванія *d. basalis*, въ другихъ измѣненія плодовыхъ сосудовъ. Однако очень часто инфаркты можно найти и въ совершенно здоровыхъ нормальныхъ послѣдахъ. Вслѣдствіе этого необходимо допустить, что причиной ихъ возникновенія могутъ служить тѣ расстройства кровообращенія (замедленіе кровяного тока въ интервиллезномъ пространствѣ), которыя наступаютъ нормально въ послѣдніе мѣсяцы беременности. Этому же моменту, какъ мы увидимъ ниже, слѣдуетъ придавать главное значеніе также и въ вопросѣ о происхожденіи субхоріальныхъ кистъ, къ описанію которыхъ мы теперь и перейдемъ.

Субхоріальныя кисты.

Прежніе авторы считали субхоріальныя кисты относительно рѣдкимъ заболѣваніемъ послѣда. Такъ, напр., Fenomenow ¹⁾ на 2000 плацентъ нашелъ ихъ только 3 раза, v. Winckel ²⁾ опредѣляетъ ихъ частоту въ 3%. Оба автора, впрочемъ, оговариваются, что маленькія кисты легко могли ускользнуть отъ ихъ вниманія. Новѣйшія статистики даютъ болѣе крупныя цифры. Такъ, напр. Kermauner ³⁾, изслѣдовавъ 285 плацентъ, нашелъ микроскопически опредѣлимыя кисты 160 разъ или въ 56.14%. Pitha ⁴⁾ опредѣляетъ частоту ихъ въ 20%, Albeck ⁵⁾ въ 44.3% (266 послѣдовъ). По мнѣнію Kermauner'a, Jong'a ⁶⁾ и Schickele ⁷⁾, при микроскопическомъ изслѣдованіи кисты можно найти въ каждомъ послѣдѣ. Съ этимъ согласуются и мои наблюденія. При осмотрѣ 300 послѣдовъ мнѣ удалось констатировать маленькія кисты (до коноплянаго зерна) 146 разъ, т. е. въ 48.7%, при микроскопическомъ же изслѣдованіи (40 плацентъ) такія кисты можно было найти въ каждомъ зрѣломъ послѣдѣ.

Величина субхоріальныхъ кистъ колеблется въ довольно широкихъ предѣлахъ. Чаще всего встрѣчаются маленькія кисты (до горошины), но рѣдко онѣ могутъ достигать и болѣе значительныхъ

¹⁾ Fenomenow, Zur Pathologie der Placenta. Arch. für Gyn. Bd. XV. 1860.

²⁾ v. Winckel, Lehrbuch der Geburtshülfe. 1893. S. 296.

³⁾ Kermauner, Zur Lehre von der Entwicklung der Cysten und des Infarctes in der menschlichen Placenta. Zeitschrift für Heilkunde. Bd. XXI (N. F. Bd. I) 1900. S. 273.

⁴⁾ Pitha, Les kystes placentaires sous-choriaux. Annales de gyn. et obstétr. 1902. F. 57, p. 22.

⁵⁾ Albeck, Über die subchorialen Cysten. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. LI. 1904. S. 57.

⁶⁾ Jong, Über das Entstehen von Cysten in der Placenta. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XI. 1900. S. 1072.

⁷⁾ Schickele, Die Chorionektodermwucherungen der menschlichen Placenta, ihre Beziehung zur Entstehung der Cysten und der Fibrinknoten der Placenta. Hegar's Beiträge z. Geb. u. Gyn. Bd. X. 1905. S. 63.

размѣровъ. Такъ, напр., въ случаѣ Späth-Wedl'я ¹⁾ диаметръ кисты равнялся 3 дюйм., въ случаѣ Ehrendorfer'a ²⁾—10 с. Marc ³⁾ и Hennig ⁴⁾ наблюдали кисты величиною въ апельсинъ, de Jong ⁵⁾ и Schickele ⁶⁾ въ яблоко, Demelin и Jeannin ⁷⁾—величиною въ дѣтскую головку. Въ случаѣ Peiser'a ⁸⁾ киста въ 10 с. диаметромъ содержала 140 к. с. прозрачной жидкости и 115 гр. свернувшейся крови. Она была настолько напряжена, что прощупывалась во время родовъ черезъ тонкіе брюшные покровы роженицы и даже была видна, выступая въ видѣ выпуклости. Въ одномъ изъ моихъ случаевъ (низкое прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста) большая киста выдавалась своимъ слѣпымъ концомъ изъ-за края послѣда и опредѣлялась при внутреннемъ изслѣдованіи въ видѣ сильно напряженной эластической опухоли (рис. 1). При проколѣ выдѣлилось довольно много прозрачной серозной жидкости. Полость кисты (при наполненіи черезъ мѣсто прокола) вмѣщала около 300 к. с. воды. Что касается распредѣленія кистъ на поверхности послѣда, то, по Kermauner'у ⁹⁾, въ этомъ отношеніи замѣчается извѣстная правильность. Именно, болѣе крупныя кисты сидятъ почти исключительно въ центральныхъ частяхъ плаценты, тогда какъ мелкія обыкновенно распредѣляются неравномѣрно, но чаще всего однако занимаютъ краевые отдѣлы—поясъ въ 2—3 с. Это наблюденіе подтверждаетъ и Albeck ¹⁰⁾.

Biland ¹¹⁾, напротивъ, при своихъ изслѣдованіяхъ не могъ констатировать такой правильности. Въ моихъ случаяхъ мелкія кисты оказывались по большей части распредѣленными неравномѣрно, всѣ же наблюдавшіяся мною болѣе крупныя образованія этого рода находились въ краевыхъ частяхъ послѣда. (Рис. 1—3).

Ehrendorfer ¹²⁾, Vassmer ¹³⁾, Pitha ¹⁴⁾, Albeck ¹⁵⁾, Schickele ¹⁶⁾ указываютъ на тѣсное отношеніе большихъ кистъ къ сосудамъ пуповины, которые часто ограничиваютъ основанія кистъ и иногда пробѣгаютъ въ ихъ стѣнкахъ. По мнѣнію Schickele ¹⁷⁾ столь тѣсное прилеганіе сосудовъ имѣетъ большое значеніе для роста кистъ, такъ какъ, благодаря фильтраціи въ ихъ полость жидкихъ частей крови, содержимое ихъ можетъ значительно увеличиваться.

¹⁾ Späth-Wedl, Ueber mehrere Anomalien der die Frucht umgebenden Eiteile. Zeitschr. d. k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien 1850. Bd. II.

²⁾ Ehrendorfer, Ueber Cysten und cystoide Bildungen der menschlichen Nachgeburt. Leipzig u. Wien 1893.

³⁾ Mark, Obstetrical society of London. Lancet. 1863. April.

⁴⁾ Hennig, Studien über den Bau der menschlichen Placenta mit ihren Erkrankungen. Leipzig 1872.

⁵⁾ de Jong, l. c.

⁶⁾ Schickele, l. c.

⁷⁾ Demelin et Jeannin, Société d'obstetr. de Paris. 9/v 1901. Цит. по Centralblatt für Gyn. 1901. S. 1090.

⁸⁾ Peiser, Beitrag zur Pathologie der Placenta. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 10. 1899.

⁹⁾ Kermauner, l. c.

¹⁰⁾ Albeck, l. c.

¹¹⁾ Biland, Ueber die subchorialen Cysten der menschlichen Placenta. Ziegler's Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. XL, 1906, S. 195.

¹²⁾ Ehrendorfer, l. c.

¹³⁾ Vassmer, Zur Aethiologie der Placentarcysten. Arch. f. Gyn. Bd. 66, S. 49.

¹⁴⁾ l. c.

¹⁵⁾ l. c.

¹⁶⁾ l. c.

¹⁷⁾ Schickele, l. c.

Runge ¹⁾, наоборот, отрицает определенную зависимость между кистами и плодовыми сосудами.

Что касается формы кистъ, то мелкія образования этого рода представляются въ видѣ полусферовидныхъ или удлиненно-овальныхъ, туго напряженныхъ, прозрачныхъ или слегка желтоватыхъ пузырьковъ, сидящихъ на широкомъ основаніи. Крупныя кисты по большей части мало напряжены, вялы непрозрачны. Кромѣ полусферовидныхъ съ широкимъ основаніемъ (рис. 3) встрѣчаются также и удлиненно-яйцевидныя кисты, прикрѣпляющіяся къ послѣду узкимъ концомъ въ видѣ ножки (рис. 1 и 2). Въ зависимости отъ



Рис. 1. Плодовая поверхность IX-мѣсячнаго послѣда. Водная оболочка отслоена и отодвинута влѣво. Правая часть плаценты раздѣлена глубокими бороздами на 3 лопасти, отдѣленные отъ остальной части послѣда широкой фиброзной каймой (plac. marginata). Пуповина прикрѣплена эксцентрично. Къ корню ея тѣсно прилегаетъ большая киста яйцевидной формы. Сосуды пуповины охватываютъ основаніе этой кисты; кромѣ того, по ея стѣнкѣ проходитъ развѣтвляющаяся венозная вѣтвь. По другую сторону мѣста прикрѣпленія пупочнаго канатика расположенъ конгломератъ изъ 6 кистъ различной величины. Самая крупная изъ нихъ почти полукруглой формы, съ мутнымъ содержимымъ, сидитъ на широкомъ основаніи. Остальныя—удлиненно-овальны, прозрачны.

характера содержимаго, онѣ или прозрачны, или окрашены въ зеленоватый, желтый, грязно розовый или фіолетовый цвѣта. Какъ съ большихъ, такъ и съ малыхъ кистъ водная оболочка обыкновенно легко снимается, что можетъ служить признакомъ для отличія ихъ отъ кистовидныхъ образований амніона. Стѣнка кистъ, выступающая въ полость яйца, состоитъ изъ соединительнотканной пластинки хоріона, выстланной Langhans'овскими клѣтками, которыя въ

¹⁾ Runge, Ueber Cystenbildung an der menschlichen Placenta. Arch. f. Gyn. Bd. 76. 1905. S. 29.

большихъ кистахъ могутъ мѣстами совершенно отсутствовать. Дно— неровно, образовано болѣе или менѣе толстымъ слоемъ бѣлаго инфаркта. Содержимое кистъ довольно различно. Маленькія обыкновенно наполнены прозрачной или слегка желтоватой клейкой жидкостью, въ болѣе же крупныхъ кистахъ содержимое чаще всего имѣеть характеръ мутной жидкости съ хлопьями изъ жирноперерожденныхъ клѣтокъ, свободныхъ капелекъ жира, остатковъ крови и проч.

Что касается химическаго состава содержимаго кистъ, то Fenomenow ¹⁾ и Peiser ²⁾ нашли здѣсь бѣлокъ и хлориды, Fenome-

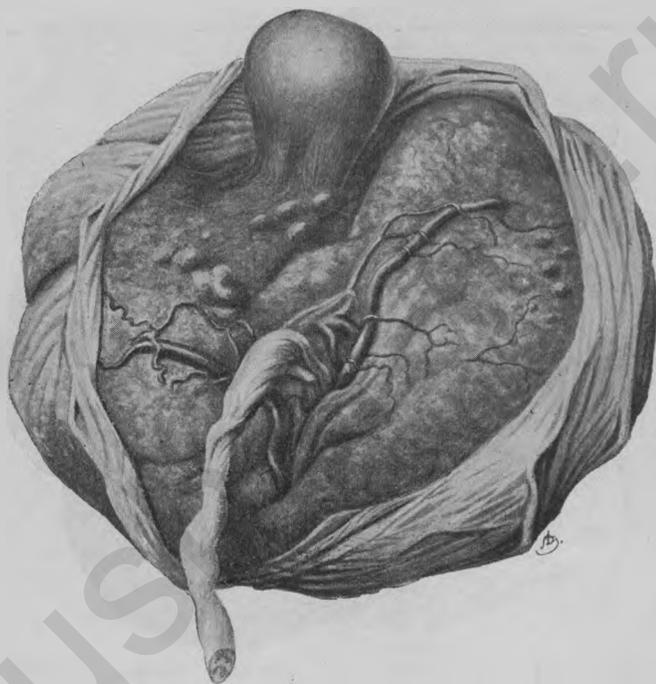


Рис. 2. Послѣдъ зрѣлаго плода. Амніонъ отслоенъ и отвороченъ къ краямъ. На поверхности хоріона выступаютъ многочисленные бѣлые инфаркты. Пуповина прикрѣплена почти центрально. Вблизи верхняго края расположена большая субхоріальная киста. У основанія ея и нѣсколько влѣво-книзу конгломератъ мелкихъ прозрачныхъ кистъ. Отдѣльныя кисты такого же характера разсыяны вблизи праваго края.

now ³⁾ кромѣ того, еще капельки жира и незначительное количество мучина. По Döderlein'у (изслѣдовавшему случай Hennig'a) ⁴⁾, бѣлокъ и соли въ содержимомъ кистъ находятся въ такомъ же отношеніи, какъ въ lig. amnii. Pitha ⁵⁾ находилъ въ своихъ случаяхъ вещества, возобновляющія растворъ Fehling'a.

¹⁾ Fenomenow, l. c.

²⁾ Peiser, l. c.

³⁾ Fenomenow, l. c.

⁴⁾ Hennig, Ueber die Kapseln der Allantois und über Placenta. Sitzungsberichte der naturwissenschaftlichen Gesellschaft. Leipzig. 1890.

⁵⁾ l. c.

Чаще всего кисты наблюдаются на зрѣлыхъ послѣдахъ, но иногда встрѣчаются и на недоношенныхъ плацентахъ. Kermauner ¹⁾, напр., находилъ ихъ при 5-ти мѣс., Albeck ²⁾ даже при 10—12-ти недѣльныхъ выкидышахъ.

Bilande ³⁾ отмѣчаетъ, что кисты особенно часто встрѣчаются при *placenta marginata*: изъ 6 описанныхъ имъ кистовиднопереожденныхъ послѣдовъ 5 были *placentae marginatae*. Albeck ⁴⁾ также

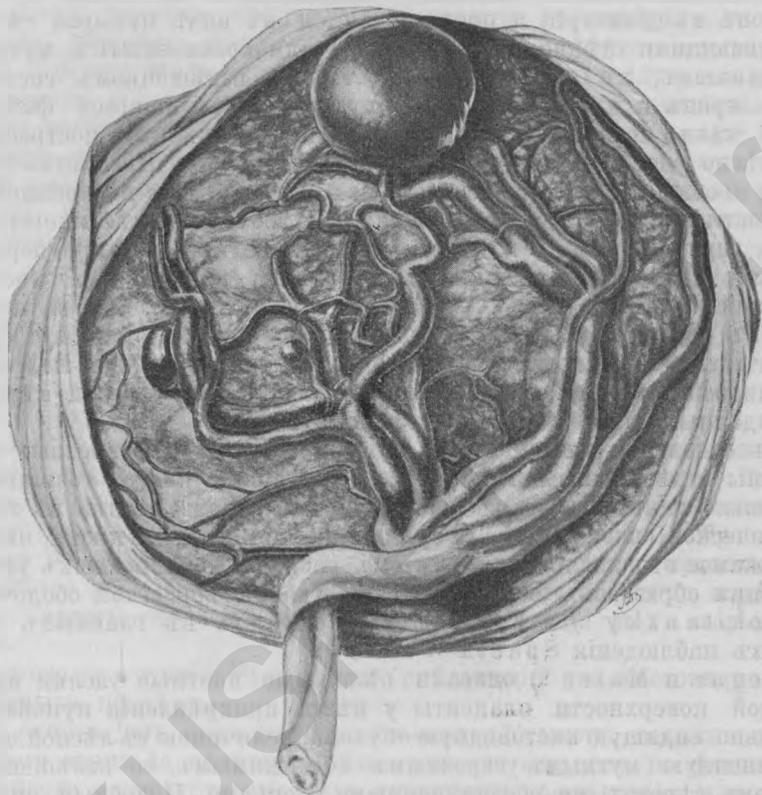


Рис. 3. Плодовая поверхность зрѣлаго послѣда. Водная оболочка отслоена и сдвинута къ периферіи. Почти краевое прикрѣпленіе пуповины. Сильное развитіе сосудовъ. Сверху, вблизи края, расположена большая киста въ формѣ сегмента шара, , съ вялыми, мало напряженными стѣнками. Слева снизу къ основанію ея тѣсно прилегаютъ маленькая продолговато-овальная прозрачная киста, напряженно-эластической консистенціи. Двѣ другія, такого же характера, кисты расположены въ лѣвой половинѣ плаценты, тѣсно прилегая къ сосудамъ. Многочисленные бѣлые инфаркты.

указываетъ, что въ половинѣ изслѣдованныхъ имъ случаевъ дѣло шло о *placenta circumvallata* или рѣзко выраженной *marginata*.

Изъ 146 изслѣдованныхъ мною кистовиднопереожденныхъ послѣдовъ *placenta marginata* встрѣтилось только 19 разъ.

Макро- и микроскопическое описаніе кистъ даннаго отдѣла, вы-

¹⁾ l. c.

²⁾ l. c.

³⁾ l. c.

⁴⁾ l. c.

ясненіе ихъ гистогенеза и анатомическаго отношенія къ окружающимъ частямъ плаценты впервые были сдѣланы *Spraeth*омъ и *Wedl*емъ ¹⁾.

Согласно описанію этихъ авторовъ, кисты располагаются на фетальной поверхности плаценты, преимущественно въ центральныхъ частяхъ ея, причемъ водная оболочка легко съ нихъ снимается. Онѣ бывають какъ единичными, такъ и множественными и достигаютъ въ отдѣльныхъ случаяхъ значительной величины (до 3-хъ дюймовъ въ діаметрѣ) и представляются въ видѣ пузырей съ просвѣчивающими стѣнками, съ желтымъ или красноватымъ, мутнымъ содержимымъ, въ которомъ находится во взвѣшенномъ состояніи масса зеренъ и нитей, подобныхъ нитямъ свернувагося фибрина, равно какъ красныя кровяныя тѣла. Стѣнки ихъ, построенныя изъ тѣсно расположенныхъ другъ возлѣ друга и переплетающихся между собою соединительнотканныхъ пучковъ, на внутренней поверхности покрыты слоемъ плоскихъ, болѣе или менѣе многоугольныхъ, эпителиальныхъ клѣтокъ средней величины, жирнопереожденныхъ и вакуолизированныхъ. Дно кистъ всегда образовано студенистой, рыхлой тканью, выступающей въ ихъ полости на подобіе ворсинъ и состоящей изъ остатковъ соединительнотканвыхъ волоконъ, гліановооперерожденной соединстой ткани, аморфной желтовато-коричневой зернистой массы, свободныхъ капель жира и жирнопереожденныхъ клѣточныхъ элементовъ.

Въ основаніи кистъ *Spraeth*омъ и *Wedl*емъ ²⁾ впервые были описаны отдѣльные слои фибрина, достигающіе иногда толщины въ нѣсколько линій. Съ этимъ фибриновымъ слоемъ стоитъ въ тѣсной генетической связи процессъ образованія упомянутыхъ кистъ, именно, содержимое ихъ является продуктомъ распада фибриновыхъ узловъ, а стѣнки образованы соединительною тканью ворсистой оболочки.

Rokitansky ³⁾ и *Klob* ⁴⁾ подтверждаютъ въ главныхъ основаніяхъ наблюденія *Spraeth-Wedl*'я ⁵⁾.

He gar и *Maier* ⁶⁾ описали бѣловатые плотные узелки на фетальной поверхности плаценты у мѣста прикрѣпленія пуповины и отдѣльно сидящую кистовидную опухоль, величиною съ лѣсной орѣхъ, наполненную мутнымъ серознымъ содержимымъ, со взвѣшенными въ немъ сѣроватыми обезцвѣченными хлопьями. Подобныя опухоли наблюдались и въ периферическихъ частяхъ плаценты. Въ кистахъ большаго размѣра—содержимое было прозрачно, въ кистахъ меньшаго размѣра—мутно, съ красноватой или коричневой окраской. Въ содержимомъ самыхъ малыхъ кистъ констатировано присутствіе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ стадіяхъ регрессивнаго метаморфоза, аморфнаго красящаго вещества крови и кристалловъ гематина. Вблизи данныхъ кистъ въ существѣ плацентарной ткани наблюдались бѣловатые плотные узелки. Въ толщѣ тканей оболочекъ нахо-

¹⁾ *Späth* и *Wedl*, Ueber mehrere Anomalien der die Frucht umgebenden Eiteile. Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien II Bd. VII, Jahrg. 1850.

²⁾ *Spraeth-Wedl*, l. c.

³⁾ *Rokitansky*, Lehrbuch der pathol. Anatomie. Bd. III. Wien. 1861, p. 347. Cit. b. *Ehrendorfer*, Ueber Cysten u. cystoide Bildung der menschlichen Nachgeburt. 1893.

⁴⁾ *Klob*, Anatomie weiblicher Sexualorgane. Wien. 1864.

⁵⁾ *Spraeth-Wedl*, l. c.

⁶⁾ *He gar-Maier*, Die interstitielle Placentitis und ihr Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt. Virchow's Archiv 38. Bd. 1867.

дѣлись мелкія, наполненныя серознымъ содержимымъ, кисты съ гладкими тонкими стѣнками.

По мнѣнію указанныхъ авторовъ, образованіе описанныхъ ими кистъ тѣсно связано съ воспалительными процессами въ плацентѣ, продукты которыхъ—бѣловатые плотные узелки,—по современному представленію, суть не что иное, какъ бѣлые инфаркты.

Въ позднѣйшей своей работѣ К. Маіер ¹⁾ снова возвращается къ вопросу о гистогенезѣ кистъ. Онъ упоминаетъ о кистовидныхъ образованіяхъ послѣда величиной до вишни, въ содержимомъ и на стѣнкахъ которыхъ можно было обнаружить присутствіе остатковъ крови. Поэтому Маіер полагаетъ, что для многихъ случаевъ первоисточникомъ подобныхъ кистъ слѣдуетъ считать кровоизліянія. Такого же взгляда придерживались Simpson ²⁾ и Slavjansky ³⁾.

Кисты плаценты, описанныя Ahlfeld'омъ, ⁴⁾, о которыхъ нами будетъ упомянуто ниже (см. отдѣлъ «Кистовидныя образованія эндохоріона»), несомнѣнно слѣдуетъ отнести къ группѣ субхоріальныхъ кистовидныхъ опухолей, такъ какъ онѣ ничѣмъ не отличаются отъ кистъ, описанныхъ Spaeth-Wedl'емъ ⁵⁾. Ahlfeld ⁶⁾ считалъ исходнымъ пунктомъ ихъ развитія соединительнотканый слой ворсистой оболочки, подвергающійся слизистому перерожденію.

С. Hennig ⁷⁾ полагалъ, что субхоріальныя кисты, также какъ и бѣлые инфаркты послѣда происходятъ изъ крововалияній.

Grazeansky ⁸⁾ считалъ ихъ за коллоидныя кисты.

Langhans ⁹⁾ первый высказалъ предположенія о возможности развитія кистъ въ кишечномъ слоѣ хоріона. По мнѣнію Langhans'a, этотъ слой во вторую половину беременности начинаетъ разрастаться на М. chorii въ видѣ неправильныхъ островковъ, причемъ въ болѣе поздніе мѣсяцы нерѣдко въ немъ происходитъ студенистое размягченіе (gallertige Erweichung), а иногда и разжиженіе. Такимъ образомъ и возникаютъ лежація подъ хоріономъ кисты.

Феноменовымъ ¹⁰⁾ описаны слѣдующіе два кистовидноперерожденныхъ послѣда.

На одномъ изъ нихъ находилось около 20 кистъ, величиною отъ просяного зерна до лѣсного орѣха, располагавшихся по фетальной поверхности соответственно ходу кровеносныхъ сосудовъ или независимо отъ послѣднихъ. Водная оболочка легко отдѣлялась отъ собственной стѣнки кистъ. Подъ этой оболочкой располагался слой перерожденной ткани, какъ остатокъ tunica intermedia Bischoff, легко

¹⁾ К. Maier, Ueber Bindegewebsentwicklung in der Placenta. Virchow's Arch. 1869. Bd. XLV.

²⁾ Simpson, Select. obstetr. Works. 1873. Bd. I. Цит. по Ehrendorfer'y, l. c.

³⁾ Slavjansky, Zur Lehre von den Erkrankungen der Placenta. Arch. f. Gyn. Bd. V, S. 360.

⁴⁾ Ahlfeld, Ueber die Cysten der Placenta. Sitzung der Gesellschaft f. Geb. in Leipzig. 16 Oct. 1876. Arch. f. Gyn. Bd. XI.

⁵⁾ Spaeth-Wedl, l. c.

⁶⁾ Ahlfeld, l. c.

⁷⁾ C. Hennig, Studien über den Bau der menschlichen Placenta mit ihren Erkrankungen. Leipzig. 1872. Ref. Schmidt's Jahrb. Bd. 160. 1873.

⁸⁾ Grazeansky, Цит. по Slavjansky'юму, l. c.

⁹⁾ Langhans, Untersuchungen über die menschliche Placenta. Arch. f. Anatomie und Entwicklungsgeschichte. 1877.

¹⁰⁾ Fenomenow, Zur Pathologie der Placenta. Arch. f. Gyn. Bd. XV. 1880.

снимаемый съ поверхности кистъ. Стѣнка ихъ, выстоящая надъ уровнемъ фетальной поверхности плаценты, была построена по типу соединительной ткани съ веретенообразными клѣтками, снабженными овальными ядрами. Въ тканевыхъ петляхъ, въ прозрачномъ или мутномъ промежуточномъ веществѣ, дающемъ реакцію на муцинъ, были заложены круглыя клѣтки. Въ стѣнкахъ находились также и эластическія волокна въ незначительномъ количествѣ и облитерированные кровеносные сосуды. Внутренняя поверхность кистъ была выстлана клѣточными элементами, которые по формѣ, расположенію и химическимъ реакціямъ соответствовали, по мнѣнію автора, эпителиальнымъ клѣткамъ. Послѣднія, располагаясь въ одинъ или нѣсколько слоевъ, плотно прилегали другъ къ другу, имѣли различную форму, овальную или полигональную и были снабжены ясно видимыми ядрами.

Клѣточная протоплазма содержала капельки жира. На внутренней поверхности стѣнокъ кистъ были замѣтны, мѣстами, неровности, напоминающія собою сосочки, которые, мѣстами, были покрыты жироперерожденнымъ эпителиемъ, иногда же были обнажены отъ эпителиального покрова. Основаніе кистъ было выстлано клѣточными элементами, подобными вышеописаннымъ. Они располагались также въ одинъ или нѣсколько слоевъ, причемъ клѣтки здѣсь были нѣсколько выше пристѣночныхъ, были снабжены ясно видимыми ядрами, зернистой протоплазмой и обнаруживали признаки регрессивнаго метаморфоза. Стѣнка кистъ у основанія ихъ была построена также по типу соединительной ткани, съ облитерированными сосудами. Въ болѣе глубокихъ слояхъ тканей, непосредственно прилегающихъ къ основанію кистъ, авторомъ описаны островки эпителиальной ткани и небольшія полости, выстланныя, по его мнѣнію, эпителиальнымъ покровомъ.

Химическій анализъ содержимаго кистъ указываетъ на присутствіе бѣлка, муцина и хлористаго натрія.

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ этомъ содержимомъ были обнаружены капельки жира, отдѣльныя зерна и скудное количество клѣточныхъ элементовъ.

На другомъ послѣдѣ, описанномъ Fenomenow¹⁾, располагалась большая киста, прикрѣплявшаяся къ плацентѣ довольно широкой ножкой (въ 3 см.). Около ножки располагались толстые кровеносные сосуды. Въ основаніи кисты, на мѣстѣ прикрѣпленія ея, наблюдался плотный узелъ, величиною въ лѣсной орѣхъ, имѣвшій неровную поверхность, а вблизи ножки находился еще одинъ узелъ, величиною съ голубиное яйцо, бѣловато-красноватаго цвѣта, надъ которымъ ворсистая оболочка была приподнята въ видѣ пузыря, содержавшаго небольшое количество жидкости. Просвѣчивающая и лишенная кровеносныхъ сосудовъ стѣнка кисты на внутренней своей поверхности была покрыта однослойнымъ плоскимъ эпителиемъ. Содержимое кисты представляло изъ себя мутную, слегка окрашенную въ красноватый цвѣтъ, жидкость, количество которой равнялось 75 куб. см. Реакція жидкости была почти нейтральной, удѣльный вѣсъ равнялся—1012. При кипяченіи жидкость мутнѣла. Химическій анализъ обнаружилъ въ ней присутствіе натронныхъ солей и хлора. При микроскопическомъ изслѣдованіи здѣсь можно

¹⁾ Fenomenow, l. c.

было доказать присутствие незначительнаго количества красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и эпителиальныхъ клѣтокъ въ различныхъ стадіяхъ регрессивнаго метаморфоза, мелкозернистаго распада, слизи и аморфныхъ пигментныхъ зернышекъ.

Описанные на фетальной поверхности плаценты узлы были построены изъ соединительнотканыхъ пучковъ и ворсинокъ chorion'a въ различныхъ стадіяхъ регрессивнаго метаморфоза и содержали клѣточные элементы, весьма похожіе на децидуальные клѣтки, т. е., по современнымъ возрѣніямъ, представляли изъ себя такъ назыв. «бѣлые инфаркты послѣда».

Fenomenow ¹⁾ относилъ ихъ къ разряду Мухомъ fibrosum (Virchow), возникновеніе же полости съ жидкимъ содержимымъ надъ болѣе крупнымъ узломъ онъ объяснялъ слизистымъ перерожденіемъ плацентарной ткани, съ одновременнымъ экстравазатомъ вслѣдствіе перерожденія кровеносныхъ сосудовъ. Что касается происхожденія кистъ, то, по мнѣнію Fenomenow'a, онѣ возникаютъ путемъ срощенія ворсинъ плаценты съ послѣдующимъ образованіемъ замкнутыхъ пространствъ.

Mark ²⁾ демонстрировалъ въ 1883 г. въ Акушерскомъ Обществѣ въ Лондонѣ субхоріальную кисту плаценты, величиною въ апельсинъ, въ основаніи которой находился фиброзный узелъ, величиною съ миндальный орѣхъ, представлявшій изъ себя, по всей вѣроятности, не что иное, какъ бѣлый инфарктъ плаценты.

По мнѣнію Ackermann'a ³⁾, въ инфарктахъ плаценты, образовавшихся путемъ сліянія ворсинокъ съ послѣдующимъ гіалиновымъ перерожденіемъ и распаденіемъ ихъ, иногда образуются небольшія синуозныя полости-кисты, достигающія въ большихъ инфарктахъ величины лѣснаго орѣха и болѣе.

Изъ описанія Küstner'a ⁴⁾ субхоріальныхъ кистъ плаценты видно, что дно ихъ образовано толстымъ слоемъ бѣлага инфаркта, представляющаго собою неровную поверхность. Стѣнки кистъ построены по типу соединительной ткани, которая у основанія ихъ часто подвергается характерному фибринозному перерожденію.

По мнѣнію этого автора, клѣточные элементы, выстилающіе внутреннюю поверхность кистъ, не носятъ ни эпителиальнаго, ни эндотелиальнаго характера. Они представляютъ изъ себя клѣтки, лишеныя, по большей части, своего ядра, съ неясными, [подчасъ неувидимыми] контурами гезр. находящіяся въ стадіяхъ регрессивнаго метаморфоза. Содержимое кистъ представляетъ изъ себя желтую или желтоватую слизистую жидкость, въ которой плаваютъ во взвѣшенномъ состояніи желтоватые хлопья. Большинство плацентарныхъ кистъ генетически связаны съ процессами, имѣющими мѣсто въ бѣлыхъ инфарктахъ плаценты.

Winckel ⁵⁾ даетъ въ своемъ «Учебникѣ Акушерства» (1889 г.) описаніе плаценты (placenta praevia lateralis), на фетальной поверх-

¹⁾ Fenomenow, l. c.

²⁾ Mark, Obstetric. Society of London. Lancet. April 1883. Cit. b. Ehrendorfer, Ueber Cysten und cystoide Bildungen der menschlichen Nachgebur.

³⁾ Ackermann, Der weisse Infarct der Placenta. Virchow's Archiv. Bd. 96, 1884.

⁴⁾ Küstner, Zur Anatomie des weissen Infarctes der Placenta. Virchow's Arch. Bd. 106. Weisser Infarct, Hemorrhagien und Entzündung der Placenta. P. Müller's Handbuch der Geburtshilfe. Bd. II, Hälfte II. 1889. VII Abschnitt. G. Cap.

⁵⁾ Winckel, Lehrbuch der Geburtshilfe. Leipzig. 1889, p. 42 und 301.

ности которой располагалась большая киста. Результаты изслѣдованія этого препарата Winckel'емъ ¹⁾ не приведены.

Ehrendorfer ²⁾, сравнивая данный препаратъ съ кистой, описанной Fenomenow'ымъ (случай 2-й), и съ однимъ изъ своихъ случаевъ (см. ниже), полагаетъ, что здѣсь дѣло идетъ о субхоріальной кистѣ, стоящей въ связи съ бѣлымъ инфарктомъ.

Hennig ³⁾ описываетъ случай родовъ, гдѣ впереди плоднаго пузыря прощупывалась большая мѣшеччатая опухоль, опорожнившаяся еще до разрыва плодныхъ оболочекъ. Содержимое этой опухоли было изслѣдовано Doederlein'омъ. Оно представляло изъ себя бѣловатую мутную щелочную жидкость, содержащую бѣлокъ и соли въ количествѣ близкомъ къ таковымъ же частямъ амніотической жидкости. При микроскопическомъ изслѣдованіи было констатировано въ ней присутствіе жирноперерожденныхъ клѣтокъ плоскаго эпителия, капелекъ жира, свободныхъ клѣточныхъ ядеръ и полное отсутствіе какихъ-либо кристалловъ. Кромѣ этого, въ содержимомъ кисты наблюдались во взвѣшенномъ состояніи большіе темнокоричневые хлопья, окрашенные красящими веществами крови.

Hennig останавливается на упомянутомъ случаѣ при описаніи капсулъ (Saftbehälter) allantois'a въ плацентѣ нѣкоторыхъ млекопитающихъ и дѣлаетъ предположеніе о возможности подобнаго рода явленій и въ человѣческомъ послѣдѣ.

Однако полное сходство въ химическомъ и морфологическомъ отношеніяхъ содержамаго описанной Hennig'омъ кистовидной опухоли съ таковымъ же содержимымъ субхоріальныхъ кистъ, заставляетъ предположить, что описанная авторомъ мѣшеччатая опухоль плаценты представляетъ изъ себя не что иное, какъ субхоріальную кисту плаценты, сидящую на самой ея периферіи и выстоявшую во время родовъ впереди оболочекъ яйца. (См. случай Ehrendorfer'a).

Clemen z ⁴⁾, изслѣдуя бѣлые инфаркты плаценты, въ семи случаяхъ встрѣтилъ располагавшіяся надъ ними кисты, величиной до лѣснаго орѣха, выпячивавшія въ видѣ свода амніонъ и хоріонъ. Clemen z полагаетъ, что маленькія кисты должны встрѣчаться довольно часто. Дно описываемыхъ имъ кистовидныхъ образованій было образовано плотной перерожденной тканью, отчасти также клѣтками, которыя наблюдались въ верхнемъ отдѣлѣ кистъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи содержимое ихъ представлялось въ видѣ вернистой или почти гомогенной массы съ вакуолями, жировыми каплями и бѣлыми кровяными шариками.

По мнѣнію Steffeck'a ⁵⁾ мѣстомъ развитія субхоріальныхъ кистъ служитъ материнская ткань плаценты, именно, «крупноклѣточковые островки» (grosszelligen Inseln), которые онъ считаетъ

¹⁾ Winckel, l. c.

²⁾ Ehrendorfer, l. c.

³⁾ Hennig, Ueber die Kapseln der Allantois und über Placenta. Sitzungsbericht der naturwissenschaftlichen Gesellschaft. Leipzig. 1888—1889. Sitzung vom 19 März. 1889. XV—XVI Jahrg. Leipzig. Engelmann. 1890.

⁴⁾ Clemen z, Anatomische u. kritische Untersuchungen über die sogenannten weissen Infarcte der Placenta und die sogenannten weissen Deciduaringe. Inaug.-Diss. Dorpat. 1889.

⁵⁾ Steffeck, Ueber den weissen Infarct der Placenta. Centralblatt f. Gyn. 1889, № 40 и Arch. f. Gyn. Bd. XXXVI, S. 527.

производнымъ d. basalis. Въ этихъ островкахъ Steffeck находилъ пространства, наполненные отчасти распавшимися клѣтками, отчасти детритомъ и представлявшіеся подѣ микроскопомъ въ видѣ кистъ. Путемъ распада болѣе крупныхъ островковъ или вслѣдствіе сліянія нѣсколькихъ мелкихъ могутъ возникнуть кисты большихъ размѣровъ, замѣтныя и макроскопически.

Favre ¹⁾ изслѣдовалъ 3 случая кистъ послѣда, расположенныхъ подѣ сильно истонченнымъ хоріономъ. Со стороны плацентарнаго пространства кисты эти были ограничены желтоватой массой, состоявшей изъ слоистаго фибрина съ неправильно разсѣянными въ немъ большими клѣтками, которыя на краю кисты переходили въ клѣточный слой хоріона. Въ виду того, что дно такихъ кистъ образовано главнымъ образомъ плотными фибринозными массами, благодаря чему затрудняется оттокъ лимфы въ плацентарное пространство, Favre полагаетъ, что причину возникновенія этихъ образований можно видѣть въ отекѣ клѣточного слоя, лежащаго подѣ хоріономъ.

Schäffer ²⁾ ставитъ въ связь образованіе нѣкоторыхъ субхоріальныхъ кистъ съ кровоизліяніями изъ расширенныхъ сосудовъ ворсинъ. При скопленіи кровяной сыворотки подѣ амніономъ и хоріономъ и образуются ложныя кисты, особенно часто встрѣчающіяся у мацерированныхъ плодовъ. Вслѣдствіе уплотнѣнія кровяного сгустка, лежащаго на днѣ такихъ кистъ, по мнѣнію Schäffer'a, и возникаютъ бѣлые инфаркты.

Acker mann ³⁾ въ своей работѣ «О нормальной и патологической анатоміи послѣда», высказываетъ предположеніе, что мѣстомъ развитія плацентарныхъ кистъ служатъ группы большихъ клѣтокъ, расположенныхъ подѣ хоріономъ. Такъ какъ отдѣльные элементы этихъ группъ очень похожи на децидуальные клѣтки, то Acker mann не исключаетъ возможности ихъ материнскаго происхожденія. развитіе кистъ происходитъ такимъ образомъ, что въ упомянутыхъ клѣточныхъ скопленіяхъ образуются полости величинаю въ горошину и болѣе, наполненные зеленоватымъ, прозрачнымъ содержимымъ и выстояція надѣ уровнемъ фетальной поверхности послѣда. Сосѣднія кисты могутъ сообщаться другъ съ другомъ и тогда образуются синусовыя поля пространства различной величины. На внутренней поверхности стѣнка кистъ выстлана клѣтками, расположенными въ нѣсколько слоевъ и вполне соответствующими элементамъ клѣточного слоя хоріона. Студенистое содержимое заключаетъ въ себѣ разбухшія ядродержащія клѣтки, продукты ихъ распада, свободныя ядра и гомогенную субстанцію.

Ehrendorfer ⁴⁾ различаетъ двѣ группы субхоріальныхъ кистъ. Однѣ изъ нихъ (по большей части маленькія) не имѣютъ никакого отношенія къ бѣлымъ инфарктамъ и происходятъ изъ Langhans'овскаго клѣточного слоя, въ образованіи же другихъ, болѣе крупныхъ

¹⁾ Favre, Ueber den weissen Infarct der menschlichen Placenta. Virchow's Archiv 1890. Bd. CXX.

²⁾ Schäffer, Pathologie des Fötus in «Berichte und Studien» von F. v. Winckel 1892. Цит. по Kermauner'y, l. c.

³⁾ Acker mann, Zur normalen und pathologischen Anatomie der menschlichen Placenta. Internationale Beiträge zur wissenschaftlichen Medicin. Festschrift für R. Virchow's. Bd. I, 1891. Цит. по Ehrendorfer'y, l. c.

⁴⁾ Ehrendorfer, Ueber Cysten und Cystoide Bildungen der menschlichen Nachgeburt. 1893.

кисть, всегда стоящихъ въ тѣсной связи съ инфарктами, принимаютъ участіе какъ Langhans'овскія клѣтки, такъ и децидуальная ткань. Къ этой второй группѣ Ehrendorfer относитъ и наблюдавшіеся имъ два случая.

Въ первомъ случаѣ на фетальной поверхности плаценты у мѣста прикрѣпленія пуповины располагалась киста, достигавшая въ діаметрѣ 10 см., по периферіи—31 см., сидѣвшая на широкой ножкѣ. Водная оболочка снималась съ подлежащей опухоли безъ поврежденія ея стѣнокъ. Вблизи этой кисты располагалась другая подобная же киста, величиною съ миндальный орѣхъ, сидящая на широкомъ основаніи. Большая киста содержала 96 куб. см. мутной, желтовато-зеленой жидкости, въ которой были взвѣшены многочисленные грязноватые, различной величины хлопья, образующіе собою при стояніи жидкости сѣровато-бѣлый осадокъ. Внутренняя поверхность стѣнокъ кисты—гладкая. На днѣ ея наблюдается мутная мягкая масса тканевого распада. Въ основаніи кисты заложены слой бѣлаго инфаркта, толщиной отъ 0,5—1,0 см. Вторая малая киста имѣла тѣ же свойства, что и первая, располагалась также надъ слоемъ инфаркта, достигавшаго $\frac{1}{3}$ см. толщины. Полость ея сообщалась узкой щелью съ полостью большой кисты. Микроскопическое изслѣдованіе содержимаго большой кисты обнаружило въ немъ присутствіе образованій, подобныхъ обезцвѣченному красному кровяному тѣльцамъ, неправильной формы блестящихъ гомогенныхъ (гіалиновыхъ) массъ, зернисто-перерожденныхъ клѣтокъ, клѣточныхъ элементовъ, подобныхъ бѣлымъ кровянымъ тѣльцамъ, детрита, глыбокъ красящаго вещества крови и отдѣльныхъ, ясно выраженныхъ, мелкихъ кристалловъ, по строенію совершенно тождественныхъ съ кристаллами трипельфосфата. Внутренняя поверхность стѣнокъ кисты выстлана слоемъ многоугольныхъ плоскихъ клѣтокъ, весьма похожихъ на эпителиальные, снабженныхъ свѣтлой протоплазмой и рѣзко контурированными пузырькообразными ядрами и раздѣленныхъ между собою межкѣлочнымъ промежуточнымъ веществомъ. Въ протоплазмѣ клѣтокъ наблюдаются вакуоли. Стѣнка кисты состоитъ изъ соединительнотканыхъ пучковъ, въ петляхъ которыхъ помѣщаются клѣтки съ узкимъ поясомъ прозрачной протоплазмы и съ болѣе свѣтлыми, болѣе овальными и болѣе мелкими ядрами, нежели въ вышеописанныхъ клѣткахъ. Остальная часть стѣнки кисты построена по соединительнотканному типу ворсистой оболочки. Кѣлочные элементы, выстилающіе внутреннюю поверхность стѣнокъ кисты, очень похожи на кѣлочные элементы «кѣлочнаго слоя» ворсистой оболочки. Они представляются лишь слегка уплощенными подъ вліяніемъ внутривполостнаго давленія. Помимо явленій прогрессивнаго роста, эти элементы обнаруживаютъ рѣзко выраженные слѣды регрессивныхъ процессовъ, продукты которыхъ образуютъ содержимое кисты. Источникомъ для образованія отживающихъ клѣтокъ внутренней поверхности стѣнокъ служатъ кѣлочные элементы, заложеныя въ болѣе глубокихъ слояхъ этихъ стѣнокъ, въ промежуткахъ между соединительнотканными пучками. Элементы эпителиальнаго покрова водной оболочки обнаруживаютъ, по большей части, слѣды жирового перерожденія.

По мнѣнію Ehrendorfer'a ¹⁾, возникновеніе описанныхъ имъ

¹⁾ Ehrendorfer, l. c.

кисть стоитъ въ тѣсной связи съ существованіемъ бѣлаго инфаркта, заложенаго въ основаніи кистъ, который является результатомъ регрессивныхъ процессовъ, имѣющихъ мѣсто въ крупноклѣточной ткани, происходящей изъ элементовъ *deciduae serotinae* при участіи «клѣточного слоя» ворсистой оболочки. Клѣтки, выстилающія внутреннюю поверхность стѣнокъ кистъ, суть элементы «клѣточного слоя» хоріона. Содержимое кистъ есть продуктъ распаденія и разжиженія какъ клѣточныхъ элементовъ, выстилающихъ ихъ внутреннюю поверхность, такъ и элементовъ слоя бѣлаго инфаркта.

Во второмъ случаѣ (*placenta marginata*) у самаго края послѣда, вблизи прикрѣпившейся здѣсь пуповины, находился спавшійся, продолговато-овальной формы мѣшокъ 7 см. въ діаметрѣ, который въ одномъ мѣстѣ выстоялъ своей периферіей за край плаценты и содержалъ небольшое количество мутной хлопьевидной жидкости. Рядомъ съ этой кистой находилась вторая, болѣе плоской формы, киста, имѣвшая въ наибольшемъ діаметрѣ 5 см. и въ наименьшемъ 3 см. и содержавшая также мутную жидкость. Обѣ кисты располагались субхоріально. Въ основаніи ихъ находились бѣлые инфаркты. Внутренняя поверхность кистъ была выстлана форменными элементами, совершенно эдентичными съ описанными элементами въ случаѣ первомъ.

Особый интересъ даннаго случая заключается въ томъ, что при краевомъ расположеніи кисты послѣдняя во время родовъ, при низко стоящей плацентѣ, выстояла изъ зѣва матки и симулировала собой плодный пузырь и, повидимому, опорожнилась ранѣе разрыва плодныхъ оболочекъ. (См. случай Hennig'a ¹⁾).

Позднѣе (1895) Ehrendorfer ²⁾ во Врачебномъ Обществѣ въ Инсбрукѣ сдѣлалъ сообщеніе о двухъ субхоріальныхъ плацентарныхъ кистахъ, комбинированныхъ съ бѣлымъ инфарктомъ, которыя сообщались между собою и превосходили своей величиной ранѣе имъ описанныя.

Въ отношеніи патогенеза этихъ образованій авторъ держится ранѣе высказаннаго имъ взгляда.

Лутохинъ ³⁾, на основаніи своихъ изслѣдованій, приходитъ къ выводу, что однѣ изъ кистъ образуются вслѣдствіе слизистаго перерожденія клѣточного слоя хоріона, другія возникаютъ благодаря распаду воспалительныхъ новообразованій.

По мнѣнію Peiser'a ⁴⁾, субхоріальныя плацентарныя кисты берутъ свое начало исключительно въ «клѣточномъ слоѣ» ворсистой оболочки. Въ основѣ образованія этихъ кистъ лежитъ патологическій процессъ разростанія элементовъ указаннаго слоя, съ слѣдующимъ слизистымъ ихъ перерожденіемъ. Бѣлый инфарктъ есть явленіе вторичное, возникающее вслѣдствіе ишеміи отъ давленія растущей опухоли участка плацентарной ткани, расположеннаго подъ образующеюся кистою. Со стороны инфаркта могутъ проис-

¹⁾ Hennig, l. c.

²⁾ Ehrendorfer, Wissensch.-Aerztesgesellschaft in Innsbruck, Sitzung. 7 Dec. 1895. Wiener klin. Wochenschrift 1896. Cit. Peiser, Beitrag zur Pathologie der Placenta. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. X. 1899.

³⁾ Лутохинъ, Кисты плаценты. Русскій Архивъ клин. мед. и бактеріологій, т. II, № 3. 1896 г.

⁴⁾ Peiser, Beitrag zur Pathologie der Placenta. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. X. 1899.

ходить свѣжія кровоизліянія въ полость вновь образованной кисты, которыя, измѣняя характеръ содержаемаго, увеличиваютъ въ значительной степени ея размѣры.

(De Jong ¹⁾), на основаніи своихъ изслѣдованій 5 кистовидно-перерожденныхъ плацентъ, видитъ, подобно Феноменову, причину образования какъ субхоріальныхъ кистъ, такъ и бѣлаго инфаркта въ увеличенія и сращенія ворсинокъ chorion'a послѣ потери ими Sincytium'a. Межворсинчатая пространства образуютъ собою полости кистъ. Содержимое состоитъ изъ крови и жидкости, содержащей бѣлокъ, выдѣляемой клѣтками Langhans'a, выстилающими внутреннюю поверхность этихъ кистъ. Если процессъ слипанія ворсинокъ распространяется дальше въ глубину, то возникаетъ бѣлый инфарктъ.

Kermauner ²⁾ держится взгляда, по которому какъ инфарктъ, такъ и субхоріальная киста имѣютъ общій источникъ происхожденія, именно клѣточный слой ворсистой оболочки. Образование кистъ и возникновеніе инфаркта суть различные процессы, генетически родственные другъ другу и очень часто совпадающіе другъ съ другомъ. Образование инфаркта ни въ коемъ случаѣ не является слѣдствіемъ развитія кистъ, какъ это принимаетъ Reiser. Напротивъ, къ образованию кистъ ведетъ разрощеніе элементовъ клѣточного слоя ворсистой оболочки, съ послѣдующимъ гидрическимъ перерожденіемъ ихъ, фибриновое же перерожденіе этихъ элементовъ, съ распространеніемъ процесса на сосѣдніе участки плацентарной тканц, ведетъ къ образованию бѣлаго инфаркта.

Въ противоположность Steffesck'у и Ehrendorfer'у, Kermauner отрицаетъ участіе материнской (децидуальной) ткани въ образовании кистъ и инфарктовъ. По его мнѣнію, d. subchorialis, клѣточные островки («Zellinseln») и децидуальная перегородки, являющіяся мѣстомъ развитія упомянутыхъ образований, представляютъ изъ себя остатки трофобласта, т. е. состоятъ исключительно изъ плодовыхъ элементовъ.

Demelin и Jeannin ³⁾ сдѣлали сообщеніе въ Акушерскомъ Обществѣ въ Парижѣ о случаѣ субхоріальной кисты, наполненной кровью, достигавшей величины дѣтской головки, лопнувшей до начала родового акта и не служившей, такимъ образомъ, препятствіемъ во время родовъ.

Pitha ⁴⁾), на основаніи своихъ изслѣдованій, приходитъ къ заключенію, что субхоріальный слой клѣтокъ, который вышеупомянутыми авторами считается производнымъ клѣточного слоя Langhans'a, образуется децидуальными клѣтками. Septa placentae, достигающія ворсистой оболочки, построены изъ децидуальной ткани. Возникновеніе кистъ является результатомъ регрессивныхъ измѣненій въ упомянутомъ субхоріальномъ слое децидуальныхъ элементовъ, съ послѣдующимъ выдѣленіемъ серовно-муцинозной жидкости со сто-

¹⁾ De Jong, Ueber die Entstehung von Cysten in der Placenta. Inaug.-Diss. Leiden. 1899. Ref. Centralblatt für Gynäkologie. 1900.

²⁾ Kermauner, Zur Lehre von der Entwicklung der Cysten und des Infarctes in der menschlichen Placenta. Zeitschrift für Heilkunde. Bd. XXI (N. F. Bd. I). 1900. S. 273.

³⁾ Demelin und Jeannin, Berichte aus gynäkol. Gesellschaft u. Krankenhäusern. Aus den Verhandlungen der Société d'obstétrique de Paris. Sitzung vom 9 Mai. Centralblatt f. Gynäk. 1901. S. 1090.

⁴⁾ Pitha (Frag), «Les kystes placentaires sous-choriaux». Annales de Gyn. et obst. 1902. T. 57, p. 22.

роны децидуальныхъ кѣтокъ, выпячивающій ворсистую оболочку вмѣстѣ съ кѣточнымъ слоемъ Langhans'a ¹⁾, которая и образуетъ стѣнку кисты, обращенную въ полость яйца. Дно кисты образуется некротической децидуальной тканью и атрофированными ворсинками (инфарктомъ). Содержимое кисты, въ зависимости отъ стадіи, въ которой находится регрессивный процессъ въ существѣ блага инфаркта, бываетъ различно: въ началѣ развитія процесса оно прозрачно, въ позднѣйшихъ же стадіяхъ оно мутнѣетъ отъ примѣси фибринныхъ свертковъ, децидуальныхъ кѣтокъ и атрофированныхъ ворсинокъ. При просачиваніи въ полости кисты красящихъ веществъ крови межворсинчатого пространства содержимое ихъ окрашивается въ коричневый цвѣтъ, а при надрывахъ инфаркта подъ влияніемъ маточныхъ сокращеній можетъ состоять изъ свѣжей крови съ находящимися въ ней кровяными сгустками.

По Vassmerу ²⁾, первичные зачатки субхоріальныхъ кистъ возникаютъ въ разросшемся кѣточномъ слоеъ вористой оболочки, элементы котораго подвергаются перерожденію и разжиженію. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ Langhans'овскія кѣтки, кромѣ того, врастаютъ въ соединительнотканную строму хоріона и образуютъ въ ней еще «интрахоріальныя» кисты, сообщающіяся съ субхоріальными. Содержимое всѣхъ этихъ кистъ является продуктомъ дегенеративныхъ процессовъ и секреторной дѣятельности упомянутыхъ кѣточныхъ элементовъ. Бѣлый инфарктъ, образующій собою дно кисты, представляетъ утолщеніе того некротическаго слоя хоріона, который располагается нормально между membrana-chorii и интервиллезнымъ пространствомъ. Главная составная часть этого слоя на двѣ кисты образуется самой соединительнотканной пластинкой вористой оболочки, подвергающейся дегенеративнымъ процессамъ. Возможно, что въ образованіи его участвуетъ также и децидуальная ткань.

Albeck ³⁾ различаетъ два главныхъ типа субхоріальныхъ кистъ: 1) плоскія мало-напряженныя, неправильно ограниченныя кисты, достигающія нерѣдко значительной величины, и 2) маленькія прозрачныя, напряженныя, по большей части полукруглой формы.

Исходнымъ пунктомъ всѣхъ этихъ кистъ служитъ не Langhans'овскій кѣточный слой, а материнская ткань. Въ пользу этого говоритъ то обстоятельство, что кѣточные элементы, выстилающіе кистовидныя полости, имѣютъ такую же структуру и такъ же относятся къ окраскѣ по Hansen'у, какъ и децидуальныя кѣтки; кромѣ того, въ большинствѣ случаевъ, можетъ быть доказана ихъ связь съ d. basalis при посредствѣ d. subchorialis или плацентарныхъ перегородокъ, которыя, по мнѣнію Albeck'a, состоятъ изъ децидуальной ткани.

Впрочемъ онъ не исключаетъ возможности прямого или косвеннаго участія въ образованіи кистъ и плодовыхъ элементовъ. Именно,

¹⁾ Langhans, Textur, Zellen in den Adnexen des menschlichen Eies. Jena. 1870. Untersuchungen über die menschliche Placenta. Arch. für Anatomie u. Entwicklungsgeschichte. Jahrg. 1877. Ueber die Zellschicht des menschlichen Chorion. Festgabe an Prof. Henle. Bonn. 1882.

²⁾ Vassmer, Zur Aetiologie der Placentarcysten. Archiv für Gynäkologie. Bd. 86, 1902. S. 49.

³⁾ Albeck, Ueber die subchorialen Cysten. Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkologie. Bd. II. 1904.

въ виду того, что въ стѣнкахъ почти всѣхъ кистъ встрѣчается большее или меньшее количество ворсинъ, Albesk полагаетъ, что ворсины способствуютъ образованію кистъ или уже однимъ своимъ присутствіемъ, затрудняя осмотическіе процессы, или, можетъ быть, ихъ синтиціей и Langhans'овскія клѣтки входятъ въ составъ стѣнокъ кисты.

По мнѣнію Schickele ¹⁾, субхоріальныя кисты образуются вслѣдствіе распада и разжиженія элементовъ разросшагося Langhans'овскаго клѣточного слоя хоріона и такъ назыв. децидуальныхъ перегородокъ, состоящихъ, по Schickele, изъ тѣхъ же эктодермальныхъ клѣтокъ. По мѣрѣ увеличенія кисты, отдѣляющій ее изнутри клѣточный покровъ постепенно истончается и погибаетъ, въ силу чего верхняя стѣнка большихъ кистовидныхъ образований состоитъ исключительно изъ истонченнаго, растянутаго эндохоріона. Дно такихъ кистъ образовано фибриномъ, жидкое содержимое ихъ отчасти продуцируется самими клѣтками, отчасти возникаетъ вслѣдствіе ихъ распада. Въ происхожденіи содержимаго болѣе крупныхъ кистъ главную роль играетъ трансудація жидкихъ составныхъ частей крови изъ плодовыхъ сосудовъ, располагающихся обыкновенно въ непосредственной близости этихъ образований.

Runge ²⁾, наоборотъ, оспариваетъ участіе Langhans'овскихъ клѣтокъ въ образованіи субхоріальныхъ кистъ. По мнѣнію этого автора, подъ влияніемъ неизвѣстныхъ еще патологическихъ условий, decidua начинаетъ усиленно разрастаться, благодаря чему подъ хоріономъ, даже въ среднихъ частяхъ послѣда, образуется d. subchorialis. Вслѣдствіе плохого питанія, эта оболочка вскорѣ подвергается перерожденію, въ результатѣ котораго возникаютъ или фибриновые узлы — «Fibrinknoten» или также (при гидрорическомъ перерожденіи) маленькія кисты. Путемъ сліянія такихъ кистъ образуются большія кистовидныя образования, приподнимающія въ видѣ полушарія m. chorii и выдающіяся въ полость яйца. Langhans'овскія клѣтки въ этомъ процессѣ никакого участія не принимаютъ.

По мнѣнію Biland'a ³⁾ мѣстомъ развитія субхоріальныхъ кистъ является клѣточный слой chorii frondosi. Подъ влияніемъ процессовъ размягченія — колликваціоннаго некроза внутри этого слоя возникаетъ маленькій промежутокъ, наполненный жидкимъ содержимымъ, состоящимъ изъ разжиженныхъ омертвѣвшихъ Langhans'овскихъ клѣтокъ. Дальнѣйшее увеличеніе такого промежутка и превращеніе его въ настоящую напряженную кисту обуславливается застоемъ крови въ интервиллезномъ пространствѣ, что, при placenta marginata, вызывается закупоркой краевой вены и сосѣднихъ венъ d. basalis. При нормально сформированныхъ послѣдахъ, можетъ быть, играютъ извѣстную роль застои, вызванные другими причинами, напр. тромбозомъ маточныхъ или тазовыхъ венъ, пороками сердца, эмфиземой и проч.

¹⁾ Schickele, Die Choriontodermwucherungen der menschlichen Placenta, ihre Beziehung zur Entstehung der Cysten und der Fibrinknoten der Placenta. Hegar's Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. X, 1905. S. 65.

²⁾ Runge, Ueber Cystenbildung an der menschlichen Placenta. Archiv für Gynäkologie. 1905.

³⁾ Biland, Ueber die subchorialen Cysten der menschlichen Placenta. Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. Bd. XL. 1906. S. 195.

Благодаря повышенію давленія въ интервиллезномъ пространствѣ, обусловленному застою, начинается усиленная трансудація кровяной плазмы чрезъ канализированный фибринъ въ Langhans'овскій слой, причемъ трансудатъ, скопляясь все въ большемъ и большемъ количествѣ на мѣстѣ размягченія, мало-по-малу приподнимаетъ хоріонъ, вытягивая его въ яйцевую полость, пока не встрѣтится препятствіе со стороны пупочныхъ сосудовъ и крупныхъ стволовъ ворсинъ. Стѣнка кисты образуется приподнятымъ хоріономъ, дно—канализированнымъ фибриномъ, содержимое же состоитъ теперь главнымъ образомъ изъ трансудата.

Brohm ¹⁾, примѣняя окраску по Hansen'у, не могъ убѣдиться, въ противоположность Albeck'у, въ децидуальномъ происхожденіи элементовъ, расположенныхъ подъ соединительнотканной пластинкой chorii frondosi. Наоборотъ, Brohm полагаетъ, что и по своему внѣшнему виду, и по гистологическому строенію эти элементы ничѣмъ не отличаются отъ эпителия, хоріона и deciduae foetalis и должны разсматриваться, какъ остатки «трофобласта».

Вслѣдствіе разростанія и водяночнаго перерожденія этихъ клѣтокъ и образуются субхоріальные кисты.

Такого же взгляда придерживается и Blau ²⁾. По его мнѣнію, въ большинствѣ случаевъ, при образованіи субхоріальныхъ кистъ, дѣло идетъ о разростаніи и перерожденіи «остатковъ трофобласта». Однако Blau не исключаетъ возможности развитія подобныхъ же кистъ и инымъ путемъ,—именно, изъ кровоизліяній и инфарктовъ. Въ доказательство этого онъ приводитъ 2 собственныхъ случая, въ одномъ изъ которыхъ причиной образованія кистовидной полости послужило кровоизліяніе подъ хоріонъ, приподнявшее эту оболочку, между тѣмъ какъ въ другомъ хоріонъ первично былъ приподнятъ продуктами разжиженія инфаркта и возникшая, такимъ образомъ, кистовидная полость вторично увеличилась благодаря кровоизліянію.

Въ моихъ собственныхъ изслѣдованіяхъ кисты были обнаружены въ 48,7% всѣхъ осмотрѣнныхъ плацентъ.

Въ большинствѣ случаевъ это были маленькіе прозрачные пузырьки, не превышающіе величины коноплянаго зерна, располагавшіеся подъ амніономъ то въ центральныхъ, то въ периферическихъ частяхъ послѣда, иногда маленькими группами, но по большей части разсыянно. Болѣе крупныя образования (діаметромъ до 1—2 см.) встрѣтились 18 разъ, кисты же, превышающія этотъ размѣръ, наблюдались только въ 3-хъ слѣдующихъ случаяхъ.

Въ первомъ случаѣ, при низкомъ прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста (роды въ концѣ IX мѣсяца беременности) большая киста, выступавшая изъ-за края плаценты, прощупывалась при внутреннемъ изслѣдованіи въ видѣ эластической опухоли, рѣзко отличающейся во время паузы своей напряженно эластической консистенціей отъ плоднаго пузыря. При проколѣ ея зондомъ выдѣлилось свыше стакана прозрачной сероватой жидкости. Эта киста (табл. I) въ наполненномъ состояніи (черезъ мѣсто прокола) имѣла почти яйцевидную форму, вмѣщая 280 к. с. воды. Длинный діаметръ ея—около 17 с.,

¹⁾ Brohm, Beitrag zur Genese der subchorialen Placentarcysten. Inaug.-Diss. Heidelberg. 1906.

²⁾ Blau, Zur Entstehung der subchorialen Cysten der Placenta. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. LX, N. 3, S. 437. 1907.

короткій—около 16. Своимъ суженнымъ основаніемъ она тѣсно прилежала къ корню пуповины, которая была прикрѣплена эксцентрично въ разстояніи 5 стм. отъ края послѣда. Сосуды пуповины охватывали основаніе кисты, причемъ одна вена, развѣтвляясь, пробѣгала по ея стѣнкѣ. На этомъ же послѣдѣ, по другую сторону мѣста прикрѣпленія пупочнаго канатика, располагался еще конгломератъ меньшихъ кистъ. Самая крупная изъ нихъ ($7:6\frac{1}{2}$ стм.), почти полушаровидной формы, была окрашена въ синеватый цвѣтъ, напряжена и содержала мутную густую жидкость. Влѣво отъ этой кисты, тѣсно прилегая къ ней, располагались два меньшихъ пузырька (въ 1 с. діам.), справа—группа изъ трехъ довольно крупныхъ кистъ ($5\frac{1}{2}$ — $6:4\frac{1}{2}$ —5) удлинненно-овальной формы, сидѣвшихъ на широкомъ основаніи и наполненныхъ прозрачнымъ, слегка клейкимъ содержимымъ. Водная оболочка со всѣхъ этихъ кистъ снималась легко, только на верхушкѣ самой крупной изъ нихъ она была срослена съ подлежащей тканью, но все же и здѣсь, хотя и съ трудомъ, отдѣлялась отъ нея. Отмѣтимъ еще, что правая часть послѣда была раздѣлена двумя глубокими бороздами на 3 дольки, отдѣлявшіяся отъ остальной плаценты широкой желтовато-бѣлой фибриновой каймой (placenta marginata).

Во второмъ случаѣ, на врѣломъ послѣдѣ (16×18 стм.), съ многочисленными бѣлыми инфарктами, сидѣла одна большая туго напряженная киста и конгломератъ маленькихъ (рис. 2). Первая, діаметромъ $7:6\frac{1}{2}$ с., въ формѣ полипа прикрѣплялась къ плацентѣ въ разстояніи 5 стм. отъ ея свободнаго края и $5\frac{1}{2}$ стм. отъ мѣста прикрѣпленія пуповины. Она была окрашена въ темносиній цвѣтъ и содержала, кромѣ мутноватой серозной жидкости, еще небольшой кровяной сгустокъ. У основанія ея располагался конгломератъ изъ 4-хъ маленькихъ кистъ. Такія же кисты (группа изъ 5 кистъ) находились въ разстояніи 2 стм. отъ мѣста прикрѣпленія пуповины и отдѣльные экземпляры ихъ были расстѣяны вблизи праваго края послѣда. Всѣ онѣ имѣли видъ прозрачныхъ пузырьковъ съ клейкимъ желтоватымъ содержимымъ.

Въ третьемъ случаѣ, на врѣломъ послѣдѣ (17×19 стм.), съ сильно развитою сѣтью венозныхъ сосудовъ, наблюдались 4 кисты (рис. 3). Самая крупная изъ нихъ ($4\frac{1}{2}$ с. въ діаметрѣ) желтоватого цвѣта, полушаровидной формы, сидѣла вблизи края плаценты. Она имѣла вялые стѣнки, была мало напряжена и содержала около 10 куб. стм. мутной серозной жидкости. Тонкія вѣтви сосудовъ пуповины, прикрѣпленной вблизи противоположнаго края, подходя къ основанію кисты, терялись въ ткани послѣда. Слѣва къ этой кистѣ тѣсно прилегалъ небольшой (въ 1 стм.) продолговатый туго напряженный пузырекъ. Два другихъ пузырька (одинъ продолговатой формы, другой—полушаровидной) располагались на лѣвой половинѣ плаценты, тѣсно прилегая къ кровеноснымъ сосудамъ.

Во всѣхъ случаяхъ дно кистъ представлялось неровнымъ и, какъ показывали разрѣзы, было образовано бѣлымъ инфарктомъ различной толщины (напр. въ самой крупной кистѣ 1-го случая до 1 стм.). Бѣлые инфаркты выступали также въ большемъ или меньшемъ числѣ и на поверхности послѣдовъ, въ окрестности кистъ и вдали отъ нихъ.

Что касается результатовъ микроскопическаго изслѣдованія, то

въ общемъ они вполне согласуются съ данными, полученными тѣми авторами, которые высказываются въ пользу развитія субхориальныхъ кистъ въ Langhans'овскомъ клѣточномъ слоеъ ворсистой оболочки (Langhans, Peiser, Kermauner, Schickele, Biland, Brohm).

На цѣломъ рядѣ послѣдовъ мы могли прослѣдить возникновеніе и постепенное развитіе этихъ образований изъ элементовъ разросшагося клѣточного слоя хоріона.

На рис. 4 (препаратъ изъ VII мѣс. послѣда) видны первыя стадіи этого процесса. Здѣсь въ разросшемся клѣточномъ слоеъ хоріона мы находимъ маленькую полость (60 μ . въ діам.), выполненную свернувшимся мелкозернистымъ, почти гомогеннымъ содержимымъ. Клѣточные элементы, непосредственно прилегающіе къ этой полости, обнаруживаютъ дегенеративныя измѣненія. Многія изъ нихъ набухшія, увеличены въ объемѣ; протоплазма блѣдна,

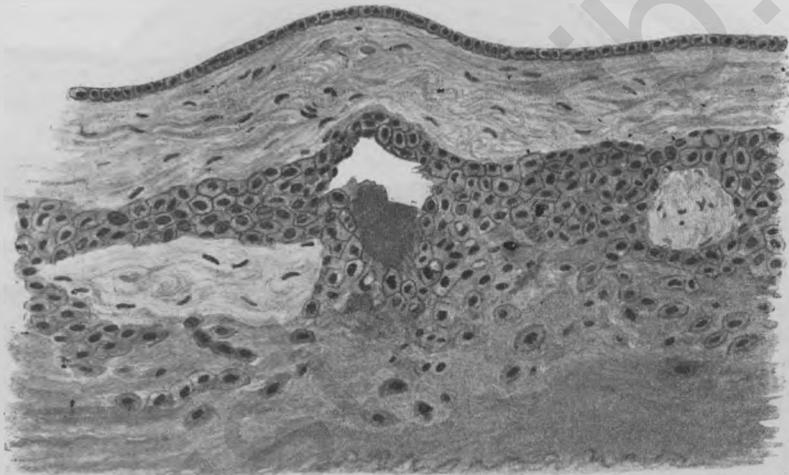


Рис. 4.

гомогенна, очень слабо окрашивается. Ядра самыхъ неправильныхъ формъ: круглыя, удлинненно-овальныя, угловатыя, сморщенные. Нѣкоторые элементы вовсе не имѣютъ ядеръ. Клѣточные границы выступаютъ неясвенно, а мѣстами отдѣльныя клѣтки слились въ общую протоплазматическую массу.

На рис. 5 (тотъ же препаратъ) мы видимъ уже вполне сформированную маленькую, еще не различимую простымъ глазомъ субхориальную кисту (діам. 0,2 m.m.). Ея выступающая въ полость яйца стѣнка образована соединительнотканнымъ слоемъ хоріона и снаружи одѣта неизмѣненнымъ амніономъ. На внутренней поверхности она выстлана уплощенными эпителиальными клѣтками, расположенными на вершинѣ въ одинъ рядъ и на боковыхъ сторонахъ въ 2 ряда. Нижняя часть полости представляетъ изъ себя бухтовидное углубленіе въ разросшемся Langhans'овскомъ клѣточномъ слоеъ хоріона. Упомянутый выстилающій внутреннюю поверхность верхней стѣнки эпителий переходитъ непосредственно въ этотъ слой. Дно кисты образовано тѣми же эктодермальными клѣтками, находя-

щимися въ состояніи рѣзко выраженнаго колликваціоннаго некроза. Кліточныя границы замѣтны только въ нѣкоторыхъ изъ нихъ, большинство же слилось въ общую протоплазматическую массу. Ниже (въ сторону интервиллезнаго пространства) подъ кистой расположенъ довольно толстый слой нѣжноволкнистаго фибрина, съ разсѣянными въ немъ перерождающимися ворсинками и маленькими группами блѣдныхъ крупныхъ клітокъ съ пузырькообразными ядрами. Такимъ образомъ мы видимъ, что эта киста отличается отъ вышеописанной маленькой полости (рис. 4) только своими болѣе крупными размѣрами и болѣе рѣзко выраженными явленіями перерожденія въ окружающихъ ея кліткахъ.

Микроскопическое строеніе маленькой, но уже видимой простымъ глазомъ, субхоріальной кисты (діам. въ 5 м. м.) представлено на



Рис. 5.

рис. 6. Стѣнка ея образована истонченной соединительно-тканной пластинкой хоріона, которая у края кисты, на мѣстѣ перехода на поверхность послѣда, образуетъ складку, вдающуюся въ полость и представляющуюся на разрѣзѣ въ видѣ шпоры. Внутренняя поверхность выстлана эпителиемъ, расположеннымъ то въ 1, то въ 2 ряда. У дна эпителий дѣлается многослойнымъ. Элементы его отличаются разнообразіемъ формъ, но всѣ они окрашиваются слабо. Нѣкоторые изъ нихъ вовсе не содержатъ ядеръ, въ другихъ ядра малы, сморщены. Хорошо выраженное межклеточное вещество выступаетъ въ видѣ сѣти волоконцевъ, окрашивающихся и по *v. Gieson*'у, и по *Hansen*'у одинаково съ фибриномъ. Дно кисты образовано по периферіи вышеупомянутой складки хоріона, въ центрѣ — слоемъ фибрина, который, продолжаясь подъ эту складку, переходитъ подъ соответственный слой хоріона. По внутренней поверхности дно выстлано, какъ уже упомянуто, эпителиальными элементами, которые

мѣстами вдаются въ фибринъ. Кромѣ того, въ этомъ фибриновомъ пластѣ разсѣяны еще ворсинки въ различныхъ стадіяхъ перерожденія (бѣлый инфарктъ). Albeck ¹⁾ указываетъ на слѣдующее различіе въ строеніи между маленькими прозрачными напряженными кистами и такими же кистами съ мало напряженными стѣнками, съ прозрачнымъ или слегка мутнымъ содержимымъ. Въ первыхъ дно образовано по периферіи складкой хоріона (шпорою), въ центрѣ гиалиновой соединительной тканью (которую другіе авторы, въ томъ числѣ и мы считаемъ фибриномъ). Такъ какъ эта ткань очень крѣпко спаяна съ вершиной и нижней поверхностью шпору, то киста оказывается со всѣхъ сторонъ окруженной соединительнотканной капсулой, чѣмъ и обуславливается, по мнѣнію Albeck'a, ея напряжен-



Рис. 6.

но-эластическая консистенція. Наоборотъ, кисты второй группы ограничены крѣпкой соединительнотканной стѣнкой только сверху (соединительнотканная пластинка хоріона) и снизу (гиалиновая ткань), боковыя же ихъ стѣнки образованы клѣтками *d. subchorialis*, вслѣдствіе чего такія кисты представляются мало напряженными, легко могутъ увеличиваться въ объемъ (распространяясь въ рыхлый слой *d. subchorialis*), причемъ вслѣдствіе сліянія ихъ другъ съ другомъ могутъ возникнуть часто неправильно ограниченной формы полости, достигающія значительной величины (большія мало напряженныя кисты).

Мы при своихъ изслѣдованіяхъ этой разницы въ строеніи между упомянутыми группами кистъ отмѣтить не могли: маленькія вялыя кисты обнаруживали тѣ же микроскопическія картины (см. рис. 6),

¹⁾ Albeck, l. c.

какъ эластическія, напряженныя. Однако, во всѣхъ изслѣдованныхъ нами крупныхъ кистахъ «хоріальная шпора» въ двѣ отсутствовала. Дно было образовано только бѣлымъ инфарктомъ, а выстилающіе его клѣточные элементы непосредственно переходили въ разросшійся клѣточный слой хоріона (рис. 7).

Основываясь на вышеизложенномъ, мы представляемъ себѣ начало развитія кистъ, какъ явленіе колликваціоннаго некроза въ клѣточныхъ группахъ разросшагося Langhans'овскаго слоя хоріона. Образовавшіяся, такимъ образомъ, маленькія полости увеличиваются путемъ распада новыхъ клѣтокъ, а можетъ быть также и синцитія, еще сохранившагося. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ киста, при своемъ ростѣ, достигаетъ болѣе крупнаго сосуда или уже съ самаго начала образовалась возлѣ него, увеличеніе содержаемаго, а, слѣдовательно, и размѣровъ кисты, происходитъ, повидимому, насчетъ фильтраціи



Рис. 7.

въ ея полость жидкихъ составныхъ частей крови. Такимъ образомъ могутъ возникнуть туго напряженныя кистовидныя образованія довольно значительныхъ размѣровъ (см. 1 случай). Въ начальныхъ стадіяхъ дно кистъ образовано Langhans'овскими клѣточными элементами, но, при дальнѣйшемъ ростѣ ихъ, естественно въ его составъ войдетъ тотъ фибринозный слой («канализированный фибринъ» Langhans'a), который во вторую половину беременности отлагается подъ ворсистой оболочкой и стоитъ въ связи съ «фибринозными узлами» и бѣлыми инфарктами послѣда. Что касается причины происхожденія субхоріальныхъ кистъ, то, по нашему мнѣнію, ее слѣдуетъ искать въ нарушеніяхъ питанія тканей въ зависимости отъ наступающихъ въ послѣдніе мѣсяцы беременности разстройствъ кровообращенія въ интервиллезномъ пространствѣ. Повидимому, на почвѣ этихъ же разстройствъ происходитъ и некрозъ синцитія (какъ это

принимаютъ Hirschmann-Lindenthal ¹⁾, Schickele ²⁾, Hogue-
nin ³⁾ и др.), что ведетъ къ отложенію на этихъ мѣстахъ фибрина,
склеивающаго отдѣльныя ворсинки, которыя, затѣмъ, подвергаются
перерожденію, результатомъ чего образуется бѣлый инфарктъ пла-
центы.

3. Кисты deciduae placentaris maternae.

Слой ткани deciduae serotinae, который остается на маточной сто-
ронѣ плаценты по выдѣленіи ея изъ послороговаго канала, не служитъ
мѣстомъ развитія кистъ, если не считать за таковыя ретенціонныя
кисты, образующіяся изъ расширенныхъ железъ глубокихъ слоевъ
deciduae serotinae при хроническихъ воспалительныхъ процессахъ
въ ней.

По Ziegler'у ⁴⁾, подъ слоевъ децидуальной оболочки (placenta
materna), наблюдаются иногда бѣловатая или ржавчиннаго цвѣта
кашицеобразныя отложенія, равно какъ полости, наполненныя мут-
ной, желтоватой или коричневой жидкостью.

О томъ, что нѣкоторые авторы (Pitha, Albeck, Runge) при-
числяютъ къ группѣ кистъ децидуальной ткани субхориальныхъ
кисты,—мы говорили уже выше.

4. Кисты желточного протока.

Кисты желточного протока въ области плаценты идентичны съ
такowymi же кистами пуповины.

Schultze ⁵⁾ впервые описалъ утолщеніе по ходу этого протока,
содержимое котораго состояло изъ кристалловъ углекислыхъ солей и
жира. По мнѣнію Schultze, это содержимое попадаетъ сюда изъ
пупочнаго пузырька, а не образуется на мѣстѣ.

Позднѣ Kleinwächter'омъ ⁶⁾ описаны 4 случая, въ которыхъ
кистовидныя расширения желточного протока достигали величины
булавочной головки и даже хлѣбнаго зерна. Они заключали въ себѣ
зернистое жидкое содержимое, въ которомъ были констатированы
жирноперерожденные клѣтки мостовиднаго эпителия, свободныя капли
жира и кристаллы известковыхъ солей. Плотныя просвѣчивающія
стѣнки этихъ кистъ были образованы соединительною тканью, иден-
тичною съ таковою же тканью желточного протока. Во всѣхъ слу-
чаяхъ плаценты относились къ доношеннымъ нормально развитымъ
плодамъ. По мнѣнію Kleinwächter'a упомянутыя расширения
обусловливаются скопленіемъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ протока пер-
воначальнаго его содержимаго, съ примѣсью пристѣночныхъ эпите-
лиальныхъ клѣтокъ, подвергшихся различнымъ регрессивнымъ мета-
морфозамъ (жировое перерожденіе, разжиженіе, отложеніе известко-
выхъ солей).

Runge ⁷⁾ въ одномъ случаѣ 4-мѣсячнаго послѣда наблюдалъ

¹⁾ Hirschmann-Lindenthal, l. c.

²⁾ Schickele, l. c.

³⁾ Hoguein, l. c.

⁴⁾ Ziegler, Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathol. Anatomie. Jena. 1892.

⁵⁾ Schultze, Das Nabelläschen, ein constantes Gebilde in der Nachgeburt des
ausgetragenen Kindes. Leipzig. 1861.

⁶⁾ Kleinwächter, Ein Beitrag zur Anatomie des Ductus omphalo-mesentericus.
Arch. f. Gyn. Bd. X. 1876.

⁷⁾ Runge, Untersuchungen über den Dottergang und über Capillaren im Nabelstrang.
Zeitschrift für Geb. u. Gyn. Bd. I, 1877.

рядомъ съ остатками кровеносныхъ сосудовъ (*v. omphalomesenterica*) вблизи пупочнаго пузыря, клѣточный тяжъ съ кистовидными расширениями, въ полостяхъ которыхъ имъ были констатированы большія клѣтки, подобныя клѣткамъ желточнаго протока.

5. Кисты облитерированнаго остатка аллантоиса.

Возникновеніе кистъ изъ облитерированнаго остатка *allantoidis* въ области плаценты съ точностью не установлено, хотя возможность подобнаго возникновенія ихъ вблизи мѣста прикрѣпленія пуповины къ плацентѣ въ видѣ исключенія можетъ быть допущена.

За возможность этого говорятъ изслѣдованія *Ahlfeld'a* ¹⁾, по мнѣнію котораго, эпителиальная пластинка *allantoidis* въ отдѣльныхъ случаяхъ не только достигаетъ периферіи яйца, но и разрастается по его окружности. Въ подтвержденіе своего мнѣнія *Ahlfeld* приводитъ фактъ констатированія имъ на наружной (хоріальной) поверхности водной оболочки присутствія слоя эпителиальныхъ элементовъ съ большими ядрами и жирноперерожденной протоплазмой, представляющихъ собою клѣтки эпителиальной пластинки *allantoidis*. Кроме того, этимъ авторомъ въ плацентарномъ отрѣзкѣ пуповины констатировано присутствіе облитерированнаго остатка *allantoidis* въ видѣ эпителиальнаго хода, раасширяющагося по мѣрѣ его приближенія къ плацентѣ.

Наблюденія *Ahlfeld'a* подтверждаются изслѣдованіями *Storch'a* ²⁾, на основаніи которыхъ облитерированный остатокъ пузыря *allantoidis* существуетъ какъ таковой между водною и ворсистою оболочками въ области плаценты въ видѣ кругловатаго образованія, болѣе или менѣе ясно ограниченнаго отъ окружающихъ тканей.

По противоположному мнѣнію *Koelliker'a* ³⁾, въ области плаценты не удастся констатировать присутствія облитерированнаго остатка пузыря *allantoidis*. *Koelliker* держится общепринятаго взгляда, по которому *allantoidis* срастается съ ворсистой оболочкой лишь своей наружной соединительнотканной пластинкой, внутренняя же эпителиальная пластинка подвергается атрофіи, не обнаруживая ни малѣйшей склонности къ разрощенію.

II. Кистовидныя образованія дѣтскаго мѣста (ложныя кисты).

1. Кистовидныя образованія соединительнотканнаго слоя ворсистой оболочки.

Къ этому отдѣлу можно, повидимому, отнести слѣдующіе единичные случаи, описанные *Heyfelder'омъ*, *Jacquet'омъ* и *Allan C. Sym'омъ*.

Heyfelder ⁴⁾ описалъ кистовидное образованіе на плацентѣ 7-мѣсячнаго плода у мѣста прикрѣпленія пуповины, состоявшее изъ

¹⁾ *Ahlfeld*, Die Allantois des Menschen und ihr Verhältniss zur Nabelschnur. Arch. f. Gyn. Bd. X, 1876.

²⁾ *Storch*, Ein Fall von sogenannten partiellen Myxom der Placenta. Virchow's Archiv. Bd. 72. 1878.

³⁾ *Koelliker*, Entwicklungsgeschichte des Menschen und der höheren Thiere. 1879.

⁴⁾ *Heyfelder*, Eventration bei einem Siebenmonats Kinde mit Hydatiden am Nabelstrange und an der Placenta. Medicinalzeitung des Vereines für Heilkunde in Preussen. № 13. 1834. Vgl. auch Schmidt's Jahrbücher. Jahrg. 1834. Bd. II, p. 324.

многочисленныхъ «гидатидъ». Подобныя же образования находились и на пуповинѣ. (См. соответствующій отдѣлъ «Кисты и кистовидныя образования пуповины»).

Jacquet ¹⁾, наблюдалъ послѣдъ, на плодовой сторонѣ котораго располагались многочисленные кистовидныя образования различной величины по ходу и развѣтвленіямъ кровеносныхъ сосудовъ. На основаніи строенія стѣнокъ этихъ кистовидныхъ опухолей и характера ихъ содержимаго, авторъ приходитъ къ заключенію, что онѣ развиваются изъ влагалищъ кровеносныхъ сосудовъ, и предлагаетъ для нихъ особое наименованіе «периваскулярныхъ кистъ».

Allan C. Sym ²⁾ демонстрировалъ въ «Акушерскомъ Обществѣ» въ Эдинбургѣ послѣдъ, на плодовой поверхности котораго въ области прикрѣпленія пуповины и по ходу кровеносныхъ сосудовъ наблюдались многочисленные кистовидныя образования, представлявшіяся какъ бы аневризматическими расширеніями упомянутыхъ сосудовъ. Подобныя же образования располагались и по длинѣ пуповины. (См. соответствующій отдѣлъ «Кисты и кистовидныя образования пуповины»). Стѣнки опухолей были построены по типу слизистой ткани съ отростчатыми клѣтками. Прозрачное содержимое болѣе или менѣе крупныхъ кистъ было окрашено въ красный цвѣтъ отъ примѣси крови, содержимое же мелкихъ кистъ—совершенно безцвѣтно.

Въ силу данныхъ патологическихъ измѣненій въ плацентѣ Allan Sym ³⁾ обозначаетъ демонстрированный имъ препаратъ какъ «vesicular» или *mucomatosis placenta*», причемъ мѣстомъ развитія кистовидныхъ образований, по его мнѣнію, служить ворсистая оболочка, подвергающаяся слизистому перерожденію.

Ahlfeld ⁴⁾ описалъ пять случаевъ образованія кистъ послѣда. Во всѣхъ этихъ случаяхъ водная оболочка свободно отдѣлялась отъ кистъ, заложившихъ въ соединительнотканной основѣ хоріона. Внутренняя поверхность ихъ была выстлана, по мнѣнію автора, эндотеліальными клѣтками различной величины и формы. Содержимое представляло изъ себя желтоватую жидкость различной консистенціи, со взвѣшенными въ ней тканевыми хлопьями и форменными элементами.

Ahlfeld полагаетъ, что причина образованія этихъ кистъ заключается въ слизистомъ перерожденіи соединительнотканной основы ворсистой оболочки «*Mucoma des Chorionbindegewebes*».

Нельзя однако не отмѣтить того обстоятельства, что всѣ вышеупомянутыя наблюденія относятся къ тому времени, когда техника микроскопическаго изслѣдованія была еще несовершенна, а взгляды на гистологию и происхожденіе отдѣльныхъ составныхъ частей плаценты значительно отличались отъ современныхъ. Вслѣдствіе этого, по нашему мнѣнію, вопросъ о возможности возникновенія подобныхъ кистъ эндохоріона долженъ считаться еще открытымъ, тѣмъ болѣе,

¹⁾ Jacquet, Gazette médicale de Paris. 14 October 1871.

²⁾ Allan, C. Sym, On a case of vesicular placenta from a premature birth at the 7-th month, the child being born alive. Edinb. medical. Journal (1887 Aug.). Volume XXXIII, p. 102. Vgl. auch. Frommel's Jahresbericht über Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe u. Gyn. I Jahrg. 1888, p. 131.

³⁾ Allan, C. Sym, l. c.

⁴⁾ Ahlfeld, Ueber die Cysten der Placenta. Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe in Leipzig. 16 Oct. 1876. Archiv für Gyn. Bd. XI, 1877, S. 397.

что никому изъ новѣйшихъ изслѣдователей не удалось наблюдать такихъ образованій въ области послѣда.

Къ данному отдѣлу кистовидныхъ опухолей плаценты должны быть отнесены кистовидныя образованія, содержащія такъ называемыя «амнио-хориальныя воды», образующіяся при участіи *Membrana intermedia* или *Tunica media* (Bischoff), слоя ткани, находящейся въ стадіи регрессивнаго метаморфоза и самостоятельно не имѣющей наклонности къ образованію истинныхъ кистъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ этотъ слой ткани представляетъ изъ себя полужидкую массу и, совмѣстно съ сосѣднимъ слоемъ ткани ворсистой оболочки, возникающей изъ наружной пластинки *allantoidis*, образуетъ обильныя скопленія жидкости между водною и ворсистою оболочками, которая носитъ названіе «амнио-хориальной» жидкости и которая во время родового акта можетъ быть смѣшиваема съ околоплодною жидкостью.

Къ этому же отдѣлу относятся кистовидныя образованія, развивающіяся изъ ворсинокъ хоріона, такъ наз. пузырьные заносы (*Mola hydatidosa*).

Это общеизвѣстное заболѣваніе, имѣющее огромное клиническое значеніе, поражаетъ или всю ворсистую оболочку, или только *chorion frondosum* или, наконецъ, лишь отдѣльные участки послѣда, равно какъ ограниченныя отдѣлы *chorii laevis*.

Перерожденныя части хоріона представляются въ видѣ конгломерата различной величины пузырьковъ, наполненныхъ свѣтлымъ содержимымъ и соединенныхъ другъ съ другомъ при посредствѣ тонкихъ ножекъ, такъ что все образованіе имѣетъ нѣкоторое сходство съ гроздью винограда.

Относительно сущности описываемаго перерожденія до послѣдняго времени господствовала теорія *Virchow's*, согласно которой пузырьный заносъ разсматривался, какъ *Mухома chorii*.

Virchow ¹⁾ полагалъ, что при этомъ процессѣ дѣло идетъ главнымъ образомъ объ опухолевидномъ разрастаніи соединительной ткани ворсинокъ, представляющей продолженіе слизистой ткани пуловины. Благодаря, однако, новѣйшимъ изслѣдованіямъ, среди которыхъ первенствующее значеніе имѣютъ работы *Marchand'a* ²⁾ и *L. Fraenke's* ³⁾, нужно считать установленнымъ, что главная роль въ образованіи пузырьнаго заноса принадлежитъ клѣточному покрову ворсинъ, усиленной пролифераціи *Langhans'*овскаго слоя и синцитія, и, что строма ворсинъ страдаетъ лишь нослѣдовательно, подвергаясь гидропическому перерожденію и распаду.

Что касается многочисленныхъ теорій, предлагавшихся для объясненія происхожденія *Molae hydatidosae*, то, не входя въ подробное ихъ разсмотрѣніе, отмѣтимъ только, что въ настоящее время наибольшее число сторонниковъ имѣютъ двѣ теоріи: овулярная, согласно которой причину перерожденія слѣдуетъ искать въ заболѣваніи самаго яйца, и децидуальная, придающая главное значеніе первичнымъ измѣненіямъ въ материнской ткани.

¹⁾ *Virchow*, Die krankhaften Geschwülste. Bd. I, S. 413.

²⁾ *Marchand*, Ueber den Bau der Blasenmole. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 32, Heft 3.

³⁾ *Fraenkel*, Die Histologie der Blasenmole und ihre Beziehungen zu den malignen von den Chorionzotten ausgehenden Uterustumoren. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Verhandlungen d. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin.

2. Гематомы дѣтскаго мѣста и ихъ отношеніе къ образованію кистъ.

Кровоизліянія въ существо плацентарной ткани во время беременности (въ послѣдніе мѣсяцы ея) наблюдаются относительно рѣдко. Гораздо чаще можно найти на родившихся послѣдахъ свѣжіе экстравазаты, возникшіе во время родового акта или въ послѣдовомъ періодѣ подъ вліяніемъ травматическихъ инсультовъ. Такъ, напр., Ahlfeld ¹⁾ обращаетъ вниманіе на довольно часто встрѣчающіяся субамниотическія гематомы, располагающіяся обыкновенно въ окружности мѣста прикрѣпленія пуповины. Образование ихъ связано съ механическими поврежденіями небольшихъ кровеносныхъ сосудовъ во время изгнанія плода или при сильномъ потягиваніи за пуповину въ послѣдовомъ періодѣ. Такіе экстравазаты состоятъ изъ свѣжей крови и нерѣдко достигаютъ значительной величины. Причиной кровоизліяній въ существо плацентарной ткани во время беременности служатъ также механическіе инсульты, далѣе воспалительныя измѣненія децидуальной оболочки Endometritis decidua и нѣкоторыя общія заболѣванія материнскаго организма (сифились, нефритъ, острья инфекціонныя болѣзни, пороки сердца). Апоплетическія гнѣзда располагаются въ существѣ перегородокъ плаценты, въ децидуальной ткани и въ интервиллезномъ пространствѣ. Источникомъ ихъ обыкновенно являются материнскіе сосуды и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ плодовые. Относительно часто они наблюдаются въ послѣдахъ абортивныхъ яицъ разныхъ стадій развитія и относительно рѣдко въ плацентахъ позднѣйшихъ мѣсяцевъ беременности.

Что касается участія этихъ кровоизліяній въ развитіи плацентарныхъ кистъ, то, какъ мы видѣли выше, многіе изъ прежнихъ изслѣдователей приписывали имъ въ этомъ отношеніи главную роль, полагая, что большинство кистовидныхъ образованій послѣда происходитъ путемъ инкапсуляціи экстравазатовъ, съ послѣдующимъ распадомъ составныхъ частей крови, частичнымъ всасываніемъ ихъ и замѣной серознымъ содержимымъ (Hegar-Maier ²⁾, Simpson ³⁾, Spiegelberg ⁴⁾, Ahlfeld ⁵⁾, Winkel ⁶⁾, Wiener ⁷⁾ и др.).

Новѣйшими изслѣдованіями, однако, установлено, что субхоріальныя кисты или, по крайней мѣрѣ, громадное большинство изъ нихъ имѣютъ иное происхожденіе. Ehrendorfer ⁸⁾ справедливо замѣчаетъ, что для образованія изъ экстравазатовъ плаценты настоящихъ кистъ съ соединительно тканной капсулой, съ полнымъ обезцвѣчиваніемъ кровянистаго содержимаго и замѣной его содержимымъ серознымъ, потребовался бы срокъ несравненно большій, нежели періодъ времени нормальной беременности, и что, если содержимое нѣкоторыхъ плацентарныхъ кистъ и заключаетъ въ себѣ примѣсь элементовъ крови или окрашено красящими веществами ея, то по-

¹⁾ Ahlfeld, Ueber subamniotische Blutergüsse auf der Placenta. Arch. f. Gyn. Bd. X, 1876.

²⁾ Hegar-Maier, Die interstitielle Placentitis und ihr Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt. Virchow's Arch. Bd. 38. 1867.

³⁾ Simpson, Select. obstetr. Works. 1873. T. I. Cit. Ehrendorfer, l. c.

⁴⁾ Spiegelberg, Cit. Ehrendorfer, l. c.

⁵⁾ Ahlfeld, Ueber die Cysten der Placenta. Arch. f. Gyn. Bd. XI.

⁶⁾ Winkel, Lehrbuch der Geburtshilfe. Leipzig. 1889, p. 42 u. 301.

⁷⁾ Wiener-Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshilfe. III Aufl. 1892.

⁸⁾ Ehrendorfer, Ueber Cysten und cystoide Bildungen der menschlichen Nachgeburt. Leipzig. 1893, S. 68—69.

добное явленіе есть результатъ вторичныхъ кровоизліяній въ полости уже раѣе бывшихъ кистъ изъ бѣлаго инфаркта или сосѣднихъ областей.

Въ концѣ даннаго отдѣла умѣстно сказать нѣсколько словъ о наблюденіяхъ надъ содержаніемъ гноя въ плацентѣ.

Въ прежнее время старые размягченные тромбы и инфаркты, равно какъ участки плаценты, въ которыхъ наблюдались жировое перерожденіе или дегенеративные процессы, съ образованіемъ детрита, рассматривались какъ продукты гнойнаго воспаленія. Исслѣдованіями *Dopat'a* установлено, что ни между плодными оболочками, ни въ тканяхъ плаценты и отпадающей оболочки гной не встрѣчается въ видѣ характерныхъ абсцессовъ, а исключительно лишь въ видѣ разлитой гнойной инфильтраціи тканей, обусловленной острымъ эндометритомъ слизистой оболочки матки.

ОТДѢЛЬ ТРЕТІЙ.

Кисты и кистовидныя образования яйцевыхъ оболочекъ.

Въ области яйцевыхъ оболочекъ, внѣ плаценты, и кисты, и кистовидныя образования встрѣчаются рѣдко. Истинныя кисты здѣсь описаны Ahlfeld'омъ (амнионъ), Hegar-Maier'омъ (клѣточный слой хоріона) и Ruge (пупочный пузырекъ). Кистовидныя образования наблюдались въ хоріонѣ (въ его соединительнотканномъ слоеѣ и ворсинахъ) и въ отпадающей оболочкѣ.

I. Кисты яйцевыхъ оболочекъ (истинныя).

1. Кисты водной оболочки.

Кисты водной оболочки внѣ плаценты описаны Ahlfeld'омъ ¹⁾. По отдѣленіи водной оболочки отъ ворсистой на первой изъ нихъ остается конгломератъ кистъ, наибольшій диаметръ котораго достигаетъ 3—4 см. длины и наименьшій 1 см. Микроскопическое изученіе данныхъ образований показало, что внутренняя поверхность ихъ выстлана характернымъ эпителиемъ, выстилающимъ внутреннюю поверхность водной оболочки, и что образование этихъ кистъ происходитъ путемъ склеиванія складокъ водной оболочки съ послѣдующимъ ихъ сращеніемъ.

Причина данныхъ патологическихъ образований, по мнѣнію автора, должна быть идентична съ причиной, вызывающей сращенія водной оболочки съ поверхностью плода.

Кромѣ того, Ahlfeld ²⁾ описалъ подъ именемъ «множественныхъ дермоидныхъ кистъ амниона» маленькія кистовидныя опухоли, величиною до горошины, свободно лежавшія въ околоплодной жидкости. Въ одномъ случаѣ, описанномъ въ диссертациі Bremenkamp'a ³⁾, такая опухоль находилась еще въ соединеніи съ водной оболочкой при посредствѣ ножки. Ahlfeld полагаетъ, что всѣ эти кисты развились изъ эпителия амниона, между тѣмъ какъ Franqué ⁴⁾, наблюдавшій подобныя образования въ области плаценты, считаетъ ихъ за наслоенія плодоваго эпидермиса.

¹⁾ Ahlfeld, Ueber Amnioncysten. Mittheilung aus der Gesellschaft f. Geb. in Leipzig. Sitzung von 17 December 1877. Archiv f. Gyn. Bd. XIII.

²⁾ Ahlfeld, Berichte und Arbeiten. Bd. II. Leipzig. 1885. Multiple Dermoidcysten des Amnions. S. 200.

³⁾ Bremenkamp, Ueber einen Fall von amniotischen Fäden an den Extremitäten beim Foetus. Inaug.-Diss. Marburg. 1889.

⁴⁾ Franqué, Zur Kenntnis der Amniosanomalien. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. VI, 1897 u. Anatom. u. klinische Beobachtungen über Placentarerkrankungen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXVIII, 1894 и Bd. XXXVII, 1897.

2. Субхориальная кисты «клеточного слоя» ворсистой оболочки.

Къ данному отдѣлу относится случай Hegar-Maier'a ¹⁾, въ которомъ, кромѣ описанныхъ въ соответствующемъ отдѣлѣ субхориальныхъ кистъ плаценты, наблюдались въ яйцевыхъ оболочкахъ, внѣ области плаценты, небольшія кистовидныя полости, съ гладкими стѣнками и серознымъ содержимымъ.

Въ виду того, что кисты плаценты, описанныя даннымъ авторомъ, располагались подъ ворсистою оболочкою (субхориальная кисты плаценты) и что описанныя имъ кисты яйцевыхъ оболочекъ имѣли отношеніе къ ворсистой оболочкѣ, можно съ большою вѣроятностью отнести послѣднія также къ отдѣлу субхориальныхъ кистъ, образованныхъ насчетъ «клеточного слоя» ворсистой оболочки (Ehrendorfer) ²⁾.

3. Кисты желточного протока (d. omphalo-entericus) и пупочнаго пузырька (Nabelbläschen).

Между водною и ворсистою оболочками нормально развитого человѣческаго яйца, по большей части, внѣ области плаценты, наблюдается присутствіе такъ называемаго пупочнаго пузырька (Hoboken) ³⁾, который, по Maier'у ⁴⁾, представляетъ собою постоянную составную часть доношеннаго человѣческаго яйца. По Schultze ⁵⁾ пупочный пузырекъ представляетъ изъ себя непрозрачное, желтоватаго цвѣта полое образованіе, имѣющее кругло-овальную, грушевидную, иногда неправильную форму. Большой діаметръ пупочнаго пузырька располагается въ направленіи желточного протока и достигаетъ 10 мм. длины. Мутное желтоватое содержимое его состоитъ изъ большихъ капель жира и многочисленныхъ зернышекъ, сильно преломляющихъ свѣтъ кристалловъ углекислыхъ солей и набухшей сѣтчатой соединительной ткани, въ петляхъ которой располагаются упомянутыя кристаллы. Въ большинствѣ случаевъ содержимое пузырька не представляетъ изъ себя его первичнаго содержимаго, а является продуктомъ жирового перерожденія стѣнокъ пупочнаго пузырька, гезр. соединительнотканнхъ ея элементовъ. Пристѣночнаго эпителия въ описываемомъ образованіи никогда не наблюдается.

По описанію Ruge ⁶⁾ пупочный пузырекъ представляется иногда въ видѣ кисты, величиною съ горошину, причемъ присутствіе уплотненнаго коротко-цилиндрическаго эпителия на внутренней поверхности стѣнки кисты можетъ быть съ несомнѣнностью доказано.

О строеніи желточного протока (d. omphalo-entericus), съ небольшими расширениями по его ходу, было нами говорено въ соответствующемъ мѣстѣ (см. Отдѣлъ 2-й. Кисты и кистовидныя образованія плаценты).

¹⁾ Hegar-Maier, Die interstitielle Placentitis und ihr Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt. Virchow's Arch. Bd. 38. 1867.

²⁾ Ehrendorfer, l. c.

³⁾ Hoboken, Cit. Ehrendorfer, l. c.

⁴⁾ Maier, Cit. Ehrendorfer, l. c.

⁵⁾ Schultze, B. S. Das Nabelbläschen ein constantes Gebilde in der Nachgeburts des ausgetragenen Kindes. Leipzig. 1861.

⁶⁾ Ruge, Untersuchungen über den Dottergang und über Capillaren in Nabelstrang. Zeitschr. f. Gyn. I. 1877, p. 253.

II. Кистовидныя образования яйцевыхъ оболочекъ (ложныя кисты).

1. Кистовидныя образования соединительнотканнаго слоя хоріона.

Ehrendorfer ¹⁾ относитъ къ этой группѣ случай Eberth'a ²⁾ и Winogradow'a ³⁾. Eberth наблюдалъ опухоль, толщиною въ 4—5 мм., которая располагалась между весьма плотной водной оболочкой и между плотнымъ слоемъ ворсистой оболочки и представляла изъ себя мягкую студенистую массу, по вѣшнему виду и микроскопическому строенію подобную Вартоновой студени пуповины. Основное слизистое вещество заключало въ себѣ мѣстами соединительнотканнные пучки и многочисленныя отростчатыя клѣтки, придающія ткани саркоматозный характеръ. Lamina intermedia мѣстами была сохранена. На наружной поверхности ворсистой оболочки наблюдались многочисленныя флюктуирующія опухоли, достигающія величины горошины и боба. Въ остальномъ отношеніи послѣдъ былъ вполне нормаленъ. Пупочный канатикъ содержалъ малое количество Вартоновой студени.

Въ случаѣ Winogradow'a ⁴⁾ опухоль миксоматознаго характера, располагавшаяся между водной и ворсистой оболочками, въ состояніи 10 см. отъ плаценты, достигала величины гусиного яйца.

Возможно, однако, что оба эти случая представляли изъ себя не что иное, какъ огромную «Mola hydatidosa» въ области chorii laevis.

2. Кистовидныя образования ворсинокъ chorii laevis на отдѣльныхъ участкахъ его.

Кистовидное перерожденіе ворсинокъ chorii laevis на отдѣльныхъ участкахъ его, при здоровой плацентѣ, наблюдается рѣдко. Сюда, повидимому, относятся вышеупомянутые случаи Eberth'a ⁵⁾ и Winogradow'a ⁶⁾. Далѣе Franqué ⁷⁾ наблюдалъ очень интересный случай, гдѣ при совершенно нормальныхъ плацентѣ и плодѣ (5-мѣсячная беременность) сильно развитой пузырьный заносъ исходилъ изъ chorion laeve.

3. Кистовидныя образования отпадающей оболочки.

Къ этой группѣ слѣдуетъ отнести, во 1-хъ, сравнительно рѣдкіе случаи образования кистовидныхъ полостей въ decidua вслѣдствіе задержки отдѣляемаго въ железистыхъ просвѣтахъ, благодаря чему все яйцо получаетъ нѣкоторое сходство съ начинающимся развиваться пузырьнымъ заносомъ, и, во 2-хъ, скопленіе водянисто-слизистой жидкости между d. vera и reflexa при endometritis decid. catarrhalis (hydrorrhoea uteri gravidi).

¹⁾ Ehrendorfer, l. c.

²⁾ Eberth, Diffuses Myxom der Eihäute. Virchow's Arch. Bd. 39, 1867. Vgl. Wiener med. Presse № 1. 1867.

³⁾ Winogradow, Zur Lehre von den Myxomen der Eihäute des Menschen. Virchow's Arch. Bd. LII, p. 146, 1870.

⁴⁾ Winogradow, l. c.

⁵⁾ Eberth, l. c.

⁶⁾ Winogradow, l. c.

⁷⁾ Franqué, Ueber eine bösartige Geschw. des Chorions. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34, 1896 и Bd. 49. 1903. Zur deestruirenden Blasenmole. Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Würzburg. 1903.

Заболѣваніе перваго рода *endometritis decidualis cystica* наблюдается рѣдко. Такіе случаи описаны А. Негар'омъ ¹⁾, Бреус'омъ ²⁾ и Леопольдомъ ³⁾.

Что касается *hydrorrhoea uteri gravidi*, то оно встрѣчается чаще и обуславливается, какъ это установлено Негар'омъ ⁴⁾, также увеличенной секреціей маточныхъ железъ вслѣдствіе воспаленія отпадающей оболочки. Отдѣляемое, количество котораго можетъ быть довольно значительнымъ (400—500 гр.), иногда застаивается между *d. vera* и *d. reflexa*, опорожняясь лишь повременамъ, толчками, при легкихъ схваткахъ (такъ наз. «ложныя воды»).

4. Гематомы отпадающей оболочки.

Кровоизліянія въ толщу отпадающей оболочки въ ранніе мѣсяцы беременности наблюдаются нерѣдко и ведутъ къ смерти плода, гесп. къ выкидышу. Если же яйцо задерживается еще послѣ смерти зародыша въ полости матки, то кровоизліянія могутъ продолжаться нѣкоторое время, пронизывая всю децидуальную оболочку и пробивая себѣ путь также между хоріономъ и амніономъ, вслѣдствіе чего такія яйца состоятъ почти сплошь изъ кровоизліяній или свѣжихъ (кровяной заносъ), или (при болѣе долгой задержкѣ въ полости матки) изъ старыхъ, подвергшихся отчасти организаціи (мясистый заносъ).

Особую интересную форму «кровяного заноса» впервые точно описывалъ Бреус ⁵⁾ подъ именемъ *Haematoma subchoriale tuberosum deciduae* (*Mola haematomatosa*). Характерные признаки этой формы состоятъ въ слѣдующемъ: клинически она протекаетъ подъ видомъ *Missed abortion*, анатомически отличается ничтожнымъ развитіемъ плода, несоотвѣтствіемъ между его величиною и величиною плоднаго мѣшка, субхоріальными гематомами и рѣзко выраженнымъ образованіемъ складокъ плодовыхъ оболочекъ. Гематомы, располагающіяся между *decidua* и *chorion*'омъ, имѣютъ видъ полиповъ, сидящихъ на широкомъ основаніи, и распространяются или по всей поверхности яйца, или (въ болѣе позднихъ стадіяхъ, когда уже образовались зачатки послѣда) ограничиваются только областью *chorii frondosi*.

Наблюденіе Бреус'а вскорѣ было подтверждено и другими авторами (Бросин ⁶⁾, Готтсхальк ⁷⁾, Делбанко ⁸⁾, Davidson ⁹⁾,

¹⁾ Негар, А., Beiträge zur Pathologie des Eies und zum Abort in den ersten Schwangerschaftsmonaten. Monatsschrift f. Geb. u. Frauenkrankh. Bd. 91. 1863.

²⁾ Breus, Cystöse Degeneration der Decidua vera. Arch. f. Gyn. Bd. 19.

³⁾ Leopold, Studien über die Schleimhaut während d. Menstruation, Schwangerschaft u. Wochenbett. Arch. f. Gyn. Bd. 11 u. Bd. 12 u. Das habituelle Absterben der Frucht etc. Arch. f. Gyn. Bd. 8.

⁴⁾ Негар, Die Drüsen der Decidua u. die Hydrorrhoea grav. Monatsschr. f. Geb. u. Frauenkrankh. Bd. XXI.

⁵⁾ Breus, Ueber das tuberosöse subchoriale Hämatom der Decidua. Wien. 1892.

⁶⁾ Brosin, Verhandl. d. Dresdener gyn. Gesellschaft. 13/VI 1896. Zentralbl. f. Gyn. 1896, S. 302.

⁷⁾ Gottschalk, Ueber die Hämatommole bezw. über das sogen. tuberosöse subchor. Hämatom. Arch. f. Gyn. Bd. 58, S. 1, 1899 u. Verhandl. d. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Zeitschr. f. G. u. G. Bd. 37, S. 173.

⁸⁾ Delbanco, Ein Fall von tuberosösen subchorialen Hämatom der Decidua. Münch. med. Wochenschrift 1898, № 13, S. 388.

⁹⁾ Davidson, Zur Lehre von der Mola haematomatosa. Arch. f. Gyn. Bd. 65, S. 181.

Micholitsch ¹⁾, Ahlfeld ²⁾, Berry-Hart ³⁾, Endelmann ⁴⁾, Taussig ⁵⁾, Mirabeau ⁶⁾, Griziotti ⁷⁾, Bauereisen ⁸⁾, Frankl ⁹⁾, Rauscher ¹⁰⁾, Hutchinson ¹¹⁾, Zinsser ¹²⁾, Maygrier ¹³⁾ и др.).

Этиология рассматриваемого заболѣванія еще не вполнѣ выяснена. Такъ, напр., по мнѣнiю Breus'a ¹⁴⁾ и Gottschalk'a ¹⁵⁾, mola haematotomata развивается вслѣдствiе того, что плодовые оболочки послѣ смерти зародыша продолжаютъ еще разрастаться и образуютъ складки, которыя затѣмъ наполняются кровью. Gottschalk ¹⁶⁾ при этомъ полагаетъ, что причиной смерти плода въ такихъ случаяхъ является недостаточность первичнаго зачатка сердца. Другiе авторы (Davidson ¹⁷⁾, Taussig ¹⁸⁾, Maygrier) ¹⁹⁾ придаютъ главное значенiе развивающемуся въ ранней стадii беременности гидрамниону: при послѣдующемъ всасыванii околоплодной жидкости давление внутри яйцевой полости понижается, что обусловливаетъ субхориальныя кровотечения. Bauereisen ²⁰⁾ полагаетъ, что основная причина развитiя molaе haematotomatae лежитъ въ заболѣванii слизистой оболочки матки. Ближайшей же причиной возникновенiя гематомъ является закупорка отводящихъ путей интервиллезнаго пространства. На патологическiя измѣненiя въ decidua указываютъ также и другiе авторы. Такъ, напр., Berry Hart ²¹⁾ видѣлъ въ своихъ случаяхъ тромбозы децидуальныхъ сосудовъ и обширные очаги омертвѣнiя. Micholitsch ²²⁾ наблюдалъ рѣзко выраженную мелкоклѣточковую инфильтрацiю. Кромѣ того, въ случаѣ этого автора, а также и въ

¹⁾ Micholitsch, Ein Fall von Breus'schen Haematommole mit blasenmolen-ähnlicher Degeneration der Chorionzotten. Arch. f. Gyn. Bd. 65, S. 72.

²⁾ Ahlfeld, Zwei Fälle von Blutmolen mit polypösen Hämatomen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 45, Hft I.

³⁾ Hart Berry, Cit. Taussig, Arch. f. Gyn. Bd. 68. 1902.

⁴⁾ Endelmann, Beitrag zur Kasuistik u. pathologischen Anatomie der sogenannten subchorialen Hämatome. Hegar's Beiträge z. Geb. u. Gyn. Bd. 6, S. 228. 1902.

⁵⁾ Taussig, Ueber die Breus'sche Haematommole. Arch. f. Gyn. Bd. 68, S. 258.

⁶⁾ Mirabeau, Ein Fall von tuberöser subchorialer Hämatommole. Verhandl. d. gyn. Ges. zu München. Monatsschr. f. G. u. G. 1903, S. 790.

⁷⁾ Griziotti, Contributio alle conoscenze intorno all'ematoma tuberoso-subchoriale della decidua. Arch. di Ost. e gin. 1900, № 3. Cit. Frommel's Jahreshb. 1900, S. 764.

⁸⁾ Bauereisen, Ueber die Haematommole. Zeitschr. f. G. u. G. Bd. 51, S. 309, 1904.

⁹⁾ Frankl, Zur Histologie des Breus'schen subchorialen Hämatoms. Hegar's Beiträge z. Geb. u. Gyn. Bd. 13, H. 3.

¹⁰⁾ Rauscher, Demonstration eines Präparates von Missed Abortion mit beginnender Blasenmolenbildung u. subchorialen Hämatomen. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. 20/XI 1905. Zentralbl. f. Gyn. 1906, № 20, S. 585.

¹¹⁾ Hutchinson, A contribution to the study of the subchorial Haematoma of the decidua (the blood mole). Journal obst. a gyn. of British Empire. 1906, IX, p. 323.

¹²⁾ Zinsser, Ueber die Breus'schen Hämatommole. Zentralbl. f. Gyn. 1906. Bd. 30, S. 842.

¹³⁾ Maygrier, Soc. obst. de Paris. 15/XI 1906. Cit. Zentralbl. f. Gyn. 1907, S. 514.

¹⁴⁾ Breus, l. c.

¹⁵⁾ Gottschalk, l. c.

¹⁶⁾ Gottschalk, l. c.

¹⁷⁾ Davidson, l. c.

¹⁸⁾ Taussig, l. c.

¹⁹⁾ Maygrier, l. c.

²⁰⁾ Bauereisen, l. c.

²¹⁾ Berry Hart, l. c.

²²⁾ Micholitsch, l. c.

случаѣ, описанномъ Rauscher'омъ ¹⁾, ворсины были кистовидно перерождены, т. е. имѣлась рѣдкая комбинація *Molae haematotosae* съ *Mola hydatidosa*.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Кисты человѣческаго послѣда раздѣляются на 2 разряда: кисты истинныя и кисты ложныя (кистовидныя образованія).

Источникомъ происхожденія истинныхъ кистъ пуповины служатъ составныя ея части: водная оболочка, остатки желточного протока и аллантоиса, источникомъ же происхожденія ложныхъ кистъ служатъ: Вартонова студень и гематомы въ существо Вартоновой студени. Особый отдѣлъ кистъ пуповины составляютъ ея новообразованія, такъ называемыя тератомы.

Истинныя кисты дѣтскаго мѣста развиваются изъ водной оболочки, покрывающей плацентарную поверхность, изъ клѣточного слоя хоріона (субхоріальныя), изъ *decidua placentaris materna*, желточного протока и облитерированнаго остатка аллантоиса. Ложныя кисты развиваются изъ соединительнотканнаго слоя ворсистой оболочки и изъ субамниотическихъ гематомъ.

Наибольшій научный интересъ представляютъ изъ себя такъ называемыя субхоріальныя кисты дѣтскаго мѣста, такъ какъ ихъ генезисъ не можетъ въ настоящее время считаться окончательно установленнымъ. Большинство новѣйшихъ изслѣдователей высказывается въ пользу происхожденія ихъ изъ элементовъ плода, именно изъ элементовъ *Langhans'a* ворсистой оболочки, меньшинство же въ пользу происхожденія ихъ изъ элементовъ материнской части плаценты (*decidua basalis*). По изслѣдованіямъ отдѣльныхъ авторовъ субхоріальныя кисты имѣютъ двоякій источникъ происхожденія: однѣ изъ нихъ развиваются изъ плодовыхъ элементовъ плаценты—*Langhans'овскаго* клѣточного слоя, другія изъ указаннаго клѣточного слоя и материнской децидуальной ткани (*decidua serotina*). Ложныя кисты дѣтскаго мѣста развиваются изъ соединительнотканнаго слоя ворсистой оболочки или образуются насчетъ экстравазатовъ въ существо плацентарной ткани.

Истинныя кисты яйцевыхъ оболочекъ внѣ области плаценты развиваются изъ водной оболочки, изъ ворсистой оболочки, желточного протока и пупочнаго пузырька. Ложныя кисты яйцевыхъ оболочекъ развиваются изъ соединительнотканнаго слоя ворсистой оболочки, изъ ворсинокъ *chorii laevis*, отпадающей оболочки вслѣдствіе задержки отдѣляемаго железъ или скопленія жидкости между *dec. vera* и *dec. reflexa* и вслѣдствіе кровоизліяній въ толщу отпадающей оболочки или между нею и ворсистою оболочкою (*Haematoma subchoriale tuberosum deciduae Breus'a*).

¹⁾ Rauscher, l. c.