

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ПЯТЫЙ.

МАРТЪ 1891, № 3.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

V.

ВОСПАЛЕНІЯ И РЕТЕНЦІОННЫЯ КИСТЫ ФАЛЛОПІЕВЫХЪ ТРУБЪ.

Л Е К Ц І И.

профессора К. Ф. Славянскаго.

Читанныя студентамъ старшаго курса ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ ноябрѣ 1890 года.

(Продолженіе).

2) Ретенціонныя кисты фаллопиевыхъ трубъ. (Hydrosalpinx. Pyosalpinx. Haematosalpinx. Cystes tubo-ovariales).

Подъ именемъ ретенціонныхъ кистъ фаллопиевой трубы мы понимаемъ болѣе или менѣе значительное скопленіе той или другой жидкости въ полости канала ея при существующей непроходимости его, на любомъ мѣстѣ его протяженія. Опухолеподобныя образованія, происходящія вслѣдствіе скопленія слизистой (катарральной) или прозрачной серозной жидкости, обусловливаютъ развитіе ретенціонной кисты, извѣстной подъ именемъ hydrosalpinx или hydrops tubae, скопленія гноя—такъ называемый pyosalpinx, и крови—haematosalpinx. Относительно нерѣдко встрѣчаются случаи, въ которыхъ растянутая и на-

полненная жидкостью фаллопиева труба, будучи приращена къ яичнику, непосредственно сообщается съ тою или другою кистою, развившеюся въ этомъ послѣднемъ,—образованія извѣстныя подъ именемъ *Cystes tubo-ovariales* (*Richard*).

Этіологія. Болѣе значительное скопленіе жидкости въ трубѣ можетъ встрѣчаться только при уничтоженіи просвѣта ея на пути нормальнаго физиологическаго стока ея выдѣленій; такъ мы видимъ, что заращеніе одного только *ostium uterinum tubae* не ведетъ за собою никакихъ скопленій, тогда какъ при его проходимости и при заращеніи только брюшнаго отверстія тотчасъ же обуславливается застой выдѣленій въ наружномъ концѣ трубы. Какъ мы уже видѣли на предъидущей лекціи, одною изъ главныхъ причинъ, производящихъ *obliteratio orificii tubae abdominalis*, являются воспаленія, какъ различнаго рода сальпингиты, такъ и воспаленія брюшины данной области (*perisalpingitis et perimetritis lateralis*). При *salpingitis purulenta gonorrhoeica* или *septica* такіе заращенія наблюдаются въ весьма большомъ числѣ случаевъ, такъ же часто при *salpingitis tuberculosa*, при *salpingitis catarrhalis* нѣсколько болѣе рѣдко. Кромѣ приобрѣтенныхъ сращеній, извѣстны случаи врожденные, при которыхъ уже только вслѣдствіе скопленія нормальнаго выдѣленія слизистой оболочки трубы, развиваются довольно значительныхъ размѣровъ опухолеподобныя образованія.

Какъ мы уже сказали, растяженіе трубы скопляющеюся жидкостью начинается обыкновенно съ ея наружнаго конца, чему отчасти также способствуетъ и менѣе значительное количество мышечныхъ элементовъ въ стѣнкѣ этого отдѣла трубы, и только мало-по-малу оно распространяется на внутренній маточный конецъ, представляющійся поэтому всегда меньшаго объема чѣмъ наружный. Въ исключительныхъ случаяхъ облитерация просвѣта трубы, вслѣдствіе-ли заращенія или только перегиба, можетъ находиться на ея протяженіи, и тогда, будетъ-ли то случай приобрѣтенный или врожденный, скопленіе жидкости, начинаясь тотчасъ за нимъ и растягивая данную часть трубы, оставляетъ ея наружный конецъ совершенно неиз-

мѣненнымъ. Большую роль въ этиологіи развитія ретенціонныхъ кистъ фаллопіевыхъ трубъ играетъ остановка развитія ихъ на степени зародышевой или дѣтской трубы. Сѣуженія канала на мѣстахъ болѣе рѣзко выраженныхъ спиральныхъ извилинъ, присуція этимъ формамъ трубъ, даютъ легко поводъ къ происхожденію заращеній и полной облитерациі просвѣта.

Ретенціонныя кисты фаллопіевыхъ трубъ, между болѣзнями внутренниихъ половыхъ органовъ женщины, представляются однимъ изъ частыхъ заболѣваній; чаще всего онѣ, подобно сальпингитамъ, встрѣчаются между 20 и 40-лѣтнимъ возрастомъ, но и болѣе поздній возрастъ даетъ еще возможность наблюдать ихъ, хотя и болѣе рѣдко. Pyosalpinx на туберкулезной почвѣ встрѣчается также у дѣвушекъ, даже до наступленія половой зрѣлости. У дѣвочекъ первыхъ лѣтъ жизни могутъ быть находимы pyosalpinx'ы, ведущіе свое начало отъ salpingitis gonorrhoeica, приобрѣтенныхъ подобно conjunctivitis blenorrhoica во время прохожденія черезъ половые пути матери при родовомъ актѣ.

Патологическая анатомія. Ретенціонныя кисты фаллопіевыхъ трубъ представляютъ опухолевидныя образованія, непревышающія обыкновенно величины куриного или гусиного яйца, хотя могутъ въ исключительныхъ случаяхъ достигать громаднхъ размѣровъ, какъ мы это увидимъ ниже.—Ретенціонная жидкость, начиная скопляться въ трубѣ въ ея наружномъ концѣ, растягиваетъ его и увеличиваетъ въ объемъ; это растяженіе, какъ мы уже видѣли, мало-по-малу передается на все протяженіе трубы вплоть до угла матки, но только неравномѣрно, такъ что маточный конецъ ея всегда представляется болѣе тонкимъ. Смотра потому происходитъ ли такое развитіе ретенціонной кисты въ трубѣ нормально развитой, или же, какъ это бываетъ особенно часто, въ трубѣ, имѣющей, какъ порокъ развитія, форму зародышевой или дѣтской, получаютъ различныя виды наружныхъ очертаній этихъ образованій. Въ первомъ случаѣ мы имѣемъ передъ собою равномѣрно-колбообразно растянутую трубу въ видѣ однополостнаго мѣшка, сѣуживаю-

щагося постепенно къ своему маточному концу (рис. 11), обладающаго на своей поверхности только едва замѣтными мѣстными вдавленіями въ видѣ нерѣзко выраженныхъ перетяжекъ. Въ другомъ же рядѣ случаевъ типъ формы дѣтской трубы

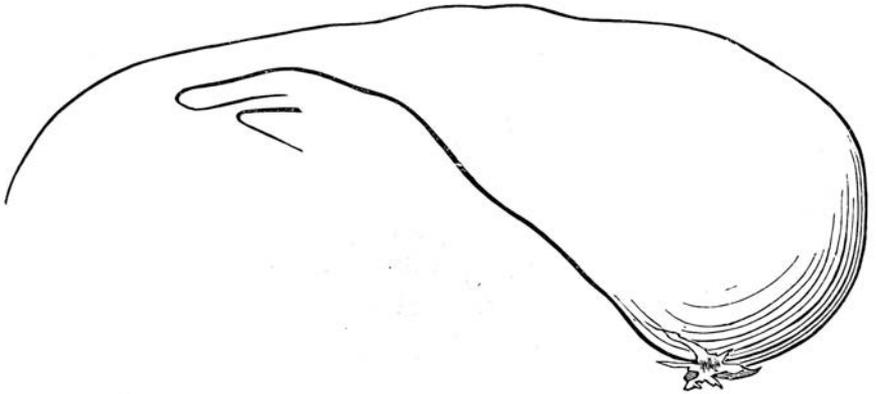


Рис. 11. Ретенціонная киста нормально развитой фаллопиевой трубы. (Freund).

рѣзко удерживается, и ретенціонная киста представляется снабженною весьма глубокими перетяжками (рис. 12), остатками спиральныхъ извилинъ дѣтскаго возраста. Вскрывая полость



Рис. 12. Ретенціонная киста фаллопиевой трубы сохранившей еще дѣтскую форму (Freund).

такой ретенціонной кисты, мы видимъ, что она высокими гребнеобразными перегородками раздѣлена на нѣсколько другъ съ другомъ сообщающихся полостей. Наружный видъ такой трубы при скопленіи въ ней жидкости и при рѣзкомъ истонченіи мѣстами ея стѣнокъ напоминаетъ видъ толстыхъ кишекъ, причемъ перетяжки ея весьма удачно симулируютъ такъ называемыя *haustra* послѣднихъ.

Ретенціонныя кисты фаллопиевыхъ трубъ встрѣчаются часто одновременно на обѣихъ сторонахъ, причемъ и степень развитія ихъ можетъ быть приблизительно одинакова. Не достигнувъ еще болѣе значительнаго объема, онѣ помѣщаются обыкновенно сзади матки, въ дугласовомъ пространствѣ, оставляя яичники спереди и кнаружи отъ себя. Увеличиваясь въ объемъ и не будучи сращены съ окружающими частями, онѣ могутъ легко выходить изъ *excavatio recto-uterina* и помѣщаться въ полости большого таза; при сращеніяхъ съ заднею поверхностью матки, онѣ смѣщаютъ матку также до извѣстной степени кверху, обуславливая иногда весьма рѣзкую *anteversi*ю ея.

Чистыя катарральныя формы воспаленія трубъ при заращеніи *orificii abdominalis* и скопленіи выдѣленій, при врожденныхъ *atresi*'яхъ, обуславливаютъ развитіе ретенціонной кисты, наполненной слизистой или прозрачной серозной жидкостью—*hydrops tubae, hydrosalpinx*. Содержимое ея въ начальныхъ періодахъ развитія нерѣдко представляется тягучимъ, мутнымъ, даже гноеподобнымъ, вслѣдствіе обильной примѣси цилиндрическаго эпителия поверхности слизистой оболочки; при присоединяющихся незначительныхъ кровотеченіяхъ жидкость окрашивается болѣе или менѣе интенсивно въ красный цвѣтъ—*hydrops tubae sanguinolentus*. Съ теченіемъ времени, съ постепеннымъ увеличеніемъ количества жидкости, она дѣлается свѣтлѣе и достигаетъ прозрачности ключевой воды, причемъ еще кое-гдѣ приставшими къ стѣнкамъ или въ видѣ осадка могутъ встрѣчаться кристаллы холестеарина и остатки жирно-перерожденныхъ клѣточныхъ элементовъ; химическое изслѣдованіе указываетъ на присутствіе значительнаго количества бѣлка.

Величина опухоли при hydrosalpinx, начиная съ незначительнаго объема, можетъ достигать до величины дѣтской головки и болѣе; извѣстны достовѣрные случаи такихъ опухолей, въ которыхъ количество серозной жидкости достигало до 18 фунтовъ. При незначительномъ еще растяженіи трубы жидкостью, до величины куринаго яйца, стѣнки ея представляются хотя и тоньше нормальныхъ, но еще не чрезмѣрно растянутыми, и мѣстами только встрѣчаются болѣе истонченныя, просвѣчивающія мѣста, особенно на мѣстахъ, соотвѣтствующихъ верхней выпуклой, болѣе растянутой стѣнкѣ, особенно въ случаяхъ зародышевой или дѣтской формы трубы. Слизистая оболочка нѣсколько истончена, продольныя складки ея еще хорошо выражены въ видѣ продольныхъ невысокихъ гребней, причемъ основаніе ихъ мѣстами значительно истончено и иногда настолько значительно, что получается потеря вещества и мѣстное прорываніе, легко пропускающее зондъ средняго калибра. Въ случаяхъ заращенія orificii abdominalis tubae, путемъ заворота фимбрій въ просвѣтъ трубы, (см. стр. 6), при изслѣдованіи внутренней поверхности мѣшка hydrosalpinx'a удается еще опредѣлить концы ихъ, выступающіе надъ поверхностью въ видѣ небольшого нароста формы цвѣтной капусты. При болѣе значительной величинѣ hydrosalpinx'a стѣнки его уже весьма сильно истончены, такъ что мѣстами достигаютъ толщины не болѣе листа писчей бумаги; на внутренней поверхности продольныя складки слизистой оболочки совершенно сглажены, эпителий повсюду плоскій, подобно всѣмъ ретенціоннымъ кистамъ другихъ областей въ извѣстной степени ихъ развитія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ растянутой слизистой оболочкѣ были находимы отложенія солей извести въ формѣ тонкихъ пластинокъ, давшихъ поводъ говорить объ образованіи костной ткани.

Salpingitis purulenta, развивающаяся подъ вліяніемъ инфекціи специфическими ядами, при заращеніи orificii abdominalis tubae даетъ поводъ къ образованію гнойныхъ скопленій—ruosalpinx. Величина, до которой достигаютъ мѣшки растянутой

трубы, представляется также различной и колеблется отъ величины куриного яйца до дѣтской головки, въ рѣдкихъ же исключительныхъ случаяхъ она достигаетъ колоссальныхъ размѣровъ. Мнѣ самому пришлось видѣть случай *pyosalpinx*'а, величина опухоли котораго равнялась большой яичниковой ки-

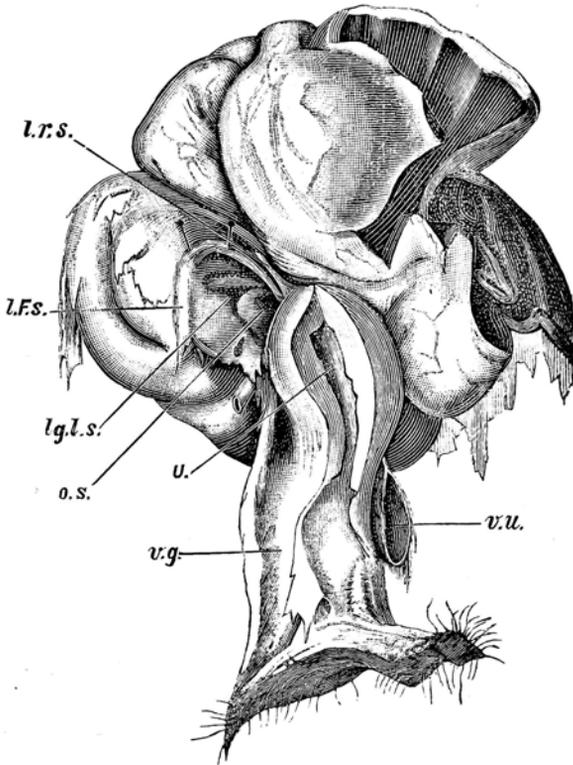


Рис. 13. *Pyosalpinx dexter* колоссальныхъ размѣровъ. Препаратъ музея нашей клиники, описанный д-ромъ Е. Маковецкимъ. V.G.—влагалище. V.U.—мочевой пузырь. U.—матка. O.S.—лѣвый яичникъ lg.l.s.—лѣвая широкая связка. l.f.s.—лѣвая фаллопиева труба. l.r.s.—лѣвая круглая связка.

стѣ и, выполняя нижнюю часть живота, заходила на 4 пальца надъ пупкомъ; препаратъ описанъ болѣе подробно *Е. Маковецкимъ* въ его диссертациі изъ нашей клиники (Спб., 1888 года, стр. 41); рисунокъ 13 изображаетъ этотъ рѣдкій по своей величинѣ *pyosalpinx*.

При быстромъ ростѣ ретенціонной кисты трубы, наполненной гноемъ, стѣнки ея подобно hydrosalpinx'у могутъ представляться весьма значительно истонченными; обыкновенно же мы наблюдаемъ, что онѣ утолщаются, какъ на счетъ гипертрофіи мышечной части стѣнки, такъ и вслѣдствіе разращенія соединительной ткани, толщина ихъ при этомъ можетъ достигать до 1,0 и даже до 2,0 см., какъ это и наблюдалось въ только что упомянутомъ случаѣ. Слизистая оболочка въ большей части случаевъ разрушена нагноеніемъ, и на мѣстѣ ея находится слой грануляціонной ткани; въ гипертрофическихъ же формахъ нерѣдко удается находить большіе участки вполне сохранившейся и утолщенной слизистой оболочки, покрытой своимъ цилиндрическимъ эпителиемъ.

Благодаря рано наступающимъ изъязвленіямъ, когда труба еще не сильно растянута содержимымъ, на мѣстахъ перегибовъ, въ случаяхъ остановки развитія ея на дѣтской или зародышевой формѣ, могутъ происходить сращенія прилежащихъ другъ къ другу стѣнокъ, и все протяженіе трубы можетъ представляться раздѣленнымъ такимъ образомъ на нѣсколько отдѣльныхъ, самостоятельныхъ полостей; наружная форма такой трубы при незначительномъ еще растяженіи имѣетъ рѣзко выраженный четкообразный видъ; съ дальнѣйшимъ теченіемъ времени, при скопленіи все большаго количества содержамаго, каждая такая отдѣльная полость превращается въ большей или меньшей величины самостоятельный мѣшокъ (*pyosalpinx saccata*).

Содержимое *pyosalpinx*'а представляетъ обыкновенно всѣ особенности гноя, бактериологическое изслѣдованіе котораго нерѣдко открывало присутствіе не только обыкновенныхъ гноеродныхъ микрофитовъ, какъ *Streptococcus pyogenes* и *Staphylococcus pyogenes aureus* и *albus*, но также, только въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, былъ находимъ *Gonococcus Neisser'a* (*K. Menge. Ueber die gonorrhoeischen Erkrankungen der Tuben und des Bauchfells. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXI, стр. 120*). Это относительно болѣе рѣдкое нахожденіе гонококковъ въ гноѣ *pyosalpinx*'а находитъ себѣ объясненіе въ томъ извѣстномъ фактѣ, что при долгомъ суще-

ствованіи завѣдомо гонорройныхъ скопленій гонококкъ *Neisser*'а уже не можетъ быть найденъ. Кромѣ упомянутыхъ микроорганизмовъ въ содержимомъ трубы нерѣдко встрѣчаются туберкулезныя бациллы при *pyosalpinx tuberculosa* и, какъ весьма рѣдкое явленіе, до сихъ поръ только однажды былъ найденъ лучистый грибокъ актиномикоза.

Съ теченіемъ времени, при значительныхъ гнойныхъ скопленіяхъ, эти послѣднія претерпѣваютъ извѣстныя регрессивныя измѣненія и превращаются въ гноевидную жидкую массу, сплошь состоящую изъ мелкозернистаго распада съ еще только кое-гдѣ уцѣлѣвшими остатками клѣточныхъ элементовъ, напоминая собою такимъ образомъ содержимое холодныхъ абсцессовъ. Въ другомъ рядѣ случаевъ наблюдается сгущеніе содержимаго, жидкія части всасываются и относительно спавшаяся, сморщившаяся труба представляется содержащею густую, творогообразную массу мѣстами съ признаками обызвествленія. Нѣкоторые авторы допускаютъ также возможность превращенія гноя въ серозную жидкость, слѣдовательно, переходъ *pyosalpinx*'а въ *hydrosalpinx*, — предположеніе, лишенное еще фактическихъ доказательствъ.

Скопленіе крови въ фаллопиевой трубѣ и образованіе кровавой ретенціонной кисты ея (*haematosalpinx*) встрѣчается особенно часто при порокахъ развитія влагалища и матки; форма опухоли и ея особенности тѣ же, что при *hydro-* и *pyosalpinx*'ѣ. Чистый *haematosalpinx* при нормально развитыхъ внутреннихъ половыхъ органахъ принадлежитъ уже къ числу болѣе рѣдкихъ явленій и въ большей части случаевъ стоитъ въ связи съ существующею *graviditas tubaria*. Болѣе значительныя кровотеченія въ полость трубы при заращенномъ *orificium abdominale* наблюдаются иногда при нѣкоторыхъ отравленіяхъ и у женщинъ, страдающихъ хроническими болѣзнями легкихъ и сердца, равно какъ и въ теченіи нѣкоторыхъ общихъ инфекціонныхъ заболѣваній. Примѣсь крови къ содержимому *hydro-* или *pyosalpinx*'а представляется явленіемъ весьма частымъ, *hydrops tubae sanguinolentus* принадлежитъ къ зауряднымъ случаямъ;

при небольшой величинѣ hydrosalpinx'a и еще сохранившейся, не вполне атрофированной слизистой оболочкѣ, менструальный приливъ даетъ обыкновенно незначительныя кровотеченія изъ нея, примѣшивающіяся къ содержимому опухоли и окрашивающими его въ болѣе или менѣе интенсивно красный цвѣтъ. Эта незначительная примѣсь крови весьма скоро исчезаетъ, благодаря быстрому обратному развитію ея, и жидкость hydrosalpinx'a скоро снова дѣлается прозрачною, сохраняя только болѣе или менѣе желтоватый цвѣтъ. Излившаяся въ значительномъ количествѣ и давшая поводъ къ развитію haematosalpinx'a при порокахъ развитія матки кровь, количество которой при каждомъ менструальномъ приливѣ увеличивается, представляетъ намъ тѣ же характерныя измѣненія, какія мы уже видѣли въ скопленіяхъ крови при haematometra и haematocolpos.

На прошлой лекціи, при изложеніи исходовъ сальпингитовъ при зараженіяхъ ostii abdominalis, мы уже видѣли, что при проходимости маточнаго отверстія, подъ вліяніемъ сильной работы мышечныхъ элементовъ стѣнки трубы, токъ жидкости направляется черезъ него въ матку, чтобы быть извергнутымъ наружу. Такое изверженіе жидкости происходитъ или въ малыхъ количествахъ въ весьма короткіе промежутки времени и остается иногда незамѣтнымъ (salpingitis profluens), или же жидкость скопляется въ наружномъ концѣ трубы въ болѣе значительномъ количествѣ, образуетъ ретенціонную кисту съ тѣмъ или другимъ характеромъ содержимаго, и уже только при извѣстномъ достаточномъ его количествѣ происходитъ излитіе его черезъ orificium uterinum tubae въ матку и наружу, причемъ, конечно, объемъ опухоли значительно уменьшается, чѣмъ и объясняется непостоянство объема такихъ опухолей. Возможность такого періодическаго опорожненія содержимаго растянутой трубы извѣстна уже давно и точно доказана, какъ клиническими наблюденіями, такъ и патолого-анатомическими изслѣдованіями. Hydrosalpinx profluens и pyosalpinx profluens наблюдались уже много разъ, періодическое изверженіе кровяной жидкости при haematosalpinx или, вѣрнѣе, hydrops tubae profluens sanguina-

lentus, встрѣчающійся иногда въ старческомъ возрастѣ отъ 60 до 80 лѣтъ, давалъ уже поводъ къ толкованіямъ о возвращеніи періодическихъ кровотеченій изъ матки, якобы, менструальнаго характера.

Въ большинствѣ случаевъ ретенціонныхъ кистъ фаллопиевой трубы, достигшихъ извѣстной степени своего развитія маточное отверстіе представляется также непроходимымъ, или вслѣдствіе его заращенія, какъ результатъ воспалительныхъ процессовъ, или же вслѣдствіе его сдавленія тою или другою опухолью, развившеюся или въ слизистой оболочкѣ данной области (полипозныя образованія, известковые конкременты), или же въ стѣнкахъ матки (фибро-міомы); или же, наконецъ, при сильныхъ, фиксированныхъ ложными перепонками смѣщеніяхъ фаллопиевой трубы въ Дугласово пространство, она у мѣста своего входа въ матку такъ сильно перегнута, что сообщеніе съ полостью матки совершенно прекращено. Въ этихъ случаяхъ жидкость, скопляющаяся въ трубѣ и не имѣющая никакого стока наружу, обуславливаетъ растяженіе ея *ad maximum*, и, если процессъ не останавливается на извѣстной только степени развитія, неизбежно происходитъ разрывъ стѣнки трубы, и жидкость свободно изливается въ полость брюшины. При *hydrosalpinx*, содержащемъ въ себѣ въ большинствѣ случаевъ совершенно индифферентную для брюшины жидкость, такой исходъ можетъ быть разсматриваемъ иногда, какъ исходъ въ выздоровленіе, такъ какъ скопленіе жидкости въ трубѣ вновь происходитъ далеко не всегда. Разрывъ *pyosalpinx*'а, происходящій нерѣдко и при весьма толстыхъ, гипертрофированныхъ стѣнкахъ, обуславливается въ этихъ случаяхъ обыкновенно изъязвленіями, начинающимися со слизистой оболочки. Смотря по качеству и количеству гноя, попавшаго при этомъ въ полость брюшины, мы имѣемъ передъ собою ту или другую форму перитонита, остающагося или мѣстнымъ, или же распространяющагося на всю брюшину и нерѣдко быстро убивающаго больную. Разрывъ *haemotosalpinx*'а вызываетъ обыкновенно также весьма угрожающія явленія, вслѣдствіе развивающагося

общаго перитонита, какъ это уже не разъ наблюдалось при порокахъ развитія половыхъ органовъ; смертельные исходы не представляются рѣдкими. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ дѣло ограничивается развитіемъ большей или меньшей величины заматочной кровяной опухоли (*haematocoele retrouterinum*), какъ это нерѣдко наблюдается при *graviditas tubaria*.

Какъ при сальпингитахъ, такъ и при дальнѣйшемъ ростѣ ретенціонныхъ кистъ фаллопиевой трубы, особенно при *pyosalpinx*'ѣ, замѣчаются болѣе или менѣе интенсивныя и разлитыя воспаленія брюшины, покрывающей трубы (*perisalpingitis*) и органы къ ней прилежащія (*perimetritis lateralis*, вообще); результатомъ этихъ воспаленій наблюдается обычно развитіе въ большемъ или меньшемъ количествѣ ложныхъ перепонокъ, обусловливающихъ сращенія растянutoй и превращенной въ кисту трубы съ маткою, яичникомъ, брюшиною Дугласова пространства, петлями кишекъ и другими сосѣдними органами. Сращенія могутъ быть настолько плотными и разлитыми, что разъединить органы удастся только съ большимъ трудомъ даже при препаровкѣ на секціонномъ столѣ. Благодаря присутствію такихъ сращеній съ переднею брюшною стѣнкою или съ полыми органами, какъ кишки, мочевоу пузырь и влагалище, скопленія гноя въ трубѣ прокладываютъ себѣ путь по направленію кнаружи, и такимъ образомъ наблюдаются опорожненія гноя черезъ переднюю брюшную стѣнку или въ одинъ изъ сказанныхъ полыхъ органовъ (*J. Veit. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 16. 1889*). При сообщеніяхъ ретенціоннаго мѣшка трубы съ прямою кишкою или *S gonatum* иногда едва видимымъ отверстіемъ, становится совершенно понятнымъ присутствіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ *pyosalpinx*'а большого количества зловоннаго газа.

Путемъ же сращенія наружнаго расширеннаго конца трубы съ яичникомъ обусловливается въ большинствѣ случаевъ образованіе трубно-яичниковыхъ кистъ, описанныхъ впервые *Ad. Richard*'омъ въ 1853 году («*Sur la communication de certains kystes de l'ovaire dans la trompe uterine. Kyste tubo-ovariens*»; *Memoires de la Societe de Chirurgie, T. III, 1853*,

стр. 121). Трубно-яичниковыя кисты состоятъ изъ слившихся двухъ полостей, одной меньшей, принадлежащей расширенной трубѣ, и другой — большей — кистѣ яичника. По своей формѣ и положенію онѣ представляютъ весьма много общаго съ простыми ретенціонными кистами фаллопиевой трубы (см. рис. 14); подобно этимъ послѣднимъ онѣ могутъ встрѣчаться также одновременно на обѣихъ сторонахъ. Величина ихъ зависитъ главнымъ образомъ отъ величины кисты яичника, которая можетъ представляться крайне разнообразной, такъ какъ въ со-

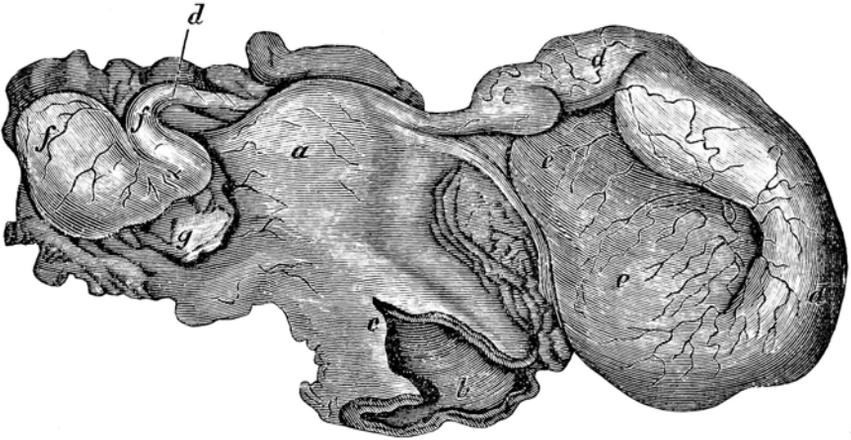


Рис. 14. Трубно-яичниковая киста. (Martin). а.—матка. с.—влагалище. d.d.e.—трубно-яичниковая киста лѣвой стороны. d.—правая круглая связка. f.f.—hydrosalpinx dexter. g.—правый яичникъ.

ставъ трубно-яичниковой кисты могутъ входить не только однополостныя кисты яичника, но и сложныя, многополостныя кистомы, одна изъ полостей которыхъ можетъ находиться въ непосредственномъ свободномъ сообщеніи съ полостью растянутой трубы. Анатомическое изслѣдованіе показываетъ, что стѣнка трубы непосредственно переходитъ и сливается со стѣнкою кисты яичника; если эта послѣдняя еще не очень велика и развилась болѣе или менѣе центрально въ его ткани, то яичникъ представляется уплощеннымъ, растянутымъ, составляющимъ собою всю стѣнку кисты, вплоть до мѣста срашенія съ трубою. *Burnier* («*Ueber Tuboovarialcysten*», *Diss. inaug.*,

Berlin, 1880) удалось доказать въ одномъ подобномъ случаѣ присутствіе граафовыхъ пузырьковъ въ яичниковой части стѣнки трубно-яичниковой кисты.

Весьма важнымъ для характера и исторіи развитія каждого даннаго случая служить точное опредѣленіе мѣста положенія фимбрій бывшаго брюшнаго отверстія трубы. Въ извѣстномъ рядѣ случаевъ присутствіе ихъ можетъ быть доказано, въ другомъ же онѣ вовсе не могутъ быть найдены. Если присутствіе ихъ можетъ быть доказано на препаратѣ, то при этомъ замѣчаются двѣ возможности ихъ мѣста нахождения: онѣ или помѣщаются внутри кисты, или же обхватываютъ яичникъ снаружи. Въ первомъ случаѣ на границѣ перехода трубной части кисты въ яичниковую, пмѣющей обычно видъ перехвата, онѣ представляются или свободно плавающими въ жидкости, или же приращенными къ внутренней поверхности яичниковой части кисты, какъ это схематически изображено на прилагаемомъ рисункѣ (рис. 15).

Такое различное отношеніе фимбрій указываетъ намъ на различный способъ ихъ происхожденія. Въ случаѣ, когда эти послѣднія находятся внутри кисты, мы должны совершенно согласиться съ теоріей происхожденія трубно-яичниковыхъ кистъ, данною *Burnier*'омъ (1. с.) и вышедшей изъ клиники покойнаго *C. Schroeder*'а. Въ этомъ рядѣ случаевъ дѣло происходитъ такъ, что *ostium abdominale tubae* зарастаетъ путемъ заворота фимбрій въ просвѣтъ ея (см. стр. 6), начинаетъ развиваться *hydrops tubae*, въ это же время въ прилежащей части соответствующаго яичника развивается небольшая однополостная киста, происходитъ сращеніе этой послѣдней какъ разъ съ зарощеннымъ брюшнымъ отверстіемъ трубы. Съ теченіемъ времени ткани, отдѣляющія другъ отъ друга обѣ полости, истончаются и, наконецъ, атрофируются, происходитъ соединеніе обѣихъ полостей, причемъ отверстіе въ трубѣ происходитъ въ новообразованной ткани, служившей спайкою завернувшихся фимбрій; фимбріи дѣлаются свободными и плаваютъ въ жидкости, или же, выворачиваясь въ ниже-лежащую яичниковую

часть кисты, прирастают къ ея внутренней поверхности. Въ другомъ рядѣ случаевъ, какъ это наблюдали уже *Richard* и *G. Veit*, фимбріи, помѣщаясь на поверхности яичника, вслѣдствіе присоединяющихся воспалительныхъ процессовъ прирастаютъ къ нему, и этимъ путемъ происходитъ облитерація брюшного отверстія трубы, въ просвѣтъ которой затѣмъ уже вскрывается развившаяся однополостная киста яичника. При долго существующемъ *hydrosalpinx*’ѣ далеко нерѣдко прихо-

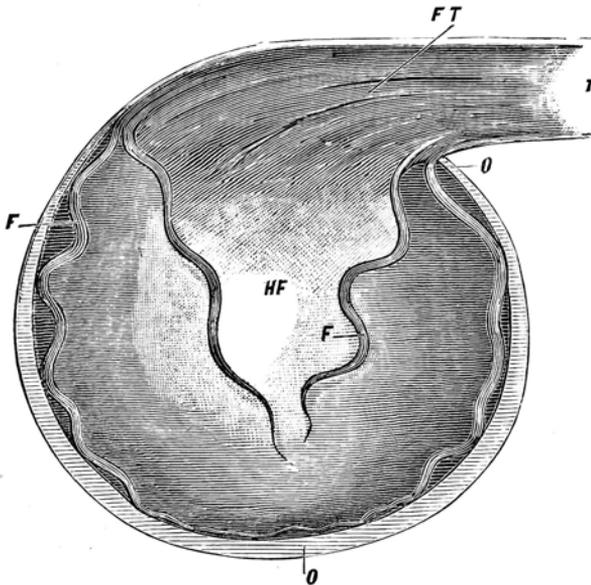


Рис. 15. Трубно-яичниковая киста. Шема по *Burnier*. О.—остатки ткани яичника. Т.—фаллопиева труба. F.—фимбріи трубы.

дится наблюдать, что на мѣстѣ заращенія брюшного отверстія трубы нельзя доказать присутствія фимбрій, на столько эта область измѣнена подѣ влияніемъ слипчивыхъ воспаленій. Съ другой стороны, нерѣдки также случаи кистъ яичника, къ одной изъ стѣнокъ которыхъ весьма плотно приращена и какъ бы переходитъ въ нее такая растянутая, наполненная жидкостью труба, не представляющая уже и слѣдовъ бывшаго *ostium abdominale*. Въ подобныхъ случаяхъ съ теченіемъ времени наблюдается атрофія стѣнки, отдѣлявшей обѣ полости на любомъ

мѣстѣ на протяженіи прилегающей и приращенной трубы, и происходит трубно-яичниковая киста, въ которой присутствіе фимбріи не можетъ быть доказано, но слѣды бывшихъ мѣстныхъ воспаленій брюшины ясно свидѣтельствуютъ о способѣ ея происхожденія (наблюденія изъ клиники *Olshausen'a: Wachsmuth, «Zur Aetiologie der Tuboovarialcysten», Diss inaug, Halle, 1885*).

Къ этой-же категоріи случаевъ относится вскрытіе абсцесса яичника въ прилежащую приращенную трубу, представляющуюся иногда также въ состояніи *ruosalpinx'a*, и случаи самопроизвольнаго излѣченія извѣстнаго рода кистъ яичника вскрывающихся въ растянутую и приращенную трубу.

Кромѣ только что приведенныхъ случаевъ возможности происхожденія трубно-яичниковыхъ кистъ, встрѣчаются еще случаи, поражающіе полнымъ отсутствіемъ слѣдовъ бывшихъ воспаленій, такъ что является вопросъ о порокѣ развитія трубно-яичниковой области. Нисколько не противорѣча существующимъ теоріямъ эмбриональнаго развитія этой области, можно допустить, что труба можетъ непосредственно переходить въ ткань яичника, не представляя совершенно брюшного отверстія. Подобный порокъ развитія, такая яичниковая труба («*Ovarial-tube*») можетъ, конечно, современемъ быть мѣстомъ, въ которое произойдетъ перфорация развившейся кисты яичника, и мы будемъ имѣть предъ собою трубно-яичниковую кисту, не представляющую и слѣда воспалительныхъ явленій на мѣстѣ перехода трубы въ яичникъ, равно какъ и фимбріи не будутъ найдены (*Beaucamp, «Ueber Tubo-ovarialschwangerschaft»; изъ клиники C. Schroeder'a, въ «Zeitschrift für Geb. u Gyn», Bd. X. 1884, стр. 212*). Эта послѣдняя категорія случаевъ представляетъ весьма большой интересъ съ точки зрѣнія происхожденія нѣкоторыхъ видовъ яичниковыхъ беременностей; случаи, описанные *Beaucamp'*омъ и *Vulliet'*омъ, («*Archiv f. Gyn*», *XXII, стр. 427*), представляютъ весьма вѣроятнымъ предположеніе о возможности разрыва граафова пузырька и выхода яйца прямо непосредственно въ полость такой трубно-

яичниковой кисты, о его оплодотвореніи, задержкѣ и дальнѣйшемъ развитіи въ трубномъ ея концѣ.

Трубно-яичниковыя кисты при существованіи проходимости маточнаго отверстія трубы представляютъ еще тотъ практическій интересъ, что онѣ могутъ обусловливать излитіе содержимаго кисты яичника въ полость матки и наружу и давать такимъ образомъ, быть можетъ, иногда случаи самопроизвольнаго излѣченія нѣкоторыхъ однополостныхъ кистъ яичника. Такой *hydrops ovariorum profluens* служитъ несомнѣнно для многихъ случаевъ причиною, почему величина трубно-яичниковыхъ кистъ большею частью не бываетъ велика, и почему часто приходится встрѣчать эти кисты съ весьма ненапряженными, дряблыми стѣнками.

Припадки и теченіе болѣзни. *Hydrops tubae* въ нѣкоторыхъ случаяхъ заращенія обоихъ отверстій, достигая извѣстной степени развитія, представляетъ опухоль съ куриное или гусиное яйцо съ истонченными стѣнками и прекратившимся дальнѣйшимъ выдѣленіемъ жидкости, и слѣдовательно, не увеличиваясь болѣе въ объемѣ, можетъ существовать весьма долгое время не вызывая никакихъ болѣзненныхъ припадковъ, и только въ анамнезѣ мы находимъ жалобы, указывающія на бывшую *salpingitis catarrhalis*. Извѣстная, уже болѣе значительная величина опухоли начинаетъ давать себя чувствовать, какъ таковая; больная жалуется на извѣстное чувство тяжести внизу живота и на припадки, вызываемые давленіемъ опухоли на сосѣднія части и на нервы нижнихъ конечностей; при сочетаніи неблагоприятныхъ условій со стороны бывшихъ сращеній опухоли съ окружающими частями могутъ развиваться явленія ущемленія; такъ, ущемленный въ маломъ тазу и фиксированный въ немъ сращеніями *hydrosalpinx* въ случаѣ *Guillet'a* («*Gazette medicale de Paris*», 1887) обусловилъ сдавленіе мочевого пузыря и лѣваго мочеточника на столько, что кромѣ лѣваго гидронефроза развились *cystitis et uretero-pyelitis*, давшіе летальный исходъ.

Присутствіе воспалительныхъ измѣненій въ брюшинѣ, по-

крывающей ретенционную опухоль, и въ окружающихъ ее частяхъ вызываетъ комплексъ припадковъ, свойственныхъ всѣмъ периметритамъ. Незначительныя смѣщенія заболѣвшихъ частей вызываютъ болѣе или менѣе сильныя боли. Боли при ходьбѣ и при всякой болѣе усиленной работѣ брюшного пресса дѣлаютъ больныхъ совершенно неспособными ни къ какому физическому труду.

Актъ дефекаціи иногда весьма болѣзненъ, равно какъ и частые позывы на мочу наблюдаются далеко нерѣдко, особенно въ случаяхъ *pyosalpinx'a*. *Dyspareunia* выражена рѣзко. Благодаря присутствію значительныхъ воспалительныхъ измѣненій вокругъ матки и въ яичникахъ, менструальныя кровотеченія дѣлаются неправильными; вслѣдствіи присоединяющихся хроническихъ измѣненій въ слизистой оболочкѣ матки появляются *meno-et metrorrhagiae*. Кромѣ болей во время регулъ (*dysmenorrhoea*), зависящихъ отъ обостренія воспалительныхъ процессовъ, въ это время появляются еще въ нѣкоторыхъ случаяхъ рѣзкія схваткообразныя боли *dysmenorrhoeae spasmodicae*, вслѣдствіе развивающихся усиленныхъ сокращеній мышечной стѣнки трубы въ случаяхъ гипертрофическаго *pyosalpinx'a*. Постояннымъ спутникомъ всѣхъ видовъ ретенционныхъ кистъ фаллопиевыхъ трубъ наблюдается безплодіе—*impotentia concipiendi*, какъ результатъ полной непроходимости ихъ.

При существованіи полной проходимости внутренняго, маточнаго отверстія трубы содержимое ретенціонной кисты изливается время отъ времени наружу, и мы наблюдаемъ больныхъ, жалующихся на неправильно періодически появляющіяся истеченія изъ половыхъ органовъ. Нерѣдко съ появленіемъ этихъ истеченій больныя перестаютъ жаловаться на сильныя, спазматическія боли внизу живота, отдающія въ крестецъ и иррадирующія въ нижнія конечности. Какъ количество, такъ и качество изливающейся жидкости бываютъ различны. Жидкость изливается или вдругъ въ болѣе значительномъ количествѣ, или же мало-по-малу въ теченіе болѣе или менѣе долгаго времени; характеръ ея или слизистый, или серозный, болѣе или

менѣе безцвѣтный или кровянистый, или же гнойный, смотря потому, имѣется ли въ данномъ случаѣ hydroSalpinx, haemato-salpinx или pyosalpinx. Мы уже упоминали, что истечения чрезъ извѣстные сроки кровянистой жидкости у старухъ 60—80 лѣтъ отъ роду, имѣвшихъ hydrods tubae sanguinolentus profluens, могутъ быть принимаемы за якобы развившіяся вновь менструальныя кровотечения. Pyosalpinx profluens былъ наблюдаемъ также при относительно острыхъ заболѣваніяхъ въ послѣ-родовомъ періодѣ (*И. Тарновскій*, «*Salpingitis puerperalis. Pyosalpinx*», «*Врачъ*», 1882, №№ 45 и 46). Периодически появляющіяся истечения изъ наружныхъ половыхъ частей слизистой, серозной, гнойной и кровянистой жидкости встрѣчаются, какъ извѣстно, и при другихъ заболѣваніяхъ внутреннихъ половыхъ органовъ, существеннымъ же отличіемъ истеченій при ретенціонныхъ кистахъ фаллопиевыхъ трубъ является уменьшеніе въ объемѣ существующей опухоли, констатируемое наружно-внутреннимъ гинекологическимъ изслѣдованіемъ каждый разъ послѣ имѣвшаго мѣсто истеченія. Болѣе часты случаи, въ которыхъ опорожненіе происходитъ не только безболѣзненно, но и жидкость, изливающаяся черезъ матку наружу, остается незамѣченной больными, а такъ какъ подобныя опорожненія легче и чаще всего наступаютъ во время менструальныхъ кровотеченій, какъ на это указывалъ еще въ 1879 г. *Chadwick* (*Transactions of the american gynaecological society. 1879*), то дѣлается совершенно понятнымъ, почему они остаются незамѣченными со стороны больныхъ и могутъ быть констатированы только при повторныхъ изслѣдованіяхъ лѣчащимъ врачомъ, замѣчающимъ болѣе или менѣе рѣзкія колебанія въ величинѣ опухоли ретенціонной кисты фаллопиевой трубы.

Въ теченіе долго длящейся болѣзни въ нѣкоторыхъ случаяхъ намъ приходится наблюдать совершенно обратное, а именно: увеличеніе объема ретенціонной опухоли, совпадающее преимущественно со временемъ появленія менструаціи. Это увеличеніе можетъ быть только незначительно и повторяться

нѣсколько разъ, или же оно весьма значительно и развивается внезапно и быстро. Въ первомъ случаѣ оно зависитъ отъ столь часто наблюдающагося обостренія воспалительныхъ процессовъ sub menstruatione, связаннаго съ незначительнымъ увеличеніемъ количества содержамаго и не представляющаго обыкновенно никакихъ дурныхъ послѣдствій; во второмъ же случаѣ опухоль крайне напряжена, значительно увеличена и болѣзненна вслѣдствіе происшедшаго болѣе значительнаго кровоизліянія въ ея полость (случаи graviditatis tubariae). Количество излившейся крови можетъ быть настолько велико, что развиваются припадки общей острой анэміи; стѣнки кисты иногда не выдерживаютъ быстро происходящаго чрезмѣрнаго растяженія, разрываются, и все содержимое опухоли изливается въ полость брюшины; положеніе больной можетъ быть при этомъ настолько опаснымъ и безвыходнымъ, что оно даетъ всѣ показанія къ производству немедленной laparotomiae съ цѣлью остановки кровотеченія и удаленія иногда далеко не индифферентной жидкости изъ полости брюшины.

Присоединяющееся нагноеніе стѣнокъ опухоли при hydro- и haematosalpinx'ѣ, а равно обостреніе уже существующаго при pyosalpinx'ѣ, даетъ также увеличеніе опухоли, но происходящее гораздо болѣе медленно, сопровождающееся ощущеніемъ сильныхъ болей и лихорадкою, начинающеюся обыкновенно знобомъ и представляющею въ послѣдствіи ремиттирующій типъ, свойственный всѣмъ нагноеніямъ вообще. Въ настоящее время существуютъ еще только попытки, по характеру наблюдаемой лихорадки, дифференцировать pyosalpinx gonorrhoeica отъ скопленій гноя въ трубѣ, развивающихся подъ вліяніемъ присутствія Streptococc'овъ. Такъ *Zweifel* (Ueber Salpingo—oophorectomie. Archiv f. Gynaek. XXXIX, стр. 353) обращаетъ вниманіе на постоянное появленіе лихорадочныхъ движеній у больныхъ имѣющихъ streptococc'a въ гноѣ pyosalpinx'a, тогда какъ больныя съ pyosalpinx gonorrhoeica, лежа покойно въ постелѣ, не лихорадятъ, и только послѣ какихъ-либо механическихъ инсультовъ температура сразу поднимается и скоро вновь падаетъ.

Окружающая опухоль брюшина воспаляется, или бывшія уже воспалительныя явленія обостряются, и получаютъ обширныя сращения. Въ теченіе болѣе интенсивныхъ нагноеній внутренней поверхности ретенціонной кисты, протекающихъ съ рѣзко выраженной лихорадкой и сильными болями, въ полости малаго таза весьма часто приходится наблюдать наступающую перфорацію стѣнки pyosalpinx'a. *Lawson Tait* (см. дисс. *Е. Маковеукаго*, стр. 18) считаетъ возможнымъ допустить ее въ половинѣ всѣхъ случаевъ (50%). Разрывъ стѣнки pyosalpinx'a вслѣдствіе изъязвленій при обострившемся нагноеніи только относительно рѣдко происходитъ въ свободную полость брюшины, болѣе же часто стѣнка оказывается сращенною съ окружающими органами, или настолько значительно покрытою многочисленными ложными перепонками, что изливающийся гной, прокладывая себѣ дорогу между ними и вызывая слипчивое воспаленіе все на большомъ протяженіи, можетъ достигнуть до передней брюшной стѣнки и только здѣсь проложить себѣ путь наружу; нерѣдко наблюдаются также случаи перфорации pyosalpinx'a въ сосѣдніе полые органы—кишки, мочевой пузырь и влагалище.

Незначительныя скопленія гноя въ трубѣ могутъ существовать весьма долгое время, причеиъ процессъ нагноенія можетъ приостановиться, и помѣщающійся свободно въ полости трубы гной подвергнуться своимъ регрессивнымъ измѣненіямъ и, наконецъ, теряя мало-по-малу жидкія составныя части, превратиться въ густую творого-образную массу, — такой исходъ, наблюдавшійся нѣкоторыми авторами, долженъ быть отнесенъ къ благопріятнымъ, къ исходамъ въ относительное выздоровленіе.

Развивающійся при гинатрезіяхъ haematosalpinx представляетъ весьма характерныя увеличенія объема опухоли, совпадающія съ періодомъ менструальныхъ кровотеченій; разрывы его стѣнки встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ при hydrosalpinx'ѣ.

Продолжительность теченія болѣзни относительно велика,

и больныя обращаются къ намъ, страдая уже долго только что описаннымъ комплексомъ припадковъ, выраженныхъ болѣе или менѣе интенсивно.

О. Шлезингеръ въ своей диссертациі изъ нашей клиники («*Къ вопросу о леченіи болѣзней фаллопиевыхъ трубъ чрезъвоспаленіемъ*», 1887 г.) могъ собрать 69 случаевъ съ указаніемъ продолжительности болѣзни, въ которыхъ было выведено, какъ среднее число, $5\frac{3}{4}$ года. При столь длительномъ теченіи болѣзни, связанномъ съ ощущеніемъ постоянныхъ, увеличивающихся болѣе, съ нарушеннымъ типомъ менструацій, усиленной потерей крови и подчасъ съ присутствіемъ гнойника въ полости малаго таза, больныя представляются изнуренными, блѣдными, съ осунувшимися чертами лица, съ крайне разстроенной нервной системой, дающей различныя фазы развитія истерическихъ состояній. Правильность питанія и кроветворенія значительно нарушена. Проводя большую часть времени въ кровати и боясь произвести лишнее движеніе, страдая различнаго рода невралгическими болями, не имѣя ни аппетита, ни порядочнаго сна, такія больныя производятъ впечатлѣніе несчастныхъ мученицъ, обреченныхъ на неопредѣленно продолжительное время переносить свои страданія, не имѣя даже достаточно обоснованной надежды увидѣть имъ когда-либо конецъ, не подвергнувшись оперативному лѣченію, связанному всетаки съ извѣстнымъ, хотя-бы и малымъ, рискомъ для ихъ жизни.

Объективное изслѣдованіе и распознаваніе. Наружно-внутреннее гинекологическое изслѣдованіе въ большинствѣ случаевъ ретенціонныхъ кистъ фаллопиевой трубы, достигшихъ болѣе значительныхъ размѣровъ и обусловившихъ значительныя свѣжія воспаленія окружающей брюшины, даетъ только въ результатъ данныя, относящіяся къ присутствію периметрическихъ экссудатовъ. Присутствіе этихъ послѣднихъ настолько затемняетъ контуры опухоли (*К. Славянский*. «*Perimetritis lateralis и его лѣченіе*». «*Журналъ Акуш. и Женск. болѣзней*», 1888. II, стр. 272), что она точно опредѣлена быть не можетъ, и только съ теченіемъ времени, послѣ происшедшаго

болѣе или менѣе полнаго всасыванія ихъ, присутствіе опухоли можетъ быть несомнѣнно доказано.

Въ случаяхъ же, не осложненныхъ болѣе значительно выраженными перитоническими воспаленіями, обыкновенно приходится находить мѣшокъ hydro-или ruosalpinx'a лежащимъ въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ и нѣсколько сбоку матки; опухоль или слегка болѣзненна при давленіи, или же совершенно безболѣзненна, консистенція ея эластична, съ глубокой, неясно выраженной флюктуацией, иногда же настолько плотна, что симулируетъ солидную опухоль. Форма опухоли ретенціонной кисты трубы, вообще, если только она не чрезмѣрно затемнена присутствіемъ многочисленныхъ ложныхъ перепонокъ, весьма характерна; она не шарообразна, но удлинена, напоминающая вздутую кишку, или же колбообразна; самая широкая и объемистая часть ея принадлежитъ наружному концу трубы и, мало-по-малу суживаясь, она переходитъ въ одинъ изъ угловъ матки.

Изъ анатоміи мы уже знаемъ, что протяженіе ея весьма часто не прямое, но что она представляетъ многочисленные перегибы, иногда выраженные весьма рѣзко, вслѣдствіе близкаго прилеганія другъ къ другу стѣнокъ перегнутыхъ ея частей, иногда представляющихся даже сращенными между собою; эти мѣста при гинекологическомъ изслѣдованіи и особенно при изслѣдованіи per rectum представляются въ видѣ довольно отчетливо выраженныхъ бороздокъ, напоминающая собою haustra толстыхъ кишекъ. Нѣкоторые случаи ruosalpinx'a, особенно развившагося на туберкулезной почвѣ и недостигшаго еще значительной величины, представляютъ мѣстные вздутія трубы, располагающіяся въ видѣ четокъ, весьма хорошо и ясно опредѣляемыхъ при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи. Внутренній конецъ трубы въ значительномъ большинствѣ случаевъ представляется нерастянутымъ; если же растяженіе его имѣетъ мѣсто, то оно только весьма незначительно, такъ что онъ при изслѣдованіи можетъ быть прощупанъ, какъ отдѣльный, довольно плотный жгутъ, идущій отъ опухоли къ дну матки; присутствіе такого

жгута весьма характерно для ретенционных опухолей трубы, и констатирование его есть почти одно из условий *sine qua non* при постановке их диагноза.

Подвижность опухоли, абстрагируя присутствие сращений и принимая во внимание только случаи, при которых онъ не играют въ этомъ отношеніи существенной роли, представляется двойкой: или опухоль только слегка подвижна и не можетъ быть выведена изъ полости малаго таза, или же подвижность ея велика и допускаетъ совершенно свободно весьма значительныя передвиженія. Въ первомъ случаѣ, мы имѣемъ дѣло обыкновенно съ ретенціонною опухолью, ростъ которой обусловилъ значительное укороченіе широкой связки, вслѣдствіе того, что опухоль развилась отчасти интралигаментарно, и нижній отрѣзокъ ея представляется покрытымъ брюшиною разошедшихся обѣихъ пластинокъ этой связки. Во-второмъ случаѣ это большею частью *hydro-sarinx*, неимѣющий никакихъ сращеній съ окружающими частями и локализованный только въ наружномъ концѣ трубы, причѣмъ опухоль, имъ образованная, достигаетъ величины куриного яйца и больше, вся же остальная часть трубы не измѣнена и вытянута въ длину, образуя вмѣстѣ съ широкою связкою нѣчто въ родѣ хирургической ножки опухоли. Присутствіе ложныхъ перепонокъ и сращенія, ими обусловливаемая, мѣняютъ настолько подвижность опухоли, что она можетъ представляться потерявшей совершенно свою подвижность и смѣщается лишь только вмѣстѣ съ маткою, или же располагается въ Дугласовомъ пространствѣ совершенно неподвижно, будучи тѣсно связана со всѣми окружающими частями.

Ощупывая при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи опухоль, образованную одной изъ ретенционныхъ кистъ трубы, иногда удается довольно легко опредѣлить присутствіе яичника данной стороны, въ формѣ характернаго продольно-овальнаго тѣла, близко прилежащаго къ опухоли, обыкновенно спереди и снаружи и отличающагося отъ нея различіемъ своей плотности. Весьма часто, однако, присутствіе яичника доказать не удастся, такъ какъ онъ представляется также измѣненнымъ находящи-

мисявъ немъ кистами, нерѣдко по величинѣ и плотности своей ничѣмъ неотличающимся отъ отдѣловъ ретенціонной кисты трубы. Присутствіе опредѣляемаго яичника представляется весьма важнымъ въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда киста трубы имѣетъ совершенно шарообразный видъ, какъ это наблюдается при развитіи ея на протяженіи трубы при мѣстной непроходимости, причемъ наружный конецъ послѣдней остается неизмѣненнымъ.

При *pyosalpinx saccata* и особенно туберкулезнаго происхожденія отдѣльныя четко-образныя вздутія трубы нерѣдко могутъ представлять различную консистенцію, однѣ изъ нихъ болѣе мягки, чѣмъ другія, что обусловливается, какъ различною давностью процесса, такъ и тѣмъ обстоятельствомъ, что рядомъ съ опухолью бугорковаго *pyosalpinx*'а можетъ существовать ретенціонная киста, содержащая только жидкій гной. При изслѣдованіи случаевъ туберкулезныхъ *pyosalpinx*'овъ нерѣдко удается опредѣлять присутствіе бугорковыхъ гнѣздъ различной величины, какъ въ широкихъ маточныхъ связкахъ, такъ и между ложными перепонками, въ видѣ болѣе или менѣе значительной величины узелковъ довольно плотной консистенціи; подобные же узелки въ формѣ утолщеній наблюдаются и на нерасширенномъ внутреннемъ, маточномъ концѣ трубы, но на этомъ мѣстѣ они не могутъ считаться за явленія характерныя для бугорчатки трубы, какъ мы уже упоминали объ этомъ выше (см. стр. 19).

При повторныхъ изслѣдованіяхъ, въ случаяхъ двухсторонняго присутствія ретенціонной кисты трубы, при открытомъ *orificium uterinum tubae*, приходится нерѣдко констатировать уменьшеніе объема и иногда почти полное исчезновеніе бывшей опухоли на одной сторонѣ, при чемъ исчезновеніе это можетъ чередоваться такимъ образомъ, что во время одного изслѣдованія опухоль съ правой стороны представляется исчезнувшей, а при слѣдующемъ исчезаетъ лѣвая, тогда какъ правая можетъ быть находима опять въ своемъ прежнемъ состояніи или даже еще болѣе увеличенною. Такого рода періодическое исчезновеніе или уменьшеніе объема опухоли ретенціонной кисты трубы

стоитъ въ зависимости отъ частичнаго или полнаго опорожненія ея содержимаго черезъ *ostium uterinum tubae*, и при опухоляхъ небольшого объема количество извергающейся жидкости бываетъ такъ незначительно, что легко остается незамѣченнымъ какъ больною, такъ и окружающими ее. Особенно часто подобныя опорожненія опухолей наблюдаются во время, до или послѣ менструальнаго кровотеченія. Примѣняя расширеніе полости матки разбухающими веществами, мы можемъ нерѣдко въ подходящихъ случаяхъ искусственно, по желанію, опорожнять содержимое такихъ ретенціонныхъ опухолей трубы (см. *Doleris*. «*Salpingite et castration. Evacuation artificielle des collections enkystees de la trompe par la dilatation et le drainage de l'uterus.*» *Nouvelles Archives d'obstetrique etc.* 1889. № 6, стр. 257.)

Наружно-внутреннее изслѣдованіе при ретенціонныхъ кистахъ трубъ должно быть принципиально, по крайней мѣрѣ, въ первый разъ, производимо крайне бережно и осторожно въ виду того, что уже извѣстно не мало случаевъ, въ которыхъ во время изслѣдованія подъ руками изслѣдующаго происходилъ разрывъ *hydro-* или даже *ruosalpinx'a*; такъ какъ послѣдствія такого разрыва никогда впередъ предвидимы быть не могутъ, то и возможность происхожденія его не только не желательна въ интересахъ больной, но можетъ повлечь за собою развитіе весьма тяжелыхъ и опасныхъ воспалительныхъ процессовъ или же сильныхъ кровотеченій.

Принимая во вниманіе результаты объективнаго изслѣдованія, указывающіе намъ на присутствіе съ одной стороны или съ обѣихъ сторонъ матки по опухоли, имѣющей своеобразную характерную форму съ мѣстными перетяжками, вѣрнѣе — бороздками, и стоящую въ связи съ угломъ матки посредствомъ довольно плотнаго тяжа, обладающую кромѣ того нерѣдко непостоянною величиною — увеличивающейся и исчезающей почти безслѣдно, и имѣя передъ собою извѣстное сочетаніе припадковъ, изъ которыхъ, впрочемъ, каждый по себѣ не представляетъ ничего патогномическаго, но всѣ вмѣстѣ въ извѣстномъ сочетаніи (боли, *menorrhagia*, *dysmenorrhoea*, *dyspareunia* et *ste-*

rilitas), какъ на это указалъ *Lawson Tait* въ своей статьѣ «Three cases of Pyosalpinx («*Obstetrical transactions, XXV*», стр. 236), довольно постоянны, мы можемъ уже съ большою вѣроятностью высказаться за ретенціонную кисту трубы. Діагнозъ нашъ еще болѣе дѣлается вѣрнымъ, если мы находимъ и въ анамнезѣ указанія на заболѣваніе трубъ, ведущее свое начало или изъ послѣродоваго періода (роды, выкидышъ), или послѣ зараженія гонорреей, а теченіе болѣзни указываетъ на присутствіе боковыхъ рецидивирующихъ периметритовъ. Опредѣленіе характера ретенціонной кисты обыкновенно представляется уже болѣе затруднительнымъ; присутствіе лихорадочныхъ движеній послабляющаго типа, значительная болѣзненность самой опухоли при давленіи, большая плотность ея и болѣе бурныя воспалительныя явленія при началѣ заболѣванія указываютъ намъ на pyosalpinx. Отсутствіе болѣе значительныхъ сращеній, легкая подвижность опухоли, нерѣзко выраженныя периметритическія явленія въ теченіе болѣзни весьма часто сопровождаютъ развитіе hydrosalpinx'a. Чистыя же формы haematosalpinx'a встрѣчаются обыкновенно при гинатрезіяхъ, и при нормально развитыхъ и правильно функціонирующихъ половыхъ органахъ распознаваніе его за исключеніемъ случаевъ graviditas tubaria можетъ основываться только на быстромъ, почти внезапномъ болѣе значительномъ увеличеніи опухоли, несопровождающемся лихорадочнымъ состояніемъ, при болѣе же обильномъ внутри-трубномъ кровотеченіи появляются также всѣ признаки развивающейся острой анеміи.

Ретенціонныя кисты фаллопиевыхъ трубъ легче и чаще всего могутъ быть смѣшиваемы съ небольшою величины кистами яичника и таковыми же подсерозными фиброміомами. Дифференціальное распознаваніе между небольшими кистами яичника, особенно дермоидными, и ретенціонными кистами трубъ представляется иногда весьма труднымъ, особенно при совмѣстномъ существованіи тѣхъ и другихъ; но весьма часто всетаки удается путемъ объективнаго изслѣдованія точно установить форму ретенціоннаго мѣшка трубы, непостоянство его величины, жа-

лобы же больныхъ, теченіе болѣзни и анамнезъ дѣлають нашъ діагнозъ и въ этихъ случаяхъ иногда неоспоримо вѣрнымъ. При одновременномъ существованіи обоихъ заболѣваний или при существованіи обширныхъ сращеній, плотно спаивающихъ кисту трубы съ яичникомъ, діагнозъ нашъ можетъ быть только приблизительнымъ, такъ какъ даже и при анатомическомъ изслѣдованіи съ пинцетомъ и скальпелемъ въ рукахъ приходится потратить много времени, чтобы точно опредѣлить отношенія частей.

Небольшой величины ретенціонныя кисты трубы иногда такъ плотно сращены съ заднею поверхностью матки и какъ бы непосредственно переходятъ въ нее, что является мыслью о присутствіи небольшой подсерозной фиброміомы. Повторныя и болѣе тщательныя изслѣдованія могутъ однако выяснитъ намъ болѣе точно форму опухоли и связь ея съ угломъ матки помощью маточнаго конца трубы, представляющагося хорошо ощупываемымъ жгутомъ, а въ случаяхъ еще существующей проходимости *ostii uterinae tubae* быстрое уменьшеніе опухоли иногда почти до исчезновенія и появленіе ея снова черезъ извѣстный промежутокъ времени укажутъ несомнѣнный характеръ *salpingitis s. hydrosalpinx profluens*. Въ затруднительныхъ для діагноза случаяхъ можетъ считаться вполне показаннымъ одновременное изслѣдованіе пальцемъ одной руки черезъ прямую кишку и пальцемъ другой, введеннымъ въ мочевоу пузырь послѣ предварительнаго расширенія мочеиспускательнаго канала. Захватывая влагалищную часть матки пулевыми щипцами и поручая одному изъ ассистентовъ низводить матку, мы можемъ иногда поразительно легко ощупать уголъ ея и отходящій отъ него въ видѣ жгута внутренній конецъ трубы, соединяющій опухоль съ маткою.

При опухоляхъ, сидящихъ болѣе съ боку матки и помѣщающихся въ широкой маточной связкѣ, скорѣе должно явиться предположеніе объ опухоли трубы, такъ какъ фиброміомы въ этой области относительно рѣдки (*Gusserow, «Archiv f. Gyn.»*, XXXII, стр. 189). Теченіе болѣзни, анамнезъ и припадки

служать для многихъ случаевъ также весьма вѣскими данными въ дифференціальномъ распознаваніи фиброміомъ отъ ретенціонныхъ кистъ фаллопиевой трубы. Несмотря на всѣ вышеприведенныя данныя, всетаки еще широко поле для ошибокъ при распознаваніи кистъ трубы, и всегда будутъ встрѣчаться случаи трудной и иногда проблематической постановки его.

(Продолженіе слѣдуетъ).
