

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ПЯТЫЙ.

ЯНВАРЬ 1891, № 1.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

I.

ВОСПАЛЕНІЯ И РЕТЕНЦІОННЫЯ КИСТЫ ФАЛЛОПІЕВЫХЪ ТРУБЪ.

Л Е К Ц И И

профессора К. Ф. Славянскаго.

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

При изученіи воспалительныхъ измѣненій фаллопиевыхъ трубъ, мы будемъ различать формы воспаления безъ образованія большихъ скопленій жидкости въ полости фаллопиевой трубы и формы, въ которыхъ подобнаго рода скопленія выступаютъ на первый планъ. Принимая во вниманіе важность, какъ въ анатомическомъ, такъ и практическомъ отношеніяхъ такого дѣленія, я изложу сначала воспаление фаллопиевыхъ трубъ (Salpingitis) въ теченіе настоящей лекціи, а слѣдующую посвящу разбору такъ называемыхъ ретенціонныхъ кистъ фаллопиевой трубы (Hydro-pyo-et haematosalpinx.).

1) Воспаленіе фаллопиевыхъ трубъ (Salpingitis).

Патологическая анатомія. Воспаленія фаллопиевыхъ трубъ, начинающіяся обыкновенно со слизистой оболочки ихъ, мы дѣлимъ анатомически на salpingitis catarrhalis, salpingitis phlegmonosa — purulenta и salpingitis tuberculosa. Salpingitis actino—mycotica по рѣдкости, съ которою она до сихъ поръ наблюдалась, можетъ быть пока только упомянута.

Воспаленіе фаллопиевыхъ трубъ, встрѣчаясь въ острой и хронической формахъ представляется нашему наблюденію большею частію въ этой послѣдней. Труба обыкновенно увеличена въ объемѣ, въ особенности въ ширину, просвѣтъ ея расширенъ, стѣнки утолщены. Имѣя слегка извилистый ходъ и

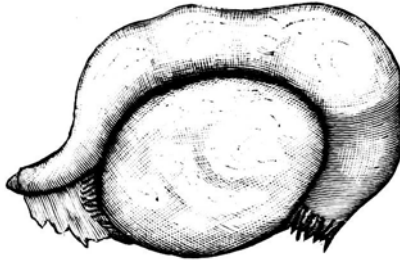


Рис. 1. Salpingitis catarrhalis (Orthmann).

бугристое очертаніе воспаленная труба довольно плотно въ видѣ петли обхватываетъ въ большей части случаевъ также воспалительно-измѣненный яичникъ (рис. 1). Ostium abdominale еще открыто; если же оно представляется вполне зарощеннымъ, то ostium uterinum довольно свободно проходимо, такъ что продукты выдѣленій воспаленной слизистой оболочки находятъ себѣ относительно свободный стокъ или въ первомъ случаѣ непосредственно въ полость брюшины или же во второмъ въ полость матки.

Вскрывая трубу и изслѣдуя ея слизистую оболочку при salpingitis catarrhalis мы видимъ, что она утолщена, складки ея увеличены такъ, что вполне почти выполняютъ весь просвѣтъ

(*Salpingitis chronica productiva vegetans*); вся поверхность представляется темно-краснаго цвѣта, бугриста, напоминаетъ собою поверхность, усѣянную развареннымъ саго; она покрыта болѣе или менѣе толстымъ слоемъ муцинь и гіалинь содержащей прозрачной слизи, нейтральной или же кислой реакціи, иногда эта слизь или различно интенсивно окрашена кровью или же, вслѣдствіе значительной примѣси отпавшихъ клѣтокъ цилиндрическаго эпителія поверхности, представляется мутной, гноеподобной (*M. Cornil*, «*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*», 1887 г., стр. 362). Гиперемія слизистой оболочки обыкновенно болѣе или менѣе равномерна, рѣдко только видны отдѣльно налитые стволы болѣе крупныхъ сосудовъ или же островки болѣе значительныхъ межтканевыхъ экстравазатовъ. Кровоизліянія на свободную поверхность слизистой оболочки при катаральномъ воспаленіи могутъ достигать довольно значительной степени, такъ что просвѣтъ трубы представляется закупореннымъ довольно объемистымъ кровавымъ сгусткомъ, наружный конецъ котораго иногда выстоитъ изъ брюшинаго отверстія ея свободно въ полость брюшины, при чемъ въ такомъ кровяномъ сгусткѣ не опредѣляется присутствія остатковъ плоднаго яйца.

При микроскопическомъ изслѣдованіи, мы видимъ, что цилиндрическій эпителій поверхности почти повсюду цѣль и подлежащая соединительная ткань въ своихъ поверхностныхъ частяхъ представляется инфильтрированной въ большей или меньшей степени индифферентными клѣтками. Подобная же инфильтрація замѣчается нерѣдко въ *adventitia* кровеносныхъ сосудовъ и соединительно-тканыхъ влагалищахъ болѣе крупныхъ первныхъ стволиковъ (*Савиновъ*, *Arch. für. Gyn.* XXXIV, стр. 239).

Благодаря нерѣдко встрѣчающемуся мѣстному отсутствію эпителія поверхности, могутъ происходить на извѣстныхъ участкахъ сращенія другъ съ другомъ складокъ слизистой оболочки, обуславливая присутствіе болѣе или менѣе значительныхъ бугровъ, въ разрѣзѣ содержащихъ много железистыхъ, неправильныхъ очертаній полостей, выполненныхъ жидкимъ, иногда

гноеподобнымъ содержимымъ (рис. 2). Muscularis tubae при катарральномъ воспаленіи недавняго происхожденія представляется обыкновенно неизмѣненною. При долгосуществующихъ катаррахъ слизистая оболочка трубы представляетъ (*Orthmann*, «*Virchow's Archiv*». Bd. 108, 1887) иногда значительныя разращенія своей железистой поверхности получаютъ железоподобныя образованія, разрастающіяся въ глубь ткани и проникающія нерѣдко въ muscularis, обуславливая мѣстныя гиперплазіи ея и утолщенія, получается вѣчто подобное тому, что мы уже видѣли при изученіи развитія железистыхъ эрозій вла-

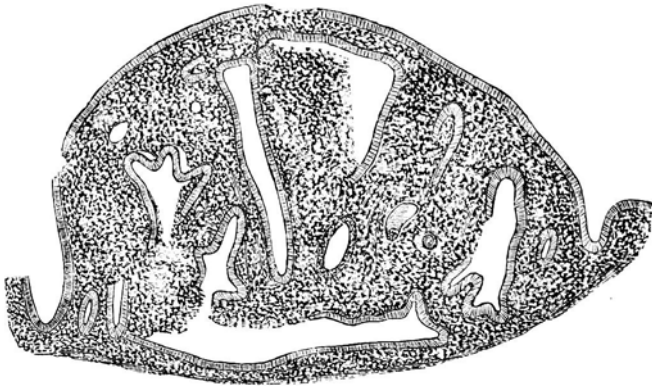


Рис. 2. Salpingitis catarrhalis (Orthmann).

галищной части матки (*Славянский*. Частная Патологія и Терапія женскихъ болѣзней. Томъ I, стр. 466). Эти разращенія железистыхъ образованій наблюдаются не только въ абдоминальномъ концѣ трубы, но были найдены *Chiari* («*Zeitschrift für Heilkunde*», Bd. VIII) также и въ isthmus tubae и ея маточномъ концѣ, здѣсь, благодаря весьма незначительной величинѣ просвѣта трубы они весьма скоро помѣщаются уже въ существѣ стѣнки ея, вызывая мѣстныя гиперплазіи мышечныхъ элементовъ, такъ что получаютъ опухолевидныя образованія (*Salpingitis isthmica nodosa*. *Shauta*. Arch. f. Gyn. XXXIII стр. 27), на протяженіи трубы, долгое время описывавшіяся за фибриомы ея стѣнокъ (рис. 3).

Salpingitis phlegmonosa, purulenta характеризуется тѣмъ, что воспалительный процессъ, сопряженный съ образованіемъ гноя, занимаетъ не только всю толщю слизистой оболочки, но распространяется также и на мышечный слой, захватывая нерѣдко и брюшину, покрывающую трубу. Слизистая оболочка



Рис. 3. *Salpingitis isthmica nodosa*. (Chiari) *a*—узелъ утолщенія.

утолщена, желтоватаго цвѣта, поверхность ея почти повсюду лишена эпителія, мѣстами проникнута экстрavasатами, складки утолщены и уплощены, мѣстами сращены между собою; какъ между ними, такъ въ толщѣ *muscularis* встрѣчаются иногда свободныя скопленія гноя (*abscessus tubae*), только рѣдко дости-



Рис. 4. *Salpingitis phlegmonosa purulenta*. (Orthmann).

гающія болѣе значительной величины. Въ разрѣзѣ, въ толщѣ слизистой оболочки (рис. 4) въ углубленіяхъ между складками замѣчаются еще участки сохранившагося цилиндрическаго эпителія. Вслѣдствіе повсемѣстной мелкоклѣточной инфильтраціи стѣнка трубы представляется значительно утолщенной,

болѣе плотной. Содержимое значительно расширеннаго просвѣта трубы имѣеть характеръ чистаго гноя, содержащаго тѣ или другіе микроорганизмы, смотря по этиологіи своего происхожденія. *Ostium abdominale tubae* далеко не всегда представляется заращеннымъ и каналъ трубы можетъ содержать уже довольно значительное количество гноя, а отверстіе это все еще проходимо. Такое болѣе или менѣе долгое отсутствіе слипчиваго воспаленія въ области *ostii abdominalis tubae* какъ при катаральномъ, такъ и гнойномъ сальпингитѣ стоитъ, по всей вѣроятности, въ зависимости отъ того, что воспаленіе въ теченіе извѣстнаго времени не распространяется за его границу на окружающую брюшину, чему, конечно, не мало способствуетъ значительное распуханіе складокъ слизистой оболочки этой области, закрывающихъ собою *ostium abdominale*, имѣющее normally отъ 0,3—0,5 см. въ діаметрѣ, равно какъ и извѣстная степень сокращенія мышечныхъ волоконъ, распола-

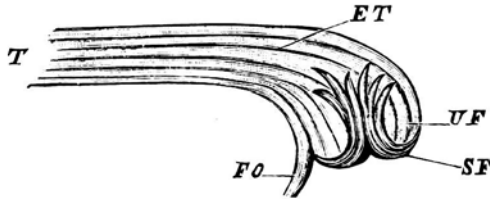


Рис. 5. Шематическое изображеніе завернувшихся фимбрій въ просвѣтъ трубы. (Burnier) *T*—труба. *ET*—продольныя складки трубы. *UF*—завернувшіяся фимбріи. *SF*—поверхность ихъ покрытая брюшиной. *FO*—*Fimbria ovarica*.

гающихся здѣсь на подобіе сфинктера (*Sappey*, см. *Seuvre*, «*L'inflammation des trompes utérines etc.*», Thèse de Paris, 1874, стр. 13). Въ дальнѣйшемъ же теченіи времени, особенно при *salpingitis purulenta*, въ большинствѣ случаевъ все-таки наступаетъ полное заращеніе — облитерація наружнаго, брюшнаго отверстія трубы. Заращеніе это наблюдается наступающимъ двоякимъ образомъ. Болѣе рѣдко мы видимъ, что въ теченіи воспаленія трубы фимбрія ея заворачивается внутрь въ ея просвѣтъ (*inversio ostii tubarum abdominalis*, рис. 5), такъ

что ихъ наружныя покрытыя брюшиною поверхности соприкасаются непосредственно другъ съ другомъ и весьма легко и скоро наступаетъ ихъ сращеніе и слѣдовательно облитерация брюшнаго отверстія. Съ появленіемъ скопленія содержимаго трубы и растяженіемъ ея абдоминальнаго конца, какъ мы объ этомъ еще будемъ говорить ниже, такое сращеніе фимбрій представляется въ видѣ правильной формы розетки. При гнойныхъ формахъ сальпингита болѣе часто наблюдается болѣе неправильное заращеніе наружнаго конца трубы, происходящее вслѣдствіе присоединяющагося мѣстнаго воспаления брюшины данной области, какъ результата выхожденія извѣстнаго количества гнойной жидкости изъ трубы. Ложныя перепонки, образующіяся при этомъ вокругъ трубы, яичника и окружающихъ частей, плотно закрываютъ *orificium abdominale* и обуславливаютъ такимъ образомъ облитерацию его. При *salpingitis catarrhalis* слизь, содержащаяся въ трубѣ, проникая черезъ брюшное отверстіе въ брюшину довольно часто не вызываетъ такого сильнаго раздраженія ея, чтобы развились ложныя перепонки, верѣдко приходится наблюдать *sub laparotomiam*, что дѣло ограничивается только серознымъ воспаленіемъ брюшины (*peritonitis seroso-fibrinosa*) области малаго таза, и мы находимъ въ немъ болѣе или менѣе значительное количество серозной асцитической жидкости съ незначительною примѣсью бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и незначительной величины фибринозныхъ хлопьевъ и болѣе или менѣе сильно выраженную инъекцію сосудовъ брюшины, покрывающей половые органы и прилежація петли кишекъ.

Развивающіяся иногда весьма интенсивныя перитониты, кончающіеся иногда даже летально въ теченіе болѣзни гнойнаго воспаления фаллопиевыхъ трубъ ведутъ обыкновенно свое начало отъ проникновенія гноя изъ ихъ канала въ брюшину черезъ свободное еще *orificium abdominale*; усиленная перистальтика трубъ въ этихъ случаяхъ, какъ она наблюдается иногда *sub menstruatione* или вслѣдъ за нѣкоторыми гинекологическими манипуляціями въ полости матки бываетъ уже

вполнѣ достаточна, чтобы выгнать часть содержимаго въ полость брюшины. Реакція же, получающаяся со стороны этой послѣдней, представляется уже прямо пропорціональной характеру гнойной массы, вступившей въ нее. Септичскій гной, ведущій свое начало изъ послѣродового періода, отличается особою силою въ этомъ отношеніи; гоноройныя формы въ большинствѣ случаевъ даютъ только ограниченныя перитониты, хотя могутъ также встрѣчаться случаи острыхъ общихъ перитонитовъ, быстро убивающихъ больныхъ, развивающихся вслѣдъ за проникновеніемъ гоноройнаго гноя изъ трубы въ полость брюшины *sub salpingitide gonorrhoeica* болѣе остраго періода.

Воспаленія брюшины, какъ результатъ салпингита, наблюдаются, какъ мы уже упомянули, большею частію на ограниченныхъ мѣстахъ, при томъ чаще на наружномъ концѣ трубы и около яичника; но въ теченіе хроническихъ, долго тянущихся катарральныхъ или гнойныхъ воспаленій приходится наблюдать распространеніе процесса на брюшину не только черезъ *orificium abdominale tubae*, но и путемъ лимфатическихъ сосудовъ черезъ всю толщу стѣнки. Подобная *perisalpingitis* можетъ занимать все протяженіе трубы, и ложныя перепонки, развивающіяся при этомъ одновременно съ воспаленіемъ, идущимъ изъ брюшнаго отверстія, превращаютъ трубу и прилежащій яичникъ въ одну общую опухолевидную массу, отношенія частей въ которой удастся доказать только послѣ продолжительнаго и точнаго препарованія вынутыхъ изъ трупа органовъ (рис. 6). Прилежащія петли кишекъ представляются иногда также весьма плотно приращенными къ данной области, такъ что получается весьма объемистый конгломератъ органовъ, соединенныхъ ложными перепонками, лежащій съ боку матки, могущій иногда симулировать присутствіе опухоли въ тазу.

Облитерація абдоминальнаго отверстія трубы обуславливаетъ застой выдѣленій слизистой оболочки въ наружномъ расширенномъ ея концѣ, такъ какъ normally продукты выдѣленій свободно стекаютъ въ брюшную полость, не вызывая въ ней никакихъ измѣненій, благодаря своей индефферентно-

сти. Подобное скопленіе, достигая извѣстной степени, вызываетъ рефлекторнымъ путемъ усиленную перистальтику трубы и скопившаяся жидкость направляется къ ея внутреннему концу, къ *ostium uterinum tubae*, черезъ которое мало-по-малу изливается въ полость тѣла матки. При долго существующихъ хроническихъ сальпингитахъ съ облитераціей брюшного отверстія трубы и съ слегка стенозированнымъ проходимымъ маточнымъ, благодаря долго продолжающейся усиленной дѣятельности мы-

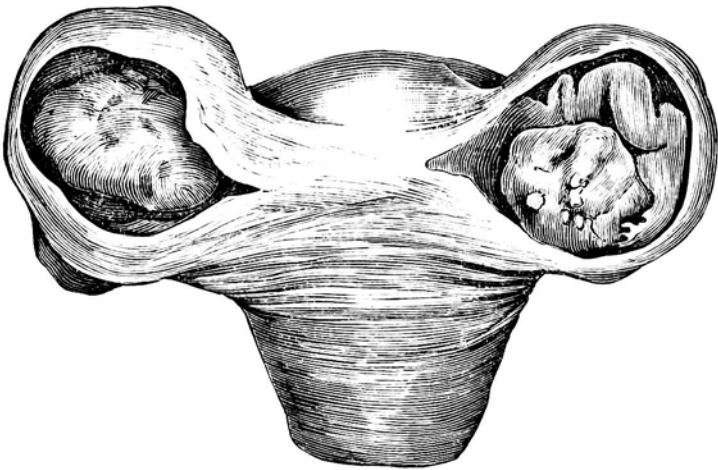


Рис. 6. Трубы и яичники заключенные въ ложныя перепонки. (Heitzmann).

шечныхъ элементовъ ея стѣнки наблюдается развивающуся гипертрофія ея, идущая рядомъ съ распространеніемъ хроническаго воспаления на мышечный слой и подбрюшинную клетчатку. Въ результатъ получается весьма сильное утолщеніе стѣнокъ трубы, она можетъ достигать толщины мизинца, указательнаго пальца и болѣе. Подобная гипертрофія мышечной стѣнки вслѣдствіе усиленной работы мышечныхъ элементовъ («*Arbeitshypertrophie*») была описана *Kaltenbach*'омъ («*Centr. f. Gynäk.*», 1885, стр. 677) и въ нашей литературѣ *В. В. Сутугинымъ* («*Врачъ*», 1886, № 17), подъ именемъ *salpingitis hypertrophica*, характерное изображеніе препарата кото-

раго мы приводимъ на рис. 7. При существованіи же также одновременной облитераціи и маточнаго отверстия трубы получаютъ значительныя скопленія жидкости въ ея полости и даютъ поводъ къ развитію ретенціонныхъ кистъ фаллопиевыхъ трубъ, разбору которыхъ мы посвятимъ слѣдующую лекцію. Утолщеніе стѣнокъ трубы наблюдалось также при сальпингитахъ у субъектовъ, имѣвшихъ сифилисъ, при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ удавалось доказать значительное развитіе соединительной ткани, и въ литературѣ извѣстенъ одинъ случай развитія въ нихъ гуммозныхъ опухолей (*Bouchard* и *Lepine*, цит. у *Е. Е. Маковецкаго*. (Къ вопросу о гнойныхъ скопленіяхъ фаллопиевыхъ трубъ. Дисс. изъ нашей клиники, 1888, стр. 7).

Бугорчатое воспаление трубъ (*salpingitis tuberculosa*) встрѣчается обыкновенно при существованіи бугорчатки другихъ



Рис. 7. *Salpingitis hypertrophica*. (Сутугинъ) *a*—маточный конецъ трубы. *б*—брюшной конецъ трубы.

органовъ, но можетъ быть также и поражениемъ первичнымъ. Заболѣваніе начинается обыкновенно также со слизистой оболочки, въ ней въ самыхъ ея поверхностныхъ слояхъ появляются сначала разсѣянными сѣрые милліарныя бугорки; увеличиваясь быстро въ числѣ и творожисто перерождаясь они занимаютъ уже большую часть толщи ея. Поверхностные слои проникнуты уже сплошь распавшимися бугорчатыми образованиями и превращенныя въ сыровидную массу мало-по-малу отваливаются, образуя обширныя язвенныя поверхности, дно этихъ язвъ или занято также еще творожистой массой или же представляется состоящимъ изъ грануляціонной ткани съ многочисленными

гигантскими клѣтками, какъ въ этой ткани, такъ и въ отслоившихся творожистыхъ массахъ были уже находимы и въ Фаллопиевой трубѣ характерныя туберкулезныя бациллы. Содержимое трубы представляется обычно густымъ гноеподобнымъ, съ многочисленными творожистыми хлопьями. Ostium abdominale tubae представляется не особенно рѣдко открытымъ (*Hegar*, «Genitaltuberculose des Weibes etc.», Stuttgart, 1886 г., стр. 9), и изъ него выстоитъ свободно въ полость брюшины туберкулезное творожистое содержимое ея. Возможность такого непосредственнаго проникновенія творожистыхъ массъ въ брюшину вполне объясняетъ ту легкость, съ которою она также представляется пораженною бугорчаткою. Кромѣ только что сказаннаго пути зараженія бугорчаткою брюшины мы наблюдаемъ также распространеніе ея со слизистой оболочки трубы по лимфатическимъ сосудамъ сквозь стѣнки; особенно часто это приходится наблюдать на внутреннемъ маточномъ ея концѣ. При *salpingitis tuberculosa* гораздо чаще, чѣмъ при другихъ воспаленияхъ, поражается этотъ конецъ трубы, особенно часто это наблюдается при совмѣстномъ *endometritis tuberculosa*. Богатая сѣтъ лимфатическихъ сосудовъ въ углахъ матки и *isthmus tubae* весьма скоро представляется занятою бугорковыми образованиями, вотъ почему относительно часто у самаго маточнаго конца трубы мы замѣчаемъ развитіе утолщеній стѣнки ея, зависящихъ отъ мѣстныхъ поражений ея туберкулезнымъ воспаленіемъ. Эти утолщенія въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ напоминать собою утолщенія, находимыя при *salpingitis isthmica nodosa*; сходство это впрочемъ только кажущееся и болѣе точное анатомическое изслѣдованіе тотчасъ же укажетъ намъ съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло. При зараженіи *ostii abdominalis tubae* начинается обыкновенно развиваться значительное скопленіе творожисто-гнойныхъ массъ въ полости ея и мы имѣемъ передъ собою ретенционную кисту-пуо-*salpinx* на туберкулезной почвѣ.

Этіология. Воспаленіе Фаллопиевыхъ трубъ встрѣчается обыкновенно какъ явленіе послѣдовательное вслѣдъ за тѣмъ или другимъ заболѣваніемъ внутреннихъ половыхъ органовъ жен-

щины. Первичные сальпингиты наблюдаются только весьма рѣдко какъ исключенія. Чаще всего они ведутъ свое начало отъ заболѣваній слизистой оболочки матки и не рѣдки случаи, въ которыхъ отъ первичнаго страданія остались только слѣды или же оно совершенно изгладилось, тогда какъ *salpingitis chronica* представляется въ полномъ своемъ развитіи, давая поводъ дѣлать предположеніе о самостоятельности—первичнаго своего происхожденія. Ведя свое начало отъ *Endometritis*, они представляютъ и этиологию совершенно сходную съ этой послѣдней. Я укажу только на частоту встрѣчающихся инфекціонныхъ формъ, между которыми на первый планъ выступаетъ зараженія гонорройное, септическое въ послѣродовомъ періодѣ и при занесеніи въ полость матки различныхъ патогенныхъ микро-организмовъ при недостаточно тщательно производимыхъ внутриматочныхъ манипуляціяхъ (грязный зондъ и т. п.) и зараженіе туберкулезнымъ ядомъ. Распространеніе инфекціонныхъ началъ изъ полости тѣла матки въ трубы и болѣе успѣшная ихъ тамъ культивировка наблюдаются особенно рѣзко выраженными въ случаяхъ извѣстной степени задержки развитія Фаллопиевыхъ трубъ. Да позволено мнѣ будетъ остановить Ваше вниманіе, гг., на одинъ моментъ на измѣненіяхъ формы Фаллопиевой трубы, какъ признаковъ ея постепеннаго дальнѣйшаго развитія у зародыша, дѣвочки и взрослой женщины. Фаллопиевы трубы въ началѣ зародышевой жизни представляются, какъ извѣстно, рѣзко спирально извитыми начиная отъ ихъ маточнаго конца на своемъ протяженіи; около 32 недѣль жизни зародыша эта извилистость выражена всего рѣзче, такъ что число оборотовъ спирали достигаетъ въ это время до шести и даже до семи съ половиною (*W. A. Freund. Ueber die indicationen zur operativen Behandlung der erkrankten Tuben. Vollkman's Sammlung Klin. Vorles. 323. Gynäskol. 93*) (рис. 8). Съ этого времени извилистость трубы начинаетъ мало-по-малу изглаживаться, такъ что у новорожденной дѣвочки Фаллопиева труба у своего маточнаго конца, заисключеніемъ незначительной волнистости контура, представляется совершенно прямою и сохраняетъ свои спиральныя изви-

лины только на брюшномъ концѣ числомъ около четырехъ съ половиною оборотовъ (рис. 9). Въ теченіе виѣтробной жизни вплоть до наступленія половой зрѣлости изглаживаніе извилинъ идетъ все далѣе и далѣе, до тѣхъ поръ, пока труба не приметъ



Рис. 8. Тѣло матки и трубы зародыша восьми мѣсяцевъ развитія (Freund).



Рис. 9. Тѣло матки и трубы новорожденной дѣвочки (Freund).

свойственнаго ей, какъ выводному протоку, почти совершенно прямого протяженія, не представляющему уже никакихъ спиральныхъ извиловъ (рис. 10). Благодаря присутствію этихъ спи-

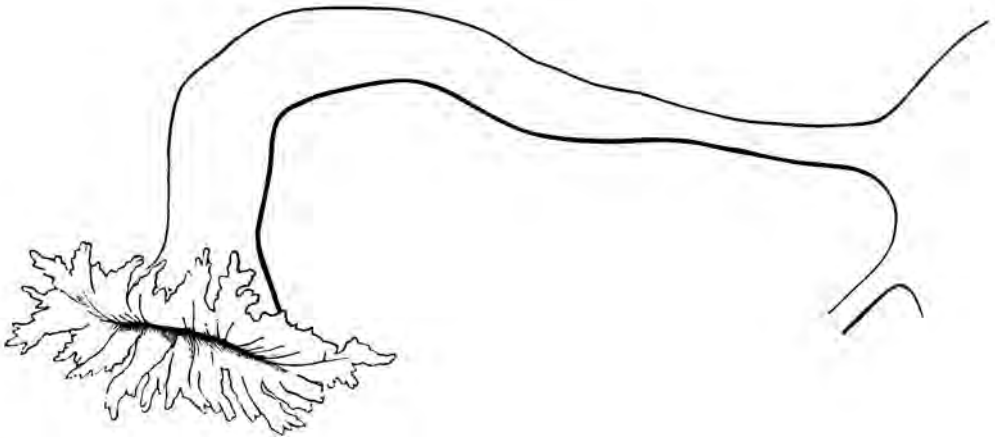


Рис. 10. Tuba Fallopii 22-хъ лѣтней женщины умершей отъ тифа (Freund).

ральныхъ извилинъ въ зародышевой и дѣтской трубахъ зондированіе ихъ удается только съ трудомъ, а иногда на мѣстахъ болѣе сильно выраженнаго перекручиванія зондъ не можетъ быть проведенъ вовсе и просвѣтъ трубы представляется мѣстно несуществующимъ, благодаря чему не только въ ранніе періоды

жизни дѣвочки, но даже и во время утробной жизни могутъ наблюдаться тѣ или другіе послѣдовательныя измѣненія.

Далеко рѣдко уже у взрослыхъ женщинъ приходится наблюдать присутствіе болѣе или менѣе рѣзко выраженныхъ спиральныхъ извилинъ на протяженіи Фаллопіевой трубы, обыкновенно на ея наружномъ абдоминальномъ концѣ. Присутствіе такихъ извилинъ и перегибовъ въ большинствѣ случаевъ представляетъ извѣстную степень остановки развитія трубы, причемъ сохраняется зародышевый пли дѣтскій типъ ея. Болѣе рѣзкіе случаи подобной остановки развитія встрѣчаются обыкновенно вмѣстѣ съ подобными же явленіями со стороны, какъ остальныхъ половыхъ, такъ и другихъ органовъ тѣла (*Anflexio uteri congenita*, *hypoplasia cordis*, дольчатая почка и др.).

Дѣтская пли зародышевая форма *Tubae Fallopieae* благодаря своей извилистости представляется гораздо чаще и упорнѣе пораженною воспалительно-инфекціонными процессами, чѣмъ труба нормально развитая; особенно рѣзко это наблюдается при пораженіяхъ гонорройнымъ ядомъ.

Воспаленія Фаллопіевыхъ трубъ встрѣчаются чаще у женщинъ въ полномъ расцвѣтѣ половой жизни отъ 20 до 40 лѣтъ; въ болѣе молодомъ и старческомъ возрастѣ они встрѣчаются уже гораздо болѣе рѣдко, единичными случаями они могутъ быть наблюдаемы даже въ самомъ раннемъ возрастѣ у маленькихъ дѣвочекъ. Почти на половину всѣхъ случаевъ воспаленіе поражаетъ обѣ трубы, такъ что *salpingitis duplex* встрѣчается довольно часто; при одностороннихъ формахъ лѣвая сторона представляется чаще пораженною. Не рѣдко приходится наблюдать одну трубу въ состояніи *salpingitis catarrhalis*, другую же въ состояніи *salpingitis purulenta*.

Какъ мы уже сказали, воспалительный процессъ распространяется на слизистую оболочку трубы чаще и легче всего со слизистой оболочки полости матки, въ нѣкоторыхъ же болѣе рѣдкихъ случаяхъ воспаленіе начинается со слизистой оболочки фимбріи и наружнаго конца трубы, переходя сюда со стороны брюшины. Этотъ послѣдній способъ распространенія наблюдается

часто, какъ намъ нерѣдко приходилось видѣть при септическихъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, когда брюшина путемъ лимфатической системы поражается скорѣе и интенсивнѣе, чѣмъ внутренняя поверхность полости тѣла матки. Обычно же внѣ послѣродового періода воспаленіе переходитъ per continuitatem съ слизистой оболочки матки; этимъ мы не хотимъ сказать, конечно, чтобы каждый катарръ ея непременно сопровождался сальпингитомъ. Этиологическими моментами происхожденія сальпингитовъ будутъ, слѣдовательно, тѣ же причины, что и endometritis coeugis. Септическія, гонорройныя и туберкулезныя инфекціи стоятъ на первомъ планѣ; кромѣ того также, но уже гораздо болѣе рѣдко сальпингиты встрѣчаются совмѣстно съ эндометритами при неправильныхъ положеніяхъ, фиброміомахъ и ракахъ матки, при болѣзняхъ яичниковъ и общихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, какъ тифъ, холера, оспа и др.

Принадки. Salpingitis acuta и особенно salpingitis gonorrhoeica, присоединяясь къ заболѣванію матки, обуславливаетъ довольно рѣзко выраженную тупую боль, локализируемую больными весьма точно съ обѣихъ сторонъ матки; боль эта при переходѣ процесса въ хроническое состояніе значительно уменьшается, но никогда не покидаетъ совершенно больныхъ. Весьма скоро присоединяющіяся мѣстныя воспаленія брюшины вокругъ трубы (perisalpingitis) обуславливаютъ появленіе болѣе рѣзкихъ болей, значительно увеличивающихся передъ и вначалѣ менструальныхъ кровотеченій. Всякое движеніе матки дѣлается болѣзненнымъ, больныя не могутъ много ходить, подымать что-либо тяжелое; развиваются боли sub coitu (dyspareunia). Съ заращеніемъ брюшного отверстія трубы и началомъ усиленной работы мышечной части стѣнки ея, необходимой для удаленія скопляющихся выдѣленій черезъ маточное отверстіе, совпадаетъ появленіе судорожныхъ болей, особенно усиливающихся подъ вліяніемъ пріемовъ *Secale cornutum*. (*Сутугинъ*. «Врачъ», 1889, № 21, стр. 476). Количество выдѣленій бываетъ однако настолько относительно незначительно, что оно, смѣшиваясь съ выдѣленіями матки, не можетъ быть достаточно строго опредѣ-

лено. Sub menstruatione, какъ извѣстно, даже и въ нормальномъ состояніи количество жидкаго содержимаго трубы довольно значительно увеличивается, что и даетъ поводъ въ разбираемыхъ нами случаяхъ въ это время значительному увеличенію интенсивности спазмодическихъ болей, достигающихъ аспе своего развитія, получается довольно типическая картина dysmenorrhoeae spasmodicae. Чѣмъ болѣе развивается гипертрофія мышцъ трубы и чѣмъ глубже въ стѣнку проникають воспалительныя измѣненія, тѣмъ сильнѣе, ожесточеннѣе и продолжительнѣе представляются спазмодическія боли. Въ случаяхъ *Kaltenbach*'а и *Сутугина* онѣ достигали чрезвычайной степени. Такая dysmenorrhoea spasmodica въ средней степени своего развитія, стоящая въ связи съ salpingitis gonorrhoeica, наблюдалась уже издавна присущею публичнымъ женщинамъ и носила въ свое время названіе Colica scortorum. Рядомъ съ подобными случаями нерѣдко приходится встрѣчать и такія опорожненія содержимаго трубы, которыя происходятъ безъ того, чтобы больныя ощущали какія бы то ни было боли.

При salpingitis purulenta, отъ какихъ бы этиологическихъ причинъ она ни зависѣла, наблюдается иногда вслѣдъ за гинекологическимъ изслѣдованіемъ, особенно инструментальнымъ, или же sub menstruatione развитіе рѣзко выраженныхъ перитоническихъ явленій вслѣдствіе поступленія гноя въ полость брюшины черезъ orificium abdominale tubae. Развитіе болѣе усиленныхъ рефлекторныхъ сокращеній мышцъ трубы, бывающее при неполнѣ заращенномъ или только рыхло-склеенномъ брюшномъ отверстіи ея, уже вполне достаточно, чтобы обусловить это выступленіе. Интенсивное зараженіе брюшины септическимъ гноемъ трубы было уже не разъ причиною смертельныхъ общихъ перитонитовъ.

Въ теченіи болѣзни хроническаго воспаления трубъ мы видимъ, какъ мало-по-малу начинаетъ представлять неправильности періодъ менструальнаго кровотока. Вначалѣ количество теряемой крови постепенно мало-по-малу увеличивается, развивается меноррагія, затѣмъ уже наступаетъ нарушеніе правиль-

ности появленія кровотеченій, такъ что мы имѣемъ передъ собою картину metrorrhagi'й, начинающихся, повидимому, безъ всякихъ видимыхъ причинъ и ведущихъ свое начало изъ тѣхъ вторичныхъ заболѣваній слизистой оболочки полости тѣла матки, которыя наблюдаются при заболѣваніяхъ придатковъ матки и ихъ обостреніяхъ. (*Славянский. Частная патологія женскихъ болѣзней. Т. 1., стр. 498*).

Въ przypadкамъ, вѣрише послѣдствіямъ, воспаленій трубъ, относится развивающееся безплодіе (sterilitas). Анатомическія измѣненія трубъ при хроническихъ сальпингитахъ и особенно гнойныхъ формахъ представляются на столько стойкими и значительными, что попаданіе и прохожденіе яйца по нимъ дѣлается невозможнымъ. Болѣе легкія катарральныя формы сальпингитовъ въ этомъ отношеніи представляются болѣе благоприятными, такъ какъ restitutio ad integrum при нихъ еще возможна, заращеніе orificium abdominalis tubae встрѣчается болѣе рѣдко и женщины, перенесшія salpingitis catarrhalis, хотя и черезъ довольно долгое время все-таки представляются иногда забеременѣвшими.

Объективное изслѣдованіе. У женщинъ, не обладающихъ чрезмѣрно толстыми и напряженными брюшными стѣнками при наружно-внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи удается безъ особаго труда прощупать съ обѣихъ сторонъ Фаллопиевы трубы, иногда даже въ нормальномъ ихъ состояніи. Тотчасъ за яичникомъ сбоку матки, отходя отъ ея угла, начинается тонкій, довольно-мягкій жгутъ, хорошо прощупывающійся только при пѣжномъ не сильномъ сведеніи обѣихъ изслѣдующихъ рукъ; жгутъ этотъ, направляясь сзади яичника кнаружи, мало-помалу дѣлается все мягче и наконецъ незамѣтно, безъ рѣзкой границы исчезаетъ для нашего осязанія. Въ патологическихъ случаяхъ, какъ напр., при salpingitis hypertrophica онъ представляется весьма рѣзкимъ, плотнымъ и, если нѣтъ болѣе значительныхъ измѣненій покрывающей трубу брюшины и большихъ сращеній, то удается прощупать характерные изгибы трубы, представляющіеся рѣзко выраженными въ случаяхъ дѣтской или зародышевой трубы. Присутствіе болѣе острыхъ измѣненій

брюшины, а равно и обширныхъ сращеній обыкновенно настолько затемняетъ изслѣдованіе, что tuba Fallopiae прощупана быть не можетъ. Производя повторныя изслѣдованія и выждавъ болѣе удобное время, мы все таки достигнемъ того, что можемъ себѣ составить весьма ясное понятіе о состояніи трубы. При salpingitis catarrhalis и связанномъ съ нимъ иногда присутствіи асцитической жидкости въ незначительномъ количествѣ въ полости малаго таза, объективное изслѣдованіе даетъ весьма удовлетворительные результаты. При слегка болѣзненномъ наружно-внутреннемъ изслѣдованіи весьма легко удается у угла матки найти внутренній конецъ трубы и, проводя его между пальцами обѣихъ изслѣдующихъ рукъ, позволяя ему проскальзывать между ними, мы довольно легко, подвигаясь кнаружи, опредѣляемъ и наружный конецъ трубы, представляющійся при этомъ болѣе толстымъ, распряющимся и болѣе рыхлымъ, пока наконецъ контуры его постепенно совершенно не изглаживаются; изслѣдованіе причиняетъ извѣстную степень боли, но не настолько, чтобы она препятствовала производству его. Результатъ такого изслѣдованія мнѣ уже не разъ приходилось провѣрять и подтверждать sub laparotomia при кастраціи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ salpingitis gonorrhoeica уже при болѣе хроническомъ состояніи воспалительнаго процесса и особенно въ случаяхъ смѣшанной инфекціи, пальпація трубъ можетъ дать также удовлетворительныя данныя, указавъ на увеличенный объемъ наружнаго конца трубы и болѣе значительную плотность всего прощупываемаго жгута ея.

Въ остромъ періодѣ при существованіи значительной болѣзненности въ боковыхъ сводахъ мы удерживаемся обыкновенно отъ производства болѣе точнаго наружно-внутренняго изслѣдованія, такъ какъ не разъ уже наблюдали появленіе довольно сильныхъ обостреній съ рѣзкими припадками бокового периметрита. Принимая во вниманіе легкость, съ которою въ этомъ періодѣ заболѣванія можетъ быть обусловлено выходненіе гноя изъ трубы въ брюшину, при болѣе значительномъ сдавливаніи ея между пальцами, намъ дѣлается понятнымъ возможность

появленія не только обостреній, но и развитіе угрожающихъ симптомовъ болѣе разлитого перитонита.

При облитерации orificii abdominalis tubae и при скопленіи извѣстнаго небольшого количества жидкости въ ея полости, мы можемъ уже при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи опредѣлить довольно рѣзко выраженное утолщеніе наружнаго конца трубы. При повторныхъ изслѣдованіяхъ такихъ больныхъ легко опредѣляются колебанія объема утолщенной части трубы, стоящія въ связи со степенью наполненія ея жидкостью; такъ наприм., послѣ регуль и при рѣзко выраженныхъ приступахъ извѣстныхъ подъ именемъ colica scortorum послѣ приступа болей и опорожненія при этомъ черезъ orificium uterinum tubae большого или меньшаго количества скопившейся жидкости мы находимъ утолщеніе трубы гораздо менѣе выраженнымъ или совершенно исчезнувшимъ. Подобное колебаніе объема заболѣвшей трубы особенно рѣзко наблюдается при скопленіяхъ болѣе значительной степени, какъ это бываетъ при hydro-puo-salpinx'ахъ, о которыхъ рѣчь еще впереди на будущей лекціи.

Внутренній маточный конецъ трубы, какъ мы уже сказали, представляется обыкновенно при изслѣдованіи въ формѣ болѣе тонкаго съ болѣе рѣзкими контурами жгута, при salpingitis tuberculosa и иногда при salpingitis catarrhalis на немъ могутъ встрѣчаться мѣстныя утолщенія въ формѣ большей или меньшей величины бугровъ (salpingitis isthmica nodosa), съ анатомическимъ характеромъ которыхъ мы уже познакомились выше. Присутствіе такого рода утолщеній не можетъ быть признаваемо за патогномическій признакъ для salpingitis tuberculosa, какъ это дѣлаетъ *Hegar*, такъ какъ и при простыхъ катарральныхъ формахъ встрѣчаются при клиническомъ изслѣдованіи такія же образованія, какъ это показали изслѣдованія *Chiari* на секціонномъ столѣ и *Schantz* въ клиникѣ.

Распознаваніе. Время отъ времени обостряющіеся боковые периметриты, имѣющіе въ анамнезѣ безспорное зараженіе гонорройнымъ ядомъ, должны всегда побуждать насъ къ точному изслѣдованію ихъ въ связи съ явленіями dysmenorrhoeae, ме-

orrhagiae, dyspareuniae и анамнестических данных и вполне обезпечить диагноз salpingitidis gonorrhoeicae chronicae. Долго продолжающіяся боли внизу живота безъ рѣзкихъ обостреній съ явлениями усиленныхъ потерь крови sub menstruatione, легко опредѣляемыя границы трубы, присутствіе незначительнаго количества асцитической жидкости, иногда явленія dyspareuniae представляютъ болѣе частое сочетаніе при salpingitis catarrhalis chronica. Первичныя формы salpingitis tuberculosae могутъ быть нами заподозрѣны при наличности данныхъ со стороны объективнаго изслѣдованія, указывающихъ на утолщеніе и оплотненіе трубы и на присутствіе въ выдѣленіяхъ матки туберкулезныхъ бациллъ. При существованіи туберкулезныхъ заболѣваній въ органахъ груди или живота и при имѣющемся сальпингитѣ возможность, что онъ есть заболѣваніе вторичное, также туберкулезное, представляется далеко нерѣдкою; строго и точно повторно произведенное наружно-внутреннее изслѣдованіе, указывающее на присутствіе мѣстныхъ ограниченныхъ утолщеній въ lig. latum и области, окружающей наружный конецъ трубы, а равно и утолщенія внутреннего ея конца, еще болѣе заставляеть насъ признать вторичный salpingitis tuberculosa.

Предсказаніе. Катарральныя формы воспаленій трубъ, а также и болѣе легкія гнойныхъ могутъ еще иногда дать исходъ въ выздоровленіе, при чемъ можетъ произойти полная restitutio ad integrum. Болѣе интенсивныя-же гнойныя сальпингиты переходятъ или въ salpingitis hypertrophica, или-же въ образование ретенціонныхъ кистъ фаллопиевой трубы. При самыхъ благоприятныхъ исходахъ при нихъ, а равно и при salpingitis tuberculosa, не смотря на остановку процесса и обратное развитіе продуктовъ воспаленія, полная restitutio ad integrum не происходитъ. Прогнозъ нашъ слѣдовательно для всѣхъ случаевъ долженъ быть сдержаннымъ, а для гнойныхъ формъ неблагоприятнымъ, особенно что касается до возможности забеременѣванія. Продолжительность болѣзни должна быть всегда предусматриваема, равно какъ и возможность быстрого появленія обо-

стрений, связанныхъ иногда съ опасными пораженіями брюшины.

Лѣченіе. Въ лѣченіи сальпингитовъ, какъ болѣзни въ большинствѣ случаевъ происхожденія инфекціоннаго, должна играть большую роль профилактика; устраненіемъ возможности зараженія септическими ядами во время родового акта, послѣродового періода и при выкидышахъ достигается уже значительное пониженіе числа заболѣваній. Тоже относится и къ гонорройному зараженію, при чемъ при этомъ послѣднемъ, если больныя обращаются за враческою помощью при началѣ болѣзни, еще болѣе или менѣе локализованной въ наружныхъ половыхъ частяхъ и влагалищѣ, можно еще надѣяться соотвѣтственнымъ лѣченіемъ задержать распространеніе заболѣванія на слизистую оболочку полости матки и трубъ.

Благодаря полной недоступности фаллопиевыхъ трубъ для примѣненія мѣстнаго гинекологическаго лѣченія, мы должны *volens-nolens* ограничиваться только другими методами лѣченія. Въ свѣжихъ, острыхъ случаяхъ сальпингитовъ, при наличности такового же пораженія слизистой оболочки полости матки, терапия наша должна быть энергично направлена на эту послѣднюю, но и это только тогда, когда мы еще не подозреваемъ скопленія гноя въ каналѣ трубы, при существованіи же этого послѣдняго и при незаросшемъ *orificium abdominale tubae* всякая манипуляція, необходимая при лѣченіи *endometritis*, можетъ легко вызвать усиленные сокращенія мышцъ трубы и обусловитъ выходеніе хотя и незначительнаго количества гноя въ полость брюшины, достаточнаго однако для развитія остраго *peritonitis lateralis*. Поэтому въ большинствѣ случаевъ намъ приходится ограничиваться назначеніемъ строгаго покоя, больная лежитъ въ постели болѣе или менѣе продолжительное время до прекращенія существующихъ болей въ нижней части живота. При болѣе значительной интенсивности этихъ послѣднихъ съ успѣхомъ должны быть назначены ледъ на животъ и наркотическія (опій, морфій) въ формѣ суппозиторій въ прямую кишку; иногда

для прекращенія невыносимой боли оказывается весьма полезнымъ приставленіе пиявокъ къ нижней части живота.

При переходѣ заболѣванія въ болѣе хроническое состояніе можетъ быть рекомендованъ отвлекающій методъ лѣченія. Частое смазываніе T-ra jodii нижней части живота или повторныя мушки на эту область даютъ значительное облегченіе больнымъ. Тоже слѣдуетъ сказать и о мѣстныхъ кровопозвличеніяхъ изъ *portio vaginalis* скарификаціями, производимыми по два раза въ недѣлю. Въ дальнѣйшемъ теченіи хроническихъ сальпингитовъ являются уже показанія способствовать обратному развитію, *restitutio ad integrum*, заболѣваній трубы и остатковъ *perisalpingitis et perimetritis*, при этомъ на первомъ планѣ стоятъ *resolventia*. Іодъ и его препараты примѣняются во многихъ случаяхъ далеко не безъ благопріятныхъ послѣдствій. Смазыванія *tinct. jodii* влагалищной части матки и свода влагалища, соответствующаго заболѣвшей сторонѣ, *suppositoria* съ *kalium jodatam* во влагалище, влагалищныя тампоны изъ іодоформа (*Rp. Jodoformii cumarino desodorati 15,0, Glycerini 150,0*), вводимые на 12 или 24 часа даютъ возможность нерѣдко наблюдать уменьшеніе объема воспалительной припухлости заболѣвшей стороны. Съ этою-же цѣлью могутъ быть также назначены компрессы на животъ изъ различнаго рода рассоловъ, содержащихъ въ себѣ незначительную примѣсь іода, а также соленыя или грязевыя ванны. Остатки воспалительныхъ измѣненій при сальпингитахъ весьма хорошо поддаются также настойчивому примѣненію горячихъ влагалищныхъ душекъ и при отсутствіи какихъ либо скопленій въ полости трубы разумно примѣненному массажу. Въ теченіе времени существованія *dyspareuniae* больнымъ должна быть совѣтуема *abstinentia coeundi*.

Большинство случаевъ распознающихся сальпингитовъ подвляніемъ приведеннаго лѣченія могутъ быть излѣчены на столько, что всѣ безпокоющія больную боли пропадаютъ и остается только болѣе плотный жгутъ на мѣстѣ трубы, который также далеко нерѣдко мало-по-малу пропадаетъ и труба,

по крайней мѣрѣ при гинекологическомъ изслѣдованіи, представляется неизмѣнной. Но встрѣчаются все-таки случаи, относящіеся еще къ сальпингитамъ, лѣченіе которыхъ остается совершенно бесплоднымъ или же можемъ получить только временныя облегченія. Къ первымъ относятся *salpingitis hypertrophica* и нѣкоторыя формы *salpingitidis catarrhalis*, осложненнаго *perimetritide serosa-fibrinosa*, ко вторымъ — *salpingitis purulenta* съ характерными для нея возвращающимися обостреніями периметритовъ; эта послѣдняя форма представляется далеко нрѣдко протекающей весьма долгое время, прежде чѣмъ получится вполне стойкое зарощеніе наружнаго конца трубы и превращеніе ее въ *pyosalpinx*; обычно-же склейки *origicci abdominalis* настолько рыхлы, что или при болѣе повышенномъ внутрибрюшномъ давленіи, или-же при болѣе интенсивной перистальтикѣ стѣнокъ трубы легко получается разрывъ склеекъ и гной выступает или свободно въ полость брюшины, или-же между существующими ложными перепонками развиваются болѣе или менѣе рѣзкія острия воспаленія брюшины на большемъ или меньшемъ протяженіи.

Всѣ только что приведенныя три формы хроническаго сальпингита вызываютъ настолько сильныя боли, существующія постоянно или появляющіяся въ болѣе или менѣе короткіе промежутки времени, что больныя лишены возможности не только производить какія либо физическія работы и такимъ образомъ зарабатывать себѣ кусокъ хлѣба, но иногда неспособны даже просто двигаться, и обречены проводить почти все время въ кровати; и такъ какъ значительное большинство такихъ больныхъ принадлежитъ къ рабочему классу, то болѣе энергическое и болѣе опасное лѣченіе должно считаться настоятельною для нихъ необходимостью. Успѣхи хирургіи послѣдняго времени даютъ намъ такое. Операция удаленія заболѣвшихъ трубъ путемъ чревосѣченія (*laparosalpingoectomy*) получила уже полное право гражданства, какъ *ultimum refugium* въ подобныхъ случаяхъ. Болѣе подробное изложеніе техники производства ея будетъ нами изложено въ слѣдующей лекціи, при лѣченіи ретенціон-

ныхъ кистъ трубы, такъ какъ и при существованіи небольшого объема такихъ кистъ, производство операціи представляется совершенно аналогично въ обоихъ случаяхъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

II.

ЛОСКУТНЫЙ СПОСОБЪ ПЕРИНЕОРАФИИ ПРИ НЕПОЛНЫХЪ РАЗРЫВАХЪ ПРОМЕЖНОСТИ.

Д-ра М. М. Миронова. (Харьковъ).

Изъ кланьки проф. *S. Winkel*'я въ Мюнхенъ.

Лечение старыхъ разрывовъ промежности въ послѣднее время, благодаря *Lawson-Tait*'у, предложившему свой лоскутный способъ и появившейся затѣмъ критической оцѣнкѣ его, возбудило вновь интересъ специалистовъ, почему я и рѣшился подѣлиться съ товарищами нѣкоторыми свѣдѣніями о видоизмѣненномъ способѣ перинеопластики, примѣняемомъ проф. *Winkel*'емъ, тѣмъ болѣе, что способъ этотъ еще не былъ опубликованъ, и я имѣю возможность, благодаря любезно данному мнѣ разрѣшенію, первымъ сообщить этотъ способъ русскимъ colleg'амъ, за что и считаю долгомъ выразить мою глубокую признательность многоуважаемому профессору.

Условія, дающія въ настоящее время возможность получить не только заживленіе старыхъ разрывовъ, но и производить восстановление приблизительно нормальной промежности, заключаются главнымъ образомъ въ способахъ освѣженія бывшего разрыва и послѣдовательнаго соединенія краевъ раны. Что касается перваго, то до предложенія *Diffenbach*'а освѣженіе производилось на слпшкомъ маломъ протяженіи, и главное вниманіе обращалось только на самый промежностный разрывъ, а не на расщепленіе влагалища и прямой кишки. Лишь въ послѣднее время стали прилагать стараніе къ тому, чтобы образовать промежность, которая не только по своей высотѣ, но и по тол-