

расширяемый просвѣтъ; между тѣмъ при сальпингитахъ полость ея расширяется, какъ извѣстно, весьма значительно; это противорѣчіе объясняется несомнѣнно тѣмъ обстоятельствомъ, что автору приходилось имѣть дѣло съ препаратами, мацерированными извѣстное время въ растворѣ хлорной извести. Другая особенность, которую выяснила инъекція трубы саломъ, состоитъ въ весьма малой величинѣ абдоминальнаго отверстія; послѣднее имѣетъ всего 2 милл. въ діаметрѣ, между тѣмъ какъ діаметръ самага раструба даетъ по меньшей мѣрѣ 8—10 mill. Эта особенность объясняетъ частоту закупорки отверстія при сальпингитахъ.

Лимфатическіе сосуды, происходящіе со стѣнокъ фаллопіевой трубы, вливаются въ количествѣ отъ двухъ до трехъ небольшихъ сосудовъ въ толстые стволы, собирающіе лимфу изъ верхней части матки и доносящіе ее до поясничныхъ железъ. Сосуды эти сопровождаютъ вѣтви *art. et venar. utero-ovaric.*, находясь въ складкѣ брюшины; они снабжены клапанами. Безъ сомнѣнія лимфатическіе сосуды фаллопіевой трубы происходятъ сходно съ такими же сосудами матки, изъ трехъ слоевъ, изъ которыхъ составлена стѣнка трубы; авторъ пытался инъецировать отдѣльные слои, причемъ получалъ лимфатическую сѣть брюшины, переходящую въ субъэндотеліальную сѣть серознаго покрова матки; инъекція же мышечнаго слоя въ отдѣльности ему не удавалась.

IV. Лимфатическіе сосуды яичника.

Количество лимфатическихъ сосудовъ яичника, принимая во вниманіе величину органа, поразительно; съ нимъ не можетъ сравниться даже лимфатическая система мужскаго яичка. Небольшіе сосуды, происходящіе изъ перифолликулярныхъ лимфатическихъ сѣтей, направляются къ *hylus ovarii*. Одинъ уколъ этого *hylus'a* инъецируетъ весьма легко богатое сплетеніе, покрывающее совершенно подлежащій *plexus venosus*. Мало-по-малу сплетеніе уменшается въ объемѣ, оканчиваясь 4, 5 или 6 лимфатическими стволами, принимающими направленіе кверху; эти стволы, сопровождая маточно-оваріальные кровеносные сосуды, идутъ вмѣстѣ съ ними подъ брюшиной, впереди безъимянныхъ сосудовъ. Выше они лежатъ впереди мочеточниковъ и, наконецъ, вливаются въ 2 или 3 железы, лежащія впереди аорты слѣва; справа же они вливаются въ группу железъ, расположенныхъ ниже, спереди *venae cavae inferioris*.

Г. Рунге.

145. Paul Poirier. Du role des lymphatiques dans les inflammations de l'uterin, des annexes et du peritoine pelvien. (Le Progrès médical. № 3 et 4 1890). Значеніе лимфатическихъ сосудовъ при воспаленіи матки, маточныхъ придатковъ и брюшины таза.

Нѣтъ ничего обыкновеннѣе болѣе или менѣе широкихъ сращеній, соединяющихъ матку со стѣнками малаго таза или же съ сосѣдними органами. Авторъ изслѣдовалъ половые органы женщины болѣе чѣмъ на 300 субъектахъ, принадлежавшихъ, правда, въ большинствѣ случаевъ, болѣе зрѣлому

возрасту, и онъ пришелъ къ заключенію, что здоровая матка, въ смыслѣ отсутствія большаго или меньшаго количества сращеній, являющихся послѣдствіемъ бывшихъ воспаленій, есть рѣдкость, почти исключеніе. Заднія сращения, идущія отъ фаллопиевыхъ трубъ или задней стѣнки матки къ яичникамъ, стѣнкѣ таза или прямой кишки, встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ сращения въ передней области таза. Вспомнивъ, что суб-эндотелиальный слой брюшины матки представляетъ весьма богатую лимфатическую сѣть, сообщающуюся съ глубокими лимфатическими сосудами органа, мы уже не можемъ удивляться частотѣ сращеній, въ виду того, что очень немногія женщины остаются свободными отъ одного изъ видовъ внутренно-маточнаго воспаленія, во время своей половой жизни. Внутри-маточное воспаленіе не можетъ разрѣшиться безъ того, чтобы не вызвать большаго или меньшаго участія со стороны серознаго покрова матки. Единственно слизистая оболочка шейки матки можетъ воспалиться, не вызывая сочувственныхъ явленій въ брюшинѣ, покрывающей органъ. Остается узнать, можетъ ли воспалительный процессъ оставаться въ границахъ области шейки матки? Воспаленіе шейки матки можно признать, если подъ этимъ именемъ понимать преобладаніе шейки въ болѣзненномъ процессѣ; обособленное же воспаленіе въ этой области встрѣчаетъ полный скептицизмъ со стороны автора этого изслѣдованія. Въ большинствѣ случаевъ, когда воспаленіе матки остается въ извѣстныхъ границахъ, сочувственныя явленія въ брюшинѣ не имѣютъ бурнаго характера; часто даже эти явленія должны протекать совершенно незамѣченными, выражаясь только приливомъ крови и послѣдовательной пролифераціей элементовъ. Конечно, не всѣ женщины съ сращениями, т. е. громадное большинство ихъ, представляли картину, клинически обываемую воспаленіемъ тазовой брюшины (pelvi-peritonitis), но у всѣхъ у нихъ существовало скрытое воспаленіе, которое, происходя изъ матки, вовлекло въ процессъ лимфатическіе сосуды серознаго покрова ея, вызвавъ пролиферацію ихъ элементовъ. Сращения, въ большинствѣ случаевъ, не представляютъ кровеносныхъ сосудовъ, видимыхъ простымъ глазомъ, даже подъ микроскопомъ встрѣчается только незначительное число ихъ; бываютъ даже случаи, гдѣ ихъ совершенно не находишь. *Наоборотъ, эти сращения почти цѣликомъ состоятъ изъ краевой лимфатической сѣти, служащей продолженіемъ сѣтей серознаго покрова матки* ¹⁾. Существованіе такого факта отрицать нельзя, ибо онъ весьма легко демонстрируется; если произвести уколъ одной изъ матокъ, имѣющихъ сращения, такимъ образомъ, какъ это указано авторомъ въ свое время для инъекціи лимфатическихъ сосудовъ маточной брюшины, то очень скоро наливается небольшой участокъ серозной сѣти; вслѣдъ за тѣмъ ртуть проникаетъ въ лимфатическія сѣти сращения, достигая посредствомъ ихъ, какаго нибудь поблизости находящагося крупнаго ствола, идущаго по стѣнкѣ прямой кишки или стѣнкѣ малаго таза. Неосновательно было бы предположеніе, что въ такихъ случаяхъ ртуть проникаетъ въ самую ткань перемычки; тутъ

¹⁾ Курсивъ автора.

несомнѣнно происходитъ инъекція сосудовъ, а не инфильтрація ткани. На основаніи этого факта, авторъ высказываетъ убѣжденіе, что лимфатическимъ сосудамъ нужно отвести гораздо болѣе видную роль въ исторіи происхожденія извѣстной группы воспалительныхъ процессовъ полости малаго таза, чѣмъ это дѣлается обыкновенно. Воспаленіе тазовой брюшины имѣетъ нѣсколько степеней, смотря по агенту, который его вызвалъ. Между пелвиоперитонитомъ и всѣмъ извѣстными сращеніями разница, безъ сомнѣнія, только въ томъ, что особенности микроба, вызвавшего эти измѣненія, были различны. Переносясь въ ткань серознаго покрова, путемъ суб-эндотеліальныхъ лимфатическихъ сосудовъ, упомянутый возбудитель вызываетъ то острые, то подъ-острые явленія, смотря по своему характеру и свойственной его жизнедѣятельности энергіи. До сихъ поръ большинство авторовъ объясняетъ переходъ воспаленія на брюшину прогрессивнымъ распространеніемъ процесса съ слизистой оболочки матки на слизистую оболочку фаллопиевой трубы. Еслибы это было такъ, то мы видѣли бы преобладаніе воспалительныхъ явленій вокругъ абдоминальнаго отверстія трубы; въ дѣйствительности же эти явленія сосредоточиваются вокругъ самой матки. Во всѣхъ заболѣваніяхъ послѣдней съ свойственными имъ осложненіями, воспаленіе лимфатическихъ сосудовъ играетъ наиболѣе видную роль, иногда, при менѣе интенсивномъ теченіи, вызывая инфильтрацію клѣтчатки (*peri-et parametritis*), иногда же, въ болѣе острыхъ случаяхъ, ведя къ образованію околomаточныхъ нарывовъ (*abscessus peri-uterinus, phlegmone ligamenti lati*), то гнѣздящихся въ клѣтчаткѣ, то исходя отъ железъ (*adenitis et adenophlegmone*); наконецъ, въ другомъ рядѣ случаевъ, инфекціонное начало проникаетъ въ лимфатическую сѣтъ суб-эндотеліальнаго слоя серознаго покрова, поражая брюшину (*pelvi-peritonitis*). Каковы бы ни были пораженія, вызванныя зараженіемъ лимфатическихъ путей матки, энергическое антисептическое лѣченіе полости ея, изъ которой исходятъ все новые возбудители, поддерживающіе болѣзненный процессъ, можетъ повести къ разрѣшенію. Здѣсь мы имѣемъ то же самое, что намъ часто приходится наблюдать при воспаленіи лимфатическихъ сосудовъ нижнихъ конечностей, гдѣ простая антисептическая очистка раны весьма часто ведетъ къ полной *restitutio ad integrum*.

Нѣсколько словъ по поводу флегмонознаго воспаленія широкой связки.

Пренія по этому вопросу не выяснили его окончательно. Самостоятельное флегмонозное воспаленіе широкой связки не имѣетъ болѣе много сторонниковъ. Въ случаяхъ, описанныхъ подъ этимъ названіемъ, дѣло идетъ, дѣйствительно, о послѣдовательномъ заболѣваніи, въ связи съ пораженіемъ лимфатической системы матки. Воспаленные лимфатическіе сосуды могутъ вызвать воспаленіе на любомъ мѣстѣ ихъ протяженія, не исключая и железъ, въ которыя они вливаются. Когда существуетъ загрязненная рана на одномъ изъ пальцевъ ноги, разбухаютъ не только паховыя железы, но и сосуды, вливающіеся въ нихъ; наблюдаются краснота, отеки, даже абсцессы по всей

длинь этихъ сосудовъ. Какая же причина могла бы препятствовать возникновенію аналогичныхъ явленій при какомъ либо раненіи матки? Обиліе лимфатическихъ сосудовъ, толщина ихъ стволовъ, крайняя рыхлость клѣтчатки, которая ихъ окружаетъ, даютъ достаточно условий для образованія лимфатическихъ абсцессовъ и флегмонознаго воспаленія лимфатическихъ железъ.

Авторъ никогда не встрѣчалъ плотной фиброзной ткани, которая, по *M. Guerin*, составляетъ апоневротическій остовъ широкой связки, и не можетъ согласиться съ упомянутымъ изслѣдователемъ, по мнѣнію котораго, широкая связка замкнута со всѣхъ сторонъ извѣстными всѣмъ анатомамъ апоневрозами. Два листка широкой связки, которые, между прочимъ, не имѣютъ одинаковой высоты (задній листокъ шире и много выше передняго), отдѣляются другъ отъ друга почти на всю свою высоту, другими словами, раздвоеніе широкой связки удастся весьма легко. Дѣйствительно, какъ по нижнему, такъ и по наружному краю связки, двѣ составляющія ее пластинки отдѣляются клѣтчаткой, окружающей кровеносные и лимфатическіе сосуды матки; то же самое замѣчается и на внутреннемъ краѣ связки, обращенномъ къ боковой поверхности матки, гдѣ конгломератъ расширенныхъ лимфатическихъ стволовъ занимаетъ треугольное призматическое пространство, вѣдряясь между листками связки. Разрыленная съ трехъ сторонъ дубликатура послѣдней легко раздвигается пальцами, безъ помощи какихъ либо инструментовъ. Только на уровнѣ верхняго края, гдѣ связка состоитъ изъ трехъ пластинокъ, раздѣленіе ихъ не вполне удастся: передняя пластинка отдѣляется еще сравнительно легко, вплоть до круглой связки; раздвоеніе же листковъ, покрывающихъ фаллопиеву трубу, гораздо болѣе затруднительно. Если прибавить, что шпрокопетлистая клѣтчатка, окружающая кровеносные и лимфатическіе сосуды, расположенные на трехъ краяхъ связки, продолжается, мало-по-малу утончаясь, въ видѣ рыхлой ткани, между двумя листками *ligamenti lati*, то очень мало остается отъ апоневротическаго остова, который могъ бы воспрепятствовать появленію гноя между отдѣльными пластинками его. Въ дѣйствительности нерѣдко встрѣчается раздвоеніе листковъ образовавшимся между ними гнойнымъ фокусомъ. Однако, на основаніи своихъ случаевъ авторъ убѣдился, что скопленіе гноя занимало преимущественно одинъ изъ краевъ связки, раздвигая и вѣдряясь между листками ея только послѣдовательно. Обыкновенно такое скопленіе занимаетъ нижній край, вдоль кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, или за наружный край, располагаясь то около сосудовъ, то вокругъ железъ, помѣщающихся на уровнѣ подвздошной артеріи съ ея вѣтвями. Способъ происхожденія такихъ скопленій слѣдующій: вокругъ какого-нибудь кровеноснаго или лимфатическаго сосуда (притомъ послѣдняго чаще, чѣмъ перваго), дѣлается воспаленіе клѣтчатки, съ переходомъ въ нагноеніе; абсцессъ распространяется подъ брюшину таза, или же между пластинками широкой связки. Въ другихъ случаяхъ флегмонозный процессъ железъ, расположенныхъ въ верхней части наружнаго края связки даетъ распространеніе гноя между листками ея на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи. Ни въ какомъ случаѣ широкая связка не пред-

ставляетъ первичнаго фокуса воспалительнаго процесса. Само строеніе ея, съ точки зрѣнія обще-патологической, не допускаетъ возможности появленія первичныхъ фокусовъ въ центральной части ея; здѣсь два брюшинныхъ листка, утолщенныхъ тонкимъ слоемъ мышечныхъ волоконъ, отдѣлены другъ отъ друга только весьма тонкимъ слоемъ клѣтчатки, отличающейся отсутствіемъ болѣе или менѣе значительныхъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ. Разъ первичное заболѣваніе широкой связки невозможно, должно пасть и названіе флегмоны ея, какъ не имѣющее самостоятельнаго значенія.

Патологія сальпингитовъ и инойныхъ воспаленій яичника.

Въ отношеніи исторіи происхожденія сальпингитовъ существуютъ двѣ теоріи: по одной, общепринятой, воспаленіе распространяется непосредственно съ какой-нибудь части слизистой оболочки матки на слизистую оболочку фаллопиевыхъ трубъ, по другой (*Lucas-Championniere*), воспаленіе является посредственно, вызывая косвеннымъ путемъ вторичныя измѣненія въ трубахъ и яичникахъ, распространяясь послѣдовательно по лимфатическимъ путямъ. Истинный ходъ лимфатическихъ сосудовъ матки, описаніе котораго дано въ своемъ мѣстѣ, противорѣчитъ второму воззрѣнію, почему авторъ и присоединяется къ мнѣнію большинства.

Если происхожденіе сальпингита нельзя поставить въ связь съ близкимъ соприкосновеніемъ стѣнокъ трубы съ воспаленными лимфатическими сосудами матки, въ виду того, что эти сосуды находятся постоянно на разстояніи 2—3 сент. отъ этого органа, то для воспаленій яичника условія совершенно измѣняются. Большіе лимфатическіе сосуды, идущіе со дна матки, соприкасаются съ громадными стволами, берущими свое начало изъ перифоликулярныхъ стѣй яичниковъ. Большинство авторовъ признаетъ даже на этомъ мѣстѣ (т. е. на нижнемъ краѣ яичниковъ) широкіе анастомозы между упомянутыми сосудами. Изслѣдованія автора даютъ анастомозамъ мѣсто значительно вышележащее, а именно уже въ поясничной области. Въ виду близкаго соприкосновенія лимфатическихъ сосудовъ обѣихъ группъ и тонкости ихъ стѣнокъ, переходъ воспаленія возможенъ и безъ анастомозовъ. Такой взглядъ допускаетъ, конечно, вѣскія возраженія.

Г. Рунге.

146. **Gene. Endometrite chronique, vomissements rebelles. Guérison.** (Arch. d. Toc. № 1. 1891). Хроническій эндометритъ. Упорная рвота. Выздоровленіе.

Случай, приводимый авторомъ, касается больной, у которой въ продолженіе 3-хъ мѣсяцевъ ежедневно, по утрамъ натошакъ, появлялась рвота, предшествуемая сильною болью въ epigast., иррадіровавшей въ спину, плечи. Послѣ рвоты боли не исчезали. Внутреннее лѣченіе не принесло пользы. При изслѣдованіи найдено: хроническій эндометритъ съ выворотомъ слизистой оболочки цервикальнаго канала. Въ придаткахъ ничего особеннаго. Прижиганіе полости цервикальнаго канала и губъ зѣва раquelin'омъ полости цер-