

IV.

Къ казуистикѣ первичнаго раковаго пораженія яйцеводовъ.

(Изъ Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института).

В. Л. Якобсона.

Содержаніе моего доклада представляетъ описаніе случая раковой опухоли, имѣвшей мѣстомъ своего образованія и развитія лѣвую фаллопиеву трубу. Удаленіе этой опухоли было произведено 14 октября 1897 года профессоромъ Дмитріемъ Оскаровичемъ *Оттомъ* въ Императорскомъ Клиническомъ Повивальномъ Институтѣ.

Больная, 45 лѣтъ, поступила въ Институтъ со слѣдующими болѣзненными симптомами: постоянныя жидкія, водянистыя выдѣленія изъ половыхъ путей, спазматическія боли внизу живота, слабость, головныя боли, головокруженія и общій упадокъ питанія.

Изъ анамнестическихъ данныхъ выяснилось слѣдующее: крови получила на 19 году, типъ менструацій установился сразу: черезъ 4 недѣли по 5 дней, необильны, безболѣзненны, замужъ вышла на 20-мъ году. Послѣ замужества къ кровямъ присоединились боли, хотя сами менструаціи не измѣнились. На третьемъ году послѣ замужества имѣла выкидышъ 4 мѣсяцевъ. Половой жизнью не живетъ съ 23-хъ лѣтъ.

Преращеніе регулъ наступило съ апрѣля 1896 года, чему предшествовало кровотеченіе впродолженіи двухъ мѣсяцевъ (а именно Февраля и Марта 1896 г.), которое прекратилось безъ всякаго лѣченія.

Съ этого времени бывшія и раньше боли въ животѣ и бѣли настолько усилились, что заставили больную искать медицинской помощи. Врачъ, лѣчившій ее до поступленія въ Институтъ, напелъ матку увеличенной, нѣсколько болѣзненной, своды напря-

женными; имъ же былъ удаленъ у больной полиппъ шейки, сдѣлана дисцизія и выскабливаніе матки съ послѣдовательнымъ введеніемъ іода. Виродолженіи 3-хъ недѣль послѣ операціи больная чувствовала себя лучше.

Затѣмъ боли вновь обострились безъ всякой причины; появился выпотъ въ Дугласѣ, сопровождавшійся высокой температурой, доходившей по вечерамъ до 39. Больная провела въ постели 4 недѣли, острые явленія прошли, но положеніе ея стало вновь такое, какъ до операціи.

St. Praesens:

Больная средняго роста и сложенія, костная система правильно развита, мышечная слаба. Кожа, видимыя слизистыя оболочки—блѣдны, малокровны. Подкожный жировой слой атрофированъ. Языкъ обложенъ, аппетитъ плохой, наклонность къ запорамъ.

Въ легкихъ, кромѣ хроническаго бронхита, другихъ явленій нѣтъ. Сердце и сосуды безъ рѣзкихъ измѣненій. Животъ вздутъ, при давленіи очень болѣзненъ. Правая почка подвижна.

Моча ненормальныхъ примѣсей не содержитъ, бѣлку и сахару нѣтъ. При изслѣдованіи половыхъ органовъ найдено слѣдующее: наружные половые органы, влагалище—безъ рѣзкихъ измѣненій. Шейка матки опредѣляется болѣе кпереди, чѣмъ нормально. Величина матки и ея положенія не удается опредѣлить при бимануальномъ изслѣдованіи вслѣдствіи крайней болѣзненности и напряженія стѣнокъ живота. Изслѣдованіе зондомъ показало, что тѣло матки отклонено вправо и впередъ, не увеличено. Въ дугласѣ прощупывается мягковатая слегка эластическая опухоль, вынычающая сильно задній сводъ и оттѣсняющая всю матку цѣликомъ впередъ и вправо. Пробный проколъ, произведенный черезъ задній сводъ, не обнаружилъ присутствія жидкости въ опухоли. Обильныя выдѣленія изъ полости матки—серознаго характера безъ запаха.

Ввиду недостаточности данныхъ для окончательнаго діагноза—больная оставлена подъ наблюденіемъ и, въ то же время, ей назначено симптоматическое и укрѣпляющее лѣченіе: соленыя ванны, мышьякъ, желѣзо и питаніе.

Въ теченіи двухъ недѣль, которыя больная провела въ клиникѣ до операціи, выдающихся измѣненій нельзя отмѣтить.

Въ виду неясности діагноза больная была подготовлена къ изслѣдованію подъ наркозомъ, и, буде оказалось бы необходимымъ, предположено было произвести оперативное вмѣшательство.

При изслѣдованіи подъ хлороформомъ оказалось: uterus-не великъ, тѣло наклонено впередъ и вправо. Слева и сзади отъ него лежитъ опухоль величиной въ большое куриное яйцо, мягковатой консистенціи. Подвижности опухоль совсѣмъ не имѣетъ и представляется тѣсно спаянной съ сосѣдними частями. Правые придатки, кромѣ воспалительныхъ отложеній вокругъ нихъ, никакихъ измѣненій не представляютъ. Лѣвые придатки отдѣльно прощупываемы не были.

Результатомъ этого изслѣдованія было убѣжденіе въ несомнѣнномъ существованіи опухоли и, вѣроятно, лѣвыхъ придатковъ. Хотя натура этой опухоли была неизвѣстна, тѣмъ не менѣе интересы больной требовали оперативнаго вмѣшательства, т. е. ея удаленія, какъ предполагаемой причины страданія больной при отсутствіи другихъ болѣзненныхъ измѣненій. Сѣченіе задняго свода казалось практически наиболѣе удобнымъ путемъ для извлеченія предполагаемой опухоли. Но вскрытіи Дугласа было приступлено къ вылученію этой опухоли, что представляло громаднѣйшія техническія затрудненія, именно: она была сращена съ задней поверхностью матки, кишкой и другими сосѣдними частями. Когда опухоль была нѣсколько освобождена отъ сращеній, то стало ясно, что она представляетъ собой измѣненную лѣвую трубу. При дальнѣйшемъ же ея выдѣленіи и при выведеніи ея черезъ отверстіе задняго свода, опухоль разорвалась и изъ нея, вмѣстѣ съ небольшимъ количествомъ серозной жидкости, стали выходить мозговидныя, рвущіяся массы сѣровато-розоваго цвѣта, не оставляющія сомнѣнія въ злокачественномъ характерѣ опухоли, именно раковомъ ея перерожденіи.

По выдѣленіи опухоли, на маточный конецъ трубы, повидимому неизмѣненный, какъ на ножку, была наложена лигатура.

Что-же касается abdominal'наго конца трубы, то онъ представляется тѣсно сращеннымъ съ яичникомъ, претерпѣвшимъ только старческое измѣненіе.

Въ виду того обстоятельства, что яичниковая ткань макроскопически злокачественно не была измѣнена, а выдѣленіе изъ сращеній было весьма трудно, то казалось возможнымъ оставить его неудаленнымъ и воспользоваться его тканью какъ почкой для наложенія второй изъ лигатуръ, между которыми изсѣчена была труба. Во время операціи было незначительное паренхиматозное кровотеченіе, не возбуждавшее однакожъ никакихъ опасеній и которое, какъ видно изъ послѣоперационнаго теченія, остановилось отъ примѣненной марлевой томпонаціи.

Найденное злокачественное перерожденіе трубы дѣлало обязательнымъ обьизслѣдованіе матки. Серозный ея покровъ, насколько можно было констатировать, не былъ пораженъ; со стороны-же полости матки—былъ взятъ пробный соскобъ слизистой.

Произведенное впослѣдствіи микроскопическое изслѣдованіе соскоба матки показало атрофическія измѣненія въ железахъ и развитіе плотной ткани бѣдной клѣтками въ межуточной ткани (переходъ *endometritis interst.* въ *endometritis atroficans*). Послѣоперационное теченіе осложнилось только повышеніемъ температуры до 38,2° на 7-й день послѣ операціи, зависящимъ отъ остраго катарра пузыря и продолжавшимся 2 дня. Въ остальномъ теченіе гладкое: на 10-й день тампоны вынуты, на 15-й больная встала съ постели, а на 20-й покинула клинику.

При изслѣдованіи нигдѣ болѣзненности нѣтъ; инфильтратъ въ заднемъ сводѣ въ предѣлахъ реактивнаго. Рана покрыта здоровыми грануляціями. Общее состояніе удовлетворительно.

Макроскопическій видъ удаленной опухоли.

Препаратъ, сохраняемый въ слабомъ растворѣ формалина, имѣетъ величину съ куриное яйцо. Я не привожу размѣровъ этой опухоли въ сантиметрахъ, такъ какъ точнаго измѣренія на разорванномъ и консервированномъ препаратѣ сдѣлать нельзя, и даю лишь только общее представленіе о его величинѣ. По формѣ—опухоль сходна съ химической ретортой, узкое горло которой представляетъ маточный конецъ трубы.

Болѣе детальное описаніе препарата—слѣдующее:

Верхній край ея цѣль и закругленъ, нижній—разорванъ.

Толщина мѣста перерѣза трубы равняется поперечнику нормальной трубы. Маточный конецъ на протяженіи около трехъ сантиметровъ постепенно утолщается и, въ тоже время, образуетъ три изгиба и затѣмъ переходитъ, расширяясь, въ самую опухоль. Стѣнки опухоли составляютъ стѣнки расширенной трубы.

О содержимомъ опухоли мы говорили выше. На абдоминальномъ концѣ измѣненной трубы нельзя различить ея частей. Наружная поверхность опухоли покрыта брюшиной по верхнему ея краю и по передней и задней поверхности. На брюшинномъ покровѣ ея—видны остатки сросеній. При разворачиваніи мѣста разрыва видно, что вся опухоль состоитъ изъ легко-рвущейся, крошковатой массы, сѣроватаго цвѣта, имѣющаго видъ цвѣтной капусты; мѣстами болѣе выступаетъ какъ бы ворсистый видъ опухоли. Наружная оболочка только на нѣкоторыхъ мѣстахъ отдѣляется и между ней и самой опухолью можно замѣтить соединительно-тканые тяжики, легко рвущіеся. Въ остальномъ опухоль не представляетъ ничего особеннаго.

Микроскопическое изслѣдованіе ¹⁾.

При микроскопическомъ изслѣдованіи препарата видна стѣнка трубы, состоящая изъ трехъ слоевъ. Наружный со-

¹⁾ Микроскопическій діагнозъ установленъ профессоромъ Императорскаго Клиническаго Института Великой Княгини Елены Павловны *Николаемъ Васильевичемъ Петровымъ*; препараты показаны въ Акуш.-Гинекологическомъ обществѣ, засѣд. 19/xii 1897 г.

стоитъ изъ волоконъ плотной соединительной ткани, средній — изъ наружныхъ, продольно идущихъ и внутреннихъ-поперечныхъ мышечныхъ волоконъ; однакожъ эти слои представляются неясными и въ общемъ мышцы атрофированы. Самый внутренній слой состоитъ изъ выступающихъ въ полость разражений, идущихъ безъ всякаго порядка; всѣ онѣ выстланы цилиндрическимъ эпителиемъ. Эпителиальныя клѣтки располагаются неправильнымъ образомъ, мѣстами въ нѣсколько слоевъ, мѣстами въ одинъ рядъ; въ послѣднемъ случаѣ ядра эпителиальныхъ клѣтокъ лежатъ на различныхъ уровняхъ и при томъ одни рѣзко окрашиваются, другія слабо; въ другихъ мѣстахъ видны прямо скученныя клѣтки. Соединительной ткани въ этихъ ворсистыхъ разроженіяхъ весьма мало, или она даже совсѣмъ отсутствуетъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ эпителий разрастается въ глубь и можно даже иногда въ болѣе глубокихъ мѣстахъ видѣть альвеолы, наполненныя эпителиальными клѣтками.

При изслѣдованіи микроскопически маточнаго конца трубы въ немъ ничего характернаго не найдено. Просвѣтъ трубы щелевидный, толщина стѣнокъ не всюду равномерна; просвѣтъ выстланъ цилиндрическимъ эпителиемъ, нигдѣ непредставляющимъ атипическихъ разраженій.

Изъ доступной мнѣ литературы по затронутому мною предмету можно вывести заключеніе, что разработка вопроса о первичномъ раковомъ пораженіи трубы принадлежитъ послѣднему десятилѣтію.

Многіе патолого-анатомы совершенно отрицаютъ возможность первичнаго раковаго новообразованія въ трубѣ, такъ *Klebs* и *Ort* ²⁾ указываютъ только на переходы раковаго пораженія съ матки и яичниковъ, считая и это обстоятельство рѣдкимъ явленіемъ. *Рокитанскій* ³⁾ наблюдалъ разсѣянныя разраженія въ трубѣ, считая, однако, ихъ происходящими изъ соединительно-тканнаго слоя трубы. Такой компетентный клиницистъ, какъ *Шредеръ* ⁴⁾ тоже не признаетъ первичнаго

²⁾ Д-ръ *И. Ортъ*.—Руководство къ патолого-анатомическй діагностики русск. пер. проф. *В. П. Крылова*, 1890 г., стр. 399.

³⁾ *Горвицъ*.—Руководство къ патологіи женской половой сферы 2 изд. т. 2 стр. 434.

⁴⁾ Карлъ *Шредеръ*.—Руковод. къ болѣзнямъ женскихъ половыхъ органовъ пер. *Серебрякова* 1890 г. стр. 433.

развитія рака въ трубѣ и, цитируя случай *Orthmann*'а, считаетъ началомъ процесса яичникъ. Такого же мнѣнія придерживается и *Bandl* ⁵⁾; *Горвицъ* ⁶⁾ считалъ такое явленіе чрезвычайной рѣдкостью.

Просматривая же новѣйшую литературу, мы можемъ встрѣтить уже даже въ руководствахъ совершенно иное мнѣніе. Проф. *Славянский* ⁷⁾ признаетъ возможность какъ первичнаго, такъ и вторичнаго пораженія трубы раковымъ новообразованіемъ и даетъ, на основаніи извѣстныхъ 20 случаевъ въ литературѣ, общую патолого-анатомическую и клиническую картину. *Fritsch* ⁸⁾ тоже упоминаетъ о ракъ трубы. *Pozzi* ⁹⁾ въ послѣднемъ изданіи 1897 года тоже говоритъ о ракъ трубы какъ первичномъ, такъ и вторичномъ, относя описанія этихъ случаевъ къ послѣднему времени.

Schauta ¹⁰⁾ въ своемъ руководствѣ раздѣляетъ ракъ трубы на первичный и вторичный и послѣдній признаетъ болѣе злокачественнымъ въ смыслѣ распространенія процесса. *Martin* ¹¹⁾ приводитъ 17 случаевъ, изъ которыхъ 9 онъ признаетъ безусловно первичными и 6 не вполне доказательными.

Кромѣ упомянутыхъ руководствъ, я могъ бы привести и отдѣльныя статьи различныхъ авторовъ, но я не стану утомлять читателей изложеніемъ этихъ случаевъ, упомяну лишь русскихъ авторовъ, описавшихъ первичныя пораженія трубы раковымъ новообразованіемъ, какъ напр. Dr. *Warnéck* ¹²⁾ въ Москвѣ и Dr. *Вас. Вас. Строгановъ* ¹³⁾ изъ клиники проф. *Отта*.

Теперь я перехожу къ изложенію общей картины этого заболѣванія въ клиническомъ и патолого-анатомическомъ отношеніи,—картины, составленной мною на основаніи литературныхъ данныхъ. Это заболѣваніе въ большинствѣ случаевъ

⁵⁾ *Bandl*.—(Handbùch der Frauen krankheiten. Billroth à Lücke II, Band III, Abschnitt. Die Krankheiten der Tüben, стр. 797).

⁶⁾ *Горвицъ*.—Руков. къ патол. женск. полов. сферы, 2 изд., т. 2.

⁷⁾ Д-ръ Кронидъ *Славянский*.—Части. патол. и терапія женскихъ болѣзней, 1897 г., т. 2, стр. 115.

⁸⁾ *Fritsch*.—die krankheiten der Frauen, 1896 г., стр. 474.

⁹⁾ *Traité de gynécologie S. Pozzi* 1897 an. pag. 883 „Tumeurs des trompes“.

¹⁰⁾ Dr. *Friedrich Schauta*.—Lehrbuch der gesammten gynäkologie, 1896, стр. 445.

¹¹⁾ A. *Martin*.—Die krankheiten der Eileiter, стр. 251.

¹²⁾ *ibidem*.

¹³⁾ „Сборникъ работъ по Акуш. и Женск. Бол.“ посвящ. проф. *К. Ф. Славянскому* Спб. 1893.

развивается у женщинъ между 43 и 60 годами и только извѣстны 2 случая у болѣе молодыхъ—случай *Veit'a* у 36-лѣтней и *Строганова*—у 39-лѣтней. Въ большинствѣ случаевъ у женщинъ нерожавшихъ. Нашей больной 45 лѣтъ, имѣла одинъ выкидышъ. Что касается симптомовъ, то тутъ необходимо отмѣтить слѣдующее: главные жалобы больныхъ сводятся на боли, выдѣленія и общій упадокъ силъ. Боли обыкновенно бываютъ въ соответствующей сторонѣ и отдають въ ногу. Боли иногда внезапно ухудшаются безъ видимыхъ причинъ на подобіе того, какъ бываетъ при перекручиваніи ножки кистъ,—какъ говоритъ *Martin*; онъ особенно подчеркиваетъ въ своемъ случаѣ схватко-образныя боли, сопровождающіяся обильными выдѣленіями изъ полости матки. *Pr. Славянскій* характеризуетъ это явленіе названіемъ *Sacto-salpinx carcinomatosa profluens* ¹⁴⁾. Не менѣе важный симптомъ—это измѣненіе характера кровей до меноррагій и метроррагій включительно. Выдѣленія бываютъ серознаго характера, серозно-кровянистаго и даже гнойнаго. Упадокъ питанія наблюдался во всѣхъ случаяхъ. *Alban Doran* ¹⁵⁾ указываетъ также на частое сопровожденіе асцитомъ; въ случаѣ *Landau* ¹⁶⁾—*Icterus*.

Объективное изслѣдованіе всегда указываетъ на присутствіе опухоли. Форма опухоли самая разнообразная: колбасовидная ¹⁷⁾ наиболѣе часто мѣшкообразная ¹⁸⁾, въ видѣ окарины ¹⁹⁾ похожая на *pyo-salpinx* ²⁰⁾ и т. д. Величина опухоли—отъ голубинаго, куриннаго ²¹⁾ яйца до дѣтской головки ²²⁾. Заболѣваніе чаще одностороннее: изъ 17 случаевъ, приводимыхъ *Martin*'омъ съ обѣихъ сторонъ пораженіе было 2 раза.

Необходимо также указать на сопутствующіе этимъ заболѣваніямъ *peri-salpingit*'ы, ведущіе къ закрытію абдоминаль-

¹⁴⁾ Кр. *Славянскій*.—Частн. патол. и терапия Женск. Бол. т. II. 1897 г. стр. 117.

¹⁵⁾ *A. Martin*.—Die krankheiten der Eileiter, 1895, стр. 263 и далѣе.

¹⁶⁾ *Ibidem*.

¹⁷⁾ Случай *Fearne* изъ Дрезденской клин. *Leopold'a* (Ueber primären Tubercarcinom. Arb. a. d. k. Fraunklin Dresden).

¹⁸⁾ Случ. *Landau*.—*Rheinstein'a* см. у *Martin'a*.

¹⁹⁾ *Sänger*.—Тамъ-же.

²⁰⁾ Сл. *Veit'a* у *Martin'a* сл. *Rosthorn'a* „Verhandlung d. deutsch. Gyn. f. Gyn. Leipzig pag 469—476.

²¹⁾ Случай *Строганова*.—Сборн. *Славянскаго*.

²²⁾ Случ. *Eckardt'a* у *Martin'a*.

наго конца трубы; въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдались также salpingit'ы съ образованіемъ sacto-salpinx'a или безъ него. *A. Martin* особенно подчеркиваетъ тотъ фактъ, что всѣ безъ исключенія случаи рака трубы развиваются на хронически воспаленной почвѣ, далѣе, что это воспаление существовало долгое время и climax оказываетъ какое то неизвѣстное вліяніе на развитіе злокачественнаго процесса.

Изъ осложненій при этомъ заболѣваніи часто наблюдается кистовидное измѣненіе яичника и воспалительныя измѣненія въ тканяхъ, окружающихъ придатки. Наибольшій интересъ представляетъ микроскопическая картина, которая болѣе всего разработана.

Проф. *Славянский* ²³⁾ признаетъ 2 формы рака: сосочковый, ворсистый ракъ (carcinoma papillare villosum) и цилиндро-эпителиальный ракъ (carcinoma cylindro cellulare s. adeno-carcinoma).

Первая форма состоитъ изъ массы вѣтвящихся, переплетающихся длинныхъ сосочковъ, имѣющихъ стебелекъ основной соединительной ткани съ петлей кровеноснаго сосуда и покрытыхъ коротко-цилиндрическимъ эпителиемъ; этотъ послѣдній представляетъ большое разнообразіе своей формы. На поперечныхъ срѣзахъ конгломераты такихъ сосочковъ въ складкѣ, окружающей соединительной ткани, представляютъ большое сходство съ альвеолами, выполненными какъ бы однѣми эпителиальными клѣтками, но и въ этихъ мѣстахъ, послѣ внимательнаго изслѣдованія, основа ворсинокъ не рѣзко выраженная можетъ быть доказана. При ворсистомъ ракѣ нѣтъ эпителиальныхъ вѣдреній въ видѣ цуговъ въ подлежащую ткань, дающихъ поводъ думать о вѣдреніи эпителия въ лимфатическіе ходы. Они распространяются въ глубь ткани, сохраняя свой ворсистый видъ. Другой видъ первичнаго рака представляетъ всѣ особенности carcinoma cylindro cellulare. Наружный видъ имѣетъ сосочковое строеніе, сосочки покрыты цилиндрическимъ эпителиемъ; но, распространяясь въ глубь ткани, эта форма рака даетъ железистое образованіе, выполненное сплошь эпителиальными клѣтками. Развитіе этого вида

²³⁾ Пр. *Славянский*.—Частная Пат. и Тер. Жен. бол., стр. 116.

рака ведетъ свое начало по всей вѣроятности изъ железистыхъ образований, развивающихся въ трубѣ при извѣстныхъ формахъ ея хроническихъ воспаленій. (Salpingitis nodosa, salpingitis pseudo-follicularis).

Martin ²⁴⁾ эти формы описываетъ подѣ названіемъ *rein papillärer Bau* и *papillär alveolärer Bau*. Ко второму типу относится и нашъ препаратъ.

Заканчиваю свое сообщеніе изложеніемъ тѣхъ соображеній, на основаніи которыхъ я считаю возможнымъ признать описанный мной случай за первичное раковое пораженіе трубы.

1) Вся опухоль развилась въ удаленной трубѣ.

2) Серозный покровъ матки и слизистая ея оболочка не поражены раковымъ процессомъ.

3) Маточный конецъ трубы представляется здоровымъ.

4) Яичникъ малъ, тогда какъ извѣстно, что яичниковая карцинома растетъ быстро.

5) Исходнымъ пунктомъ новообразованія служила слизистая трубы, тогда какъ при вторичномъ пораженіи слизистая можетъ быть и не тронута, а поражается главнымъ образомъ перитонеальный покровъ и стѣнки трубы. Таковыя данныя авторы, какъ напр. *Doran*, *Schauta* и *Martin* считаютъ достаточными для доказательства того, что процессъ начался въ трубѣ.

²⁴⁾ Die krankheiten der Eileiter, стр. 272.