

K voprosu o zabolievanii fallopievykh trub i iaichnikov v patologo-anatomichesom i klinicheskom otnoshenii : dissertatsiia na stepen' doktora meditsiny / S.D. Mikhnova ; tsenzorami dissertatsii, po porucheniiu Konferentsii, byli professory A.I. Lebedev, I.I. Nasilov i privat-dotsent V.F. Maslovskii.

Contributors

Mikhnov, Sergei Dmitrievich, 1860-
Maxwell, Theodore, 1847-1914
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

S.-Peterburg : Tip. Departamenta Udielov, 1889.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/ass73y8p>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

Mikhnoff (S. D.) Diseases of Fallopian tubes and ovaries, Figs.
[in Russian], 8vo. St. P., 1889

*Mikhnoff (S. D.) Diseases of Fallopian
tubes & Ovaries. Plates.*

Изъ Академической акушерско-гинекологической клиники профессора
А. И. Лебедева.

Серія диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-
Медицинской Академіи въ 1888—1889 учебномъ году.

№ 43.

КЪ ВОПРОСУ
О ЗАБОЛѢВАНІИ
ФАЛЛОПІЕВЫХЪ ТРУБЪ И ЯИЧНИКОВЪ

ВЪ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОМЪ И КЛИНИЧЕСКОМЪ ОТНОШЕНІИ.

Диссертация
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

С. Д. Михнова,

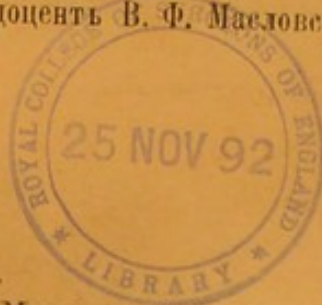
ординатора академической акушерско-гинекологической клиники.

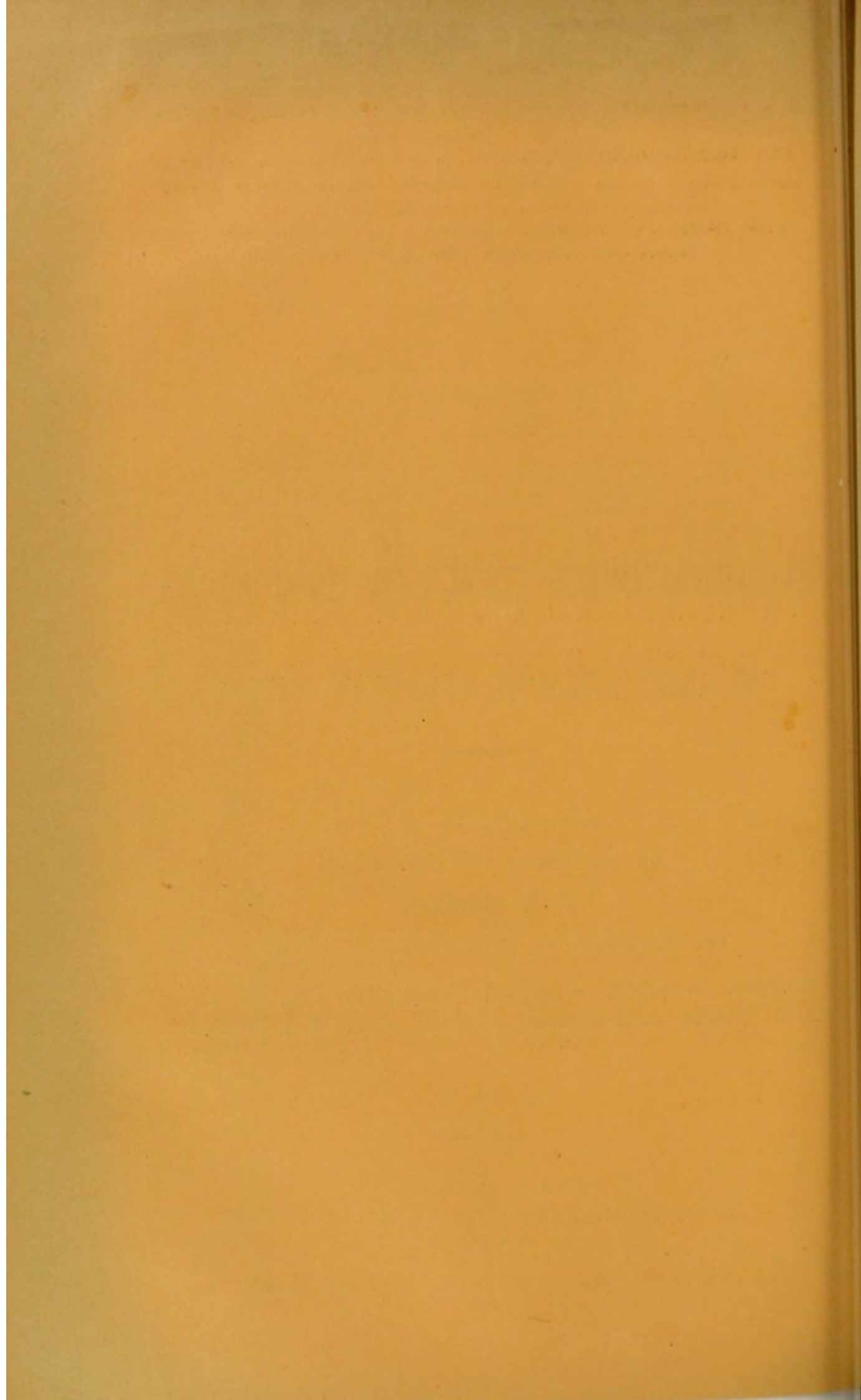
Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были профессора:
А. И. Лебедевъ, И. И. Насиловъ и приватъ-доцентъ В. Ф. Масловскій.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Департамента Удѣловъ, Моховая, № 36

1889.





Изъ Академической акушерско-гинекологической клиники профессора
А. И. Лебедева.

Серія диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-
Медицинской Академіи въ 1888—1889 учебномъ году.

№ 43.

КЪ ВОПРОСУ
О ЗАБОЛѢВАНІИ
ФАЛЛОПІЕВЫХЪ ТРУБЪ И ЯИЧНИКОВЪ

ВЪ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОМЪ И КЛИНИЧЕСКОМЪ ОТНОШЕНІИ.

Диссертация

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

С. Д. Михнова,

ординатора академической акушерско-гинекологической клиники.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были профессора:
А. И. Лебедевъ, И. И. Насиловъ и приватъ-доцентъ В. Ф. Масловскій.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Департамента Удѣловъ; Моховая, № 36.

1889.



Медицинская Академія въ 1888—889 учебномъ году
Списокъ диссертаций, представленныхъ на защитѣ въ Императорской Военно-
медицинской Академіи въ 1888—889 учебномъ году

№ 13

О ЗАБОЛѢВАНІИ

КЪ ВОПРОСУ

Докторскую диссертацию лекаря Михнова подъ заглавіемъ: «Къ вопросу о заболѣваніи фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ въ патолого-анатомическомъ и клиническомъ отношеніи» печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской военно-медицинской академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ, Марта 27 дня, 1889 года.

Ученый Секретарь В. Пашутинъ.



Диссертация

на стипендію доктора медицины

С. Д. Михнова

Докторская диссертация, представленная на защитѣ въ Императорскую Военно-медицинскую Академію въ 1888—889 учебномъ году. Авторъ: Лекарь С. Д. Михновъ. Представлено 500 экземпляровъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ

Въ Типографіи Императорской Военно-медицинской Академіи

1889

Заболѣванія фаллопиевыхъ трубъ представляютъ такой отдѣлъ гинекологіи, на который до самаго послѣдняго времени обращалось весьма мало вниманія. Въ выходящихъ даже въ новѣйшее время учебникахъ по женскимъ болѣзнямъ патологіи трубъ едва удѣляется нѣсколько страничекъ, напр. у Fritsch'a ¹⁾ «воспаленіе трубъ и его послѣдствія» разсматриваются на 2 страницахъ. Хотя съ тѣхъ поръ, какъ сальпинготомія получила въ послѣдніе годы широкое примѣненіе, о заболѣваніи трубъ стали много говорить и писать, такъ что теперь уже накопился богатый матеріалъ для изученія занимающаго насъ вопроса, но и теперь еще заболѣванія трубъ какъ въ патолого-анатомическомъ, такъ особенно въ клиническомъ отношеніи не могутъ считаться точно разработанными. Имѣющійся литературный матеріалъ носитъ главнымъ образомъ казуистическій характеръ, и сравнительно мало существуетъ работъ, посвященныхъ систематическому изученію вопроса, и въ особенности такихъ работъ, которыя (какъ напр. Orthmann'a, Boldt'a, Cornil et Terrillon'a и др.) основывались бы на цѣломъ рядѣ случаевъ, наблюдавшихся авторомъ, и сопровождались бы патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ удаленныхъ при операціи трубъ. На этомъ основаніи, по предложенію глубоко-уважаемаго учителя моего, проф. А. И. Лебедева, я занялся изученіемъ всѣхъ случаевъ сальпинготомій, произведенныхъ имъ въ клиникѣ въ числѣ 22. Матеріаломъ настоящей работы, съ одной стороны, послужили наблюденія надъ больными въ клиникѣ, съ другой — гистологическія изслѣдованія препаратовъ послѣ операціи.

Считаю теперь же необходимымъ указать на слѣдующее. Заболѣванія трубъ рѣдко встрѣчаются изолированно, безъ одновременнаго пораженія яичниковъ. Патологія обоихъ этихъ органовъ такъ неразрывна, что, изучая «salpingitis» какъ анатомическую форму, мы по необходимости не можемъ оставлять безъ вниманія болѣе или

¹⁾ Fritsch. Женскія болѣзни. 1889. Стр. 374—375.

менѣ существенныя измѣненія въ яичникахъ. Тѣ же отношенія существуютъ и въ клинической сторонѣ даннаго заболѣванія. Часто встрѣчающееся при сальпингитѣ пораженіе яичника оказываетъ извѣстное вліяніе на симптомы болѣзни; при діагнозѣ мы не можемъ точно опредѣлить, въ какой степени яичники принимаютъ участіе въ заболѣваніи трубъ; при оперативной терапіи, наконецъ, въ большинствѣ случаевъ приходится производить не сальпинготомію, но оварио-сальпинготомію. На этихъ основаніяхъ разбираемая форма болѣзни лучше всего опредѣляется названіемъ «salpingo—oophoritis». Вотъ почему, изучая патологию собственно фаллопиевыхъ трубъ, я долженъ былъ хотя отчасти коснуться и патологическихъ измѣненій въ яичникахъ.

Въ большинствѣ случаевъ, оперированныхъ проф. А. И. Лебедевымъ, одновременно съ сальпинготоміей были удалены такъ или иначе измѣненные яичники. Последніе представляютъ, конечно, интересный матеріалъ для гистологическаго изученія; оставляя за собою эту задачу на будущее время, я теперь долженъ былъ ограничиться микроскопическимъ изслѣдованіемъ однѣхъ фаллопиевыхъ трубъ.

При изученіи сальпинго-оофорита въ клиническомъ отношеніи было бы весьма интересно разобрать точнѣе въ его этиологию, различныхъ методахъ терапіи и проч. Тѣмъ не менѣе я считалъ возможнымъ ограничиться лишь нѣкоторыми сторонами вопроса о клиническомъ значеніи сальпинго-оофорита, именно: теченіемъ его, симптомами, діагнозомъ; точно также при изученіи терапіи я ограничусь изложеніемъ тѣхъ методовъ оперативной терапіи, которые примѣнялись въ нашей клиникѣ. Поводомъ для подобнаго ограниченія служило желаніе касаться, главнымъ образомъ, тѣхъ сторонъ вопроса, которыя для меня были болѣе ясны вслѣдствіе собственнаго опыта. Такъ, напр., кромѣ наиболѣе надежной оперативной терапіи, т. е. полнаго удаленія заболѣвшаго органа, иногда примѣняются различныя другіе методы хирургическаго леченія при растяженіяхъ трубъ, какъ-то: проколъ, дренажъ, вшиваніе стѣнокъ мѣшка въ брюшную рану и проч. О нихъ я не буду упоминать, такъ какъ я не былъ свидѣтелемъ примѣненія ихъ въ клиникѣ: всѣ наши случаи были оперированы интраперитонеально, причемъ опухоль всегда удалялась.

Если, такимъ образомъ, мнѣ могутъ быть сдѣланы упреки въ неполнотѣ, въ существованіи нѣкоторыхъ пробѣловъ, то эти упреки, мнѣ кажется, могутъ быть ослаблены именно желаніемъ говорить о предметѣ не на основаніи одного литературнаго матеріала, но и на основаніи личныхъ наблюденій.

Краткія историческія указанія.

Не вдаваясь въ подробный историческій обзоръ постепеннаго развитія ученія о патологій трубъ, укажемъ здѣсь лишь на отдѣльные моменты въ исторіи этого вопроса. Прежде всего слѣдуетъ замѣтить, что ученіе о заболѣваніяхъ трубъ, какъ патолого-анатомическомъ, такъ и особенно въ клиническомъ отношеніи, всегда было одной изъ плохо разработанныхъ областей гинекологіи. Этому способствовали многія условія. Во-первыхъ, патолого-анатомы при вскрытіяхъ сравнительно мало обращали вниманія на состояніе половыхъ органовъ, такъ что уклоненія въ трубахъ, не рѣзко бросающіяся въ глаза, оставались безъ вниманія. Далѣе, незначительныя отклоненія отъ нормы легко могутъ маскироваться подъ вліяніемъ посмертныхъ измѣненій; въ этомъ отношеніи ясна разница въ положеніи того изслѣдователя, который прежде долженъ былъ изучать органы лежалаго трупа, и того, который теперь имѣетъ возможность разсматривать ихъ въ совершенно свѣжемъ видѣ послѣ лапаротоміи. Кромѣ того, заболѣванія трубъ сами по себѣ рѣдко служатъ непосредственной причиною смерти, въ случаяхъ же, подвергающихся вскрытію, обыкновенно встрѣчается такая масса важныхъ разстройствъ въ сосѣднихъ органахъ и тканяхъ, что этимъ послѣдовательнымъ измѣненіямъ придавалось главное значеніе, а собственно заболѣваніе трубъ отходило на задній планъ. Еще труднѣе было выяснить значеніе сальпингита въ клиническомъ отношеніи. Скудность данныхъ для клинической діагностики, сложность и запутанность клинической картины, свойственныя этому заболѣванію, и полное безразличіе въ примѣненіи тѣхъ или иныхъ мѣръ собственно лекарственной терапіи, — все это служило причиною того, что самостоятельное значеніе сальпингитовъ низводилось до нуля.

Наиболѣе старинныя указанія, существующія въ литературѣ, касаются такихъ заболѣваній фаллопиевыхъ трубъ, которыя рѣзче всего бросались въ глаза, именно растяженія ихъ накопившеюся въ ихъ полости жидкостью. Но даже такая сравнительно простая патолого-анатомическая форма, какъ *hydrosalpinx*, не была достаточно ясна для прежнихъ авторовъ и многіе изъ опубликованныхъ случаевъ, очевидно, основаны на анатомическихъ ошибкахъ. Такъ, *Meu* ²⁾ въ 1678 г. сообщаетъ о случаѣ водянки трубы, растянутой 112-ю фунтами жидкости. *Hausammann* ³⁾ приводитъ въ своей работѣ много

²⁾ *Meu*. De admirando dextrae tubae uterinae hydrope. 1678.

³⁾ *Hausammann*. Ueber die Retentionsgeschwülste schleimigen Inhalts in den weibl. Genit. 1876.

подобныхъ случаевъ мнимыхъ *hydrosalpinx* овъ, собранныхъ имъ въ старинной литературѣ: Harder, Mucault, Cyprinus, Tulpius и пр. описывали растяженія трубъ громаднымъ (до 150 ф.) количествомъ жидкости. Уже это одно невѣроятное количество жидкости заставляетъ сомнѣваться въ дѣйствительности этихъ случаевъ; очевидно, здѣсь были грубыя ошибки даже на аутопсiи. Большинство этихъ случаевъ, вѣроятно, относятся къ личниковымъ кистамъ.

Нѣкоторыя формы заболѣваній трубъ намѣчены были уже Morgagni ⁴⁾. Въ различныхъ мѣстахъ своего сочиненія онъ описываетъ попадавшіяся ему на вскрытіяхъ измѣненія въ трубахъ. У него мы встрѣчаемъ описаніе гнойнаго скопленія въ трубѣ (Er. XLVI art. 27), водянки (Er. XXVI art. 13), туберкулоза (Er. XXXVIII art. 34) и проч. Но болѣе или менѣе точныя патолого-анатомическія описанія хотя бы напр. растяженій трубы, которыя легче обращаютъ на себя вниманіе, мы встрѣчаемъ лишь у авторовъ 30-хъ годовъ настоящаго столѣтія. (Boivin et Dugès ⁵⁾, Froriep ⁶⁾ и пр. Цѣлый рядъ подобныхъ случаевъ мы находимъ въ Bulletins de la société anat. de Paris того времени. Напр. въ 1837 году Fournet, Nivet, Leroux демонстрировали препараты расширеній трубъ ⁷⁾. Въ позднѣйшей литературѣ существуютъ описанія многочисленныхъ случаевъ скопленій гноя въ трубахъ (преимущественно *in puerperio*), перфораций, туберкулоза трубъ и проч. При подобныхъ процессахъ патологическое состояніе трубъ выступаетъ болѣе или менѣе рельефно. Не такъ легко было выяснитъ тѣ отношенія, которыя существуютъ между трубами и различными воспалительными процессами, развивающимися вокругъ матки. Находя воспалительную опухоль въ тазу женщины, гинекологи старались опредѣлить точнѣе ея мѣстоположеніе. Извѣстныя намъ въ настоящее время разновидности воспалительнаго процесса были дифференцированы, конечно, лишь постепенно, и прежніе авторы смѣшивали между собою теперь строго различаемыя формы. Напримѣръ, Bennet ⁸⁾ разсматриваетъ вмѣстѣ воспаленія трубъ, ячниковъ и тазовой клѣтчатки, такъ какъ, по его мнѣнію, признаки и теченіе воспаления во всѣхъ случаяхъ настолько сходны, что почти невозможно описывать заболѣваніе каждаго изъ этихъ

⁴⁾ *Morgagni*. De sed. et causis morborum. 1779.

⁵⁾ *Boivin et Dugès*. Traité pratique des maladies de l'utérus etc. 1833. T. II, стр. 584—594.

⁶⁾ *Froriep*. Medicin. Zeitschr. d. Ver. f. Heilk. 1834 г. № 1.

⁷⁾ Bulletins de la Soc. anat. de Paris. 1837. Стр. 36, 99 и 116.

⁸⁾ *Bennet*. On inflammation and Abscess of the uterine appendages etc. Lancet. 1848. July.

органовъ въ отдѣльности. Этому автору, подобно какъ и другимъ его современникамъ, не ясна была граница между воспалительнымъ процессомъ, развившимся въ клѣтчаткѣ широкой связки, и тѣмъ, который захватываетъ яичники, трубы и окружающую брюшину. Болѣе или менѣе рѣзкая граница между различного рода воспалительными процессами въ сосѣдствѣ съ маткой была установлена лишь съ того времени, какъ Virchow далъ точное описаніе параметрита, а Bernutz⁹⁾, на основаніи многочисленныхъ вскрытій и клиническихъ наблюдений, доказалъ, что то, что называется неопредѣленнымъ именемъ inflammation péritérine, есть воспалительный процессъ, развившійся въ полости peritonei, при чемъ это воспаление тазовой брюшины является часто слѣдствіемъ заболѣванія яичниковъ и особенно трубъ. Этому заболѣванію онъ даетъ названіе: pelvipéritonite. Точно также и Aran¹⁰⁾ своими наблюденіями выяснилъ важное значеніе трубъ въ происхожденіи воспаления околоматочной брюшины. Тѣмъ не менѣе и въ работахъ, выходившихъ послѣ Bernutz'a заболѣванія трубъ разсматривались иногда вмѣстѣ съ воспаленіемъ широкихъ связокъ, напр. у Ferd. Verjus¹¹⁾.

Какъ бы то ни было, но патолого анатомическая разработка все-таки значительно опередила изученіе заболѣваній трубъ въ клиническомъ отношеніи. Въ то время, какъ въ сочиненіяхъ Klob'a¹²⁾, Hennig'a¹³⁾ и¹⁴⁾ мы встрѣчаемъ довольно обстоятельный обзоръ заболѣваній трубъ съ патолого-анатомической точки зрѣнія, Scanzoni¹⁵⁾ не придаетъ имъ почти никакого значенія въ клиническомъ отношеніи, онъ сомнѣвается въ возможности діагностировать заболѣванія трубъ и предсказываетъ даже, что ихъ никогда не удастся отличить отъ аналогичныхъ заболѣваній яичниковъ. Горвицъ¹⁶⁾ въ 1883 г. говорилъ: «сальпингитъ никогда не будетъ имѣть того клиническаго значенія, которое думали приписывать ему нѣкоторые гинекологи».

Изученіе трубныхъ заболѣваній пошло быстрыми шагами лишь въ новѣйшее время, когда сальпинготомія стала примѣняться въ широкихъ размѣрахъ. Лапаротомія дала возможность точной и немедлен-

⁹⁾ Bernutz et Goupil. La clinique med. des maladies des femmes.

¹⁰⁾ Aran. Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus etc. Paris 1860.

¹¹⁾ Verjus Ferd. Les abcès puerpéraux des annexes de l'utérus. Thèse. 1867.

¹²⁾ Klob. Pathol. Anatomie d. weibl. Sexualorg. 1864.

¹³⁾ Hennig. Der Katarrh der inneren weiblich. Geschlechtstheile. 1862.

¹⁴⁾ Hennig. Die Krankheiten der Eileiter etc. 1876.

¹⁵⁾ Scanzoni. Lehrbuch der Krankh. d. weibl. Sexualorg. 1867. Томъ 2-й.

¹⁶⁾ Горвицъ. Руководство къ патологій и терапіи женской половой сферы Т. 2, стр. 429.

ной провѣрки клиническихъ данныхъ, благодаря ей клиническія явленія могутъ быть поставлены въ должное соотношеніе съ патолого-анатомическими измѣненіями. Только съ этого времени заболѣванія трубъ обратили на себя общее вниманіе, при этомъ обнаружилось, что эти заболѣванія имѣютъ совершенно самостоятельное значеніе, и съ этого времени быстрыми шагами пошло впередъ изученіе ихъ какъ въ патологоанатомическомъ, такъ и въ клиническомъ отношеніи. Здѣсь я не стану приводить цѣлаго ряда исследованийъ различныхъ новѣйшихъ авторовъ, такъ какъ на нихъ часто придется ссылаться въ дальнѣйшемъ изложеніи.

Патологическая анатомія сальпинго-оофорита.

Болѣзненный процессъ, развившійся въ полости трубы, обыкновенно сопровождается разнообразными послѣдовательными расстройствами въ окружающихъ органахъ и тканяхъ. Свободное сообщеніе канала трубы съ брюшною полостью даетъ возможность непосредственному прониканію въ нее болѣзнетворнаго начала; съ другой стороны, при тонкости стѣнки трубы, воспаленіе слизистой оболочки можетъ распространиться на брюшину, благодаря лишь содѣйствію и органической непрерывности тканей (Hennig¹⁷). Поэтому патологическая анатомія сальпинго-оофорита представляетъ болѣе или менѣе сложную картину; кромѣ измѣненій въ самихъ трубахъ, — центральномъ фокусѣ заболѣванія, — мы должны рассмотреть также измѣненія въ яичникахъ и въ области тазовой брюшины.

А. Заболѣванія фаллопиевыхъ трубъ.

Частота заболѣваній. Хотя, на первый взглядъ, трубы, скрытыя въ глубинѣ малаго таза, представляются мало доступными вреднымъ вліяніямъ, тѣмъ не менѣе анатомическія условія и функциональныя особенности ихъ таковы, что для патологическихъ уклоненій онѣ представляютъ благоприятную почву, при этомъ и незначительныя измѣненія получаютъ важное значеніе, нарушая функцію трубъ, какъ яйцеводовъ (безплодіе, внематочная беременность).

Труба по строенію своему составляетъ, въ сущности, непосредственное продолженіе всѣхъ тканей, входящихъ въ составъ стѣнокъ матки; слизистая оболочка ея есть непосредственное продолженіе слизистой оболочки матки, поэтому а priori можно предположить, что воспалительные

¹⁷) Hennig. Ueber Blennorrhoea virulenta corporis uteri et tubarum. Deutsche medic. Wochenschrift 1879. стр. 672.

процессы въ *endometrium* легко могутъ распространяться и въ трубу *per continuitatem*. Въ самой трубѣ существуютъ условія, благоприятствующія возникновенію и упорному характеру болѣзненнаго процесса. Она обильно снабжена кровью и сосуды ея часто подвергаются значительному переполненію; во время менструальнаго прилива она находится въ состояніи гипереміи, окрашиваясь въ интенсивно красный цвѣтъ. Съ другой стороны, поверхность слизистой оболочки весьма велика сравнительно съ объемомъ трубы вълѣдствіе цѣлаго лабиринта складокъ; эта складчатость слизистой оболочки также является моментомъ, имѣющимъ значеніе при заболѣваніи трубы. Узость канала, въ свою очередь, особенно внутренняго конца, также должна быть принята во вниманіе, такъ какъ это обстоятельство при заболѣваніи трубы служить причиной, вызывающей разстройство ея функций и способствующей накопленію въ трубѣ ея секрета. Громадное значеніе получаетъ то обстоятельство, что *ostium uterinum* открыто прямо въ брюшную полость; это придаетъ заболѣванію трубы особенное значеніе. Всѣ эти обстоятельства указываютъ на то, что заболѣванія трубъ должны представлять одну изъ частыхъ гинекологическихъ формъ.

Въ своей статьѣ: «Is disease of the uterine appendages as frequent as it has been represented?» Сое ¹⁸⁾ относится весьма скептически ко многимъ формамъ заболѣваній трубъ. На основаніи гистологическаго изученія препаратовъ, полученныхъ при сальпинготоміи, онъ полагаетъ, что трубы удаляются часто тамъ, гдѣ въ сущности онѣ не представляютъ никакого заболѣванія или, по крайней мѣрѣ, оно настолько незначительно, что сальпинготомія не имѣла въ данномъ случаѣ достаточныхъ показаній. Особенно сомнительной ему кажется частая діагностика «*Salpingitis catarrhalis*», такъ какъ въ соотвѣствующихъ препаратахъ онъ не нашелъ никакихъ существенныхъ признаковъ воспаленія. Это мнѣніе Сое стоитъ особнякомъ среди общераспространеннаго убѣжденія въ частотѣ заболѣваній трубъ. Переходя къ цифровымъ даннымъ, которыя могли бы служить указателями абсолютной частоты заболѣваній трубъ, прежде всего слѣдуетъ замѣтить, что этотъ вопросъ точнѣе всего можетъ быть рѣшенъ, какъ указываетъ Lewers, наблюденіями при вскрытіяхъ всѣхъ безъ разбора труповъ, попадающихъ въ секціонную. Къ сожалѣнію, такихъ наблюденій сдѣлано мало и, при томъ, собран-

¹⁸⁾ Сое. The Americ. Journal of Obst. 1886 г., стр. 561.

ный матеріалъ не представляетъ необходимаго единообразія для группировки. Schramm¹⁹⁾ говоритъ, что сравнительно рѣдко встрѣчаются на вскрытіяхъ совершенно нормальныя трубы и что свободныя отъ воспаления трубы принадлежать къ исключеніямъ. Bandl²⁰⁾ при вскрытіи 100 труповъ болѣе чѣмъ въ половинѣ случаевъ нашелъ катарръ трубъ. Hennig¹⁴⁾ въ $\frac{3}{4}$ всѣхъ случаевъ при аутопсiи нашелъ въ трубахъ болѣзненные измѣненія и признаки катарра съ болѣе или менѣе значительнымъ скопленіемъ секрета. Cornil²¹⁾, изслѣдуя трубы при каждомъ вскрытіи, находилъ въ нихъ гной приблизительно 1 разъ изъ 20-ти. Lewers²²⁾ при изслѣдованіи 100 труповъ въ 17 случаяхъ встрѣтилъ заболѣванія трубъ съ растяженіемъ канала болѣе или менѣе значительнымъ количествомъ содержаемаго различныхъ свойствъ, такъ напр. въ 5 случаяхъ былъ pyosalpinx, въ 4 haemasalpinx и т. д. Изъ таблицы Winckel'я²³⁾ можно указать на слѣдующія цифры. У 575 женскихъ труповъ: атрезія трубъ встрѣтилась 35 разъ, сальпингитъ 40 разъ, pyosalpinx 1 разъ, hydrosalpinx 38 разъ, haemasalpinx 4 разъ, туберкулезъ 5 разъ и т. д. Kingston Fowler²⁴⁾ въ теченіи 3 лѣтъ встрѣтилъ на вскрытіяхъ 15 разъ hydro и pyosalpinx.

Собранныя данныя имѣютъ слишкомъ отрывочный характеръ для того, чтобы изъ нихъ сдѣлать какіе либо выводы. Они лишь даютъ общее впечатлѣніе, что заболѣванія трубъ встрѣчаются часто и легко ведутъ къ накопленію въ ихъ полости содержаемаго. Относительно собственно катарральныхъ явленій можно добавить, что слишкомъ высокія цифры, полученныя для нихъ нѣкоторыми авторами, не совсемъ убѣдительны, такъ какъ, по мнѣнію Hennig'a, часто встрѣчаемые при вскрытіяхъ признаки катарра могутъ быть приписаны тяжелымъ расстройствамъ въ организмѣ, предшествовавшимъ смерти.

¹⁹⁾ Schramm. Zur Kenntniss der Eileitertuberculose vom pathologisch anatomischen Standpunkte. Archiv f. Gyn. Bd. 19, стр. 416.

²⁰⁾ Bandl. Руководство къ общей и частной хирургіи Питты и Бальрота. Ч. IV. Т. I. Вып. 5-й. 1887.

²¹⁾ Cornil et Klippel. Bull. de la Société anat. 5. Serie. T. I, стр. 360.

²²⁾ Lewers. On the frequency of pathological conditions of the Fallopian tubes as determined by observations in the postmortem room of the London Hospital. Реф. въ the Americ. Journal of Obst, 1888, стр. 1002.

²³⁾ Winckel. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1886.

²⁴⁾ Kingston Fowler. Lancet. 1887. May, стр. 800.

Пути заболѣванія. Заболѣванія трубъ рѣдко возникаютъ первично, обыкновенно они являются результатомъ распространенія болѣзненнаго процесса изъ нижнихъ отдѣловъ полового канала, или же первичнымъ источникомъ ихъ заболѣванія служатъ окружающіе органы въ полости *peritonei*. Можно указать на слѣдующія пути распространенія заболѣваній.

Самый обычный путь — это непосредственный переходъ заболѣванія со слизистой оболочки матки на слиз. обл. трубы, представляющую непосредственное продолженіе первой. Въ этомъ отношеніи *salpingitis* можетъ быть разсматриваемъ какъ аналогъ *epididymitis*: оба они обязаны распространенію воспаления вверхъ по слизистой оболочкѣ полового канала (Mc. Ardle²⁵). Особенно это относится къ гонорреѣ, составляющей столь частую причину заболѣванія трубъ. Было бы странно, какъ говоритъ Polk²⁶), если бы гоноррея, распространяющаяся у мужчинъ по *urethra*, не слѣдовала бы этому же пути и у женщинъ; также странно было бы, если бы, перешедши изъ влагалища на матку, она остановилась бы у трубныхъ отверстій. Но если ютъ аналогіи обратиться къ фактамъ клиническимъ и анатомическимъ наблюденій, то легко убѣдиться, что каналъ (трубы) представляетъ самый удобный путь для распространенія воспаления отъ матки до полости *peritonei*, такъ что сальпингитъ является частой промежуточной фазой между эндометритомъ и периметритомъ (Alban Doran: Specimen, showing the relations to each other of inflammation of the endometrium, fallopian tube, ovary and pelvic peritoneum. 27). Что заболѣваніе распространяется дѣйствительно часто чрезъ трубы, а не чрезъ клѣтчатку широкихъ связокъ, доказывается тѣмъ, что при заболѣваніи трубъ и окружающей брюшины клѣтчатка вокругъ матки и въ широкихъ связкахъ, за исключеніемъ пупереральныхъ заболѣваній, обыкновенно не представляетъ и слѣдовъ воспаления или же представляется нѣсколько измѣненной непосредственно подъ брюшиной. Polk²⁶) при 16 сальпинготоміяхъ нашелъ только въ 2 случаяхъ легкое отеочное набуханіе клѣтчатки связокъ, въ остальныхъ случаяхъ она была совершенно здорова. Точно также Bernutz⁹) въ протоколахъ своихъ вскрытій относительно клѣтчатки *lig. lati* говорить, что она совершенно нормальна.

Но если заболѣваніе распространяется непосредственно по сли-

²⁵) Mc. Ardle. Remarks on pyo-and-hydrosalpinx. The Americ. Journ. of Obst. 1885 г. стр. 354.

²⁶) Polk. Perinterine inflammation. The Med. Record 1886 г. T. 30, стр. 309.

²⁷) Transact. of the obst. Soc. of London. Vol. 27, стр. 164.

зистой оболочкѣ, то въ такомъ случаѣ на всемъ протяженіи трубы должны быть явленія endosalpingitidis. Этому на первый взглядъ какъ-бы противорѣчить то обстоятельство, что заболѣваніе трубы рѣзче выражено на наружномъ ея концѣ. Но, во первыхъ, это можетъ быть объяснено анатомическими отношеніями: слизистая оболочка въ наружномъ концѣ болѣе складчатая и сильнѣе васкуляризированная, можетъ представлять для воспаленія болѣе удобную почву; тогда какъ во внутреннемъ концѣ слиз. оболочка плотно соединена съ подлежащей тканью, малососудиста, малоскладчата, поэтому воспаленіе здѣсь не задерживается и устремляется къ наружному концу (Seuvre ²⁸). При pyosalpinx'ѣ скопленію гноя во внутреннемъ отрѣзкѣ трубы мѣшаетъ узкость канала и сильно развитая мускулатура, говоритъ Hegar ²⁹). Кромѣ того, можетъ быть, имѣетъ значеніе особенность въ строеніи ткани или качество яда, говоритъ онъ, ибо при туберкулозѣ внутренняя часть трубы чаще поражается, чѣмъ при другихъ формахъ.

Съ другой стороны, изслѣдуя трубы, удаленныя у самаго начала ихъ отъ матки, на препаратахъ можно видѣть, что иногда воспалительный процессъ ясно выраженъ на всемъ протяженіи трубы (напр. случай № 19).

Наконецъ выраженіемъ того, что заболѣваніе, распространяясь съ матки, оставляетъ слѣды въ самомъ внутреннемъ отдѣлѣ трубы, можетъ служить та форма сальпингита, которою Schauta ³⁰) назвалъ salpingitis isthmica nodosa.

Другой путь перехода воспаленія отъ матки на трубы образуютъ лимфатическіе сосуды, преимущественно при пuerперальныхъ заболѣваніяхъ. Этимъ путемъ Champignonnière объясняетъ воспаленіе трубъ въ послѣродовомъ періодѣ на томъ основаніи, что внутренняя треть трубы не представляетъ измѣненій. Maier ³¹) сомнѣвается въ непосредственномъ переходѣ пuerперальнаго эндометрита на слизистую оболочку трубы. Seuvre ²⁸) полагаетъ, что пuerперальный сальпингитъ зависитъ отъ маточнаго лимфангита, такъ какъ ему пришлось 3 раза встрѣтить на аутопсіи лимфангитъ пuerперальный съ гноемъ

²⁸) Seuvre. Recherches sur l'inflammation des trompes utérines. Thèse 1874 г.

²⁹) Hegar. Die Entstehung, Diagnose und chirurgische Behandlung der Genitaltuberculose des Weibes 1886 г.

³⁰) Schauta. Ueber die Diagnose der Frühstadien chronischer Salpingitis. Archiv für Gyn. Bd. 33 стр. 27.

³¹) Maier. Pathologisch-anatomische Notizen zur Puerperalfieber. Virchow's Archiv Bd. 29. 1864 стр. 526.

въ трубахъ, тамъ же, гдѣ лимфангита не было, трубы были здоровы; съ этимъ согласенъ Jacques Fioure ³²⁾. Эти данныя, полученные при наблюденіи тяжелыхъ пuerperальныхъ заболѣваній, Lavie ³³⁾ по аналогіи распространяетъ и на легкія септические заболѣванія, сопровождающіеся сальпингитомъ.

Hegar полагаетъ, что лимфатическіе сосуды могутъ служить путемъ распространенія заболѣванія также и для гонорреи и туберкулоза. Именно инфекция идетъ чрезъ соединительно-тканныя щели и лимфатическіе сосуды до брюшины и отсюда распространяется въ открытую воронку трубы. Lohlein ³⁴⁾ полагаетъ, что высыпаніе бугорковъ на слизистой оболочкѣ трубы при здоровой маткѣ свидѣтельствуетъ о томъ, что возбудители воспаленій проникаютъ въ трубы чрезъ лимфатическіе сосуды lig. lat.

Наконецъ третій путь заболѣванія трубъ — распространеніе воспалительнаго процесса, развившагося первоначально въ полости peritonei. Источникомъ заболѣванія можетъ служить яичникъ, какой либо отдѣлъ кишечника, преимущественно rectum, coecum; наконецъ, при существованіи pyosalpinx'a на одной сторонѣ, попаданіе изъ него гноя можетъ вызвать воспаленіе брюшины вокругъ другой трубы и результатомъ этого мѣстнаго перитонита впоследствии можетъ явиться hydrosalpinx и на другой сторонѣ ³⁵⁾.

Вообще воспаленіе около-маточной брюшины, чѣмъ бы оно вызвано ни было, весьма рѣзко отражается на состояніи трубъ. Отложеніе воспалительнаго экссудата на ихъ поверхности и развитіе ложныхъ перепонокъ вызываютъ закрытіе ostii abd., смѣщенія, фиксаціи, перегибы трубъ и проч. Въ результатъ перисальпингита получается разстройство функцій трубы, съ другой стороны нарушается ея питаніе, развиваются застойныя явленія, ведущія къ превращенію трубъ въ водяночныя мѣшки (Martin ³⁶⁾).

Двухсторонность заболѣванія. Такъ какъ заболѣванія трубъ чаще всего являются результатомъ распространенія воспаленія со слизистой оболочки матки, то они обыкновенно появляются на обѣихъ сторонахъ. Тѣмъ не менѣе, между авторами въ этомъ отношеніи не существуетъ одногласія. Конечно, этотъ вопросъ лучше всего могъ бы быть разрѣшенъ путемъ статистики; для этого наиболѣе

³²⁾ Fioure. Lymphatiques utérins etc. Thèse. 1876.

³³⁾ Lavie. Des salpingites. Thèse. 1888.

³⁴⁾ Lohlein. Tageblatt der 59 Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte zu Berlin. 1886 стр. 314.

³⁵⁾ Hegar und Kaltenbach. Die operative Gynäkologie. 1886.

³⁶⁾ Martin. Патологія и терапія женскихъ болѣзней. 1885, стр. 374.

точные данные получились бы, если бы мы имѣли рядъ сообщений различныхъ операторовъ, опубликовавшихъ все свои случаи сальпинготомій. Имѣющийся же литературный матеріалъ вѣрѣе представляетъ слишкомъ отрывочныя и часто неточныя свѣдѣнія. Тѣмъ не менѣе цифры д-ра Шлезингера ³⁷⁾ говорятъ въ пользу двухсторонности заболѣванія.

Между тѣмъ нѣкоторые авторы считаютъ, что заболѣванія трубъ чаще бываютъ односторонними. Мнѣніе Guggemos ³⁸⁾ въ этомъ отношеніи, повидимому, ни на чемъ не основано. Martin ³⁹⁾ на основаніи клиническаго діагноза между 287 случаями сальпингита встрѣтилъ 91 двухстороннихъ, 58 правостороннихъ и 138 такихъ, при которыхъ заболѣваніе было или исключительно на лѣвой сторонѣ, или вполне здѣсь преобладало. Многіе авторы считаютъ лѣвую сторону болѣе склонною къ заболѣванію и даютъ этому различныя объясненія. Wylie ⁴⁰⁾ объясняетъ это неблагоприятными условіями кровообращенія и близостью переполненной прямой кишки. Иногда этому факту дается такое же объясненіе, какъ и тому, что varicosele чаще бываетъ у мужчинъ слѣва, именно дѣло объясняется давленіемъ переполненной recti на vena spermatica sin. (см. Lawson Tait ⁴¹⁾). Но такъ какъ Brinton доказываетъ, что varicosele бываетъ чаще слѣва вслѣдствіе того, что при впаденіи vena spermatica dextra въ venam cavam существуетъ весьма совершенная заслонка, а слѣва ея нѣтъ, то Tait по аналогіи примѣняетъ этотъ фактъ къ болѣзнямъ придатковъ. Однако Hyrtl ⁴²⁾ говоритъ, что vena spermatica у женщинъ обыкновенно бываетъ безъ заслонокъ. Monprofit ⁴³⁾ высказываетъ предположеніе, что въ этомъ отношеніи могутъ играть роль особенности лѣваго ostium uterinum tubae, отклоненія матки, а также и то обстоятельство, что разрывы шейки чаще бываютъ слѣва, вслѣдствіе чего на этой сторонѣ болѣе частыя условія для распространенія воспаленія по лимфатическимъ путямъ.

³⁷⁾ Шлезингеръ. Къ вопросу о леченіи нѣкоторыхъ болѣзней фалл. трубъ чрезосѣченіемъ. Дисс. 1887.

³⁸⁾ Guggemos. Contribution à l'étude de la pyosalpingite etc. Thèse 1885.

³⁹⁾ Martin. Ueber Tubenerkrankung. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Band. XIII 1-86.

⁴⁰⁾ Wylie. Diseases of the fallopian tubes. The Medical Record. 1885, томъ 27, стр. 85.

⁴¹⁾ Lawson Tait. Traité des maladies des ovaires. traduit par. A. Olivier. Paris. 1886.

⁴²⁾ Hyrtl. Руководство къ анатоміи человѣческаго тѣла. 1878, стр. 810.

⁴³⁾ Monprofit. Salpingites et ovarites. Paris. 1888.

Guseerow ⁴⁴⁾ на основаніи своихъ случаевъ (9—duplex, 12—sin, 10—dextr.) склоненъ думать, что трудно установить разницу относительно преобладанія какой-нибудь одной стороны при одностороннемъ заболѣваніи и что врядъ ли справедливо мнѣніе большинства авторовъ въ пользу двухсторонности заболѣванія. Тѣмъ не менѣе можно все-таки утверждать, что заболѣванія трубъ, въ особенности зависящія отъ какой-либо специфической причины, имѣютъ наклонность появляться на обѣихъ сторонахъ. Schramm, напр., ¹⁹⁾ изъ 34 случаевъ туберкулоза трубъ 27 разъ нашелъ пораженными обѣ стороны.

Наши случаи (15 двухстороннихъ изъ 22) говорятъ скорѣе въ пользу двухсторонности, притомъ можно убѣдиться также, что заболѣванія на обѣихъ сторонахъ имѣютъ часто сходный характеръ. Но процессъ можетъ быть выраженъ неодинаково на обѣихъ сторонахъ по своей интенсивности или по времени наступленія. Такъ, на одной сторонѣ мы иногда встрѣчаемъ *salpingitis suppurativa*, на другой—*pyosalpinx* (сл. № 19), или, на одной сторонѣ *s. catarrhalis*—на другой—*hydrosalpinx* (см. № 14), уже развившійся. Поэтому, встрѣчая одностороннее заболѣваніе трубъ, еще нельзя быть увѣреннымъ, что другая сторона гарантирована отъ заболѣванія. Намекомъ на это могутъ служить тѣ случаи, гдѣ вслѣдъ за односторонней сальпинготоміей приходилось повторять операцію и на другой сторонѣ спустя болѣе или менѣе короткій промежутокъ времени. Martin ⁴⁵⁾ 4 раза производилъ повторную лапаротомію при гонорройномъ заболѣваніи придатковъ, одинъ разъ вторая сальпинготомія была сдѣлана спустя всего 5 мѣсяцевъ послѣ первой. Еще болѣе категорически высказывается въ этомъ отношеніи L. Tait ⁴⁶⁾, совѣтуя постоянно производить двухстороннюю сальпинготомію, даже если во время операціи одна изъ трубъ и не представляетъ видимыхъ измѣненій. Ему дважды пришлось дѣлать повторную сальпинготомію и онъ приводитъ еще 5 случаевъ (изъ 26), при которыхъ послѣ односторонней сальпинготоміи оперированныя вскорѣ умерли при явленіяхъ, которыя, повидимому, свидѣтельствовали о выступленіи гноя изъ оставленной трубы съ послѣдовательнымъ перитонитомъ.

Какъ бы то ни было, но подобные факты указываютъ на наклонность заболѣванія развиваться на обѣихъ сторонахъ.

⁴⁴⁾ Gusserow. Erfahrungen über Pyosalpinx und deren operative Entfernung. Archiv für Gyn. Bd. 32, стр. 165.

⁴⁵⁾ Martin. Über die an derselben Person wiederholte Laparotomie. Zeitschrift für. Geb. und Gyn. Band. XV, стр. 238.

⁴⁶⁾ L. Tait. On the results of unilateral removal of the uterine appendages. Americ. Journal of Obst. 1887, стр. 479.

Сальпингиты.

Съ анатомической точки зрѣнія необходимо строго различать болѣзненный процессъ, развившійся въ трубахъ, отъ того состоянія ихъ, которое является конечнымъ стадіемъ заболѣванія. Поэтому необходимо прежде рассмотреть различнаго рода сальпингиты, а затѣмъ растяженія трубъ накопившимся секретомъ.

Патолого-анатомическія измѣненія при сальпингитѣ представляютъ не мало разнообразныхъ формъ, такъ какъ характеръ ихъ опредѣляется совокупностью многихъ условій. Труды удаляются при операціи въ различные періоды со времени заболѣванія, поэтому въ нихъ мы встрѣчаемъ различные стадіи хотя бы одного и того же процесса. Далѣе, интенсивность воспаленія бываетъ весьма различна, начиная отъ легкихъ катарральныхъ измѣненій и кончая процессомъ нагноительнымъ съ разрушеніемъ ткани. Кромѣ того, въ однихъ случаяхъ заболѣваніе охватываетъ одинъ слой трубы, въ другихъ—распространяется на всю стѣнку. Различныя картины получаются также, если разсматривать различныя части трубы на протяженіи ея отъ *pars interstitialis* до бахромокъ. Наконецъ, къ явленіямъ собственно воспалительнымъ въ извѣстной степени могутъ примѣшиваться явленія гинертрофіи и атрофіи. Участиемъ всѣхъ этихъ моментовъ и опредѣляется характеръ макро и микроскопическихъ измѣненій, встрѣчаемыхъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ заболѣванія.

Макроскопическія измѣненія. Заболѣвшія трубы по внѣшнему виду отличаются измѣненіями своего объема и направленія. Именно, онѣ представляются утолщенными и болѣе или менѣе извилистыми. Утолщеніе трубы зависитъ отъ набуханія ткани вслѣдствіе пропитыванія воспалительными продуктами, отъ накопленія нѣкотораго количества содержамаго въ каналѣ и, наконецъ, иногда отъ гиперплазіи ткани. Утолщеніе постепенно увеличивается къ наружному концу трубы, причемъ она здѣсь достигаетъ толщины пальца, или нѣсколько больше. Вообще измѣненія на наружномъ концѣ бываютъ гораздо рѣзче выражены, такъ какъ слизистая оболочка здѣсь весьма богата кровеносными сосудами и въ сравненіи съ маточнымъ концемъ трубы представляетъ гораздо большую поверхность.

Извилистое направленіе трубы объясняется по Klob'у ¹²⁾ отношеніемъ ея къ покрывающей брюшинѣ и широкой связкѣ: при воспаленіи трубы утолщаются и нѣсколько удлиняются, между тѣмъ брюшина не можетъ въ силу недостаточной растяжимости слѣдовать точно за увеличеніемъ объема трубы; послѣдняя, передвигаясь свободно подъ пе-

ритонеальнымъ покровомъ, ложится короткими изгибами, раздвигая листки *mesosalpinx*'а, причемъ серозный покровъ въ видѣ мостика переходить съ одного колѣна трубы на другое. Особенно наглядно можно видѣть это въ случаѣ № 17; здѣсь сильно удлиненные трубы можно было свободно передвигать подъ серозной оболочкой; при выпрямленіи изгибовъ въ одномъ мѣстѣ тотчасъ по сосѣдству получались новые изгибы, раньше не существовавшіе. Образующіеся ложныя перепонки и сращенія прочно закрѣпляютъ эти изгибы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ труба бываетъ такъ изогнута и окутана ложными перепонками, что прослѣдить направленіе канала совершенно невозможно, при разрѣзѣ чрезъ такой клубокъ на одной плоскости сразу попадаетъ нѣсколько сѣченій трубы. Изгибы трубы, перетяжки, смѣщенія и проч., могутъ, конечно, происходить также исключительно отъ сморщиванія отложившихся на ея поверхности ложныхъ перепонокъ.

На видъ труба бываетъ темнаго красноватаго или багроваго цвѣта, особенно въ наружномъ концѣ. Покрывающая ее брюшина или еще подвижна, гладка, блестяща, или же прочно спаяна съ глубже лежащими тканями и часто замѣнена ложными перепонками, обрывки которыхъ весьма рельефно видны, если препаратъ помѣстить въ жидкость.

Слизистая оболочка въ острыхъ случаяхъ сочна, утолщена, сильно инъецирована, особенно въ наружномъ концѣ; въ хроническихъ случаяхъ инъекція не такъ рѣзка, слизистая оболочка блѣднѣе; по мѣстамъ попадаютъ на ней кровоизліянія въ видѣ буроватыхъ, или черныхъ точекъ; при геморрагической формѣ она бываетъ пропитана отложеніемъ кровянаго пигмента, такъ что получаетъ темный, бурый цвѣтъ (№ 20). Складки слизистой оболочки то тянутся рядами продольныхъ гребней, то имѣютъ видъ бородавчатыхъ возвышеній (№ 5), то представляются въ видѣ длинныхъ тонкихъ отростковъ (№ 18), часто сращенныхъ одинъ съ другимъ, наконецъ поверхностные слои слизистой иногда разрушаются и легко снимаются при проведеніи твердымъ тѣломъ (№ 1). Просвѣтъ трубы большею частью расширенъ, иногда зілетъ, но чаще сплошь выполненъ набухшими складками. Въ каналѣ находится небольшое количество секрета. При катаральной формѣ онъ имѣетъ видъ жидкой слизи, въ другихъ случаяхъ — видъ слизистогнойной тягучей массы. Цвѣтъ слизи бѣловатый, зеленоватый, красноватый, даже голубой (Hennig нашелъ въ слизи голубой пигментъ — индикантъ). Слизъ состоитъ изъ муцина, но большей частью изъ особаго вещества, названнаго Hennig'омъ гиалиномъ, отличающимся реакціями отъ муцина. При гнойномъ и геморрагиче-

скомъ салпингитѣ содержимое трубы имѣетъ видъ то густаго сливкообразнаго гноя, то кровянистой жидкости, большею частью, темнаго шоколаднаго цвѣта.

Весьма важное значеніе имѣетъ состояніе наружнаго отверстія трубы. Иногда *ost. abd.* бываетъ открыто, причемъ оно окружено сильно утолщенными, набухшими и укороченными бахромками.

Чаще наружное отверстіе бываетъ закрыто. Обыкновенно закрытіе происходитъ вслѣдствіе образованія склеекъ въ этой области, т. е. вслѣдствіе пельвиоперитонита. При этомъ, по Klob'y 12) бахромки заворачиваются внутрь трубы и срастаніе происходитъ ихъ серозными поверхностями. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, думаетъ Klob, подобное *inversio ostii tubarum albominalis* бываетъ первичнаго происхожденія вслѣдствіе ненормальнаго сокращенія, затѣмъ уже происходитъ спаиваніе серозныхъ поверхностей. Это объясненіе онъ считаетъ позволительнымъ для тѣхъ случаевъ, гдѣ кромѣ этого сращенія нигдѣ нѣтъ уклоненій въ перитонеальномъ покровѣ. Накапливающаяся въ трубѣ жидкость своимъ давленіемъ выпячиваетъ (сл. № 11) отдѣльныя бахромки наружу, вслѣдствіе чего абдоминальный конецъ трубы получаетъ видъ розетки (Schroeder 47). Кромѣ срастанія серознаго покрова, бахромки могутъ спаиваться своими концами, причемъ, если срастаются противоположныя бахромки, то получается родъ перепончатаго мостика, проходящаго чрезъ наружное отверстіе [Seuvre 28)—цитата изъ Sappey'я]. Въ другихъ случаяхъ срастаніе происходитъ со стороны слизистой оболочки у основанія бахромокъ, причемъ (сл. № 17, правая труба) послѣднія свободно обращены въ полость *peritonei* на подобіе распутившагося цвѣтка. Иногда *ostium abd.* само по себѣ не заращено, но закрытіе просвѣта трубы происходитъ вслѣдствіе того, что воронка ея широкимъ отверстіемъ приклеивается къ сосѣднему органу, чаще всего къ яичнику (сл. № 5 и 19). Иногда бахромки остаются обращенными въ полость *peritonei* и въ такомъ положеніи перетягиваются ложными перепонками (сл. № 17, лѣвая труба). Часто отъ бахромокъ не остается слѣдовъ и въ такомъ случаѣ труба прямо оканчивается слѣпымъ мѣшкомъ. Наконецъ (сл. № 13) наружный конецъ можетъ быть такъ окутанъ перепонками, что только при микроскопическомъ изслѣдованіи можно опредѣлить ткань трубы. Закрытіемъ наружнаго отверстія прекращается изліяніе секрета трубы въ брюшную полость и она начинаетъ растягиваться въ кистовидный мѣшокъ.

47) Schroeder. Болѣзни женскихъ половыхъ органовъ, Харьковъ. 1887, стр. 311.

Классификація сальпингитовъ. Указанныя выше макроскопическія особенности заболѣвшихъ трубъ имѣютъ лишь общій характеръ. Что касается до отдѣльныхъ формъ, то, не говоря уже о прежнихъ авторахъ, и не такъ давно еще, напр. въ монографіи Bandl'я ²⁰⁾, воспалительные процессы въ трубахъ описывались лишь подъ двумя категоріями: *salpingitis catarrhalis* и *salpingitis*, причемъ подъ вторымъ разумѣлось болѣе интензивное воспаленіе, распространяющееся болѣе или менѣе на всѣ слои трубы.

Въ послѣдніе годы многіе изслѣдователи (Martin, Orthmann, Cornil, Terrillon, Boldt и пр.) обратили больше вниманія на патологическую анатомію заболѣванія; въ результатъ описаны нѣкоторыя раньше не извѣстныя формы сальпингита. Вмѣстѣ съ тѣмъ существуютъ попытки установить правильную группировку всѣхъ формъ, но въ настоящее время еще не выработана общепринятая и точная классификація.

Придерживаясь этиологическаго принципа классификаціи и въ то же время строго слѣдуя паразитарной теоріи, Saenger ⁴⁸⁾ подробно распредѣляетъ всѣ сальпингиты въ опредѣленные рубрики:

1) Сальпингиты, зависящіе отъ точно извѣстныхъ специфическихъ микробовъ:

- a) *Salpingitis gonorrhoeica*—*gonococcus Neisseri*.
- b) » *tuberculosa*—*bacillus tuberculosis Koch'a*.
- c) » *actinomycosa*—*actinomyces bovis Bollingeri*.

2) Сальпингиты, зависящіе отъ специфическихъ микробовъ, идентичныхъ съ производящими травматическую инфекцію: *salpingitis septica*, *pyaemica*, *diphtheritica*, *phlegmonosa*, *eripelatosa*, *putrida*.

3) Сальпингиты, зависящіе также отъ специфическихъ, но еще не извѣстныхъ микробовъ:

- a) *Salpingitis syphilitica*.
- b) *Salpingitis purulenta*, встречающійся въ юномъ возрастѣ.

Классификація Saenger'a слишкомъ шематична и искусственна. Вообще классификація сальпингитовъ на основаніи этиологіи представляетъ нѣкоторыя неудобства. Во первыхъ, причина заболѣванія трубъ въ отдѣльномъ частномъ случаѣ нерѣдко остается совершенно темной. Кромѣ того, между причиной заболѣванія трубы и ея патолого-анатомическими измѣненіями не существуетъ прямой зависимости, а между тѣмъ послѣднія имѣютъ весьма важное значеніе въ клиническомъ отношеніи.

⁴⁸⁾ Saenger. Etiology, Pathology and Classification of Salpingitis. The Americ Journ. of Obstetrics, 1887, стр. 317.

Cornil и Terrillon 49) 50), а за ними и другіе французскіе авторы разсматриваютъ слѣд. формы:

- 1) *Salp. catarrhale végétante.*
- 2) » *purulente (pyosalpingite).*
- 3) » *hémorrhagique (hémosalpingite).*
- 4) » *blennorrhagique.*
- 5) » *tuberculeuse.*

Эта классификація уже потому неудобна, что въ ней смѣшанъ этиологическій принципъ съ патолого-анатомическимъ.

Точно также не мало возраженій можно сдѣлать дѣленію, предлагаемому Monprofit'омъ 43). На основаніи патолого-анатомическихъ данныхъ онъ различаетъ:

- 1) *Des salpingites muqueuses: catarrhale végétante, papillomateuse.*
- 2) *Des salpingites interstitielles.*
- 3) *Des pyosalpingites: septiques, puerperales, blennorrhagique, tuberculeuse, hemorrhagique.*
- 4) *Des hydropisies de la trompe.*
- 5) *Des hématomes de la trompe sans inflammation.*

Въ этой классификаціи въ сущности нѣтъ никакого руководящаго начала, такъ какъ, начавши разсматривать заболѣванія по слоямъ, Monprofit затѣмъ въ основу принимаетъ интензивность воспаления, и, наконецъ, послѣднія группы заболѣваній трубы, судя по названію, не имѣютъ ничего общаго съ воспаленіемъ. Затѣмъ, почему въ число гнойныхъ салпингитовъ отнесенъ, напр., геморрагическій салпингитъ, туберкулезный? и пр.

Mundé 51) съ анатомической точки зрѣнія разсматриваетъ слѣдующія разновидности:

1) Самая частая форма—утолщеніе трубъ вслѣдствіе интерстиціального воспаления. Эту форму Mundé предлагаетъ называть *rachysalpingitis*.

2) Растяженіе трубъ съ накопленіемъ содержимаго: крови, гноя или серозной жидкости.

3) Катарральный салпингитъ—при этой формѣ труба представляется, главнымъ образомъ, гиперемированной и содержитъ въ каналѣ нѣсколько капель слизистаго гноя (*mucopus*).

49) *Cornil et Terrillon. Anatomie et physiologie pathologique de la salpingite et d'ovarite. Archives de physiologie 3 Serie. X Tome, 1887, стр. 529.*

50) *Terrillon. Inflammations de la trompe et de l'ovaire Annales de gynéc. 1887. Nov. стр. 321—343.*

51) *Mundé. A Year's Work in Laparotomy. The Amer. Journal of Obstetrics, 1888, стр. 15.*

Эти формы, пожалуй, соответствуют различнымъ заболѣваніямъ трубъ, которыя опредѣляются макроскопически, но во всякомъ случаѣ онѣ не даютъ представленія о болѣе детальныя гистологическихъ измѣненіяхъ.

Оставляя въ сторонѣ *hydro-pyo-haematosalpinx*, какъ конечный результатъ болѣзненнаго процесса въ трубахъ, и изучая самый воспалительный процессъ, Martin ³⁹⁾ описалъ двѣ главныя формы сальпингита:

a) *Salpingitis catarrhalis (interstitialis)*.

b) » *follicularis*.

Описанныя Martin'омъ формы сальпингита дополнены и подробнѣе разобраны Orthmann'омъ ⁵²⁾. Последний различаетъ слѣдующія формы:

1. *Salpingitis catarrhalis*, который, смотря по тому, заболѣваетъ ли одна *mucosa* или же участвуетъ вся стѣнка трубы, можетъ быть или *salpingitis catarrhalis simplex*, или *salp. diffusa s. interstitialis*. Какъ особенныя разновидности катаррального сальпингита являются: *salp. haemorrhagica* и *salp. follicularis*.

2) *Salpingitis suppurativa*, характеризующійся разрушеніемъ слизистой оболочки путемъ нагноенія.

Кромѣ этихъ формъ въ послѣдніе годы описаны еще отдѣльно нѣкоторыя разновидности сальпингита. Boldt ⁵³⁾ подробно описалъ *salp. interstitialis*; Chiari ⁵⁴⁾ и Schauta ³⁰⁾—*salp. isthmica nodosa*, Kaltenbach ⁵⁵⁾ и д-ръ Сутугинъ ⁵⁶⁾—*salp. hypertrophica*; д-ръ Савиновъ ⁵⁷⁾—*salpingitis chronica productiva vegetans*. На этихъ формахъ мы ниже остановимся подробнѣе. Теперь мы постараемся сгруппировать всѣ типическія формы сальпингита; для этого будемъ руководствоваться какъ собственными гистологическими изслѣдованіями, такъ и описаніями другихъ авторовъ.

⁵²⁾ Orthmann. Beiträge zur normalen Histologie und zur Pathologie der Tuben. Archiv für path. Anatomie und Physiol. und für klinisch. Med. Bd. 108, стр. 165.

⁵³⁾ Boldt. Interstitial salpingitis. The Americ. Journal of Obstetrics. 1888, стр. 122.

⁵⁴⁾ Chiari. Zur pathologischen Anatomie des Eileitercatarrhs. Zeitschrift für Heilkunde 1887. Band VIII, стр. 457.

⁵⁵⁾ Kaltenbach. Ueber Stenose der Tuben mit consecutiver Muskelhypertrophie der Wand. Centralblatt für Gyn. 1885, стр. 67.

⁵⁶⁾ Сутугинъ. Salpingitis hypertrophica (blennorrhoeica?). Врачъ. 1886, стр. 297.

⁵⁷⁾ Sawinoff. Ein Fall von Salpingitis chronica productiva vegetans. Archiv für Gyn. Bd. 34, стр. 239.

Прежде чѣмъ приступить къ разсмотрѣнію отдѣльных видовъ сальпингита, необходимо предпослать слѣдующія общія соображенія. Всякій воспалительный процессъ въ трубѣ по существу всегда бываетъ одинъ и тотъ же и сводится къ особымъ измѣненіямъ сосудистой системы, причемъ элементы почвенной ткани принимаютъ большее или меньшее участіе въ образованіи воспалительныхъ продуктовъ. Если процессъ изъ остраго состоянія переходитъ въ хроническое, то, какъ извѣстно, воспалительные продукты могутъ подвергаться двумъ различнымъ метаморфозамъ: съ одной стороны, въ нихъ могутъ наступать регрессивныя измѣненія, причемъ ткань, захваченная воспаленіемъ расплывается и уничтожается; съ другой стороны—прогрессивныя измѣненія, ведущія къ новообразованію соединительной ткани. Но рядомъ съ явленіями собственно воспалительными въ элементахъ почвенной ткани иногда наблюдается процессъ усиленнаго роста, который служитъ или слѣдствіемъ воспалительнаго процесса, или же является его случайнымъ спутникомъ [см. Landau und Abel 58)].

Такимъ образомъ всѣ сальпингиты представляютъ лишь различныя варіаціи одного и того же интерстиціального воспаленія, въ свою очередь, видоизмѣняющіяся, смотря по реакціи, которою элементы почвенной ткани отвѣчаютъ на воспалительное раздраженіе.

А) Формы сальпингита, зависящія отъ воспалительнаго процесса въ собственномъ смыслѣ.

Смотря по интенсивности и характеру воспаленія и по тѣмъ измѣненіямъ, которымъ подвергаются воспалительные продукты, различаются слѣдующія формы:

1) *Salpingitis catarrhalis*.—Процессъ начинается обычной картиной воспаленія. Вслѣдъ за расширеніемъ сосудовъ и переполненіемъ ихъ кровью происходитъ пропитываніе ткани слизистой оболочки серознымъ трансудатомъ, къ которому примѣшивается большее или меньшее количество грануляціонныхъ элементовъ. Такъ какъ первыя измѣненія начинаются въ верхушкахъ складокъ, то послѣднія оканчиваются колбовидными вздутіями. При дальнѣйшемъ теченіи инфильтрація распространяется на всю слизистую оболочку и можетъ переходить на остальные слои трубы, хотя послѣднее болѣе свойственно гнойной формѣ. Выселившіеся изъ сосудовъ бѣлые шарики проникаютъ изъ стромы слизистой оболочки въ эпителиальный слой и

58) Landau und Abel. Beiträge zur pathologischen Anatomie des Endometrium. Archiv für Gynaek. 1889. Bd. 34, стр. 165.

отсюда выходить въ небольшомъ количествѣ на свободную поверхность, примѣшиваясь къ эксудату. Главная же морфологическая составная часть послѣдняго образована на счетъ эпителия. Въ началѣ воспаленія послѣдній еще сохраняетъ свои свойства и нерѣдко остается мерцательнымъ. Но въ немъ вслѣдъ за воспалительной инфильтраціей *mucosae* скоро наступаетъ рядъ регрессивныхъ измѣненій. Клѣтки его набухаютъ, дѣлаются мутными, въ дальнѣйшихъ стадіяхъ подвергаются слизистому и жировому перерожденію и, отпадая, участвуютъ въ образованіи секрета трубы. Связь эпителия съ подлежащей тканью дѣлается слабѣе и въ нѣкоторыхъ случаяхъ (напр. № 11) мало измѣненный эпителий цѣлыми пластами отстаетъ съ поверхности *mucosae*. Можетъ быть, это есть слѣдствіе обработки препарата или дѣйствія бритвы, но необходимо замѣтить, что при тѣхъ же условіяхъ эпителий въ одномъ случаѣ представляетъ обширное слущиваніе, въ другомъ—послѣдняго совершенно нѣтъ. То обстоятельство, что на верхушкахъ складокъ эпителия скорѣе исчезаетъ, нежели въ углубленіяхъ между ними, хотя говорить, повидимому, за механическое слущиваніе, но, съ другой стороны, можетъ быть объяснено тѣмъ, что именно на верхушкахъ воспалительный процессъ бываетъ выраженъ сильнѣе всего. Съ другой стороны, въ эпителиѣ наблюдаются явленія размноженія (см. Cornil et Terrillon ⁴⁹), такъ что дѣло идетъ не о простомъ слущиваніи эпителия, а въ тоже время о пролифераціи этихъ элементовъ (см. Cornil et Klippel ²¹).

Часто клѣтки эпителия кажутся расположенными въ нѣсколько рядовъ вслѣдствіе неправильнаго расположенія ядеръ. Frommel ⁵⁹) показалъ, что и въ нормальной трубѣ одни ядра находятся у основанія эпителиальныхъ клѣтокъ, другія у просвѣта трубы, вслѣдствіе чего однѣ клѣтки кверху оканчиваются тонкой протоплазматической нитью съ одной рѣсничкой, другія, тонкія у основанія, кверху сильно расширяются и усажены цѣлымъ рядомъ рѣсничекъ. Иногда при хроническомъ катаррѣ клѣтки эпителия замѣняются низкими, плоскими. Orthmann ⁵²) объясняетъ это такимъ образомъ: при давленіи, которое испытываетъ эпителий вслѣдствіе увеличенія объема двухъ сосѣднихъ складокъ, сперва исчезаютъ рѣснички, затѣмъ эпителий уплощается и превращается наконецъ въ совершенно низкія плоскія клѣтки, и только правильное расположеніе ихъ даетъ возможность заключить о ихъ происхожденіи изъ первоначальныхъ рѣсничныхъ клѣтокъ. Это уплощеніе скорѣе можно объяснить не вза-

⁴⁹) Frommel. Beitrag zur Histologie der Eileiter Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Gyn. Erster Kongress zu München 1886.

имнымъ давленіемъ складокъ, а давленіемъ накапливающагося содержащаго трубы; въ случ. № 20 и № 21 можно было замѣтить, что эпителий, выстилающій складки, вдающіеся въ просвѣтъ, сохраняетъ форму высокихъ цилиндрическихъ клѣтокъ, между тѣмъ какъ въ промежуточныхъ мѣстахъ, гдѣ слизистая оболочка, находясь подъ давленіемъ содержащаго, растянулась и атрофировалась, тамъ клѣтки эпителия значительно ниже.

Набухшія складки mucosae, въ тоже время, при воспаленіи дѣлаются болѣе многочисленными и болѣе вѣтвистыми. По мѣстамъ между отдѣльными складками происходятъ сращенія, вслѣдствіе чего между ними остаются многочисленные ходы и полости, выстланные цилиндрическимъ эпителиемъ, который здѣсь лучше сохраняется, нежели на верхушкахъ складокъ.

Въ просвѣтѣ трубы видны отпавшія эпителиальныя клѣтки, какъ мало измѣненныя, такъ и подвергшіеся слизистому и жировому перерожденію, причемъ получаютъ крупныя слегка зернистыя клѣтки съ весьма нѣжными контурами и клѣтки, имѣющія видъ густаго скопленія зеренъ; далѣе видны гнойныя шарики въ различныхъ стадіяхъ регрессивнаго метаморфоза, мелкозернистый распадъ и небольшое количество красныхъ шариковъ.

При дальнѣйшемъ теченіи катаррального салпингита воспалительные продукты превращаются въ молодую соединительную ткань, при чемъ вмѣсто круглыхъ грануляціонныхъ элементовъ въ ткани mucosae появляется много веретенообразныхъ клѣтокъ, располагающихся въ складкахъ параллельно поверхности эпителия; слизистая оболочка бѣдитъ сосудами и при сморщиваніи соединительной ткани можетъ подвергнуться атрофіи.

Рядомъ съ собственно воспалительными явленіями въ ткани mucosae можетъ происходить разрастаніе ея элементовъ, различной формы гиперплазія, о чемъ ниже.

Катарральный салпингитъ часто ведетъ къ образованію hydro-salpinx'a.

2. *Salpingitis suppurativa*. При болѣе интенсивности процесса воспаленіе не ограничивается одной тканью mucosae, но распространяется на всю стѣнку, получается картина салпингита, обыкновенно называемаго интерстиціальнымъ (Boldt, Orthmann и др.). При этомъ воспалительные продукты или подвергаются регрессивной метаморфозѣ, что придаетъ процессу гнойный характеръ, или же они организуются въ соединительную ткань.

Гнойный салпингитъ, зависящій, по мнѣнію Martin'a (39), если

не всегда, то главнымъ образомъ отъ вѣдренія микробовъ, начинается обильной мелко-кѣточной инфильтраціей складокъ *mucosae* и при дальнѣйшемъ распространеніи на всю стѣнку главные измѣненія все таки локализируются въ слизистой оболочкѣ. Складки ея, на вершинахъ сильно набухшія, получаютъ колбообразную форму (см. № 19), *mucosa* обильно снабжена переполненными кровеносными сосудами и пронизана сплошной мелко-кѣточной инфильтраціей, распространяющейся до границъ мышечнаго слоя; здѣсь инфильтратъ обыкновенно не имѣетъ сплошнаго характера, но распространяется длинными полосами между раздвинутыми мышечными пучками, а по мѣстамъ образуетъ скопленія въ видѣ округленныхъ гнѣздъ. На препаратахъ часто видно, какъ вдоль капилляра разеяны воспалительныя тѣльца, послѣднія нерѣдко скучены вокругъ венъ (*periphlebitis*), д-ръ Савиновъ⁵⁷⁾ наблюдалъ скопленія ихъ вокругъ нервовъ (*perineuritis*). Мелкокѣточный инфильтратъ переходитъ за границы мышечнаго слоя и распространяется до самаго *peritoneum* и иногда въ кѣтчатку *mesosalpinx'a*. Въ наружныхъ слояхъ мускулатуры и въ наружномъ соединительно-тканномъ слоѣ пробѣгаютъ крупные сосуды часто въ извилистомъ направленіи. Серозный и мелко-кѣточный инфильтратъ раздвигаетъ мышечные пучки и ведетъ къ значительному утолщенію стѣнокъ трубы. Серозный эксудатъ имѣетъ видъ мелкозернистой массы, похожей на свернувшійся бѣлокъ (*Boldt*), грануляціонные же элементы, главнымъ образомъ, состоятъ изъ эмигрировавшихъ бѣлыхъ шариковъ; кромѣ того, *Boldt* наблюдалъ происхожденіе ихъ изъ элементовъ соединительной ткани и изъ мышечныхъ волоконъ. Наблюдая уменьшеніе величины пучковъ гладкихъ мышцъ, *Boldt* при сильномъ увеличеніи микроскопа убѣдился, что при этомъ сначала ядра мышечныхъ волоконъ превращаются въ маленькія зернышки, рядомъ съ увеличеніемъ поперечнаго діаметра волокна, затѣмъ мышечное волокно распадается на глыбки различной величины и наконецъ превращается въ кучку воспалительныхъ тѣлецъ. Вслѣдъ за инфильтраціей *mucosae* грануляціонные элементы выходятъ чрезъ слой эпителія на свободную поверхность, образуя главную массу эксудата въ каналѣ трубы. Эпителій подвергается при этой формѣ еще большимъ измѣненіямъ, нежели при катарральной: на вершинахъ складокъ онъ часто совершенно исчезаетъ, между тѣмъ какъ въ углубленіяхъ между складками обыкновенно виденъ еще хорошо сохранившійся цилиндрическій эпителій, хотя чаще безъ рѣсничекъ. Лишенная же эпителіальнаго слоя поверхность представляетъ ссадину, съ которой обильно отдѣляются гнойные шарики.

При дальнѣйшемъ теченіи въ слизистой оболочкѣ, превратившейся въ грануляціонную ткань, наступаетъ процессъ язвеннаго характера подъ вліяніемъ обильной мелко-кѣточной инфильтраціи. Ткань расплывается и распадается на отдѣльные морфологическіе элементы. Сосѣднія складки сливаются вмѣстѣ, по мѣстамъ границы между ними еще замѣтны по расположеннымъ въ болѣе правильные ряды ядрамъ эпителія, не ясно выдѣляющимся среди общей инфильтраціи. При дальнѣйшемъ распаденіи поверхностные слои слизистой оболочки отдѣляются и такимъ образомъ получаютъ дефекты, постепенно распространяющіеся вглубь, при чемъ отъ складокъ остаются отдѣльные уродливые выступы, мало напоминающіе первоначальные контуры складокъ. Такими представлялись гистологическія измѣненія въ сл. № 1. Orthmann ⁵²⁾ наблюдалъ распаденіе слизистой оболочки до границъ мускулатуры и выставяетъ его, какъ характерное для гнойнаго сальпингита. Тѣмъ не менѣе гнойный сальпингитъ можетъ долго протекать и безъ такого разрушенія слизистой оболочки; въ случаѣ № 19 при образовавшемся уже довольно значительномъ скопленіи гноя слизистая оболочка не представляла дефектовъ. Рядомъ съ распаденіемъ происходятъ и продуктивные процессы, ведущіе къ образованію соединительной ткани. Въ то время какъ одна складка распадается, въ другихъ мѣстахъ грануляціонные элементы превращаются въ молодую соединительную ткань, получаютъ длинныя полосы веретенообразныхъ элементовъ, какъ проходящихъ въ стромѣ самой складки, такъ и образующихъ сращенія между слившимися складками. Образованіе соединительной ткани происходитъ и въ остальныхъ слояхъ трубы и ведетъ къ значительному утолщенію послѣднихъ. Что касается до мышечныхъ элементовъ, то они сравнительно мало измѣняется, иногда мышечные пучки гипертрофированы, большею же частью или неизмѣнены, или даже атрофированы (Orthmann).

Гнойный сальпингитъ служитъ начальной формой образованія pyosalpinx'a.

3. *Salpingitis indurativa*. Это названіе, мнѣ кажется, наиболѣе подходитъ для тѣхъ случаевъ, когда грануляціонный инфильтратъ имѣетъ больше склонности организоваться въ соединительную ткань, нежели подвергаться регрессивнымъ измѣненіямъ. Подобный процессъ описываетъ Boldt ⁵⁴⁾ при «*interstitial salpingitis*»; сюда же слѣдуетъ отнести форму, описываемую Munde ⁵¹⁾ подъ именемъ «*pachysalpingitis*» и д-ромъ Савиновымъ ⁵⁷⁾ подъ именемъ «*salpingitis chronica productiva vegetans*».

Salpingitis indurativa представляетъ и макроскопически нѣкоторыя

особенности. Трубы при этомъ значительно утолщены, часто укорочены, каналъ, имѣющій извилистое направленіе, или представляетъ нормальный проевѣтъ, или даже сѣужень, но не расширенъ и содержитъ въ себѣ незначительное количество секрета; на ощупь труба плотнѣе обыкновеннаго. Слизистая оболочка представляетъ обыкновенныя воспалительныя явленія: развѣтвленіе складокъ, мелко-кѣлочную инфильтрацію, измѣненія эпителия и т. д. Но грануляціонный инфильтратъ не имѣетъ наклонности къ распаденію, а большею частью ведетъ къ новообразованію соединительной ткани, развивающейся какъ въ стромѣ всей слизистой оболочки, такъ и образующей сращенія между отдѣльными складками. Въ мышечномъ слое между пучками по мѣстамъ грануляціонный инфильтратъ и новообразованная соединительная ткань, раздвигая мышечные пучки. Послѣдніе или хорошо сохранены, или же истончены, такъ что утолщеніе мышечнаго слоя должно относиться къ категоріи псевдогипертрофіи. Впрочемъ, мышечные пучки долго сохраняютъ свои нормальныя свойства и, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, могутъ представлять рѣзко выраженную гипертрофію и гиперплазію. Въ крупныхъ сосудахъ нерѣдко значительныя измѣненія. Вокругъ венъ и артерій развивается соединительная ткань, мышечный слой артерій по Boldt'у ⁵³⁾ утолщенъ вслѣдствіе восковиднаго перерожденія (waxy degeneration), просвѣтъ нерѣдко сѣужень вслѣдствіе значительнаго разрастанія intimaе, что должно вести къ послѣдовательнымъ разстройствамъ кровообращенія.

Изъ нашихъ случаевъ разрастаніе соединительной ткани среди мышечныхъ пучковъ особенно ясно было видно въ сл. № 2.

Эта форма сальпингита можетъ вести къ атрофіи трубы. Boldt ⁵³⁾ даетъ слѣдующее описаніе атрофированной трубы: труба уменьшена въ діаметрѣ, стѣнки истончены, складки слизистой оболочки значительно уменьшены въ размѣрахъ, онѣ какъ бы сдавлены и неправильно сдвинуты другъ на друга. Остальная часть стѣнки состоитъ изъ плотной соединительной ткани, содержащей по мѣстамъ между пучками небольшія гнѣзда воспалительныхъ тѣлецъ, среди соединительной ткани скудные мышечные пучки, сосудовъ въ стѣнкѣ трубы незначительное количество.

4. *Salpingitis haemorrhagica*. При сальпингитѣ, какъ вообще при всякомъ воспаленіи, происходятъ такія измѣненія въ стѣнкахъ сосудовъ, благодаря которымъ красныя кровяныя шарики выступаютъ изъ нихъ (per rhexin et per diapedesin) въ окружающую ткань; въ эксквизитныхъ случаяхъ получается картина геморрагическаго саль-

ингита. Güemes ⁶⁰⁾ для l'hématosalpingite какъ характерный признакъ выставяетъ скопленіе крови въ трубѣ, но такъ какъ кровь въ трубахъ можетъ накапливаться при атрезіяхъ полового канала, то онъ предлагаеъ названіе l'hémotosalpingite essentielle для тѣхъ случаевъ, гдѣ скопленіе крови обусловлено воспаленіемъ. Но гистологическихъ признаковъ этой формы Güemes не устанавливаетъ и относительно ея онъ повторяетъ то, что свойственно заболѣваніямъ трубъ вообще. Подъ salp. haemorrhagica мы должны разумѣть такую форму, при которой рядомъ съ обыкновенными явленіями воспаления наблюдаются болѣе или менѣе значительныя кровоизліянія въ ткань и въ просвѣтъ трубы. Кстати замѣтимъ, что часто встрѣчаемыя въ наружныхъ слояхъ трубы свѣжія кровоизліянія, можетъ быть, зависать отъ тѣхъ механическихъ поврежденій, которымъ подвергаются трубы при разъединеніи окутывающихъ ихъ ложныхъ перепонокъ. Но, съ другой стороны, кровоизліянія въ трубахъ является результатомъ патологическихъ измѣненій. Геморрагическое воспаление, какъ извѣстно, возникаетъ при высокой интензивности процесса, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда подорвано общее питаніе организма, при чемъ стѣнки сосудовъ получаютъ ненормальную хрупкость. Соотвѣтственно этому кровоизліянія въ трубахъ встрѣчаются при общихъ заболѣваніяхъ:

- при purpura Barlow ⁶¹⁾.
- оспѣ Laboulbène ⁶²⁾
- кори Scanzoni ¹⁵⁾.
- скарлатинѣ Hélie de Nantes.
- тифѣ Rokitansky.
- отравленіи, обширн. ожогѣ Winckel ²³⁾ и т. д.

При воспалительныхъ процессахъ въ тазу возникаютъ рѣзко выраженные явленія застойной гипереміи, и, если всякая слизистая оболочка при воспаленіи склонна къ кровозліяніямъ, то тѣмъ болѣе слизистая оболочка трубы, въ виду крайне развитой сосудистой системы, особенно въ наружномъ концѣ. При сальпингитѣ mucosa тѣмъ легче кровоточить, что и при физиологическихъ условіяхъ, во время менструаціи въ трубѣ происходитъ выдѣленіе крови. Многіе авторы, со времени изслѣдованій Lee, Raciborsky, Pouchet, указываютъ на то, что участіе трубъ въ менструаціи сказывается

⁶⁰⁾ Güemes. De l'hématosalpingite. 1888.

⁶¹⁾ Barlow. Case of uterine haemorrhage. Lancet. 1839. Nov. Стр. 328.

⁶²⁾ Laboulbène. Utérus avec hémorrhagie des trompes etc. Gazette Med. de Paris. 1853. Стр. 75.

выдѣленіемъ крови въ ихъ полость. Scanzoni¹⁵⁾, напр., при вскрытіяхъ умершихъ во время регулъ находилъ въ трубахъ немного крови; съ этимъ согласенъ Klebs⁶³⁾. Leopold⁶⁴⁾ наблюдалъ во время менструаціи сильное переполненіе сосудовъ, выступленіе кровяныхъ шариковъ въ просвѣтъ трубы, въ ткань mucosae и круговой мускулатуры. Подобный же препаратъ демонстрировалъ Hennig⁶⁵⁾. и т. д. Впрочемъ, слѣдуетъ замѣтить, что Veit⁶⁶⁾ при 2 лапаротоміяхъ въ время менструаціи не нашелъ въ трубахъ крови.

Гистологическія особенности геморрагическаго сальпингита заключаются въ слѣдующемъ. Рядомъ съ обыкновенными признаками сальпингита сосуды трубы, особенно въ слизистой оболочкѣ, обильно переполнены кровью, по мѣстамъ въ ткани болѣе или менѣе обширные экстравазаты, производящіе раздвиганіе и уничтоженіе тканевыхъ элементовъ, среди грануляціонной инфильтраціи попадаются зернышки кровянаго пигмента бурого цвѣта. Въ каналѣ трубы или жидкая кровь или сгустки, плотно приставшіе къ какому либо мѣсту слизистой оболочки, при чемъ прилежащая ткань послѣдней представляется разрушенной. Эти признаки геморрагическаго сальпингита, на которые указываютъ авторы, наблюдались въ случаѣ № 20. Но, кромѣ того, здѣсь встрѣтились нѣкоторыя особенности, не указанные до сихъ поръ при геморрагическомъ сальпингитѣ, на сколько мнѣ извѣстно изъ литературы. Именно, въ стромѣ складокъ слизистой оболочки рядомъ съ грануляціонной инфильтраціей и зернами кровянаго пигмента находятся въ большомъ количествѣ крупныя эпителиоидныя клѣтки съ угловатыми контурами, имѣющія ясно видимыя ядра и пронизанныя большимъ количествомъ буроватыхъ зернышекъ различной величины, похожихъ на тѣ зерна кровянаго пигмента, которыя расположены свободно въ стромѣ складокъ (см. рис. 5). Такъ какъ зерна въ протоплазмѣ указанныхъ клѣтокъ не исчезаютъ послѣ обработки препарата абсолютнымъ алкоголемъ и ээиромъ, не окрашиваются осміевою кислотой, но сами по себѣ имѣютъ буроватый цвѣтъ, то, мнѣ кажется, эти крупныя клѣтки слѣдуетъ считать за «Blutkörperchen-

⁶³⁾ Klebs. Handbuch der pathol. Anatomie. Berlin. 1870. Dritte Lieferung 844—852.

⁶⁴⁾ Leopold. Studien über die Uterusschleimhaut während Menstruation etc. Archiv für Gyn. Bd. 11, стр. 110.

⁶⁵⁾ Hennig. Archiv für Gyn. Bd. 11. Стр. 393.

⁶⁶⁾ Veit. Handbuch der Geburtshilfe herausgegeben von P. Müller. Bd I. 1888. Стр. 150.

haltende Zellen» (см. курсъ «Общей и экспериментальной патологіи» проф. Пашутина, томъ 1, часть 1-я, 1885, стр. 391).

В. Формы сальпингита, зависящія отъ гиперплазіи тканей.

Характеръ измѣненій, вызываемыхъ воспалительнымъ процессомъ, можетъ въ значительной степени видоизмѣняться, если тканевые элементы подъ вліяніемъ воспалительнаго раздраженія получаютъ толчекъ къ прогрессивному развитію. Въ этой главѣ мы сгруппируемъ тѣ формы, которыя характеризуются разростаніемъ тканей (преимущественно элементовъ слизистой оболочки), которое нерѣдко сопровождается собственно воспалительный процессъ, или является его результатомъ.

Явленія усиленнаго роста слизистой оболочки проявляются въ различныхъ формахъ.

1) *Salpingite catarrhale végétante*. При хроническомъ катарральномъ сальпингитѣ нерѣдко главныя измѣненія состоятъ въ измѣненіи конфигураціи складокъ. Въ общемъ, какъ главныя складки, такъ и мелкія, побочныя, значительно увеличиваются въ своихъ размѣрахъ, вытягиваются въ вышину и дѣлаются гораздо болѣе вѣтвистыми сравнительно съ нормой. На этомъ основаніи Cornil et Terrillon 49) 50) для хроническаго катарральнаго сальпингита употребляютъ названіе *Salp. cat. végétante*. Въ нашихъ случаяхъ нерѣдко приходилось отмѣчать это усиленное разростаніе складокъ, но особенно рѣзко оно выражено въ сл. № 18. Здѣсь весь просвѣтъ трубы выполненъ длинными, весьма узкими, древовидно развѣтвляющимися образованіями, строма складокъ при этомъ весьма бѣдна сосудами и состоитъ изъ новообразованной соединительной ткани, по мѣстамъ складки иногда утолщаются и здѣсь проходятъ сосуды, затѣмъ въ тонкихъ развѣтвленіяхъ строма настолько тонка, что складка на разрѣзѣ получаетъ видъ отростка, въ которомъ между двумя рядами эпителиальныхъ клѣтокъ проходитъ узенькая полоска плотной соединительной ткани, ширина которой часто меньше высоты эпителиальной клѣтки. Рядомъ съ разростаніемъ складокъ наблюдается мелкоклѣточная инфильтрація, измѣненія эпителія и пр.

2) *Papilloma tubae*. Подъ вліяніемъ воспаления иногда происходитъ общая гиперплазія слизистой оболочки, ведущая къ значительному ея утолщенію. Orthmann 52) наблюдалъ развитіе слизистой оболочки въ толщину до 0,4 см. Можетъ-ли гиперплазія слизистой оболочки, развившаяся подъ вліяніемъ хроническаго воспаления, дойти до образованія настоящихъ папилломатозныхъ разра-

щений? Интересъ въ этомъ отношеніи представляютъ случаи Alban Doran'a наблюдавшаго два раза напиллому трубы. Въ одномъ случаѣ, подробнѣе описанномъ 67), напилломатозныя разращенія выросли со всѣхъ мѣстъ слизистой оболочки растянутой части трубы; между этими разращеніями выдавалось нѣсколько небольшой величины кистъ съ гладкой поверхностью и тонкими стѣнками на узкихъ ножкахъ; нѣкоторыя изъ нихъ также содержали въ себѣ напиллом. разращенія; другія кисты имѣютъ снаружи шероховатый видъ вслѣдствіе выросшихъ изнутри подобныхъ же разращеній. Подъ микроскопомъ видно, что эти разращенія покрыты безчисленными вторичными отпрысками, выстланы цилиндрическимъ эпителиемъ, иногда съ рѣсничками, строма состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, бѣдной сосудами. Doran наблюдалъ и другой подобный случай 68) и полагаетъ, что эти разращенія представляютъ собою не опухоль въ тѣсномъ смыслѣ, но скорѣе гиперплазію слизистой оболочки, произведенную хроническимъ воспаленіемъ.

3) *Salpingitis follicularis*. Другой видъ разрастанія слизистой оболочки характеризуется выѣдреніемъ въ глубину ея элементовъ, вслѣдствіе чего на препаратахъ получаются картины, вполнѣ симулирующія присутствіе железъ въ ткани mucosae. Именно на разрѣзѣ складка, представляющая тѣ или другія воспалительныя измѣненія и дающая вторичныя развѣтвленія, кромѣ того, сама по себѣ, иногда бываетъ пронизана различнаго очертанія ходами и полостями, имѣющими на препаратѣ видъ отверстій, выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Эти ходы и полости и даютъ поводъ толковать о присутствіи железъ въ слизистой оболочкѣ трубы. Существованіе железъ въ здоровой трубѣ старался доказать Hennig 13) 69) вслѣдъ за Portal'емъ, Bowmann'омъ и Leydig'омъ. Но мнѣніе Hennig'a, отчасти раздѣляемое Hurl'емъ 42), встрѣтило многочисленныя опроверженія со стороны Henle, Kölliker'a, Leopold'a, Эрбштейна 70), Frommel'я 59) и многихъ французскихъ авторовъ, на которыхъ указываетъ Bardet 71). Доказано, что мнимыя железы представляютъ собою ничто иное, какъ углубленія между отдѣльными складками; въ

67) *Alban Doran*. Clinical and pathological observations on tumours of the ovary, Fall. tube and broad ligament. London, 1884.

68) *Alban Doran*. The Brit Med. Journal, 1886, окт., стр. 722.

69) *Hennig*. Ueber die Blindgänge der Eileiter. Archiv für Gyn. Bd. 13, стр. 156.

70) *Эрбштейнъ*. О строеніи Фалл. трубы. Дисс. С.-Петербургъ, 1864.

71) *Bardet*. Contribution à l'étude des abcès des trompes utérines. Thèse. 1883.

этомъ можно убѣдиться на серіяхъ срѣзовъ, проведенныхъ въ продольномъ и поперечномъ направленіи къ каналу трубы; кромѣ того, при растягиваніи трубы жидкостью выводные протоки предполагаемыхъ железъ становятся шире, чѣмъ сама полость; наконецъ, Эрбштейнъ приводитъ слѣдующее соображеніе: Hennig ⁷²⁾ описалъ кисты слизистой оболочки трубы, выстланныя внутри мерцательнымъ эпителиемъ и происшедшія, по его мнѣнію, изъ железъ; по этому поводу Эрбштейнъ задаетъ вопросъ, какимъ же образомъ въ кистѣ могъ появиться мерцательный эпителий, если она произошла изъ железы, выстланной цилиндрическимъ эпителиемъ?

Точно также часто встрѣчающіяся при патологическихъ условіяхъ железоподобныя образованія въ слизистой оболочкѣ представляютъ собою лишь углубленія между складками. Martin и Orthmann ⁵²⁾ доказываютъ, что подобныя картины получаются вслѣдствіе того, что при сальпингитѣ часто происходятъ срастанія между верхушками сосѣднихъ складокъ, такъ какъ на серіяхъ срѣзовъ можно прослѣдить, какъ сосѣднія складки сливаются своими верхушками, причемъ на мѣстѣ ихъ срастанія видны полосы новообразованной соединительной ткани; такимъ образомъ, въ основаніи складокъ проходятъ каналы, направленные вдоль по трубѣ, дающіе при поперечномъ разрѣзѣ картину круглаго отверстія.

Но, съ другой стороны, нерѣдко встрѣчается, что вся строма слизистой оболочки пронизана полостями различнаго вида, выстланными цилиндрическимъ или мерцательнымъ эпителиемъ, при чемъ на послѣдовательныхъ срѣзахъ можно убѣдиться, что эти полости сообщаются другъ съ другомъ и съ просвѣтомъ трубы и отдѣлены одна отъ другой не рубцовой тканью, но стромой mucosae. Поэтому для подобныхъ случаевъ необходимо допустить внѣдреніе и разростаніе въ глубину эпителия mucosae. Этотъ процессъ разростанія элементовъ слизистой оболочки допускается Martin'омъ для той формы сальпингита, которую онъ и затѣмъ Orthmann описали подъ названіемъ *salpingitis follicularis*. Съ этимъ мнѣніемъ Martin'a согласны также Veit и Ruge ⁷³⁾. По описанію Martin'a ³⁹⁾ завороты слизистой оболочки внѣдряются въ толщу подлежащихъ тканей на подобіе развитія эрозій на *portio vag.* по Ruge и Veit'у. При этомъ, рядомъ съ обильной мелкоклѣточной инфильтраціей и съ потерей эпителия

⁷²⁾ *Hennig*. Die Cysten des menschlichen Eileiter. Archiv für Heilkunde, 1863. Томъ 4, стр. 251.

⁷³⁾ *Martin*. Bemerkungen über einige Tubenpraeparate. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Band XII, стр. 482.

на поверхности *mucosae* наблюдаются вы́дренія слизистой оболочки, выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ; эти вы́дренія могутъ прорости всю стѣнку трубы. Последняя, по вы́шнему виду часто не имѣющая никакихъ особенностей, на поперечныхъ разрѣзахъ представляетъ сложную картину вслѣдствіе весьма запутаннаго расположенія направляющихся въ глубину железоподобныхъ втягиваній *mucosae*, — получается картина, напоминающая строеніе альвеолярной ткани. Альвеолы выстланы однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, иногда съ сохранившимися рѣсничками, и раздѣлены другъ отъ друга нѣжными пучками соединительной ткани съ незначительнымъ количествомъ маленькихъ сосудовъ. Эти полости могутъ растягиваться накапливающимся секретомъ, и тогда труба на разрѣзѣ представляетъ въ утолщенной стѣнкѣ многочисленныя различной величины полости, наполненныя жидкостью; по мѣстамъ наблюдается сліяніе между собою двухъ или нѣсколькихъ сосѣднихъ полостей.

Въ нашихъ случаяхъ не встрѣтилось такого, который вполне соответствовалъ бы описанію Martin'a, тѣмъ не менѣе пронизываніе слизистой оболочки большимъ количествомъ полостей было иногда выражено вполне ясно, особенно въ сл. № 20 (правая труба).

Такимъ образомъ *endosalpingitis* можетъ представлять полную аналогію съ *endometritis*: какъ при эндометритѣ въ однихъ случаяхъ наблюдаются главныя измѣненія въ интерстиціальной соединительной ткани (*endometritis interstitialis*), въ другихъ — главныя измѣненія заключаются въ разрастаніи железистаго аппарата (*endometritis glandularis*), точно также и при воспаленіи слизистой оболочки трубы, въ однихъ случаяхъ измѣняется всего болѣе ея строма, въ другихъ — происходитъ разрастаніе и вы́дренія эпителия. Разница въ томъ, что *mucosa* трубы не имѣетъ, подобно маткѣ, железу, но по существу процессъ одинъ и тотъ же.

4) *Salpingitis isthmica nodosa*. Вы́дренія слизистой оболочки особенно демонстративны въ тѣхъ случаяхъ, когда железоподобные ходы, выстланные мерцательнымъ эпителиемъ, постепенно углубляясь, выходятъ изъ границъ *mucosae* и помѣщаются въ толщѣ мускулатуры. Подобныя полости въ слое мускулатуры наблюдалъ Orthmann ⁵²⁾ въ своемъ 21-мъ случаѣ, Werth видѣлъ ихъ во внутренней части трубы при развитіи беременности въ ея ампула и т. д. Вы́дренія слизистой оболочки трубы въ глубже лежащіе слои составляетъ отличительную особенность заболѣванія, описаннаго Chiari ⁵⁴⁾. Изслѣдуя 760 женскихъ труновъ, Chiari у 7 нашелъ узловатыя утолщенія въ маточномъ концѣ *partis abdominalis tubae*. Эти утолщенія, шарообраз-

ной формы и резко ограниченные производятъ, на первый взглядъ, впечатлѣніе опухоли, именно фибромы, заложенной въ стѣнкѣ трубы такъ какъ имѣютъ блѣдную окраску и плотное волокнистое строеніе. По мнѣнію Chiari, прежніе авторы, — Meckel, Baillie, Simpson ⁷⁴⁾ Klebs ⁶³⁾ и др., — описывая маленькіе фиброиды трубы, имѣли, по видимому, дѣло именно съ подобными узловатыми утолщеніями. При гистологическомъ изслѣдованіи во всѣхъ случаяхъ у Chiari получалась болѣе или менѣе сходная картина. Именно, труба представляла явленія стараго хроническаго катарра; самый же узелъ образованъ благодаря значительной гиперплазіи и гипертрофіи мускулатуры, составляющей основное вещество утолщенія, среди которой заложены выстланныя однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ полости, иногда даже видимыя невооруженнымъ глазомъ; эти полости окружены тонкимъ слоемъ соединительной ткани съ такими же свойствами, какъ *mucosa tubae*. Полости въ большинствѣ случаевъ совершенно изолированы отъ просвѣта трубы, происхожденіе же ихъ объясняется при сопоставленіи всѣхъ случаевъ слѣдующимъ образомъ: такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно было наблюдать втягиваніе просвѣта трубы въ толщу мускулатуры въ видѣ отростковъ, въ сосѣдствѣ съ которыми встрѣчаются и полости, сообщающіяся съ этими отростками, а посредствомъ ихъ и съ каналомъ трубы, то, поэтому, происхожденіе изолированныхъ полостей должно быть объяснено вѣдреніемъ (съ послѣдовательнымъ отшнурованіемъ) слизистой оболочки въ толщу мускулатуры; послѣдняя же при этомъ подвергается послѣдовательной гиперплазіи и гипертрофіи, что и ведетъ къ развитію узловатаго утолщенія. Этому происхожденію полостей соотвѣтствуетъ и то, что при одновременныхъ разлитыхъ утолщеніяхъ трубы, рядомъ съ незначительной гиперплазіей мускулатуры, находятся менѣе глубокія вѣдренія *mucosae*, не успѣвшія еще отшнуроваться отъ просвѣта трубы. Итакъ, Chiari принимаетъ, что катарръ трубы вызываетъ набуханіе слизистой оболочки, которая при, узкости канала въ маточной части, вдавливаясь въ толщу мускулатуры и вызываетъ послѣдовательно ея гиперплазію и гипертрофію.

Schauta ³⁰⁾ приходитъ къ заключенію, что подобные узлы встрѣчаются при сальпингитѣ нерѣдко (онъ наблюдалъ 18 случаевъ, изъ нихъ въ 5 сдѣлана сальпинготомія) и имѣютъ важное значеніе въ клиническомъ отношеніи. Онъ предлагаетъ называть эту форму *salpingitis isthmica nodosa*. Гистологическое описаніе, данное имъ, въ об-

⁷⁴⁾ Simpson. Clinical lectures. On dropsy and other diseases of the Fallopian tubes. The Medic. Times and Gazette 1860. Vol. I, стр. 639.

шемъ сходитъ съ Chiari, разниа лишь въ нѣкоторыхъ частностяхъ, касающихся измѣненій различныхъ слоевъ подъ вліяніемъ воспаления.

Въ нашихъ случаяхъ можно было наблюдать присутствіе полостей въ маточномъ концѣ трубы (№ 6), представляющей вообще мало измѣненій, другой разъ—въ трубѣ, представившейся (№ 13) утолщенной на всемъ протяженіи. Эти полости не сообщались съ каналомъ. Узловатыя же утолщенія не наблюдались ни разу. Замѣтимъ здѣсь кстати, что во многихъ случаяхъ при первыхъ срѣзахъ, начиная со внутренняго конца трубы (у мѣста ея перерѣзки при операціи), получаютъ среди мускулатуры полости, ограниченныя тканью одинаковой со слизистой оболочкой трубы; на дальнѣйшихъ же срѣзахъ эти полости исчезаютъ и болѣе уже нигдѣ не встрѣчаются. Слѣдуетъ думать, что это чисто искусственное явленіе, именно: при перерѣзкѣ трубы слизистая оболочка ея выпячивается и выворачивается изъ канала, между тѣмъ какъ слой мускулатуры втягивается вглубь, и, такимъ образомъ, на первыхъ срѣзахъ могутъ среди мускулатуры получиться втянутыя мускулатурой части mucosae; это можно видѣть изъ того, что при этомъ мышечныя пучки, окружающіе эти полости, не имѣютъ правильнаго расположенія. Конечно и при не вполне правильномъ поперечномъ разрѣзѣ можетъ получиться картина полости среди мускулатуры, но это понятно безъ дальнѣйшихъ объясненій.

5) *Salpingitis hypertrophica*.—Такъ обыкновенно называется та форма сальпингита, которая характеризуется значительнымъ утолщеніемъ мышечнаго слоя вслѣдствіе его гипертрофіи. Не говоря пока о той гипертрофіи, которая развивается при растяженіяхъ трубъ, укажемъ здѣсь на тѣ случаи, когда она развивалась въ трубахъ нерастянутыхъ. На это обстоятельство обратилъ вниманіе извѣстный случай Kaltentbach'a ⁵⁵⁾, наблюдавшаго рѣзкую гипертрофію мышечнаго слоя, развившуюся вслѣдъ за суженіемъ канала трубы. Авторъ рассматриваетъ ее какъ Arbeitshypertrophie вслѣдствіе усилій трубной мускулатуры изгнать содержимое чрезъ суженное мѣсто. Эти усиленные сокращенія трубы клинически выражались приступами спазмическихъ болей. Совершенно аналогиченъ и случай В. В. Сутугина ⁵⁶⁾. Точно также Leopold ⁷⁵⁾, Veit ⁷⁶⁾ и пр. наблюдали въ трубахъ значительное утолщеніе стѣнки (безъ растяженія), какъ результатъ Arbeitshypertrophie мускулатуры.

Такимъ образомъ, на гипертрофію мускулатуры смотрятъ обык-

⁵⁵⁾ Leopold. Centralblatt für Gyn. 1886. Стр. 787, реф.

⁷⁶⁾ Veit. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Band XIV. стр. 249.

новенно, какъ на развившуюся вслѣдствіе усиленной дѣятельности.

Съ механической точки зрѣнія совершенно понятна та гипертрофія, которая развивается въ периферической части трубы при сѣуженіи ея въ маточномъ концѣ, — такого рода гипертрофію наблюдалъ Schaata въ своихъ случаяхъ, — но въ этомъ отношеніи не вполне понятна гипертрофія мускулатуры въ видѣ отдѣльныхъ узловъ Chiari и Schaata; вдавливаніе mucosae въ толщу мышечнаго слоя скорѣе бы должно вызвать атрофію его, нежели обратный эффектъ. Необходимо замѣтить, что причина гипертрофіи можетъ заключаться кромѣ усиленной дѣятельности также и въ воспалительномъ раздраженіи. По крайней мѣрѣ, Orthmann, наблюдая изъ 8 случаевъ гнойнаго сальпингита въ двухъ ясную гипертрофію мускулатуры, полагаетъ, что для этого совершенно безразлично, сѣужено ли маточное отверстіе, или нѣтъ. Кромѣ того необходимо замѣтить, что утолщеніе мускулатуры гораздо чаще зависитъ не отъ гипертрофіи ея, а отъ раздвиганія мышечныхъ пучковъ инфильтратомъ и отъ развитія между ними соединительной ткани (псевдо-гипертрофія). Въ нашихъ случаяхъ нельзя было съ увѣренностью говорить о гипертрофіи мускулатуры, такъ какъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мышечный слой былъ утолщенъ, безъ растяженія канала, рядомъ было и раздвиганіе мышечныхъ пучковъ.

Сдѣлавши, такимъ образомъ, попытку рассмотреть въ извѣстной послѣдовательности различныя формы сальпингита, въ заключеніе можно прибавить, что число ихъ, конечно, еще болѣе можетъ быть увеличено, если останавливаться на гистологическихъ особенностяхъ какого-либо одного случая. Всѣ эти формы не представляются рѣзко отграниченными одна отъ другой, между ними всегда существуютъ переходныя, промежуточные виды. Кромѣ того, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ встрѣчаются рядомъ измѣненія, свойственныя различнымъ видамъ сальпингита: при катарральномъ сальпингитѣ обыкновенно бываетъ разрастаніе складокъ, по мѣстамъ кровоизліянія и пр., при гнойномъ — рядомъ съ разрушеніемъ складокъ новообразование соединительной ткани въ mucosa и muscularis, гипертрофія или атрофія мускулатуры и т. д. По этому указанныя формы служатъ лишь выраженіемъ типическаго развитія патолого-анатомическихъ измѣненій въ какомъ-либо одномъ направленіи.

Растяженія трубъ. (Hydro-pyo-haematosalpinx).

Растяженія трубъ накопившеюся жидкостью (напр. pyosalpinx) должны быть строго различаемы отъ того болѣзненнаго процесса,

который служитъ причиною образованія скопленія (*salpingitis suppurativa*). Между этими двумя состояніями трубъ существуетъ очевидная разница въ патолого-анатомическомъ отношеніи, такъ какъ растянутая труба представляетъ такія измѣненія стѣнокъ (атрофія стѣнки, перфорация и пр.), которыя не свойственны сальпингиту собственно; съ другой стороны, присущія сальпингиту воспалительныя явленія могутъ уже отсутствовать въ растянутой трубѣ. Но различіе между ними существуетъ и въ клиническомъ отношеніи: значительной величины *pyosalpinx* уже потому долженъ отличаться отъ *salpingitis suppurativa*, что при выступленіи изъ него гноя въ брюшную полость возникаетъ смертельный перитонитъ, выходъ же небольшой порціи гноя при сальпингитѣ даетъ обыкновенно лишь мѣстное воспаление тазовой брюшины.

Между тѣмъ нѣкоторые авторы (*Gusserow*, *Monprofit*, *Jmlach* и пр.), повидимому, не придаютъ этому различію особеннаго значенія. *Jmlach* ⁷⁷⁾, напр., подъ *pyosalpinx* разумѣетъ слѣдующія состоянія трубъ: а) труба не закрыта, содержитъ ничтожное количество гноя или слизисто-гнойной жидкости; б) труба представляется въ видѣ небольшихъ отдѣльныхъ камеръ, содержащихъ густой гной или темно-бурую кровь; в) наружный конецъ растянутъ гноемъ, а маточный утолщенъ; д) вся труба наполнена путриднымъ гноемъ.

Неправильное же употребленіе номенклатуры ведетъ къ недоразумѣніямъ, хотя бы напр. относительно того, какъ часто встрѣчается та или иная форма растяженія трубъ. *Wylie* ⁷⁸⁾ напр. болѣе, чѣмъ въ $\frac{1}{3}$ случаевъ, при сальпинготоміяхъ имѣлъ дѣло съ *pyosalpinx*; *Jmlach*—даже болѣе, чѣмъ въ половинѣ случаевъ; въ диссертациі д-ра Шлезингера ³⁷⁾ почти половина всѣхъ случаевъ приходится на долю *pyosalpinx*. Съ другой стороны, *Сое* ¹⁷⁾, изслѣдуя гистологически большое количество трубъ послѣ сальпинготомій, встрѣтилъ *pyosalpinx* не болѣе; чѣмъ въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ. У *Orthmann'a* ⁵²⁾ изъ 25 случаевъ было 2 *pyosalpinx*, у насъ изъ 22—2 и т. д.

Подъ *hydro-pyo-haematosalpinx* необходимо подразумѣвать такое состояніе трубы, когда она теряетъ форму узкаго канала и въ растянутомъ мѣстѣ превращается въ мѣшокъ. Въ случаѣ № 19 напр. лѣвая труба, растянутая въ наружномъ концѣ гноемъ (см. рис. № 1), представляетъ собою *pyosalpinx*; правая же труба представляетъ на

⁷⁷⁾ *Jmlach*. Ovarian Abscess and Pyosalpinx. Реф. въ the Americ. Journ. of Obst. 1887, стр. 105.

⁷⁸⁾ *Wylie*. Diseases of the Fallopian tubes. The Americ. Journ. of Obst. 1886, стр. 321.

всемъ своемъ протяженіи тѣ же измѣненія стѣнки, какъ и лѣвая во внутренней половинѣ, т. е. утолщеніе стѣнки, явленія гнойнаго воспаления *mucosae* и т. д.; поэтому патологическое состояніе правой трубы должно быть обозначено какъ *salp. suppurativa*.

Конечно, между обоими состояніями нѣтъ рѣзкой границы и даже одна и та же труба во внутреннемъ концѣ представляетъ лишь явленія воспалительнаго процесса, въ наружномъ же концѣ она уже растянулась въ мѣшокъ. Но вѣдь въ природѣ вообще не существуетъ рѣзкихъ границъ.

Макроскопическія особенности растянутыхъ трубъ.

Если жидкость имѣетъ густую консистенцію, то она можетъ накапливаться въ трубѣ въ небольшомъ количествѣ при открытомъ *ostium abd.* (Kiwisch ⁷⁹). Вообще же для образованія скопленія необходимо закрытіе наружнаго конца какимъ бы то ни было способомъ (см. выше). Маточное отверстіе трубы обыкновенно бываетъ сужено вслѣдствіе набуханія *mucosae*, отложенія слизи, перегиба трубы и пр. (Klob). Но при образованіи скопленія *ostium uterinum* можетъ сохранять свою проходимость и даже быть расширеннымъ, что ясно уже изъ возможности существованія *hydrops proflueus*.

Описаны нѣкоторые случаи, когда жидкость накапливается главнымъ образомъ во внутренней или средней части [Scanzoni ¹⁵], Dessauer ⁸⁰)] трубы; обыкновенно же растягивается наружный конецъ, что естественно зависитъ отъ большей ширины трубы въ наружномъ отдѣлѣ и отъ меньшей толщины, а слѣдовательно и большей податливости ея стѣнокъ въ этомъ мѣстѣ. Къ этимъ причинамъ (Bardet ⁷¹) можно было бы присоединить еще одну, могущую объяснить скопленіе секрета въ *ampulla*; именно, если признать, что здѣсь больше железъ, то должно быть и больше секрета. Но такъ какъ железъ въ трубѣ не существуетъ, то и указанная причина не имѣетъ основанія; но ее можно видоизмѣнить такимъ образомъ: такъ какъ здѣсь *mucosa* гораздо болѣе складчата, то отдѣлимое получается въ большемъ количествѣ вслѣдствіе того, что отдѣляющая поверхность больше.

При растяженіи труба получаетъ весьма разнообразную форму. Иногда она образуетъ одно вздутіе на наружномъ концѣ съ мало измѣненной внутренней частью, при этомъ имѣетъ видъ булавы, колбы,

⁷⁹) *Kiwisch*. Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weibl. Geschlechtes. 1857. Bd II.

⁸⁰) *Dessauer*. Peritonitis in Folge purulenter Entzündung der Eileiter ausser dem Wochenbette. Monatschrift für Geburtskunde. 1866. Bd 27, стр. 60.

реторты, почки ⁸¹⁾ и т. д.; иногда она представляется въ видѣ многократно извитой колбасовидной опухоли, или въ видѣ толстой кишки съ глубокими перехватами, или состоятъ изъ ряда отдѣльныхъ полостей, постепенно увеличивающихся къ наружному концу и т. д.

Чѣмъ бы ни была растянута труба и какой бы процессъ ни послужилъ исходнымъ пунктомъ заболѣванія, по внѣшнему виду кистовидная опухоль трубы подходитъ къ одному изъ двухъ главныхъ типовъ, на которые особенное вниманіе обратилъ Freund ⁸²⁾. Именно, въ однихъ случаяхъ труба представляетъ однополостной мѣшокъ (см. рис. № 4), образованный наружнымъ концемъ трубы. Мѣшокъ имѣетъ яйцевидную, овальную или шаровидную форму съ гладкими стѣнками, но мѣстамъ лишь представляетъ, вслѣдствіе не полнѣ равномерной податливости стѣнокъ, легкія вдавленія и выпуклости. Полость трубнаго мѣшка переходитъ въ остальную часть трубы, которая также обыкновенно бываетъ нѣсколько растянута, иногда до самой матки. Эта часть трубы сохраняетъ форму канала, постепенно уменьшающагося по направленію къ внутреннему концу.

Другой типъ трубныхъ растяженій представляетъ слѣдующія общія черты. Растянутая труба образуетъ многочисленныя извитія, плотно склеенныя между собою ложными перепонками, внутри представляетъ азличной величины полости, постепенно увеличивающіяся къ наружному концу. Вздутія обусловливаются спиральными перешнуровками и перегибами трубы, внутренняя поверхность представляетъ спирально извитыя складкообразныя выпячиванія — дубликатуры стѣнокъ трубы, — образующія перегородки между отдѣльными полостями, которыя такимъ образомъ, сообщаются другъ съ другомъ лишь посредствомъ узкихъ щелей, иногда же глубокіе перехваты совершенно изолируютъ ихъ другъ отъ друга. Такъ Scanzoni ¹⁵⁾ упоминаетъ о случаяхъ, гдѣ въ трубѣ было 5—6 облитерированныхъ мѣсть.

Почему въ однихъ случаяхъ развивается однополостной мѣшокъ въ наружномъ концѣ, въ другихъ — многократно извитая труба образуетъ нѣсколько полостей, это различными авторами объяснялось различно. По Ziegler'у при умѣренномъ накопленіи жидкости труба расширена и извита, при обильномъ — превращается въ овальный, тонкостѣнный мѣшокъ; Farre даетъ прямо обратное толкованіе (цит. по Freund'у). Virchow ⁸³⁾ говоритъ, что, если *вся* труба растянута,

⁸¹⁾ Д. О. Оммъ. Протоколы Акуш.-Гинек. Общ. въ Спб. Годъ 2-й, № 11.

⁸²⁾ Freund. Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann. № 323.

⁸³⁾ Virchow. Die krankhaften Geschwülste. Bd I, стр. 260.

то возникает кишковидно-изогнутый мѣшокъ, если же растянута лишь *часть* ея, то можетъ быть круглая киста. Съ этимъ объясненіемъ въ сущности совпадаютъ взгляды Klob'a 12) и Schroeder'a 47), которые объясняютъ происхожденіе изгибовъ по мѣрѣ накопленія жидкости недостаточной растяжимостью серознаго покрова и тѣснымъ отношеніемъ трубы къ широкой связкѣ.

Признавая эти объясненія неудовлетворительными, Freund полагаетъ, что различіе въ формѣ трубныхъ мѣшковъ основано на анатомическомъ состояніи трубъ до заболѣванія. Именно, въ утробной жизни трубы представляются скрученными и извитыми, ко времени рожденія нѣсколько выпрямляются, но окончательное выпрямленіе наступаетъ лишь ко времени половой зрѣлости. По Freund'у разница въ формѣ кистовидныхъ опухолей трубы зависитъ именно отъ того, накапливается ли жидкость въ окончательно развитой трубѣ или въ остановившейся на какомъ либо пунктѣ развитія. Въ первомъ случаѣ развивается однополостной мѣшокъ, во второмъ — многополостная, извитая опухоль.

Но можно предположить, что и нормально развитая труба при растяженіи можетъ образовать опухоль втораго типа. Именно представимъ, что труба, подъ вліяніемъ хроническаго катарра сдѣлается толще и длиннѣе; вслѣдствіе этого, будучи сдерживаема серозной оболочкой, она образуетъ болѣе или менѣе значительные изгибы, которые еще болѣе усиливаются отъ сопутствующаго образованія ложныхъ перепонокъ, обусловливающихъ образованіе перетяжекъ на протяженіи трубы; если теперь произойдетъ значительное накопленіе жидкости, то труба можетъ растянуться въ нѣсколько полостей, отдѣленныхъ перехватами.

Измѣненія со стороны бахромчатаго конца, выражаются обыкновенно полнымъ исчезаніемъ всякаго слѣда фимбрій. Иногда даже при значительномъ растяженіи бахромки остаются нетронутыми, напр. въ случаѣ № 17, гдѣ закрытіе *ostii abdominalis* произошло на уровнѣ основанія бахромки. Подобный же случай наблюдалъ Feldmann 84), который для своего случая признаетъ врожденную атрезію *ostii externi*. Хотя какимъ образомъ можно допустить въ случаѣ Feldmann'a врожденную атрезію, если у больной былъ абортъ? При значительныхъ растяженіяхъ обыкновенно нельзя найти и слѣда прежняго *ostii abdominalis*, иногда же на его мѣстѣ замѣтенъ плоскій рубецъ.

84) *Feldmann*. Ueber die operative Entfernung eines doppelseitigen Pyosalpinx Diss. 1879. Göttingen.

къ которому, какъ къ полюсу, сходятся пучки muscularis и serosae и петли кровеносныхъ сосудовъ ⁸⁵⁾).

Относительно величины трубныхъ мѣшковъ можно замѣтить, что она обыкновенно не бываетъ значительна. Scanzoni, Klob и др. опредѣляютъ максимальную величину ихъ равною головкѣ ребенка. По этому случаю Alban Dogan'a ⁶⁷⁾ (вѣсъ препарата = 4 ф. 11 унцій), д-ра Маковецкаго ⁸⁶⁾ (окружность ruosalpinx'a = 80 cm) и т. д., такіе случаи обращаютъ на себя вниманіе своей величиною. Но не говоря уже о старинныхъ авторахъ, и теперь иногда описываются случаи колоссальныхъ трубныхъ опухолей. Напр. Jmlach ⁸⁷⁾ сообщаетъ о ruosalpinx'ѣ, содержащемъ 7 пинтъ гною; подобные случаи только тогда могутъ получить достовѣрность, если было произведено тщательное изслѣдованіе подъ микроскопомъ.

Толщина стѣнки бываетъ весьма различна. По мѣрѣ растяженія стѣнки обыкновенно истончаются; на перехватахъ большею частью стѣнка значительно толще, нежели въ промежуточныхъ мѣстахъ, гдѣ расширение болѣе значительно. Въ однихъ случаяхъ стѣнка трубы относится чисто пассивно къ давленію накапливающейся жидкости, атрофируется и истончается до толщины листа бумаги, по мѣстамъ почти дѣлается прозрачною. Съ другой стороны, въ стѣнкѣ можетъ произойти утолщеніе вслѣдствіе развитія соединительной ткани или гипертрофіи мускулатуры. О послѣдней обыкновенно говорятъ въ тѣхъ случаяхъ, когда толщина мышечнаго слоя замѣтно увеличена или, по крайней мѣрѣ, не представляется уменьшенной пропорціонально растяженію канала (Cornil et Terrillon ⁴⁹⁾). Поэтому, если нѣтъ истонченія мышечнаго слоя, если мышечные пучки имѣютъ нормальную толщину и не раздвинуты соединительной тканью, то въ такомъ случаѣ необходимо допустить гиперплазію и гипертрофію мускулатуры. Для происхожденія гипертрофіи имѣютъ значеніе слѣдующія условія: а) возрастъ больной; по крайней мѣрѣ Chiari и Schauta замѣчаютъ, что гипертрофія мускулатуры въ видѣ узловъ развивалась лишь въ періодъ половой зрѣлости; б) быстрота накопленія жидкости, — при медленномъ накопленіи труба успѣваетъ приспособиться къ повышенному давленію развитіемъ мышечнаго слоя, при быстромъ же накопленіи наступаетъ растяженіе съ истонченіемъ стѣнокъ.

⁸⁵⁾ Max Runge und Richard Thoma. Ein Fall von Tuboovarialcyste. Archiv für Gyn. Bd. 26, стр. 72.

⁸⁶⁾ Д-ръ Маковецкій. Къ вопросу о гнойныхъ скопленіяхъ фаллопиевыхъ трубъ. Дисс. С.-Петербургъ. 1888, стр. 41.

⁸⁷⁾ Jmlach. The Lancet. 1886. Окт., стр. 774.

Относительно названія hydro-pyo-haematosalpinx Kelly ⁸⁸⁾ замѣчаетъ, что съ строго анатомической точки зрѣнія оно указываетъ лишь на жидкость, содержащуюся въ трубѣ безъ всякаго отношенія къ дѣйствительному заболѣванію. Съ этимъ едва ли можно согласиться, такъ какъ свойства жидкости, скопившейся въ трубѣ, даютъ, все-таки, хотя нѣкоторые указанія и на самый болѣзненный процессъ на измѣненія, происшедшія въ стѣнкѣ трубы.

Hydrosalpinx.

Можетъ ли одно закрытіе ostii abd., безъ одновременнаго катарра mucosae, быть причиной образованія hydrosalpinx? Gusserow ⁸⁹⁾, Virchow ⁸³⁾ вскользь упоминаютъ о томъ, что периметрическія склейки, закрывающія наружный конецъ трубы, ведутъ къ накопленію въ ней жидкости. Bandl ²⁰⁾ говоритъ, что при закрытіи ostii abd. истечение секрета, при нормальныхъ условіяхъ происходящее въ небольшомъ количествѣ, бываетъ воспрепятствовано, гистологическое свойство внутренней поверхности и ея отдѣленіе пріобрѣтаютъ патологическій характеръ и т. д. Такъ что Bandl допускаетъ возможность образованія hydrosalpinx'a и безъ предшествовавшаго катарра, хотя въ последнемъ случаѣ hydrosalpinx легче образуется. Kehrер ⁹⁰⁾ при перевязкѣ трубъ у животныхъ только въ двухъ случаяхъ изъ 6 получилъ скопленіе жидкости, поэтому онъ приходитъ къ заключенію, что труба нормально не отдѣляетъ столько секрета, что-бы могъ возникнуть hydrosalpinx вслѣдствіе затрудненнаго оттока, и что въ этомъ отношеніи важнѣе первоначальный эксудативный салпингитъ, служащій одновременно причиной и атрезіи и скопленія. Поэтому, если заращеніе ostii abdominalis ведетъ къ образованію hydrosalpinx вслѣдствіе ли воспрепятствованнаго оттока нормального секрета или вслѣдствіе расстройства питанія и развитія застойныхъ явленій (Martin ³⁶⁾), то все-таки главнымъ источникомъ жидкости hydrosalpinx'a можно считать отдѣлимое катарральной mucosae.

Вначалѣ скопляется слизистый эпителиальный секретъ (Virchow ⁸³⁾), богатый клѣточными элементами, именно круглыми слизистыми тѣльцами; позднѣе слизь разжижается и дѣлается водянистой; иногда

⁸⁸⁾ Kelly. Пренія по поводу доклада S. Price. The Americ. Journ. of Obst. 1889, стр. 177.

⁸⁹⁾ Gusserow. Ueber die Entfernung kleiner Geschwülste des weibl. Geschlechtsapparates etc. Charité-Annalen. IX Jahrgang., стр. 333.

⁹⁰⁾ Kehrер. Beiträge zur klinischen und experimentellen Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 2. Hft. 3. Ref. въ Centralblatt für Gynäk. 1887, стр. 687.

жидкость бываетъ прозрачна, чиста, какъ вода, обыкновенно же окрашена въ слегка желтоватый цвѣтъ. При долгомъ существованіи обыкновенно примѣшиваются продукты кровоизліяній, и жидкость отъ примѣси кровяныхъ шариковъ окрашивается въ буроватый, зеленовато-бурый, зеленовато-шоколадный ⁹¹⁾, даже чернильный цвѣтъ (Klob).

Жидкость бываетъ нейтральной или щелочной реакціи, то болѣе, то менѣе богата плотными составными частями. Удѣльный вѣсъ различенъ:

1.010 — случай Edis'a ⁹²⁾.

1.014 — » Tait'a ⁴¹⁾.

1.025 — » Chapman'a ⁹³⁾.

Подъ микроскопомъ, въ случаяхъ, гдѣ воспалительный процессъ въ тусоса еще выраженъ, въ жидкости много морфологическихъ элементовъ (слизистыя тѣльца, перерожденный эпителий, гнойные шарики); въ другихъ случаяхъ она крайне бѣдна клѣточными элементами.

Fergusson ⁹⁴⁾ часто находилъ въ жидкости hydro и pyosalpinx'a много клѣтокъ рѣсничнаго эпителія и полагаетъ, что это обстоятельство можетъ имѣть діагностическое значеніе. Но Сое ⁹⁵⁾ замѣтилъ, что онъ изслѣдовалъ около 30 образчиковъ жидкости изъ трубъ и рѣдко находилъ тамъ циліарныя клѣтки. Это вполне понятно, такъ какъ при тѣхъ измѣненіяхъ, которымъ подвергается тусоса при hydrosalpinx, мерцательный эпителий обыкновенно измѣняется въ другіе виды эпителія, въ жидкости же находятся обыкновенно клѣтки перерожденнаго эпителія.

Изъ всѣхъ растяженій трубъ hydrosalpinx достигаетъ наибольшей величины, хотя бы потому уже, что, представляя сравнительно легкую форму, можетъ существовать болѣе долгое время. Растянутая труба представляется эластической опухолью съ туго напряженными стѣнками. Сообразно съ величиной опухоли стѣнки истончаются, и, такъ какъ жидкость въ трубѣ не вызываетъ воспалительныхъ явленій, то труба подъ давленіемъ ея все болѣе расширяется, стѣнки истон-

⁹¹⁾ Склибасовскій Н. В. Еще 35 овариотомій. Врачъ, 1885, № 48.

⁹²⁾ The Brit. Gyn. Journal 1885. Vol. I, стр. 372.

⁹³⁾ Chapman. Extreme cystic dilatation of the Fall. tubes. Edinb. Med. Journal. Томъ 30-й, стр. 204.

⁹⁴⁾ Fergusson. The diagnostic value of ciliated columnar epithelium in cases of hydrosalpinx and pyosalpinx. New York. Medic. Journal 1885, стр. 211.

⁹⁵⁾ The American Journal of Obst. 1885, стр. 1190.

чаются, слизистая оболочка атрофируется, лишается складокъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ получаетъ видъ совершенно гладкой блестящей оболочки, похожей на серозную (Klebs ⁶³). Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, mucosa еще усажена складками, которыя иногда даже значительно развиты (сл. № 17), что соответствуетъ начальнымъ періодамъ hydrosalpinx'a.

Подъ микроскопомъ во внутренней, менѣе растянутой, части иногда еще замѣтны явленія свѣжаго воспалительнаго процесса, именно инфильтрація складокъ, измѣненія эпителия и проч. Иногда складки mucosae не представляютъ особенныхъ измѣненій, но промежутки между ними значительно расширены. Въ другихъ случаяхъ складки низки, мало вѣтвисты, или же, наоборотъ, представляютъ чрезвычайно длинныя, тонкія развѣтвленія, далеко вдающіяся въ просвѣтъ.

Рядомъ съ увеличеніемъ растяженія складки все болѣе изглаживаются и наконецъ могутъ совершенно исчезнуть, такъ что слизистая оболочка подъ микроскопомъ представляетъ совершенно ровную линію (сл. № 21) или же по мѣстамъ еще существуютъ небольшіе выступы (сл. № 20), иногда же, не смотря на расширеніе, складки остаются весьма длинными и вѣтвистыми (сл. № 18). Въ растянутыхъ мѣстахъ mucosa имѣетъ видъ волокнистой соединительной ткани, крайне бѣдной клѣточными элементами и сосудами.

Эпителий, покрывающій складки въ менѣе растянутой части, сохраняетъ здѣсь форму цилиндрическихъ клѣтокъ, иногда усаженныхъ рѣсничками, въ растянутой же части клѣтки его значительно ниже нормальнаго, иногда дѣлаются совершенно плоскими.

По мѣрѣ увеличенія расширенія мускулатура все болѣе атрофируется, и наконецъ иногда (сл. № 21) мышечныя волокна совершенно исчезаютъ, такъ что здѣсь стѣнка состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, окаймленной внутри уплощеннымъ эпителиемъ съ ядрами, лежащими параллельно поверхности; стѣнка содержитъ небольшое количество сосудовъ, сильно сжатыхъ, проходящихъ ближе къ перитонеальному покрову.

Pyosalpinx.

Guérin ⁹⁶) утверждалъ, что для происхожденія пuerперальнаго перитонита нѣтъ надобности, чтобы воспаленіе перешло изъ матки на трубы и далѣе въ полость peritonei, но что маточный гной попадаетъ прямо чрезъ нормальныя трубы въ полость peritonei. Съ

⁹⁶) Guérin. Essai d'une nouvelle théorie physiologique de la fièvre puerperale. Gazette med. de Paris. 1858, стр. 349.

этимъ взглядомъ совпадаютъ мнѣнія Cruveilhier и Pellizari. Но Martin ⁹⁷⁾ и Förster ⁹⁸⁾ доказываютъ, что гной, находимый въ трубахъ у родильницъ, не могъ попасть сюда ни изъ полости peritonei, ни изъ матки. Поэтому, гной pyosalpinx'a долженъ имѣть мѣстное происхожденіе и долженъ быть результатомъ гнойнаго сальпингита.

Съ другой стороны, существующій уже hydrosalpinx можетъ перейти въ pyosalpinx вслѣдствіе воспаления стѣнокъ мѣшка подъ вліяніемъ какой бы то ни было причины (Scanzoni, Bandl и пр.).

Содержимое pyosalpinx'a представляетъ обыкновенно густую, сливкообразную гнойную жидкость, иногда безъ особеннаго запаха, иногда съ весьма рѣзкимъ фекальнымъ запахомъ [случаи Kelly ⁹⁹⁾, Trelat et Terrier ¹⁰⁰⁾ и проч.]. Въ случаѣ Smith'a ¹⁰¹⁾ въ содержимомъ pyosalpinx'a находилось много газу. Цвѣтъ жидкости зеленоватый, зеленовато-желтый, иногда съ кровянистой примѣсью и пр.

Подъ микроскопомъ главная масса состоитъ изъ гнойныхъ шариковъ въ различныхъ періодахъ разрушенія, изъ свободныхъ жировыхъ зеренъ и жировыхъ капель, изъ мелко-зернистаго детрита; иногда попадаются клѣтки рѣсничнаго эпителия, большою же частью онъ представляетъ различнаго рода перерожденіе.

Замѣтимъ здѣсь, что очень часто въ содержимомъ pyosalpinx'a не находится никакихъ микроорганизмовъ; на это указываютъ Orthmann ⁵²⁾, Cornil et Terrillon ⁴⁹⁾, Prudden ¹⁰²⁾ и пр.

Pyosalpinx представляетъ опухоль обыкновенно меньшей величины, нежели hydrosalpinx. Только въ видѣ исключенія достигаетъ онъ величины кулака или головы ребенка (Negar ³⁵⁾). Опухоль тверже на ощупь и обладаетъ болѣе толстыми стѣнками, что, съ одной стороны, зависитъ отъ разрастанія соединительной ткани съ самой стѣнкѣ, съ другой стороны,—отъ меньшаго растяженія ея.

Снаружи поверхность покрыта въ большомъ количествѣ ложными

⁹⁷⁾ E. Martin. Ueber Muterröhrenentzündung und Erguss des eitrigen Secretes derselben in die Bauchhöhle etc. Monatschrift für Geburtskunde. Bd. 13, стр. 11. 1859.

⁹⁸⁾ Förster. Ueber purulenten Katarrh der Mutttrumpeten mit Perforation ausserhalb des Puerperium. Verhandlungen der Physicalisch-Medic. Gesellschaft in Würzburg. 1860. Bd 10, стр. XXIV и XXXIII.

⁹⁹⁾ Kelly. Gonorrheal tuboovarian abscess etc. The Americ. Journal of Obst. 1886, стр. 1169.

¹⁰⁰⁾ Trelat et Terrier. Pyosalpingite gauche. Revue de chirurgie 1886, стр. 656.

¹⁰¹⁾ The British Gyn. Journal. 1886. Томъ II, стр. 148.

¹⁰²⁾ An abscess without suppurative bacteria. The Med. Record. T. 31-й, стр. 308.

перепонками. Внутренняя поверхность въ болѣе свѣжихъ случаяхъ сохраняетъ еще складки *mucosae*, въ старыхъ случаяхъ онѣ уже изгладились вслѣдствіе растяженія, или же поверхностные слои слизистой оболочки разрушаются подѣ вліяніемъ нагноенія, причемъ слой распада выстилаетъ внутреннюю поверхность мѣшка; иногда слизистая оболочка значительно утолщена и усажена набухшими складками.

При микроскопическомъ изслѣдованіи получаютъ различныя данныя.

Иногда въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ стѣнка быстро растянулась, она имѣетъ такой же видъ, какъ при *hydrosalpinx*'ѣ (сл. № 19), т. е. представляетъ почти ровную поверхность съ неясно выраженными складками, покрытыми низкимъ эпителиемъ, въ стѣнкѣ мало сосудовъ, мышечные пучки неясно видны; отличие отъ *hydrosalpinx*'а заключается въ мелко-клеточной инфильтраціи стѣнки.

Въ сл. № 17, гдѣ *pyosalpinx* существовалъ еще не долго, сильно утолщенные складки слились своими верхушками и представляютъ здѣсь ткань, густо пронизанную грануляціонными элементами.

При дальнѣйшемъ же теченіи разрушеніе складокъ постепенно подвигается впередъ, такъ что (*Münster und Ortmann* ¹⁰³) стѣнка представляется состоящей какъ бы изъ трехъ слоевъ: поверхностный состоитъ изъ грануляціонной ткани, въ которую превращаются верхніе слои *mucosae*; затѣмъ ниже слѣдуетъ слой, въ которомъ попадаетъ много полостей, выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ, иногда съ рѣсничками; этотъ слой соответствуетъ основанію слизистой оболочки, гдѣ нагноительный процессъ выраженъ слабѣе; наконецъ, далѣе кнаружи идетъ слой мускулатуры и наружный соединительнотканый. (*Orthmann* ⁵²) въ своихъ случаяхъ видѣлъ разрушеніе *mucosae* вплоть до мышечнаго слоя, такъ что послѣдній отдѣлялся отъ просвѣта трубы лишь поясомъ грануляціонной ткани и самъ представлялъ по мѣстамъ язвенные дефекты.

Вообще же мышечный слой представляетъ меньше измѣненій. Обыкновенно между мышечными кучками проходитъ грануляціонная инфильтрація, образующая по мѣстамъ отдѣльныя скопленія. Мышечные пучки отчасти представляются гипертрофированными, большею же частью раздвинуты новообразованной соединительной тканью.

Сосуды встрѣчаются въ довольно значительномъ количествѣ и имѣютъ утолщенные стѣнки (*Orthmann* ⁵²).

¹⁰³) *Münster und Ortmann*. Ein Fall von *Pyosalpinx* auf tuberculöser Grundlage. Archiv für Gyn. Bd. 29, стр. 97.

Haematosalpinx.

Выше были указаны нѣкоторыя условія, придающія нерѣдко сальпингиту геморрагическій характеръ. *Salp. haemorrhagica* служитъ, въ свою очередь, причиной образованія *haematosalpinx*'а. Въ случаѣ № 20 маточный конецъ трубы представляетъ явленія геморрагическаго сальпингита, между тѣмъ какъ наружный конецъ уже растянутъ кровянистымъ содержимымъ въ мѣшокъ величиною съ голубиное яйцо.

Точно также и при атрезіяхъ полового канала кровь, скопляющаяся въ трубахъ, имѣетъ мѣстное происхожденіе. Не касаясь этого вопроса подробнѣе, такъ какъ онъ не имѣетъ прямого отношенія къ темѣ, укажемъ лишь на то, что многіе авторы: *Kiwisch* 79), *Rose* 104), *Schroeder* 47), *Otto Alberts* 105) и др. смотрятъ на *théorie du reflux Arap'a*, какъ на несоотвѣтствующую фактамъ.

Укажемъ здѣсь еще на одинъ рѣдкій источникъ кровотоčenja въ трубахъ, именно на разрывы варикозныхъ венъ трубы. *Johnston* 106) описалъ случай смертельнаго кровотоčenja изъ лопнувшей варикозной вены трубы. У *Scanzoni* 15) приводится подобный же случай. Въ случаѣ, указываемомъ *Beigel'em* 107), кровотоčenje послѣдовало изъ варикозной опухоли трубы.

Кровь, скопляющаяся въ трубахъ, обыкновенно имѣетъ видъ дегтеобразной. Иногда цѣлые мѣсяцы кровь остается жидкой, что *Klebs* 63) объясняетъ свойствами трубнаго секрета, препятствующаго свертыванію крови.

Излившаяся кровь обыкновенно сгущается въ послѣдствіи отъ всасыванія жидкихъ частей, остаются фибринные свертки и кровяные шарики, которые затѣмъ распадаются и придаютъ желтую, бурю и аспидную окраску тканямъ. Въ случаѣ *Wagner'a* 108) въ трубѣ найденъ старый кровяной сгустокъ, представляющій концентрическую слоистость, какъ результатъ послѣдовательныхъ кровоизліяній, стоявшихъ въ связи съ періодической менструальной гипереміей.

¹⁰⁴⁾ *Rose*. Vortrag über die Operation der Haematometra. Monatschrift für Geburtskunde. 1867. Bd. 29, стр. 401.

¹⁰⁵⁾ *Otto Albers*. Haematocoele, Haematosalpinx und die Refluxtheorie. Archiv für Gyn. Bd. 23, стр. 399.

¹⁰⁶⁾ *Johnston*. Boston Med. and Surgical Journal. 1880, стр. 310.

¹⁰⁷⁾ *Beigel*. Die Krankheiten des weiblichen Geschlechtes. Bd. II, стр. 3—32, 1875.

¹⁰⁸⁾ *Wagner*. Monatschrift für Geburtskunde. Bd. 33, стр. 19, 1869.

Оставаясь долго, кровь претерпѣваетъ дальнѣйшія метаморфозы и превращается въ кашицеобразную буровато-желтоватую массу, состоящую изъ измѣненныхъ кровяныхъ тѣлецъ и фибрина (Scanzoni¹⁵⁾).

Величина и форма haematosalpinx'a не представляютъ какихъ-либо особенностей. При постепенномъ накопленіи содержимаго стѣнки нерѣдко представляются утолщенными, при значительномъ растяженіи истончаются, какъ при hydrosalpinx'ѣ. Слизистая оболочка имѣетъ темно-багровый или бурый цвѣтъ, складки ея или изглажены, или разрушены вслѣдствіе воспалительнаго процесса. Иногда къ поверхности mucosae плотно пристають кровяные свертки, такъ что между ними и тканью слизистой оболочки нѣтъ рѣзкой границы (Orthmann⁵²⁾).

При микроскопическомъ изслѣдованіи: въ растянутомъ мѣстѣ складки по мѣстамъ сохраняются, по мѣстамъ сильно уплощены, въ mucosa обычныя воспалительныя явленія: мелко-кѣлочная инфильтрація, перерожденіе и слущиваніе эпителія и т. д. Cornil et Terrillon⁵⁹⁾ указываютъ на присутствіе кровянаго пигмента съ соединительной ткани mucosae. Въ нашемъ случаѣ (сл. № 20) въ растянутой части трубы въ складкахъ большое количество крупныхъ кѣлокъ съ пигментомъ, расположеннымъ также свободно въ окружающей соединительной ткани (см. рис. 5).

Въ остальныхъ слояхъ стѣнки наблюдаются измѣненія, встречающіяся вообще въ растянутыхъ трубахъ: истонченіе мышечнаго слоя, обѣднѣніе сосудами и т. д.

Характеръ заболѣванія трубъ въ зависимости отъ различныхъ этиологическихъ моментовъ.

Этіологія сальпингита представляетъ еще много темныхъ сторонъ. Въ этомъ отношеніи остается разобратъся во многихъ моментахъ, которые могутъ имѣть общее значеніе въ этиологіи трубныхъ заболѣваній. Напр., еще недостаточно выяснено, какое значеніе имѣютъ общія инфекціонныя заболѣванія, которыя, по мнѣнію L. Tait'a¹⁰⁹⁾ служатъ частой причиной сальпингита.

Далѣе, общее значеніе можетъ имѣть недостаточное развитіе полового аппарата и особенно самихъ трубъ; на это указываютъ L. Tait¹⁰⁹⁾ и особенно Freund⁸²⁾ въ послѣднее время.

Нѣкоторыя наблюденія показываютъ, что измѣненія въ положе-

¹⁰⁹⁾ L. Tait. Lancet. 1887. Vol. 1, стр. 777.

ни матки и ея новообразованія могутъ служить причиной сальпингита и т. д.

Не разсматривая всѣхъ причинъ, которыя вызываютъ заболѣванія трубъ, я останавлиюсь лишь на специфическихъ инфекціонныхъ формахъ, главнымъ образомъ, съ цѣлью разобрать тѣ патолого-анатомическія измѣненія, которыя имъ свойственны.

Salpingitis puerperalis. Заболѣванія трубъ въ послѣродовомъ періодѣ не обращали на себя особеннаго вниманія, пока Buhl не выступилъ съ своей теоріей о значеніи трубъ въ происхожденіи послѣродоваго перитонита.

Между тѣмъ и у авторовъ, писавшихъ до Buhl'я, мы находимъ частыя указанія на образование *in puerperio* гнойныхъ скопленій въ трубахъ. Haase ¹¹⁰⁾ при вскрытіи одной родильницы встрѣтился съ подобнымъ случаемъ. Willems ¹¹¹⁾ указываетъ, что при вскрытіи 56 умершихъ отъ пuerперальной лихорадки вмѣстѣ съ маткой трубы всегда были болѣе или менѣе воспалены. Kiwisch ⁷⁹⁾ говоритъ даже, что абсцессы трубъ не пuerперальнаго происхожденія встрѣчаются рѣдко.

Buhl ¹¹²⁾ въ 1857 г. на основаніи вскрытій умершихъ отъ септического перитонита родильницъ высказалъ мысль, что не перитонитъ вызываетъ воспаленіе трубъ, а скорѣе, напротивъ, воспаленіе изъ матки, распространяясь на трубы, достигаетъ полости *peritonei*. Эту форму родильной горячки Buhl ¹¹³⁾ назвалъ «*die puerperale Peritonitis ohne Pyämie*» и, какъ на отличительный признакъ ея, указываетъ на то, что она легче другихъ формъ ведетъ къ выздоровленію.

Выше указано было, что Guérin ⁹⁶⁾ и др. предполагали, что гной, находящійся въ трубахъ, перешелъ сюда изъ матки, но Martin ⁹⁷⁾ доказываетъ, что гной не можетъ перейти въ трубы изъ матки или изъ брюшной полости, поэтому онъ, несомнѣнно, является результатомъ заболѣванія самихъ трубъ. Martin основывался на 5 случаяхъ вскрытія умершихъ *in puerperio*. Вслѣдъ за тѣмъ Klaproth ¹¹⁴⁾ въ 17 протоколахъ вскрытій родильницъ 7 разъ нашелъ указанія на присутствіе гноя въ трубахъ.

¹¹⁰⁾ Haase. Neue Zeitschrift für Geburtskunde, T. I, Heft 3, стр. 136.

¹¹¹⁾ Willems. De tubarum Fallopianarum morbis. Diss. Bonnae. 1840. Стр. 7.

¹¹²⁾ Buhl. Bericht über 280 Leichenöffnungen. Zeitschrift für ration. Med. Bd. VIII. Стр. 106.

¹¹³⁾ Hecker und Buhl. Klinik der Geburtskunde. 1861, стр. 234.

¹¹⁴⁾ Klaproth. Monatschrift für Geburtskunde. 1859. Bd. 13, стр. 161.

Но противъ мнѣнія Buhl'я вскорѣ явились возраженія. Maier 31), рассматривая различныя комбинаціи послѣродоваго эндометрита, сальпингита и перитонита, наблюдалъ слѣдующія патолого-анатомическія измѣненія: во всѣхъ случаяхъ эндометрита онъ никогда не встрѣчалъ воспаления трубъ на всемъ ихъ протяженіи, во многихъ случаяхъ эндометрита съ перитонитомъ трубы были или нормальны, или поражена только наружная часть ихъ, притомъ воспалительныя явленія обыкновенно сводились къ простому катарру. На этомъ основаніи Maier сомнѣвается въ томъ, чтобы пуэрперальный перитонитъ возникалъ вслѣдствіе воспаления трубъ, въ свою очередь развившагося вслѣдъ за эндометритомъ.

Дальнѣйшими работами въ этомъ направленіи выяснилось, что послѣродовой перитонитъ, несомнѣнно, можетъ возникать вслѣдствіе заболѣванія трубъ, вмѣстѣ съ тѣмъ было замѣчено, что вся картина болѣзни имѣетъ нѣкоторыя характерныя особенности. Vocke 115) сообщилъ о случаѣ послѣродоваго перитонита, причемъ родильница первые 8 дней была совершенно здорова, на 9-й же день внезапно появились сильныя боли внизу живота съ лѣвой стороны и чрезъ 2 дня смерть. На вскрытіи явленія гнойнаго перитонита, причемъ всѣ измѣненія особенно рѣзко выражены у наружнаго конца лѣвой трубы, представлявшей явленія гнойнаго воспаления. Такое же позднее и внезапное наступленіе перитонита было и въ одномъ изъ случаевъ E. Martin'a 97).

Traube 116), высказываясь за возможность распространенія пуэрперальнаго эндометрита чрезъ трубы на брюшину, указываетъ на слѣдующіе признаки, по которымъ можно признать существованіе сальпингита, какъ связующаго звена между эндометритомъ и перитонитомъ:

- 1) Послѣ родовъ долженъ быть на лицо только одинъ эндометритъ.
- 2) Перитонитъ долженъ наступить поздно,
- 3) « « « появиться внезапно и
- 4) быть болѣе рѣзко выраженнымъ на одной сторонѣ.
- 5) Передъ наступленіемъ перитонита должна быть наличность такихъ условій, которыя могли-бы вызвать сильное смѣщеніе брюшныхъ внутренностей, напр. сильное сотрясеніе тѣла, упорный кашель и проч.

¹¹⁵⁾ Vocke. Salpingitis puerperalis. Medicin. Zeitung. 1860, стр. 15.

¹¹⁶⁾ Traube. Ueber den Einfluss starker und anhaltender Diarrhöen auf die Gestaltung peritonitischer Adhaesionen nebst Bemerkungen über pleuritische Adhaesionen. Berlin. klin. Wochenschrift. 1874. № 4—6.

Въ доказательство того, что сальпингитъ служитъ исходнымъ пунктомъ перитонита, Траубе приводитъ еще слѣдующее соображеніе. Иногда эксудатъ въ полости брюшины имѣетъ гнилостныя свойства, причемъ, однако, трупъ не имѣетъ другихъ явленій гніенія и нѣтъ сообщенія эксудата ни съ наружнымъ воздухомъ, ни съ кишечникомъ.

Для объясненія путридныхъ свойствъ эксудата Траубе считаетъ необходимымъ допустить попаданіе въ брюшную полость зародышей гніенія путемъ развитія эндометрита и сальпингита.

Этому теченію всего болѣзненнаго процесса совершенно соответствуютъ и два случая Нескер'а ¹¹⁷⁾.

И. М. Тарновскій ¹¹⁸⁾ наблюдалъ 18 случаевъ пuerперальнаго сальпингита, причемъ въ 11-ти изъ нихъ, окончившихся смертію, на вскрытіи констатированъ гнойный сальпингитъ и изліяніе гноя изъ трубъ въ брюшную полость. У больныхъ наблюдалось истеченіе изъ матки гноя, который по своимъ свойствамъ могъ быть сочтенъ за трубный, такъ какъ постоянное зловонное истеченіе изъ матки по временамъ вдругъ смѣнялось гнойнымъ отдѣленіемъ безъ дурнаго запаха, причемъ опухоль, прощупывавшаяся раньше въ сводѣ, исчезала. Что сальпингитъ былъ исходнымъ пунктомъ перитонита, въ нѣкоторыхъ случаяхъ на вскрытіяхъ доказывалось тѣмъ, что измѣненія въ трубахъ были болѣе стараго происхожденія, — признакъ, на который указывалъ Förster.

Послѣднее обстоятельство, именно болѣе старый возрастъ сальпингита въ сравненіи съ перитонитомъ даетъ возможность иначе объяснять патолого-анатомическія измѣненія, встрѣчаемыя при вскрытіяхъ. Именно возможно, что еще раньше до родовъ существовало заболѣваніе трубы стараго происхожденія, развившееся подъ вліяніемъ какой бы то ни было причины и затѣмъ in puerperio причинившее изліяніе гноя въ брюшную полость. Конечно, въ такомъ случаѣ другая труба должна быть здорова, иначе не было бы беременности. Такого взгляда на пuerперальный сальпингитъ держится, повидимому, Schroeder ¹¹⁹⁾; но въ этомъ отношеніи онъ впадаетъ въ противурѣчіе самъ съ собою; такъ, на страницѣ 663 онъ гово-

¹¹⁷⁾ *Hecker*. Ueber eine eigenthümliche Form von Salpingoperitonitis im Wochenbette. Centralblatt für Gyn. 1878. № 8.

¹¹⁸⁾ *И. М. Тарновскій*. Salpingitis puerperalis. Pyosalpinx. Врачъ. 1882. № 46.

¹¹⁹⁾ *Шредеръ*. Учебникъ акушерства. Переводъ съ 6-го изданія подъ редакціей М. Горвица. СПб. 1881.

рять, что при пuerперальномъ эндометритѣ дѣло можетъ дойти до гнойнаго воспаленія трубъ, вслѣдствіе котораго отъ послѣдовательнаго ли распространенія воспаленія, или отъ перфорациі, можетъ появиться перитонитъ, нѣсколькими же строчками ниже онъ прибавляетъ, что происхожденіе пuerперальнаго перитонита отъ сальпингита на основаніи патолого-анатомическихъ данныхъ должно считаться невѣроятнымъ.

Такимъ образомъ, на заболѣваніе трубъ in puerperio можно смотрѣть съ двоякой точки зрѣнія. Съ одной стороны онѣ могутъ заболѣвать впервые послѣ родовъ вслѣдствіе септической инфекціи; съ другой стороны, послѣродовое состояніе является лишь благоприятствующимъ моментомъ для того, чтобы раньше существовавшее заболѣваніе трубъ могло выразиться рельефнымъ образомъ, такъ что въ послѣднемъ случаѣ пuerперальное заболѣваніе трубъ представляетъ лишь быстрое усиленіе, или обостреніе стараго сальпингита, не дававшего до этого рѣзкихъ явленій. Первоначальное же заболѣваніе трубъ можетъ быть обязано какой-либо иной причинѣ, напр., гонорреѣ, туберкулезу и проч. Съ этой точки зрѣнія можно разсматривать сообщенный Wernich'омъ ¹²⁰⁾ случай быстраго развитія туберкулеза трубъ послѣ аборта. Точно также въ случаѣ Schellong'a ¹²¹⁾ puerperium далъ толчекъ быстрому усиленію и распространенію стараго туберкулеза трубы.

Наконецъ, трубы въ послѣродовомъ періодѣ могутъ впервые заболѣвать, но не вслѣдствіе септической, а какой либо иной инфекціи, напр. гонорреи. По мнѣнію Sānger'a ¹²²⁾ септической пuerперальный сальпингитъ встрѣчается исключительно на секціонномъ столѣ, гонорройный же почти не ведетъ къ смерти; поэтому, по мнѣнію Sānger'a, встрѣчая заболѣваніе трубъ послѣ родовъ, всегда нужно помнить о гонорреѣ. Остающееся отъ беременности гонорройное заболѣваніе трубъ in puerperio приходитъ въ худшее состояніе, или же оно вновь возникаетъ, переходя изъ матки.

Что касается до анатомическихъ особенностей gonorrhoeae in puerperio, то, по Sānger'у, мы здѣсь имѣемъ, какъ вообще при гонорреѣ, явленія поверхностнаго воспаленія слизистыхъ оболочекъ полового

¹²⁰⁾ Wernich. Beiträge zur Geburtskunde und Gyn. herausgegeben von der Gesellschaft für Geburtsh. in Berlin. 1872. Bd. 1, стр. 49.

¹²¹⁾ Schellong. Ein schwerer Fall von Miliartuberculose im Puerperium etc. Centralblatt für Gyn. 1885, стр. 417.

¹²²⁾ Sānger. Ueber die Beziehungen der gonorrh. Erkrank. zu Puerperalerkrank. Verhandlungen der deutschen Gesellsch. für Gyn. Erster Kongress zu München. 1886, стр. 177.

канала и тазовой брюшины. Такъ какъ вліяніе гонорройнаго яда не распространяется въ глубину тканей, въ кровеносные и лимфатическіе пути, то метрофлебитъ, параметритъ или общія септические явленія не встрѣчаются при гонорройномъ заболѣваніи трубъ *in regione*.

Анатомическое состояніе трубъ при септическомъ пуэрперальномъ сальпингитѣ вообще недостаточно изучено. Maier ³¹⁾ наблюдалъ при этомъ лишь легкія катарральныя явленія. Klebs ⁶³⁾ говоритъ (стр. 940), что содержимое трубъ при пуэрперальныхъ заболѣваніяхъ состоитъ изъ желтоватой слизистой массы съ большимъ количествомъ слущеннаго эпителія и немногочисленными гнойными тѣльцами и весьма бѣдно низшими организмами. Между тѣмъ, большинство авторовъ, какъ указано выше, находили при пуэрперальныхъ заболѣваніяхъ скопленіе гноя въ трубахъ. Klebs ¹²⁾ говоритъ, что, кромѣ явленій катарра съ рѣзко выраженнымъ образованіемъ гноя, встрѣчаются болѣе тяжелыя формы, причемъ въ трубахъ находится буровато-краснаго, грязнаго цвѣта серозная жидкость, эпителий слущивается въ видѣ желтовато-краснаго отрубевиднаго налета, мѣстами попадаются крупозныя перепонки; наконецъ, содержимое трубы можетъ превратиться въ ихоръ и слизистая оболочка подвергается дифтеритическому некрозу. Почти такое же описаніе пуэрперальнаго сальпингита встрѣчаемъ у Förster'a ¹²³⁾.

Если при вскрытіи умершихъ отъ септической инфекціи родильницъ въ трубахъ встрѣчается преимущественно процессъ гнойнаго характера, то этого отнюдь нельзя сказать про тѣ случаи, которые попадаютъ при сальпинготоміи, и, судя по анамнезу, должны быть отнесены къ пуэрперальнымъ. Въ этихъ случаяхъ встрѣчаются самыя разнообразныя формы, начиная отъ катарральнаго сальпингита и кончая *pyosalpinx*'омъ; кромѣ того можно прибавить, что пуэрперальныя заболѣванія трубъ не представляютъ въ анатомическомъ отношеніи какихъ либо особенностей.

Salpingitis gonorrhoeica. Requin въ 1846 году указалъ на возможность распространенія гонорреи чрезъ трубы до яичника (по Güemes'у ⁶⁰⁾). На важное значеніе гонорреи въ этиологіи пельвиоперитонита путемъ распространенія чрезъ трубы указываютъ Bernutz et Goupil ⁹⁾. Но общее вниманіе на этотъ вопросъ обратилъ Noeggerath ¹²⁴⁾. Имѣя въ виду частоту гонорреи у мужчинъ и периметрита

¹²³⁾ Förster. Handbuch der speciellen patholog. Anatomie. Leipzig. 1863, стр. 393—399.

¹²⁴⁾ Noeggerath. Die latente Gonorrhoe im weiblichen Geschlechte. Bonn. 1872.

у женщинъ, онъ ставитъ эти два заболѣванія въ причинную связь и приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) гоноррея у мужчинъ не излѣчима, но остается на всегда въ латентномъ состояніи; 2) находящееся въ этомъ видѣ заболѣваніе сохраняетъ свой инфекціонный характеръ; 3) у женщинъ послѣ гонорройнаго зараженія заболѣваніе распространяется на весь половой путь, переходя на брюшину, причемъ заболѣвшія трубы представляютъ источникъ, постоянно поддерживающій болѣзненные процессы въ окружности.

Взгляды Noeggerath'a встрѣтили какъ горячихъ сторонниковъ, такъ и противниковъ.

Fritsch ¹²⁵⁾ доказываетъ, что гоноррея у женщины не захватываетъ неизбѣжно всего полового канала; напротивъ, дѣло часто ограничивается вагинитомъ, который въ смыслѣ излеченія представляетъ лучший прогнозъ, нежели уретритъ у мужчинъ; поэтому, заболѣванія трубъ при зараженіи гонорреей не составляютъ неизбѣжнаго послѣдствія.

Freund ⁸²⁾ полагаетъ, что большинство женщинъ переносятъ гонорройную инфекцію безъ всякаго участія внутреннихъ половыхъ органовъ.

Выводы указанныхъ авторовъ, являющіеся лишь противувѣсомъ противъ крайностей взгляда Noeggerath'a не служатъ, конечно, опроверженіемъ значенія гонорреи въ этиологіи заболѣванія трубъ. Многочисленныя наблюденія Hennig'a ¹⁷⁾, Noeggerath'a ¹²⁶⁾ Lawson Tait'a, Säger'a ¹²⁷⁾ и многихъ другихъ устанавливаютъ важное значеніе гонорреи.

Гонорройное заболѣваніе трубъ представляетъ фактъ, доказанный клиническими наблюденіями; это представляетъ теперь на столько обыденное явленіе, что о немъ долѣе распространяться излишне.

Для полной доказательности необходимо было бы констатировать присутствіе гонококковъ въ трубномъ содержимомъ или въ mucosa. Гонококки найдены были, дѣйствительно, въ двухъ случаяхъ, опубликованныхъ Westermarck'омъ ¹²⁸⁾ и Orthmann'омъ ¹²⁹⁾. Обыкновенно

¹²⁵⁾ Fritsch. Zur Lehre von der Tripperinfection beim Weibe. Archiv für Gyn. Bd. 10, стр. 470.

¹²⁶⁾ Noeggerath. Ueber latente und chronische Gonorrhoe beim weiblichen Geschlechte. Deutsche Medic. Wochenschrift. 1887, стр. 1059.

¹²⁷⁾ Säger. Ueber gonorrhoeische Erkrankung der Uterusadnexe und deren operative Behandlung. Archiv für Gyn. Bd. 25.

¹²⁸⁾ Westermarck. Ein Fall von Salpingitis gonorrhoeica mit Gonokokken in Exudat. Centralblatt für Gyn. 1886, стр. 157. Реф.

¹²⁹⁾ Orthmann. Ein Fall von Salpingitis purulenta gonorrhoeica mit gonokokkenhaltigen Eiter. Berlin. klin. Wochenschrift, 1887, стр. 236.

же тамъ, гдѣ ихъ можно предполагать по анамнезу, они не отыскиваются. Gusserow ⁴⁴⁾, напр., говоритъ, что онъ сначала тщательно искалъ гонококковъ, но не находилъ ихъ, а потому въ дальнѣйшихъ случаяхъ пересталъ ихъ отыскивать.

Но отсутствіе ихъ не заставляетъ, конечно, сомнѣваться въ характерѣ заболѣванія, если клиническія данныя ясно говорятъ за гонорройную этиологию. Операции больныя подвергаются обыкновенно спустя болѣе или менѣе продолжительный промежутокъ времени послѣ зараженія. Между тѣмъ извѣстно, что гонококки скоро исчезаютъ. Такъ Neisser изъ 163 случаевъ хронической гонорреи у мужчинъ не нашелъ ихъ въ 63. Steinschneider ¹³⁰⁾ въ свѣжихъ случаяхъ гонорройнаго уретрита у женщинъ всегда находилъ гонококковъ, въ хроническихъ — ни разу. Sängner ¹²⁷⁾, по поводу отсутствія гонококковъ въ трубномъ содержимомъ при несомнѣнной гонорройной этиологіи заболѣванія, приводитъ различныя теоретическія соображенія для объясненія этого факта; онъ говоритъ, что гонококки могутъ исчезнуть, между тѣмъ остается доставленный ими ферментъ, или же, исчезая изъ секрета, гонококки могутъ оставаться въ тканяхъ, или же, наконецъ, можетъ быть, существуетъ какая либо не открытая еще длительная форма гонококка.

Оставляя въ сторонѣ еще мало изученный, какъ видно изъ только что сказаннаго, вопросъ объ отношеніи гонококковъ къ болѣзнямъ трубъ, перейдемъ къ патолого-анатомическимъ особенностямъ гонорройнаго заболѣванія трубъ.

Cornil ⁴⁹⁾ полагаетъ, что бленноройный сальпингитъ имѣетъ характеръ слизисто-гнойнаго воспаленія; гноевидная жидкость, по его наблюденіямъ, не представляетъ настоящаго гноя, но, главнымъ образомъ, слизь и измѣненныя эпителиальныя клѣтки, находящіяся въ различныхъ стадіяхъ слизистаго перерожденія. Bumm ¹³¹⁾ говоритъ, что гонококки вызываютъ въ трубахъ гнойное воспаленіе mucosae. Monprofit ⁴³⁾ полагаетъ, что бленноройный сальпингитъ нельзя отдѣлять отъ гнойнаго, такъ какъ чаще всего это одно и тоже.

Съ этимъ едва ли можно согласиться. Дѣйствительно, болѣею частью при гонорреѣ развиваются въ трубахъ процессы гнойнаго характера. Тѣмъ не менѣе это не составляетъ постояннаго факта. Изъ литературныхъ указаній видно, что гистологическое состояніе трубъ при гонорройной этиологіи представляетъ самыя разнообразныя формы:

¹³⁰⁾ Steinschneider. Ueber den Sitz der gonorrhoeischen Infection beim Weibe. Berlin. klin. Wochenschrift. 1887, стр. 301.

¹³¹⁾ Bumm. Ueber gonorrhoeische Mischinfection beim Weibe. Deutsche Medicin Wochenschrift. 1887, стр. 1057.

чаще всего pyosalpinx, а затѣмъ и hydrosalpinx, salpingitis catarrhalis и проч. Примѣромъ могутъ служить случаи Bertram'a ¹³²⁾, Kaltenbach'a ⁵⁵⁾ и проч.

Точно также и въ нашихъ случаяхъ при ясныхъ анамнестическихъ указаніяхъ относительно гонорреи измѣненія трубъ носили весьма различный характеръ: то pyosalpinx (сл. № 19), то hydrosalpinx (сл. № 22), то haematosalpinx (сл. № 20), то salpingitis catarrhalis (сл. № 11) и т. д.

Относительно salpingitis suppurativa пуэрперального и бленорройного происхожденія Orthmann ⁵²⁾ говоритъ, что онъ не нашелъ между ними замѣтнаго различія. Можно сказать, что вообще различныя формы гонорройнаго заболѣванія трубъ собственно въ гистологическомъ отношеніи ничѣмъ особеннымъ не отличаются.

Salpingitis tuberculosa. Изъ заболѣваній трубъ, зависящихъ отъ специфической этиологіи, третью по частотѣ форму составляетъ туберкулезъ трубъ.

Самый старый въ литературѣ случай туберкулеза трубы мы встрѣчаемъ у Morgagni ⁴⁾. Въ настоящее время литература этого заболѣванія разрослась до значительныхъ размѣровъ. Въ прежнее время туберкулезный характеръ заболѣванія опредѣлялся по присутствію въ каналѣ трубы сыровидной массы, другимъ отличительнымъ признакомъ служили бугорки, гигантскія клѣтки и, наконецъ, въ настоящее время надежнымъ признакомъ для опредѣленія характера заболѣванія служатъ бациллы Koch'a. Последнія найдены были въ трубахъ Hegar'омъ ²⁹⁾ въ двухъ случаяхъ, Orthmann'омъ ¹³³⁾, John Lindsay Steven'омъ ¹³⁴⁾ и мног. др.

Способы, которыми заражающіе микробы проникаютъ въ трубы, еще мало изучены, но во всякомъ случаѣ они весьма разнообразны.

Hegar ²⁹⁾ допускаетъ слѣдующіе различные пути прониканія бациллъ. Съ одной стороны, находящіеся въ другомъ мѣстѣ организма микробы могутъ отсюда перейти въ половые пути, или переходя первоначально во внѣшнюю среду, или распространяясь непосредственно по тканямъ организма; напр., при туберкулезѣ кишекъ процессъ можетъ перейти на брюшину и отсюда на трубы, хотя по наблюденіямъ Schramm'a ¹⁹⁾ при туберкулезномъ перитонитѣ трубы не-

¹³²⁾ Bertram. Laparatomie bei Tumoren der Tuba Fallopieae. Berlin. Klin. Wochenschrift. 1888. № 4 и 5.

¹³³⁾ Orthmann. Centralblatt für Gyn. 1888, стр. 754.

¹³⁴⁾ John Lindsay Steven. On the pathol. Anatomy of tuberculosis of the uterus and Fall. tubes. Glasgow. med. Journal. 1883, томъ 19, стр. 1.

редко бывают совершенно здоровы, такъ что, по его мнѣнію, процессъ имѣетъ больше склонности распространяться изъ трубъ на брюшину, нежели наоборотъ.

Съ другой стороны, бациллы могутъ вѣдриться изъ вѣшной среды въ половые пути совершенно здороваго организма. Помимо coitus'a бациллы могутъ быть занесены пальцами, посредствомъ ирригатора и проч., какъ полагаетъ Негар²⁹⁾ и Wiedow¹³⁵⁾. Переходя изъ влагалища въ матку, бациллы, не останавливаясь, могутъ дойти до бахромчатого конца трубы, гдѣ наконецъ и находятъ удобныя условія для своего размноженія, или же еще раньше вызывается заболѣваніе въ нижнихъ частяхъ полового пути: влагалища, portiois vag. и т. д. (случай Mayor'a¹³⁶⁾).

Такимъ образомъ, туберкулезъ трубъ или составляетъ частичное явленіе общаго туберкулеза, или же первоначально развивается туберкулезъ половыхъ органовъ (напр. матки и пр.), къ которому затѣмъ присоединяется заболѣваніе трубъ, или же, наконецъ, труба представляетъ locum primae affectionis—первичный туберкулезъ.

Туберкулезное пораженіе трубъ представляетъ довольно частое явленіе. По цифрамъ Schramm'a¹⁹⁾ онъ встрѣчается приблизительно 1 разъ на 100; именно при вскрытіи 3386 женскихъ труповъ туберкулезное заболѣваніе трубъ встрѣтилось 34 раза. У Winckel'я²³⁾ почти тоже процентное отношеніе. Pnesh, Courty¹³⁷⁾ находили его въ 2°/о всѣхъ случаевъ.

Въ послѣднее время высказываются убѣжденія въ пользу того, что это заболѣваніе встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ обыкновенно предполагается. По мнѣнію Негар'a, Olshausen'a¹³⁸⁾ туберкулезъ трубъ часто встрѣчается тамъ, гдѣ обыкновенно признается гонорройный pyosalpinx. Ortmann¹⁰³⁾ также полагаетъ, что многіе pyosalpinx'ы при тщательномъ изслѣдованіи должны быть признаны за туберкулезные.

Такъ какъ туберкулезъ трубъ не служитъ самъ по себѣ непосредственной причиной смерти, то на вскрытіяхъ обыкновенно встрѣчаются болѣе или менѣе значительныя измѣненія другихъ органовъ, чаще всего легкихъ, далѣе брюшины и, наконецъ, половыхъ орга-

¹³⁵⁾ Wiedow. Die operative Behandlung der Genitaltuberculose. Centralblatt für Gyn. 1885, стр. 561.

¹³⁶⁾ Mayor. Tuberculose des organes génitaux chez la femme. Le Progrès Medical 1882, стр. 158.

¹³⁷⁾ Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus. 1881, стр. 1156.

¹³⁸⁾ Olshausen. Tageblatt der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Berlin. 1886, стр. 314.

новъ. Рѣдко на вскрытіяхъ попадаются даже такіе случаи, гдѣ туберкулезъ ограничивался хотя бы одними половыми органами, какъ это было въ случаяхъ *Gusserow's* ¹³⁹⁾, или *Tomlinson's* ¹⁴⁰⁾.

Поэтому для опредѣленія первоначальнаго пункта заболѣванія критеріемъ долженъ служить возрастъ патолого-анатомическихъ измѣненій: въ начальномъ пунктѣ послѣднія, очевидно, должны быть всего рѣзче выражены и наиболѣе давняго происхожденія.

При одновременно существующемъ туберкулезѣ матки измѣненія въ трубахъ обыкновенно сильнѣе выражены и болѣе стараго происхожденія; отсюда слѣдуетъ, что туберкулезъ половыхъ органовъ начинается обыкновенно съ трубъ.

Gehle ¹⁴¹⁾, собравши изъ литературы случаи первичнаго туберкулеза женскихъ половыхъ органовъ, составилъ слѣдующую таблицу:

Туберкулезъ трубъ встрѣтился	8 разъ
» матки »	1 »
» трубъ и матки встрѣтился	9 »
» трубъ, матки и яичниковъ встрѣтился	4 »

Отсюда онъ выводитъ заключеніе, что трубы между половыми органами имѣютъ особенное предрасположеніе къ заболѣванію туберкулезомъ и, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ измѣненія въ нихъ выражены болѣе интензивно, то съ нихъ именно и начинается заболѣваніе.

Эти выводы *Gehle* соотвѣтствуютъ взглядамъ *Rokitansk's*го, *Kiwisch's*а, *Klob's*а, *Förster's*а, *Winckel's*я и др.

Въ пользу особеннаго предрасположенія трубъ къ первичному заболѣванію туберкулезомъ говоритъ и то обстоятельство, что у дѣтей, какъ указываетъ *Klebs* ⁶³⁾, трубы сравнительно часто поражаются туберкулезомъ, матка рѣдко, а тѣмъ менѣе влагалище.

Дѣйствительно, существуетъ не мало указаній на существованіе туберкулеза трубъ въ самомъ юномъ возрастѣ. *Chaffry* ¹⁴²⁾, напр., демонстрировалъ препаратъ туберкулеза трубъ у дѣвочки 4-хъ лѣтъ. *Quarry Silcock* ¹⁴³⁾ показалъ препаратъ туберкулезнаго *pyosalpinx's*а у 5-ти лѣтней дѣвочки; по поводу его сообщенія *Money* замѣтилъ,

¹³⁹⁾ *Gusserow*. De muliebrium genitalium tuberculosi. Diss. Berolini. 1859.

¹⁴⁰⁾ *Tomlinson*. Case of tuberculosis of the uterus. Transactions of the Obst. Society of London for 1865, стр. 174.

¹⁴¹⁾ *Gehle*. Ueber die primäre Tuberculose der weiblichen Genitalien. Diss. 1881.

¹⁴²⁾ *Chaffry*. Pyosalpinx in a child. Transactions of the Patholog. Soc. of London. Vol. 36, стр. 303.

¹⁴³⁾ *Quarry Silcock*. Lancet 1885. 7-го Марта, стр. 429.

что онъ встрѣтилъ два подобныхъ же случая. (Указывая на эту особенность туберкулеза трубъ, замѣтимъ кстати, что вообще онъ встрѣчается обыкновенно въ періодъ половой дѣятельности женщины.)

Выше было указано, что туберкулезъ половыхъ органовъ начинается чаще съ трубъ. Туберкулезное же заболѣваніе трубъ, въ свою очередь или присоединяется къ туберкулезу другихъ органовъ, напр. легкихъ, или же труба поражается первично. Положимъ, Klebs 63) утверждаетъ, будто туберкулезныя пораженія могутъ исчезнуть въ одномъ мѣстѣ, не оставляя слѣдовъ, между тѣмъ какъ въ другихъ мѣстахъ они продолжаютъ развиваться. Этимъ онъ думаетъ опровергнуть мнѣніе Rokitansk'аго и другихъ авторовъ о возможности первичнаго туберкулеза трубъ. Но взглядъ Klebs'a всѣми признается не основаннымъ на фактахъ.

Дѣйствительно, туберкулезъ трубъ чаще является вторичнымъ заболѣваніемъ, но всетаки, хотя и рѣдко сравнительно, трубы поражаются первично. Такъ изъ 34 случаевъ Schramm'a одинъ относится авторомъ къ первичному заболѣванію. Подобные же случаи опубликовали Wernich 120), Gehle 141), Köttschau 144) и пр.

Но во всѣхъ этихъ случаяхъ были найдены также туберкулезныя пораженія и въ другихъ органахъ, но позднѣйшаго происхожденія. На сколько мнѣ извѣстно, не существуетъ описанія такихъ случаевъ, гдѣ туберкулезъ трубы былъ бы единственнымъ патологическимъ явленіемъ на трупѣ, хотя на это указываетъ Negar 35). Въ этомъ отношеніи существуетъ лишь одно указаніе: именно, по поводу доклада Steven'a 145) Hugh Thomson сообщилъ, что ему извѣстенъ одинъ случай совершенно изолированнаго трубнаго туберкулеза, при чемъ смерть послѣдовала отъ случайной причины.

Что касается до нашихъ случаевъ, то одинъ изъ нихъ, именно № 5, долженъ быть признанъ, повидимому, за случай первичнаго туберкулеза трубъ, такъ какъ, рядомъ съ ясно выраженными туберкулезными измѣненіями трубы, не существуетъ указаній относительно туберкулезнаго заболѣванія какихъ либо другихъ органовъ.

Въ патолого-анатомическомъ отношеніи туберкулезное заболѣваніе трубъ представляетъ много особенностей.

Обыкновенно туберкулезъ трубъ является въ казеозной формѣ. Въ самыхъ раннихъ періодахъ заболѣванія труба, какъ указываетъ

¹⁴⁴⁾ Köttschau. Ein Fall von Genitaltuberculose (primäre Tubentuberculose). Archiv für Gyn. Bd. 31. Heft. 2.

¹⁴⁵⁾ John Lindsay Steven. On the patholog. Anatomy of tuberculosis of the Fall. tubes. Glasgow Medical Journal. 1882. Vol XVII, стр. 411.

chramm, представляет явленія хроническаго катарра. Стѣнка ея утолщена, слизистая оболочка набухла, гиперемирована, складки утолщены, разрыхлены и покрыты слизистогнойной массой. Точно также и въ нашемъ случаѣ, лѣвая труба, кромѣ явленій хроническаго катарра, ничего особеннаго не представляла.

При дальнѣйшемъ теченіи въ ampulla скопляется густой, туберкулезный гной, постепенно получающій казеозный характеръ. Schramm'у рѣдко удавалось видѣть на слизистой оболочкѣ свѣжее высыпаніе бугорковъ. Между тѣмъ по Virchow'у ¹⁴⁶⁾ туберкулезная инфильтрація слагается изъ сліянія многихъ отдѣльныхъ узелковъ. Слившіеся вмѣстѣ многочисленныя узелки образуютъ густой слой желтовато-бураго цвѣта, выполняющій весь каналъ.² Поэтому, казеозная масса есть не секретъ слизистой оболочки, но некробіотически разрушенная ткань. Передъ стадіемъ размягченія эта казеозная масса выполняетъ повидимому тонко-стѣнный каналъ, на самомъ же дѣлѣ здѣсь имѣется лишь весьма утолщенная и инфильтрированная слизистая оболочка, закупоривающаяся собою просвѣтъ трубы (Virchow). Эти слои распада въ видѣ желтыхъ кашицевидныхъ массъ легко отдѣляются при смываніи водой и въ этихъ мѣстахъ видна изъязвленная слизистая оболочка въ видѣ неровной, разрушенной поверхности.

По внѣшнему виду трубы представляются болѣе или менѣе извитыми и обыкновенно значительно утолщенными и твердыми на ощупь. Наибольшія измѣненія, какъ обыкновенно, наблюдаются въ наружной части, тѣмъ не менѣе нерѣдко вовлекается въ заболѣваніе маточный конецъ трубы и даже ея интерстиціальная часть. Именно, Негар нерѣдко (2 раза изъ 6) встрѣчалъ ограниченные узлы въ мѣстѣ отхожденія трубы отъ матки; эти узлы образованы гипертрофированной стѣнкой трубы. При сдавливаніи пальцами перерѣзаннаго узла казеозныя массы сразу выходятъ изъ нѣсколькихъ мѣстъ разрѣза, поэтому Негар полагаетъ, что онѣ находятся не только въ каналѣ, но и въ лимфатическихъ сосудахъ.

Наружное отверстіе или закрыто, или же окаймлено сильно набухшими, инфильтрированными бахромками, имѣющими (Hennig) видъ цвѣтной капусты. Въ нашемъ случаѣ наружный конецъ трубы имѣлъ видъ толстостѣнной воронки, приклеенной вѣжными сращеніями къ яичнику.

Желтыя разсыпчатые массы выполняютъ просвѣтъ трубы, или же, будучи увлечены болѣе жидкимъ транsudатомъ, направляются въ

¹⁴⁶⁾ Virchow. Die krankhaften Geschwülste. Bd. II. 1864 - 1865.

брюшную полость (Hennig), если ostium abd. не заращено, или могут выдѣляться въ полость матки, если внутренній отдѣлъ трубы достаточно проходимъ. Régot ¹⁴⁷⁾, напр., демонстрировалъ расширенную по всей длинѣ и въ маточномъ отверстіи трубу, что давало возможность изліянію туберкулезныхъ массъ въ полость матки.

Въ окружности трубъ болѣе или менѣе рѣзко выражены воспалительныя явленія. Образуются многочисленныя ложныя перепонки, спаивающія между собою отдѣльные изгибы трубы. Между ложными перепонками въ полости peritonei встрѣчаются гнойныя скопища. На брюшинѣ, а также и на ложныхъ перепонкахъ высыпаютъ иногда многочисленные милиарные узелки.

При долгомъ существованіи туберкулеза распадѣніе ткани захватываетъ мышечный слой и въ концѣ концовъ можетъ наступить перфорация въ брюшную полость, или въ сосѣдній полый органъ, напримѣръ, въ отрѣзокъ кишки, причемъ предварительно между обоими органами образуются склейки ложными перепонками.

Klebs ⁶³⁾ полагаетъ, что туберкулезъ яичника не встрѣчается рядомъ съ туберкулезомъ трубы. Случай Kötschau и другихъ доказываетъ несправедливость этого мнѣнія. Нашъ случай также можетъ служить опроверженіемъ мнѣнія Klebs'a.

Съ другой стороны, туберкулезъ трубъ, какъ замѣтилъ Rokitsky ¹⁴⁸⁾, весьма рѣдко комбинируется съ туберкулезомъ мочевыхъ органовъ. Одинъ изъ такихъ рѣдкихъ примѣровъ опубликованъ Jamin'омъ ¹⁴⁹⁾, наблюдавшимъ случай туберкулеза лѣвой почки together'a, мочевого пузыря и правой фаллопиевой трубы. Mandach ¹⁵⁰⁾ сообщилъ случай туберкулеза трубъ, развившагося вслѣдъ за туберкулезомъ почки.

Туберкулезъ трубы можетъ вести къ образованію pyosalpinx'a. На подобные случаи указываютъ Orthmann ¹³³⁾, Münster und Ortman, ¹⁰³⁾, Gehle ¹⁴¹⁾ приводитъ одинъ случай Brouardel'я и т. д. Случай Feldmann'a ⁸⁵⁾ разсматривается авторомъ не какъ туберкулезный pyosalpinx, а какъ нагноившійся hydrops tubae, присутствіе же бугорковъ въ стѣнкѣ трубы разсматривается имъ какъ случайное позднѣйшее явленіе.

¹⁴⁷⁾ Régot. Schmidt's Jahrbücher т. 8, стр. 375.

¹⁴⁸⁾ Rokitsky. Lehrbuch der pathol. Anatomie. Bd. 3, стр. 433—445 Wien 1861.

¹⁴⁹⁾ Jamin. Tuberculose urinaire et génitale de la femme. Kyste de la trompe de Fallope Le Progrès medic. 1883, стр. 415.

¹⁵⁰⁾ Mandach junior. Extirpation der linken Niere; zwei Jahre später Extirpation beider Ovarien und Tuben wegen Tuberculosis der genannten Organe. Correspondenz-blatt für Schweizer Aerzte. 1884 стр. 57.

Но внѣшнему виду туберкулезный характеръ можетъ имѣть старый pyosalpinx съ сгустившимся содержимымъ, представляющимъ видъ казеозной массы. Для отличія, въ данномъ случаѣ, помимо бациллъ, можетъ служить присутствіе бугорковъ въ стѣнкѣ трубы, или въ другихъ органахъ.

Schroeder ⁴⁷⁾ высказалъ мнѣніе, что изъ сгущеннаго гноя можетъ образоваться бугорчатка трубы. Это, очевидно, не соответствуетъ нашимъ теперешнимъ взглядамъ на этиологию бугорчатки. Если старый pyosalpinx можетъ перейти въ туберкулезный, то не вслѣдствіе сгущенія гноя, а, быть можетъ, вслѣдствіе того, что pyosalpinx представляетъ благоприятную почву для развитія вѣдрившихся въ него туберкулезныхъ бациллъ.

Макроскопической особенностью растянутыхъ трубъ при туберкулезномъ pyosalpinx'ѣ можетъ служить то, что мѣшокъ часто образуется не на самомъ концѣ трубы, а гдѣ либо на ея протяженіи. Таковы случаи Orthmann'a, Münster und Ortmann'a и пр. Въ случаѣ Feldmann'a серозный покровъ былъ усыянъ большимъ числомъ маленькихъ вѣтвящихся разраженій, сидящихъ то на широкомъ основаніи, то на длинной ножкѣ. Эти разраженія состояли изъ пучковъ зрѣлой соединительной ткани, среди которой по мѣстамъ попадались бугорки.

На основаніи изслѣдованій Schramma'a, Münster und Ortmann'a, Kötschau, Lukasiewicz'a ¹⁵¹⁾ и др., гистологическая картина трубнаго туберкулеза представляется въ слѣдующемъ видѣ.

Вначалѣ труба представляетъ лишь явленія хроническаго катарра. Въ этомъ отношеніи убѣдительнымъ примѣромъ можетъ служить патологическія измѣненія въ лѣвой трубѣ случая № 5. Здѣсь слизистая оболочка въ общемъ представляла лишь явленія хроническаго катарра: разрастаніе складокъ, слущиваніе эпителія, сращенія складокъ и проч., и лишь по мѣстамъ среди инфильтраціи можно было замѣтить присутствіе гигантскихъ клѣтокъ.

Затѣмъ инфильтрація мало по малу увеличивается, эпителій слущивается и распадается, строма складокъ превращается въ грануляціонную ткань, при этомъ первоначальный видъ складокъ совершенно пропадаетъ и онѣ превращаются въ выступы неправильной формы. Среди грануляціонной инфильтраціи расположены крупныя эпителиодныя клѣтки, между которыми разсѣяны клѣтки-великаны. Иногда среди разлитой мелкоклѣточной инфильтраціи mucosae попадаются клѣ-

¹⁵¹⁾ Lukasiewicz. Zur Kenntniss der Tuberculose des weiblichen Genital-Apparates. Diss. Dorpat. 1881.

точные скопления, соответствующія гистологической картинѣ милярнаго узелка. Присутствіе послѣднихъ, по Schramm'у, никоимъ образомъ не представляетъ постоянного явленія, между тѣмъ, по Virchow'у, въ началѣ процесса слизистая оболочка бываетъ пронизана нѣжными милярными узелками.

Развитая въ періодѣ воспаленія сосудистая система мало по малу запусѣваетъ; капилляры разрушаются, въ мелкихъ сосудахъ происходитъ набуханіе и размноженіе эндотелія, ведущія къ сѣуженію просвѣта и въ концѣ концовъ къ полному уничтоженію его. Kötschau наблюдалъ, что капилляры часто бывають запружены концентрически сгруппированными веретенообразными клѣтками, такъ что получается видъ Kornkrebsperle.

При дальнѣйшемъ теченіи, грануляціонное новообразование подвергается обратному развитію. При этомъ ядра и эпителиодныя клѣтки сначала кажутся расположенными въ мелко зернистомъ, похожемъ на протоплазму, основномъ веществѣ, затѣмъ всѣ клѣточные элементы распадаются и вся складка mucosae представляется наполненной густыми массами молекулярнаго детрита. Въ нашемъ случаѣ еще можно было, хотя неясно, различать по мѣстамъ границы складокъ. При дальнѣйшемъ же ходѣ процесса, верхніе слои mucosae превращаются въ сплошную распадающуюся ткань и только въ глубинѣ, на границѣ съ мышечнымъ слоемъ (какъ мнѣ пришлось наблюдать въ другомъ случаѣ туберкулезнаго сальпингита), среди обильной мелкоклѣточной инфильтраціи, попадаются пространства, выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ и имѣющія неправильныя, большею частью кругловатыя очертанія. Эти отверстія на препаратѣ соответствують донышкамъ углубленій между отдѣльными складками, гдѣ процессъ не зашелъ еще такъ далеко впередъ и гдѣ эпителий еще сохранился. Этотъ слой стѣнки трубы Ortmann¹⁰³⁾ для краткости называетъ железистымъ. По Ortmann'у, углубленія между складками отшнуровываются и разрастаются дальше въ формѣ неправильныхъ железо-подобныхъ и кистовидныхъ разрастаній. Въ стромѣ такъ называемаго железистаго слоя также попадаются изолированные милярные узелки и многочисленные исполинскія клѣтки съ характернымъ пристѣночнымъ расположеніемъ ядеръ.

Съ теченіемъ времени процессъ распространяется въ глубину на остальные слои трубы. Мышечный слой представляется значительно утолщеннымъ, при этомъ мышечные пучки обыкновенно бывають раздвинуты мелкоклѣточнымъ инфильтратомъ, проходящимъ между ними въ видѣ густыхъ полосъ, или образующимъ отдѣльныя скоп-

ленія клѣтокъ. Въ adventitia многочисленныхъ крупныхъ сосудовъ мышечнаго слоя также расположенъ мелкоклѣточный инфильтратъ, въ артеріяхъ часто выраженъ ясно endoarteriitis obliterans въ формѣ разрастанія intimaе.

Между раздвинутыми мышечными пучками встрѣчаются нерѣдко многочисленные милиарные узелки, или, какъ полагаетъ Schramm, похожіе на нихъ скопленія крупныхъ и мелкихъ клѣтокъ. Въ нашемъ случаѣ среди мышечныхъ пучковъ, хотя рѣдко, но встрѣчались образованія, представляющія всѣ типическія особенности милиарнаго узелка (см. рис. № 6).

Въ концѣ концовъ мускулатура вытѣсняется грануляціоннымъ новообразованіемъ и подвергается полному распаденію.

Наконѣцъ, въ наружномъ слоѣ также встрѣчается обширная мелкоклѣточная инфильтрація, часто располагающая вокругъ многочисленныхъ кровеносныхъ сосудовъ. Въ этомъ слоѣ иногда встрѣчаются также гигантскія клѣтки и типичные узелки (въ случаѣ Münster und Ortmann'a).

Содержимое трубъ подъ микроскопомъ представляется состоящимъ изъ мелкозернистаго детрита, изъ гнойныхъ шариковъ, большею частью, наполненныхъ жировыми зернами, изъ свободныхъ капель жира, изъ эпителиальныхъ клѣтокъ, подвергшихся жировому перерожденію, изъ свободныхъ ядеръ и кристалловъ холестеарина. Въ случаѣ Münster und Ortmann'a въ содержимомъ туберкулезнаго pyosalpinx'a найдены многочисленные крайне блѣдныя, нѣжно-контурированныя веретенообразныя кристаллическія иглы.

Salpingitis syphilitica. Эту форму принимаютъ скорѣе на основаніи аналогій, нежели дѣйствительныхъ наблюденій. Wylie¹⁵²⁾, напр., говоритъ, что, благодаря сифилису, можетъ возникнуть salpingitis подобно тому, какъ возникаетъ otitis, ozaena и проч. Съ другой стороны, существующее одновременно съ сифилисомъ заболѣваніе трубъ еще не даетъ права говорить о сифилитическомъ сальпингитѣ. Поэтому, указываемые авторами случаи сифилитическаго заболѣванія трубъ Н. Boldt'a¹⁵³⁾, А. Boldt'a¹⁵⁴⁾ и пр. не достаточно убѣдительны и не изучены достаточно въ патолого-анатомическомъ

¹⁵²⁾ Wylie. Diseases of the Fal. tubes, their Relations to uterine Displacements etc. New-York Med. Journ. 1885, стр. 331.

¹⁵³⁾ Н. Boldt. Демонстрація препарата. The Med. Record. 1887 Vol. 32, стр. 82.

¹⁵⁴⁾ А. Boldt. Specimen of pyosalpinx removed during the acute stage of syphilis. The Med. Record. Vol. 32, стр. 222.

отношеніи. Цитируемый обыкновенно случай Bouchard et Lépine¹⁵⁵⁾ касается развитія гуммъ въ трубѣ.

При вскрытіи, кромѣ гуммъ въ мозгу, печени и пр., ими найдено слѣдующее: трубы утолщены до размѣровъ пальца, навильона нельзя различить; на разрѣзахъ въ каждой трубѣ видны по 3 мягкихъ, красноватыхъ гуммы величиною въ орѣхъ; на поверхности разрѣза ихъ замѣтны довольно многочисленныя маленькія сѣроватыя зерна, похожія на песокъ. Подъ микроскопомъ ткань гуммы состояла изъ богатой клѣтками соединительной ткани; кромѣ того въ ней были овальныя и круглыя ядра и жирно-перерожденные грануляціи (*granulations graisseuses*). Зерна, похожія на песокъ, имѣли видъ гомогенныхъ сферическихъ или овальныхъ массъ, повидимому, образованныхъ фосфорно-кислой известью.

Такъ какъ это единственное наблюденіе, то можно думать, что и третичный сифилисъ рѣдко поражаетъ трубы, вообще же относительно сифилитического салпингита нужно подождать дальнѣйшихъ наблюденій.

Salpingitis actinomycosa. Извѣстенъ всего одинъ случай этого рода, описанный Zemann'омъ¹⁵⁶⁾; поэтому мы здѣсь приведемъ его въ краткомъ извлеченіи.

У 40-лѣтней женщины появились боли въ животѣ, рвота желчью, поносъ, лихорадка. Въ послѣдніе дни передъ смертію появились боли въ затылкѣ, контрактуры затылочныхъ мышцъ, страбизмъ лѣваго глаза. На 27-й день смерть.

При вскрытіи оказалось слѣдующее: оболочки мозга представляютъ гнойно-ихорозную инфильтрацію; въ лѣвомъ полушаріи, въ легкихъ, въ печени—абсцессы. Нѣсколько петель кишекъ сращены съ правой фаллопиевой трубой, растянутой до толщины пальца и наполненной гноемъ; внутренняя поверхность трубы представляетъ распадающуюся грануляціонную ткань; въ слояхъ ея, окрашенныхъ въ желтоватый цвѣтъ, находятся зеленые зернышки величиною съ просѣяное; маточный конецъ трубы заращенъ. Матка утолщена, mucosa катарральна. Лѣвая труба, растянутая у заращенного наружнаго конца, содержитъ лишь слизь. Яичники сморщены.

Подъ микроскопомъ доказано присутствіе лучистаго грибка въ

¹⁵⁵⁾ Bouchard et Lépine. Syphilis tertiaire etc. Gazette medicale de Paris. 1866, стр. 726.

¹⁵⁶⁾ Zemann. Ueber die Aktinomykose des Bauchfells und der Baucheingeweide beim Menschen. Medic. Jahrbücher herausgegeben von der K. K. Gesellschaft der Aerzte. Wien. 1883 стр. 477.

содержимомъ трубы, но его не было въ абсцессахъ легкихъ, печени и мозга.

Такимъ образомъ, труба представляла единственное мѣсто заболѣванія актиномикозомъ.

По мнѣнію Земанп'а, грибокъ чрезъ влагалище и матку проникъ въ катарральную трубу, хотя могъ проникнуть и изъ кишки, сращенной съ трубой.

Такимъ образомъ, туберкулезъ и актиномикозъ трубы представляютъ особенности въ патолого-анатомическомъ отношеніи, пуэрперальный же и гонорройный сальпингиты не имѣютъ гистологическихъ отличій, такъ что при изслѣдованіи препарата нельзя судить о томъ, произошло ли заболѣваніе вслѣдствіе гонорреи, септического зараженія или иной не специфической причины.

В. Состояніе яичниковъ при сальпинго-оофоритѣ.

Заболѣванія трубъ настолько часто совпадаютъ съ заболѣваніями яичника, что французскіе авторы: Aran¹⁰⁾, Courty¹³⁷⁾, Terrillon⁵⁰⁾ и пр. часто обозначаютъ болѣзненную форму общимъ названіемъ «inflammation de la trompe et de l'ovaire». Точно также, нерѣдко употребляется названіе «salpingite et ovarite», или «tubo-ovarite»¹⁵⁷⁾.

На этомъ же основаніи, занимаясь собственно патологіей фаллопиевыхъ трубъ, мнѣ приходится употреблять названіе salpingo-oophoritis, а не salpingitis; этому же соотвѣтствуетъ и заглавіе диссертации.

На основаніи однихъ литературныхъ данныхъ совершенно невозможно составить себѣ ясное представленіе о состояніи яичниковъ при сальпингооофоритѣ. Описывая случаи сальпинготоміи, авторы обыкновенно даютъ о патологическомъ состояніи яичниковъ лишь краткія указанія или недостаточно точныя, въ родѣ того, какъ говоритъ Terrillon⁵⁰⁾: «l'ovaire est altéré seulement à sa surface, mais son parenchyme est sain». Этимъ можно объяснить то, что при 274 случаяхъ, собранныхъ д-ромъ Шлезингеромъ, оофоритис отмѣченъ лишь 7 разъ, между тѣмъ какъ, судя по изслѣдованіямъ, напр., М. Dixon Jones¹⁵⁸⁾, воспаленіе яичника при сальпингитѣ должно встрѣчаться гораздо чаще.

Для выясненія подобныхъ вопросовъ необходимы собственныя гистологическія изслѣдованія, но въ этомъ случаѣ мнѣ пришлось бы разобратся во всей патологической анатоміи яичника, начиная съ

¹⁵⁷⁾ Brossard. Tubo-ovarite suppurée avec péritonite pelvienne circonscrite. Annales de gynécologie. T. XXIII, стр. 117.

¹⁵⁸⁾ The Medical Record. Vol. 30, стр. 198.

періоофорита и кончая кистой. Поэтому, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ мною были изслѣдованы яичники и получены нѣкоторыя данныя, но въ настоящее время я совершенно не буду ихъ касаться и, оставивши изученіе состоянія яичниковъ при сальпинго-оофоритѣ темой для слѣдующей работы, я въ настоящее время укажу на измѣненія яичника лишь въ самыхъ общихъ чертахъ.

Измѣненія въ яичникѣ при сальпинго-оофоритѣ а priori должны представлять всевозможные виды воспалительнаго процесса. Въ то время какъ въ трубѣ процессъ распространяется изнутри кнаружи, здѣсь онъ имѣетъ обратное направленіе, такъ что прежде всего дѣло начинается съ періоофорита. По крайней мѣрѣ, для гонорреи Säger устанавливаетъ такую формулу: salpingitis, pyosalpinx, perisalpingitis, — peri-oophoritis, oophoritis, abscessus ovarii.

Явленія періоофорита почти постоянно встрѣчаются при сальпингитѣ. Отложившіеся на поверхности яичника воспалительные продукты организуются въ соединительную ткань и, такимъ образомъ, возникаютъ столь частыя сращенія между трубой и яичникомъ.

Эти сращенія имѣютъ весьма разнообразный видъ, иногда воронка трубы широкимъ отверстіемъ упирается въ яичникъ (см. № 5 и 19, также Monprofit, Seuvre) и въ такомъ случаѣ ткань яичника замыкаетъ полость воронки, гдѣ скопляется содержимое трубы. Въ другихъ случаяхъ наружный конецъ трубы атрезированъ и этимъ слѣпымъ мѣшкомъ сращенъ на большемъ, или меньшемъ протяженіи съ яичникомъ, или если (см. № 20) растянутая труба сращена со всею поверхностью яичника, то при дальнѣйшемъ увеличеніи ткань яичника начинаетъ распластываться по поверхности трубнаго мѣшка. Иной разъ труба извивается вокругъ яичника и по всей своей длинѣ склеена съ послѣднимъ. Часто яичникъ вмѣстѣ съ свернутой трубой образуетъ одинъ конгломератъ, въ которомъ только при микроскопическомъ изслѣдованіи можно опредѣлить родъ органа. Наконецъ, иногда яичники такъ бываютъ окутаны ложными перепонками, что при операціи ихъ не удается отыскать, что неудивительно, такъ какъ при периметритѣ иногда даже при вскрытіи нельзя найти яичника [Fritsch ¹⁾, стр. 353].

Вслѣдъ за періоофоритомъ воспалительный процессъ распространяется въ глубину, причемъ, по Nagel'ю ¹⁵⁹⁾, прежде всего заболѣваетъ интерстиціальная ткань, фолликулы же весьма долго сохраняютъ свой нормальный видъ. Воспаленіе постепенно съ поверхности распростра-

¹⁵⁹⁾ Nagel. Beitrag zur Anatomie gesunder und kranker Ovarien. Archiv für Gyn. Bd. 33, стр. 327.

няется въ глубину ткани и впоследствии ведетъ къ запусѣванію фолликуловъ (проф. Славянскій).

Въ дальнѣйшемъ теченіи яичники уменьшаются въ объемѣ и получаютъ равномерно-фиброзный видъ безъ слѣда фолликуловъ.

Съ другой стороны, при сальпингитѣ нерѣдко яичникъ заключаетъ въ себѣ много небольшой величины кистовидныхъ полостей. Проф. Славянскій¹⁶⁰⁾ считаетъ присутствіе въ яичникѣ большого числа зрѣлыхъ мѣшечковъ результатомъ хроническаго воспаленія, имѣющаго гнѣздный характеръ, причемъ это воспаленіе, захватывающее лишь извѣстныя группы граафовыхъ пузырьковъ, имѣетъ продуктивный характеръ (*oophoritis follicularis productiva*). Въ полости этихъ мѣшечковъ находится иногда серозная, прозрачная жидкость, въ другихъ случаяхъ кровь, или гной.

Imlach⁷⁷⁾ подобное состояніе яичника называетъ *hydro-puo-haematocystic ovary* и полагаетъ, что обыкновенно оно совпадаетъ съ соответственнымъ состояніемъ трубы, хотя бываютъ и многочисленныя исключенія. Говоря о нагноеніяхъ яичника, Monprofit⁴³⁾ различаетъ двѣ формы: въ однихъ случаяхъ въ ткани яичника разсѣяны небольшіе гнойные фокусы въ большомъ количествѣ, въ другихъ случаяхъ—одно обширное гнойное скопище, занимающее весь яичникъ, причемъ величина гнойной полости колеблется отъ величины орѣха до апельсина. Большая гнойная полость, какъ было въ случаяхъ Gusserow'a⁴⁴⁾, сообщается обыкновенно съ наполненной гноемъ трубой.

Кромѣ собственно воспалительныхъ процессовъ, при сальпинго-оофоритѣ весьма часто въ яичникахъ наблюдается развитіе различнаго рода кистовидныхъ полостей, дающее поводъ говорить о кистовидномъ перерожденіи яичника подѣ вліяніемъ воспаленія. Кисты яичника при сальпингитѣ могутъ представлять слѣдующія формы.

Kleincystische Folliculärdegeneration. Этимъ именемъ обыкновенно обозначается такое состояніе яичника, когда послѣдній, рядомъ съ незначительнымъ увеличеніемъ объема, бываетъ пронизанъ многочисленными полостями различной величины (отъ горошины до боба). Подобное состояніе яичника даетъ поводъ считать его за начинающееся кистовидное перерожденіе. Связь его съ собственно воспалительнымъ процессомъ объясняется различнымъ образомъ. Martin³⁶⁾ говоритъ, что подѣ вліяніемъ воспалительнаго процесса въ окружности развиваются застойныя явленія, вызывающія превращеніе граафовыхъ пузырьковъ въ водяночныя мѣшки.

¹⁶⁰⁾ Врачъ. 1889, стр. 319. Докладъ въ Акушерско-Гинеко. Общ.

По словамъ Heitzmann'a ¹⁶¹⁾, подъ вліяніемъ воспаленія затрудняется правильное образованіе фолликуловъ и, съ другой стороны, вслѣдствіе залеганія ихъ въ гипертрофированной соединительной ткани, бываетъ задержано ихъ лопаніе, вслѣдствіе чего результатомъ періоофорита можетъ явиться начало кистовиднаго перерожденія яичника.

Schroeder ⁴⁷⁾ полагаетъ, что созрѣвшій пузырекъ не лопается вслѣдствіе того, что поверхность яичника покрыта воспалительной пленкой; въ пользу этого объясненія, по словамъ Schroeder'a, говоритъ частота кистовиднаго перерожденія яичниковъ при старыхъ периметритическихъ перепонкахъ, окутывающихъ яичникъ.

Въ настоящее время начинаютъ приходить къ убѣжденію, что *kleincystische Folliculärdegeneration*, въ сущности, не представляетъ патологическаго явленія. Въ пользу этого рѣшительно высказывается Сое ¹⁸⁾. Проф. Славянскій ¹⁶²⁾ говоритъ, что на *kleincystische Folliculärdegeneration* нельзя смотрѣть какъ на ретенціонныя кисты граафова пузырька, но что это есть нормальные граафовы пузырьки, развившіеся лишь въ большемъ числѣ, вслѣдствіе раздраженія, дѣйствующаго на весь яичникъ. Далѣе, проф. Славянскій ¹⁶⁰⁾ говоритъ, что въ дальнѣйшемъ теченіи они запусѣваютъ, переходъ же ихъ въ однополостныя большія кисты долженъ считаться еще далеко не доказаннымъ. Точно также, по изслѣдованіямъ Nagel'я ¹⁵⁹⁾ *kleincystische Folliculärdegeneration* не представляетъ никакого болѣзненнаго состоянія и не служитъ указаніемъ начинающагося образованія кисты.

Настоящее кистовидное перерожденіе яичника нерѣдко встрѣчается при сальпинготоміи. Напримѣръ, въ случаѣ № 13 яичникъ представлялъ одну большую полость величиною съ голубиное яйцо и много маленькихъ полостей, на перегородкахъ которыхъ ясно видны папилломатозныя разраженія (см. рис. 3). Въ случаѣ № 2, при ясныхъ указаніяхъ относительно гонорройнаго заболѣванія придатковъ, въ ткани яичниковъ оказались кистовидныя полости довольно значительной величины и т. д.

Негар ³⁵⁾ указываетъ на одновременное присутствіе новообразованій яичника при болѣзняхъ трубъ. Въ этомъ легко убѣдиться, просматривая опубликованные случаи сальпинготомій.

¹⁶¹⁾ Heitzmann. Die Entzündung des Beckenbauchfells beim Weibe. Wien. 1883.

¹⁶²⁾ Проф. Славянскій. Perimetritis lateralis и его лѣченіе. Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней. 1888, стр. 561.

Встрѣчая нерѣдко при сальпингоофоритѣ подобныя состоянія личниковъ, можно задать себѣ вопросъ, не служить ли развившійся вслѣдъ за сальпингитомъ воспалительный процессъ въ личникахъ и въ ихъ окружности, не служить ли онъ причиной образованія настоящей кисты яичника.

Этотъ вопросъ имѣетъ тѣмъ болѣе основанія, что, какъ замѣчаетъ Thomas Savage ¹⁶³⁾, небольшія кисты яичника имѣютъ, по видимому, болѣе позднее происхожденіе, чѣмъ симптомы, которые указываютъ на бывшее воспаленіе и послѣдовательныя сращенія маточныхъ придатковъ.

Gusserow ⁸⁹⁾ высказалъ свое предположеніе, что хроническое воспаленіе, развившееся въ области яичника, можетъ имѣть результатомъ развитіе кисты. Разработкой этого вопроса занялся Nagel ¹⁶⁴⁾. Изслѣдуя яичники при oophoritis chronica, онъ часто видѣлъ видѣренія поверхностнаго эпителія въ яичниковую строму и, на основаніи гистологическихъ данныхъ, приходитъ къ заключенію, что эти углубленія и послѣдовательныя отшнурованія эпителія могутъ происходить благодаря лишь одному хроническому воспаленію яичника и должны быть разсматриваемы какъ начальные стадіи эпителіальныхъ яичниковыхъ новообразованій.

Выводы, полученные Nagel'емъ, во всякомъ случаѣ, требуютъ дальнѣйшихъ наблюденій, и пока вопросъ о развитіи кисты вслѣдствіе оофорита долженъ оставаться открытымъ.

Трубно-яичниковыя кисты. Впервые описалъ ихъ Richard и далъ имъ названіе kystes tubo-ovariennes.

Это такія кисты яичника, которыя находятся въ прямомъ сообщеніи съ растянутой трубой. Что касается до кисты яичника, то она можетъ быть какъ однополостная, такъ и многополостная, можетъ образоваться на счетъ желтаго тѣла, граафова пузырька и т. д. Иногда трубно-яичниковыми кистами называютъ и такія, гдѣ еще не произошло сообщенія между растянутой трубой и кистой яичника (Burnier ¹⁶⁵⁾).

Снаружи трубно-яичниковыя кисты отличаются тѣмъ, что между той частью, которая образована на счетъ яичника, и той, которая

¹⁶³⁾ Thomas Savage. On removal of the uterine appendages. The British Med. Journal. 1887, янв. стр. 51.

¹⁶⁴⁾ Nagel. Beitrag zur Genese der epithelialen Eierstocksgeschwülste. Archiv für Gyn. Bd. 33, стр. 1.

¹⁶⁵⁾ Burnier. Zwei neue Fälle von Tuboovarialcysten. Zeitschrift für Geburtsh. und Gyn. Bd. VI, стр. 87.

состоить изъ стѣнокъ трубы, существуетъ бороздка, или перехватъ, иногда, впрочемъ, этого не замѣтно (Spencer Wells 166).

Происхожденіе трубно-яичниковыхъ кистъ Richard 167) объясняетъ слѣдующимъ образомъ: наружный конецъ трубы охватываетъ граафовъ пузырекъ во время его лопанія; но пузырекъ послѣ лопанія не спадается и продолжаетъ секрецію, между тѣмъ какъ труба не оттягивается назадъ, но срастается съ яичникомъ.

Burnier 168) даетъ иное объясненіе на основаніи своего весьма интереснаго случая.

Подъ вліяніемъ периметрита бахромки срастаются своими серозными поверхностями, завернувшись внутрь трубы; при этомъ труба превращается въ hydrosalpinx. Подъ вліяніемъ того же периметрита наружный конецъ трубы срастается затѣмъ съ яичникомъ; лежащій въ мѣстѣ срастанія граафовъ пузырекъ не можетъ лопнуть и начинаетъ растягиваться. Затѣмъ, вслѣдствіе накопленія жидкости въ трубѣ, сращенія между бахромками вытягиваются и, наконецъ, бахромки расходятся. Вслѣдъ затѣмъ оболочка пузырька всасывается, послѣ чего бахромки, вслѣдствіе ли тонуса ткани, или бѣльшаго давленія въ трубѣ, снова разворачиваются и обращаются въ полость яичниковой кисты, срастаются съ ея внутренней поверхностью и участвуютъ въ дальнѣйшемъ общемъ растяженіи.

Итакъ, для подобнаго происхожденія трубнояичниковой кисты, по Burnier, необходима наличность слѣдующихъ условій:

- 1) необходимо присутствіе явленій периметрита;
- 2) слизистая оболочка трубы должна выстилать стѣнку кисты;
- 3) необходимо образованіе кисты на счетъ ткани яичника.

Burnier разбираетъ извѣстные ему изъ литературы случаи трубно-яичниковыхъ кистъ и происхожденіе нѣкоторыхъ изъ нихъ считаетъ возможнымъ объяснить съ своей точки зрѣнія. Но вообще точныхъ патолого-анатомическихъ описаній трубно-яичниковыхъ кистъ существуетъ немного, нѣкоторые случаи, напримѣръ Spencer Wells'a, неубѣдительны, такъ какъ не провѣрены на самихъ препаратахъ, другіе—напр. случай Labbé 169)—слишкомъ коротко описаны.

¹⁶⁶⁾ *Spencer Wells*. Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. Traduit par Rodet. Paris, 1883, стр. 20.

¹⁶⁷⁾ *Richard*. Gazette des hôpitaux. 1857, стр. 72.

¹⁶⁸⁾ *Burnier*. Ueber Tuboovarialcysten. Diss. Stuttgart, 1880.

¹⁶⁹⁾ *Labbé*. Bullet. de la Soc. anat. de Paris. 1857, стр. 141.

Впрочемъ, нѣкоторые случаи, напр. Hennig'a 170), говорятъ за возможность подобнаго происхожденія трубнояичниковыхъ кистъ.

Но, во всякомъ случаѣ, объясненіе Burnier слишкомъ сложно и обыкновенно процессъ образованія трубно-яичниковыхъ кистъ происходитъ гораздо проще.

Max Runge und Richard Thoma 85) указываютъ, что трубно-яичниковая киста можетъ образоваться вслѣдствіе вскрытія гидронического фолликула въ любое мѣсто приращенной и растянутой трубы.

Съ другой стороны, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, трубно-яичниковыя кисты могутъ развиваться вслѣдствіе уклоненій въ эмбриональномъ развитіи полового аппарата; на это обстоятельство, между прочими авторами, обращаетъ вниманіе Schneidemühl 171), описавшій случай трубно-яичниковой кисты у кобылы, причемъ не было ни слѣда периметрита.

Alban Doran 172) 173) считаетъ, что происхожденіе трубнояичниковыхъ кистъ наичаще является результатомъ хронического воспаленія маточныхъ придатковъ, причемъ происходитъ сращеніе между трубой и яичникомъ, труба превращается въ кистовидный мѣшокъ, въ яичникѣ также наступаетъ кистовидное перерожденіе и, наконецъ, полости яичника и трубы вступаютъ въ сообщеніе между собою посредствомъ того же процесса, который происходитъ въ перегородкахъ многополостныхъ кистъ. Такимъ образомъ, перегородка между обѣими полостями можетъ разорваться, атрофироваться отъ давленія накопившейся жидкости, или, наконецъ, исчезнуть вслѣдствіе нагноенія.

Хотя Cornil et Terrillon 49) говорятъ, что измѣненія яичниковъ при сальпингитѣ менѣе характерны и рѣзки, чѣмъ измѣненія трубъ, но относительно нихъ можно сказать, что этотъ вопросъ слишкомъ недостаточно разработанъ.

С. Измѣненія въ полости peritonei.

Открытое состояніе наружнаго конца трубы даетъ возможность распространенію воспалительныхъ явленій или прямому прониканію

170) Hennig. Ueber Operationen an den Eierstöcken. Monatschrift für Geburtskunde. Bd. 20, 128.

171) Schneidemühl. Beitrag zur Kasuistik der Tuboovarialeysten beim Pferde. Ref. въ Centralblatt für Gyn. 1884, стр. 76.

172) Alban Doran. Lancet 1887. Vol. 2, стр. 117.

173) Alban Doran. A pair of chronic inflamed uterine appendages, illustrating the development of tubo-ovarian cysts. Transactions of the Patholog. Soc. of London. Vol. 38, стр. 241.

болѣзненныхъ продуктовъ непосредственно изъ трубы въ полость *peritonei*, вслѣдствіе чего въ послѣдней возникаетъ воспалительный процессъ большей или меньшей интензивности.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ интензивность воспаления на столько велика, что перитонитъ сразу дѣлается разлитымъ, гнойнымъ, быстро ведущимъ къ летальному исходу. Это встрѣчается наичаще при пупоэрперальныхъ салпингитахъ.

Впрочемъ и гоноррея, распространившись до полости *peritonei*, можетъ вести къ смертельному перитониту. Birch-Hirschfeld ¹⁷⁴⁾ видѣлъ случай смертельнаго перитонита вслѣдствіе распространенія гонорройнаго салпингита отъ матки до *ostium abdominale*. Подобные же случаи наблюдалъ Noeggerath ¹²⁴⁾. Lovén ¹⁷⁵⁾ описалъ случай смертельнаго перитонита у 5-ти лѣтней дѣвочки на 22-й день послѣзаболѣванія гонорреей.

Обыкновенно при началѣ же заболѣванія въ брюшной полости являются условія, препятствующія дальнѣйшему распространенію воспаления на всю брюшину. Содержимое трубы, изливаясь чрезъ неуспѣвшее еще закрыться *ostium abdominale*, или же оказывая свое вліяніе чрезъ стѣнку трубы [Hennig ¹⁷⁾, Hegar ³⁵⁾], вызываетъ въ окружности болѣе или менѣе сильное воспаление, подъ вліяніемъ котораго образуется серозно-фибринозный или гнойный выноть, склеивающій тазовые органы въ одну общую массу. Прощупывающаяся въ этомъ періодѣ воспалительная опухоль въ тазу, какъ доказалъ Bernutz ⁹⁾, образована брюшными внутренностями, склеенными между собою болѣе или менѣе значительнымъ воспалительнымъ эксудатомъ. Отложенія фибрина, а затѣмъ переходъ ложныхъ перепонокъ въ соединительную ткань способствуютъ отдѣленію этого воспалительнаго гнѣзда отъ остальной полости *peritonei*. Въ немъ, среди ложныхъ перепонокъ, какъ бы въ изолированныхъ полостяхъ, находятся скопленія трансудата, имѣющія то серозный, то гнойный характеръ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ изолированное гнойное скопище пробиваетъ себѣ дорогу въ полость *peritonei* сквозь ложныя перепонки и являются условія для возникновенія разлитаго перитонита. Puech ¹⁷⁶⁾, напр., сообщаетъ случай, гдѣ гнойное содержимое трубы, попавшее въ полость *peritonei*, осумковалось здѣсь въ отдѣльную полость, образованную *peritoneo parietali*, кистой яичника, трубою и утол-

¹⁷⁴⁾ Birch Hirschfeld, Lehrbuch der pathol. Anatomie 1877 стр. 1113.

¹⁷⁵⁾ Lovén. Реф. въ Centralblatt für Gyn. 1877, стр. 166.

¹⁷⁶⁾ Puech. Gazette des hôpitaux. 1860, стр. 517.

щеннымъ салникомъ; въ послѣдствіи, гной изъ этой полости проникъ въ общую полость peritonei и вызвалъ разлитой перитонитъ.

Вообще же разлитой перитонитъ возникаетъ тогда, когда въ брюшную полость попадаетъ сразу скопившееся въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ содержимое трубы, имѣющее инфицирующія свойства.

Условія, при которыхъ трубный секретъ изливается въ полость брюшины, бываютъ весьма различны.

Многіе авторы приписываютъ изліяніе гноя изъ трубъ нервно-мышечному аппарату. Seuvre²⁸⁾, напр., допускаетъ изліяніе гноя вслѣдствіе спазма трубы. Lorain¹⁷⁷⁾ изліяніе гноя изъ трубъ, послѣдовавшее за влагалищной инъекціей, объясняетъ сократительной силой трубъ и нервной возбудимостью трубно-яичниковаго аппарата. Heitzmann¹⁶¹⁾ также допускаетъ возможность вытекания гноя чрезъ незакрытое ostium abd. благодаря сокращеніямъ трубъ.

По мнѣнію Förster'a и Voëke¹¹⁵⁾ возможно слѣдующее: при начинающемся скопленіи гноя ostium abdominale не зіяетъ вслѣдствіе того, что тонусъ стѣнки въ этомъ мѣстѣ вполне сохраненъ, или даже усиленъ вслѣдствіе воспалительнаго раздраженія; если же затѣмъ послѣдуетъ расслабленіе тонуса ostii abd., то гной изливается чрезъ зіяющее отверстіе.

Скопившееся содержимое, при закрытомъ ostium abd., попадаетъ въ брюшную полость также различнымъ способомъ. Иногда труба приклеивается своей воронкой къ яичнику, или другому органу и въ полости ея накапливается содержимое; при какихъ либо механическихъ инсультахъ воронка можетъ отклеиться отъ яичника и дать выходъ гною. Подобныя условія встрѣтились при операціи въ случаѣ № 19.

Вообще, сращенія, запирающія наружное отверстіе трубы, могутъ разъединиться или пробураться вслѣдствіе нагноительнаго процесса и такимъ образомъ открыть дорогу трубному содержимому. Таковы, напр., случаи Burnier¹⁷⁸⁾, Förster'a¹⁷⁹⁾ 180) и др.

¹⁷⁷⁾ Lorain, Injection vaginale suivie de mort. Gazette des hôpitaux. 1873, стр. 1113.

¹⁷⁸⁾ Burnier. Ein Fall von Pyosalpinx mit Durchbruch in die Bauchhöhle Zeitschrift für Geb. und. Gyn. Band VI.

¹⁷⁹⁾ Förster. Ueber Peritonitis in Folge purulenter Entzündung der Eileiter. Wiener med. Wochenschrift. 1859, № 44.

¹⁸⁰⁾ Förster. Ueber purulenten Katarrh des Muttertrompeten mit Perforation ausserhalb des Puerperium. Verhandlungen der Phys.-Med. Gesellschaft in Würzburg 1860. Band 10, стр. XXIV.

Чаще же всего изліяніе большаго количества гноя происходитъ вслѣдствіе перфорациі трубнаго мѣшка.

На основаніи многочисленныхъ случаевъ, описанныхъ въ литературѣ, можно указать на слѣдующіе моменты, играющіе роль въ этомъ отношеніи.

Иногда перфорация бываетъ самопроизвольна и неизбежна, вслѣдствіе язвеннаго процесса въ стѣнкѣ трубы. Язвенное прободеніе было въ случаяхъ Förster'a, Dessauer'a, Chipault (181), E. Wagner'a (182) и пр. Наиболѣе наглядный примѣръ этого рода можетъ представлять случай Lewers'a (183), именно, здѣсь pyosalpinx далъ перфорацию въ нерастяннутой части трубы.

Причиной разрыва могутъ служить внѣшнія механическія насилія; этимъ путемъ легко возникаютъ частыя разрывы трубъ при отдѣленіи ложныхъ перепонокъ во время лапаротоміи; сюда же относятся различнаго рода травмы, ударъ, паденіе; иногда разрывы происходятъ при незначительныхъ гинекологическихъ манипуляціяхъ, напр. при низведеніи матки по способу Hegar'a — случай Mermann'a (184).

Такое же значеніе имѣетъ форсированное гинекологическое изслѣдованіе. Въ виду послѣдняго обстоятельства нерѣдко рекомендуютъ при изслѣдованіи не особенно настаивать на полученіи путемъ пальпациі тщательныхъ данныхъ, если предполагается pyosalpinx.

Разрывъ трубы наступаетъ вслѣдствіе быстрого накопленія жидкости, причемъ стѣнки трубы не успѣваютъ приспособиться къ повышенному давленію и лопаются. Увеличеніе давленія можетъ, между прочимъ, произойти подъ вліяніемъ менструальнаго прилива, вслѣдствіе чего pyosalpinx'ы нерѣдко во время регулъ ведутъ къ перфорационному перитониту, напр. случай Almagro (185).

Lawrence (186) объясняетъ свой случай разрыва трубы именно этой причиной, а не сдѣланной за 4 дня передъ тѣмъ операціей (расширеніе цервикальнаго канала).

¹⁸¹⁾ Chipault. Bulletins de la soc. anat. de Paris 1861, стр. 149. Демонстрація препарата.

¹⁸²⁾ E. Wagner. Perforation der Tuba bei einer Schwangeren etc. Monatsschrift für Geburtskunde. 1859, Bd 14. стр. 436.

¹⁸³⁾ Lewers. Double pyosalpinx with rupture of the tubes. Transactions of the Obst. Soc. of London. Vol. 27 стр. 298.

¹⁸⁴⁾ Mermann. Perforation einer Tube bei Salpingitis nach Herunterziehen des Uterus. Centralblatt für Gyn. 1881, № 22.

¹⁸⁵⁾ Almagro. Double abcès tubaire etc. Bulletins de la soc. anat. de Paris 1862, стр. 171.

¹⁸⁶⁾ Lawrence. Transactions of the Obstetr. Soc. of London for 1878 стр. 292.

Можетъ ли сокращеніе мускулатуры трубы и матки повести къ разрыву? Nilsen ¹⁸⁷⁾ предлагаетъ подобный вопросъ по поводу перфорации трубы, наступившей послѣ выскабливанія слизистой оболочки матки. Подобное объясненіе разрыва, во всякомъ случаѣ, рискованно; разрывъ, происшедшій послѣ операци, легко можетъ быть объясненъ какой либо изъ выше указанныхъ причинъ.

Насколько сильно брюшина реагируетъ вслѣдъ за опорожненіемъ трубнаго мѣшка, это зависитъ отъ многихъ условій.

По Hennig'у ¹³⁾ воспаленіе брюшины наступаетъ скорѣе всего, если вытекаетъ много гною, если онъ выступаетъ быстро, если онъ разложился, если брюшина очень чувствительна къ раздраженію. Эти условія, впрочемъ, понятны а priori.

Нѣкоторыя наблюденія точнѣе опредѣляютъ вредныя качества гноя Hegar ³⁵⁾, напр., говоритъ, что содержимое трубы при salpingitis tuberculosa не обладаетъ особенно ядовитыми свойствами. Самый опасный въ этомъ отношеніи гной пуэрперальнаго происхожденія.

Bumm ¹³¹⁾ говоритъ, что попаданіе гонорройнаго гноя въ полость peritonei имѣетъ совершенно иное значеніе, нежели вскрытіе, напр., пуэрперальнаго абсцесса. Въ первомъ случаѣ вызывается лишь ограниченное воспаленіе, инкапсулирующее вытекшій гной, который является, Bumm'у, какъ бы асептическимъ инороднымъ тѣломъ, такъ какъ гонококки не находятъ въ брюшной полости условій для своего размноженія; пуэрперальный же гной даетъ общій перитонитъ вслѣдствіе введенія пиогенныхъ стрептококковъ, быстро размножающихся въ серозныхъ полостяхъ.

Если въ трубѣ заключается не гной, но другая жидкость, то и исходы бываютъ другіе.

Жидкость hydrosalpinx'a представляетъ мало раздражающій матеріалъ и потому разрывъ его можетъ протекать съ неособенно бурными клиническими явленіями.

По мнѣнію Lawson Tait'a ⁴¹⁾, Н. Н. Феноменова ¹⁸⁸⁾ и др. разрывы hydrosalpinx'a встрѣчаются нерѣдко. При разрывѣ наступаютъ болѣе или менѣе выраженные явленія перитонита, но онъ далеко не всегда бываетъ смертельнымъ. Lawson Tait'a ⁴¹⁾, Guesmes ⁶⁰⁾ полагаютъ, что такимъ путемъ можетъ даже наступить въ нѣкоторыхъ случаяхъ излеченіе.

¹⁸⁷⁾ Nilsen. A specimen of dermoid cyst and pyosalpinx removed post mortem. The Americ. Journal of Obstetrics 1886, стр. 274.

¹⁸⁸⁾ Н. Н. Феноменовъ. Къ патологій и терапій фалл. трубъ. Врачъ 1885 г. № 43, 47 и 49.

Разрывы haematosalpinx'a ведутъ къ образованію haematocele retrouterina, или къ разлитому перитониту, или же наконецъ къ смертельному кровотеченію.

Многіе изъ описанныхъ случаевъ послѣдняго рода плохо поддаются объясненію; быть можетъ, во многихъ изъ нихъ приходилось имѣть дѣло съ трубной беременностью.

Напр., въ случаѣ Rayley Owen'a ¹⁸⁹⁾ труба на всемъ протяженіи была утолщена, на разстояніи $\frac{1}{4}$ дюйма отъ матки найдено отверстіе величиною съ конскій бобъ, въ брюшной полости много крови и отсутствіе явленій перитонита. Авторъ объясняетъ весь процессъ слѣдующимъ образомъ: простуда во время регулъ вызвала сальпингитъ, который и послужилъ впослѣдствіи источникомъ перфорации. Курьезно то, что Marsh, вскрывавшій трупъ, передъ вскрытіемъ замѣтилъ, что ему однажды пришлось наблюдать случай слѣдующаго рода: молодая дѣвушка простудилась во время регулъ и умерла отъ разрыва трубы, при чемъ на вскрытіи не было явленій перитонита, т. е. именно то, что оказалось при вскрытіи больной Owen'a.

Говоря о попаданіи трубнаго секрета въ полость peritonei, упомяну еще о слѣдующемъ явленіи. Alban Doran ⁶⁷⁾ сообщаетъ случай, при которомъ напиклома трубы, сопровождаясь истеченіемъ секрета чрезъ незаращенное ostium abdominale, послужила причиной образованія асцита.

Разобравши, такимъ образомъ, различные случаи опорожненія содержимаго трубъ въ полость peritonei, необходимо повторить, что при началѣ заболѣванія, когда трубы еще не растянуты скопившимся секретомъ, воспаленіе брюшины имѣетъ мѣстный характеръ.

Образовавшийся въ полости peritonei выпоть при дальнѣйшемъ теченіи отчасти всасывается, отчасти служить источникомъ образованія ложныхъ перепонокъ, которыя затѣмъ организуются въ соединительно-тканныя, протягивающіяся между различными тазовыми внутренностями.

Больныя, подвергающіяся лапаротоміи, находятся обыкновенно въ такомъ періодѣ болѣзни, когда о степени обширности воспалительныхъ явленій въ полости peritonei мы можемъ судить по количеству сращеній. О послѣднихъ, при изслѣдованіи больной, мы судимъ по смѣщенію и уменьшенію подвижности органовъ, во время операціи они обязательно даютъ себя чувствовать, представляя иногда непреодолимые затрудненія и служа источникомъ кровотеченій.

Иногда встрѣчаются случаи съ громаднымъ развитіемъ сращеній.

¹⁸⁹⁾ Rayley Owen. Rupture of Fallopian Tube. Lancet. 1880, Апрель, стр. 525.

Въ этихъ случаяхъ, при операци, изслѣдуя непосредственно рукою, введенною чрезъ брюшную рану, сначала не удается ничего опредѣлить, кромѣ гладкой поверхности ложныхъ перепонокъ, и только разорвавши ихъ пальцами, иногда съ значительнымъ усиленіемъ, удается отыскать зарытыя подъ ними трубы. Въ случаѣ, напр., № 2 ложныя перепонки образовывали какъ бы капсулу вокругъ придатковъ, такъ что нужно было прорвать ее въ одномъ мѣстѣ, чтобы получить доступъ къ трубамъ. Рисунокъ подобнаго мѣшка изъ ложныхъ перепонокъ помѣщенъ въ сочиненіи Heitzmann'a¹⁶¹). Развившіяся вокругъ трубъ ложныя перепонки ведутъ къ значительному смѣщенію и обезображиванію органовъ. Монократно извитая труба, нерѣдко свернутая въ настоящій клубокъ, чаще всего бываетъ сращена съ яичникомъ, какъ указано выше. вмѣстѣ съ яичникомъ труба сваливается, вслѣдствіе закона тяжести, по наклонной плоскости задней поверхности lig. latі и опускается въ заднее Дугласово пространство. Образующіяся здѣсь сращенія склеиваютъ трубно-яичниковую опухоль съ задней поверхностью матки, съ передней поверхностью recti, съ тазовой стѣнкой, съ задней поверхностью широкой связки.

Иногда опухоль, запавшая въ глубину задняго Дугласова пространства и представляющая сплошныя сращенія съ задней поверхностью широкой связки, при изслѣдованіи даетъ впечатлѣніе кисты, развившейся интралигаментарно (Negar).

Смѣщеніе кзади встрѣчается наичаще, смѣщеніе же придатковъ впередъ, къ мочевому пузырю, бываетъ сравнительно рѣдко, по Monprofit—одинъ разъ на десять. При смѣщеніи впередъ опухоль образуетъ часто сращенія съ мочевымъ пузыремъ.

Wylie¹⁹⁰) наблюдалъ нерѣдко сращенія съ мочеточникомъ.

Кромѣ сращеній съ различными пунктами малаго таза, нерѣдко встрѣчаются сращенія съ сальникомъ и различными отдѣлами кишекъ. Частыя сращенія съ этими органами легко понятны. Между брюшными внутренностями нѣтъ пустыхъ пространствъ, онѣ лежатъ вплотную другъ около друга; поэтому, при воспаленіи одного органа, между ними легко происходятъ склейки.

Весьма нерѣдко встрѣчаются сращенія съ rectum. Иногда отложеніе воспалительныхъ продуктовъ около rectum бываетъ настолько значительно, что происходитъ рѣзкое суженіе прямой кишки (Polk²⁶), напр., наблюдалъ 3 случая, гдѣ калибръ recti равнялся толщинѣ указательнаго пальца. Изъ другихъ отдѣловъ кишечника сращеніе

¹⁹⁰) Wylie. Diseases of the Fallopian tubes. The med. Record. 1885, стр. 85.

трубно-яичниковыхъ опухолей наблюдается съ *flexura sigmoidea*, *coecum*, *processus vermicularis*.

Иногда сращенія съ кишками бываютъ такъ обширны, что не даютъ возможности окончить операцію, или же ведутъ къ значительнымъ травмамъ кишечника, напр. въ случаѣ Engländer'a¹⁹¹⁾.

Часто матка находится въ положеніи *retroversio fixata*, которое по Wylie⁷⁸⁾ объясняется слѣдующимъ образомъ. Трубы, подвижно прикрѣпленныя къ верхнему краю широкой связки, при заболѣваніи опускаются въ заднее Дугласово пространство и, такъ какъ сальпингитъ начинается часто послѣ родовъ или выкидыша, причемъ матка, увеличенная въ объемѣ, также опускается кзади, и, такъ какъ больная во время остраго періода болѣзни лежитъ въ постели, то дно матки наклоняется также кзади; развивающійся, между тѣмъ, мѣстный перитонитъ имѣетъ послѣдствіемъ развитіе ложныхъ перепонокъ, фиксирующихъ матку въ этомъ положеніи.

Положеніе матки въ *anteversio* или въ боковой *anteversio* при сальпингооофоритѣ можетъ зависѣть, по Polk'y²⁶⁾ отъ сморщиванія обѣихъ или одной *lig. sacro-uterina*, боковое же смѣщеніе матки происходитъ вслѣдствіе сморщиванія одной широкой связки,

Рѣже встрѣчаются сращенія съ *mesenterium* (Negar³⁵⁾), съ передней брюшной стѣнкой; послѣднее, конечно, встрѣчается въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль, достигши значительныхъ размѣровъ, подымается изъ глубины малаго таза.

Къ чисту курьезныхъ рѣдкостей можно отнести слѣдующіе случаи. Въ музеѣ Кембриджскаго университета находится препаратъ, въ которомъ обѣ трубы приращены къ одному и тому же яичнику (по Beigel'ю). Далѣе, Hüter¹⁹²⁾ демонстрировалъ препаратъ, представляющій сращеніе обѣихъ трубъ своими абдоминальными концами, такъ что онѣ образовывали сплошное кольцо, расположенное въ Дугласовомъ пространствѣ. Levy¹⁹³⁾ демонстрировалъ случай двойнаго *pyosalpinx'a*, причемъ стѣнки обоихъ срались между собою и затѣмъ перегородка исчезла, такъ что получилась одна общая полость.

Такимъ образомъ воспалительный процессъ въ полости *peritonei* составляетъ весьма частое явленіе при сальпинго-оофоритѣ. Возникши въ то время, когда заболѣваніе распространилось до *ostium*

¹⁹¹⁾ Engländer. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. XV, стр. 178.

¹⁹²⁾ Hüter. Monatschrift für Geburtkunde Bd. 25, стр. 424.

¹⁹³⁾ Levy. Hospitals Tidende 1888. № 6. Реф. въ Centralblatt für Gyn. 1888. стр. 366.

abdominale онъ постоянно поддерживается тѣмъ заражающимъ матеріаломъ, который скопился въ трубахъ, и проявляется весьма частыми рецидивирующими периметритами.

Это обстоятельство въ прежнее время представляло значительныя затрудненія въ изученіи болѣзней фаллопиевыхъ трубъ, такъ какъ, встрѣчая весьма важныя измѣненія въ окружающей брюшинѣ, на нихъ, главнымъ образомъ, обращали вниманіе, источникъ же заболѣванія оставался въ сторонѣ. Bernutz⁹⁾, много способствовавшій разъясненію этого вопроса, далъ названіе *pelvipéritonite*. И въ настоящее время Polk²⁶⁾, напр., даетъ названіе *inflammation peritutine*, желая этимъ показать, что тяжесть заболѣванія зависитъ, главнымъ образомъ, отъ сопровождающаго воспалительнаго процесса въ полости брюшины малаго таза. На этомъ же основаніи проф. Славянской считаетъ наиболѣе характернымъ названіе *perimetritis lateralis*.

Дѣйствительно, воспалительный процессъ, разыгрывающійся въ области брюшины малаго таза, составляетъ при заболѣваніи трубъ весьма существенное, тяжелое и частое явленіе.

Съ другой стороны, степень развитія воспалительныхъ явленій находится въ зависимости отъ многихъ условій.

Въ этомъ отношеніи важное значеніе имѣютъ свойства трубнаго секрета, время и прочность закрытія *ostii abdominalis*; далѣе, степень развитія воспалительныхъ явленій находится въ зависимости отъ времени и давности заболѣванія, отъ нашей терапіи, отъ тѣхъ условій режима и образа жизни, въ которыхъ находится больная и т. д. *Hydrosalpinx*, напр., въ этомъ отношеніи не представляетъ такого опаснаго фокуса для повторныхъ периметритовъ, какъ *pyosalpinx*. При раннемъ закрытіи наружнаго отверстія, даже гнойное скопленіе въ полости трубы можетъ быть вполне изолированнымъ и въ такомъ случаѣ, кромѣ незначительнаго отложенія ложныхъ перепонокъ у наружнаго конца трубы, другихъ воспалительныхъ явленій въ окрестности не замѣчается. Еще болѣе благопріятнымъ условіемъ является врожденная атрезія *ostii abdominalis*: Feldmann,⁸⁵⁾ описалъ случай двухсторонняго *pyosalpinx*'а значительной величины, не представлявшаго никакихъ сращеній съ окружающими частями. Negar³⁵⁾ говоритъ, что иногда встрѣчаются *pyosalpinx*'ы, лежащія совершенно свободно въ полости *peritonei*. Изъ нашихъ случаевъ въ № 17 *pyosalpinx* довольно значительной величины лежалъ свободно въ полости *peritonei*, причемъ сращенія были только у наружнаго отверстія трубъ и отчасти между изги-

бами (рис. 2). Также въ случаѣ № 19, при гонорройномъ заболѣваніи придатковъ, воспалительныя явленія въ окружности заключались, главнымъ образомъ, въ сращеніяхъ трубъ съ яичниками (рис. 1).

Такимъ образомъ, связь между сальпингитомъ и периметритомъ представляется въ слѣдующемъ видѣ.

Заболѣвшія трубы служатъ весьма частой причиной воспалительныхъ явленій въ окружающей полости брюшины. Степень и значеніе этихъ воспалительныхъ явленій находятся въ зависимости отъ характера заболѣванія трубы и отъ многихъ случайныхъ обстоятельствъ. Въ однихъ случаяхъ, рядомъ съ громадными измѣненіями въ трубахъ, сравнительно весьма мало перитонитическихъ явленій, въ другихъ случаяхъ заболѣванія трубъ сопровождаются обширными воспалительными явленіями въ окружности, но и въ этомъ случаѣ центр тяжести заболѣванія лежитъ въ самихъ трубахъ, такъ какъ онѣ служатъ постояннымъ источникомъ, поддерживающимъ воспаленіе.

Съ другой стороны, *perimetritis* и независимо отъ трубъ имѣетъ другіе источники происхожденія и можетъ протекать совершенно самостоятельно, безъ всякаго участія трубъ. Правда, обыкновенно трубы при этомъ также участвуютъ въ заболѣваніи вторично, но въ этомъ случаѣ дѣло начинается съ перисальпингита. Возникающее вокругъ трубы отложеніе ложныхъ перепонокъ ведетъ къ уменьшенію ея подвижности, смѣщеніямъ, закрытію абдоминальнаго отверстія и т. д. Въ подобныхъ случаяхъ труба уже не можетъ удовлетворять своему назначенію, но сама по себѣ еще не представляетъ рѣзкихъ патолого-анатомическихъ измѣненій. Весь воспалительный процессъ при этомъ разыгрывается въ области тазовой брюшины и, если въ заращенныхъ и перетянутыхъ ложными перепонками трубахъ въ послѣдствіи возникаютъ болѣе грубыя патолого-анатомическія измѣненія, напр. растяженія ихъ въ водяночныя мѣшки (см. Martiu 36), то это явленіе съ анатомической точки зрѣнія есть явленіе вторичное, случайно присоединившееся къ периметриту.

Такимъ образомъ, въ однихъ случаяхъ заболѣваніе трубъ, ведущее къ частымъ повторнымъ периметритамъ, составляетъ главный центръ болѣзненнаго процесса; въ другихъ случаяхъ, периметритъ возникаетъ отъ заболѣванія матки, яичника и проч. и при этомъ протекаетъ независимо отъ фаллопиевыхъ трубъ.

Изъ числа нашихъ 22 случаевъ сальпинготомій 2 случая, именно № 6 и № 15, относятся именно ко второй категоріи и разсматриваются здѣсь для параллели съ тѣми случаями, гдѣ заболѣваніе касалось собственно фаллопиевыхъ трубъ.

Въ этихъ 2 случаяхъ съ диагнозомъ «perimetritis chronica» была предпринята кастрація по поводу рѣзко выраженныхъ дисменорройныхъ и нервныхъ явленій, удаленіе же трубъ здѣсь не имѣлось въ виду, но онѣ были удаляемы потому, что представляли значительныя сращенія съ окружающими частями.

При гистологическомъ изслѣдованіи удаленныя трубы, кромѣ явленій перисальпингита, особенныхъ измѣненій не представляли.

Для остальныхъ же 20 случаевъ мы удерживаемъ названіе «сальпингооофоритъ» какъ общее, собирательное имя, такъ какъ это названіе даетъ представленіе о заболѣваніи самой трубы и указываетъ на почти неизбѣжное участіе яичника въ пораженіяхъ фаллопиевыхъ трубъ.

Сальпинго-оофоритъ въ клиническомъ отношеніи.

Если патологическая анатомія сальпинго-оофорита получила надлежащую разработку лишь въ послѣднее время, послѣ многочисленныхъ случаевъ примѣненія сальпинготоміи, то тѣмъ болѣе это относится къ клинической сторонѣ заболѣванія. Прежніе авторы не изучали особенно болѣзней фаллопиевыхъ трубъ, такъ какъ считали ихъ недоступными діагнозу и не подлежащими спеціальной терапіи.

Заболѣванія трубъ представляли столь темную область гинекологическихъ знаній, потому, главнымъ образомъ, что они не представляютъ какихъ либо исключительныхъ и характерныхъ симптомовъ, и, съ другой стороны, симптомы ихъ, по своему разнообразію въ отдѣльныхъ случаяхъ, трудно поддаются общему опредѣленію. Только многочисленные наблюденія въ этомъ направленіи, проверяемые лапаротоміей, дали возможность выяснить многія неясныя стороны вопроса.

Симптомы и теченіе.

Начало заболѣванія въ нѣкоторыхъ случаяхъ выражается бурной картиной перитонита, который, какъ указано выше, можетъ иногда принимать характеръ остраго гнойнаго воспаленія брюшины, съ быстрымъ смертельнымъ исходомъ.

Обыкновенно же теченіе бываетъ болѣе благопріятно. Изъ анамнеза больныхъ мы нерѣдко узнаемъ, что вскорѣ послѣ перваго coitus'a, послѣ какой либо усиленной работы, травмы, въ послѣродовомъ періодѣ, больныя почувствовали сильныя боли внизу жи-

вота, слабость, одновременно съ этимъ было значительное повышение температуры, ознобы и проч. Эти явленія заставили больныхъ пролежать нѣсколько недѣль въ постели.

При гонорройномъ заболѣваніи въ анамнезѣ больныхъ нерѣдко можно встрѣтить характерныя данныя, указывающія на послѣдовательное распространеніе воспалительнаго процесса по половому пути. Вскорѣ послѣ перваго coitus'a появляется жженіе въ половыхъ частяхъ, бѣли въ обильномъ количествѣ, частое и болѣзненное мочеиспусканіе и т. д.—симптомы vulvovaginit'a и vulvit'a; затѣмъ, при продолжающемся обильномъ отдѣленіи гнойныхъ бѣлей, появляются симптомы тазоваго перитонита. Этотъ острый періодъ болѣзни указываетъ на то, что процессъ послѣдовательно захватилъ трубы и вызвалъ воспаленіе въ полости брюшины. Время появленія перитонитическихъ симптомовъ въ различныхъ случаяхъ бываетъ весьма неодинаково, иногда они наступаютъ чрезъ нѣсколько недѣль, иногда чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ зараженія. Острый періодъ проходитъ обыкновенно благополучно, но во всякомъ случаѣ, онъ служитъ преддверіемъ упорнаго хроническаго страданія.

Точно также начало болѣзни въ послѣродовомъ періодѣ нерѣдко выступаетъ тяжелыми явленіями воспаленія брюшины, въ другихъ же случаяхъ послѣродовой періодъ протекаетъ безъ особенно замѣтныхъ уклоненій и только въ дальнѣйшемъ теченіи наступаютъ постепенно различныя разстройства въ половой сферѣ (наблюденія Martin'a ³⁹).

Симптомы болѣзни нерѣдко развиваются лишь мало по малу, незамѣтно выступая одинъ за другимъ, и иногда долгое время заболѣваніе можетъ существовать, не выражаясь замѣтно для больной (см. № 22, также Bertram ¹³²). Иногда больныя относятъ начало заболѣванія къ простудѣ во время регулъ, сильному утомленію и проч. На эти явленія можно смотрѣть, главнымъ образомъ, какъ на условія, способствовавшія появленію острыхъ припадковъ прежняго, мало замѣтнаго, заболѣванія.

Трудно въ общихъ чертахъ изложить клиническую картину сальпинго-оофорита, такъ какъ она представляетъ столько же разнообразія, какъ и патологическая анатомія, съ которой она находится въ тѣсной связи.

Симптомами заболѣванія служатъ различнаго характера боли, разстройства всѣхъ функцій женской половой сферы и, кромѣ этихъ мѣстныхъ разстройствъ, нерѣдко наблюдаются припадки отраженнаго характера и явленія со стороны общаго состоянія организма.

Однимъ изъ самыхъ постоянныхъ и тяжелыхъ припадковъ сальпингоофорита служатъ различнаго характера боли.

Интензивность болей бываетъ различна; иногда больныя жалуются лишь на тяжесть, чувство давленія и непріятныя ощущенія въ маломъ тазу; въ другихъ случаяхъ боли по временамъ принимаютъ характеръ коликъ, доводящихъ больныхъ до изступленія и заставляющихъ прибѣгать къ систематическому употребленію морфія (Güemes).

Различный характеръ болей зависитъ отъ особенностей въ отдѣльныхъ случаяхъ патолого-анатомическихъ измѣненій. Съ одной стороны, боли могутъ обусловливаться воспалительными явленіями въ окружающей брюшинѣ, что рѣзче всего наблюдается при заболѣваніяхъ трубъ гнойнаго характера. Съ другой стороны, боли могутъ вызываться сокращеніями трубной мускулатуры—при *salpingitis profluens*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, боли могутъ объясняться просто механическимъ давленіемъ трубы, растянутой до значительной степени (напр. сл. № 10). Наконецъ, особый характеръ болей можетъ зависѣть отъ заболѣванія яичника собственно; по крайней мѣрѣ, Hunter¹⁹⁴) говоритъ, что боль, зависящая отъ яичника, имѣетъ болѣе интермиттирующій характеръ и относится не только къ пораженной сторонѣ, но отдаетъ въ грудь и сопровождается обыкновенно тошнотой—симптомъ, который не наблюдается при пораженіи одной лишь трубы.

Локализируется боль при сальпингитѣ, главнымъ образомъ, въ *regio hypogastrica*, соотвѣтствующей сторонѣ заболѣванія, отсюда боль обыкновенно иррадируетъ въ поясницу и часто въ ногу, обыкновенно, до колѣна. Последнее нерѣдко наблюдалось въ нашихъ случаяхъ. Martin³⁹) говоритъ, что боль отдаетъ въ бедра особенно при одновременномъ раздраженіи брюшины.

При двухстороннемъ заболѣваніи боли локализируются на обѣихъ сторонахъ. Замѣтимъ здѣсь между прочимъ, что иногда при этомъ боль, вызываемая изслѣдованіемъ, бываетъ меньше на той сторонѣ, которая, повидимому, больше пострадала.

Кстати можно указать на то, что иногда больныя жалуются на боли не въ пораженной сторонѣ, а въ противоположной. На такіе случаи указываетъ Boldt¹⁹⁵).

Наичаще при сальпинго-офоритѣ больныя жалуются на постоянныя тупыя, сравнительно не особенно сильныя боли, которыя достигаютъ значительной степени и дѣлаются острыми во время мен-

¹⁹⁴) Hunter. The Americ. Journal of Obstetrics. 1885, стр. 1088.

¹⁹⁵) Boldt. Демонстрація препарата. The Medical Record. 1887, Vol. 31, стр. 194.

струального періода, или боли впервые возникают во время регуль. Dysmenorrhœa составляет обычное явление.

При этомъ сильныя боли появляются за 1—2 дня до регуль, съ началомъ отдѣленія кровей иногда нѣсколько утихаютъ, но, все-таки, все время менструальнаго прилива держатся значительной силы, послѣ кровей утихаютъ

По Hunter'у ¹⁹⁴⁾ боли при гнойномъ заболѣваніи фаллопиевыхъ трубъ имѣютъ слѣдующій характеръ: сильныя боли за 2—3 дня до менструаціи, локализованныя въ пораженной сторонѣ и распространяющіяся внизъ, постоянная боль во время регуль и сравнительное освобожденіе отъ болей въ теченіи 7—10 дней послѣ регуль.

Точно также Lawson Tait ¹⁹⁶⁾ считаетъ характернымъ появленіе болей до начала истеченія крови.

Боли усиливаются во время регуль вслѣдствіе увеличеннаго притока крови къ половому аппарату и нерѣдко сопровождаются такими явленіями, которыя указываютъ на обостреніе воспалительнаго процесса въ полости таза. Нерѣдко во время кровей, преимущественно при гнойныхъ сальпингитахъ, больныя испытываютъ чувство зноба, является субфебрильное состояніе, вздутіе живота, рвота и проч. (Gusserow ⁴⁴⁾), указывая на эти явленія, не рѣшается высказаться относительно причины этихъ обостреній воспалительнаго процесса, т. е. зависятъ ли они отъ новаго образованія гноя въ полости трубы, или же отъ выступленія гноя изъ полости трубы въ окружающія склейки и сращенія. Kaltenbach ¹⁹⁷⁾ этотъ рядъ рецидивирующихъ катаменіальныхъ периметритовъ приписываетъ временному раскрытію наружнаго отверстія, заклееннаго рыхлыми сращеніями. Также Lawson Tait ¹⁹⁶⁾ въ одномъ изъ сообщаемыхъ случаевъ предполагаетъ попаданіе гноя въ полость peritonei при каждахъ регулахъ.

Попаданіе гноя изъ полости трубы врядъ ли происходитъ при каждой менструаціи, такъ какъ при гнойномъ сальпингитѣ наружное отверстіе бываетъ обыкновенно наглухо заклеено; вѣрнѣе допустить, что воспалительныя явленія въ peritoneum усиливаются вслѣдствіе новаго образованія гноя, что иногда выражается увеличеніемъ опухоли во время регуль; къ тому же необходимо имѣть въ виду, что гнойное содержимое трубы можетъ дѣйствовать и чрезъ стѣнку послѣдней.

Нерѣдко боли во время регуль, а иногда и въ періодъ между

¹⁹⁶⁾ Lawson Tait. Three cases of pyosalpinx. Transactions of the Obst. Soc. of London. Томъ XXV, стр. 234.

¹⁹⁷⁾ Kaltenbach. Tageblatt der 59 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Berlin. 1886, стр. 309.

регулами, принимаютъ интермиттирующий характеръ. Именно, сильная боль держится отъ нѣсколькихъ минутъ до часа и болѣе, сопровождаемая тенезмами въ мочевомъ пузырьѣ и прямой кишкѣ (напр., случай В. В. Сутугина⁵⁶), затѣмъ утихаетъ на нѣкоторое время и потомъ снова появляется.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ чрезвычайно ясно выступаетъ коликообразный характеръ подобныхъ болей. Боли наступаютъ внезапно, также внезапно прекращаются и сильнѣйшія страданія, доводящіе иногда больныхъ до истерическихъ приступовъ, прекращаются какъ по волшебству (Monprofit⁴³).

Kaltenbach⁵⁵) приписываетъ подобный характеръ болей сокращеніямъ трубной мускулатуры, усиливающейся изгнать содержимое чрезъ суженное мѣсто.

Lawson Tait¹⁹⁸) говоритъ объ экспульсивныхъ сокращеніяхъ воспаленныхъ трубъ. Schauta³⁰) видитъ причину ихъ въ суженіи трубнаго просвѣта въ наиболѣе узкомъ мѣстѣ *isthmi* вслѣдствіе набуханія слизистой оболочки и гиперплазіи мускулатуры, что въ результатѣ ведетъ къ тому, что мускулатура периферической части трубы послѣдовательно прибѣгаетъ къ спазматическимъ сокращеніямъ. Такимъ образомъ, по описанію авторовъ, накопившаяся въ трубѣ жидкость производитъ растягиваніе стѣнокъ, вслѣдъ за чѣмъ мускулатура стремится опорожнить содержимое въ матку, наступаетъ трубная колика, степень которой зависитъ отъ бѣльшаго или меньшаго суженія устья и степени развитія мускулатуры; наконецъ, жидкость извергается въ матку, боли внезапно прекращаются; но секретъ въ трубѣ снова начинаетъ накапливаться и снова таже картина.

По Monprofit⁴³) «la colique salpingienne» всегда оканчивается истеченіемъ чрезъ матку извѣстнаго количества содержимаго трубы: серозной, кровянистой или гнойной жидкости.

Подобное категорическое утвержденіе нельзя считать строго доказаннымъ для схватко-образныхъ болей вообще. Жидкость въ трубахъ накапливается въ наружномъ концѣ, и здѣсь должна быть доказана гиперплазія мускулатуры, между тѣмъ, какъ именно въ этомъ мѣстѣ стѣнки трубы обыкновенно истончаются, такъ что на препаратахъ едва можно различить мышечные пучки, между тѣмъ какъ схваткообразныя боли рядомъ съ этимъ существуютъ. Изъ нашихъ случаевъ, напр., въ сл. № 20, были схваткообразныя боли во время регулъ, сопровождавшіяся то большимъ то меньшимъ отдѣленіемъ крови, но

¹⁹⁸) Lawson Tait. Diseases and removal of the uterine appendages. Edinburgh Medical Journ. T. 31, стр. 812.

въ этомъ случаѣ не было той классической картины трубной колики, которая описывается авторами. Къ этому можно присоединить, что иногда, какъ и въ нашемъ случаѣ, явленія могутъ быть объясняемы не сокращеніями трубы, но, можетъ быть, матки, причемъ изверженіе скопившейся въ ея полости крови даетъ затѣмъ послѣдовательное облегченіе. Поэтому, изверженіе секрета въ матку, благодаря сокращеніямъ трубы, можно принимать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ стѣнки трубы представляютъ гиперплазію мускулатуры.

Quetsch¹⁹⁹⁾ и многіе другіе авторы считаютъ коликообразныя боли весьма важнымъ дифференціальнымъ діагностическимъ признакомъ для pyosalpinx'a. Но, во всякомъ случаѣ, трубныя колики не составляютъ патогномоническаго симптома, такъ какъ въ типическомъ проявленіи они наблюдаются сравнительно не такъ часто, а съ другой стороны, какъ указываетъ Gusserow⁴⁴⁾, схваткообразныя боли часто наблюдаются при хроническомъ периметритѣ безъ всякаго скопленія гноя въ трубахъ.

Кромѣ періода менструаціи, болевые ощущенія усиливаются при всякомъ, иногда даже незначительномъ, утомленіи, при ходьбѣ, coitus, при работѣ. Иногда даже незначительная физическая работа вызываетъ такое усиленіе болей, что только покойное положеніе въ постели, и притомъ въ опредѣленной позѣ, даетъ больной сносное самочувствіе.

Наиболѣе рѣзко выступаютъ боли при гнойныхъ формахъ сальпинго-оофорита, при обширномъ развитіи воспалительныхъ явленій въ окружающей брюшинѣ; наименѣе — при hydrosalpinx, который можетъ существовать долгое время и достигнуть значительныхъ размѣровъ, не вызывая иногда никакихъ болевыхъ ощущеній (сл. № 22). Но, съ другой стороны, и hydrosalpinx можетъ сопровождаться сильными болями (сл. № 8).

Кромѣ болей, симптомами сальпинго-оофорита служатъ разстройства всѣхъ функцій, присущихъ женской половой сферѣ: coitus, menstrua, graviditas.

Coitus большею частью не представляетъ особенныхъ уклоненій, не смотря подчасъ на весьма значительныя измѣненія въ придаткахъ; въ другихъ случаяхъ, при значительныхъ перитонитическихъ измѣненіяхъ, боли при coitus (dysparaeunia) доходятъ до такой степени, что заставляютъ больныхъ совершенно воздерживаться отъ половыхъ сношеній (Lawson Tait, Güemes и др.).

Наравнѣ съ болями разстройства со стороны menstrua являются

¹⁹⁹⁾ Quetsch. Die Pyosalpinx und deren operative Entfernung. Inaug. Diss. Mainz. Стр. 16.

обычнымъ спутникомъ сальпинго-оофорита. Разстройство въ этомъ отношеніи чаще всего проявляется въ формѣ *menstrua profusa* (о болевыхъ ощущеніяхъ при менструаціи мы уже говорили).

Обильное отдѣленіе кровей зависитъ, по мнѣнію Gusserow'a ⁴⁴⁾ отъ одновременнаго заболѣванія матки или, при отсутствіи послѣдняго, отъ разстройствъ кровообращенія, происходящихъ при хроническомъ периметритѣ, именно вслѣдствіе смѣщеній и фиксацій внутреннихъ половыхъ органовъ. По его наблюденіямъ обильные регулы чаще всего встрѣчаются въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ расширение трубы развивается въ толщу *lig. lati*, такъ какъ при этомъ скорѣе наступаютъ разстройства циркуляціи вслѣдствіе давленія на сосуды матки въ широкой связкѣ.

Czernin ²⁰⁰⁾, на основаніи гистологическихъ изслѣдованій слизистой оболочки матки, приходитъ къ заключенію, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ маточныя кровотеченія являются слѣдствіемъ *endometritis fungosa consecutiva*, развивающагося вслѣдъ за заболѣваніемъ придатковъ. Такъ что въ этомъ случаѣ слизистая оболочка матки не только служитъ мѣстомъ, откуда заболѣваніе распространяется на трубы, но и сама заболѣваетъ въ обратномъ порядкѣ. Именно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ заболѣваніе слизистой оболочки матки въ началѣ отсутствовало, затѣмъ вдругъ наступали сильныя кровотеченія, вслѣдствіе быстро развившагося или усилившагося заболѣванія придатковъ.

Но, кромѣ эндометрита, въ случаяхъ, гдѣ, при изслѣдованіи слизистой оболочки, заболѣваніе ея было мало выражено, или отсутствовало, причину кровотеченій Czernin видитъ въ гипереміи слизистой оболочки вслѣдствіе сильнаго артеріальнаго прилива.

Menstrua profusa хотя и наблюдаются весьма часто, но не составляютъ необходимаго признака сальпинго-оофорита.

Кромѣ измѣненія въ количествѣ крови нерѣдко наблюдаются измѣненія типа регулъ: то они появляются чаще прежняго, то рѣже, то, наконецъ, наступаютъ въ совершенно неопредѣленные сроки. Иногда послѣ прекращенія регулъ бѣли въ теченіи нѣсколькихъ дней имѣютъ кровавистую окраску. По временамъ бываютъ продолжительныя метроррагіи.

При долгомъ существованіи болѣзни иногда крови дѣлаются менѣе обильными, продолжаются меньшее число дней и въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступаетъ *amenorrhea*; послѣдняя наблюдалась Mag-

²⁰⁰⁾ Czernin. Ueber die Beziehungen der Uternsschleimhaut zu den Erkrankungen der Adnexa. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. XIII, стр. 339. 1886.

tin'омъ 39) у большинства больныхъ при туберкулезномъ характерѣ сальпингита.

Со стороны graviditas встрѣчаются слѣдующія два состоянія: sterilitas и graviditas extrauterina.

Sterilitas составляетъ обычное явленіе при заболѣваніяхъ трубъ. Суженія и перегибы трубы, потеря мерцательнаго эпителія, вредное химическое дѣйствіе секрета (Müller 201), отложеніе въ окружности соединительнотканнхъ перепонкъ, наконецъ, заращеніе отверстій трубы и т. д. представляютъ такіа условія, которыя дѣлають совершенно понятной невозможность зачатія. Съ другой стороны, существующій одновременно эндометритъ, смѣщенія и перегибы матки и проч. (Guemes 60) представляютъ такіа условія, которыя мѣшають зачатію даже иногда и при одностороннемъ заболѣваніи. По этому то sterilitas при сальпингооофоритѣ, къ тому же развивающемся обыкновенно на обѣихъ сторонахъ, и составляетъ столь обычное явленіе.

Noeggerath 124) говоритъ, что жены мужей, страдавшихъ когда либо гонорреей, обыкновенно остаются безплодными (49 изъ 81); сдѣлавшись же беременными, онѣ обыкновенно выкидываютъ или же рожаютъ лишь одинъ разъ, 3—4 родовъ встрѣчается въ видѣ исключенія (4 изъ 81).

Впрочемъ, столь печальное предсказаніе относительно зачатія не вполне основательно. Если заболѣваніе одностороннее, то зачатіе можетъ иногда совершаться безпрепятственно. Въ пользу этого говоритъ то обстоятельство, что нерѣдко наблюдается зачатіе послѣ удаленія заболѣвшихъ придатковъ на одной сторонѣ; съ другой стороны, описано не мало случаевъ вскрытій родильницъ или беременных съ старымъ заболѣваніемъ одной трубы. Даже при двухстороннемъ заболѣваніи, послѣ болѣе или менѣе тщательнаго лѣченія, иногда наступаетъ зачатіе (Martin).

Точно также Kisch 202) допускаетъ возможность постепеннаго восстановления способности зачатія послѣ всасыванія эксудата и разрыхленія ложныхъ перепонкъ.

Относительно внѣматочной беременности Martin высказывается уклончиво, не наблюдая подобныхъ случаевъ лично. Mayrhofer же 203) говоритъ, что, если яйцо попало въ трубу и затѣмъ въ своемъ

201) Müller. Die Krankheiten des weiblichen Körpers etc. Stuttgart. 1888, стр. 195.

202) Kisch. Die Sterilität des Weibes, ihre Ursachen und ihre Behandlung. 1886, стр. 47.

203) Mayrhofer. Руководство Питы и Бильрота, ч. IV, т. I, вып. 2-й, стр. 26.

поступательномъ движеніи встрѣчаетъ препятствіе вслѣдствіе, напр., перетяжки или перегиба трубы подъ вліяніемъ воспалительныхъ продуктовъ, или же оно не можетъ продвигаться далѣе впередъ вслѣдствіе, напр., гибели эпителія подъ вліяніемъ катарра, то въ такомъ случаѣ можетъ наступить трубная беременность. Bandl къ этому присоединяетъ одну причину, возможную при заболѣваніи трубъ, именно закрытіе маточнаго конца трубы; въ этомъ случаѣ сѣмянные нити проникаютъ черезъ проходимую трубу къ яичнику непроходимой стороны и оплодотворяютъ яйцо, которое затѣмъ задерживается у непроходимаго мѣста. Hennig ¹⁴⁾, Frommel ⁵⁹⁾ говорить о различныхъ условіяхъ для развитія трубной беременности; не перечисляя всевозможныхъ причинъ, могущихъ служить причиной ея, укажу лишь на то что, по мнѣнію Veit'a (цит. по Müller'y), для происхожденія этой аномаліи беременности не всегда необходимы значительныя измѣненія трубы, но къ ней могутъ вести, по видимому, и болѣе легкія патологическія уклоненія.

Это тѣмъ болѣе справедливо, что при значительныхъ измѣненіяхъ яйцо не можетъ и попасть въ трубу вслѣдствіе весьма частаго закрытія *ost. abdominalis*.

Почти у всѣхъ больныхъ при сальпингоофоритѣ выдѣляются бѣли. Съ одной стороны, выдѣленія изъ матки и влагалища указываютъ на старый процессъ, распространившійся затѣмъ на трубы, съ другой стороны, хроническое воспаление въ тазу можетъ, въ свою очередь, служить причиной, поддерживающей хроническій эндометритъ. Эти бѣли, то слизистыя, то гнойныя, то съ кровянистой примѣсью, въ клиническомъ отношеніи не представляютъ ничего особеннаго.

Гораздо бѣльшаго интереса заслуживаетъ возможность опорожненія трубнаго содержимаго наружу чрезъ естественныя половыя пути.

Случаи *hydrops tubae profluens* доказываютъ, что жидкость, скопившаяся въ трубахъ, можетъ преодолевать сопротивленіе узкой части трубы и изливаться въ матку. Meinert ²⁰⁴⁾, Lediard ²⁰⁵⁾ и мн. др. сообщаютъ о подобныхъ случаяхъ, провѣренныхъ затѣмъ сальпинготоміей,

За трубное происхожденіе истеченій изъ матки можно высказаться въ тѣхъ случаяхъ, если наблюдаются при этомъ какіянибудь клиническія особенности. Такъ напримѣръ, это происхожденіе

²⁰⁴⁾ Centralblatt für Gyn. 1886, стр. 738.

²⁰⁵⁾ Lediard. Pyosalpinx; leakage into the uterine cavity etc. Lancet. 1884, сентябрь, стр. 493.

можно приписать тѣмъ истеченіямъ, которыми иногда оканчиваются приступы трубныхъ коликъ. Martin считаетъ изліяніе содержимаго трубъ въ матку возможнымъ въ виду того, что послѣ этого наступаетъ значительное облегченіе и опухоль трубы, прощупывавшаяся до этого, теперь исчезаетъ.

Далѣе, при pyosalpinx'ахъ большой величины съ широкимъ сообщеніемъ съ маткой, при давленіи рукою на опухоль, можно замѣтить истеченіе гноя изъ цервикальнаго канала [случай Routier 206), подобный же случай Hausammann'a 2)].

Хотя Kiwisch и Förster сомнѣвались въ возможности опорожненія трубнаго мѣшка чрезъ матку, но съ анатомической стороны не существуетъ препятствій для принятія этого факта. Извѣстно, что жидкость можетъ накапливаться въ трубѣ, причемъ ostium uterinum остается не облитерированнымъ, поэтому для перехода жидкости изъ трубы въ матку, подъ вліяніемъ ли сокращенія трубной мускулатуры, или подъ вліяніемъ внѣшняго давленія, не существуетъ непреодолимаго препятствія. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ ostium uterinum бываетъ даже расширено. Извѣстный случай Scanzoni 15) наиболѣе убѣдителенъ въ этомъ отношеніи. У 60-ти лѣтней женщины, умершей отъ порока сердца, лѣвая труба представляла вялый мѣшокъ, величиною съ куриное яйцо, содержащій нѣсколько драхмъ кровянистой жидкости; мѣшокъ свободно сообщался съ полостью матки каналомъ длиною въ 1 1/2" и шириною въ 6". Klob 12) говоритъ, что онъ нѣсколько разъ наблюдалъ подобные случаи у старыхъ женщинъ и каждый разъ въ расширенныхъ трубахъ содержимое было кровянистое. Эту примѣсь крови Klob объясняетъ слѣдующимъ образомъ. Послѣ опорожненія трубнаго мѣшка напряженіе стѣнокъ уменьшается, наступаетъ гиперемія сосудовъ, вслѣдствіе уменьшенія противудѣйствія, и, при ригидности сосудовъ въ старомъ возрастѣ, наступаютъ ихъ разрывы и кровотеченіе. Такъ какъ опорожненіе трубнаго мѣшка можетъ повторяться съ извѣстной періодичностью, то Klob полагаетъ, что менструація, появляющаяся послѣ долгой менаузы въ старомъ возрастѣ, представляетъ собою hydrops tubae profluens sanguinolentus.

Въ заключеніе можно прибавить, что подъ видомъ hydrops tubae profluens могутъ протекать случаи опорожненія кисты яичника (случай Blasius'a 207). Кромѣ того, случай Koeberlé 208) доказываетъ,

206) Routier. Pyosalpingite. Revue de chirurgie 1887, стр. 916.

207) Blasius. Commentatio de hydrope ovariorum profluente. Halae. 1834.

208) Koeberlé. Gazette médicale de Strassbourg, 1873, стр. 221.

что гнойное скопище, образовавшееся въ полости *peritonei* и инкапсулированное ложными перепонками, можетъ опорожняться чрезъ нормальную фаллопиеву трубу въ матку и далѣе наружу.

Кромѣ перечисленныхъ симптомовъ, нерѣдко наблюдаются аномаліи со стороны мочеваго пузыря и *recti*. Близкое сосѣдство ихъ съ заболѣвшими придатками матки легко объясняетъ ихъ участіе въ заболѣваніи.

Трубнояичниковая опухоль можетъ вызывать разстройство со стороны мочеваго пузыря чисто механическимъ образомъ. Давленіемъ на стѣнку пузыря въ нѣкоторыхъ случаяхъ объясняется частое мочеиспусканіе или затрудненіе этого акта. Послѣдній симптомъ, наблюдавшійся въ случаѣ № 10, исчезъ послѣ удаленія объемистаго *hydrosalpinx'a*. Guillet ²⁰⁹⁾ сообщилъ случай, при которомъ на вскрытіи найдено, что *hydrosalpinx*, величиною въ 2 кулака, помѣщавшійся въ полости малаго таза, оказывалъ сильное давленіе на пузырь и лѣвый мочеточникъ, вслѣдствіе чего было задержаніе мочи и расширеніе пузыря до громаднхъ размѣровъ; лѣвый мочеточникъ былъ утолщенъ, растянутъ, съ экхимозами; почечная лоханка растянута, красновата; ткань почки представляла гнойную инфильтрацію.

Въ свою очередь, если моча не выпускается своевременно, то наполненіе мочеваго пузыря сопровождается болями въ области пораженной трубы [Oliver ²¹⁰⁾].

Частое и болѣзненное мочеиспусканіе нерѣдко встрѣчается въ анамнезѣ, какъ одинъ изъ первыхъ симптомовъ заболѣванія и въ связи съ другими данными анамнеза указываетъ на гоноррею, какъ на этиологическій моментъ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни этотъ симптомъ обуславливается или остающимся катарромъ пузыря и мочеиспускательнаго канала, или давленіемъ опухоли на пузырь, или наконецъ сращеніями и воспалительными явленіями въ покрывающей брюшинѣ.

Со стороны прямой кишки нерѣдко вслѣдствіе чисто механическихъ условій возникаютъ упорные запоры. Polk ²⁶⁾ наблюдалъ значительныя суженія *recti* вслѣдствіе воспалительнаго эксудата въ *peritoneum*.

Развившаяся въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ опухоль или смѣщенная матка также служатъ причиной запоровъ (см. № 20). Иногда дефекація дѣлается крайне болѣзненной, иногда настолько,

²⁰⁹⁾ Guillet. Archives de Tocologie. 1887, стр. 885.

²¹⁰⁾ Oliver. The British Medical Journal. 1886, vol. 1, стр. 66.

что больные по возможности воздерживаются от нея. Monprofit 43) объясняет это давлѣніемъ каловой массы на воспаленные органы. Oliver 210) наблюдалъ болѣзненную дефекацію въ случаяхъ сращеній recti съ лѣвой воспаленной трубой.

Помимо симптомовъ мѣстнаго характера сальпингоофоритъ часто сопровождается многими явленіями рефлекторнаго характера и значительными измѣненіями со стороны общаго состоянія организма, наступающими при длительномъ теченіи болѣзни.

Нерѣдко нарушаются функціи желудочно-кишечнаго канала. Отсутствіе аппетита, поносы, смѣняющіеся запорами, тошнота, рвота, непріятное чувство давленія со стороны желудка, доходящее иногда до гастральгіи и т. д., весьма нерѣдко наблюдались въ нашихъ случаяхъ и много разъ указываются въ опубликованныхъ случаяхъ.

Въ одномъ случаѣ сальпингоофорита (не оперированномъ), при незначительномъ мѣстномъ пораженіи, симптомы заболѣванія выражались появляющимися по временамъ болями въ паху, причемъ каждый разъ приступъ боли сопровождался тошнотой и рвотой. Иногда гастрическія явленія выступаютъ на первый планъ и совершенно маскируютъ собою симптомы мѣстнаго характера, такъ что больные иногда долго лечатся отъ предполагаемаго катарра желудка, прежде нежели откроется дѣйствительный источникъ заболѣванія.

Нервная система вообще начинаетъ страдать очень скоро и получаютъ многоразличныя въ близкихъ и отдаленныхъ областяхъ разыгрывающіяся нервныя явленія [Negar 35), Meinert 211) и др.]. Между нашими больными явленія со стороны нервной и психической системы не представляли какихъ-либо серьезныхъ разстройствъ. Обыкновенно больные жалуются на постоянное тоскливое настроеніе духа, безпричинную раздражительность, легкіе истерическіе припадки, женщины рабочаго класса испытываютъ полную апатію и неспособность приняться за какую бы то ни было работу и т. д. Нерѣдко слышатся жалобы на непріятныя ощущенія въ области сердца, сердцебіенія, сильныя головныя боли. Ухудшеніе нервнаго состоянія обыкновенно совпадаетъ съ менструальнымъ періодомъ.

Но иногда наблюдаются и болѣе тяжелыя разстройства. Wylie 190) говоритъ, что катарральный сальпингитъ въ связи съ кистовиднымъ перерожденіемъ яичника легко ведетъ къ истеро-эпилепсіи, истеріи и пр. Monprofit указываетъ на эпилепсію, контрактуры членовъ, на явленія, симулирующія атаксію и пр.

²¹¹⁾ Meinert. Tageblatt der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Berlin. 1886, стр. 309.

Изъ перечисленныхъ симптомовъ выступаетъ въ отдѣльныхъ случаяхъ то одни, то другіе, то цѣлый комплексъ ихъ.

Наиболѣе тяжелымъ характеромъ отличаются, очевидно, гнойныя формы сальпингита. Между тѣмъ, иногда долго существующій *hydrosalpinx* можетъ протекать безъ всякихъ серьезныхъ симптомовъ (сл. № 22).

Къ удивленію, иногда встрѣчаются и *pyosalpinx*'ы, не выражающіяся никакими спеціальными симптомами. Такой случай приводитъ *Malins* ²¹²⁾.

Czernipin ²⁰⁰⁾ наблюдалъ 4 случая *pyosalpinx*'а, которые, относительно симптомовъ и теченія, представляли много особенностей отъ обычнаго характера болѣзни. Это были старыя женщины въ возрастѣ 42—56 лѣтъ, въ анамнезѣ не было ни гонорреи, ни пуэрперальныхъ заболѣваній, не было указаній на туберкулезъ. Болѣзнь у нихъ долгое время существовала, не вызывая ни болей, ни другихъ какихъ-либо жалобъ и только въ послѣдствіи вдругъ появлялись сильныя кровотеченія. *Boldt* ²¹³⁾ замѣчаетъ, что иногда сильно растянутая труба, къ удивленію, можетъ иногда случайно не давать никакихъ симптомовъ, кромѣ лихорадки и исхуданія; подобные случаи, по мнѣнію *Boldt*'а, встрѣчаются при пуэрперальныхъ *pyosalpingit*'ахъ.

Noeggerath ¹²⁴⁾, говоря о клиническихъ проявленіяхъ латентной гонорреи, различаетъ слѣдующія 4 типическія формы: *acute Perimetritis*, *recurrirende Perimetritis*, *chronische Perimetritis*, *Ovaritis und Catarrh*.

Если въ теченіи сальпинго-оофорита вообще не наблюдается такихъ рѣзко отдѣльныхъ формъ, такъ какъ теченіе болѣзни бываетъ весьма разнообразно въ зависимости отъ этиологіи, анатомическаго характера процесса и т. д., то, всетаки, клиническія наблюденія *Noeggerath*'а имѣютъ свое значеніе.

Начинаясь остро или исподоволь, обыкновенно сальпинго-оофоритъ принимаетъ хроническое теченіе. При этомъ обычно наблюдается постепенное ухудшеніе всѣхъ признаковъ изъ года въ годъ, изъ мѣсяца въ мѣсяць, особенно при гнойныхъ формахъ. При этихъ же процессахъ наблюдаютъ и частые обостренія воспалительныхъ явленій въ маломъ тазу.

Рецидивирующіе периметриты смѣняются болѣе или менѣе продолжительными періодами улучшенія болѣзненнаго состоянія.

Въ анамнезѣ больныхъ нерѣдко указывается на эту перемену въ состояніи то къ лучшему, то къ худшему.

²¹²⁾ *Malins*. Transactions of the Obst. Soc. of London. Vol. 27, стр. 137.

²¹³⁾ *Boldt*. The American Journal of Obstetrics. 1889, стр. 267.

Въ то время какъ hydrosalpinx, или вообще катарральныя заболѣванія, могутъ существовать долгіе годы, не вызывая особенно сильныхъ мѣстныхъ разстройствъ, и не подрывая общаго состоянія здоровья, совсѣмъ иное значеніе имѣетъ гнойное заболѣваніе съ обширными воспалительными процессами, съ длительными лихорадками, доходящими иногда до высокихъ температуръ и представляющихъ иногда рѣзко интермиттирующій типъ, какъ при нагноительныхъ процессахъ.

Не малое значеніе имѣетъ также и общественное положеніе больной. Поставивши ее въ правильныя діететическія и гигиеническія условія, примѣнивши соотвѣтственныя мѣстныя и общія терапевтическія мѣры, можно доставить больной если не полное исцѣленіе, то всетаки значительное облегченіе; при противоположныхъ условіяхъ рецидивирующіе периметриты повторяются чаще и всѣ симптомы получаютъ болѣе тяжелый характеръ.

При благопріятныхъ условіяхъ можетъ быть достигнуто и полное исцѣленіе. По крайней мѣрѣ, Martin ³⁹⁾ говорятъ, что онъ примѣнялъ сальпинготомію лишь въ $\frac{1}{5}$ всѣхъ случаевъ и наблюдалъ полное излеченіе.

Одинъ изъ самыхъ тяжелыхъ исходовъ при растяженіи трубъ представляетъ опорожненіе pyosalpinx'a въ брюшную полость, вызывающее острое гнойное воспаленіе брюшины.

Въ другихъ случаяхъ вскрытіе трубнаго мѣшка въ полость peritonei предупреждается образованіемъ склеекъ съ сосѣдними органами. Такимъ образомъ, жидкость изъ трубъ можетъ найти себѣ выходъ въ какой либо отдѣлъ кишечника, чаще всего въ rectum. Virchow ⁸³⁾ говорятъ, что при сращеніяхъ трубныхъ мѣшковъ съ кишками легко образуются, благодаря дерганіямъ, которыя они испытываютъ на этихъ мѣстахъ, легко образуются болѣе сильныя воспалительныя явленія, влекущія за собою перфوراцію. При этомъ жидкость изъ трубы можетъ опорожниться въ кишечникъ, но въ то же время газы и содержимое кишекъ переходитъ въ полость трубнаго мѣшка, вызывая продолжительныя, упорныя гнилостныя нагноенія.

Самыя частыя изъ подобныхъ перфораций происходятъ въ rectum (напр. случай Andral'я ²¹⁴⁾). Кромѣ того, вскрытіе pyosalpinx'a можетъ произойти въ мочевою дузырь, въ инкапсулированную ложными перепонками полость, въ толщу широкой связки, приче́мъ гной на бо-

²¹⁴⁾ Andral. *Precis d'anatomie pathol.* Томъ 2, стр. 246. Bruxelles 1837.

лѣе или менѣе значительномъ пространствѣ распространяется по подбрюшинной клѣтчаткѣ.

Вскрытіе pyosalpinx'a въ брюшную полость представляетъ, конечно, самое опасное послѣдствіе между всѣми заболѣваніями трубъ. Въ этихъ случаяхъ только немедленно сдѣланная лапаротомія предотвращаетъ смертельный исходъ. Подобные случаи описаны Meinert'омъ 204), Boldt'омъ 213) и т. д.

Но и безъ перфораціи гнойныя заболѣванія трубъ представляютъ мало благопріятнаго въ смыслѣ прогноза. Kingston Fowler 24) встрѣтилъ на секціяхъ 15 разъ hydro и pyosalpinx, изъ которыхъ 8 разъ заболѣваніе трубъ служило непосредственной причиной смертельнаго исхода.

Съ одной стороны, постоянныя боли, не дающія покоя, частыя потери крови при ослабленномъ въ то же время питаніи, частые возвраты воспаленій брюшины, въ концѣ концовъ значительно разстраиваютъ общее состояніе организма. На такихъ больныхъ ясно виденъ отпечатокъ упорнаго страданія: сильное исхуданіе, анемичный видъ, неспособность даже къ самымъ легкимъ домашнимъ занятіямъ. По мѣсяцамъ лежатъ онѣ въ постели, вѣчно лечатся, но находятъ излеченіе только въ операціонной.

Иначе, въ концѣ концовъ можетъ наступить полное истощеніе; такъ что, если заболѣваніе и не само по себѣ служитъ ближайшей причиной смерти, то оно представляетъ такую почву, на которой всякія постороннія случайныя заболѣванія получаютъ неблагопріятное теченіе.

Діагнозъ.

Еще въ 1883 г. Горвицъ говорилъ, что онъ ни разу не видалъ ни одного случая, гдѣ можно было бы установить хотя бы даже сомнительную діагностику сальпингита; онъ предполагаетъ, что не можетъ быть никакого сомнѣнія въ томъ, что за мнимый сальпингитъ нерѣдко принимали оофоритъ, периметритъ, или воспаленіе той или другой изъ широкихъ связокъ.

Въ настоящее время мы можемъ сказать прямо наоборотъ. Современный гинекологъ, навѣрное, ставитъ теперь діагностику заболѣванія трубъ во многихъ изъ тѣхъ случаевъ, которые прежде считались периметритомъ и т. д.

Діагнозъ при сальпинго-оофоритѣ ставится въ настоящее время безъ затрудненій, такъ какъ данныя при гинекологическомъ изслѣ-

дованіи, часто характерныя указанія анамнеза и теченіе болѣзни, — все вмѣстѣ даетъ достаточно основаній для распознаванія.

Данныя при изслѣдованіи. Для изслѣдованія нѣтъ никакой необходимости прибѣгать къ способу Simon'a (изслѣдованіе тазовыхъ органовъ рукою, введенною въ прямую кишку), или къ способу изслѣдованія чрезъ мочевой пузырь послѣ предварительнаго расширенія urethrae, или, наконецъ, къ еще болѣе сложному способу Noegge-gath'a, именно къ комбинированному изслѣдованію чрезъ мочевой пузырь и прямую кишку, при оттягиваніи матки книзу крючкомъ.

Совершенно достаточно пользоваться обыкновеннымъ бимануальнымъ изслѣдованіемъ, которое даетъ обыкновенно вполне точныя данныя, если нѣтъ какихъ-либо особенно неблагоприятныхъ условій, напр., чрезмѣрной болѣзненности, значительной толщины и неподатливости брюшныхъ стѣнокъ. Въ такихъ случаяхъ, но вообще сравнительно рѣдко, приходится прибѣгать къ хлороформному наркозу.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ яснѣе удастся пальпировать при комбинированномъ изслѣдованіи *per rectum*. Negar особенно рекомендуетъ этотъ способъ изслѣдованія. Иногда приходится прибѣгать къ помощи маточнаго зонда для болѣе точнаго опредѣленія длины полости матки и ея направленія.

Прибѣгать къ пробной пункции нѣтъ никакой необходимости, такъ какъ въ оперативномъ отношеніи безразлично, какая жидкость находится въ трубѣ. Пробная пункция, какъ діагностическое средство, можетъ примѣняться, пожалуй, въ тѣхъ случаяхъ, когда есть подозрѣніе на счетъ міомы, развившейся въ толщѣ широкой связки; въ подобныхъ случаяхъ, конечно, лучше напередъ предвидѣть тѣ затрудненія, которыя могли бы встрѣтиться при операціи. Съ другой стороны, діагностическая пункция можетъ иногда вести къ серьезнымъ послѣдствіямъ ²¹⁵⁾; что же касается до рѣсничнаго эпителия, который могъ бы имѣть по Fergusson'у ⁹⁴⁾ діагностическое значеніе, то на это рассчитывать трудно, такъ какъ онъ рѣдко встрѣчается въ жидкости трубныхъ мѣшковъ.

Данныя, получаемыя при изслѣдованіи, бываютъ весьма разнообразны, смотря по тѣмъ патолого-анатомическимъ измѣненіямъ, которыя претерпѣваютъ маточныя придатки.

Въ томъ случаѣ, когда они бываютъ окружены свѣжимъ воспалительнымъ экссудатомъ очень трудно, или даже совсѣмъ невозможно, опредѣлить состояніе яичника или трубы среди опухоли воспалительнаго характера, окружающей матку.

²¹⁵⁾ *Hunter. The Amer. Journ. of obst. 1886, стр. 271.*

Когда же воспалительный эксудат всосался, очертанія контуровъ заболѣвшей трубы или яичника выступаютъ съ достаточной рельефностью. Въ этомъ отношеніи, массажъ по Thure Brandt'у, послѣ всасыванія эксудата и устраненія фиксацій (Brandt'у) можетъ, конечно, способствовать тому, что контуры трубы отчетливо прощупываются, какъ говоритъ Winawer ²¹⁶⁾, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ихъ раньше нельзя было опредѣлить; но, съ другой, трудно согласиться съ авторомъ въ томъ, чтобы вообще, при обыкновенныхъ условіяхъ, такъ трудно пальпировались трубы, даже растянутыя въ кистовидный мѣшокъ.

Такъ какъ при сальпингитѣ труба утолщается, то она пальпируется въ видѣ болѣе или менѣе толстаго валика, причемъ, въ отличіе отъ нормальной трубы, этотъ валикъ представляется мало подвижнымъ и болѣзненнымъ (Martin ³⁶⁾).

Уменьшеніе подвижности зависитъ отъ большаго или меньшаго развитія ложныхъ перепонокъ, болѣзненность объясняется воспалительнымъ состояніемъ брюшиннаго покрова и въ нѣкоторыхъ случаяхъ, дѣйствительно, достигаетъ крайней степени.

Въ другихъ случаяхъ труба прощупывается въ видѣ ряда чечекъ, отходящихъ отъ угла матки къ боковой стѣнѣ таза или въ заднее Дугласово пространство и постепенно увеличивающихся къ наружному концу.

Иной разъ труба представляется въ видѣ колбасообразнаго валика, часто съ колбовиднымъ вздутіемъ на концѣ, труба изгибается кзади и спускается въ глубину Дугласова пространства. Иногда труба сильно извита и вмѣстѣ съ яичникомъ образуетъ одну общую опухолевидную массу неправильно-кругловатой формы съ отдѣльными выступами и узлами, причемъ одни участки опухоли представляются болѣе плотными, другіе—мягче, или эластичны.

Эта опухоль соединена съ соответственнымъ угломъ матки посредствомъ болѣе или менѣе тонкой ножки, образованной маточнымъ концемъ трубы, который обыкновенно представляется меньше измененнымъ. Между опухолью и маткой прощупывается бороздка.

Весьма важное значеніе имѣетъ способъ соединенія опухоли съ маткой, именно Martin ³⁶⁾ говоритъ, что отличить съ увѣренностью заболѣваніе трубы можно лишь тогда, когда удастся точно изолировать и прощупать маточный конецъ трубы.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ опухоль трубы, развившаяся между

²¹⁶⁾ Winawer. Ueber die Thure Brandt'she Methode, als Mittel, die erkrankten Tuben palpirt zu machen. Centralblatt für Gyn. 1888, стр. 865.

листочками широкой связки или сращенная на значительномъ пространствѣ въ глубинѣ задняго Дугласова пространства, совершенно можетъ симулировать интралигаментарную кисту. Иногда, наконецъ, труба бываетъ растянута только въ наружномъ концѣ при совершенно нормальномъ состояніи остальной своей части и, въ такомъ случаѣ, при отсутствіи сращеній, представляется въ видѣ подвижной, округлой, эластической опухоли; въ этомъ случаѣ, если отношенія ея къ маткѣ не удастся опредѣлить съ достаточной точностью, трубная опухоль имѣетъ при изслѣдованіи свойство небольшой яичниковой кисты.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ удастся весьма отчетливо (напр. въ сл. № 20), отдѣльно отъ трубнаго мѣшка, прощупать яичникъ, отличающійся отъ перваго своими округленными контурами, своей болѣе плотной консистенціей и болѣе болѣзненностью.

Хотя опредѣленіе яичника имѣетъ важное значеніе для распознаванія [Courty¹³⁷)], но обыкновенно онъ бываетъ такъ склеенъ съ трубой въ одинъ общій tumor, что чаще всего бываетъ невозможно отличить, что въ этой общей опухоли принадлежитъ собственно яичнику и что образовано на счетъ трубы.

Какъ на характерный признакъ сальпингита Schauta указываетъ на прощупывающіеся у угловъ матки узловатыя утолщенія, образующіеся еще въ раннихъ періодахъ сальпингита и дающія, по его мнѣнію, возможность діагносцировать сальпингитъ даже въ тѣхъ періодахъ послѣдняго, когда помимо этихъ узловъ периферическая часть трубы еще не представляетъ доступныхъ для изслѣдованія измѣненій. Точно также и при большихъ расширеніяхъ, по мнѣнію Schauta, этотъ признакъ позволяетъ вѣрно поставить дифференціальную діагностику между растяженіемъ трубы и яичниковой кистой. По словамъ автора, эти узлы лучше всего можно пальпировать, если фиксировать матку двумя пальцами, введенными во влагалище, а другой рукой потихоньку проводить сзади напередъ по области маточныхъ угловъ.

Присутствіе узловатыхъ утолщеній въ маточной части трубы, по Negar'у, встрѣчается нерѣдко при туберкулезѣ трубъ, относительно же развитія ихъ при другихъ заболѣваніяхъ трубъ мы не можемъ сказать собственнаго мнѣнія, такъ какъ прежде не обращали вниманія на это обстоятельство, въ позднѣйшихъ же случаяхъ съ ними не приходилось встрѣчаться, но, во всякомъ случаѣ, намъ кажется, что Schauta слишкомъ перецѣнилъ ихъ значеніе и частота ихъ нуждается въ дальнѣйшихъ подтвержденіяхъ, тѣмъ болѣе, что эти узлы

изъ 18 наблюдавшихся имъ случаевъ только въ 5 случаяхъ были контролированы изслѣдованіями препаратовъ послѣ операціи.

Опухоль при своемъ увеличеніи отдавливаетъ матку въ противоположную сторону; при одностороннемъ заболѣваніи матка смѣщена въ другую сторону и въ тоже время чаще кпереди; при двухсторонней опухоли смѣщеніе обусловливается мѣстоположеніемъ большей опухоли. О смѣщеніяхъ матки въ зависимости отъ сращеній и воспалительныхъ явленій въ окружности указано выше.

Данныя, получаемыя при пальпаціи, необходимо контролировать повторнымъ изслѣдованіемъ больной. При этомъ можно встрѣтиться съ явленіями, имѣющими при сальпинго-оофоритѣ весьма важное значеніе въ діагностическомъ отношеніи.

Именно проф. А. И. Лебедевымъ было замѣчено слѣдующее:

Иногда при изслѣдованіи получались данныя, соотвѣтствующія сальпинго-оофориту на одной какой-либо сторонѣ, положимъ на правой, тогда какъ на другой сторонѣ въ это время прощупываются лишь перемычки, тяжи или неясные узлы. При изслѣдованіи, произведенномъ спустя нѣкоторое время у той же больной, опухоль на правой сторонѣ совершенно спадалась и соотвѣтственно ей можно было опредѣлить лишь неясныя перемычки, между тѣмъ какъ на другой сторонѣ, именно лѣвой, теперь совершенно ясно выступала опухоль, имѣющая свойства сальпинго-оофорита.

При наблюденіи нѣсколькихъ подобныхъ случаяхъ вполне выяснилось, что это колебаніе объема опухоли находится въ зависимости отъ періода менструаціи. Именно, трубно-яичниковая опухоль ко времени наступленія регулъ начинаетъ значительно увеличиваться въ объемѣ, послѣ же регулъ уменьшается и можетъ даже совершенно исчезнуть. Иногда во время менструаціи припухаетъ лишь одна сторона, другая же въ это время находится въ спавшемся состояніи; во время же слѣдующихъ регулъ первая опухоль можетъ оставаться неувеличенной, между тѣмъ какъ опухоль на другой сторонѣ замѣтно увеличивается, такъ что иногда выступаетъ попеременное періодическое увеличеніе объема.

Это колебаніе объема въ зависимости отъ менструаціи свойственно трубно-яичниковымъ опухолямъ небольшихъ размѣровъ и представляетъ характерную отличительную особенность сальпинго-оофорита, помогающую дифференцировать ихъ отъ яичниковыхъ новообразованій.

Этотъ признакъ, замѣченный и неоднократно констатированный проф. А. И. Лебедевымъ, изъ приведенныхъ здѣсь случаевъ особенно рѣзко выступалъ въ сл. № 11 и № 19.

Увеличенію объема опухоли могутъ въ совокупности способствовать нѣсколько явленій, происходящихъ при менструаціи.

Съ одной стороны труба и яичникъ увеличиваются въ объемѣ вслѣдствіе переполненія кровью подѣ вліаніемъ менструальнаго прилива; далѣе, многіе наблюдатели, какъ указано выше (стр. 29), принимаютъ, что во время регулъ въ полость трубы выдѣляется нѣкоторое количество крови; слизистая оболочка трубъ набухаетъ и онѣ сами утолщаются и плотнѣютъ (Schroeder ⁴⁷); кромѣ того, въ яичникѣ созрѣваетъ граафовъ пузырекъ, который своими размѣрами также принимаетъ нѣкоторую долю участія въ увеличеніи опухоли. Наконецъ, можетъ быть, при менструаціи заболѣвшая слизистая оболочка трубы выдѣляетъ новую порцію секрета, Gusserow ⁴⁴) допускаетъ возможность подобнаго явленія. Lawson Tait ²¹⁷) говоритъ, что рецидивующій периметритъ зависитъ отъ воспалительнаго состоянія придатковъ во время менструаціи и т. д.

Такъ какъ всѣ эти измѣненія не могутъ выражаться абсолютно значительными размѣрами, то, понятно, относительное измѣненіе объема опухоли легче можетъ быть замѣчено въ тѣхъ случаяхъ, когда она сама небольшой величины; въ этомъ случаѣ уже незначительный плюсъ къ ея размѣрамъ можетъ быть скорѣе замѣченъ.

Просматривая литературу, мнѣ не приходилось встрѣчаться съ указаніями, которыя въ достаточной степени отмѣчали бы это обстоятельство. Hunter ¹⁹⁴), напримѣръ, упоминаетъ, между прочимъ, что матка послѣ регулъ становится меньше, а опухоль прощупывающаяся позади ея, дѣлается мягче (softer).

Güemes ⁶⁰) говоритъ (на стр. 69), что въ одномъ случаѣ Terrillon'a опухоль появлялась въ началѣ регулъ и исчезала по ихъ прекращеніи (по словамъ больной). Но здѣсь дѣло касалось объемистаго haematosalpinx'a, для которыхъ вообще характерно сопровождающееся болями увеличеніе во время мѣсячныхъ (Н. Н. Феноменовъ ¹⁸⁸). Это явленіе объясняется для haematosalpinx'a выдѣленіемъ менструальной крови въ полость трубы и оно, очевидно, не находится въ связи съ тѣмъ фактомъ, на который мы указываемъ.

Кстати, укажу еще на слѣдующія наблюденія Lawson Tait'a ⁵²). На стр. 91 онъ говоритъ: «J'ai aussi noté dans quelques uns des cas, que j'avais eu à soigner pendant longtemps, qu'à certains de mes examens j'avais trouvé des tumeurs distinctes, soit sur un côté, soit des deux côtés de l'utérus, alors qu'à d'autres examens je ne trouvais plus aucune trace de ces tumeurs». И, такъ какъ исчезаніе опухоли часто

²¹⁷) Lawson Tait. The American Journal of obstetrics. 1886, стр. 979.

сопровождается воспалительными симптомами, то Lawson Tait говорить далѣе: «En jetant un coup d'oeil sur quelques unes de mes préparations d'hydro et de pyosalpingite je trouve qu'il est difficile de ne pas conclure que la rupture periodique de l'infundibulum distendu se produit fréquemment». Трудно, конечно, сказать определенное мнѣніе относительно этихъ наблюдений L. Tait'a, но я привожу ихъ съ цѣлью указать на то, нельзя ли ихъ объяснить сообразно съ наблюдениями проф. А. И. Лебедева.

Такимъ образомъ, для діагноза сальпингооофорита необходимо основываться на слѣдующихъ данныхъ, получаемыхъ при изслѣдованіи.

Опухоль по своимъ контурамъ должна имѣть характерныя для сальпинго-оофорита свойства.

Далѣе, весьма важный признакъ, на который особенно упираетъ Martin, это—способъ соединенія опухоли съ соотвѣтствующимъ угломъ матки.

Существенное значеніе имѣетъ повторное изслѣдованіе больныхъ, такъ какъ при этомъ можно воспользоваться діагностическимъ признакомъ, замѣченнымъ проф. А. И. Лебедевымъ. На основаніи этого же факта мы только тогда можемъ высказаться за одностороннее заболѣваніе, если, при повторномъ изслѣдованіи въ различныя менструальныя эпохи, одна сторона постоянно остается непораженной.

Наконецъ, пожалуй, нѣкоторое значеніе имѣетъ признакъ, указываемый Schauta, присутствіе узловатыхъ утолщеній у начала отхожденія трубы отъ матки.

Данныя для діагноза, получаемыя при бимануальномъ изслѣдованіи, получаютъ еще болѣе убѣдительное значеніе, если начало и теченіе болѣзни представляютъ характерныя указанія, если, напр., начало заболѣванія можетъ быть отнесено къ предшествовавшему гонорройному зараженію, или къ неблагополучно протекавшему послѣродовому періоду. Изъ симптомовъ наиболѣе характерны—частыя обостренія, безплодіе, dysmenorrhea и боли съ характеромъ коликъ.

На основаніи комбинаціи всѣхъ полученныхъ данныхъ мы, большею частью, легко можемъ поставить прямую діагностику сальпингооофорита и, въ этомъ отношеніи, мы можемъ вполне присоединиться къ мнѣнію Hegar'a, Martin'a и пр.

Для дифференціальной діагностики я не буду разбирать всевозможныхъ болѣзненныхъ процессовъ, съ которыми вообще можно смѣшать salpingo-oophoritis. Не буду говорить о нихъ потому, что напередъ трудно сказать, какой изъ признаковъ поможетъ выйти на вѣрный путь и избѣжать ошибки въ діагнозѣ. Укажу лишь на слѣдующія

болѣзненные состоянія, съ которыми прежде часто смѣшивали сальпингитъ и которыя теперь иногда могутъ поставить въ затрудненіе.

Читая исторіи болѣзней Noeggerath'a, нерѣдко задаешься мыслью, не были ли тѣ остатки эксудата, о которыхъ онъ часто упоминаетъ, заболѣвшими трубами и яичниками.

По мнѣнію Gusserow'a ⁴⁴⁾, именно, опухоли, соотвѣтствующія сальпинго-оофориту, прежде чаще всего принимались за эксудативныя массы въ полости peritonei.

Отличить трубно-яичниковую опухоль отъ пара-и-периметритического эксудата не представляетъ никакого труда, такъ какъ она отличается отъ послѣдняго болѣе рѣзкими контурами и представляетъ, все-таки, нѣкоторую подвижность (Gusserow), не говоря уже о другихъ выше указанныхъ признакахъ, колебаніи объема, отхожденіи отъ угла матки и проч.

Легче всего можно смѣшать salpingo-oophoritis съ небольшою яичниковой кистой или кистой широкой связки. Дѣйствительно, предположимъ, что растянутая на наружномъ концѣ фаллопіева труба сращена на обширномъ протяженіи съ задней поверхностью широкой связки; въ такомъ случаѣ при изслѣдованіи получатся данныя, симулирующія интралигаментарную кисту или небольшую яичниковую кисту на ножкѣ, но съ обширными сращеніями. Въ этомъ случаѣ труднѣе всего провести дифференціальную діагностику. Для отличія можетъ служить какой либо изъ указанныхъ признаковъ: способъ соединенія съ угломъ матки посредствомъ ясно прощупываемаго тяжа, измѣнчивость величины опухоли подъ вліяніемъ регулъ и пр. Въ послѣднемъ отношеніи я позволю себѣ привести одинъ примѣръ изъ нашей клиники. У больной найдена опухоль величиною съ куриное яйцо, примыкающая къ правому краю матки, округленной формы, мало болѣзненная, способъ соединенія ея съ маткой опредѣлить точно не удавалось, въ анамнезѣ ничего характернаго. Діагнозъ колебался между яичниковымъ новообразованіемъ и salpingo-oophoritis. При изслѣдованіи повторномъ можно было констатировать неизмѣняемость объема опухоли, и діагнозъ окончательный склонился въ пользу яичниковаго новообразованія. При операціи, дѣйствительно, оказалась дермоидная киста яичника.

Непреодолимые препятствія могутъ встрѣтиться при какихъ либо особенно неблагопріятныхъ условіяхъ, напр. при чрезмѣрной толщинѣ подкожнаго жирнаго слоя, при одновременномъ обширномъ эксудатѣ въ полости peritonei или въ широкой связкѣ, при развившейся рядомъ опухоли яичника или матки и пр.

Какъ указано выше, мы діагносцируемъ обычно *salpingo-oophoritis*, какъ общее собирательное имя для различныхъ заболѣваній трубъ, такъ какъ путемъ пальпации трудно опредѣлить, что въ опухоли принадлежитъ собственно яичнику и что принадлежитъ трубѣ.

Въ центрѣ воспалительной опухоли, говоритъ И. Н. Грамматикати ²¹⁸⁾, находятся заболѣвшіе труба, или яичникъ и эти очертанія центральной части, или ядра воспалительной опухоли, не могутъ не вліять на очертанія всей опухоли. Большая величина, большая округлость, болѣе равномерная плотность и большая близость къ своду рукава говорятъ за центральное положеніе яичника; болѣе же высокое положеніе опухоли, большая продолговатость, какъ-бы дольчатость говорятъ за начальный сальпингитъ. Но надо замѣтить, что подобное изолированное заболѣваніе яичника все же рѣдко встрѣчается безъ сопутствующихъ измѣненій трубы и наоборотъ, поэтому, намъ лишь въ рѣдкихъ случаяхъ придется пользоваться діагностическими данными, указываемыми И. Н. Грамматикати, хотя для изолированныхъ заболѣваній яичника или трубы эти признаки имѣютъ свое значеніе и подтверждаются клиническими наблюденіями автора.

Относительно болѣе детальнаго опредѣленія характера заболѣванія, мы также можемъ пользоваться лишь нѣкоторыми косвенными указаніями. Важнѣе всего опредѣлить, гнойнаго ли характера заболѣваніе, или нѣтъ. Въ пользу перваго говорятъ большая тяжесть заболѣванія, частые рецидивы, быстро наступающее истощеніе, наклонность къ лихорадочнымъ движеніямъ и пр.; на эти обстоятельства указываютъ Negar, Gusserow и пр. Кромѣ того, при изслѣдованіи, мы замѣчаемъ, что при *pyosalpinx*'ѣ опухоль меньше, плотнѣе, болѣзненнѣе, менѣе подвижна, нежели при *hydrosalpinx*'ѣ.

И. Н. Феноменовъ ¹⁸⁸⁾ говоритъ, что для *pyosalpinx*'а важно выяснить, не имѣло ли заболѣваніе связи съ бывшимъ перелоемъ, или послѣ родовымъ періодомъ. Иногда въ анамнезѣ, дѣйствительно, существуютъ въ этомъ отношеніи ясныя указанія. Съ другой стороны, при гонорройномъ заболѣваніи остаются иногда слѣды на наружныхъ половыхъ органахъ въ видѣ припуханія Бартолиновыхъ железъ, папилломатозныхъ разраженій около отверстія мочеиспускательнаго канала и проч. (сл. № 22).

Но, къ сожалѣнію, анамнестическія данныя иногда не даютъ возможности разобраться въ причинахъ заболѣванія; кромѣ того, хотя и рѣже, пуэрперальная и гонорройная форма могутъ выра-

²¹⁸⁾ И. Н. Грамматикати. Врачъ. 1888, № 20.

жаться не гнойными заболѣваніями трубъ, а напр. катарральнымъ сальпингитомъ и т. д.

Точно также, встрѣчая больную съ заболѣваніемъ трубъ, развившимся послѣ родовъ, является вопросъ, непременно ли этотъ случай отнести къ категоріи пуэрперальнаго сальпинго-оофорита. Такъ какъ этотъ вопросъ рѣшается, большею частью, на основаніи анамнеза, иногда не точнаго, и, съ другой стороны, смотря по тому, на сколько убѣдительными кажутся взгляды Säger'a на значеніе гонорреи in puerperio, одни авторы считаютъ болѣе частою гонорройную форму сальпингита, другіе — пуэрперальную. Martin 39), напр., въ противоположность Säger'у считаетъ вторую форму болѣе частою. Между 287 пациентками у него было 70 случаевъ пуэрперальнаго сальпингита и 55 — гонорройнаго.

Вообще относительно причины сальпинго-оофорита при наблюденіи больныхъ нерѣдко трудно составить себѣ опредѣленное мнѣніе, было ли въ данномъ случаѣ инфекціонное заболѣваніе или же здѣсь форма не заразная, а обязанная, напр., распространенію катарральнаго эндометрита и пр.

Относительно туберкулезнаго заболѣванія можно пользоваться указаніями, данными Negar'омъ 29) и Wiedow'омъ 135).

Кромѣ указаній относительно наслѣдственности, кромѣ состоянія внутреннихъ органовъ, особенно легкихъ, при внутреннемъ изслѣдованіи получаютъ иногда данныя, говорящія за туберкулезъ. Именно, трубы на ощупь гораздо плотнѣе, отдѣльные выступы на вздутой трубѣ плотны и угловаты, между тѣмъ какъ при гонорройномъ pyosalpinx'ѣ они мягче и флюктуируютъ. Нерѣдко поражается внутренний конецъ трубы, гдѣ при этомъ прощупываются небольшой величины плотные узлы.

Ovario-salpingotomia.

Въ мою задачу не входитъ разсмотрѣніе различныхъ методовъ терапіи сальпинго-оофорита, какъ медикаментозной, такъ и оперативной. Поэтому я останавлиюсь лишь на тѣхъ приѣмахъ оперативнаго леченія сальпинго-оофорита, которые примѣнялись въ нашей клиникѣ.

Приготовленіе больныхъ къ операціи ничѣмъ не отличается отъ обычныхъ мѣръ, принимаемыхъ при всякой лапаротоміи.

Соблюденіе общей чистоты и мѣстной дезинфекціи достигается частыми ваннами и ежедневными влагалищными спринцеваніями растворомъ сулемы (1 : 2000), или карболовой кислоты (2 : 100).

За 2 дня до операціи больной дается слабительное, на слѣдующій день *magist. bismuthi*, ванна, клизма, въ день операціи — клизма.

Операція производится при обычной антисептической обстановкѣ. Передъ самымъ началомъ операціи, когда больная лежитъ на столѣ, моча выпускается катетеромъ и во влагалище вводится кольеиринтеръ. Затѣмъ кожа живота тщательно очищается мыломъ Джейса, 2^o/_o карболовымъ растворомъ и лимоннымъ сокомъ.

Когда больная захлороформирована, брюшная стѣнка вскрывается послойными разрѣзами отъ пупка внизъ по *linea alba*. Длина разрѣза равняется приблизительно 15 сантиметрамъ, или нѣсколько больше при очень толстыхъ брюшныхъ стѣнкахъ. Разрѣзъ дѣлается такой длины, чтобы свободно можно было ввести руку въ полость брюшины. Ткани брюшной стѣнки разсѣкаются послѣдовательными послойными разрѣзами, кровоточащіе при этомъ сосуды захватываются зажимными пинцетами Реан'а. Когда разрѣзъ углубился до предбрюшиннаго жирнаго слоя, послѣдній разрѣзается между двумя пинцетами, вслѣдъ затѣмъ обнажившійся *peritoneum* подымается въ видѣ конуса кверху пинцетами и разрѣзается въ одномъ мѣстѣ скальпелемъ. Вслѣдъ затѣмъ по введенному въ брюшную полость пальцу разрѣзъ продолжается ножницами вверхъ и внизъ до угловъ кожной раны.

На края брюшной раны обыкновенно накладываются временныя лигатуры, по одной или по двѣ съ каждой стороны; эти лигатуры захватываютъ всѣ слои брюшной стѣнки, отъ кожи до брюшины включительно.

Въ полость *peritonei* вводится широкая плоская губка и введенною затѣмъ рукою опредѣляется состояніе внутреннихъ половыхъ органовъ.

Теперь наступаетъ слѣдующій моментъ операціи, именно выведение заболѣвшихъ придатковъ наружу къ брюшной ранѣ. Иногда этотъ моментъ операціи представлялъ громадныя затрудненія въ виду обширности и плотности старыхъ ложныхъ перепонокъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ передъ этимъ опухоль пунктировалась троакаромъ, обыкновенно же пункція не производилась и опухоль выводилась наружу цѣликомъ или же разрывалась при отдѣленіи сращеній.

По отдѣленіи отъ сращеній, опухоль вытягивается въ брюшную рану и въ большинствѣ случаевъ имѣетъ достаточно удобную хирургическую ножку, образованную маточнымъ концомъ трубы и соответствующимъ участкомъ широкой связки. Въ подобныхъ случаяхъ подъ опухолью чрезъ широкую связку проводится игла съ двойной шелковой лигатурой, которою ножка перевязывается въ два пучка

и затѣмъ лигатура еще разъ обводится и затягивается вокругъ всей ножки.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоль имѣла широкое прикрѣпленіе къ ligam. lat., приходилось подѣ основаніе опухоли накладывать рядъ шелковыхъ лигатуръ, цѣпнеобразно захватывающихъ другъ друга; эти лигатуры накладывались отъ угла матки до lig. infundibulo-pelvicum.

Послѣ наложенія лигатуры опухоль отдѣляется ножницами; внутренний конецъ трубы при этомъ обыкновенно захватывается зажимнымъ пинцетомъ, во избѣжаніе истеченія жидкости изъ трубнаго мѣшка.

По отдѣленіи опухоли, культя опускается въ полость таза и туда вводится небольшая губка. Послѣ удаленія подобнымъ же образомъ опухоли и на другой сторонѣ, губки удаляли изъ полости брюшины, провизорныя лигатуры снимались и брюшная рана закрывалась глубокими шелковыми швами, накладываемыми приблизительно на разстояніи 1 сантиметра другъ отъ друга. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при толстыхъ брюшныхъ стѣнкахъ, разрѣзъ брюшины соединялся, кромѣ того, отдѣльно непрерывнымъ катгутовымъ швомъ.

Туалетъ брюшины производился лишь иногда, при попаданіи въ полость peritonei недоброкачественнаго содержимаго изъ опухоли.

Послѣ закрытія раны, послѣдняя присыпалась іодоформомъ, поверхъ котораго накладывался листъ protective, затѣмъ слой сулемованной ваты, слой юты и вязанный корсетъ-бинтъ ²¹⁹⁾.

Послѣ этого оперированная перевозилась въ отдѣльную палату и, въ дальнѣйшемъ теченіи, пользовалась такимъ же уходомъ, какъ вообще всякая больная послѣ лапаротоміи.

Способы изслѣдованія препаратовъ. Препараты, полученные послѣ операціи, обыкновенно подвергались макроскопическому изученію и затѣмъ для консервированія переносились въ спиртъ. Такъ что, приступивши къ микроскопическому ихъ изученію, мнѣ пришлось пользоваться отчасти препаратами, уже лежавшими болѣе или менѣе долгое время въ спирту и представлявшими, поэтому, менѣе удобный объектъ для изслѣдованія. Въ случаяхъ № 4 и № 16 препараты оставлены безъ изслѣдованія и, поэтому, эти случаи рассматриваются только въ клиническомъ отношеніи. Въ послѣднихъ 6 случаяхъ препараты немедленно послѣ операціи переносились для фиксированія въ крѣпкій растворъ сулемы и затѣмъ, послѣ про-

²¹⁹⁾ Проф. А. И. Лебедевъ. Растяженіе брюшныхъ стѣнокъ, какъ послѣдствіе беременности и брюшной бандажъ, какъ средство для предотвращенія его. Медицинская Бесѣда. 1887.

мыванія въ водѣ, вырѣзанные кусочки подвергались уплотнѣнію въ абсолютномъ алкоголѣ, прежніе же спиртовые препараты прямо переносились въ абсолютный алкоголь.

Срѣзы получались на микротомѣ, поэтому препаратъ послѣ уплотнѣнія переносился въ затвердѣвающія вещества. Для этой цѣли мы пользовались целлоидиномъ, а затѣмъ остановились на фотоксилинѣ, рекомендованномъ Krysin²²⁰⁾ и представляющемъ нѣкоторыя преимущества въ сравненіи съ целлоидиномъ: именно, онъ быстро растворяется въ смѣси алкоголя съ эфиромъ (по ровну); застывая, дѣлается болѣе твердымъ и сохраняетъ прозрачность. Изъ абсолютнаго алкоголя препараты переносились на сутки въ равную смѣсь алкоголя съ эфиромъ, передъ погруженіемъ ихъ въ растворъ целлоидина, или фотоксилина. Растворы послѣднихъ въ смѣси алкоголя съ эфиромъ брались тройкой концентраціи; предварительно препараты переносились на 2 сутокъ въ жидкій растворъ, затѣмъ опять на 2 сутокъ въ растворъ средней концентраціи и, наконецъ, въ густой, какъ сиропъ. Послѣ этого препаратъ, лежащій въ густомъ растворѣ, оставлялся въ чашечкѣ съ полуоткрытымъ верхомъ, пока фотоксилинъ не сдѣлается достаточно плотнымъ. Вслѣдъ за этимъ препаратъ вырѣзывался изъ затвердѣвшаго фотоксилина и жидкимъ растворомъ послѣдняго приклеивался къ пробкѣ, послѣ чего сохранялся въ 70% спиртѣ.

Срѣзы, полученные на микротомѣ, собирались въ 70% спиртъ и затѣмъ, для расправленія препарата, переносились на воду. Пропитывающее препаратъ вещество не растворялось затѣмъ въ смѣси алкоголя съ эфиромъ, такъ какъ при этомъ нѣжные препараты со многими углубленіями, отростками и проч. совершенно разсыпались бы, съ другой стороны, пропитывающее вещество не воспринимаетъ красящихъ началъ; поэтому срѣзы въ фотоксилинѣ или целлоидинѣ прямо подвергались дальнѣйшей обработкѣ. Для окрашиванія препаратовъ всегда пользовались двойной окраской: или гематоксилинъ и затѣмъ эозинъ, или же пикролитіокарминъ, приготовленный по способу Orth'a²²¹⁾. Окрашенные препараты обезвоживались абсолютнымъ алкоголемъ, затѣмъ просвѣтлялись *creosoto purissimo* или *oleo Origanі vulgaris* и, наконецъ, будучи перенесенными на стекло, заливались канадскимъ бальзамомъ.

²²⁰⁾ Krysin^{sky}. Photoxylin, als Einbettungsmittel. Archiv für pathol. Anatomie und Physiol. und für klin. Med. Bd. 108, стр. 217.

²²¹⁾ Orth. Notizen zur Färbetechnik. Berliner klin. Wochenschrift. 1883, стр. 421.

Для изученія нормальнаго строенія трубы я пользовался, съ одной стороны, препаратами, добытыми при вскрытіяхъ женщинъ, умершихъ отъ постороннихъ причинъ, съ другой стороны—нѣкоторыми экземплярами трубъ, удаленныхъ при кастраціи и не представлявшихъ видимыхъ измѣненій.

Демонстрировались препараты профессору А. И. Лебедеву и приватъ-доценту И. Н. Грамматикати.

Наблюденія.

Случай № 1.

М. Б. поступила 27/ix 86 съ жалобами на очень обильныя, продолжающіяся по 10 и болѣе дней, мѣсячныя.

Больная 25 л. крестьянка, незамужняя. Регулы получила на 14-мъ году, появлялись чрезъ 4 недѣли по 3 дня. На 23 году преждевременные роды. Послѣ вторыхъ родовъ, бывшихъ 8 мѣсяцевъ тому назадъ, двѣ недѣли чувствовала себя здоровой, затѣмъ появились боли внизу живота съ лѣвой стороны, непрерывно державшіяся въ теченіе 3 мѣсяцевъ; чрезъ 3 мѣсяца послѣ родовъ появились регулы, продолжавшіяся 10 дней, и съ этихъ поръ мѣсячныя были постоянно въ обильномъ количествѣ и продолжались по 10—15 дней, требуя каждый разъ врачебнаго вмѣшательства; промежутокъ между кровями равнялся 2 недѣлямъ; во время мѣсячныхъ боли внизу живота.

Больная—шатенка, правильнаго тѣлосложенія, средняго роста, съ хорошимъ питаніемъ. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не обнаруживаетъ патологическихъ измѣненій.

Наружные половые органы нормальны. Матка въ anteversio, нормальнаго объема, длина полости= $7\frac{1}{2}$ сант., матка плотна, не болѣзненна, подвижность ограничена, portio vag. не представляетъ ничего особеннаго. Въ лѣвомъ сводѣ прощупывается опухоль величиною съ большое куриное яйцо, болѣзненная, плотная, съ неясными контурами, прилегаетъ къ лѣвому боку матки, причемъ между ними замѣтна борозда. Болѣе точныя отношенія опухоли къ маткѣ не опредѣляются. Справа и сзади матки подобная же опухоль, но немного меньше.

Диагнозъ: salpingo-oophoritis duplex.

Операция произведена 1/xi 86. Брюшная стѣнка вскрыта по linea alba отъ пупка внизъ на 15 сантим. Произведенное чрезъ рану изслѣдованіе показало: съ лѣвой стороны отъ матки находится значительно увеличенный яичникъ, сращенный съ утолщенной трубою; все это вмѣстѣ плотно фиксировано къ боковой стѣнкѣ таза ста-

рыми ложными перепонками; въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ находится значительно увеличенный правый яичникъ, представляющій также сращеніе съ тазовымъ дномъ; сращенія эти были недавняго происхожденія; наружный конецъ трубы приращенъ къ яичнику, а полость ея нѣсколько растянута. Выведенная чрезъ брюшную рану правая опухоль удалена послѣ предварительнаго наложенія лигатуръ, какъ при обыкновенной кастраціи. При удаленіи лѣвыхъ придатковъ, самый трудный моментъ операціи состоялъ въ отдѣленіи рукою старыхъ ложныхъ перепонокъ, которыя образовывали вокругъ нихъ замкнутую полость. По отдѣленіи сращеній, ножка опухоли перевязана, какъ и на правой сторонѣ и опухоль отдѣлена. Брюшная рана закрыта 10 шелковыми швами. Операція продолжалась 1¹/₄ часъ.

Послѣоперационный періодъ протекалъ гладко. Наивысшая температура 38° была на 2-й и на 11-й день; первыя двое сутокъ больную беспокоили рвота и боли въ животѣ и поясницѣ, потребовавшія впрыскиванія морфія; затѣмъ эти явленія постепенно утихли. Моча первыя двое сутокъ выводилась катетеромъ. На 10 день сняты швы, рана зажила *per primam*. На 22-й день больная встала съ постели, а на 42-й—выписалась вполне оправившейся. При изслѣдованіи, кромѣ легкой болѣзненности въ обоихъ параметріяхъ, ничего ненормальнаго.

Послѣдующая судьба оперированной:

Чрезъ 7 мѣсяцевъ послѣ операціи было выдѣленіе кровей въ теченіи 7 дней. Затѣмъ чрезъ 14¹/₂ мѣсяцевъ послѣ операціи снова появились крои, выдѣлявшіяся въ теченіе недѣли въ небольшомъ количествѣ. Больная, явившаяся въ клинику 4/и 88 имѣетъ вполне бодрый видъ и чувствуетъ себя совершенно здоровой. Въ правомъ сводѣ прощупывается слегка чувствительная культя яичника и трубы, матка немного меньше нормальной величины.

Макроскопическія измѣненія. Правая труба растянута въ наружномъ концѣ гноевидной жидкостію въ количествѣ около 4 грамм. Длина трубы = 7 сант. Толщина стѣнки повсюду выше нормы, = около ¹/₂ сант. Наружное отверстіе закрыто и плотно приклеено къ яичнику; по всей почти поверхности трубы обрывки сращеній. Слизистая оболочка утолщена, представляетъ невысокія складки въ видѣ продольныхъ гребней, съ поверхности ея при проведеніи твердымъ тѣломъ снимаются поверхностные слои. Лѣвая труба извилиста, свернута кольцомъ, такъ что наружный конецъ лежитъ рядомъ съ мѣстомъ перерѣзки внутренняго конца. Длина ея = 8 сант. *Ostium abdominale* закрыто ложными перепонками, которыя въ обильномъ количествѣ развиты вокругъ трубы. Стѣнка также значительно утолщена; слизистая оболочка во многихъ мѣстахъ пронизана кровоизліяніями. Вблизи наружнаго конца въ толщѣ стѣнки находится кистовидная полость, величиною съ горошину, образующая въ стѣнкѣ полулунную вырѣзку. Въ каналѣ небольшое количество гноянаго содержимаго.

Оба яичника увеличены до размѣровъ небольшого куриного

яйца, съ поверхности представляются неправильно-бугристыми, а въ разрѣзѣ заключаютъ полости отъ коноплянаго зерна до вишни величиною и, кромѣ того, нѣсколько старыхъ и свѣжихъ *corpora lutea*.

Микроскопическія измѣненія. На препаратахъ, взятыхъ изъ внутренняго конца лѣвой трубы, слизистая оболочка вдается въ просвѣтъ канала въ видѣ 5—6 толстыхъ валиковъ, имѣющихъ въ вышину до 1,8 мм., широкимъ основаніемъ примыкающихъ къ мышечному слою, такъ что просвѣтъ трубы имѣетъ звѣздообразный видъ. На основаніи валиковъ видны длинные ходы, идущіе перпендикулярно къ мышечному слою, а также округленныя полости, выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ. На верхушкахъ складки совершенно утратили свой первоначальный видъ, вслѣдствіе сплавленія въ общую массу, весьма густо пронизанную круглоклѣточной инфильтраціей; среди послѣдней изрѣдка попадаются ряды клѣтокъ цилиндрическаго эпителия. Вся слизистая оболочка инфильтрирована грануляціонными элементами и бѣдна сосудами.

Въ основаніи складокъ замѣтны мышечныя пучки.

Мышечный слой утолщенъ, пучки мышцъ раздвинуты соединительной тканью, густо инфильтрированной круглыми клѣтками; инфильтрація распространяется полосами, или образуетъ въ отдѣльных мѣстахъ скопленія въ видѣ округленныхъ гнѣздъ; вокругъ капиларовъ и венъ обширные инфильтраты. Въ наружныхъ слояхъ мускулатуры и въ наружномъ соединительно-тканномъ, также инфильтрированномъ и утолщенномъ слоѣ проходятъ крупныя извитые сосуды.

Въ наружной части трубы, представляющей подобныя же измѣненія, къ слою круговой мускулатуры прилежитъ кистовидная полость величиною въ горошину; въ составъ стѣнки ея, кромѣ наружнаго соединительно-тканнаго слоя, входятъ пучки гладкихъ мышцъ, проходящихъ въ перпендикулярномъ и параллельномъ направленіяхъ съ плоскостью разрѣза; кромѣ того, въ стѣнкѣ видны сосуды, внутри же она выстлана высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, по мѣстамъ съ сохранившимися рѣсничками. Этотъ эпителий совершенно сходенъ съ эпителиемъ, выстилающимъ въ этомъ мѣстѣ слизистую оболочку трубы.

Посрединѣ куска правой трубы слизистая оболочка приподымается въ видѣ складокъ, въ основаніи своемъ имѣющихъ нормальныя контуры, но на верхушкахъ слившихся въ грануляціонную распадающуюся ткань. Другія складки до самаго основанія своего превратились въ грануляціонную ткань и совершенно утратили свой первоначальный видъ, такъ что въ этихъ мѣстахъ слои распадающейся грануляціонной ткани почти примыкаютъ къ круговой мускулатурѣ. Характеръ измѣненій въ мускулатурѣ и въ наружномъ слоѣ таковъ же, какъ и на другой сторонѣ.

Въ наружной части подобныя же измѣненія, эпителий высокоцилиндрической или сохранился въ углубленіяхъ между складками, или отдѣлился пластами.

Патологическое состояніе трубъ: *Salpingitis suppurativa duplex*.

Случай № 2-й.

А. Х. поступила въ клинику 30/х 86 г. съ жалобами на боли внизу живота и поясницѣ, значительно усиливающіяся передъ наступленіемъ кровей.

Больная 26 лѣтъ, портниха, незамужняя. Первые крови появились на 14-мъ году и до заболѣванія повторялись черезъ 4 недѣли по 6—7 дней. Рожала 1 разъ 8 лѣтъ тому назадъ. Начало заболѣванія 2 года тому назадъ. У больной появились бѣли и сильныя боли внизу живота и поясницѣ, отражающіяся въ лѣвую ногу и значительно усиливающіяся передъ наступленіемъ мѣсячныхъ; послѣднія стали появляться чрезъ 5 недѣль по 3—4 дня. Годъ тому назадъ боли обострились, такъ что больная пролежала въ больницѣ 10 дней; съ этого времени постоянно чувствуетъ себя больной; по временамъ положеніе еще болѣе ухудшается.

Больная небольшого роста, среднего тѣлосложенія, съ значительно ослабленнымъ питаніемъ.

Внутренніе органы нормальны.

Genitalia externa не представляетъ ничего особеннаго.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ anteversio, смѣщена впередъ къ symphysis и наклонена дномъ въ лѣвую сторону, нормальнаго объема и консистенціи, болѣзненна, мало подвижна. Portio vaginalis не представляетъ особенностей. Въ правомъ сводѣ находится эластическая опухоль округленной формы, величиною съ головку семи-мѣсячнаго плода; опухоль занимаетъ весь правый сводъ и заднее Дугласово пространство и имѣетъ весьма ограниченную подвижность. На лѣвомъ и отчасти заднемъ сводѣ прощупывается другая опухоль нѣсколько меньшей величины; эта опухоль плотной консистенціи, представляетъ весьма ясную бугристость и соединена ножкой съ лѣвымъ угломъ матки. Изслѣдованіе весьма болѣзненно.

Діагнозъ: salpingo-oophoritis duplex gonorrhoeica.

Больная пробыла въ клиникѣ мѣсяцъ, при чемъ въ теченіи послѣднихъ двухъ недѣль температура представляла неправильныя колебанія, то подымаясь до 38.5, то чередуясь съ днями нормальной температуры, то держась подъ рядъ нѣсколько дней болѣе высокихъ цифръ (39.5), при чемъ по утрамъ т-ра оставалась нормальной. Послѣ того какъ послѣдніе нѣсколько дней т-ра установилась на нормальной высотѣ, больная на время выписалась изъ клиники для того, чтобы соответственнымъ образомъ подготовиться къ операціи.

5/хп снова поступила въ клинику съ тѣми же явленіями.

Операція сдѣлана 22/хп. Разрѣзъ длиною въ 15 см. Затѣмъ черезъ рану выведена лѣвая опухоль, что, однако, было сопряжено съ громадными затрудненіями, такъ какъ опухоль была склеена съ окружающими частями весьма обширными и плотными сращеніями. По выведеніи въ рану, опухоль вскрыта ножницами и зловонный гной, заключавшійся въ ней, былъ тщательно удаленъ губками. Опухоль отдѣлена, послѣ перевязыванія ножки въ 4 пучка шелко-

выми лигатурами. Правая опухоль, выполнявшая полость малаго таза, до такой степени была окутана ложными перепонками, что нельзя сначала было найти мѣста, откуда можно было бы проникнуть въ этотъ мѣшокъ изъ ложныхъ перепонокъ; поэтому, съ большимъ усиліемъ пришлось прорвать его сзади и получить такимъ образомъ, доступъ къ самой опухоли, которая затѣмъ постепенно была отсепарована отъ стѣнокъ этого мѣшка и затѣмъ извлечена въ брюшную рану. Наконецъ, чрезъ всю широкую связку подъ опухолью наложено цѣпеобразно 5 шелковыхъ лигатуръ и поверхъ ихъ опухоль отдѣлена безъ вскрытія ея полости.

Культи опущены въ брюшную полость и рана закрыта 12 шелковыми швами. Операция продолжалась 1 часъ 45 минутъ.

Послѣоперационный періодъ представлялъ гладкое теченіе, особенно, если имѣть въ виду трудность операциі. Первые дни температура была совершенно нормальна; оперированную беспокоили лишь боли въ животѣ и рвота. На 6-й день было повышеніе т—ры до 38.2 и затѣмъ въ теченіе 5 дней т—ра держалась лихорадочныхъ цифръ, поднявшись одинъ разъ до 39.3. Въ послѣдующіе дни температура окончательно пришла къ нормѣ.

На 12-й день сняты швы, рана зажила *per primam*. Оперированная вполнѣ поправилась и выписалась изъ клиники здоровой. При выпискѣ 30-го Января 1887 г.: матка подвижна, въ боковыхъ сводахъ прощупываются культи широкихъ связокъ, въ видѣ плотныхъ перемычекъ неправильной формы, болѣзненныхъ только при изслѣдованіи.

Дальнѣйшая судьба оперированной. Послѣднія свѣдѣнія имѣются въ Апрѣлѣ 1889 г., т. е. спустя 2 года 3 мѣс. послѣ операциі. Оперированная чувствуетъ себя вполнѣ здоровой, значительно пополнила, склонность къ ожирѣнію, мѣсячныхъ не бываетъ.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Правая опухоль имѣетъ видъ мѣшка округленной формы съ діаметромъ, равнымъ 8 см. У внутренняго края видно начало трубы, которая проходитъ затѣмъ кнаружи по поверхности мѣшка на протяженіи 9 см. и наружный конецъ ея незамѣтно сливается со стѣнкой мѣшка. Спереди ея расположенъ твердый выступъ, имѣющій въ діаметрѣ 5—6 сантиметровъ. Съ передней поверхности отдѣляется пластъ ткани, повидимому, передняя пластинка *lig. lat.* Повсюду стѣнка мѣшка покрыта обрывками многочисленныхъ ложныхъ перепонокъ. Въ полости мѣшка находился зеленоватый гной съ фекальнымъ запахомъ. На разрѣзахъ стѣнокъ видно, что труба имѣетъ въ толщину около 1 см., наружный конецъ ея на продольномъ разрѣзѣ сужается и незамѣтно переходитъ въ стѣнку полости. Выступъ имѣетъ въ толщину $1\frac{1}{2}$ см. по срединѣ, къ краямъ постепенно уменьшается и переходитъ въ стѣнку мѣшка; послѣдній имѣетъ съ внутренней стороны толщину = 2—3 мм., съ наружной—значительно тоньше.

Лѣвая опухоль, величиною въ небольшое яблоко, имѣетъ повсюду толстыя стѣнки; въ наиболѣе тонкомъ мѣстѣ толщина ея равна 3 mm.; въ одномъ мѣстѣ наверху толщина равняется 1½ сантим. и здѣсь макроскопически можно отличить ткань яичника. По поверхности опухоли проходитъ труба, имѣющая въ длину 7 см. Толщина трубы повсюду почти равна одному сантиметру. Наружный конецъ трубы закрытъ и сливается со стѣнкой мѣшка. Въ полости также находился зловонный гной.

Микроскопическія измѣненія. Только подъ микроскопомъ можно отличить, гдѣ оканчивается труба и чѣмъ собственно образованы стѣнки праваго мѣшка. На препаратахъ, взятыхъ съ различныхъ мѣстъ стѣнокъ полости, видно, что она вся образована на счетъ ткани яичника, труба же оканчивается тамъ, гдѣ она, пробѣгая по стѣнкѣ полости, затѣмъ теряется. Въ маточномъ концѣ, у мѣста перерѣзки, каналъ трубы имѣетъ видъ весьма узкой щели, затѣмъ, на дальнѣйшихъ срѣзахъ, онъ постепенно дѣлается шире и принимаетъ лучистый видъ. Слизистая оболочка здѣсь богата круглыми клѣтками, мало сосудиста; мышечный слой хорошо развитъ и по мѣстамъ инфильтрированъ. Въ срединѣ трубы складки не многочисленны, на вершинахъ по мѣстамъ разрушены, кое гдѣ образуютъ сращенія другъ съ другомъ. Внизу складокъ много полостей, то выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ, то потерявшихъ его, причемъ послѣдній находится въ просвѣтѣ полости вмѣстѣ съ распадаемъ и гнойными клѣтками. Эпителий представляетъ вообще обширное слущиваніе и часто отходитъ цѣлыми пластами. Слизистая оболочка инфильтрирована круглыми клѣтками и богата веретенообразными элементами и переходными къ нимъ отъ круглыхъ клѣтокъ. Сосудовъ въ mucosa немного. Мышечные пучки раздвинуты другъ отъ друга, между ними много соединительной ткани; по мѣстамъ въ промежуткахъ грануляціонный инфильтратъ, по мѣстамъ много веретенообразныхъ элементовъ. Болѣе крупныя сосуды проходятъ лишь въ наружномъ слое, къ которому часто примыкаетъ ткань окружавшихъ трубу ложныхъ перепонокъ. Въ наружномъ концѣ складки приближены другъ къ другу, такъ что образуютъ густую сѣть изъ тонкихъ отростковъ, между которыми много полостей, выполненныхъ слущеннымъ и перерожденнымъ эпителиемъ, гнойными клѣтками и мелко-зернистымъ детритомъ. Въ остальныхъ слояхъ не особенно рѣзкая мелкоклѣточная инфильтрація и много соединительной ткани.

Лѣвая труба представляетъ аналогичныя измѣненія. Полость лѣвой опухоли образована на счетъ ткани яичника, такъ какъ на препаратахъ изъ стѣнки ея видны рубцы желтыхъ тѣлъ, фолликулы, по мѣстамъ весьма многочисленные и т. д. Подробное описаніе состоянія яичниковъ будетъ сдѣлано впоследствии.

Патологическое состояніе трубъ: salpingitis diffusa productiva duplex.

Случай № 3.

М. Р. поступила въ клинику 2/187 съ жалобами на общее недомоганіе, боли внизу живота и поясницѣ, бывающія особенно въ первые дни регулъ, бѣли, неправильныя мѣсячныя.

Больная 43 лѣтъ, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія, замужняя. Вышла замужъ на 22-омъ году. Первые регулы появились на 16-омъ году и до заболѣванія бывали чрезъ 4 недѣли по 5 дней. Чрезъ годъ послѣ замужества были нормальные роды. Больше беременностей не было. Чрезъ 6 мѣсяцевъ послѣ родовъ начало настоящей болѣзни. Именно, появились бѣли, мѣсячныя стали появляться неправильно чрезъ 2—3—8 недѣль по 8—10 дней и сопровождались болями въ поясницѣ и внизу живота, особенно сильными въ первый день кровей.

Исслѣдованіе внутреннихъ органовъ не открываетъ ничего ненормального.

Genitalia externa не представляютъ патологическихъ измѣненій. Матка въ anteflexio, немного увеличена, длина полости = 9 cm; консистенція матки плотная, подвижность сохранена, существуетъ небольшая болѣзненность. Portio vaginalis ничего особеннаго не представляетъ. Въ правомъ сводѣ прощупывается опухоль величиною съ кулакъ, эластической консистенціи, мало подвижная, круглаго очертанія. Опухоль лежитъ сбоку матки, близко прилегаетъ къ ея правому краю, между опухолью и маткой прощупывается бороздка, въ верху которой опредѣляется короткій тяжъ, идущій отъ праваго угла матки къ опухоли.

Изъ цервикальнаго канала выдѣляются слизистыя бѣли въ обильномъ количествѣ.

Диагнозъ: Salpingo-oophoritis (hydrosalpinx) dextra.

Операция 4/187. Разрѣзъ по linea alba въ 16 cm. По отдѣленіи ложныхъ перепонокъ опухоль выведена въ брюшную рану и пунктирована троакаромъ, причемъ выпущено 4 унца прозрачной серозной жидкости. ножка опухоли, образованная маточнымъ концомъ трубы и участкомъ широкой связки, перевязана въ 4 пучка шелковыми лигатурами, послѣ чего опухоль отдѣлена ножницами. Брюшная рана закрыта 10 глубокими и 2 поверхностными шелковыми швами. Операция продолжалась 55 минутъ.

Послѣ операціонный періодъ. Въ первые сутки оперированную безпокоили боли въ животѣ и рвота, на слѣдующій день эти явленія утихли. Температура въ первые 2 дня была нормальная, на 3-ій день, къ вечеру, поднялась до 38,3, при пульсѣ 100. Въ слѣдующія 2 сутокъ максимальная температура равнялась 38,2 и 38,1. Подобная температура, чередуясь съ днями вполне нормальной температуры, держалась до 12 дня. На 3 день послѣ операціи появились крови, продолжавшіяся 4 сутокъ. На 10 день сняты швы, prima intentio.

На 26 день появились боли въ животѣ, на слѣдующій день наступили мѣсячныя, продолжавшіяся 2 дня. На второй день регулъ

температура поднялась до 38,5. Въ теченіи послѣдующихъ дней боли въ животѣ постепенно совершенно прекратились.

На 37 день послѣ операциі выписалась съ вполне хорошимъ состояніемъ. При изслѣдованіи: въ правомъ сводѣ остается плотный, безболѣзненный эксудатъ, величиною съ куриное яйцо.

Дальнѣйшая судьба оперированной неизвѣстна.

Описание препарата.

Макроскопическія измѣненія. Препаратъ представляетъ собою растянутую трубу и сращенный съ нею личникъ. Труба заключала въ себѣ 4 унца серозной жидкости. На протяженіи около 5 сантиметровъ отъ мѣста перерѣзки труба сохраняетъ форму канала съ просвѣтомъ, равнымъ приблизительно толщинѣ карандаша; растяженіе постепенно увеличивается по направленію къ периферическому концу, гдѣ труба быстро превращается въ мѣшокъ, одна изъ стѣнокъ котораго плотно прилегаетъ къ первому участку трубы на всемъ его протяженіи. *Ostium abdominale* зарощено съ исчезаніемъ всякаго слѣда бахромокъ. Поверхность мѣшка покрыта обрывками ложныхъ перепонокъ, стѣнка истончена, по мѣстамъ до просвѣчивания, внутренняя поверхность совершенно лишена складокъ. Значительно уменьшенный въ своихъ размѣрахъ яичникъ сращенъ съ трубнымъ мѣшкомъ.

Микроскопическія измѣненія. Въ томъ мѣстѣ, гдѣ каналъ лишь немного растянутъ, складки слизистой оболочки большей частью изглажены, нѣкоторыя же въ видѣ длинныхъ отростковъ вдаются въ просвѣтъ; въ стромѣ складокъ видны полости и длинные ходы, выстланные цилиндрическимъ эпителиемъ. Послѣдній вездѣ сохраненъ, но клѣтки его лишены рѣсничекъ и большей частью ниже нормального, по мѣстамъ эпителий приближается къ плоскому.

Слизистая оболочка весьма бѣдна сосудами, въ стромѣ ея не большое количество круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ.

Въ мышечномъ слоѣ большое количество волокнистой соединительной ткани, среди которой разрѣженные мышечные пучки.

Крупные сосуды представляютъ утолщеніе стѣнокъ, главнымъ образомъ, на счетъ разрастанія *intimae*.

Въ мѣшкѣ наружнаго конца трубы внутренняя поверхность слизистой оболочки представляетъ ровную линію, безъ выступовъ, покрыта очень низкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Остальные слои образованы волокнистой соединительной тканью, съ незначительнымъ количествомъ сосудовъ. По мѣстамъ, среди соединительной ткани попадаются пучки, похожіе на мышечные по палочкообразнымъ ядрамъ.

Патологическое состояніе трубы: *hydrosalpinx*.

Случай № 4-й.

М. Н. поступила въ клинику 17/II 87, съ жалобами на боли въ пахахъ и на продолжительные регулы.

Больная 41-го года отъ роду, крестьянка, жена лакея, вышла замужъ на 23-мъ году, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первыя регулы появились на 15-мъ году и обыкновенно бывали чрезъ 4 недѣли по 3 дня. На 24-мъ году были нормальные роды, больше беременностей не было. 10 лѣтъ тому назадъ, по словамъ больной, у ней было воспаленіе матки. Съ этого времени, регулы стали появляться то раньше, то позже срока и продолжались по 2 недѣли. Съ этого же времени въ продолженіи мѣсячныхъ болѣла поясница. Послѣднія крови продолжаются мѣсяць, вмѣстѣ съ началомъ ихъ появились боли въ обоихъ пахахъ.

Больная—шатенка, умѣренного тѣлосложенія и питанія, средняго роста. Со стороны органовъ кровообращенія ничего ненормальнаго. Въ легкихъ—сухіе хрипы съ правой стороны. Со стороны органовъ пищеваренія: обложенный языкъ, отсутствіе аппетита, запоры.

Наружные половые органы не представляютъ ничего особеннаго. При внутреннемъ изслѣдованіи: матка наклонена впередъ и вправо, немного увеличена въ объемѣ, длина полости = 9 cm, консистенція матки нормальная, подвижность ограниченная; portio vag. не представляетъ ничего особеннаго. Въ правомъ сводѣ прощупывается опухоль съ куриное яйцо, тѣсно связанная съ маткой, опухоль бугристая, плотной консистенціи; въ лѣвомъ сводѣ тоже прощупывается опухоль, имѣющая тотъ же характеръ.

Диагнозъ: Salpingo-oophoritis (hydrosalpinx) duplex.

Операція 27/п87. Брюшная стѣнка вскрыта на протяженіи 16 cm. При изслѣдованіи чрезъ рану оказалось, что слѣва отъ увеличенной матки среди старыхъ ложныхъ перепонокъ находится значительно растянутая труба, имѣющая съ сальникомъ сращеніе, толщиной съ гусиное перо. Это сращеніе было перерѣзано послѣ предварительнаго наложенія шелковой лигатуры. При отдѣленіи растянутой трубы отъ перемычекъ, она лопнула и опорожнила въ брюшную полость свое кровянисто-серозное содержимое, приблизительно унца 4. Послѣ этого лѣвая широкая связка перевязана въ 3 пучка шелковыми лигатурами, захватывавшими и маточный конецъ трубы, и трубный мѣшокъ былъ отдѣленъ безъ яичника, такъ какъ послѣдняго нельзя было отыскать среди обширныхъ ложныхъ перепонокъ. На правой сторонѣ растянутая труба была также сращена съ сальникомъ; это сращеніе было перерѣзано послѣ наложенія на него лигатуры; при отдѣленіи отъ ложныхъ перепонокъ труба также лопнула, причемъ вытекло около 2 унцъ кровянисто-серозной жидкости. Широкая связка подъ трубой и яичникомъ перевязана въ 4 пучка шелковыми лигатурами, послѣ чего придатки были отдѣлены. Культи опущены въ полость таза и брюшная рана закрыта 12-ю глубокими и 2 поверхностными шелковыми швами. Операція продолжалась 1 часъ.

Послѣ-операционный періодъ. Первые 2 сутокъ оперированную беспокоили рвота и боли въ животѣ и поясницѣ, кромѣ того, кашель и головныя боли; при этомъ, одинъ разъ, вмѣстѣ съ мокротой,

выдѣлилось небольшое количество крови. Температура до снятія швовъ по вечерамъ была большею частью равною 38, одинъ разъ 38,1 и 38,2. На 3-й день послѣ операціи появилось отдѣленіе кровей, продолжавшееся 5 сутокъ. На 10-й день сняты швы, *prima intentio*. На другой день появилось задержаніе мочи, такъ что пришлось прибѣгнуть къ катетеризаціи. Къ вечеру температура поднялась до 38,9; подобная температура держалась недѣлю и постепенно пришла къ нормѣ. На 16-й день на мѣстѣ двухъ среднихъ швовъ рана разошлась, причемъ вытекло около ложки гною; но чрезъ 5 дней абсцессъ уже затягивался рубцомъ.

При выпискѣ на 33-й день: въ правомъ сводѣ опредѣляется эксудатъ въ видѣ плотной, неболѣзненной опухоли, тѣсно прилегающей къ маткѣ и недоходящей до боковой стѣнки таза. Лѣвый сводъ свободенъ. Больная чувствуетъ себя хорошо.

Дальнѣйшая судьба оперированной неизвѣстна.

Случай № 5-й.

М. К. поступила 30/x 86 съ жалобами на боли внизу живота, усиливающіяся къ концу кровей, и на обильныя регулы и бѣли.

Больная 22-хъ лѣтъ, жена солдата, бѣлошвейка. Замужъ вышла на 18-мъ году.

Первыя крови были на 13-мъ году и до заболѣванія повторялись чрезъ 3—4 недѣли по 5—6 дней. Рожала 2 раза. Первые роды на 19-мъ году, вторые—1½ года тому назадъ; при вторыхъ родахъ былъ произведенъ внутренній поворотъ.

Заболѣла вскорѣ послѣ замужества, именно вскорѣ появились боли внизу живота и бѣли. Боли, преимущественно съ правой стороны, усиливаются къ концу кровей; послѣ регулъ въ теченіи нѣсколькихъ дней обильныя бѣли, мѣсячныя со времени заболѣванія стали появляться въ неопредѣленное время и продолжались въ обильномъ количествѣ по 7—9 дней. Заболѣваніе значительно ожесточилось послѣ вторыхъ родовъ.

Больная—блондинка, небольшого роста, правильнаго тѣлосложенія, съ умѣренно развитымъ подкожнымъ жиромъ, но цвѣтъ лица и слизистыхъ оболочекъ до крайности блѣдный.

Во внутреннихъ органахъ ничего особеннаго. Въ сердцѣ шумъ анемическаго характера.

Наружные половые органы не представляютъ особенныхъ измѣненій.

Матка въ *retroversio*, нормальнаго объема и консистенціи, мало подвижна, болѣзненна, *portio vag.* не представляетъ ничего особеннаго. Справа отъ матки опредѣляется плотная, весьма болѣзненная опухоль величиною съ куриное яйцо; эта опухоль мало подвижна и близко примыкаетъ къ боковой поверхности матки, отдѣляясь отъ нея бороздкой; въ лѣвомъ сводѣ небольшая продолговатая опухоль, идущая отъ угла матки къ боковой стѣнкѣ таза, кзади отъ нея прощупывается тѣло, напоминающее собою яичникъ.

Діагнозъ: salpingo-oophoritis duplex.

Больная была въ клиникѣ до 24/1 87, т. е. почти 3 мѣсяца, причемъ главные припадки болѣзни составляли: рѣзь при мочеиспусканіи, кровотеченія и сильныя боли внизу живота. Въ теченіи почти цѣлаго мѣсяца температура представляла неправильныя колебенія: то по временамъ одиночныя повышенія до 39° , смѣнявшіяся затѣмъ нѣсколькими днями нормальной температуры, то въ теченіи 2 недѣль субфебрильное состояніе, причемъ время отъ времени температура вдругъ подымалась до высокихъ цифръ.

Въ виду крайняго истощенія, больная на время выписалась изъ клиники, для того чтобы соотвѣтствующими терапевтическими мѣрами подготовиться къ операціи.

10-го марта 1887 г. больная снова поступила въ клинику, причемъ общее состояніе ея нѣсколько улучшилось. При изслѣдованіи—тѣ же данныя.

18/iii 88 сдѣлана операція. Разрѣзь длиною въ 15 см. При изслѣдованіи рукою, введенною въ полость таза, оказывается, что яичники и трубы весьма обильно окутаны ложными перепонками, такъ что, прежде выведенія ихъ въ брюшную рану, пришлось разорвать сращенія ихъ съ окружающими частями.

Удаленіе трубы и яичника на каждой сторонѣ произведено слѣдующимъ образомъ.

Подъ придатками широкая связка перевязана въ 4 пучка и опухоль отдѣлена ножницами; появившееся вслѣдъ за отдѣленіемъ придатковъ кровотеченіе изъ артерій перерѣзанной широкой связки, потребовало сшиванія обоихъ листковъ ея еще 2 лигатурами. За исключеніемъ этого момента, отдѣленіе придатковъ лѣвой стороны ничѣмъ не отличалось отъ отдѣленія ихъ на правой.

Брюшная рана закрыта 15 шелковыми швами, изъ которыхъ 3 поверхностныхъ. Операція продолжалась 1 часъ.

Послѣоперационный періодъ. Температура на второй день послѣ операціи поднялась до $38,3$ и, постепенно повышаясь, достигла на 4-й день максимальной цифры, именно $39,5$ при параллельно идущей кривой пульса.

По временамъ опускаясь до нормы, по временамъ подымаясь до $39,3$, температура держалась лихорадочныхъ цифръ до 17-го дня. Общее состояніе оперированной не представляло никакихъ угрожающихъ явленій. Въ первые дни послѣ операціи наблюдалась частая рвота, затрудненіе мочеиспусканія, метеоризмъ и, въ теченіи первыхъ 6 сутокъ, сильныя боли въ нижнихъ частяхъ живота. На 2-й день послѣ операціи появилось отдѣленіе кровей, продолжавшееся 9 дней. На 10-й день сняты швы, prima intentio.

На 20-й день послѣ операціи снова появились боли въ правомъ паху, отдающія въ ногу, больная стала немного лихорадить; при изслѣдованіи опредѣляется плотный эксудатъ, величиною съ кулакъ—справа и значительно меньшій эксудатъ—слѣва. Лихорадила 12 дней, причемъ 2 раза температура доходила до $38,8$.

При выпискѣ изъ клиники на 37-й день, оперированная уже оправилась и чувствовала себя вполне бодрой; болѣй никакихъ нѣтъ. При изслѣдованіи: въ обоихъ сводахъ еще остается эксудатъ почти въ тѣхъ же размѣрахъ.

Дальнѣйшая судьба оперированной. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи оперированная имѣла вполне здоровый видъ, значительно пополнѣла и ни на что не жаловалась.

Послѣднія свѣдѣнія имѣются спустя 1 годъ 10 мѣс. послѣ операціи; по разсказу больной, лѣтомъ 1888 года, у нея было кровохарканіе въ теченіи нѣсколькихъ дней. Въ октябрѣ 1888 года одинъ разъ были регулы, продолжавшіяся 6 дней. Въ послѣднее время (16 января 1889 г.) нѣсколько похудѣла и жалуется на нервное расстройство, причина котораго, по мнѣнію больной, заключается въ томъ, что coitus сдѣлался индифферентнымъ. При изслѣдованіи: матка въ anteflexio, у праваго угла ея остается плотный, слегка чувствительный эксудатъ, величиною съ голубиное яйцо. Въ легкихъ, кромѣ явленій бронхита, ничего особеннаго.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Правая труба имѣетъ въ длину 6 сантиметровъ. Каваль ея не растянуть и выполненъ утолщенной слизистой оболочкой. Послѣдняя блѣдно-желтаго цвѣта, лишена складокъ и имѣетъ шероховатый видъ, съ поверхности ея легко снимаются сухія желтоватыя чешуйки, покрывающія въ видѣ налета слизистую оболочку. Стѣнки трубы на протяженіи одного сант. отъ мѣста перерѣзки имѣютъ нормальную толщину, затѣмъ начинаютъ утолщаться, доходя до 7 мм. въ толщину, такъ что вся труба имѣетъ толщину пальца и на ощупь отличается своею плотностью. Наружный конецъ трубы имѣетъ видъ воронки съ весьма толстыми стѣнками; открытымъ широкимъ отверстіемъ воронка упирается въ яичникъ и въ этомъ видѣ сращена съ послѣднимъ весьма рыхлыми ложными перепонками, отчасти разорвавшимися при операціи.

Яичникъ имѣетъ нормальные размѣры и не представляетъ на видъ измѣненій, кромѣ того мѣста, гдѣ съ нимъ сращена воронка трубы; здѣсь въ немъ находится небольшое углубленіе, обращенное въ просвѣтъ трубы, и поверхность яичника въ этомъ мѣстѣ имѣетъ такіе же свойства, какъ и поверхность mucosae трубы.

Лѣвая труба свернута клубкомъ и запаяна въ этомъ положеніи ложными перепонками. Длина ея равняется 4—4½ сантим. На внутреннемъ концѣ толщина трубы = 6 мм., на наружномъ — вдвое больше. Просвѣтъ трубы также не увеличенъ и не заключаетъ въ себѣ содержимаго. Слизистая оболочка весьма блѣдна, покрыта значительно гипертрофированными складками, придающими ей сосочкообразный видъ. Ostium abdominale закрыто ложными перепонками,

бахромки ясно не различаются. У наружного конца трубы находится киста, величиною съ горошину, на длинной ножкѣ.

Наружный конецъ трубы соединенъ ложными перепонками съ яичникомъ, который имѣетъ размѣры нѣсколько меньше нормальныхъ и на наружномъ концѣ заключаетъ кистовидную полость величиною съ небольшой лѣсной орѣхъ; въ полости прозрачная серозная жидкость.

Микроскопическія измѣненія. На препаратахъ, взятыхъ изъ середины и наружного конца правой трубы, слизистая оболочка имѣетъ толщину въ $1\frac{1}{2}$ —2 mm. и на препаратахъ, окрашенныхъ гематоксилиномъ и эозиномъ, простымъ глазомъ уже хорошо видны границы *mucosae*, такъ какъ ткани ея, въ отличіе отъ другихъ слоевъ, плохо поддаются красящимъ веществамъ. Отдѣльныя складки по мѣстамъ не замѣтны, такъ какъ онѣ слились между собою въ одинъ непрерывный слой, густо пронизанный грануляціоннымъ инфильтратомъ, среди котораго иногда неясно видны ряды клѣтокъ эпителія, направляющіеся въ глубину *mucosae*. На другихъ мѣстахъ, гдѣ измѣненія менѣе значительны, складки слизистой оболочки еще удерживаютъ свои контуры и покрыты цилиндрическимъ эпителиемъ. Вообще измѣненія менѣе выражены въ глубокихъ слояхъ *mucosae*, на границѣ съ *muscularis*, гдѣ видно много полостей и длинныхъ ходовъ, выстланныхъ эпителиемъ и заключающихъ въ себѣ гнойные шарики и мелкозернистый детритъ.

Въ ткани слизистой оболочки, среди мелкоклѣточного инфильтрата, въ большомъ количествѣ встрѣчаются гигантскія клѣтки съ характернымъ краевымъ расположеніемъ многочисленныхъ ядеръ и съ вакуолами; гигантскихъ клѣтокъ больше въ поверхностныхъ слояхъ, въ глубокихъ количество ихъ уменьшается. Слизистая оболочка весьма бѣдна сосудами. Мышечный слой значительно утолщенъ, что главнымъ образомъ зависитъ отъ раздвиганія мышечныхъ пучковъ другъ отъ друга. Мышечные пучки толсты и хорошо развиты, между ними длинными полосами разливается грануляціонный инфильтратъ; по мѣстамъ, преимущественно вокругъ мелкихъ сосудовъ, попадаются скопленія круглыхъ клѣтокъ отдѣльными гнѣздами. Сосуды мышечного слоя проходятъ въ небольшомъ количествѣ и не представляютъ замѣтныхъ измѣненій.

Въ мышечномъ слоѣ изрѣдка попадаются образованія, имѣющія всѣ особенности миіарнаго узелка. Рис. 6 снятъ съ препарата изъ середины правой трубы. Здѣсь между двумя мышечными пучками видна гигантская клѣтка съ вакуолой и многочисленными краевыми ядрами, вокругъ ея расположены эпителиодныя клѣтки и грануляціонный инфильтратъ, образующій отдѣльное скопленіе; въ этомъ мѣстѣ совершенно нѣтъ сосудовъ.

Наружный волокнистый слой утолщенъ и не представляетъ особенныхъ измѣненій.

На препаратахъ взятыхъ изъ яичника въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ примыкаетъ къ воронкѣ трубы, поверхностные слои обратились въ

распадающуюся грануляционную ткань, богатую клеточными элементами и лишенную сосудов; здесь также попадают среди мелкоклеточного инфильтрата гигантскія клетки и по мѣстамъ характерные милиарные узелки.

Эти измѣненія замѣчаются только въ поверхностныхъ слояхъ яичника, обращенныхъ въ просвѣтъ трубы, въ глубокихъ же слояхъ, на тѣхъ же препаратахъ, ткань яичника не представляетъ особенныхъ измѣненій.

Въ лѣвой трубѣ, на препаратахъ взятыхъ изъ середины ея, измѣненія гораздо меньше выражены. Слизистая оболочка здѣсь утолщена, складки весьма вѣтвисты, сливаются своими верхушками; въ свою очередь, пронизаны большимъ количествомъ железоподобныхъ полостей; на верхушкахъ складокъ грануляціонная инфильтрація, не особенно значительная, сосудовъ небольшое количество; въ поверхностныхъ слояхъ на нѣкоторыхъ препаратахъ попадались крупныя эпителиоидныя клетки и изрѣдка (на препаратѣ одна—двѣ) гигантскія клетки въ самыхъ поверхностныхъ слояхъ слизистой оболочки. Мышечный слой также по мѣстамъ инфильтрированъ, какъ полосами, такъ и отдѣльными гнѣздами.

Патологическое состояніе трубъ: *tuberculosis tubarum primaria*.

Случай № 6.

Е. Т. поступила въ клинику 28/х 87 съ жалобами на нервное разстройство и на боли внизу живота, въ поясницѣ и въ лѣвой ногѣ, усиливающіяся передъ и въ началѣ кровей.

Больная 27 лѣтъ, дворянка, замужемъ съ 19-го года жизни, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые регулы появились на 13-мъ году и повторялись до заболѣванія чрезъ $2\frac{1}{2}$ недѣли по 4 дня. Въ теченіи болѣзни регулы приходили чрезъ $1\frac{1}{2}$ — 2 недѣли по 5—6 дней. Рожала 2 раза. Послѣ первыхъ родовъ страдала какой-то пuerperальной формой, съ т-рою до 40° ; послѣ этихъ родовъ начало заболѣванія, именно появились боли по всему низу живота, въ поясницѣ и въ лѣвой ногѣ, усиливающіяся передъ кровями и въ первые дни ихъ. Меньше всего боли съ 3-го дня регулъ и до конца ихъ. Послѣ вторыхъ родовъ состояніе ухудшилось. Къ болямъ присоединилось нервное разстройство, частые истерическіе припадки, головныя боли, бессонница и проч.

Больная—блондинка, средняго роста и тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія. Внутренніе органы здоровы.

Genitalia externa нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи: матка нормальнаго объема и консистенціи, въ *retroversio*, дно сзади фиксировано, такъ что редрессація не удастся. *Portio vag.* нормальна. Въ обоихъ сводахъ неясно прощупываются продолговатые тяжи, идущіе отъ угловъ матки въ стороны, крайняя болѣзненность.

Діагнозъ: *Retroversio uteri adhaesiva, perimetritis chronica*.

Въ виду дизменорройныхъ явленій рѣшено сдѣлать кастрацію.

Операція 4/хі 87. Разрѣзь въ 16 см. При изслѣдованіи чрезъ рану оказалось слѣдующее: матка отклонена кзади и вмѣстѣ съ яичниками и трубами такъ приращена къ задней стѣнкѣ таза посредствомъ плотныхъ ложныхъ перепонокъ, что заднее Дугласово пространство совершенно изолировано отъ остальной полости брюшины. Послѣ разъединенія ложныхъ перепонокъ, изслѣдующая рука попала въ полость между ложными перепонками, полость, наполненную серозною жидкостью. Съ правой стороны, въ старыхъ сращеніяхъ, удалось найти атрофированный яичникъ, который и былъ удаленъ послѣ наложенія двойной лигатуры на его связку. На лѣвой сторонѣ была также вскрыта полость между ложными перепонками, наполненная серозной жидкостью, но отыскать яичникъ въ сращеніяхъ не удалось; слѣва была удалена, поэтому, лишь часть трубы, окутанной ложными перепонками.

Рана закрыта 12-ю швами, изъ коихъ одинъ поверхностный. Операція продолжалась 50 минутъ.

Послѣоперационный періодъ протекалъ при нормальной температурѣ. Последняя все время была не выше 37,8 и только на 20-й день было единичное повышеніе т-ры до 38,5.

Первые дни была мучительная рвота и сильныя боли въ животѣ, на 2-й день истерическій приступъ; на 4-й день галлюцинаціи зрѣнія и снова истерическій припадокъ.

На третій день показались крови, продолжавшіяся 5 сутокъ. На 10-й день сняты швы, *prima intentio*.

На 26-й день показались регулы, сопровождавшіяся значительными болями внизу живота, отдающимися въ лѣвую ногу; рядомъ съ этимъ сильная головная боль, слабость, такъ что все время менструаціи (5 дней) больная провела въ постели. Послѣ окончанія регулъ боли утихли и на 35-й день больная выписалась изъ клиники. При изслѣдованіи матка фиксирована къ задней стѣнкѣ таза, съ обѣихъ сторонъ плотный, болѣзненный эксудатъ.

Дальнѣйшая судьба оперированной. Первые мѣсяцы послѣ операціи еще оставались прежнія жалобы, хотя значительно слабѣе. Въ настоящее время оперированная значительно пополнила, нервныя явленія и боли во время регулъ совершенно прекратились, регулы появляются въ правильные сроки.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Яичникъ имѣетъ въ длину 2¹/₂ см., въ ширину—1¹/₂, ткань его представляется фиброзою, граафовыхъ пузырьковъ не видно. На поверхности яичника обрывки ложныхъ перепонокъ. Удаленный кусокъ трубы имѣетъ въ длину 4 см., она окутана ложными перепонками. Сама труба макроскопически не представляетъ замѣтныхъ измѣненій.

Микроскопическія измѣненія. На препаратахъ, взятыхъ изъ внутренняго конца удаленнаго куска трубы, слизистая оболочка вдается въ просвѣтъ невысокими, мало развѣтвленными выступами

и, по строенію своему, не представляетъ замѣтныхъ уклоненій отъ нормы. Въ толщѣ мышечнаго слоя видны полости, выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ, не сообщающіяся съ каналомъ трубы.

Въ наружномъ соединительно-тканномъ слоѣ въ крупныхъ артеріяхъ просвѣтъ по мѣстамъ суженъ вслѣдствіе, главнымъ образомъ, разрастанія *intimae*.

Патологическое состояніе трубы: *perisalpingitis*.

Случай № 7-й.

Ц. К. поступила въ клинику 19/x87 съ жалобами на боли во время регуль.

Больная—26 лѣтъ отъ роду, портниха, замужняя. Замужъ вышла на 18-мъ году. Первые регулы появились на 16-мъ году и до заболѣванія повторялись разъ въ мѣсяць по 6 дней. Чрезъ 2 года послѣ начала менструаціи былъ абортъ, послѣ котораго появилось кровотеченіе, продолжавшееся въ теченіе 3 мѣсяцевъ, боли внизу живота, сильная рѣзь при мочеиспусканіи, лихорадка.

Оправившись отъ болѣзни, она чувствовала себя хорошо въ теченіи 6 мѣсяцевъ; но затѣмъ, по словамъ больной, послѣ простуды, заболѣла снова и съ тѣхъ поръ постоянно чувствуетъ себя нездоровой. Регулы стали продолжаться по 7 дней въ очень обильномъ количествѣ и сопровождалась сильными болями внизу живота, въ поясницѣ и въ правой ногѣ до колѣна. Боли острые, колющія появляются за недѣлю до регуль, достигаютъ особенной силы въ теченіи двухъ первыхъ дней, затѣмъ нѣсколько утихаютъ.

Сильнѣйшія боли возникаютъ при *coitus'ѣ* и при всякомъ сильномъ утомленіи. Постоянное чувство напиранія на низъ, упорные запоры, обильныя бѣли. Въ послѣднее время присоединилось нервное расстройство.

Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, плохо упитана, съ крайне блѣднымъ цвѣтомъ лица и слизистыхъ оболочекъ. Внутренніе органы вообще нормальны.

Въ сердцѣ—анемическіе шумы.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ *anteversio* и *antepositio*, не увеличена, нормальной консистенціи, мало подвижна. *Portio vaginalis* увеличена, отклонена кзади, на передней губѣ *ectropion*, на задней небольшая эрозія. Въ правомъ сводѣ прощупывается опухоль величиною съ голубиное яйцо, кругловатой формы, съ бугристой поверхностью, весьма болѣзненная; изъ праваго свода опухоль отчасти идетъ въ задній и неподвижно соединена съ тѣломъ матки. Подобная же опухоль опредѣляется и въ лѣвомъ сводѣ.

Діагнозъ: *Salpingo-oophoritis duplex*.

Операція 7/x187. Разрѣзъ длиною въ 13½ ctm. При изслѣдованіи чрезъ рану, правая опухоль оказывается образованной изъ яичника и сращенной съ нимъ трубы, опухоль склеена съ заднимъ Дугласовымъ пространствомъ. По разъединеніи сращеній опухоль вы-

ведена въ брюшную рану и отдѣлена послѣ перевязываніяжки въ 2 пучка. Тоже самое было произведено и на лѣвой сторонѣ. Культи опущены въ полость таза и рана закрыта 9 глубокими и 6 поверхностными шелковыми швами. Операция продолжалась 49 минутъ.

Послѣоперационный періодъ не представлялъ особенныхъ уклоненій отъ нормальнаго теченія. Боли въ животѣ, тошнота и рвота, особенно тягостныя въ первые дни, затѣмъ утихли. Температура на вторые сутки дала колебаніе кверху до 38.6; это повышеніе ея держалось 2 часа, а затѣмъ она снова пришла въ границы нормы. Кривая пульса шла параллельно съ температурной. На второй день появились крови, продолжавшіяся около 2 сутокъ. На 10-й день сняты швы, рана зажила *per primam*. На 14-й день при перемѣнѣ повязки въ нѣкоторыхъ мѣстахъ уколовъ оказались небольшіе абсцессы. Температура въ этотъ день къ вечеру поднялась до 38.2, на слѣдующій день вечеромъ была 37.9, затѣмъ снова пришла къ обыкновенной высотѣ. Въ эти дни, когда температура была нѣсколько повышена, у больной былъ сильный кашель.

На 20-й день больная выписалась изъ клиники вполне оправившейся послѣ операции. Внутреннее изслѣдованіе произведено не было.

Дальнѣйшая судьба оперированной.

Послѣ операции мѣсячныя продолжали правильно появляться 1 разъ въ мѣсяцъ, но продолжались теперь лишь по 2 дня. Отъ болей почти совершенно избавилась; иногда лишь бываютъ боли, именно передъ наступленіемъ кровей, боли при этомъ держатся лишь нѣсколько часовъ и незначительны по своей интенсивности. *Coitus* сдѣлался безболѣзненнымъ. Спустя почти годъ послѣ операции послѣдовало нѣкоторое ухудшеніе, именно появилась тяжесть внизу живота, при утомленіи боли въ пахахъ и т. д., но чрезъ 2 мѣсяца снова поправилась и теперь (Апрѣль 1889) чувствуетъ себя здоровой.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Правая труба свернута въ клубокъ и фиксирована въ этомъ положеніи ложными перепонками. Обширные сращенія соединяютъ ее съ яичникомъ и совершенно закрываютъ наружное отверстіе. Труба имѣетъ въ длину 7 сантиметровъ. Стѣнка ея утолщена, складки проходятъ въ видѣ невысокихъ гребней, содержаемаго въ каналѣ не замѣчается въ сколько нибудь опредѣленномъ количествѣ.

Лѣвая труба имѣетъ въ длину 8 сант. Въ наиболѣе широкомъ мѣстѣ, у наружнаго конца, діаметръ канала равенъ 1-му сант. Направленіе трубы весьма извилистое. Содержимаго также не замѣчается. Складки низки. Стѣнка нѣсколько утолщена. Наружное отверстіе закрыто ложными перепонками и приклеено къ яичнику.

Яичники значительно уменьшены въ своихъ размѣрахъ.

Въ правомъ яичникѣ находится полость величиною съ лѣсной орѣхъ, вообще же ткань яичниковъ представляется равномерно фиброзной безъ всякаго слѣда графовыхъ пузырьковъ.

Микроскопическія измѣненія. Въ средней части лѣвой трубы слизистая оболочка подымается то въ видѣ невысокихъ складокъ, то въ видѣ болѣе длинныхъ развѣтвленій. Складки на разрѣзахъ не имѣютъ правильнаго расположенія и нормальной формы: онѣ какъ бы съежились, сморщились, то, въ однихъ мѣстахъ, имѣютъ много перепутанныхъ и соединенныхъ другъ съ другомъ отростковъ, то, въ другихъ мѣстахъ, почти совершенно лишены ихъ. Слизистая оболочка весьма бѣдна сосудами и состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, богатой веретенообразными элементами. Послѣднихъ попадаетъ много въ глубинѣ слизистой оболочки и между мышечными пучками въ ближайшихъ слояхъ къ mucosa.

Эпителій по мѣстамъ совершенно слущился, вообще же имѣетъ видъ длинныхъ клѣтокъ съ узкими вытянутыми ядрами. Эпителіальныя клѣтки и круглыя ядра лежатъ свободно въ углубленіяхъ между складками. Мышечные пучки развиты нормально, сосудовъ во всей толщѣ стѣнки незначительное количество, многіе сосуды съ утолщенными стѣнками.

Въ наружномъ концѣ трубы толщина стѣнки = 1 mm. Стѣнка состоитъ, главнымъ образомъ, изъ соединительной ткани съ скуднымъ количествомъ мышечныхъ пучковъ. Внутренняя поверхность представляетъ почти ровную линію, лишь по мѣстамъ возвышаются складки, имѣющія такой же видъ, какъ и въ средней части трубы. Эпителій по мѣстамъ слущился, по мѣстамъ сохранился, причемъ клѣтки его то еще удерживаютъ цилиндрическую форму, то превратились почти въ плоскія.

Сосудовъ въ стѣнкѣ мало.

Въ правой трубѣ трудно получить поперечный разрѣзъ, вслѣдствіе сильныхъ перегибовъ, которые дѣлаетъ труба. Въ маточномъ концѣ въ просвѣтъ вдаются отчасти слущенныя складки, отчасти сохранившія форму развѣтвляющихся образований. Въ просвѣтѣ много слущившагося эпителия и круглыхъ клѣтокъ. Вообще здѣсь, равно какъ и въ другихъ мѣстахъ трубы, измѣненія сходны съ тѣми, которыя наблюдались въ лѣвой трубѣ.

Патологическое состояніе трубъ: *salpingitis diffusa productiva.*

Случай № 8-й.

И. К. поступила въ клинику 10/xi 87 съ жалобами на постоянныя боли въ поясницѣ и въ лѣвомъ паху, отдающіяся въ ногу при ходьбѣ; во время регулъ сильныя боли схватками.

Больная 24 лѣтъ, крестьянка, занимается полевыми работами, замужемъ съ 20 лѣтъ. Регулы начались на 13-мъ году, повторялись чрезъ 3 недѣли по 3 дня, со времени же заболѣванія (5 лѣтъ тому назадъ) онѣ приходили также въ правильные сроки, но въ большемъ количествѣ, были продолжительнѣе и стали сопровождать-

ся чрезвычайными сильными, схватко-образными болями в пояснице и внизу живота. Рожала 2 раза, первый—7 лет тому назад, второй—1 годъ. Со времени же заболѣванія постоянно отдѣляются бѣли в болѣе или менѣе значительномъ количествѣ. По временамъ наступало нѣкоторое улучшеніе в состояніи болѣзни, по временамъ—обостренія.

Больная—средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія.

Внутренніе органы нормальны.

Genitalia externa—старый разрывъ промежности второй степени.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка в retro-lateroversio dextra, немного увеличена, подвижна, неболезненна. Portio vaginalis обращена вперед и влѣво и не представляет ничего особеннаго. В лѣвомъ сводѣ опредѣляется опухоль шаровидной формы, величиною съ апельсинъ, опухоль имѣетъ эластическую консистенцію и связана съ маткой посредством ножки, отходящей отъ средней части матки.

Діагнозъ: salpingo-oophoritis sinistra gonorrhoeica (hydrosalpinx).

Операція 13/xi87. Разрѣзъ длиною в 16 см.

Опухоль образована растянутой трубой, сращенной съ яичникомъ, съ салпикомъ и съ окружающими частями Дугласова пространства. Послѣ разрыва старыхъ ложныхъ перепонокъ опухоль пунктирована троакаромъ, причемъ вытекла прозрачная серозная жидкость. Опухоль отдѣлена послѣ перевязки ножки в 2 пучка. Правые придатки не представляли измѣненій, кромѣ незначительныхъ сращеній съ окружающими частями. Они оставлены на мѣстѣ. Культи опущена в полость таза и брюшная рана закрыта 11-ю глубокими и 1-мъ поверхностнымъ шелковыми швами.

Операція продолжалась 50 минутъ.

Послѣоперационный періодъ. Наивысшая температура была на 2-й день, именно 37,9. Первые 2 сутокъ частая рвота и боли в пояснице и животѣ, затѣмъ онѣ постепенно утихли и остались небольшие боли в области брюшной раны.

При снятіи швовъ на 10-й день брюшная рана закрылась регри́тамъ, кромѣ мѣста двухъ среднихъ швовъ, гдѣ края раны разошлись и покрылись грануляціями съ небольшимъ количествомъ гноя. Черезъ нѣсколько дней рана вполне зарубцевалась. На 16-й день оперированная встала съ постели, а на 26-й выписалась изъ клиники.

При изслѣдованіи в день выписки: матка немного увеличена, плотна, неболезненна, подвижна; правый сводъ свободенъ, в лѣвомъ—небольшое разлитое уплотненіе, слегка чувствительное. Общее состояніе здоровья и самочувствіе вполне хороши.

Дальнѣйшая судьба оперированной:

Больная явилась в клинику черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи. За это время были 2 раза регулы, почти безъ всякихъ болей. В остальное время болей совершенно не было.

При изслѣдованіи: матка подвижна, своды пусты.

Описание препарата.

Макроскопическія измѣненія. Опухоль состоитъ изъ растянутой трубы и сращеннаго съ ней яичника. Растяженіе трубы начинается отъ маточнаго конца и постепенно увеличивается къ наружному концу, гдѣ труба переходитъ быстро въ значительно большее расширеніе.

На протяженіи трубы по мѣстамъ находятся неглубокіе перехваты, придающіе внутреннему концу трубы слегка четкообразный видъ. Въ наибольшемъ расширеніи на наружномъ концѣ стѣнки трубы истончены до просвѣчиванія, слизистая оболочка здѣсь представляется совершенно гладкой, лишенной складокъ. Эта наибольшая полость отстоитъ отъ маточнаго конца трубы на разстояніи 11 см. Отъ бахромокъ не осталось слѣдовъ. Наружный мѣшокъ вмѣстѣ съ остальной частью трубы, многократно извитой, образовывалъ опухоль величиной почти въ кулакъ и покрытъ обрывками ложныхъ перепонокъ.

Яичникъ уплощенъ и дряблъ. Длина его $= 3\frac{2}{3}$ см., ширина $= 1\frac{2}{3}$ см., толщина $= 6$ мм. На наружномъ концѣ его находится небольшая кистовидная полость со спаившимися (вслѣдствіе разрыва) стѣнками.

Микроскопическія измѣненія. Въ маточномъ концѣ трубы слизистая оболочка представляетъ невысокіе, мало вѣтвящіеся выступы, повсюду покрыта цилиндрическимъ эпителиемъ, клѣтки котораго, лишенные рѣсничекъ, неправильно лежатъ другъ надъ другомъ; слизистая оболочка бѣдна сосудами и содержитъ большое количество веретенообразныхъ элементовъ. Прочіе слои не представляютъ замѣтныхъ уклоненій. Мышечные пучки прилегаютъ близко другъ къ другу и нормально развиты.

Въ наружномъ мѣшкѣ толщина стѣнки $= 0,3$ мм., въ наиболѣе тонкомъ мѣстѣ.

Слизистая оболочка имѣетъ атрофическій видъ, но еще не вполне лишена складокъ, что на препаратахъ, срѣзанныхъ вдоль, параллельно длинѣ складокъ, выражается присутствіемъ длинныхъ щелей, выстланныхъ весьма низкимъ эпителиемъ. Стѣнка состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани съ незначительнымъ количествомъ сосудовъ и скудными, сжатыми, едва различаемыми мышечными пучками.

Патологическое состояніе трубы: hydrosalpinx.

Случай № 9-й.

З. Т. поступила въ клинику 28/xi 87 съ жалобами на боли внизу живота и очень обильныя мѣсячныя.

Больная 24 лѣтъ, дворянка, замужемъ 6 лѣтъ, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Регулы начались на 16 году и до болѣзни повторялись чрезъ 3 недѣли по 3 дня. Рожала 2 раза, первый разъ на 18 году, второй разъ—4 года тому назадъ. Заболѣла послѣ вторыхъ родовъ, именно на 2 день потрясающій ознобъ, затѣмъ вы-

сокая температура, сильныя боли внизу живота, дурныя отдѣленія изъ полости матки; пролежала въ постели 2 мѣсяца и съ этого времени постоянна больна. Именно, появились обильныя бѣли зеленоватаго цвѣта; регулы стали появляться то раньше, то позже срока, продолжались до 7 дней и были очень обильны. Нѣсколько разъ были метроррагіи. Боли внизу живота, почти постоянныя, усиливались передъ наступленіемъ кровей. По временамъ появлялись сильныя ожесточенія болей внизу живота, отдающихъ въ ноги, особенно съ лѣвой стороны. При этихъ обостреніяхъ т^о подымалась и больная должна была лежать въ постели. Черезъ годъ послѣ заболѣванія появилось частое и болѣзненное мочеиспусканіе, продолжавшееся съ недѣлю.

Осенью 87 года ухудшеніе нервнаго состоянія. Долгое время лечилась отвлекающими средствами; три года тому назадъ было сдѣлано выскабливаніе слизистой оболочки цервикальнаго канала острой ложечкой.

Почти постоянныя головныя боли, частые истерическіе припадки. За время болѣзни сильно похудѣла.

Больная средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, съ значительно подорваннымъ питаніемъ.

Органы грудной полости не представляютъ ничего ненормальнаго. Со стороны органовъ пищеваренія: отсутствіе аппетита, запоры.

Наружные половые органы не представляютъ ничего особеннаго. При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ anteversio, нормальнаго объема (длина полости 7¹/₂ cm.), плотная, мало подвижная. Portio vag. ничего особеннаго не представляетъ. Черезъ правый сводъ прощупывается опухоль, величиною съ куриное яйцо, съ рѣзко ограниченными контурами, слегка дольчатая, болѣзненная; она отчасти переходитъ въ задній сводъ, гдѣ и сращена съ задней поверхностью матки и съ заднимъ Дугласовымъ пространствомъ. Въ лѣвомъ сводѣ опухоль немного меньшаго объема, болѣе подвижная, помѣщается непосредственно сбоку матки; каждая изъ опухолей посредствомъ короткихъ тяжей соединяется съ соотвѣтствующимъ угломъ матки.

Діагнозъ: Salpingo-oophoritis duplex.

Операція 5/xii 87. Разрѣзъ длиною въ 14 cm. Передъ выведеніемъ лѣвыхъ придатковъ въ брюшную рану, пришлось разъединить сращенія лѣвой трубы и яичника съ окружающими частями, причемъ кистовидная полость, величиною съ орѣхъ, принадлежавшая яичнику, лопнула и серозное содержимое ея опорожнилось въ брюшную полость. Ножка опухоли перевязана въ 2 пучка и придатки отдѣлены. Удаленіе ихъ на правой сторонѣ произведено такимъ же способомъ, но здѣсь гораздо больше затрудненій встрѣтилось при отдѣленіи плотныхъ сращеній, соединявшихъ ихъ съ задней поверхностью матки и съ заднимъ Дугласовымъ пространствомъ. Брюшная рана закрыта 12 глубокими и 3 поверхностными шелковыми швами. Операція продолжалась 1 часъ.

Послѣоперационный періодъ протекалъ гладко. Въ первый день

оперированную беспокоила тошнота, рвота, боли въ животѣ и кашель, затѣмъ эти явленія постепенно утихли. Наивысшая температура была на второй день, именно 37,9. На 10 день сняты швы, *prima intentio*. На 17 день встала съ постели и на 34—выписалась выздоровѣвшей.

Дальнѣйшая судьба оперированной. Мѣсячныя появились 15 Января 1888 г. и продолжались 10 дней, но не сопровождались болями. При изслѣдованіи 9/II 88 матка подвижна, правый сводъ свободенъ, въ лѣвомъ ограниченное уплотненіе сантиметра въ $1\frac{1}{2}$. Бѣли продолжаютъ, хотя въ меньшемъ количествѣ. Больная окрѣпла, пополнѣла, появился здоровый цвѣтъ лица, нервная система успокоилась. Затѣмъ мѣсячныя стали повторяться правильно, разъ въ мѣсяцъ. Бѣли въпослѣдствіи стали отдѣляться въ обильномъ количествѣ. Въ послѣднее время мѣсячныя приняли характеръ меноррагій. Въ Мартѣ 1889 г., при изслѣдованіи, въ лѣвомъ сводѣ прощупывается небольшая опухоль, величиною съ лѣсной орѣхъ.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Правая труба, длиною въ 9 см., свернута въ клубокъ и покрыта ложными перепонками, прикрѣпляющими наружный конецъ ея къ яичнику. Маточный конецъ трубы имѣетъ нормальный видъ, наружный оканчивается слѣпымъ мѣшкомъ, имѣющимъ въ діаметръ 1 см., отъ фимбріи не осталось слѣдовъ. У наружнаго конца на тонкой длинной ножкѣ находится небольшая киста величиной съ горошину. Въ общемъ труба нѣсколько утолщена и въ наружномъ концѣ представляетъ полость величиною въ бобъ, заключающую въ себѣ мутную жидкость.

Правый яичникъ пронизанъ небольшими полостями. Длина его = $5\frac{3}{4}$ см., ширина = $3\frac{1}{4}$ см., толщина = $1\frac{1}{4}$. На поверхности его видна небольшая, плотная фиброзная опухоль величиной съ горошину.

Лѣвая труба имѣетъ весьма извилистое направленіе; будучи расправлена, она имѣетъ длину въ 6 см., труба представляется утолщенной, что должно приписать набуханію ея стѣнокъ, въ каналѣ ея нѣтъ содержимаго въ сколько нибудь достаточномъ количествѣ. Между трубой и яичникомъ находятся обрывки отъ кистовидной полости, разорвавшейся во время операціи; эта полость расположена среди многочисленныхъ ложныхъ перепонокъ, окутывающихъ наружный конецъ трубы, который представляется сращеннымъ съ яичникомъ. Послѣдній имѣетъ въ длину 5 см., въ ширину — $2\frac{2}{3}$ см., въ толщину — $1\frac{1}{2}$ см.

Микроскопическія измѣненія. Толщина правой трубы въ наружномъ концѣ = 2 mm. Внутренняя поверхность то представляется ровной, то по мѣстамъ образуетъ небольшіе, вѣтвящіеся выступы. Вообще, слизистая оболочка имѣетъ видъ волокнистой соединительной ткани, бѣдной сосудами; эпителий большею частью слущился, по мѣстамъ попадаются группы его низкихъ цилиндрическихъ клѣтокъ. Наружный слой утолщенъ. Стѣнка состоитъ главнымъ образомъ изъ

соединительной ткани, среди которой заложены мышечные пучки. Въ стѣнкѣ проходятъ крупныя артеріальныя сосуды съ значительно утолщенными стѣнками, утолщеніе наблюдается во всѣхъ слояхъ, особенно въ intima много соединительной ткани, что иногда ведетъ къ почти полной закупоркѣ просвѣта.

Въ лѣвой трубѣ по срединѣ складки длинны, вѣтвисты, по мѣстамъ очень тонки. Въ однѣхъ складкахъ инфильтрація лимфоидными элементами, въ другихъ мѣстахъ строма складокъ богата веретенообразными элементами. Слизистая оболочка бѣдна сосудами. Длинныя цилиндрическія клѣтки эпителія съ плохо окрашивающимися ядрами легко слущиваются и лежатъ свободно между складками. Мышечныя пучки, какъ продольныя, такъ и поперечныя, нормально развиты, между ними въ нѣжной соединительной ткани много круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ. Мелкія вены и капилляры по мѣстамъ окружены мелкоклѣточнымъ инфильтратомъ, не особенно, впрочемъ, значительнымъ.

Патологическое состояніе трубъ: *salpingitis diffusa productiva duplex*.

Случай № 10-й.

М. Т. поступила въ клинику 20/xii 87 года съ жалобами на обильныя бѣли, боли внизу живота и на бывающее по временамъ затрудненіе мочеиспусканія.

Больная 50 л. отъ роду, родилась въ Шотландіи, въ замужествѣ съ 20-го года жизни, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Мѣсячныя появились на 14-мъ году, повторялись чрезъ 3 недѣли по 5 дней. Два года тому назадъ регулы стали появляться чрезъ недѣлю и продолжались въ обильномъ количествѣ по 7-ми дней; такъ продолжалось 12 мѣсяцевъ; затѣмъ регулы въ теченіи 6 мѣсяцевъ были прежняго нормальнаго типа и, наконецъ, полгода тому назадъ совершенно прекратились. На 21-мъ году были первые роды. Всѣхъ родовъ было 6; послѣдніе—23 года тому назадъ. Съ послѣднихъ родовъ стали отдѣляться бѣли, за послѣдніе 2 года сдѣлавшіяся очень обильными и принявшія зеленоватый цвѣтъ. Сильныя боли схватками появились 3 года тому назадъ. Боли главнымъ образомъ, въ лѣвомъ боку, а также и въ правомъ, появлялись приступами раза 2—3 въ недѣлю; каждый приступъ длился до часу. Затрудненіе мочеиспусканія появилось 6 мѣсяцевъ до поступленія въ клинику. Иногда больная не можетъ мочиться въ теченіи $1\frac{1}{2}$ сутокъ, но къ катетеризаціи никогда не прибѣгала; затрудненіе мочеиспусканія появлялось раза 2—3 въ недѣлю, въ послѣднее время стало повторяться чаще.

Больная—брюнетка, ниже средняго роста, правильнаго тѣлосложенія съ обильно развитой подкожной жировой клѣтчаткой.

Внутренніе органы не представляютъ уклоненій.

Genitalia externa: разрывъ промежности 1-й степени и, кромѣ того, около отверстія мочеиспускательнаго канала полипъ, величиною съ вишню. При изслѣдованіи мочеиспускательнаго канала и пузыря

уклоненій не замѣчается. Матка въ anteversio, оттѣснена къ symphysis, нормальнаго объема, плотной консистенціи, подвижность ея кзади ограничена; матка неболезненна, наружное отверстіе цервикальнаго канала сѣужено; длина полости матки=8 cm. Въ заднемъ и правомъ сводѣ опредѣляется опухоль, величиною съ большое куриное яйцо; опухоль эластической консистенціи, дольчатая, нечувствительная, мало подвижная, фиксированная у праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія.

Діагнозъ: salpingo-oophoritis (hydrosalpinx) dextra.

Операція 14/1 88. Брюшная стѣнка съ подкожнымъ жирнымъ слоемъ, имѣющимъ толщину въ 4¹/₂ пальца, вскрыта на протяженіи 20 cm. При изслѣдованіи чрезъ брюшную рану оказалось, что растянутая труба представляетъ сращенія съ окружающими частями, преимущественно съ заднимъ Дугласовымъ пространствомъ.

По разъединеніи сращеній, опухоль выведена наружу и отдѣлена послѣ перевязки ножки въ 2 пучка. Рана закрыта 2 рядами швовъ: peritoneum сшить непрерывнымъ кѣгутовымъ швомъ и затѣмъ наложено 10 обыкновенныхъ глубокихъ и 6 поверхностныхъ шелковыхъ швовъ. Операція продолжалась 45 минутъ.

Послѣоперационный періодъ. Первые сутки безпокоила частая рвота и боли въ животѣ. На вторые сутки эти явленія утихли, а съ третьихъ сутокъ совершенно прекратились. Мочеиспусканіе совершалось свободно, безъ затрудненій. Температура первые 3 сутокъ не превышала 38°, на 4, 5, 6 сутки максимальная температура= 7,6, на 7-й—поднялась до 38,3 и затѣмъ, подымаясь иногда по вечерамъ до 38,1, постепенно пришла къ нормѣ.

На 4-й день появилось отдѣленіе кровей, продолжавшееся 4 дня. На 10-й день сняты швы, prima intentio. На 14-й день встала съ постели.

На 21-й день выписалась здоровой. Матка въ anteversio, подвижна, своды свободны, безболѣзненны. Мочеиспусканіе совершается безъ затрудненій.

Дальнѣйшая судьба оперированной. Свѣдѣнія имѣются отъ 20-го апрѣля 1889 г. Оперированная пользуется полнымъ здоровьемъ, всѣ прежніе припадки прекратились.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Препаратъ представляетъ трубу, растянутую прозрачной серозной жидкостью въ видѣ опухоли крупно-бугристой формы, продолговатаго вида съ находящимися между отдѣльными буграми неглубокими перехватами. Вѣсъ препарата=107 грамм. Длина=9 сант. Наибольшая окружность въ поперечномъ направленіи=15 сант. Мѣшокъ сильно напряженъ. Наружная поверхность матовая, по мѣстамъ гладкая, по мѣстамъ покрыта обрывками ложныхъ перепонокъ. Стѣнки трубы истончены до толщины листа бумаги, по мѣстамъ совершенно прозрачны. Мѣшокъ трубы состоитъ изъ двухъ совершенно изолированныхъ одна отъ другой

полостей, изъ которыхъ одна имѣетъ величину въ голубиное яйцо, другая образуетъ остальную часть опухоли.

Микроскопическія измѣненія. Толщина стѣнокъ на различныхъ мѣстахъ не одинакова, по мѣстамъ она = 0,2—0,3 мм., въ другихъ мѣстахъ въ 2—3 раза больше. Въ тонкихъ мѣстахъ стѣнка образована исключительно волокнистой соединительной тканью, среди которой изрѣдка попадаются сосуды. Въ болѣе толстыхъ мѣстахъ кое-гдѣ попадаются среди соединительной ткани сжатые мышечные пучки; ихъ не ясно можно отличить лишь по палочкообразнымъ ядрамъ. Эпителиальнаго покрова вообще не видно, лишь кое-гдѣ на внутренней поверхности стѣнки попадаютъ низкія клѣтки уплощеннаго эпителия.

Патологическое состояніе трубы: hydrosalpinx.

Случай № 11.

А. Г. поступила въ клинику 4-го декабря 1887 г. съ жалобами на бѣли и боли внизу живота, особенно съ лѣвой стороны, и на боли въ обѣихъ ногахъ.

Больная 28 лѣтъ, жена чиновника, замужемъ 4 года. Первые крови появились на 16-мъ году, приходили обыкновенно чрезъ 3 недѣли по 6 дней. Беременной никогда не была. До замужества была совершенно здорова. Чрезъ 3 недѣли послѣ выхода замужъ появились сильныя боли внизу живота, заставившія пролежать въ постели 6 недѣль. Затѣмъ больная оправилась, но чрезъ годъ боли снова появились и уже никогда совершенно не прекращались, боли преимущественно беспокоили во время кровей. Последнія, за время болѣзни, стали появляться чрезъ 3 недѣли по 3—4 дня.

Больная—блондинка, крѣпкаго тѣлосложенія, съ обильно развитымъ подкожнымъ жиромъ, роста выше средняго.

Исслѣдованіе внутреннихъ органовъ не открываетъ ничего ненормальнаго.

Наружные половые органы не представляютъ замѣтныхъ измѣненій. При внутреннемъ изслѣдованіи: слизистая оболочка vaginae въ переднемъ сводѣ покрыта разраженіями, дѣлающими ее шероховатой; матка небольшого объема, въ anteflexio и lateroversio sin., болѣзненна при давленіи, подвижность ея ограничена, длина полости = 8 cm. Передняя губа portiois vag. удлинена, въ прочихъ отношеніяхъ portio vag. имѣетъ свойства, какъ у нерожавшей. Въ лѣвомъ сводѣ прощупывается опухоль величиною съ куриное яйцо, слегка эластической консистенціи, дольчатой формы, мало подвижная. Чрезъ лѣвый же сводъ прощупывается плотная опухоль величиною съ грецкій орѣхъ, исходящая изъ дна матки. Въ правомъ сводѣ не прощупывается ничего, кромѣ перемычекъ и неясныхъ тяжей.

Больная была изслѣдована нѣсколько разъ, причемъ было замѣчено, что опухоль, соотвѣтствующая заболѣвшимъ лѣвой трубѣ и

яичнику, передъ менструаціей увеличилась, послѣ менструаціи уменьшилась почти до исчезанія, ко времени же слѣдующей менструаціи въ правомъ сводѣ стала прощупываться опухоль, имѣющая такія же свойства, какъ и на лѣвой сторонѣ.

Диагнозъ: *salpingo-oophoritis duplex gonorrhoeica, fibromyoma fundi uteri subserosum*.

Операція 16/1 88. Толстыя брюшныя стѣнки съ подкожнымъ жиромъ, развитымъ до толщины 4-хъ пальцевъ, разсѣчены на протяжении 18 *ctm*. Затѣмъ въ рану была выведена лѣвая труба, утолщенная и сращенная съ яичникомъ; предварительно же пришлось разорвать сращения, соединявшія опухоль съ окружающими частями. Придатки удалены послѣ перевязки ножки въ два пучка. Затѣмъ выведенъ субсерозный фиброидъ, сидѣвшій на ножкѣ на днѣ матки у ея лѣваго угла. Онъ былъ отдѣленъ послѣ перевязки ножки въ 2 пучка. Наконецъ, такимъ же образомъ выведена и удалена правая труба. Яичникъ же оставленъ на мѣстѣ, такъ какъ не представлялъ видимыхъ измѣненій.

Брюшная рана закрыта 3-мя ярусами швовъ: непрерывный кѣтутовый шовъ, захватывавшій брюшину; непрерывный кѣтутовый шовъ, захватывавшій влагалища прямыхъ брюшныхъ мышцъ и, наконецъ, 12 глубокихъ шелковыхъ швовъ. Операція продолжалась 50 минутъ.

Послѣоперационный періодъ осложненъ образованіемъ абсцесса въ брюшной стѣнкѣ съ продолжительнымъ нагноеніемъ.

На второй день т-ра поднялась до 39°, при соответствующемъ учащеніи пульса и до снятія швовъ колебалась между 39° и 39,7, при пульсѣ 90—115. Рядомъ съ этимъ сильныя боли въ животѣ. На 11-й день сняты швы, причемъ обнаружилось, что въ нижней трети раны находится фистулезное отверстіе, изъ котораго вытекло около стакана густаго гноя, незловоннаго, заключающаго въ себѣ много свободного расплавленнаго жира, плавающаго на поверхности гноя. Полость абсцесса расположена между брюшными мышцами и выше лежащими слоями.

Въ слѣдующіе дни остальная часть раны, закрывшаяся рубцемъ, постепенно подмывалась гноемъ, такъ что въ концѣ концовъ образовалось расхожденіе раны въ длину на 10 *ctm*. По краямъ ея образовался воспалительный инфильтратъ, изъ полости абсцесса зондъ входилъ на нѣсколько пальцевъ въ синуозные ходы, образовавшіеся въ подкожной кѣтчаткѣ.

Затѣмъ рана постепенно выполнялась грануляціями и стала стягиваться рубцемъ, пока, наконецъ, вполне не зарубцевалась.

Лихорадочная т-ра колебалась въ неправильныхъ предѣлахъ: иногда съ большими дневными колебаніями, иногда съ малыми; то въ теченіи нѣсколькихъ дней замѣчалась наклонность къ пониженію, то затѣмъ опять—повышеніе; вообще лихорадка, доходящая иногда до 40,4° (одинъ разъ), окончательно прекратилась лишь 4-го апрѣля.

Боли въ животѣ, довольно значительныя, держались цѣлый мѣсяцъ послѣ операціи.

Встала съ постели 8 апр., то-есть на 84-й день послѣ операціи. При выпискѣ изъ клиники 18 апр.: брюшная рана закрылась широкимъ рубцемъ, вокругъ инфильтратъ исчезъ; въ нижнемъ углу раны на мѣстѣ бывшаго фистулезнаго хода небольшое вдавленіе, покрытое сухой коркой.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матки въ anteflexio, неясно контурируется, всѣ своды инфильтрованы.

Дальнѣйшая судьба оперированной. Свѣдѣнія имѣются спустя годъ послѣ операціи.

Больная значительно пополнила, имѣетъ вполне цвѣтущій видъ. Регулы появились чрезъ 4 мѣсяца послѣ операціи и правильно стали повторяться чрезъ 3 нед. по 5 дней и совершенно безъ всякихъ болей; вообще чувствуетъ себя вполне здоровой.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Правая труба имѣетъ извилистое направленіе. На наружномъ концѣ окутана ложными перепонками въ небольшомъ количествѣ. Наружный конецъ представляетъ сращеніе фимбрій своими серозными поверхностями съ накопленіемъ небольшого количества жидкости кровянистаго цвѣта, влѣдствіе чего наружный конецъ трубы представляетъ выпячиванія въ видѣ ряда четокъ величиною съ горошину крупнаго размѣра. На разрѣзѣ видно, что эти полости отграничены одна отъ другой перегородками, не вполне ихъ, однако, изолирующими, ибо, при надавливаніи на одну полость, жидкость изъ нея перегоняется въ другія. У наружнаго конца находится киста, величиною съ маленькую вишню, сидящая на короткой ножкѣ. Вся труба представляется нѣсколько утолщенной, что зависитъ отчасти отъ утолщенія самыхъ стѣнокъ, отчасти отъ растяженія секретомъ. Слизистая оболочка представляется набухшей и гиперемированной.

Лѣвая труба представляетъ гораздо больше сращеній, извита и свернута клубкомъ, въ общемъ нѣсколько утолщена, наружный конецъ закрытъ и плотно склеенъ съ яичникомъ. Характернаго содержимаго въ трубѣ нѣтъ въ сколько нибудь значительномъ количествѣ. Длина обѣихъ трубъ—около 8 сант. Яичникъ немного увеличенъ въ объемѣ и содержитъ въ себѣ нѣсколько небольшихъ полостей, величиною съ горошину, и corpus luteum.

Микроскопическія измѣненія. Въ маточномъ концѣ лѣвой трубы. Складки на вершинахъ набухли; въ основаніи складокъ изрѣдка попадаются полости, выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ, складки, особенно на вершинахъ умеренно инфильтрованы воспалительными элементами; между круглыми элементами попадаются удлиненные и веретенообразные. Эпителий по мѣстамъ слущился, вообще же сохраненъ, кѣтки его набухли, съ большими, почти круглыми ядрами, не имѣютъ правильнаго расположенія, иногда

представляются как бы расположенными въ два слоя. Въ просвѣтѣ и въ углубленіяхъ между складками—мелкозернистыя массы, небольшое количество гнойныхъ элементовъ, круглыя ядра и большія зернистыя клѣтки перерожденнаго эпителія. Остальные слои не представляютъ особенныхъ измѣненій. Въ срединѣ труба сильно извита, вслѣдствіе чего трудно получить поперечное сѣченіе; складки здѣсь болѣе вѣтвисты, длиннѣе, эпителій представляетъ обширное слущиваніе, но въ общемъ измѣненія мало отличны отъ предъидущаго участка.

На срѣзахъ изъ наружнаго конца, проведенныхъ одновременно чрезъ ткань трубы и яичника, граница между послѣдними неясна; ткань, принадлежащая трубѣ, опредѣляется по присутствію длинныхъ ходовъ, выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ, который по мѣстамъ сильно укороченъ, такъ что ширина клѣтки больше высоты; въ полостяхъ слущившіяся клѣтки эпителія, также и перерожденный эпителій въ видѣ большихъ зернистыхъ клѣтокъ. Окружающая эти ходы ткань представляетъ соединительную ткань, богатую веретенообразными и круглыми элементами. Далѣе, снаружи, небольшое количество мышечныхъ пучковъ.

Во внутреннемъ отдѣлѣ правой трубы складки длинны, вѣтвисты, съ небольшимъ количествомъ сосудовъ, нѣкоторыя изъ складокъ пронизаны мелкоклѣточной инфильтраціей, между воспалительными тѣльцами много продолговатыхъ и веретенообразныхъ элементовъ. Эпителій представляетъ тѣ же измѣненія. Кромѣ того, въ слое наружной мускулатуры обширное кровоизліяніе, разрушившее элементы почвенной ткани, вообще же мышечный слой и наружный не представляютъ замѣтныхъ отклоненій отъ нормы.

Вблизи наружнаго конца въ расширенный до толщины мизинца просвѣтъ трубы вдаются складки mucosae, представляющія нѣкоторыя особенности. Нѣкоторыя складки начинаются тонкимъ отросткомъ отъ стѣнки и быстро переходятъ въ густую сѣть развѣтвленій; другія поднимаются въ видѣ тонкихъ, длинныхъ лопастей, слившихся своими вершинами, такъ что труба для простаго глаза представляется разгороженной какъ бы перегородками. Складки бѣдны сосудами, богаты веретенообразными элементами, эпителій слущивается длинными пластами. Въ просвѣтѣ кромѣ зернистаго распада, свободныя ядра, небольшое количество красныхъ шариковъ и гнойныхъ тѣлецъ, слущенный эпителій, большія пигментированныя зернистыя клѣтки съ ядрами и большія безцвѣтныя клѣтки съ весьма нѣжными контурами. Толщина стѣнки трубы=1,4 mm. Мышечный слой хорошо развитъ, особенныхъ измѣненій не имѣетъ.

Въ мѣстахъ сросшихся бахромокъ тѣ же измѣненія, но эпителій по мѣстамъ значительно ниже.

Патологическое состояніе трубъ: salpingitis catarrhalis duplex.

Случай № 12.

Ө. З. поступила въ клинику 29/1 88 съ жалобами на бѣли и сильныя боли внизу живота во время регулъ.

Больная—27 лѣтъ отъ роду, жена писаря, замужемъ съ 16 лѣтъ. Первые крови появились на 13 году и повторялись чрезъ 3 недѣли по 7 дней. Беременной никогда не была. Вскорѣ послѣ выхода замужъ появились бѣли и чрезвычайно сильныя боли внизу живота, главнымъ образомъ, бывающія передъ и во время кровей. Въ послѣднее время появились частые позывы къ мочеиспусканію. За время болѣзни появилось значительное исхуданіе, нервное разстройство, по утрамъ бываетъ тошнота, кромѣ того, головныя боли и запоры.

Больная—небольшаго роста шатенка, слабаго тѣлосложенія и питанія. Внутренніе органы нормальны.

Наружныя половыя органы ничего особеннаго не представляютъ. При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ *anteversio* и смѣщена въ лѣвую сторону, нормальнаго объема и консистенціи, съ ограниченной подвижностью, слегка болѣзненна. *Portio vaginalis* не представляетъ уклоненій. Въ правомъ и заднемъ сводѣ прощупывается опухоль, велуциною съ апельсинъ, болѣзненная, мало подвижная, соединенная съ правымъ краемъ матки, но отъ тѣла матки отграниченная; поверхность опухоли имѣетъ дольчатый видъ, на ошупь опухоль эластична.

Діагнозъ: *salpingo-oophoritis dextra gonorrhoeica*.

Операция 6/II 88. Разрѣзъ длиною въ 16 см. При изслѣдованіи чрезъ рану оказалось, что правый яичникъ кистовидно перерожденъ и сращенъ съ растянутой трубой. Послѣ того какъ сращенія опухоли съ окружающими частями были съ нѣкоторымъ усиліемъ разрушены, опухоль выведена наружу и отдѣлена послѣ перевязки ножки въ два пучка. Такъ какъ на лѣвой сторонѣ труба оказалась утолщенной и сращенной съ яичникомъ, то придатки и здѣсь были удалены послѣ перевязыванія ножки въ 2 пучка. Брюшная рана закрыта 12 шелковыми швами. Операция продолжалась 45 минутъ.

Послѣоперационный періодъ. Первые дни оперированную беспокоили немного рвота и боли въ животѣ, но вообще реакція была умѣренная, температура нормальная. На 5 день, къ вечеру, температура поднялась до 38.5 и держалась лихорадочныхъ цифръ въ теченіи 8 дней, при параллельной идущей кривой пульса. При снятіи швовъ на 10 день оказалось, что въ нижней трети брюшной раны, на мѣстѣ 5-го шва, снизу образовался небольшой абсцессъ, изъ котораго опорожнилось около чайной ложки доброкачественнаго гноя. Чрезъ 5 дней отдѣленіе гноя прекратилось и рубцеваніе продолжалось безпрепятственно.

На 26 день послѣ операціи больная выписалась изъ клиники, при этомъ: матка нормальной величины, подвижна, въ *anteversio*; лѣвый сводъ свободенъ, въ правомъ сводѣ и, отчасти, въ заднемъ опредѣляется плотный, слегка болѣзненный, эксудатъ.

Дальнѣйшая судьба оперированной. Въ настоящее время (апрѣль 1889 года), больная снова жалуется на боли во время кровей и бѣли. Мѣсячныя повторяются правильно. При изслѣдованіи: въ правомъ и лѣвомъ сводѣ воспалительныя опухоли. У мужа свѣжая гоноррея.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Лѣвый яичникъ и наружный конецъ трубы сращены между собою плотными ложными перепонками. Яичникъ уменьшенъ въ объемѣ. Въ ткани яичника находится свѣжій *corpus luteum* и по мѣстамъ старыя *corpora lutea*.

Удаленный при операціи кусокъ трубы свернуть клубкомъ, при расправленіи имѣетъ въ длину, приблизительно, 5 сантиметровъ. Просвѣтъ трубы немного увеличенъ, толщина стѣнокъ нѣсколько больше нормы, что обуславливается, повидимому, набуханіемъ слизистой оболочки. Наружный конецъ атрезированъ, бахромокъ не видно. Содержимаго въ трубѣ нѣтъ. Правая труба представляетъ также значительное набуханіе слизистой оболочки, наружный же конецъ ея, представляющійся облитерированнымъ, кромѣ того, нѣсколько растянутъ. Длина удаленнаго куска трубы = 7 см. На всемъ почти протяженіи труба прилегаетъ къ стѣнкѣ кисты; эта киста, величиною съ большой апельсинъ, лопнула при операціи, причемъ вытекло ея серозное содержимое. На внутренней поверхности кисты видны остатки перегородокъ, придававшихъ кистѣ дольчатый видъ. Определить макроскопически паренхиму яичника въ стѣнкѣ кисты невозможно. У одного конца кисты находится изолированная кистовидная полость, величиною съ грецкій орѣхъ; въ полости ея замѣтны остатки свѣжаго кровоизліянія.

Микроскопическія измѣненія. Въ наружномъ концѣ лѣвой трубы просвѣтъ выполненъ обильно развитыми складками *mucosae*, образующими во многихъ мѣстахъ сращенія другъ съ другомъ. Слизистая оболочка повсюду покрыта цилиндрическимъ эпителиемъ, большею частью, лишеннымъ рѣсничекъ. Кѣтки его имѣютъ большія круглыя, или овальныя ядра, расположенныя то у основанія кѣтки, то у ея верхушки, поэтому кѣтки эпителия представляются какъ бы расположенными въ нѣсколько слоевъ. По мѣстамъ складки представляютъ мелкокѣточную инфильтрацію не особенно, впрочемъ, значительную. За слоемъ *mucosae* слѣдуетъ слой раздвинутыхъ другъ отъ друга мышечныхъ пучковъ; въ этомъ слоѣ проходятъ крупныя сосуды съ сильно извилистымъ направленіемъ. Этотъ слой непосредственно прилегаетъ къ ткани, которая, по составу своему, представляетъ корковый слой яичника, такъ какъ состоитъ изъ характерной соединительной ткани съ обильнымъ количествомъ продолговатыхъ ядеръ и съ заключенными среди нея примордіальными фолликулами.

Въ правой трубѣ, въ наружномъ концѣ, складки слизистой оболочки представляются сильно развѣтвленными, инфильтрированы по мѣстамъ лимфондными элементами, содержатъ обильное количество сосудовъ; въ стромѣ складокъ по мѣстамъ попадаются небольшіе экстравазаты. Эпителий лишенъ рѣсничекъ; имѣетъ большія круглыя ядра, расположенныя то у верхушки кѣтки, то у ея основанія. Мышечный слой не представляетъ особенныхъ измѣненій. Многочисленныя

вены мышечного и наружного слоя сильно переполнены кровью. Наружный волокнистый слой утолщенъ и пронизанъ кровоизліяніями.

Въ другихъ мѣстахъ труба представляетъ аналогичныя измѣненія, но слабѣ выраженныя.

Патологическое состояніе трубъ: *salpingitis catarrhalis duplex*.

Случай № 13-й.

Е. Ч. поступила въ клинику 31/1 88, съ жалобами на боли въ обоихъ пахахъ, на нервное разстройство и вялыя отравленія желудочно-кишечнаго канала.

Больная—26 лѣтъ, замужняя, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые мѣсячныя появились на 13-мъ году и стали повторяться чрезъ 4 недѣли по 5 дней въ обильномъ количествѣ. На 17-мъ году вышла замужъ и чрезъ годъ родила семимѣсячнаго ребенка. Послѣродовой періодъ протекалъ, повидимому, безъ всякихъ осложнений.

Чрезъ годъ появились боли въ лѣвомъ паху рядомъ съ лихорадочными явленіями, что заставило больную пролежать нѣсколько недѣль въ постели. Затѣмъ она оправилась и въ теченіи 3 лѣтъ была почти здорова, хотя по временамъ, особенно послѣ coitus'a, появлялись боли въ лѣвомъ паху.

Таково было состояніе больной до выкидыша (на 2-мъ мѣсяцѣ), послѣ котораго появились хроническіе запоры, затѣмъ присоединилось нервное разстройство, истерическіе припадки, но болѣе почти не было. Послѣ выкидыша и до послѣдняго времени мѣсячныя продолжались лишь по 2 дня, въ скудномъ количествѣ.

Около года тому назадъ появились сильныя боли въ правомъ паху; эти боли преимущественно появлялись по ночамъ, послѣ опорожненія кишечника боли утихали.

Затѣмъ чрезъ годъ боли сдѣлались почти постоянными, но не особенно значительными. При наполненіи мочевого пузыря боли усиливались, утихая послѣ выпуска мочи.

Бѣли—по временамъ, но вообще въ небольшомъ количествѣ.

Больная—небольшаго роста, брюетка, правильнаго тѣлосложенія, съ хорошо развитымъ подкожнымъ жиромъ, съ блѣднымъ цвѣтомъ лица и слизистыхъ оболочекъ.

Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не обнаруживаетъ замѣтныхъ измѣненій.

Наружные половые органы ничего особеннаго не представляютъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи: portio vag. направлена кзади, цилиндрической формы, передняя губа гипертрофирована. Матка нормальнаго объема и консистенціи, болѣзненна, мало подвижна, находится въ положеніи anteversio и lateropositio sin. Это смѣщеніе матки обуславливается присутствіемъ опухоли, лежащей вправо и кзади отъ нея. Опухоль эта, величиною съ большое куриное яйцо, эластической консистенціи, болѣзненна, малоподвижна, прилегаетъ къ правому боку матки.

Диагнозъ: *salpingo-oophoritis dextra*.

Операція 10/п 88. Толстая брюшная стѣнка, съ подкожнымъ жиромъ, развитымъ до толщины 4 пальцевъ, вскрыта на протяженіи 19 см. При изслѣдованіи чрезъ рану найдено, что правая труба утолщена и немного растянута, сращена съ кистовидно-перерожденнымъ яичникомъ; опухоль склеена съ окружающими частями старыми ложными перепонками. Разъединеніе этихъ сращеній потребовало значительныхъ усилій, причемъ киста яичника лопнула и въ брюшную полость вытекла заключавшаяся въ ней мутная жидкость, не имѣющая запаха, похожая на гной.

Послѣ того, какъ жидкость была высосана губками, опухоль выведена въ брюшную рану и отдѣлена послѣ перевязыванія ножки въ 2 пучка. Полость *peritonei* была затѣмъ промыта теплымъ растворомъ салициловой кислоты (1:1000). Брюшная рана закрыта 11 шелковыми швами. Операція продолжалась 55 минутъ.

Послѣоперационный періодъ. Первые дни послѣ операціи наблюдалась незначительная тошнота, рвота, метеоризмъ, умѣренные боли внизу живота. Между тѣмъ, при вполне благопріятномъ общемъ состояніи оперированной, температура на вторые сутки поднялась до 38,9 при соответствующемъ учащеніи пульса. Съ этого дня начинается длительная лихорадка. При снятіи швовъ на 11-й день оказалось, что между 5-мъ и 6-мъ швами снизу находится свищевой ходъ, откуда выдѣляется гной. Въ слѣдующіе дни почти на протяжении половины разрыва края раны разошлись вслѣдствіе нагноенія въ подкожной клетчаткѣ, гдѣ образовалась полость, имѣющая 6 см. въ діаметрѣ.

Изъ полости гнойника ежедневно, въ теченіи мѣсяца, отдѣлялось около унціи гноя, затѣмъ количество его постепенно стало уменьшаться, но вслѣдъ затѣмъ выше образовался новый абсцессъ, скоро затѣмъ выполнившійся грануляціями. Полость промывалась ежедневно 2% карболовымъ растворомъ и въ нее вводилась дренажная трубка.

Температура, на вторые сутки поднимавшаяся до 38,9, не устанавливалась въ нормальные предѣлы въ теченіи 55 дней.

Большею частью температура по утрамъ была нормальна, къ вечеру же поднималась до 38°, или немного больше, иногда цѣлые сутки была нормальная т-ра, иногда въ теченіи нѣсколькихъ дней по вечерамъ было 39°. Съ 57-го дня температура окончательно установилась на нормѣ.

При выпискѣ на 71-й день послѣ операціи (въ день закрытія клиники): въ нижней трети рубца еще остается небольшое фистулезное отверстіе, пропускающее тонкій дренажъ; изъ отверстія въ небольшомъ количествѣ при надавливаніи отдѣляется доброкачественный гной. При изслѣдованіи *per vaginam*: *portio vag.* обращена кзади, контуры матки не опредѣляются ясно, такъ какъ вокругъ нея находится плотный, болѣзненный экссудатъ.

Дальнѣйшая судьба оперированной неизвѣстна.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Препаратъ представляетъ (см. рис. № 3) толстостѣнный мѣшокъ, образованный на счетъ ткани яичника; съ нимъ плотно соединена труба на всемъ своемъ протяженіи. Труба на протяженіи 7 см. имѣетъ довольно прямое направленіе (эта часть изображена на рисункѣ вскрытою въ продольномъ направленіи), затѣмъ дѣлаетъ крутой изгибъ и наружный конецъ ея совершенно теряется среди многочисленныхъ ложныхъ перепонокъ.

Просвѣтъ трубы незначительно увеличенъ и выполненъ набухшей слизистой оболочкой. Толщина стѣнокъ увеличена, по мѣстамъ равна $\frac{1}{2}$ см., или нѣсколько больше. Содержимаго въ трубѣ нѣтъ въ опредѣляемомъ количествѣ. Незначительное количество мутной жидкости вытекло послѣ перерѣзки внутреннего конца трубы при операциіи.

Яичникъ представляется кистовидно перерожденнымъ. Сторона ея, обращенная свободно въ полость peritonei и ближайшая къ маточному концу трубы, образуетъ стѣнку полости въ небольшое куриное яйцо. Толщина стѣнки сверху и съ боковъ повсюду довольно равномерна, равняется $\frac{1}{2}$ см.; нижняя стѣнка, обращенная въ толщу широкой связки, значительно тоньше, такъ что по мѣстамъ просвѣчиваетъ. Внутренняя поверхность гладка, снаружи видны заключенные въ стѣнкахъ небольшіе кистовидные мѣшечки (граафовы пузырьки), величиною съ горошину. Наружный конецъ яичника образуетъ нѣсколько небольшихъ полостей различной величины, отъ горошины до лѣснаго орѣха. Полости эти отдѣлены одна отъ другой перегородками, изъ которыхъ нѣкоторыя усажены папилломатозными разращеніями. Содержимое полостей яичника имѣетъ видъ коллоидной жидкости.

Подъ микроскопомъ видны коллоидные шары и кристаллы холестерина.

Между ложными перепонками, соединяющими трубу съ яичникомъ, находится весьма тонкостѣнная полость, содержащая желтоватую совершенно прозрачную жидкость. Величина этой полости равна лѣсному орѣху.

Микроскопическія измѣненія. Во внутреннемъ концѣ трубы слизистая оболочка образуетъ нѣсколько выпячиваній, въ видѣ невысокихъ валиковъ съ пологими сторонами (соотвѣтственно нормальному строенію трубы въ этомъ мѣстѣ). На верхушкахъ нѣкоторыхъ складокъ незначительная мелко-клеточная инфильтрація и немного веретенообразныхъ элементовъ. Повсюду слизистая оболочка выстлана низкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, безъ рѣсничекъ и бѣдна кровеносными сосудами. Мышечный слой хорошо развитъ, имѣетъ въ толщину 3 мм., мышечные пучки плотно прилегаютъ другъ къ другу.

Въ толщѣ мышечнаго слоя видны небольшія полости, выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ и не вступающія въ сообщеніе съ каналомъ трубы, какъ въ этомъ можно убѣдиться на серіи срѣзовъ. Въ

наружныхъ слояхъ проходить крупныя сосуды, вообще не представляющіе измѣненій, лишь въ одной артеріи просвѣтъ суженъ вслѣдствіе разрастанія *intimae*. Вены наполнены кровяными тѣльцами.

Въ срединѣ трубы слизистая оболочка разсыпается въ массу древовидныхъ развѣтвленій, поднимающихся въ просвѣтъ трубы на высоту 2-хъ и нѣсколько болѣе миллиметровъ. Эпителий, выстилающій слизистую оболочку, рѣдко имѣетъ видъ цилиндрическихъ клѣтокъ, расположенныхъ въ одинъ правильный слой. Большей частью эпителиальныя клѣтки неправильной формы и расположены въ безпорядкѣ, такъ что ядра представляются лежащими въ нѣсколько рядовъ. Болѣе крупныя, толстыя складки инфильтрированы лимфоидными элементами и содержатъ крупныя сосуды; отходящія отъ этихъ складокъ отростки значительно тоньше, снабжены капиллярами; наконецъ, послѣднія развѣтвленія имѣютъ видъ длинныхъ, тонкихъ отростковъ, строма которыхъ между обоими рядами эпителия состоитъ изъ чрезвычайно тонкаго слоя богатой веретенообразными элементами соединительной ткани; толщина ея меньше вышины эпителиальной клѣтки.

Мышечныя пучки по мѣстамъ плотно лежатъ другъ около друга, по мѣстамъ раздвинуты, причемъ въ соединительной ткани, расположенной между ними, въ обильномъ количествѣ пробѣгаютъ капилляры, разсѣивающіе по окружности мелкоклѣточную инфильтрацію. Среди круглыхъ клѣтокъ попадается много веретенообразныхъ элементовъ. Въ наружномъ слоѣ изъ плотной волокнистой соединительной ткани по мѣстамъ экстравазаты. Крупныя сосуды вообще не представляютъ измѣненій.

Въ наружной части опредѣлить границы ткани трубы невозможно, такъ какъ кругомъ повсюду соединительная ткань ложныхъ перепонокъ. Просвѣтъ трубы сжатъ, выполненъ сильно развѣтвленными складками, покрытыми цилиндрическимъ эпителиемъ съ высокими клѣтками, содержащими длинныя, вытянутыя ядра. Въ складкахъ порядочное количество капилляровъ, по мѣстамъ мелкоклѣточная инфильтрація, по мѣстамъ образованіе соединительной ткани.

Патологическое состояніе трубы: *Salpingitis catarrhalis*.

Случай № 14-й.

А. С. поступила въ клинику 10/II 88 съ жалобами на боли въ правомъ паху и на весьма обильныя и частыя мѣсячныя.

Больная 41 года, мѣщанка, замужняя, вышла замужъ на 22 году, содержитъ буфетъ.

Первыя регулы появились на 15 году. До начала заболѣванія появлялись одинъ разъ въ мѣсяцъ по 3 дня. За время болѣзни стали повторяться чаще обыкновеннаго и въ обильномъ количествѣ. Больна 14 мѣсяцевъ. Беременной никогда не была.

Кромѣ указанныхъ разстройствъ страдаетъ головными болями, сердцебиеніями и чувствуетъ общую слабость.

Больная небольшого роста, плохо упитанная, слабаго тѣлосложенія.

При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ ничего особеннаго.

Наружные половые органы нормальны.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ anteflexio подъ прямымъ угломъ, смѣщена въ лѣвую сторону опухолью, расположенной справа и сзади матки. Подвижность матки ограничена, консистенція нормальная. Опухоль лежитъ въ excavatio sacralis, имѣетъ величину немного больше куриного яйца, консистенція опухоли эластическая, подвижность почти не существуетъ, между опухолью и маткою борозда.

Діагнозъ: salpingo-oophoritis dextra.

Операция 17/II 88. Разрѣзъ въ 16 см. При изслѣдованіи чрезъ рану оказывается, что опухоль съ правой стороны окружена какъ бы капсулой изъ ложныхъ перепонокъ, которыми она плотно сращена съ окружающими частями. Эта капсула имѣла вверху отверстіе, чрезъ которое проникалъ палецъ. По разрушеніи этой капсулы опухоль была извлечена наружу, причемъ она разорвалась и заключающаяся въ ней серозная жидкость вытекла въ полость peritonei. Труба удалена обычнымъ способомъ послѣ перевязыванія ножки въ 2 пучка. Такъ какъ лѣвый яичникъ былъ увеличенъ, а труба слегка утолщена, то и они были удалены по тому же способу. Рана закрыта 12 шелковыми швами. Операция продолжалась 43 минуты.

Послѣоперационный періодъ. Температура въ первый день поднялась къ вечеру до 38.2, затѣмъ до 13 дня температура не превышала 38°. Съ этого же дня т-ра постепенно повышалась, такъ что на 23 день поднялась до 40°, но чрезъ 3 дня установилась на нормальныхъ цифрахъ. Лихорадочное состояніе обуславливалось образованиемъ эксудата въ полости таза. Первые дни оперированную беспокоили рвота, тошнота и боли въ животѣ. Особенно усилились боли во время наивысшей лихорадочной т-ры. Въ послѣдніе дни передъ выпиской боли прекратились. Кровотеченіе же, съ которымъ больная поступила, непрерывно продолжалось все время. Швы сняты на 10 день, prima intentio.

Оперированная выписалась на 35 день, при этомъ изслѣдованіе показало слѣдующее: матка въ anteflexio, увеличена, мало подвижна; справа, а главнымъ образомъ слѣва, плотный эксудатъ.

Дальнѣйшая судьба оперированной. Явилась въ клинику 18/IV 88. Кровотеченіе прекратилось чрезъ недѣлю послѣ выписки. Въ лѣвомъ сводѣ небольшой, слегка чувствительный инфильтратъ.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Правая труба имѣетъ въ длину 11 см. Была растянута серозной жидкостью, вытекшей при операциіи. Растяженіе трубы постепенно увеличивается къ наружному концу. Въ маточномъ концѣ толщина трубы = 1 см., на наружномъ концѣ труба образуетъ полость, имѣвшую величину съ большое куриное яйцо. Наружное отверстіе зарощено съ исчезаніемъ всякаго слѣда бахромокъ. По мѣстамъ, на протяженіи трубы, замѣтны не-

большіе перехваты, въ промежуткахъ между которыми каналъ сильнѣе растянута. Снаружи видны многочисленные обрывки ложныхъ перепонокъ. Толщина стѣнокъ, по мѣрѣ растяженія, уменьшается, при чемъ внутренняя поверхность дѣлается все болѣе гладкой и лишается складокъ.

Лѣвый яичникъ имѣетъ въ длину 4 см., въ ширину— $3\frac{1}{2}$, въ толщину— $1\frac{1}{2}$. Содержитъ въ себѣ многочисленныя полости различной величины, наибольшія въ небольшой лѣсной орѣхъ; въ полостяхъ заключается серозная жидкость. На поверхности яичника свѣжее желтое тѣло.

Лѣвая, труба утолщенная до размѣровъ мизинца, имѣетъ въ длину 6 см. Наружный конецъ ея атрезированъ, бахромки не различаются. Слизистая оболочка утолщена. Въ каналѣ не заключается содержимаго въ сколько нибудь замѣтномъ количествѣ.

Микроскопическія измѣненія. Въ лѣвой трубѣ, въ среднемъ отдѣлѣ, слизистая оболочка имѣетъ видъ длинныхъ, сильно вѣтвящихся отростковъ, поднимающихся въ просвѣтъ канала на высоту $2\frac{1}{2}$ —3 мм. Верхушки сосѣднихъ складокъ образуютъ многочисленные сращенія другъ съ другомъ, такъ что между складками остаются узкія и длинныя полости, направленные длинникомъ (какъ представляется на препаратѣ) къ центру трубы. По мѣстамъ складки утолщены, большей же частію сужены, иногда настолько, что строма складки проходитъ между 2 рядами эпителія въ видѣ весьма узкой полоски, состоящей изъ соединительной ткани съ большимъ количествомъ веретенообразныхъ элементовъ. Въ нѣкоторыхъ складкахъ незначительная мелкокѣточная инфильтрація. Эпителій повсюду сохраненъ, по мѣстамъ замѣтны рѣснички. Большею частью эпителіальныя кѣтки неправильно расположены одна надъ другой, содержатъ большія круглыя или овальныя ядра, рѣдко расположенныя въ одинъ правильный рядъ. Мышечныя пучки раздвинуты другъ отъ друга, между ними нѣжная соединительная ткань, по мѣстамъ замѣтны веретенообразные элементы. Въ срединѣ, между мышечнымъ слоемъ и наружнымъ, свѣжее кровоизліяніе. Сосуды не представляютъ замѣтныхъ измѣненій.

Въ наружномъ мѣшкѣ правой трубы толщина стѣнки=0,5—1,0 мм. На внутренней поверхности по мѣстамъ незначительныя выпячиванія mucosae, остатки складокъ. По мѣстамъ замѣтенъ эпителій въ видѣ низкихъ цилиндрическихъ кѣтокъ, большею же частію его совершенно не видно. Стѣнка состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, бѣдной сосудами и заключающей въ себѣ скудное количество мышечныхъ волоконъ.

Патологическое состояніе трубъ: salpingitis catarrhalis sinistra, hydrosalpinx dextra.

Случай № 15-й.

М. Ч. поступила въ клинику 18/1 88 съ жалобами на боли передъ и послѣ регулъ и на нервное расстройство.

Больная 31 года, вдова, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Вышла замужъ на 17-мъ году. Регулы появились на 13-мъ году и до заболѣванія повторялись чрезъ 3 недѣли по 6 дней. Рожала 2 раза, послѣдній разъ 9 лѣтъ тому назадъ. 8 лѣтъ тому назадъ, послѣ купанья въ Невѣ во время регулъ, появились весьма сильныя схватывающія боли внизу живота, недѣли чрезъ 2 почувствовала облегченіе, но съ того времени боли повторяются 1—2 раза въ мѣсяцъ, преимущественно послѣ регулъ, но иногда и передъ ними, а также и въ промежуткахъ. Регулы стали запаздывать на 4 — 10 дней. Постоянныя боли въ лѣвой ногѣ. Вмѣстѣ съ тѣмъ появились головныя боли, боли въ области желудка, плохой сонъ и аппетитъ, нервное разстройство.

Больная — высокаго роста съ правильнымъ тѣлосложеніемъ и хорошимъ питаніемъ.

Внутренніе органы нормальны.

Исслѣдованіе нервно-психической системы показало (д-ръ Данило) слѣдующее: повышеніе колѣннаго рефлекса, разстройство чувствительности, присутствіе болѣзненныхъ точекъ. Болѣе всего разстройство въ психической сферѣ. Въ періодъ, соответствующій каждой менструаціи, замѣчается тоска, подозрительность, враждебное отношеніе къ окружающимъ; это состояніе смѣняется полной апатіей. Иногда замѣчаются кратковременныя обманы чувствъ, зрительнаго и слухового. Сонъ предъ менструаціей плохъ, прерывистъ и сопровождается грезами. Со стороны физическихъ явленій: чувство стѣсненія въ горлѣ, различныя невралгіи и лѣвосторонняя мигрень. Всѣ эти явленія повторяются каждый менструальный періодъ. Въ промежуткахъ между регулами чувствуетъ себя хорошо.

Genitalia externa, кромѣ разрыва промежности 1-й степени, ничего особеннаго не представляютъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка небольшой величины, въ *retropositio*, плотна, крайне болѣзненна, мало подвижна. Въ заднемъ сводѣ небольшое чрезвычайно болѣзненное уплотненіе. Вообще, кромѣ чрезвычайной болѣзненности сводовъ и неясныхъ тяжей, другихъ измѣненій не наблюдается.

Діагнозъ: *perimetritis chronica*.

Рѣшено сдѣлать кастрацію по поводу дизменорройныхъ и нервныхъ явленій.

Операція 25/II 88. Разрѣзъ въ 19 см. Сальникъ оказался приращеннымъ къ передней брюшной стѣнкѣ. Отдѣливши эти сращенія и вошедши рукою въ полость таза, можно было констатировать, что съ обѣихъ сторонъ существуютъ обширныя сращенія трубъ съ яичниками и съ окружающими частями посредствомъ весьма плотныхъ ложныхъ перепонокъ. Сращенія эти были до такой степени тѣсны, что отъ нормальныхъ отношеній этихъ частей между собою не осталось слѣдовъ. Сквозь плотныя ложныя перепонки по обѣимъ сторонамъ удалось прощупать по одному узлу, соответствующему, очевидно, яичнику. Только послѣ большихъ усилій удалось дойти до

правого узла и, отдѣляя его отъ сплошныхъ сращеній, вывести его въ брюшную рану вмѣстѣ съ наружнымъ концомъ трубы, изъ которой при этомъ излилось ничтожное количество секрета. Ножка перевязана въ 2 пучка и придатки отдѣлены. Такимъ же образомъ происходило ихъ отдѣленіе и на лѣвой сторонѣ. Рана закрыта 11-ю глубокими и 4-мя поверхностными швами.

Операція продолжалась 55 минутъ.

Послѣоперационный періодъ протекалъ очень гладко, особенно если имѣть въ виду тѣ насилія, которыя приходилось примѣнить для разрушенія сращеній. Температура въ первый день равнялась maximum 38°, на 2-й день наивысшая т-ра=38.3, затѣмъ пришла къ нормѣ и все время оставалась таковою. Рвота и боли въ животѣ незначительныя. На 2-й день появились крови, продолжавшіяся 5 дней. На 10-й день сняты швы, prima intentio. На 22-й день выписалась выздоровѣвшей.

При изслѣдованіи: матка въ anteflexio, нѣ сводахъ незначительный инфильтратъ. Самочувствіе вполне удовлетворительно; весьма незначительныя боли внизу живота.

Дальнѣйшая судьба оперированной. Приходила въ клинику 13/IV 88. Чрезъ 31 день послѣ операціи наступили регулы, продолжавшіяся 3 дня. Менструація началась болями въ пахахъ и поясницѣ, затѣмъ боли ослабли. Во время менструаціи былъ истерическій припадокъ. Постоянныя боли въ лѣвой ногѣ и поясницѣ, сильно беспокоившія больную до операціи, теперь почти отсутствуютъ. Состояніе психики значительно лучше. При изслѣдованіи: своды свободны, въ лѣвомъ чувствительность.

Въ настоящее время оперированная чувствуетъ себя здоровой.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Правая труба наружнымъ концемъ сращена съ яичникомъ и обильно окутана ложными перепонками. Ostium abdomin. проходимо, бахромки укорочены и утолщены, маточный конецъ не представляетъ измѣненій. У наружнаго конца hydatis Morgagni величиною съ горошину, труба немного утолщена и извилиста.

Лѣвая труба покрыта еще большимъ количествомъ ложныхъ перепонокъ, свернута клубкомъ и представляетъ обширныя сращенія съ яичникомъ. Оба конца трубы проходимы. Нѣкоторыя бахромки втянуты внутрь, у наружнаго конца hydatis Morgagni. Труба немного утолщена въ сравненіи съ нормой.

Оба яичника значительно уменьшены въ размѣрахъ и покрыты обширными ложными перепонками.

Микроскопическія измѣненія. При изслѣдованіи обѣихъ трубъ въ различныхъ мѣстахъ на протяженіи отъ маточнаго конца до бахромокъ встрѣчается мало уклоненій отъ нормальнаго строенія.

Наружный слой по мѣстамъ утолщенъ и переходитъ въ ткань соединительнотканыхъ перепонокъ. Слизистая оболочка имѣетъ нор-

мальное строение, покрыта высокими клетками цилиндрического эпителия, отчасти сохранившего рёснички, съ продолговатыми ядрами. На некоторых складках эпителия плохо окрашивается и границы между клетками неясны; но местамъ въ складкахъ и въ мышечномъ слое незначительная инфильтрація.

Патологическое состояніе трубъ: *perisalpingitis duplex*.

Случай 16-й.

Д. Л. поступила въ клинику 31/1 88 съ жалобами на боли, особенно сильныя передъ началомъ кровей.

Больная 29 л. отъ роду, дворянка, замужняя, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Мѣсячныя появились на 13-омъ году и повторялись постоянно чрезъ 3 недѣли по 3 дня. Замужъ вышла 10 лѣтъ тому назадъ и вскорѣ забеременѣла. На 6-мъ мѣсяцѣ послѣдовала абортъ, послѣ котораго была больна въ теченіе 3 мѣсяцевъ, причемъ были знобы, лихорадка и обильныя бѣли. Появившіяся послѣ аборта боли внизу живота съ лѣвой стороны постепенно усиливались; по временамъ бывало частое и болѣзненное мочеиспускание. 2 года тому назадъ присоединились весьма сильныя боли при coitus. Особенно сильныя боли схватками начинаются за два дня до появленія регуль, съ началомъ отдѣленія крови боли утихаютъ. Боли внизу живота съ лѣвой стороны бывають и помимо менструаціи, особенно при утомленіи. Въ теченіи болѣзни бывало періодически то ухудшеніе, то улучшеніе всѣхъ болѣзненныхъ припадковъ. Въ послѣднее время присоединились головокруженія, тошнота и нервное разстройство.

Больная—средняго роста, слабаго тѣлосложенія, на видъ блѣдая, истощенная.

Внутренніе органы не представляютъ ничего особеннаго.

Genitalia externa нормальны.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ *anteversio* и отклонена вправо, консистенція и объемъ матки нормальны, подвижность ограничена, *portio vag.* направлена кзади и ничего особеннаго не представляетъ. Чрезъ лѣвый сводъ прощупывается опухоль величиною въ гусиное яйцо, отдѣляющаяся бороздой отъ матки, опухоль имѣетъ неправильно дольчатую форму и представляетъ эластическую консистенцію, подвижность опухоли весьма ограничена. Придатки матки на правой сторонѣ не представляютъ патологическихъ измѣненій.

Діагнозъ: *Salpingo-oophoritis sin. (hydrosalpinx)*.

Операція произведена 12/III 88. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ длиною въ 18 cm. При изслѣдованіи чрезъ рану, оказывается, что опухоль образована растянутой трубой, представлявшей обширныя сращенія съ окружающими частями. Мѣшокъ былъ пунктированъ тонкимъ троакаромъ, причемъ вытекла прозрачная жидкость съ зеленоватымъ оттѣнкомъ; затѣмъ съ значительными усиліями труба была выведена наружу и, такъ какъ она представляла обширныя сращенія

съ широкой связкой, то подъ опухолью былъ наложенъ рядъ (8) цѣпне-образно захватывающихъ другъ друга лигатуръ и выше ихъ труба затѣмъ была отдѣлена ножницами. Культи опущена въ полость таза и брюшная рана закрыта 12 глубокими швами.

Послѣоперационный періодъ. Первые два дня оперированную беспокоили рвота и боли въ животѣ, затѣмъ онѣ утихли. Температура при соответствующемъ ходѣ кривой пульса въ первые 2 сутокъ давала временныя повышенія до 38.4, затѣмъ все время оставалась нормальной. На 10 день сняты швы, рана зажила *per primam intentionem*. На слѣдующій день появились регулы, продолжавшіяся 5 дней и сопровождавшіяся болями въ крестцѣ и внизу живота.

На 26-й день послѣ операціи выписалась изъ клиники выздоровѣвшей. При изслѣдованіи: матка въ *anteversio*, подвижность ея ограничена, въ лѣвомъ сводѣ въ области культи разлитое уплотнѣніе, слегка болѣзненное, правый и задній сводъ свободенъ.

Дальнѣйшая судьба оперированной неизвѣстна.

Случай № 17.

П. И. поступила въ клинику 30/ix 88 съ жалобами на присутствіе опухоли въ полости живота и на постоянныя ноющія боли въ нижнихъ частяхъ живота, особенно съ лѣвой стороны.

Больная 30-ти лѣтъ отъ роду, цыганка, замужняя, вышла замужъ на 26-мъ году. Первые крови появились на 16-мъ году и повторялись постоянно чрезъ 3 недѣли по 7 дней. Беременной никогда не была.

До того времени, какъ больная замѣтила 2 года тому назадъ присутствіе опухоли, бывали постоянно боли въ первый день наступленія регулъ; когда же появилась опухоль, эти боли прекратились и замѣнились постоянной ноющей болью внизу живота. Относительно быстроты роста опухоли указаній дать не можетъ, говорить, однако, что во время регулъ опухоль увеличивается въ размѣрахъ.

Больная — брюнетка, средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія съ плохимъ питаніемъ.

Состояніе внутреннихъ органовъ не представляетъ отклоненій отъ нормы.

Наружные половые органы нормальны.

При пальпаціи чрезъ брюшныя стѣнки въ нижней части живота опредѣляется опухоль плотной консистенціи, величиною въ два кулака, опухоль легко смѣщается кверху и можетъ быть приподнята до пупка.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка значительно увеличена въ объемѣ, правый уголъ ея значительно вытянутъ въ сторону, такъ что матка имѣетъ видъ однорогой съ развитымъ правымъ рогомъ. Отъ дна матки съ правой стороны отходитъ плотная опухоль величиною съ головку новорожденнаго; опухоль эта легко выводится изъ

полости таза и соединена непосредственно съ маткой. Съ правой стороны и нѣсколько кзади на этой опухоли опредѣляется выступъ, величиною съ куриное яйцо. Отъ лѣваго угла матки отходитъ другая опухоль, идущая вверхъ въ лѣвую fossa iliaca. Эта опухоль эластической консистенціи имѣетъ удлиненную колбасовидную форму; толщина ея по мѣрѣ приближенія къ наружному концу все болѣе увеличивается и здѣсь она имѣетъ величину, равную почти кулаку, и представляется сплюснутой и сложенной изъ двухъ параллельныхъ колбасовидныхъ отдѣловъ. Лѣвая опухоль имѣетъ совершенно свободную подвижность.

При изслѣдованіи зондомъ, каналъ матки направляется вправо и впереди на 16 cm.

Диагнозъ: Salpingo-oophoritis (hydrosalpinx) sin., fibromyoma subserosum fundi uteri.

Операция 8/x 88. Разрѣзъ длиною въ 14 cm. Чрезъ брюшную рану свободно была выведена вся опухоль, такъ какъ она не представляетъ никакихъ сращеній съ окружающими частями. Опухоль представляетъ собою фиброміому дна матки, правый уголъ которой представляется значительно вытянутымъ, отъ фиброміомы отходятъ фаллопиевы трубы въ видѣ колбасовидныхъ мѣшковъ. Для удаленія опухоли, предварительно на лѣвую широкую связку наложено 5 шелковыхъ лигатуръ, захватывающихъ цѣпнеобразно одна другую; такимъ образомъ, вся широкая связка, на всемъ протяженіи отъ угла матки до lig. infundibulo-pelvicum, перевязана въ 5 пучковъ.

Такимъ же образомъ перевязана и правая связка; затѣмъ яичники и трубы были отдѣлены выше лигатуръ, оставаясь въ соединеніи съ фиброміомой. Появившееся при этомъ венозное кровотеченіе изъ тѣхъ участковъ широкихъ связокъ, которые были отдѣлены съ придатками, остановлено наложеніемъ Т-образныхъ пинцетовъ. Затѣмъ, по наложеніи эластическаго жгута подъ основаніе фиброміомы, послѣдняя была отдѣлена, причемъ полость матки осталась не вскрытой. Затѣмъ изъ культи былъ удаленъ еще кусокъ ткани для того, чтобы получилось клиновидное углубленіе, и чтобы, такимъ образомъ, лучше можно было приладить одинъ лоскутъ къ другому, именно передній къ заднему. Лоскуты соединены участками посредствомъ 6 шелковыхъ лигатуръ, проведенныхъ спереди назадъ и обратно. Появившееся изъ культи кровотеченіе послѣ снятія жгута потребовало наложенія еще одной лигатуры. Брюшная рана закрыта 14-ю глубокими швами. Операция продолжалась 55 минутъ.

Послѣоперационный періодъ. Первые сутки оперированную беспокоили тошнота и рвота, боли въ спинѣ и животѣ, на вторые сутки рвота прекратилась, на слѣдующій день утихли боли. Температура въ теченіе первыхъ 10 сутокъ не подымалась выше 37,8. На 10-й день сняты швы, рана зажила per primam intentionem. На 10-е сутки къ вечеру температура поднялась до 38,3 и съ этого времени въ теченіи 1½ мѣсяца бывали временныя поднятія температуры до 38 съ небольшимъ; при этомъ, лихорадочная тем-

пература держалась 1—2 дня и затѣмъ опять смѣнялась нѣсколькими днями нормальной температуры. Это повышеніе температуры обуславливалось образованіемъ эксудата на мѣстѣ культи матки и широкихъ связокъ. Когда температура окончательно установилась на нормальной высотѣ и когда эксудатъ сдѣлался плотнымъ, были применены горячіе души, подъ влияніемъ которыхъ эксудатъ сталъ быстро уменьшаться и на 99-й день послѣ операціи, въ день выписки больной изъ клиники, небольшой величины (толщиной съ палецъ и поверхностью съ пятакъ) эксудатъ опредѣлялся соответственному дну матки, откуда въ видѣ двухъ тяжей, толщиною съ палецъ, эксудатъ распространялся въ стороны, соответственно культамъ широкихъ связокъ. При выпискѣ больная имѣла здоровый видъ и не предъявляла никакихъ жалобъ, кромѣ бывающаго по временамъ сердцебіенія.

Кровей послѣ операціи не было. Черезъ 3 недѣли послѣ операціи, т. е. спустя мѣсяцъ послѣ окончанія послѣднихъ регулъ, у больной въ теченіе 6-ти дней было незначительное отдѣленіе крови горломъ, безъ кашля. Въ легкихъ ничего ненормальнаго не было.

Дальнѣйшая судьба оперированной неизвѣстна.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Препаратъ представляетъ фиброміому дна матки, по обѣ стороны ея находятся растянутыя трубы и яичники (см. рис. № 2). Вѣсъ всего препарата = 610 грамм. Величина фиброміомы равняется размѣрамъ большаго кулака. Окружность ея спереди назадъ = 29 cm. Поверхность ея ровная, гладкая, она покрыта гладкой, блестящей серозной оболочкой.

На нижней поверхности проходитъ плоскость разрѣза, при чемъ на ней у праваго угла выдается отдѣльный фиброзный узелъ величиною съ голубиное яйцо. По обѣимъ сторонамъ отходятъ fallopieвы трубы и начала круглыхъ связокъ. Соответственно участкамъ трубъ, проходящимъ по опухоли, на поверхности ея видны небольшіе валики, выступающіе подъ брюшиной и прощупывающіеся въ видѣ плотныхъ жгутовъ, толщиною съ гусиное перо. Разстояніе между видимыми окончаніями трубъ на поверхности опухоли равно 10 cm. Затѣмъ начала трубъ постепенно углубляются въ ткань фиброміомы, на нѣкоторомъ протяженіи еще могутъ быть прощупаны и, наконецъ, совершенно теряются.

Правая труба, начиная отъ мѣста отхожденія отъ фиброміомы, имѣетъ въ длину 18 cm., вначалѣ имѣетъ толщину карандаша и въ первыхъ двухъ третяхъ почти сохраняетъ этотъ объемъ, лишь нѣсколько утолщаясь къ наружному концу; наружная же треть имѣетъ въ діаметрѣ $1\frac{1}{2}$ — 2 cm. Наружный конецъ закрытъ, бахромки совершенно сохранены и представляются въ видѣ развернувшейся почки, такъ что закрытіе отверстія трубы произошло на уровнѣ основанія бахромокъ.

Труба имѣетъ извилистое направленіе, причемъ во внутреннихъ

третяхъ ея изгибы, очевидно, обуславливаются тѣмъ, что peritoneum не растягивается соотвѣтственно удлинению трубы. Если расправлять изгибы въ одномъ мѣстѣ, то труба, скользя подъ брюшиной, образуетъ по сосѣдству новые изгибы.

Въ наружной трети брюшина плотно соединена съ тканью стѣнки трубы, но поверхность брюшины гладка, блестяща и не имѣетъ ложныхъ перепонокъ.

Внутри трубы находится около 2 хъ столовыхъ ложекъ мутной жидкости, содержащей (подъ микроскопомъ) гнойные шарики въ небольшомъ количествѣ.

При перерѣзкѣ трубы серозный покровъ ускользаетъ назадъ отъ поверхности разрѣза. Просвѣтъ трубы во внутренней части выполненъ набухшей слизистой оболочкой. Въ наружномъ расширеніи внутренняя поверхность мѣшка усажена продольными гребнями значительно утолщенныхъ складокъ, имѣющихъ въ вышину до $\frac{1}{2}$ cm.

Лѣвая труба имѣетъ въ длину 37 cm. Отходя отъ фиброміомы, она имѣетъ толщину карандаша, на разстояніи 2—3 cm. отъ нея начинается дѣлать изгибы и постепенно увеличивается въ діаметръ. Отдѣльные изгибы свободно перемѣщаются подъ покрывающимъ ихъ нормальнымъ peritoneum.

Затѣмъ труба быстро расширяется и образуетъ длинную колбасовидную опухоль, имѣющую почти на всемъ протяженіи почти одинаковый діаметръ, именно 3—4 cm. Эта колбасовидная опухоль сложена вдвое и въ такомъ положеніи обѣ половины ея сращены другъ съ другомъ. Брюшинный покровъ на ней утолщенъ, мутенъ, потерялъ подвижность, плотно соединенъ съ лежащими ниже тканями, но на поверхности своей не имѣетъ ложныхъ перепонокъ, кромѣ наружнаго конца трубы. Наружный конецъ закрытъ, бахромки смотрятъ наружу, но сближены другъ съ другомъ и въ такомъ положеніи перетянуты соединительно-тканными перепонками, изъ подъ которыхъ окончанія бахромокъ пробиваются наружу.

Слизистая оболочка значительно выпячивается надъ поверхностью разрѣза. Въ растянутомъ мѣстѣ трубы складки mucosae значительно ниже, слегка лишь возвышаются надъ поверхностью.

Труба содержитъ 100 граммъ густаго, сливкообразнаго, желтоватаго гноя съ примѣсью крови; гной безъ особеннаго запаха.

Подъ микроскопомъ главная масса содержимаго трубы представляется состоящей изъ зернистыхъ гнойныхъ шариковъ; кромѣ того, видны красные кровяные шарики и темныя, сильно зернистыя тѣла въ 2—3 раза большей величины.

Яичники имѣютъ на видъ нормальныя свойства. Въ лѣвомъ яичникѣ находится свѣжее corpus luteum.

Микроскопическія измѣненія. Правая труба въ мѣстѣ отхожденія отъ опухоли не представляетъ особенныхъ измѣненій. Слизистая оболочка бѣдна клѣточными элементами. Эпителій вездѣ сохраненъ. Въ мышечномъ слое лишь кое-гдѣ инфильтрація.

На препаратахъ нѣсколько дальше къ наружному концу слизи-

стая оболочка вдаётся въ каналъ въ видѣ нѣсколькихъ выступовъ съ болѣе узкимъ основаніемъ и расширенной вершиной. Эти выступы на препаратахъ испещрены круглыми отверстіями и длинными ходами, выстланными цилиндрическимъ эпителиемъ. Кѣтки эпителия потеряли рѣснички, набухли и мутны. На вершинахъ складокъ эпителий исчезъ.

Складки пронизаны мелкокѣточнымъ инфильтратомъ, также какъ отчасти и мышечный слой. Въ слизистой оболочкѣ умѣренное количество сильно налитыхъ сосудовъ.

Въ наружномъ расширеніи слизистая оболочка образуетъ рядъ выступовъ, имѣющихъ въ вышину нѣсколько (2—3) мм. Она представляетъ тѣ же измѣненія, какъ и въ предыдущемъ отдѣлѣ, но рѣзче выраженные. На поверхности, обращенной къ центру мѣшка, складки уже утратили свои нормальные контуры и представляютъ сплошной слой, пронизанный круглыми кѣтками. Эпителия здѣсь нѣтъ; въ углубленіяхъ же слизистой оболочки онъ по мѣстамъ еще представляется неизмѣненнымъ, но мѣстамъ кѣтки его набухли, помутнѣли, границы между кѣтками видны неясно, ядра плохо окрашиваются, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ эпителий отпадаетъ пластами и лежитъ свободно въ полостяхъ.

Мышечный слой развитъ въ толщину приблизительно до 0,3 мм. Мышечныя волокна толсты, имѣютъ крупныя палочкообразныя ядра, среди пучковъ незначительная мелкокѣточная инфильтрація. Кнаружи отъ мышечнаго слоя проходятъ многочисленные крупныя сосуды; здѣсь же проходитъ пластами жировая ткань.

На препаратахъ, проходящихъ чрезъ закрытое *ostium abdominale*, не попадается рубцовой ткани, здѣсь картина чрезвычайно запутанная, такъ какъ въ этомъ мѣстѣ каналъ трубы сплошь выполненъ тѣсно лежащими другъ около друга отростками слизистой оболочки, между которыми остаются лишь небольшія пространства, выполненные мелкозернистымъ детритомъ и слущившимся эпителиемъ, который то отсталъ пластами, то изолированными кѣтками, набухшими, помутнѣвшими, зернистыми, съ плохо окрашивающимися ядрами. Складки образуютъ многочисленныя соединенія другъ съ другомъ и вообще довольно тонки, лишь по мѣстамъ попадаются значительно утолщенныя и инфильтрированныя складки.

Въ лѣвой трубѣ на всемъ протяженіи такія же измѣненія, но рѣзче выраженные, такъ что въ наружномъ мѣшкѣ складки слизистой оболочки слились въ одинъ грануляціонный слой, на поверхности эпителия нѣтъ и здѣсь замѣчается распаденіе ткани. Эпителий сохранился въ глубинѣ слизистой оболочки, выстилая здѣсь отдѣльные ходы и полости, но и здѣсь кѣтки его большей частью измѣнены, помутнѣли, границы между набухшими кѣтками не видны и т. д.

Мышечный слой также развитъ, какъ и на правой сторонѣ, но мышечныя пучки не такъ толсты и между ними болѣе рѣзкая инфильтрація. Наружный слой представляетъ такія же свойства.

Патологическое состояніе трубъ: *hydrosalpinx (pyosalpinx incipiens) dextra, pyosalpinx sinistra*.

Случай № 18-й.

Е. К. поступила въ клинику 29/ix 88 съ жалобами на боли въ правомъ паху, отдающія въ ногу и поясницу.

Больная 30 лѣтъ, жена ремесленника, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Вышла замужъ на 20-мъ году. Первые мѣсячныя появились на 14-мъ году и повторялись разъ въ мѣсяцъ по 7 дней. На второмъ году замужества, т. е. 9 лѣтъ тому назадъ, появились боли внизу живота съ правой стороны и въ поясницѣ. Эти боли, то появляясь въ неопредѣленное время, то исчезая, но въ общемъ постепенно усиливаясь, сдѣлались почти постоянными. Онѣ имѣютъ характеръ ноющей боли, по временамъ, усиливаясь, дѣлаются острыми, колющими, причемъ отдаютъ въ поясницу, а въ послѣдніе 2 года стали отдавать въ правую ногу.

Усиленіе болей обыкновенно совпадаетъ съ регулами, именно боли дѣлаются острыми за день до ихъ появленія, съ началомъ же отдѣленія крови боли нѣсколько утихаютъ. Въ послѣдніе $1\frac{1}{2}$ года стала болѣть и лѣвая сторона живота, въ нижнихъ частяхъ, но значительно слабѣе правой. Беременной никогда не была. Менструаціи стали постепенно запаздывать на нѣсколько дней, продолжаются теперь лишь 3—4 дня и сдѣлались болѣе скудными по количеству крови.

Въ послѣднее время присоединилось нервное разстройство, постоянная безпричинная раздражительность и тоскливое настроеніе духа.

Больная—блондинка, небольшого роста, хорошаго тѣлосложенія, съ обильнымъ развитіемъ подкожнаго жира; цвѣтъ лица и слизистыхъ оболочекъ блѣдный.

Исслѣдованіе внутреннихъ органовъ не открываетъ ничего нормальнаго. Исслѣдованіе чувствительности (циркулемъ Вебера) въ нижнихъ конечностяхъ не показываетъ разницы въ симметричныхъ мѣстахъ обѣихъ сторонъ. Genitalia externa не представляютъ ничего особеннаго.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка нормальнаго объема и консистенціи, не болѣзненна, съ ограниченной подвижностью, смѣщена немного влѣво и наклонена дномъ въ эту же сторону. Смѣщеніе матки обусловливается присутствіемъ опухоли, расположенной съ правой стороны ея. Опухоль тѣсно примыкаетъ къ правому боку матки, величина ея—кулаку; опухоль имѣетъ довольно гладкую поверхность и эластическую консистенцію, подвижность ея весьма ограниченная. Съ лѣвой стороны находится другая опухоль съ крупное куриное яйцо, мало подвижная, эластической консистенціи, между опухолью и маткой неглубокая борозда.

Діагнозъ: Salpingo-oophoritis duplex.

Операция 29/x 88. Разрѣзъ въ 18 cm. При изслѣдованіи чрезъ рану оказывается слѣдующее: отъ праваго угла матки отходитъ опухоль, образованная растянутой трубой и кистовидно-перерожденнымъ яичникомъ, опухоль эта представляетъ обширныя сращенія съ сальникомъ, съ боковой поверхностью матки и съ заднимъ Дугла-

совымъ пространствомъ. Сращеніе съ сальникомъ было перерѣзано по наложеніи лигатуры, затѣмъ съ большими усиліями пришлось разъединять пальцами плотныя соединительно-тканныя перепонки, причемъ растянутая труба и киста яичника лопнули и опорожнились своею прозрачною серозною содержимое желтоватаго цвѣта. Затѣмъ опухоль выведена въ рану и удалена послѣ перевязки ножки въ 2 пучка. Изслѣдуя лѣвые придатки, сначала ничего нельзя было опредѣлить, кромѣ гладкой поверхности плотныхъ ложныхъ перепонокъ, и, только послѣ разрушенія ихъ пальцами, удалось отыскать подъ ними немного растянутую фаллопиеву трубу. Последняя удалена такимъ же образомъ, какъ и справа.

Рана закрыта 12 глубокими швами и 2 поверхностными. Операция продолжалась 55 минутъ.

Послѣоперационный періодъ протекалъ при нормальной температурѣ, наивысшая т-ра на 8 сутки, именно 37,9. Первые 3 сутокъ оперированную беспокоила рвота и боли въ животѣ. Выдѣленіе крови изъ влагалища, начавшееся на 2-й день, продолжалось съ перерывами до 8 дня. На 10-й день сняты швы, *prima intentio*.

На 21-й день выписалась изъ клиники выздоровѣвшею.

При изслѣдованіи: матка подвижна, справа на мѣстѣ культи эксудатъ, величиною съ голубиное яйцо, слѣва—меньшей величины.

Дальнѣйшая судьба оперированной неизвѣстна.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Опухоль правой стороны представляетъ лопнувшую во время операціи полость въ яичникѣ, имѣвшую величину въ куриное яйцо и наполненную серозною жидкостью. Эта полость имѣетъ стѣнки толщиною въ 1 mm., съ гладкой внутренней поверхностью, снаружи на ней видны многочисленные ложныя перепонки и кусокъ приращеннаго сальника. По поверхности ея пробѣгаетъ труба, плотно спаянная съ нею соединительно-тканными перемычками.

Наружный конецъ трубы зарощенъ, отъ бахромокъ не осталось слѣдовъ; стѣнка ея толще нормальнаго, въ наружномъ концѣ труба растянута въ мѣшокъ, имѣющій въ діаметръ до 3 cm.

На разрѣзахъ трубы можно видѣть утолщеніе слизистой оболочки, имѣющей красновато-багровый цвѣтъ. Отдѣльныя складки слизистой оболочки по мѣстамъ сращены другъ съ другомъ и представляются въ видѣ тонкихъ, длинныхъ, вѣтвистыхъ образований.

Снаружи труба обильно покрыта обрывками сращеній и имѣетъ весьма извилистое направленіе, такъ что на разрѣзѣ, проведенномъ чрезъ средину препарата, сразу видно на одномъ мѣстѣ до 3 поперечныхъ сѣченій трубы.

Лѣвая опухоль, величиною съ куриное яйцо, состоитъ какъ бы изъ двухъ отдѣльныхъ долей, раздѣленныхъ неглубокимъ перехватомъ; одинъ отдѣлъ опухоли образованъ растянутымъ наружнымъ концемъ трубы съ закрытымъ *ostio abdomin.*, причемъ бахромки совершенно

не видны; другой отдѣлъ опухоли образованъ остальною частью трубы, свернутой въ клубокъ и окутанной ложными перепонками.

На разрѣзѣ, проведенномъ чрезъ этотъ отдѣлъ опухоли, въ одной плоскости видно до 4 сѣченій трубы и между ея отдѣльными колѣнами находится ткань, принадлежавшая, повидимому, сильно атрофированному яичнику.

Слизистая оболочка трубы имѣетъ такія же свойства, какъ и на правой сторонѣ.

Микроскопическія измѣненія. Во внутреннемъ отдѣлѣ трубы каналъ имѣетъ въ діаметрѣ 4 mm. Весь просвѣтъ выполненъ складками слизистой оболочки, образующими густое сплетеніе. Изъ разсматриванія многихъ сѣзовъ можно убѣдиться, что однѣ складки проходятъ въ видѣ низкихъ, тонкихъ продольныхъ гребней, другія же далеко вдаются въ просвѣтъ и быстро разсыпаются въ цѣлое сплетеніе побочныхъ складокъ. Мелкія складки, принадлежащія одной главной складкѣ, представляютъ густую сѣть анастомозирующихъ между собою вѣточекъ, между которыми находятся пустыя пространства. По мѣстамъ замѣчается, что нѣкоторыя вѣточки, принадлежащія двумъ различнымъ главнымъ складкамъ, сливаются между собою; такимъ образомъ срастающіяся складки перегораживаютъ весь каналъ. Въ этомъ случаѣ чрезвычайно рѣзко выражена увеличенная вѣтвистость складокъ. Складки весьма тонки, такъ что почти повсюду имѣютъ видъ длинныхъ отростковъ, состоящихъ изъ двухъ рядовъ эпителія, между которыми проходитъ весьма тонкій слой волокнистой соединительной ткани; толщина ея, большей частью, не превосходитъ вышины эпителіальной клѣтки. Въ этихъ мѣстахъ складки весьма бѣдны сосудами. Лишь изрѣдка попадаются складки, имѣющія толщину въ нѣсколько разъ большую и здѣсь обыкновенно расположены сосуды. Въ виду сильной вѣтвистости складокъ разрѣзъ часто проходитъ косо къ ихъ длиннику; поэтому, эпителий часто имѣетъ видъ многослойнаго или представляется въ видѣ густаго скопленія круглыхъ ядеръ вслѣдствіе того, что разрѣзъ прошелъ параллельно поверхности эпителіальнаго слоя. Эпителий вездѣ сохраненъ и, кромѣ потери рѣсничекъ, особенныхъ измѣненій не представляетъ.

Мышечный слой имѣетъ въ толщину около 0,2—0,3 mm. и какихъ либо рѣзкихъ измѣненій не представляетъ. Въ немъ проходитъ незначительное количество сосудовъ.

Наружный слой не попадаетъ цѣликомъ, такъ какъ рядомъ съ однимъ просвѣтомъ трубы находится другой, или же брюшина замѣнена ложными перепонками; наконецъ, къ наружному слою въ нѣкоторыхъ мѣстахъ примыкаетъ ткань, которая по своимъ свойствамъ (характерная соединительная ткань корковаго слоя яичника, примордіальные фолликулы и пр.) принадлежитъ яичнику.

На сѣзахъ, взятыхъ изъ середины трубы, складки еще болѣе развѣтвлены, слизистая оболочка богаче сильно налитыми сосудами. Въ среднемъ слоѣ скудное количество мышечныхъ пучковъ. Въ наружномъ слоѣ крупныя, набитые кровяными шариками, сосуды.

Въ наружномъ расширеніи слизистая оболочка представляетъ ровную линію, отъ которой по мѣстамъ на тонкихъ стебелькахъ поднимаются складки, разсыпаящіяся затѣмъ въ цѣлый кустъ. Въ то время, какъ эти складки выстланы высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, въ промежуткахъ между ними слизистая оболочка покрыта весьма низкимъ эпителиемъ. Складки съ переполненными кровеносными сосудами. Мышечные пучки попадаются рѣдко. Большею частью стѣнка состоитъ изъ соединительной ткани, среди ткани частыя кровоизліянія. Сосуды съ утолщенными стѣнками, главнымъ образомъ, вслѣдствіе разрастанія *intimae*.

Правая труба представляетъ аналогичныя измѣненія. Здѣсь тоже извилистое направленіе канала, такъ что едва удастся получить поперечный разрѣзъ; также складки *mucosae* представляютъ значительную вѣтвистость; атрофія мышечныхъ пучковъ; частыя кровоизліянія, утолщеніе стѣнокъ сосудовъ и прочія измѣненія, какъ на тѣхъ же мѣстахъ лѣвой стороны.

Патологическое состояніе трубъ: *hydrosalpinx duplex*.

Случай № 19.

Е. И. поступила въ клинику 15/х 88 съ жалобами на боли внизу живота, бѣли и общую слабость.

Больная 22 л. отъ роду, крестьянка, портниха, не замужняя. Первые крови появились на 15 году и повторялись чрезъ 3—3½ недѣли по 7 дней. Беременной никогда не была. Три года тому назадъ, чрезъ 3 мѣсяца послѣ перваго *coitus'a*, появились боли внизу живота. Эти боли тупаго характера остались постоянными и постепенно все усиливались. Къ этимъ болямъ присоединились острые, рѣжущія боли, появляющіяся за 2 дня до регуль. Эти боли охватываютъ правую паховую область и отсюда распространяются на весь животъ и поясицу. Продолжительность острыхъ болей различна, то нѣсколько часовъ, то безъ перерыва цѣлая сутки. Съ появленіемъ крови боли нѣсколько утихаютъ, но, всетаки, въ теченіи всего періода регуль весьма сильны. Съ каждымъ мѣсяцемъ боли дѣлались все болѣе и болѣе интесивными, на столько, что нѣсколько дней въ началѣ менструаціи больная должна была проводить въ постели, лежа неподвижно въ согнутомъ положеніи. Со времени заболѣванія мѣсячныя стали обильнѣе и появлялись неправильно, чаще всего промежутки между кровями равнялись 1½ — 2 недѣлямъ, продолжительность же регуль = 7—9 дней.

Около года выдѣляются грязныя, сукровичныя бѣли въ обильномъ количествѣ, раньше бѣли были менѣе обильны. По временамъ бывало жженіе при мочеиспусканіи. Три мѣсяца тому назадъ было кровотеченіе, продолжавшееся три недѣли. *Coitus* остался безболѣзненнымъ, но послѣ него состояніе больной ухудшалось (боли сильнѣе, слабость).

За время болѣзни общее состояніе значительно разстроилось: появилось значительное исхуданіе, частыя головокруженія, головныя

боли, сердцебиения и пр. Все время лечилась, но безъ всякаго результата.

Больная—средняго роста, слабаго тѣлосложенія, съ значительно разстроеннымъ питаніемъ, цвѣтъ лица и слизистыхъ оболочекъ крайне блѣдный.

Исслѣдованіе органовъ грудной полости не обнаруживаетъ ничего ненормальнаго. Со стороны органовъ пищеваренія: вялая отпавленія кишечника, отсутствіе аппетита, увеличенная жажда.

Genitalia externa не представляютъ особенностей.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка небольшой величины, въ рѣзко выраженной anteflexio, плотной консистенціи, съ ограниченной подвижностью. Отъ праваго угла матки отходитъ продолговатая опухоль, величиною съ куриное яйцо, довольно плотной консистенціи. Отъ лѣваго угла матки отходитъ такая же опухоль, спускающаяся въ заднее Дугласово пространство и оканчивающаяся здѣсь вздутіемъ.

Эти результаты получены при изслѣдованіи 25 октября, т. е. въ промежуткѣ между двумя менструаціями.

При изслѣдованіи 4/xi, т. е. передъ наступленіемъ менструаціи, опухоль съ правой стороны значительно уменьшилась въ объемъ, лѣвая же опухоль прощупывается гораздо яснѣе.

Діагнозъ: salpingo-oophoritis duplex gonorrhoeica.

Операція 5/xi. Разрѣзъ въ 12 cm. При изслѣдованіи чрезъ рану: трубы сращены съ яичниками, но не представляютъ сращеній съ сосѣдними частями. При выведеніи правой опухоли въ брюшную рану, наружный конецъ трубы, приращенный къ яичнику нѣжными сращеніями, отклеился отъ послѣдняго, причемъ вытекло около чайной ложки гною, находившагося въ трубѣ. Гной не попалъ въ полость peritonei, а смочилъ лишь поверхность разрѣза брюшной стѣнки.

Выведенная опухоль была тщательно окружена со всѣхъ сторонъ губками и затѣмъ отдѣлена, по перевязкѣ ножки въ 2 пучка. Затѣмъ были удалены и лѣвые придатки по обыкновенному способу. Такъ какъ надо было думать, что гной не попалъ въ полость peritonei, то промываніе ея дезинфицирующимъ растворомъ не произведено. Культю тщательно вытерты 2% карболовымъ растворомъ и опущены въ полость таза. Рана закрыта 11 глубокими швами. Операція продолжалась 30 минутъ.

Послѣоперационный періодъ. Въ продолженіи 5 дней оперированную сильно беспокоила тошнота и рвота. Температура не превышала 37,9. На 3-й день показались крови, продолжавшіяся съ перерывами до 9-го дня. На 10-й день сняты швы, prima intentio. На 17-й день встала съ постели. На 21-й день появились боли внизу живота съ лѣвой стороны и въ лѣвой ногѣ до колѣна. Температура къ вечеру поднялась до 38,5. Лихорадка держалась 7 дней, наивысшая т-ра=38,6. При изслѣдованіи съ лѣвой стороны небольшой экссудатъ, не доходящій до стѣнки таза. Больная пролежала въ постели еще 12 дней, на 37-й день выписалась вполне опра-

вившейся. При изслѣдованіи: матка въ anteflexio, подвижна, правый сводъ пустъ, въ лѣвомъ небольшое чувствительное уплотнѣніе.

Дальнѣйшая судьба оперированной. (Апрѣль 1889 года). После операціи два раза были регулы, продолжавшіяся 2 и 6 дней съ незначительнымъ отдѣленіемъ крови. Въ первое время часто беспокоили сердцебіенія, которыя въ настоящее время начинаютъ постепенно утихать.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Правая труба сильно извита, свернута клубкомъ, такъ что маточный конецъ ея находится рядомъ съ наружнымъ. Отдѣльные участки трубы плотно склеены другъ съ другомъ въ этомъ положеніи ложными перепонками. Стѣнки трубы утолщены, діаметръ трубы въ срединѣ больше одного сант. Наружный конецъ вдвое толще. Бахромки укорочены, утолщены и сращены между собою такимъ образомъ, что наружный конецъ трубы образуетъ воронку, широкимъ отверстіемъ своимъ приклеенную къ яичнику, въ которомъ на соотвѣтствующемъ мѣстѣ находится небольшое углубленіе; между этими органами, такимъ образомъ, находилась небольшая полость, изъ которой вытекло незначительное количество гноя при разъединеніи сращеній между трубой и яичникомъ.

Подъ наружнымъ концемъ трубы, между ложными перепонками, небольшая (съ горошину) полость, наполненная жидкостью, имѣющею видъ кровянистаго гноя.

Каналь трубы выполненъ набухшей, гиперемированной слизистой оболочкой, покрытой слоемъ гноя.

Подъ микроскопомъ содержимое трубы представляется состоящимъ, главнымъ образомъ, изъ гнойныхъ тѣлецъ; кромѣ того попадаютъ эпителиальныя клѣтки, подвергшіяся слизистому и жировому перерожденію, и мелкозернистый детритъ.

Яичникъ имѣетъ нормальные размѣры.

Лѣвая труба (см. рис. № 1) во внутренней половинѣ утолщена до размѣра мизинца, имѣетъ слегка изогнутое направленіе, покрыта гладкой серозной оболочкой. Каналь трубы здѣсь выполненъ набухшей, грязновато-розоваго цвѣта слизистой оболочкой, покрытой гноемъ. Въ наружной половинѣ каналь трубы расширяется въ мѣшокъ, причемъ стѣнки трубы быстро истончаются. Растянутая часть трубы образуетъ небольшіе изгибы и выпячиванія и наружнымъ концемъ приращена къ яичнику. Отъ бахромокъ не видно слѣдовъ. Полость наполнена густымъ гноемъ, имѣющимъ подъ микроскопомъ такія же свойства, какъ и на правой сторонѣ.

Яичникъ особенныхъ измѣненій макроскопически не представляетъ.

Микроскопическія измѣненія. Во внутреннемъ концѣ правой трубы складки слизистой оболочки развѣтвлены, набухли, густо пронизаны мелкоклѣточнымъ инфильтратомъ; эпителий большей частью сохраненъ, на верхушкахъ же складокъ отчасти слущился, отчасти его клѣтки трудно различаются вслѣдствіе грануляціонной инфи-

траціи; клітки его потеряли рѣснички, набухли, границы между клітками не ясно видны. Инфильтрація распространяется и на остальные слои трубы, но у границъ мышечного слоя она перестаетъ быть сплошной и между мышечными пучками проходить въ видѣ полосъ. Въ одномъ мѣстѣ большое скопленіе грануляціонныхъ элементовъ вокругъ вены. Сосуды mucosae довольно многочисленны и наполнены кровяными тѣльцами.

Въ среднемъ отдѣлѣ трубы складки слизистой оболочки болѣе многочисленны, на верхушкахъ колбовидно утолщены и инфильтрированы, на поверхности ихъ эпителий исчезъ. Распаденія ткани складокъ не замѣчается.

Въ то время какъ въ однихъ складкахъ обильная мелкоклѣточная инфильтрація, въ другихъ—больше попадаетъ веретенообразныхъ элементовъ, расположенныхъ длинникомъ вдоль складки.

Въ основаніи складокъ видны перерѣзанныя въ различныхъ направленіяхъ мышечныя волокна.

Во внутренней части лѣвой трубы тѣ же измѣненія, какъ и въ правой. Въ наружномъ же расширеніи ея стѣнка истончена до толщины въ 0,4 мм. Кое-гдѣ видны остатки складокъ въ видѣ небольшихъ выступовъ, высотой около 0,1 мм. Эти складочки, равно какъ и промежутки между ними, покрыты цилиндрическимъ эпителиемъ и инфильтрированы круглыми клітками. За слоемъ эпителия идетъ волокнистая соединительная ткань, среди которой неясно различаются сжатые мышечные пучки. Сосудовъ въ стѣнкѣ незначительное количество.

Патологическое состояніе трубъ: *salpingitis suppurativa dextra, pyosalpinx sinistra*.

Случай № 20-й.

М. У. поступила въ клинику 3/xi 88 съ жалобами на сильныя боли во время регулъ и общую слабость.

Больная—28 лѣтъ отъ роду, крестьянка, портниха, незамужняя. Первая менструація появилась на 18-мъ году, и стала повторяться чрезъ 3½ недѣли по 3 дня. На 19-мъ году вскорѣ послѣ перваго coitus'a, забеременѣла, но на 2-мъ мѣсяцѣ последовалъ абортъ. Съ этого времени регулы стали сопровождаться болями, постепенно съ каждымъ годомъ усиливающимися. Боли эти, рѣжущаго характера, охватываютъ низъ живота и поясницу. Боли держатся все время регулъ, но появляются приступами; каждый приступъ боли продолжается отъ ¼ до 1 часа, затѣмъ смѣняется промежуткомъ въ ¼ часа, когда боль затихаетъ. Крови стали появляться неправильно, чаще всего чрезъ 3 недѣли, продолжаются 5—6 дней и гораздо обильнѣе, чѣмъ до заболѣванія. Кровь то отдѣляется сразу въ большемъ количествѣ и сгустками, то отходить по немногу. Въ менструаціи по временамъ бывають лишь легкія ноющія боли внизу живота. Бѣлей особенныхъ не было, но въ послѣднее время появились въ теченіи нѣсколькихъ дней послѣ регулъ сукровичныя от-

дѣленія. Въ послѣдніе 2 года частые позывы къ мочеиспусканію, запоры. Судя по разсказу больной, заболѣваніе, несомнѣнно гонорройнаго характера. Coitus обыкновенно не сопровождается болью, но въ послѣднее время большею частью остается индифферентнымъ.

Больная — средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, питаніе сносное, но цвѣтъ лица и слизистыхъ оболочекъ крайне блѣдный.

Внутренніе органы нормальны.

Genitalia externa ничего особеннаго не представляетъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ anteflexio, смѣщена кпереди и наклонена дномъ въ лѣвую сторону. Черезъ задній и правый сводъ прощупывается опухоль, величиною съ куриное яйцо; опухоль имѣетъ продолговатую форму, рѣзко очерченные контуры и эластическую консистенцію. Весьма ясно прощупывается плотный тяжъ, толщиной въ мизинецъ, отходящій отъ праваго угла матки и переходящій въ опухоль. Къ этой опухоли примыкаетъ, отдѣляясь бороздкой, другая опухоль нѣсколько меньшей величины, расположенная слѣва и сзади матки. Лѣвая опухоль ясно состоитъ изъ двухъ отдѣльныхъ частей, раздѣленныхъ глубокимъ перехватомъ; одинъ отдѣлъ опухоли, расположенный въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ имѣетъ большую величину и эластическую консистенцію (растянутая труба); другой отдѣлъ, меньшей величины, болѣе плотной консистенціи и крайне болѣзненный (яичникъ) расположенъ слѣва отъ матки. При изслѣдованіи зондомъ: длина полости матки = $7\frac{1}{2}$ ctm., каналъ матки искривленъ кпереди и немного влѣво.

Диагнозъ: Salpingo-oophoritis duplex.

Операція 23/xi 88. Разрѣзъ длиною въ 14 ctm. Выведеніе въ рану лѣвыхъ придатковъ представляло нѣкоторыя затрудненія вслѣдствіе довольно плотныхъ ложныхъ перепонокъ, соединявшихъ ихъ съ заднимъ Дугласовымъ пространствомъ. На правой сторонѣ сращенія менѣе значительны. По выведеніи опухолей въ брюшную рану ножка ихъ перевязывалась въ 2 пучка и придатки отдѣлялись. Рана закрыта 12 глубокими швами. Операція продолжалась 40 минутъ.

Послѣоперационный періодъ представлялъ гладкое теченіе. На 2-й день послѣ операціи т-ра въ продолженіи 4-хъ часовъ равнялась 38,2, во все же остальное время т-ра была нормальна. Въ теченіи первыхъ двухъ сутокъ рвота, метеоризмъ, боли въ животѣ, на второй день, по временамъ, появлялся обильный потъ.

На 4-й день появились крови, продолжавшіяся до 7 дня. На 10-й день сняты швы, prima intentio. На 18-й день встала съ постели.

На слѣдующій день появилась слабость, легкія боли внизу живота съ правой стороны, частые позывы къ мочеиспусканію, плохой сонъ и аппетитъ. Это состояніе больной совпадало со временемъ менструаціи, которая должна была появиться, но не появилась, такое состояніе продолжалось съ недѣлю, затѣмъ всѣ эти симптомы прошли

и на 30-й день послѣ операціи она выписалась изъ клиники вполне здоровой.

При изслѣдованіи въ день выписки: матка въ anteflexio, подвижна, по бокамъ ея прощупываются маленькія, слегка болѣзненные культи.

Дальнѣйшая судьба оперированной неизвѣстна.

Описание препарата.

Макроскопическія измѣненія. Правая опухоль, величиною съ большое куриное яйцо, главнымъ образомъ состоитъ изъ растянутой въ наружномъ концѣ фаллопиевой трубы. Этотъ мѣшокъ имѣетъ удлиненную, овальную форму. Однимъ концемъ онъ упирается въ яичникъ, отъ другаго конца отходить мало растянутый внутренній отдѣлъ трубы, которая въ этомъ мѣстѣ образуетъ крутой изгибъ и затѣмъ, идя по поверхности мѣшка и плотно съ нимъ сращенная, направляется къ тому мѣсту, гдѣ приращенъ яичникъ. Внутренній отдѣлъ трубы имѣетъ въ длину 6 cm., представляетъ немного извилистое направленіе, толщина трубы здѣсь равняется приблизительно 1 cm.; на мѣстѣ перерѣзки труба имѣетъ нормальную толщину. Въ этомъ участкѣ стѣнка трубы не представляетъ утолщенія, просвѣтъ зияетъ, слизистая оболочка тонка, блѣдна, складки тонки и немногочисленны. Въ наружномъ мѣшкѣ отъ бахромокъ не осталось слѣдовъ. Внутренняя поверхность мѣшка покрыта невысокими продольными складочками; въ полости находится прозрачная, водянистая жидкость слегка желтоватаго цвѣта, въ количествѣ около 3 унцъ. Наружнымъ концемъ мѣшокъ упирается въ яичникъ, который въ этомъ мѣстѣ представляетъ чашкообразное углубленіе, такъ какъ яичникъ всей поверхностью приращенъ къ трубному мѣшку и распластывается на его поверхности.

Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ яичникъ распластанъ, толщина его не превосходитъ 2 mm. Въ наиболѣе толстомъ мѣстѣ яичникъ имѣетъ 1½ cm. На поверхности его видны графовы пузырьки въ различныхъ стадіяхъ развитія. Поверхность опухоли покрыта обрывками ложныхъ перепонокъ.

Лѣвая опухоль образована яичникомъ и сращенной съ нимъ растянутой трубой. Начиная отъ маточнаго конца на протяженіи 3 cm. труба представляетъ утолщеніе стѣнокъ безъ растяженія канала; это утолщеніе трубы постепенно увеличивается къ наружному концу, такъ что здѣсь она достигаетъ 1⅓ cm. Каналь трубы въ этомъ мѣстѣ выполненъ набухшей слизистой оболочкой и кровянистымъ содержимымъ. Слизистая оболочка, равно какъ и вся стѣнка трубы имѣютъ темно-багровый цвѣтъ. Затѣмъ труба быстро растягивается и превращается въ мѣшокъ, величиною съ голубиное яйцо. По мѣрѣ растяженія, стѣнки истончаются, но и въ самомъ тонкомъ мѣстѣ стѣнка имѣетъ толщину около 1 mm. Внутренняя поверхность мѣшка покрыта низкими складочками. Наружное отверстіе закрыто съ исчезаніемъ бахромокъ. Полость выполнена довольно

густой кровянистой жидкостью, имѣющей шоколадный оттѣнокъ и лишенной запаха. Количество жидкости=2 унцъ.

Посредствомъ ложныхъ перепонокъ мѣшокъ соединенъ съ яичникомъ, имѣющимъ въ длину 3 cm., въ ширину—2 cm., въ толщину—1 1/2 cm. Макроскопически яичникъ не представляетъ ничего особеннаго.

Микроскопическія измѣненія Въ правой трубѣ въ началѣ расширенія толщина стѣнки на свободномъ краю=1,8 mm. Просвѣтъ зіяетъ. Онъ ограниченъ по мѣстамъ ровной линіей mucosae, по мѣстамъ въ него вдаются чрезвычайно длинныя складки. Послѣднія въ основаніи, по мѣстамъ, толсты и въ этихъ мѣстахъ еще видны волокна гладкихъ мышцъ; большею же частью видны чрезвычайно удлиненыя складки, соединительно тканная строма которыхъ представляется сильно сжатой и бѣдной сосудами. Эпителій вездѣ сохранился, но потерялъ рѣснички. По мѣстамъ клѣтки его сохраняютъ цилиндрическую форму и имѣютъ длинныя ядра, расположенныя правильно въ одинъ рядъ; большею же частью эпителий уплощенъ, такъ что овальныя ядра лежатъ параллельно поверхности складокъ. Мышечные пучки хорошо сохранились, но раздвинуты большимъ количествомъ волокнистой соединительной ткани. Мышечный слой, равно какъ и mucosa, по мѣстамъ представляютъ незначительную грануляціонную инфильтрацію. Въ наружномъ слоѣ свѣжее кровоизліяніе. Этотъ слой оканчивается тканью ложныхъ перепонокъ.

Въ наружномъ расширеніи толщина стѣнки=1 mm. Стѣнка состоитъ, главнымъ образомъ, изъ соединительной ткани; мышечный слой едва различается, мышечные пучки сжаты, тонки, замѣтны по своимъ ядрамъ. Эпителій значительно уплощенъ, съ ядрами, правильно расположенными въ одинъ рядъ, параллельно поверхности. Сосудовъ въ стѣнкѣ немного и они переполнены кровяными тѣльцами.

Въ лѣвой трубѣ, во внутреннемъ концѣ, слизистая оболочка представляетъ сильно развѣтвленныя складки, которыя, въ свою очередь, пронизаны большимъ количествомъ полостей и ходовъ различнаго очертанія, выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Слизистая оболочка богата круглыми грануляционными и веретенообразными элементами и молодой соединительной тканью. Эпителій цилиндрической, безъ рѣсничекъ. Въ просвѣтѣ красные шарики, немного бѣлыхъ и голыя ядра. Между мышечными пучками—полоски грануляціоннаго инфильтрата, образующаго также отдѣльныя скопленія, преимущественно вокругъ венъ.

Въ средней части трубы просвѣтъ зіяетъ, въ него вдаются длинныя вѣтвистыя складки, заключающія въ себѣ полости. Въ этихъ полостяхъ, а также и на поверхности складокъ кровяныя скопленія, состоящія изъ измѣненныхъ красныхъ шариковъ, зернистаго пигмента и крупныхъ зернистыхъ клѣтокъ. Въ самой ткани по мѣстамъ кровоизліянія. Слизистая оболочка представляетъ грануляціонную инфильтрацію и пропитана зернистымъ пигментомъ, кромѣ того въ ней попадаются крупныя клѣтки съ зернами пигмента, которыя

изрѣдка встрѣчаются и въ предыдущемъ отдѣлѣ трубы, но больше всего въ наружномъ расширеніи. Мышечные пучки раздвинуты другъ отъ друга соединительной тканью, между ними незначительная грануляціонная инфильтрація.

Въ наружномъ мѣшкѣ слизистая оболочка представляетъ ровную поверхность, на которой по мѣстамъ попадаются невысокія и мало развѣтвленные складки. На рис. № 5 изображена верхушка одной складки. Складка представляетъ грануляціонную инфильтрацію. (На рисункѣ слѣва видна лимфатическая щель съ большимъ количествомъ грануляціонныхъ элементовъ). Въ складкахъ проходитъ обильное количество расширенныхъ капилляровъ, набитыхъ кровяными шариками. Въ стромѣ складокъ находятся свободныя зерна кровянаго пигмента и большія эпителиоидныя кѣтки, нѣкоторыя съ ясно различаемыми буроватыми ядрами, пропитанныя зернистымъ пигментомъ, похожимъ на тотъ, который свободно лежитъ въ окружающей соединительной ткани. Складки большею частью покрыты цилиндрическимъ эпителиемъ, потерявшимъ рѣснички, нѣкоторыя же складки лишены эпителия, который нерѣдко лежитъ по сосѣдству, отдѣлившись пластамъ. Крупныя кѣтки, пигментъ и капилляры встрѣчаются только въ складкахъ слизистой оболочки, тамъ же гдѣ складокъ нѣтъ, слизистая оболочка представляетъ слой соединительной ткани, покрытой цилиндрическимъ эпителиемъ и переходящій незамѣтно въ остальные слои трубы. Стѣнка состоитъ, главнымъ образомъ, изъ соединительной ткани, мышечные пучки ясно не различаются.

Случай № 21-й.

А. Ч. поступила въ клинику 1/xii 88 съ жалобами на боли въ пахахъ, поясницѣ и около пупка.

Больная 33 л. отъ роду, солдатка, занимается хозяйствомъ. Вышла замужъ на 26 году, беременной никогда не была. Первые крови появились на 18 году и повторялись чрезъ 3—4 недѣли по 3 дня. Первый coitus имѣла на 18 году. На 22 году, послѣ отсутствія регулъ въ теченіе 5 мѣсяцевъ, появились кровотеченія, продолжавшіяся 5 мѣсяцевъ. Первые 4 года послѣ выхода замужъ чувствовала себя здоровой, затѣмъ появились боли внизу живота, въ поясницѣ и около пупка. Боли эти ноющего характера появлялись сначала по временамъ, раза 2 въ недѣлю и продолжались дня по 2, за послѣдній годъ сдѣлались постоянными и къ нимъ присоединялись рѣжущія боли, появляющіяся за день до кровей и прекращающіяся съ началомъ отдѣленія крови. Съ прошлаго года по ночамъ бываетъ непроизвольное мочеиспусканіе.

Больная высокаго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, съ сноснымъ питаніемъ.

При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ, кромѣ явленій бронхита, ничего особеннаго не встрѣчается.

Наружные половые органы не представляютъ ничего особеннаго.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка смѣщена вправо, въ retro-

versio, нормального объема, плотна, неболезненна. Portio vagin. конической формы, обращена впередъ. Смѣщеніе матки обусловливается присутствіемъ опухоли слѣва отъ нея. Опухоль эта занимаетъ лѣвый и отчасти задній сводъ, имѣетъ величину съ большое куриное яйцо, эластической консистенціи, плотно прилегаетъ къ маткѣ, имѣетъ весьма ограниченную подвижность; поверхность ея неровна, крупно бугриста.

Діагнозъ: salpingo-oophoritis (hydrosalpinx) sinistra.

Операция сдѣлана 7/xii. Разрѣзъ въ 16 см. Произведенное чрезъ брюшную рану изслѣдованіе констатировало нормальное состояніе правостороннихъ придатковъ матки и растяженіе лѣвой трубы до размѣровъ куриного яйца. Опухоль выведена наружу, послѣ того какъ съ нѣкоторыми усиліями были разорваны рукою сращенія трубнаго мѣшка съ заднимъ Дугласовымъ пространствомъ. Затѣмъ опухоль удалена обычнымъ способомъ. Рана закрыта 12 глубокими и 3 поверхностными швами. Операция продолжалась 35 минутъ.

Послѣоперационный періодъ представляетъ гладкое теченіе. Температура не подымалась выше 37.9 (3 день послѣ операціи). Въ первыя сутки была одинъ разъ рвота; боли въ животѣ, вообще незначительныя, иногда усиливались вслѣдствіе сильного кашля. На 2 день появилось отдѣленіе кровей, продолжавшееся 2 дня. На 10 день сняты швы, prima intentio.

На 36 день выписалась выздоровѣвшей и вполне освободившейся отъ прежнихъ болей. При изслѣдованіи: матка подвижна, въ anteversio, своды свободны.

Дальнѣйшая судьба оперированной неизвѣстна.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Опухоль представляетъ собою hydrosalpinx. На протяженіи 3 см. отъ мѣста перерѣзки труба представляется растянутой до толщины мизинца. Слизистая оболочка здѣсь блѣдна, складки ея изглажены. За этимъ участкомъ труба переходитъ въ мѣшокъ овальной формы, величиною съ куриное яйцо. Поверхность мѣшка покрыта обрывками ложныхъ перепонокъ, стѣнки истончены, по мѣстамъ не толще листа бумаги. Внутренняя поверхность гладка. Полость выполнена серозной водянистой жидкостью, не представляющей подъ микроскопомъ форменныхъ элементовъ. Вѣсъ всего препарата = 85 gtm.

Микроскопическія измѣненія. Во внутренней части трубы, гдѣ просвѣтъ = толщинѣ карандаша, въ каналъ вдаются невысокія складки, между которыми внутренняя поверхность стѣнки представляетъ гладкую поверхность, лишенную выступовъ. Въ складкахъ видны полости и ходы, идущіе въ различныхъ направленіяхъ. Слизистая оболочка повсюду покрыта цилиндрическимъ эпителиемъ, имѣющимъ въ различныхъ мѣстахъ неодинаковый видъ: то онъ имѣетъ видъ высокихъ цилиндрическихъ клѣтокъ, преимущественно въ полостяхъ складокъ, то, наоборотъ, клѣтки его весьма низки, по

мѣстамъ почти плоски; послѣдняго рода эпителий находится преимущественно въ углубленіяхъ между складками и на верхушкахъ послѣднихъ. Слизистая оболочка бѣдна сосудами. Въ нѣкоторыхъ складкахъ умѣренное количество круглыхъ клѣтокъ, въ другихъ — больше веретенообразныхъ элементовъ, или переходныхъ формъ между круглыми и веретенообразными.

Мышечный слой не представляетъ замѣтныхъ измѣненій, имѣетъ незначительное количество сосудовъ. Послѣдніе проходятъ главнымъ образомъ въ наружномъ соединительнотканномъ слоѣ. Стѣнки ихъ не представляютъ измѣненій.

Въ периферическомъ расширеніи стѣнка трубы имѣетъ въ толщину 0,5 mm., состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани съ весьма скуднымъ количествомъ небольшихъ сосудовъ. Мышечныхъ элементовъ въ стѣнкѣ не видно. Внутренняя поверхность представляется ровной, гладкой линіей, безъ выступовъ, покрыта сильно уплощеннымъ эпителиемъ.

Патологическое состояніе трубы: hydrosalpinx.

Случай № 22-й.

М. Ц. поступила въ клинику 10/xi 88 съ жалобами на бѣли и нервное расстройство.

Больная 25 лѣтъ, гражданка, незамужняя, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые регулы появились на 16-мъ году и всегда повторялись правильно чрезъ 3½ недѣли по 3 дня. Беременной никогда не была. Первый coitus имѣла на 17-мъ году. До послѣдняго года всегда чувствовала себя здоровой. Годъ тому назадъ появилась небольшая рѣзь при мочеиспусканіи, продолжавшаяся мѣсяца два, и бѣли. Около 6 мѣсяцевъ тому назадъ около отверстія мочеиспускательнаго канала появились разращенія, которыя однимъ врачомъ были вырѣзаны и прижжены. Затѣмъ больная замѣтила небольшую опухоль въ толщѣ лѣвой большой губы. Кромѣ обильныхъ бѣлей больная не предъявляетъ никакихъ жалобъ на расстройства со стороны половой сферы.

За послѣдній годъ больная значительно похудѣла, аппетитъ сталъ плохимъ, часто появлялись тошнота и рвота, больная сдѣлалась нервной, раздражительной и пр.

Больная — брюнетка, высокаго роста, хорошаго тѣлосложенія, питаніе значительно ослаблено.

Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не обнаруживаетъ патологическихъ явленій.

При изслѣдованіи genitalia externa: мочеиспускательный каналъ значительно укороченъ, что является результатомъ прежнихъ вырѣзываній и прижиганій; вокругъ наружнаго отверстія и въ introitus слизистая оболочка представляетъ рѣзкую гиперемію, по мѣстамъ видны рубцы; въ толщѣ лѣвой губы прощупывается Бартолинова железа, превратившаяся въ кисту величиною съ лѣсной орѣхъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка нормальной величины, въ

anteversio и смѣщена немного вправо, безболѣзненна, почти неподвижна. Черезъ лѣвый и задній сводъ прощупывается опухоль величиною съ гусиное яйцо. Опухоль продолговатой формы, съ гладкой поверхностью, эластической консистенціи, имѣетъ рѣзко очерченные контуры, примыкаетъ близко къ маткѣ, отдѣляясь отъ нея бороздой, подвижность опухоли отсутствуетъ.

На правой сторонѣ находится другая опухоль, соединенная посредствомъ тяжа съ правымъ угломъ матки, имѣетъ продолговатую форму, эластическую консистенцію, такую же величину, какъ и лѣвая, но имѣетъ свободную подвижность, такъ что можетъ быть смѣщена внизъ въ правый сводъ и совершенно оттянута кверху, причемъ вся опухоль удобно прощупывается черезъ брюшныя стѣнки.

Диагнозъ: Salpingo-oophoritis (hydrosalpinx) duplex.

Операція 17/хп 88. Разрѣзъ въ 14 см. Выведеніе въ брюшную рану правой опухоли не представляло затрудненій, такъ какъ опухоль, образованная растянутой фаллопиевой трубой, была сращена только съ яичникомъ; послѣдній же былъ сращенъ съ заднимъ Дугласовымъ пространствомъ, но эти сращения легко разъединены пальцами. Опухоль отдѣлена по перевязкѣ ножки въ 2 пучка. Отдѣленіе лѣвой опухоли представляло больше затрудненій, такъ какъ растянутая труба имѣла плотныя сращения съ заднимъ Дугласовымъ пространствомъ. Эти сращения были отдѣлены съ большими усилями и затѣмъ растянутая труба выведена была наружу и удалена по обыкновенному способу. Яичникъ оставленъ на мѣстѣ. Рана закрыта 12 глубокими швами. Операція продолжалась 35 минутъ.

Послѣоперационный періодъ представлялъ чрезвычайно гладкое теченіе. Рвоты и тошноты не было. Боли незначительныя, такъ что ни разу не пришлось прибѣгать къ подкожнымъ впрыскиваніямъ морфія. Наивысшая т-ра было 37.6.

На второй день появилось выдѣленіе кровей, продолжавшееся 3 дня. На 10-й день сняты швы, prima intentio. Черезъ мѣсяць послѣ операціи начались мѣсячныя, продолжавшіяся три дня. По окончаніи ихъ больная выписалась изъ клиники. При изслѣдованіи: матка подвижна, своды пусты. Оперированная чувствуетъ себя вполне здоровой.

Дальнѣйшая судьба оперированной неизвѣстна.

Описаніе препарата.

Макроскопическія измѣненія. Правая опухоль состоитъ изъ растянутой фаллопиевой трубы и сращеннаго съ ней яичника. Въсѣ всего препарата = 205 грамм. Начиная отъ мѣста перерѣзки, труба представляетъ постепенное, но въ общемъ незначительное расширеніе канала, такъ что на протяженіи 9—10 см труба имѣетъ толщину въ мизинецъ, затѣмъ быстро расширяется въ шаровидную полость, имѣющую наибольшій діаметръ = 7 см и наименьшій = 6½ см. Брюшина, покрывающая первую часть трубы, непосредственно переходитъ на мѣшокъ, образованный наружнымъ концемъ. Брюшина слегка инъецирована, сохранила нѣкоторую подвижность надъ тканью самой

трубы, поверхность ея гладка, блестяща и только въ томъ мѣстѣ, гдѣ прилегаетъ яичникъ, покрыта ложными перепонками, соединяющими оба органа между собою. Стѣнки мѣшка истончены до просвѣчиванія. Въ полости трубы находится прозрачная серозная жидкость.

Яичникъ немного увеличенъ въ объемѣ и содержитъ въ себѣ много мѣшечковъ величиною съ горошину.

Лѣвая опухоль образована растянутой трубой. Всѣ препараты = 170 gramm. Мѣшокъ имѣетъ овальную форму, наибольшій діаметръ овала = $9\frac{1}{2}$, наименьшій = 7 cm. Опухоль состоитъ изъ растянутой въ наружной части трубы. По поверхности этого мѣшка, на половинѣ его периферіи, пробѣгаетъ внутренній отдѣлъ трубы, также растянутый до толщины мизинца; этотъ отдѣлъ имѣетъ почти прямолинейное направленіе, діаметръ почти вездѣ одинаковъ, по мѣстамъ слегка выражены отдѣльныя вздутія. Эта часть трубы затѣмъ сразу переходитъ въ наружное расширеніе, представляющее по мѣстамъ небольшіе выступы (см. рис. № 4). Брюшина, покрывающая обѣ части трубы, непосредственно переходитъ съ одной части на другую. На задней поверхности мѣшка видны обрывки ложныхъ перепонокъ, соединявшихъ его съ заднимъ Дугласовымъ пространствомъ. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ отдѣлены ложныя перепонки, стѣнки трубы истончены до прозрачности.

Подъ микроскопомъ серозная жидкость не содержитъ форменныхъ элементовъ.

Микроскопическія измѣненія. Въ лѣвой трубѣ, въ начальной части, просвѣтъ трубы имѣетъ видъ неправильно-звѣздчатой фигуры. Это обусловливается не развитіемъ складокъ слизистой оболочки, но выпячиваніемъ стѣнокъ трубы (подъ вліяніемъ обработки), какъ это можно видѣть по расположенію мышечныхъ пучковъ. Собственно же слизистая оболочка имѣетъ атрофическій видъ, представляетъ слой соединительной ткани, покрытой эпителиемъ, по мѣстамъ образуетъ небольшія складки въ видѣ низкихъ выступовъ. Эпителий повсюду сохраненъ, но рѣсничекъ не видно; на складкахъ эпителий цилиндрической, въ промежуткахъ же между ними клѣтки его значительно ниже, по мѣстамъ почти плоскія. Сосудовъ въ стѣнкѣ трубы очень мало, особенно въ слизистой оболочкѣ. Большею частью сосуды проходятъ подъ брюшинной оболочкой. Мышечный слой тоньше нормальнаго, но особенныхъ измѣненій не представляетъ.

Въ соотвѣствующихъ мѣстахъ правой трубы тѣ же измѣненія, т. е. стѣнка представляетъ, главнымъ образомъ, послѣдствія растяженія, собственно же воспалительныхъ явленій не замѣчается.

На препаратахъ, взятыхъ ближе къ наружному мѣшку трубы, внутренняя поверхность представляетъ почти прямую линію, на которой изрѣдка попадаются скудно развѣтвленные складки, въ которыхъ замѣтна мелкоклѣточная инфильтрація, по мѣстамъ на складкахъ эпителий слущился. Въ промежуткахъ между складками эпителий имѣетъ весьма низкія клѣтки, слизистая оболочка представляетъ тон-

кій слой соединительной ткани, мышечный слой истонченъ, между нимъ и брюшиной весьма нѣжная соединительная ткань.

У начала мѣшка толщина стѣнки=0,6 mm. Складки почти совершенно изглажены, лишь кое-гдѣ возвышаются небольшіе валики тисозае, богатые круглыми клѣтками. Стѣнка состоитъ, главнымъ образомъ, изъ соединительной ткани, среди которой въ скудномъ количествѣ расположены сжатые мышечные пучки, различаемые, главнымъ образомъ, по палочко-образнымъ ядрамъ.

Патологическое состояніе трубъ: hydrosalpinx duplex.

На основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ наблюденій я прихожу къ слѣдующимъ заключеніямъ:

- 1) Патолого-анатомическія измѣненія въ фаллопиевыхъ трубахъ выражаются или воспалительными явленіями въ собственномъ смыслѣ, или гиперплазіей тканей, являющейся спутникомъ или слѣдствіемъ воспаления.
- 2) Актиномикозъ и туберкулезъ трубъ представляетъ характерныя особенности, остальные же формы сальпингита не имѣютъ замѣтныхъ гистологическихъ отличій другъ отъ друга.
- 3) Пуэрперальныя и гонорройныя заболѣванія трубъ чаще бываютъ гнойнаго характера, но могутъ выражаться также и въ другихъ формахъ (катарральный сальпингитъ, hydrosalpinx и пр).
- 4) Растяженія трубъ должны быть отличаемы отъ тѣхъ процессовъ въ трубахъ, которые служатъ причиной накопленія секрета.
- 5) Заболѣваніе, развившееся въ трубахъ, должно разсматриваться какъ salpingo-oophoritis, особенно въ клиническомъ отношеніи.
- 6) Діагностика сальпинго-оофорита не представляетъ затрудненій, болѣе же точнее опредѣленіе анатомическаго характера заболѣванія въ однихъ случаяхъ достигается легко, въ другихъ—представляется гадательнымъ.
- 7) Отличительную особенность трубно-яичниковыхъ опухолей наибольшаго размѣра представляетъ колебаніе ихъ объема въ связи съ менструаціей.
- 8) Наиболѣе надежнымъ методомъ оперативной терапіи сальпинго-оофорита служитъ полное удаленіе заболѣвшихъ придатковъ.
- 9) Часто встрѣчающіяся при сальпинго-оофоритѣ обширныя сращения не должны удерживать оператора отъ попытокъ довести операцію до конца.

Заканчивая свой трудъ, считаю нравственнымъ долгомъ выразить свою искреннюю благодарность глубоко-уважаемому учителю моему, профессору Алексѣю Ивановичу Лебедеву, за постоянное руководство и цѣнные совѣты при выполненіи этой работы, а также и за то клиническое образованіе, которое я получалъ и продолжаю получать въ его клиникѣ.

Не могу не помянуть добрымъ словомъ и доцента нашей клиники, Ивана Николаевича Грамматикати, всегда относившагося сочувственно къ моей работѣ.



ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Пробное чревосъченіе указываетъ на несовершенство гинекологической діагностики.
2. Сращенія, даже самыя обширныя, при операціяхъ въ брюшной полости не служатъ препятствіемъ для успѣшнаго окончанія операціи.
3. Экстирпація матки при ракѣ, какъ методъ радикальной терапіи, не можетъ имѣть широкаго примѣненія.
4. Плодные оболочки, оставшіяся послѣ родовъ въ полости матки, не требуютъ оперативнаго вмѣшательства, если роды проведены асептично.
5. Примѣненіе методовъ бактериологическаго изслѣдованія въ гинекологическихъ клиникахъ составляетъ насущную потребность.
6. Примѣненіе микроскопа съ цѣлью діагностики должно стоять на первомъ планѣ.

CONCLUSION

1. The first part of the report deals with the general principles of the theory of the subject.
2. The second part of the report deals with the application of the theory to the subject.
3. The third part of the report deals with the application of the theory to the subject.
4. The fourth part of the report deals with the application of the theory to the subject.
5. The fifth part of the report deals with the application of the theory to the subject.
6. The sixth part of the report deals with the application of the theory to the subject.
7. The seventh part of the report deals with the application of the theory to the subject.
8. The eighth part of the report deals with the application of the theory to the subject.
9. The ninth part of the report deals with the application of the theory to the subject.
10. The tenth part of the report deals with the application of the theory to the subject.

Curriculum vitae.

Сергѣй Дмитріевичъ Михновъ, потомственный дворянинъ, родился въ Кіевѣ въ 1860 году. Въ 1871 году поступилъ въ I-й классъ 2-й С.-Петербургской гимназіи, гдѣ и окончилъ курсъ въ 1879 году съ золотой медалью. Въ томъ же году поступилъ на естественное отдѣленіе физико-математическаго факультета С.-Петербургскаго Университета. Въ 1883 году окончилъ курсъ университета со степенью кандидата. Въ томъ же 1883 году поступилъ на приготовительный курсъ Военно-Медицинской Академіи и, по выдержаніи повѣрочныхъ экзаменовъ, чрезъ 4 мѣсяца перешелъ на младшій курсъ Академіи. Въ 1886 году окончилъ курсъ Академіи cum eximia laude и по конкурсу оставленъ при Академіи въ числѣ врачей для усовершенствованія. Съ тѣхъ поръ состоитъ ординаторомъ Академической акушерско-гинекологической клиники профессора А. И. Лебедева. Въ теченіе 1887—88 учебнаго года завѣдывалъ родильнымъ покоемъ клиники. Докторскіе экзамены окончилъ въ маѣ 1887 года и для полученія степени доктора медицины представляетъ настоящую работу подъ заглавіемъ: „Къ вопросу о заболѣваніи фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ въ патолого-анатомическомъ и клиническомъ отношеніи“. Предварительное сообщеніе о ней сдѣлано имъ на 3-мъ съѣздѣ общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова и напечатано въ „Дневникѣ Съѣзда“ на стр. 49.

CONTENTS

Mucous memb of tube

Musc. layer of tube

tubercular calyx

Объясненіе рисунковъ.

Рис. 1. Свѣжій препаратъ въ натур. величину. 1—внутренній конецъ трубы. 2—наружный растянутый конецъ трубы. 3—сращеніе между трубой и яичникомъ. См. стр. 158.

Рис. 2. Свѣжій препаратъ вдвое менѣе натуральной величины. 1 — fibromyoma fundi uteri. 2 — правый яичникъ. 3 — лѣвый яичникъ. 4 — правая круглая связка. 5 — лѣвая круглая связка. 6 — отдѣльный фиброзный узелъ. 7 — *filata* расширенная правая труба. 8 — ея бахромки, 9 — расширенная лѣвая труба. См. стр. 150. *round h*
fibrous
fringe

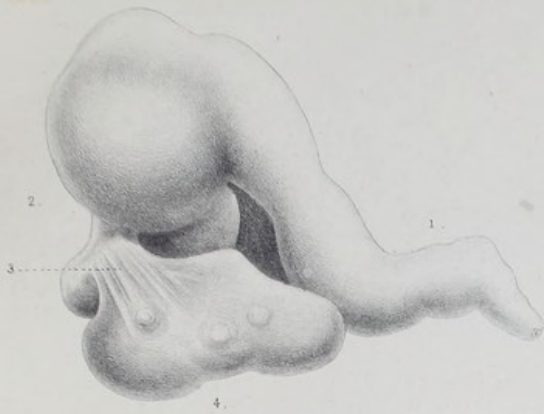
Рис. 3. Спиртовой препаратъ въ натур. вел. 1—вскрытая продольно труба. 2—кистовидная полость въ яичникѣ. 3—напиллярныя разращенія въ полостяхъ яичника. См. стр. 141.

Рис. 4. Свѣжій препаратъ въ натур. вел. 1—внутренній конецъ трубы. 2—наружный мѣшокъ. 3—обрывки сращеній. См. стр. 167.

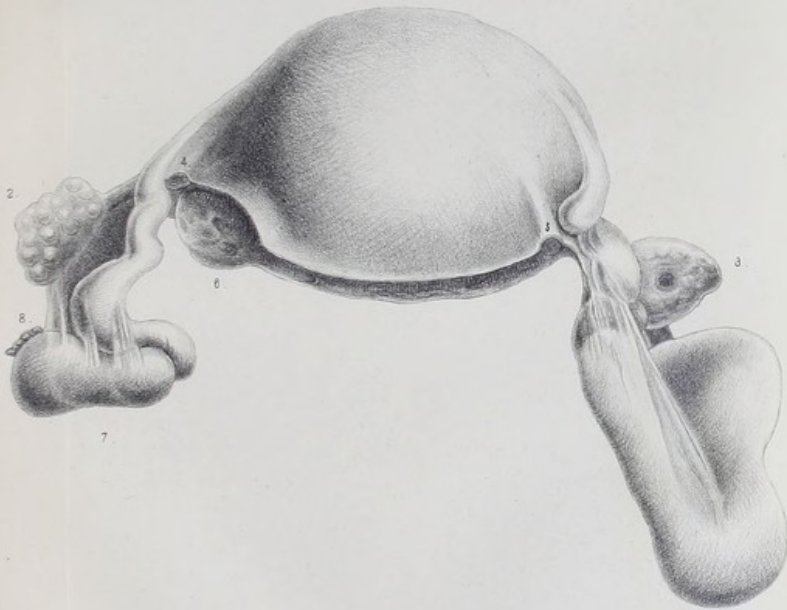
Рис. 5. Слизистая оболочка трубы при salpingitis haemorrhagica. См. стр. 163. Увелич.=630.

Рис. 6. Мышечный слой трубы при salpingitis tuberculosa. См. стр. 121. Увелич.=500.

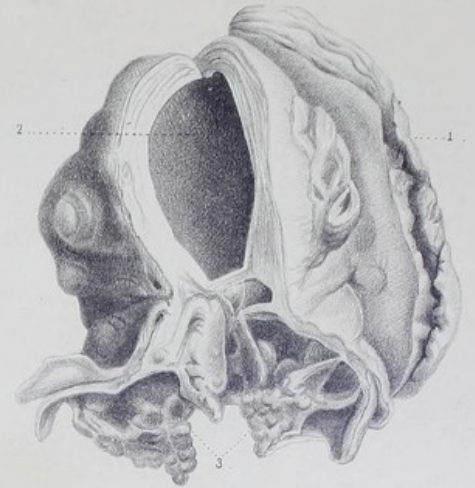
N1.



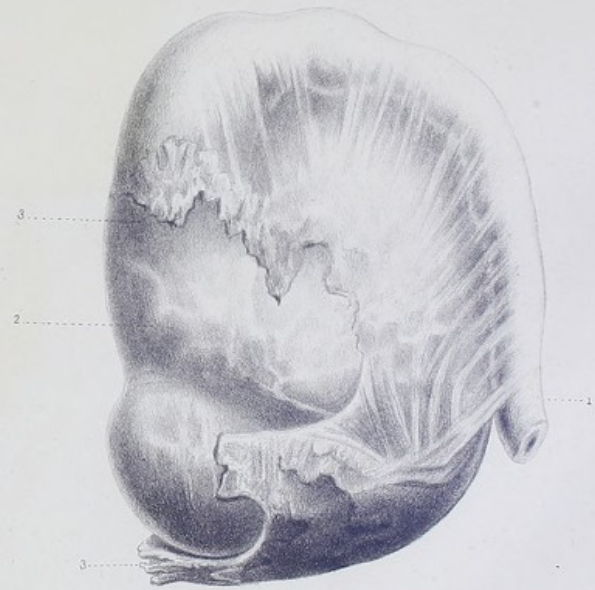
N 2.
1

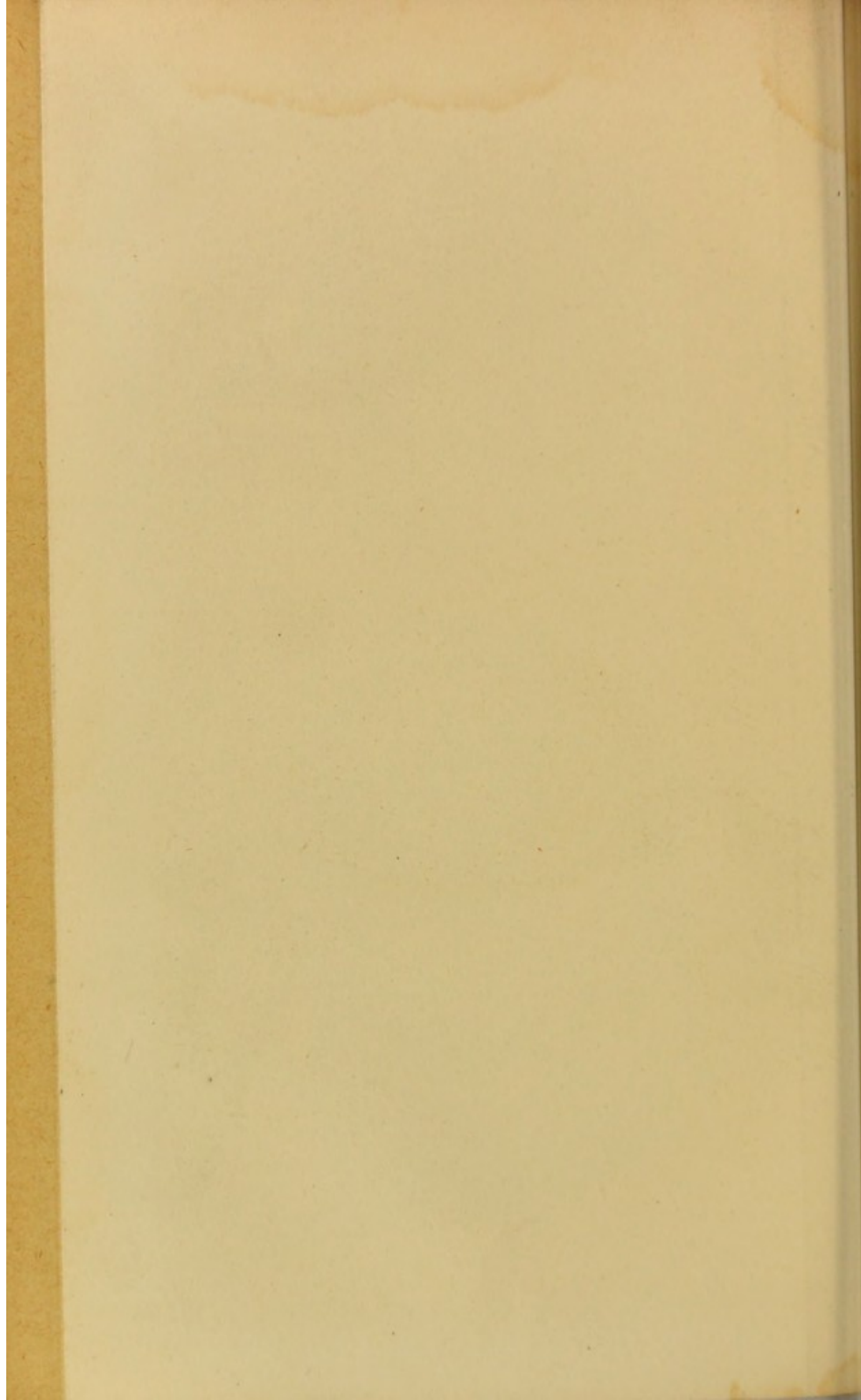


N 3.



N 4.





5.



6.

