

## **Vospalenie iaichnikov (oophoritis) / lektsiia K.F. Slavianskago.**

### **Contributors**

Slavianskiĭ, Kronid Fedorovich, 1847-1898.  
Maxwell, Theodore, 1847-1914  
Royal College of Surgeons of England

### **Publication/Creation**

S.-Peterburg : Tip. A.S. Suvorina, 1890.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/vxjrt9uc>

### **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](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

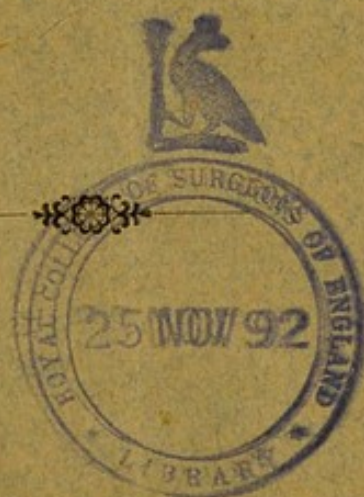
# ВОСПАЛЕНІЕ ЯИЧНИКОВЪ (OOPHORITIS)

Slavyanski (Prof.) Oophoritis [in Russian], 8vo. St. P., 1890

603 (6)  
ЛЕКЦІЯ

Профессора К. Ф. Славянского,

читанная студентамъ старшаго курса ИМПЕРАТОРСКОЙ  
военно-медицинской Академіи 27 сентября 1889 года.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ

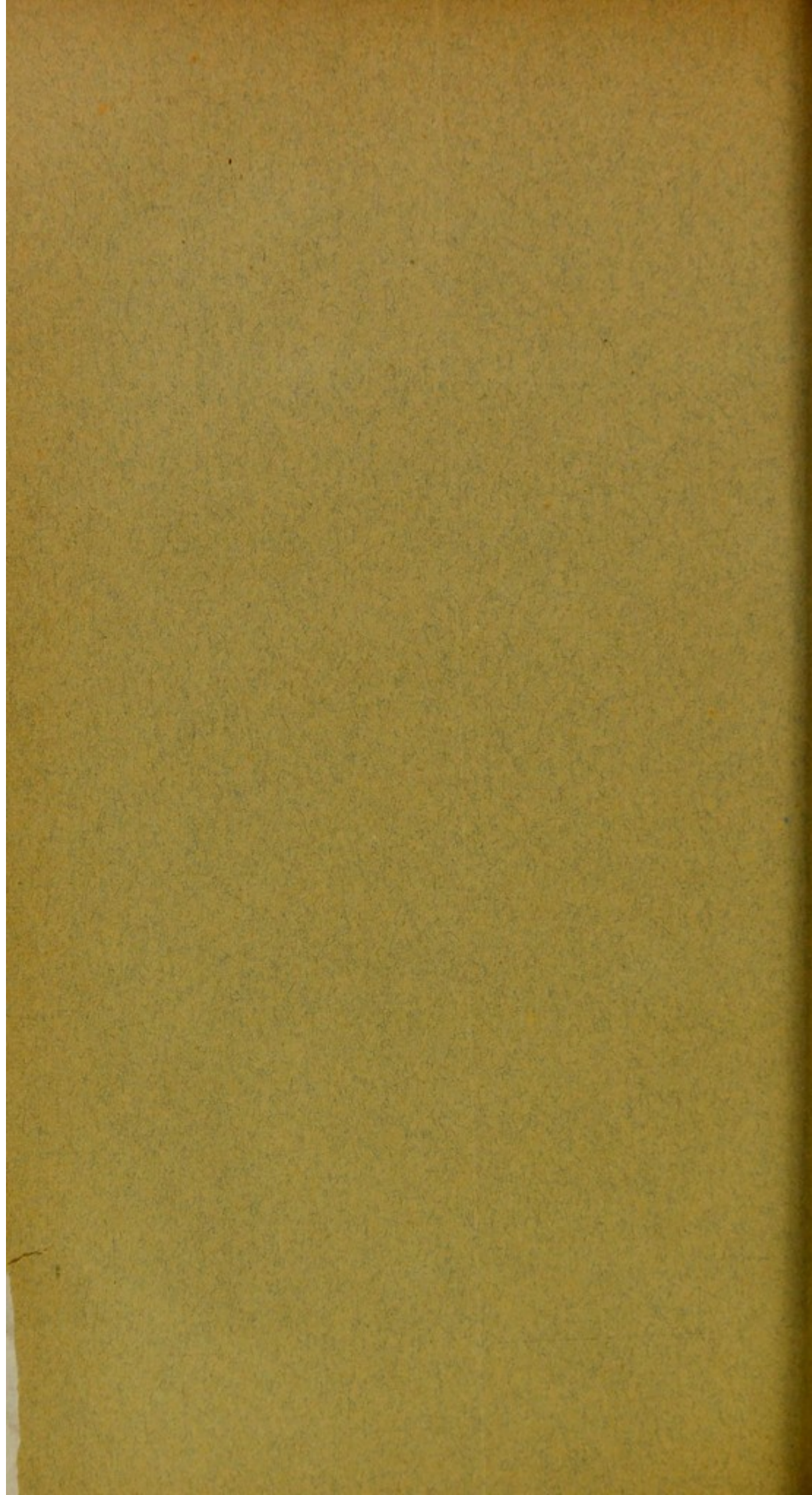


ТИПОГРАФІЯ А. С. СУВОРИНА. ЭРТЕЛЕВЪ ПЕР., Д. 11—2



1890





*На память  
отъ автора.*

# ОСПАЛЕНІЕ ЯИЧНИКОВЪ (OORCHORITIS)

ЛЕКЦІЯ

Профессора К. Ф. Славянского,

данная студентамъ старшаго курса ИМПЕРАТОРСКОЙ военно-  
медицинской Академіи 27 сентября 1889 года.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ



ТИПОГРАФІЯ А. С. СУВОРИНА. ЭРТЕЛЕВЪ ПЕР., Д. 11—2

1890





Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 7 ноября 1889 г.

Мм. гг., прежде чѣмъ мы перейдемъ къ разбору цѣлой серии  
ныхъ, находящихся въ нашей клиникѣ и представляющихъ  
или другую форму воспалительныхъ измѣненій яичниковъ, я  
таю необходимымъ изложить передъ вами систематически  
временное состояніе ученія о воспаленіи яичника, вообще, при-  
живаясь преимущественно результатовъ собственныхъ изслѣ-  
аній и наблюдений. Это необходимо тѣмъ болѣе еще и потому,  
oophoritis до сихъ поръ разсматривается весьма различно  
или другимъ авторомъ, причемъ встрѣчаются нерѣдко пол-  
и противорѣчія во взглядахъ, какъ на сущность болѣзни, такъ  
за припадки, ею вызываемые, а слѣдовательно и на лѣчение.  
тому, начавъ съ изложенія патологоанатомическихъ данныхъ,  
перейдемъ къ этиологій, припадкамъ, теченію и исходамъ  
оритовъ и затѣмъ уже разберемъ данныя объективнаго из-  
цдованія у постели больной и основаннаго на нихъ діагноза  
лѣванія, его прогнозъ и наше лѣчение.

*Патологическая анатомія.* Яичникъ, какъ всякій же-  
истый органъ, состоящій изъ паренхимы и промежуточной  
инительной ткани представляетъ при анатомическомъ изслѣ-  
аніи воспалительные процессы, иногда рѣзко локализован-  
то въ той, то въ другой своей составной части. Парен-  
ха яичника—эпителий *Valentin-Phlüger*'овскихъ трубокъ,  
мюрдіальныхъ фолликуловъ, *membranae granulosaе*, *cumulus*  
*ovigerus*, яйцо и эпителий поверхности (*Keimepithel. Waldeyer.*  
*Bestock und Ei. 1870.*)—поражается иногда совершенно само-



стоятельно дегенеративными процессами, и соединительная мочечная ткань яичника или не принимает при этомъ никакого участія, или же заболѣваетъ только вторично. Съ другой стороны нерѣдки также случаи первичныхъ заболѣваній стромы яичника, при чемъ паренхима его представляетъ только вторичныя измѣненія. Вотъ почему съ анатомической точки зрѣнія мы должны, съ одной стороны, строго различать двѣ главныя формы воспаленія яичника—паренхиматозное (oophoritis parenchymatosa) и интерстиціальное (oophoritis interstitialis) (*К. Славянский. Entzündung der Eierstöcke. Archiv für Gynaek. I 1872, стр. 183*) и съ другой—допускать еще смѣшанное воспаление, когда процессъ захватываетъ сразу обѣ составныя части органа, что особенно часто наблюдается, какъ мы увидимъ ниже при гнѣздныхъ формахъ воспаленій, локализирующихся въ фолликулахъ и поражающихъ, какъ ихъ соединительно-тканнисты, такъ и ихъ паренхиму (oophoritis follicularis), при чемъ процессъ обыкновенно ведетъ свое начало изъ грануляціоннаго богатаго сосудами слоя стѣнки фолликула.

а) *Паренхиматозное воспаленіе яичника* (oophoritis parenchymatosa). Въ болѣе легкихъ формахъ при изслѣдованіи простымъ глазомъ яичникъ не представляетъ особенно рѣзкихъ измѣненій: онъ не увеличенъ въ объемѣ, слегка гиперемированъ и легко можетъ быть принятъ за относительно нормальный. Болѣе рѣзко выраженное паренхиматозное воспаленіе обуславливаетъ уже увеличеніе объема яичника вслѣдствіе существующей значительной гипереміи его ткани, видимой и сохраняющейся еще весьма интенсивно и на яичникахъ, вынутыхъ изъ трупа. Кровепереполненіе наблюдается особенно сильнымъ въ кругъ Граафовыхъ пузырьковъ и фолликуловъ различной степени развитія; сосуды, заключающіеся въ перифолликулярномъ слое, представляются какъ бы искусственно налитыми; иногда гиперемія такъ сильна, что весь грануляціонный слой, окружающій фолликулъ, имѣетъ равномерный насыщенно-темно-красный цвѣтъ и симулируетъ паренхиматозный экстравазатъ.



жидкость, заключающаяся въ фолликулахъ большей величины (liquor folliculi), иногда мутна, желтоватаго цвѣта, и напоминаетъ жидкій гной. Поверхность яичника, кромѣ болѣе или менѣе значительной гипереміи, иногда ограниченной, соответствующей стѣнкамъ болѣе развитыхъ фолликуловъ, не представляется измѣненной; въ интенсивныхъ случаяхъ воспаленія, въ которыхъ принимаютъ участіе и видимые простымъ глазомъ Граафовы пузырьки, соответственно этимъ послѣднимъ, наблюдаются отложенія фибринозныхъ хлопьевъ, легко соскабливаемыхъ ногтемъ съ поверхности яичника.

Микроскопическое изслѣдованіе указываетъ намъ, что въ легкихъ случаяхъ поражаются только примордіальные фолликулы кортикальнаго слоя; въ болѣе же рѣзко выраженныхъ процессъ распространяется и на болѣе или менѣе зрѣлые фолликулы и на Граафовы пузырьки (*К. Славянский*. Къ нормальной гистологической анатоміи граафова пузырька человека. Дисс. 1900). Эпителіальные элементы, какъ примордіальныхъ фолликуловъ, такъ и граафовыхъ пузырьковъ представляютъ измѣненія свойственныя паренхиматознымъ — дегенеративнымъ процессамъ острыхъ воспаленій, имѣющихъ своимъ исходомъ распленіе ихъ въ мелкозернистую массу. Дольше всего противустоятъ этому распаденію яйцо, zona pellucida котораго еще должиетъ быть различаема въ мелкозернистомъ содержимомъ измененнаго такимъ образомъ фолликула. Въ видимыхъ простымъ глазомъ фолликулахъ, вслѣдствіе примѣси этого мелкозернистаго распада къ liquor folliculi, жидкость представляется мутною, похожею на гнойную. Скопленій же гноя при паренхиматозномъ воспаленіи яичниковъ въ Граафовыхъ пузырькахъ, какъ бы мѣрѣ мнѣ, никогда не приходилось наблюдать.

Въ дальнѣйшемъ теченіи процесса при болѣе интенсивныхъ формахъ воспаленіе распространяется также и на соединительно-тканную часть яичника и именно на ткани, окружающія фолликулы. Перифолликулярный слой, состоящій изъ ампляціонной молодой соединительной ткани, имѣющій много общаго съ тканями лимфатическихъ железъ, представляетъ кро-



мѣ сильно выраженнаго переполненія его сосудовъ также значительную инфильтрацію мигрировавшими бѣлыми кровяными шариками, вслѣдствіе чего онъ утолщенъ, разрыхленъ и легко можетъ быть сдираемъ по разрѣзѣ фолликула въ видѣ отдѣльной оболочки. Встрѣчающіеся въ немъ межтканные экстравазаты дѣлаютъ его похожимъ на кровяной сгустокъ, и только болѣе тщательное изслѣдованіе съ микроскопомъ въ рукахъ убѣждаетъ насъ, что мы имѣемъ дѣло не съ аорoplexia folliculi, а съ воспалительнымъ процессомъ, и что кровь не помещается свободно въ полости граафова пузырька, а заключается въ тканяхъ его стѣнки. Вообще, экстравазаты въ полость фолликула встрѣчаются далеко не такъ часто, какъ ихъ описываютъ; рядомъ съ несомнѣнными случаями, относительно всетаки рѣдкими, въ которыхъ былъ находимъ кровяной сгустокъ, выполняющій всю полость, какъ, напримѣръ, это наблюдается при скорбутѣ, при ожогахъ большихъ поверхностей тѣла, особенно керосиномъ, при порокахъ сердца и т. п., мы встрѣчаемъ много наблюденій, за отсутствіемъ точнаго изслѣдованія которыхъ, описываемая аорoplexia folliculi должна быть отнесена къ экстравазатамъ въ ткань стѣнки, при чемъ полость фолликула остается свободною.

Пораженные фолликулы при паренхиматозномъ воспаленіи яичника уже не возстановляются, а погибаютъ—запустѣваютъ (*К. Славянской. Recherches sur la regression des follicules de Graaf chez la femme. Archive de physiologie. X. 1874 стр. 88*). Примордіальные фолликулы при этомъ процессѣ своего обратнаго развитія не оставляютъ почти никакихъ болѣе замѣтныхъ слѣдовъ своего существованія; болѣе же крупные, видимые простымъ глазомъ, обуславливаютъ извѣстныя картины запусковъ, впадающихъ при нормальныхъ условіяхъ фолликуловъ, могущихъ быть различными еще втеченіе болѣе долгаго времени.

Вышеописанныя анатомическія измѣненія яичника при паренхиматозномъ его воспаленіи развиваются обыкновенно быстро, и теченіе болѣзни имѣетъ острый характеръ.



б). *Интерстиціальное воспаление яичниковъ* (oophoritis interstitialis) встрѣчается, особенно въ болѣе острыхъ случаяхъ, въ двухъ формахъ: или оно распространяется по всей стромѣ яичника (oophoritis interstitialis diffusa), или же ограничивается только соединительно-тканными стѣнками фолликуловъ (oophoritis interstitialis circumscripta s. follicularis auctorum). Разлитое воспаление наблюдается обыкновенно развивающимся остро подъ вліяніемъ септическихъ инфекцій, яичники увеличены въ объемъ вдвое или даже и втрое противу нормы, ткань ихъ рыхла, дрябла, сосуды переполнены кровью, на поверхности боковой или менѣе значительныя наслойки фибринозныхъ массъ. При разрѣзѣ такіе яичники представляются какъ бы отечными, облитанными серозною мутною жидкостью (oophoritis serosa), иногда эта жидкость рѣзко окрашена примѣшивающеюся кровью (болѣе или менѣе интенсивно-красный цвѣтъ, въ ткани много кровоизлияній (oophoritis haemorrhagica). Изслѣдуя поверхность разрѣза, нерѣдко могутъ быть наблюдаемы встрѣчающіяся желтыя полосы или гнѣзда, зависящія отъ мѣстныхъ инфильтрацій и скопленій гнойныхъ элементовъ (oophoritis suppurativa). При рѣзко выраженныхъ, несомнѣнно септическихъ формахъ воспаления ткань пораженного яичника на столько рыхла и рыхла, что легко раздавливается пальцами, жидкость, вытекающая съ поверхности разрѣза при соскабливаніи ножомъ, представляетъ ихорозныя свойства (oophoritis necrotica, necroscencia ovarii). Почти во всѣхъ случаяхъ острого разлитого интерстиціального оофорита инфекціонный септический его характеръ можетъ быть доказанъ изслѣдованіемъ жидкости, облитывающей ткань яичниковъ: микроскопическое изслѣдованіе открываетъ въ ней рядомъ съ форменными элементами крови колоніи микроорганизмовъ, свойственныхъ той или другой инфекціи.

Смотря по интенсивности воспалительныхъ измѣненій въ соединительной ткани и ихъ распространенности, паренхима яичника представляетъ также различныя степени своихъ вто-



ричныхъ измѣненій. Болѣе легкія формы интерстиціальныхъ пораженій могутъ совершенно не отражаться на эпителии фолликуловъ; среди воспаленной соединительной ткани съ болѣе или менѣе рѣзко выраженной клѣточковою инфильтраціею встрѣчаются совершенно сохраненными безъ всякихъ видимыхъ измѣненій, какъ примордіальные, такъ и болѣе зрѣлые фолликулы. При болѣе же рѣзко выраженныхъ интерстиціальныхъ оофоритахъ заболѣваютъ также вторично и фолликулы всѣхъ размѣровъ, при чемъ процессъ начинается обыкновенно съ болѣе крупныхъ, такъ что Граафовы пузырьки при значительной гипереміи своихъ соединительно-тканыхъ стѣнокъ и мелкозернистомъ распадѣ эпителія *membranae granulosaе* содержатъ нерѣдко въ своей полости болѣе или менѣе значительное количество гнойныхъ элементовъ. Кромѣ скопленія гноя въ Граафовыхъ пузырькахъ, подобныя же скопленія наблюдаются въ лимфатическихъ сосудахъ медулярнаго слоя и *hylus ovarii*; мѣстами эти милиарные абсцессы сливаются другъ съ другомъ и даютъ поводъ къ развитію полостей до величины грецкого орѣха, наполненныхъ гноемъ.

Къ менѣе интенсивно выраженнымъ случаямъ интерстиціальнаго оофорита, вообще, должна быть отнесена наша вторая форма гнѣзднаго интерстиціальнаго воспаления (*oophoritis interstitialis circumscripta s. follicularis auctorum*). Подобно тому какъ при нормальныхъ физиологическихъ условіяхъ мы видимъ функцію яичника совершающеюся только мѣстно — созрѣваніе только извѣстнаго, ограниченаго числа Граафовыхъ пузырьковъ и ихъ разрывы, такъ и при патологическихъ условіяхъ воспалительные процессы въ яичникахъ имѣютъ весьма часто характеръ гнѣздный, группируясь около растущихъ фолликуловъ. При *oophoritis interstitialis circumscripta*, или лучше *perifollicularis*, въ случаяхъ, когда оно развивается первично, эффектъ дѣйствія обуславливающей причины того или другого характера локализуется въ тканяхъ помѣщающихся въ областяхъ самой усиленной физиологической



тельности, именно на границѣ съ растущею функционирующею паренхимомъ яичника въ грануляціонномъ перифолликулярномъ слое, и уже отсюда, смотря по своей интенсивности, воспалительныя измѣненія распространяются или въ полость фолликула, или же переходятъ далѣе на соединительную ткань, придавая оофориту характеръ болѣе разлитой. Перифолликулярныя воспаленія могутъ представляться также заболѣваніями причинными, присоединяясь къ болѣе рѣзко выраженнымъ патологическимъ оофоритамъ, или же составляютъ частичное воспаление при разлитой *oophoritis interstitialis*.

Анатомическія измѣненія въ перифолликулярномъ слое представляются весьма различными, смотря по интенсивности процесса, начиная отъ едва уловимыхъ, стоящихъ на границѣ физиологическими, и кончая полнымъ разрушеніемъ его при геморрагическихъ и дегенеративныхъ формахъ. Граница между физиологической гипереміею въ патологическую въ перифолликулярномъ слое также нерѣзко выражена, какъ и въ другихъ областяхъ женскихъ половыхъ органовъ (слизистая оболочка полости матки); сопутствующая ей усиленная миграція красныхъ кровяныхъ шариковъ также представляетъ значительныя колебанія въ границахъ физиологической жизни фолликула, такъ что во многихъ случаяхъ, уже существующаго воспалительнаго состоянія, мы не можемъ имѣть еще достаточнаго количества анатомическихъ доказательствъ таковаго, и только яркость физиологическихъ функций способна указать намъ начинающійся патологическій процессъ. При существованіи или другой вредоносной причины, обуславливающей усиленную гиперемію яичника, при чемъ нормальный характеръ организации ея только около одного или много двухъ-трехъ болярныхъ фолликуловъ, какъ это наблюдается *sub menstruatione*, нарушается, мы наблюдаемъ кровопереполненіе сосудовъ весьма большаго числа фолликуловъ. Результатомъ такой гипереміи яичника является болѣе быстрый ростъ фолликуловъ и накопленіе большаго количества жидкости эпителиальными



клетками *membranae granulosaе* (*oophoritis follicularis productiva*), или раздражение еще болѣе сильно, и гиперемія распространяется не только на болѣе или менѣе зрѣлые фолликулы, а на весь кортикальный слой яичника; тогда наблюдается болѣе обильное превращеніе примордіальныхъ фолликуловъ въ болѣе или менѣе зрѣлые, и мы имѣемъ предъ собою яичникъ, насквозь пронизанный различной величины полостями отъ едва видимыхъ простымъ глазомъ до величины зрѣлаго Граафова пузырька (рис. 1).

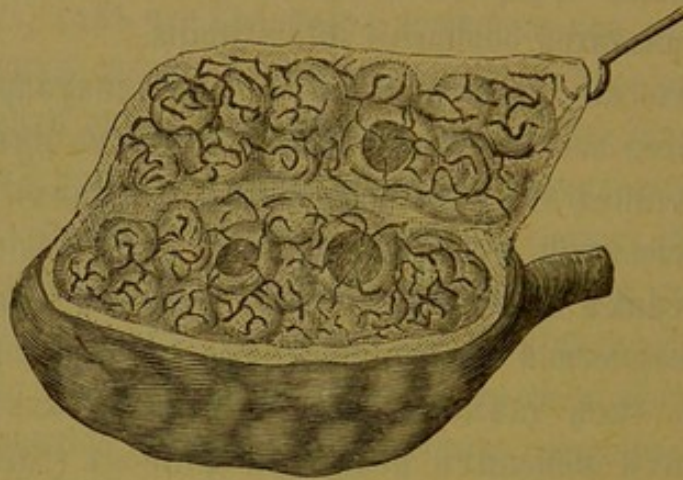


Рис. 1. *Oophoritis follicularis productiva*.

Такое состояніе яичника давно уже извѣстно подъ именемъ кистовиднаго его перерожденія, но болѣе тщательныя микроскопическія изслѣдованія указываютъ на то, что передъ нами только усиленный, чрезмѣрно - распространенный ростъ фолликуловъ, при чемъ строеніе ихъ ничѣмъ не отличается отъ нормальныхъ и должно быть рассматриваемо какъ усиленная уже патологическая дѣятельность яичника, свойственная легкимъ степенямъ его воспаления. Усиленное и болѣе быстрое выдѣленіе жидкости эпителиальными элементами фолликула можетъ быть сравниваема съ катарральными выдѣленіями другихъ слизистыхъ оболочекъ и *Virchow* (*Die krankhaften Geschwülste*. T. I, стр. 260) уже давно называлъ эти состоянія катарромъ Граафова пузырька (*Catarrh des Graafschen Bläschens*). Переходъ этихъ нормально развитыхъ, только находящихся



одновременно въ чрезмѣрномъ количествѣ въ яичникѣ, болѣе или менѣе зрѣлыхъ фолликуловъ въ кисты не наблюдается никогда, какъ это показываютъ изслѣдованія *Nagel*'я (Arch. f. Gyn. XXXI. 1887, стр. 327). Достигая до извѣстной степени своего развитія, они претерпѣваютъ обратное развитіе, совершенно аналогичное тому, какъ запусѣваютъ нормальнымъ путемъ многіе фолликулы при фізіологическихъ условіяхъ жизни яичника. И такъ за одну изъ частыхъ формъ воспаленія яичниковъ, выражающуюся въ остромъ періодѣ въ усиленіи гипереміи и въ увеличенномъ количествѣ индифферентныхъ клѣтокъ въ перифолликулярномъ слое, связаннаго съ усиленнымъ ростомъ большого числа фолликуловъ, мы признаемъ то состояніе яичника, которое было издавна извѣстно подъ именемъ кистовиднаго перерожденія (*Kleincystische Degeneration* нѣмецкихъ авторовъ).

При существованіи производящихъ причинъ большей интенсивности, гиперемія перифолликулярнаго слоя фолликуловъ, находящихся въ извѣстной степени зрѣлости въ данный моментъ въ яичникѣ, представляется на столько сильною, что происходятъ и болѣе или менѣе значительные экстравазаты; изливающаяся кровь на столько значительно разрушаетъ рыхлую нѣжную ткань этого слоя, что *restitutio ad integrum* уже невозможно, и фолликулы погибаютъ, подвергаясь мелкозернистому распаденію и послѣдовательной атрезіей ихъ полости. При этомъ, въ теченіи процесса запусѣванія такого фолликула нерѣдко наблюдается утолщеніе перифолликулярнаго слоя вслѣдствіе усиленнаго роста его клѣточныхъ элементовъ. Помимо значительнаго увеличенія числа ихъ вслѣдствіе воспалительной инфильтраціи индифферентными клѣтками, многія изъ нихъ увеличиваются въ объемѣ; протоплазма ихъ дѣлается крупно-зернистою, при этомъ нерѣдко окрашивается въ желтоватый цвѣтъ, такъ что имѣемъ передъ собою клѣточные элементы, свойственные этому тѣлу; присутствіе остатковъ бывшаго экстравазата и остатками многочисленныхъ кровяныхъ кристалловъ еще больше акцентуируютъ сходство съ этимъ послѣднимъ. Изъ всѣхъ клѣ-



точныхъ элементовъ, находившихся въ полости такимъ образомъ запусѣвающей фолликула, дольше всѣхъ въ мелкозернистой массѣ ихъ распада могутъ быть найдены слѣды яйца. Вначалѣ процесса нерѣдко оно представляется выполненнымъ бѣлымъ или меньшимъ числомъ клѣтокъ, имѣющихъ форму и видъ клѣтокъ *membranae granulosaе*, окружающихъ непосредственно яйцо. Нѣкоторые препараты заставляютъ думать, что эти клѣтки мигрируютъ въ полость яйца черезъ отверстія *zonaе pellucidae* въ нѣкоторыхъ Граафовыхъ пузырькахъ при ихъ обратномъ развитіи и переходѣ въ запусѣніе (*Petitpierre. Ueber das Eindringen von Granulosazellen durch die zona pellucida von menschlichen Eiern etc. Arch. für Gynaekol. T. XXXV. 1889, стр. 483*). Въ случаяхъ уже болѣе старыхъ *zona pellucida* яйца иногда еще долго сохраняется въ видѣ складчатого, рѣзко оконтуривающаго блестящаго образованія; присутствіе такой спавшейся *zona pellucida* убѣждаетъ обыкновенно насъ въ томъ, что мы имѣемъ дѣло не съ желтымъ тѣломъ лопнувшего Граафова пузырька, а съ образованіемъ весьма на него похожимъ, происшедшимъ подъ вліяніемъ воспаленія перифолликулярнаго слоя болѣе или менѣе зрѣлаго фолликула. Нѣкоторые яичники содержатъ весьма значительное число такихъ образованій, такъ что объемъ ихъ *in toto* можетъ быть увеличеннымъ вдвое и болѣе противу нормы; поверхность разрѣза ихъ представляется какъ бы усѣянною образованіями, симулирующими желтыя тѣла, находящіяся въ различныхъ періодахъ своего обратнаго развитія, нѣкоторыя изъ нихъ содержатъ въ себѣ полость, выполненную красноватою густою массою, похожею на смегму (*Dalché. De l'ovarite. Paris. 1885, стр. 10*), и суть воспалительно-измѣненные, болѣе или менѣе зрѣлыя фолликулы въ состояніи своего обратнаго развитія (запусѣнія), при чемъ въ полость ихъ произошло въ свое время кровоизліяніе. Такое разрастаніе перифолликулярнаго слоя и гипертрофія заключающихся въ немъ клѣтокъ подъ вліяніемъ воспалительныхъ раздраженій представляетъ полную аналогію съ тѣмъ, что намъ уже извѣстно изъ развитія истин-



ыхъ желтыхъ тѣлъ въ беременности, вслѣдствіе усиленнаго питанія яичника при фиброміомахъ матки (*В. А. Поповъ. Къ ченію о желтомъ тѣлѣ. 1881. Дисс. изъ нашей клиники*) и у вочекъ въ первые годы жизни при условіяхъ, еще не вполне звѣстныхъ (*И. И. Лебединскій. Къ патологіи Граафова пузырька человѣка. Дисс. изъ нашей клиники 1879*).

Болѣе интенсивный воспалительный процессъ, вызванный то или другою инфекціею, можетъ обусловливать болѣе или менѣе значительное нагноеніе въ стѣнкѣ фолликула со скопленіемъ гноя въ его полости. *Dalché* (1. с.) находилъ такіе маленькіе абсцессы болѣе или менѣе зрѣлыхъ фолликуловъ рядомъ съ фолликулами, представлявшими измѣненія только что описанной геморрагической формы.

Результатомъ вышеприведенныхъ процессовъ является застойное—атрезія пораженныхъ фолликуловъ; при этомъ процессы ихъ обратнаго развитія измѣненія бывшаго перифолликулярнаго слоя могутъ быть двойными. При наступающемъ мелко зернистомъ распадѣ клѣточныхъ элементовъ полости фолликула она спадается, и перифолликулярный слой образуетъ многочисленныя складки на своей внутренней поверхности. Получается характерный видъ запустѣвающаго фолликула, какъ въ свое время онъ былъ описанъ мною въ моей докторской диссертациі (1870); клѣточные элементы перифолликулярнаго слоя мало-по-малу подвергаются жировому перерожденію и на остатѣ такого фолликула еще долго можетъ быть видима характерная его фигура, состоящая изъ волоконъ и мелкозернистаго вещества. Съ теченіемъ времени эта послѣдняя, а равно и основность въ расположеніи волоконъ пропадаютъ, а мѣсто бывшаго фолликула не можетъ уже быть отличимо отъ окружающей ткани.

Совершенно иное приходится наблюдать въ случаяхъ болѣзненныхъ при нѣкоторыхъ асептическихъ формахъ воспаленій; процессъ атрезіи идетъ болѣе медленно, клѣточные элементы перифолликулярнаго слоя не увеличиваются въ объемъ,



и только изрѣдка попадаются желтыя клѣтки; межклѣточное вещество, представляющееся большею частію гомогеннымъ, пріобрѣтаетъ характеръ волоконъ, при чемъ нѣкоторые изъ нихъ, лежащіе ближе къ внутренней поверхности этого слоя, значительно утолщаются, сильно преломляютъ свѣтъ, блестятъ и, сливаясь другъ съ другомъ, образуютъ весьма толстый, плотный, блестящій слой вокругъ спавшейся бывшей полости фолликула (склерозъ стѣнки; см. *Славянский* 1. с. дисс.). Склерозъ стѣнки спавшагося запусѣвшаго фолликула можетъ быть на столько сильно выраженъ, что, при изслѣдованіи поверхности разрѣза яичника простымъ глазомъ, онъ можетъ быть констатируемъ въ формѣ маленькой плотной, фиброзной опухоли (*corpora fibrosa auctorum*), не превышающей обыкновенно величины горошины (*Ф. А. Патенко. О развитіи фиброзныхъ тѣлъ яичниковъ. дисс. 1880.*). Эти маленькія фибромы, развиваясь изъ стѣнокъ запусѣвающего фолликула, представляются, какъ и этотъ послѣдній, содержащими иногда въ своемъ центрѣ полость, выполненную остатками бывшаго кровоизліянія. Присутствіе фиброзныхъ тѣлъ въ яичникѣ уже издавна разсматривалось какъ результатъ хроническихъ воспаленій (*Virchow. Die krankh. Geschwülste. Bd. I, стр. 332*). Отсутствіе дальнѣйшаго активнаго роста ихъ также вполне подтверждаетъ это воспалительное ихъ происхожденіе.

Исходомъ интерстиціального воспаленія яичника во всѣхъ случаяхъ представляется увеличенное развитіе соединительной ткани, какъ конечнаго продукта; мѣстныя формы воспаленій и нѣкоторые случаи разлитого, благодаря особой весьма значительной регенераціонной способности стромы яичника (*Ziegler. Lehrbuch der allgem. u. speciel. pathol. Anatomie 1884, стр. 1045*) даютъ развитіе ткани, совершенно похожей на окружающую, представляя при этомъ развитіе рубца за исключеніемъ только случаевъ, ведущихъ за собою образованіе *corpora fibrosa*. Случаи же септическихъ инфекціонныхъ воспаленій, дающіе поводъ къ развитію гноя и обширныхъ разрушеній въ ткани яичника



текутъ за собою развитіе старой грубо-волокнистой соединительной ткани, рѣзко отличающейся отъ ткани стромы яичника способной въ дальнѣйшемъ теченіи времени сморщиваться и обуславливать уменьшеніе объема яичника (*cirrhosis ovarii*). Въ случаяхъ же первой категоріи яичникъ представляется увеличеннымъ въ объемѣ, и уже не разъ подобный процессъ былъ принятъ за гипертрофію съ разращеніемъ ткани стромы. Благодаря сравнительной частотѣ мѣстныхъ воспалительныхъ поражений яичника, чаще приходится наблюдать превращеніе самыхъ наружныхъ слоевъ его кортикальнаго слоя въ соединительную ткань характера стромы съ исчезновеніемъ бывшихъ въ немъ фолликуловъ (утолщеніе *albuginea*е авторовъ).

При хроническихъ интерстиціальныхъ воспаленіяхъ яичниковъ нерѣдко наблюдается измѣненіе кровеносныхъ сосудовъ стромы ихъ. *Periarteritis* болѣе крупныхъ артерій встрѣчается только часто, *adventitia* въ началѣ процесса рѣзко инфильтрирована круглоклѣточными элементами и затѣмъ съ теченіемъ времени представляется значительно утолщенной, состоящею изъ старой грубо-волокнистой соединительной ткани; въ некоторыхъ случаяхъ, подобно тому, какъ это наблюдается эндометріѣ при *metritis chronica*, *adventitia* сильно утолщена и состоитъ изъ слизистой ткани. Къ воспалительнымъ же процессамъ, идущимъ рука объ руку съ хроническимъ оофоритомъ, относимъ также *endoarteritis obliterans*, наблюдавшійся нами несколько разъ и также описанный *С. Коляго* (Къ патологической анатоміи яичниковъ. Спб. 1882, дисс. изъ лабораторіи профессора *Ивановскаго*), какъ спутникъ сифилитическихъ процессовъ въ яичникѣ. Кромѣ того было уже описано нѣсколько и авторами (см. у *Nagel*'я 1. с. стр. 353) гіалиновое перерожденіе стѣнокъ сосудовъ стромы яичника, при чемъ тогда отверстія ихъ представлялись облитерированными (гіалиновый тромбозъ *Rokitansk*'аго).

Воспаленія яичниковъ, какъ мы уже видѣли, весьма часто распространяются на ихъ наружную поверхность и обуслови-



ваютъ склейки и сращения ея съ окружающими частями (peri-oophoritis). При такомъ распространеніи асептическихъ воспаленій сращения съ брюшиной дугласова пространства, lig. latum, трубой и иногда кишками представляются обыкновенно въ видѣ нѣжныхъ ложныхъ перепонокъ, легко разрывающихся и не содержащихъ въ себѣ болѣе крупныхъ сосудовъ; съ теченіемъ времени эти ложныя перепонки легко растягиваются, атрофируются и подъ вліяніемъ передвиженій органовъ малаго таза легко перерываются. Совершенно иными онѣ представляются намъ въ случаяхъ, когда peri-oophoritis есть только частичное проявленіе perimetritidis lateralis, ведущаго свое начало отъ инфекціонныхъ процессовъ, имѣющихъ мѣсто или въ фаллопиевой трубѣ, или въ самомъ яичникѣ, какъ это наблюдается при гонорройныхъ и септическихъ зараженіяхъ; развитіе ложныхъ перепонокъ въ этихъ случаяхъ весьма обильно, онѣ окутываютъ яичникъ и наружный конецъ трубы настолько плотно, что только съ трудомъ яичникъ можетъ быть выпрепарированъ изъ нихъ.

*Этіологія.* Воспаленіе яичниковъ относится къ одному изъ весьма частыхъ видовъ заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ и можетъ развиваться или первично, самостоятельно, или же вторично, присоединяясь къ общимъ пораженіямъ всего организма, или только участвуя въ болѣе разлитыхъ воспалительныхъ процессахъ внутреннихъ половыхъ органовъ женщины. Чаше оно наблюдается развивающимся вторично. Почти всѣ острые инфекціонныя общія заболѣванія обуславливаютъ развитіе воспалительно-дегенеративныхъ процессовъ паренхимы яичника (oophoritis parenchymatosa). Паренхиматозный оофоритъ былъ уже найденъ на трупахъ умершихъ отъ тифовъ брюшнаго и сыннаго, febris recurrens, холеры, скарлатины (*Лебединскій*. Военн. Мед. Журн. 1877 г.), оспы (*Васильевъ*. Журн. *Руднева*, Т. VIII.), дифтерита (*Коляго* l. c.) и нѣкоторыхъ формъ септическихъ зараженій. *Ивановскій* находилъ его также при сепфилитическихъ процессахъ. Отравленія нѣкоторыми ядами даютъ также картину острого дегенеративнаго воспаленія паренхимы



ячника; такая *oophoritis parenchymatosa toxica* была уже констатирована при отравленіяхъ фосфоромъ, мышьякомъ, ртутью, азотной кислотой и морфіемъ. Развитие паренхиматознаго ооорита наблюдается и при переходѣ воспаления на яичникъ при септическихъ періоофоритахъ, равно какъ и при нѣкоторыхъ случаяхъ интенсивно выраженныхъ разлитыхъ интерстиціальныхъ воспаленій.

*Oophoritis interstitialis diffusa* встрѣчается обыкновенно только въ послѣродовомъ періодѣ, а самыя рѣзкія формы ея, примѣръ, *oophoritis necrotica* и *suppurativa* только исключительно при септическихъ зараженіяхъ послѣ своевременныхъ родовъ или выкидышей, причемъ онѣ представляются какъ бы септическимъ проявленіемъ дѣйствія заразы при таковыхъ же общихъ измѣненіяхъ внутреннихъ половыхъ органовъ, вообще. При интенсивно выраженныхъ разлитыхъ интерстиціальныхъ воспаленіяхъ ячника, смотря по количеству и качеству заразы, приходится наблюдать развитіе только мѣстныхъ ограниченныхъ воспаленій (oophoritis interstitialis circumscripta), локализирующихся около болѣе развитыхъ фолликуловъ. Этотъ же послѣдній видъ интерстиціальнаго воспаления ячника наблюдается разнѣвающимся также подъ вліяніемъ гонорройной заразы у женщинъ въ послѣродоваго періода. Переходъ гонорройнаго воспаления съ слизистой оболочки матки на трубы и яичники представляется явленіемъ далеко не рѣдкимъ; точно также въ былое время нерѣдко приходилось наблюдать переходъ на ячникъ септическихъ, не особенно интенсивныхъ воспаленій матки и трубъ, развившихся вслѣдъ за тою или другою внутриматочною манипуляціею, произведенною недостаточно асептично (зондированіе, кюретированіе шейки матки и т. п.). Какъ рѣдкое исключеніе при особенно интенсивной заразѣ въ этихъ случаяхъ могутъ развиваться также и разлитые интерстиціальныя оофориты. Мѣстныя воспаленія брюшины малаго таза септического происхожденія, затрагивающія также и наружную поверхность ячника, даютъ въ свою очередь также поводъ къ развитію мѣстныхъ интерстиціальныхъ оофоритовъ. Источникомъ такого рода періоофори-



товъ могутъ быть и различныя заболѣванія какъ самаго полового канала (ракъ шейки), такъ и сосѣднихъ органовъ (rectum).

Первичное воспаленіе яичника носить на себѣ всегда характеръ асептического воспаленія и представляется обыкновенно мѣстнымъ, ограниченнымъ, развивающимся вслѣдъ за болѣе или менѣе сильными и продолжительными гипереміями перифолликулярнаго слоя Граафовыхъ пузырьковъ или болѣе зрѣлыхъ фолликуловъ (oophoritis follicularis). Къ этиологическимъ моментамъ этого рода оофорита должны быть отнесены различнаго рода вредныя вліянія во время менструальнаго періода, быстрые охлажденія ногъ или болѣе значительной величины поверхности тѣла (простуда), усиленная мышечная работа (танцы), усиленные занятія въ школѣ и т. п. Неправильная половая жизнь нерѣдко вызывая скоро-неразрѣшающіяся гипереміи яичника, встрѣчается часто въ анамнезѣ больныхъ съ постепенно-развивающимся оофоритомъ; сюда относятся: coitus reservatus, онанизмъ, неполная impotentia мужа; чрезмѣрность въ половой жизни можетъ также быть источникомъ асептическихъ воспаленій яичника, какъ это особенно замѣчается въ первое время замужества и послѣ coitus'a совершаемаго sub menstruatione. Гипереміи органовъ полости малаго таза, наблюдающіяся при сильныхъ психическихъ аффектахъ, могутъ также переходить въ воспалительныя состоянія. Долгая усиленная работа обѣими ногами на швейной машинѣ, имѣющей двѣ педали, по наблюденіямъ *Gallard'a* (Pathologie des ovaires. Paris. 1886, стр. 109) вызывая значительное раздраженіе наружныхъ половыхъ органовъ обусловливаетъ состояніе долго продолжающагося эретизма и часто при существованіи тѣхъ или другихъ предрасполагающихъ причинъ развитіе воспаленія яичника. Долгое сидѣніе связанное съ возбужденнымъ состояніемъ при усиленныхъ занятіяхъ музыкой (фортепіано), по наблюденіямъ американскихъ авторовъ, должно въ нѣкоторыхъ случаяхъ объяснять развитіе оофорита у молодыхъ дѣвушекъ. Пассивныя гипереміи яичниковъ при неправильныхъ положеніяхъ матки (retroflexio uteri) и неполныхъ перекручиваніяхъ mesovarii, равно какъ у больныхъ



ыхъ съ болѣзнями сердца, легкихъ и др. органовъ, дающихъ поводъ къ развитію обширныхъ застоевъ, могутъ также, при вѣстныхъ условіяхъ, быть исходною точкою асептического воспаления яичника. Развитіе такого же наблюдается вслѣдъ за сильной травмой, обусловившей мѣстный асептический периметритъ и періоофоритъ (*Lawson-Tait. Diseases of the ovaries. New-York. 1883. стр. 97*).

Наблюденія у постели больной заставляютъ еще признать возможность, не выясняя строго анатомической формы оофорита, происхожденія воспаленій яичника въ связи съ ревматизмомъ, паротитами и нѣкоторыми формами воспаленія миндалинъ и слезидныхъ железъ (*angina*). Не вполне выясненная связь между заболѣваніями *parotis* и яичками у мужчины, существованіе которой стоитъ однако внѣ всякаго сомнѣнія, не можетъ считаться еще доказанной для яичника у женщины. Наблюденія послѣдняго времени указываютъ впрочемъ все съ большею и большею настойчивостью на этиологическую зависимость другъ отъ друга воспаленія обѣихъ этихъ железъ; особенно вторичные паротиты часто развиваются вслѣдъ за тѣмъ или другимъ измѣненіемъ яичника; въ свое время я указалъ (*Arch. Gyn. III. стр. 192*) на случай, бывший подъ моимъ наблюденіемъ, въ которомъ при абсцессѣ яичника, вскрывшемся въ чечевой пузырь, развилась *parotitis necrotica*, обусловившая летальный исходъ.

Къ этиологическимъ моментамъ оофорита вообще *M. Duncan* (*Diseases of women. London. 1883, стр. 200*), причисляетъ еще токсическое отравленіе алкоголемъ.

*Oophoritis tuberculosa* представляется обыкновенно развивающеюся вторично у чахоточныхъ (*Коляго l. c.*) и нерѣдко переходитъ на яичникъ съ фаллопиевой трубы при первичной *salpingitis tuberculosa*.

**Принадки.** Различныя картины проявленія воспаленія придатковъ, какъ онѣ описывались еще недавно авторами (*Scanzoni* и др.), зависятъ главнымъ образомъ отъ степени и распространенія такъ часто присоединяющагося воспаленія брюшины



частей, окружающих яичникъ. Абстрагируя, на сколько это возможно, припадки, присущіе мѣстному воспаленію брюшины органовъ, помѣщающихся въ полости таза, мы можемъ выдѣлить группу припадковъ, наблюдающихся при, такъ сказать, чистой формѣ *oophoritis*, каковою она нерѣдко встрѣчается намъ при кастраціяхъ, производимыхъ съ тою или другою цѣлью. Эти припадки суть: мѣстная боль, разстройство менструаціи и отраженныя явленія. Совокупность этихъ припадковъ или только нѣкоторые изъ нихъ наблюдаются обыкновенно при *oophoritis interstitialis* и смѣшанныхъ формахъ этого рода воспаления съ паренхиматознымъ (*oophoritis follicularis*); чистая же *oophoritis parenchymatosa*, каковою она является при общихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ и отравленіяхъ, не вызываетъ обыкновенно никакихъ ей только свойственныхъ припадковъ и только впоследствии, съ теченіемъ времени, можетъ дать себя знать по развивающемуся безплодію.

Мѣстная боль въ формѣ тупой, жгучей или стрѣляющей въ области яичника локализуется иногда весьма рѣзко больными на весьма ограниченномъ пространствѣ и имѣетъ своимъ источникомъ тургесцирующій воспаленный яичникъ, что особенно ясно можетъ быть доказано при наружно-внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи. Непрерывно ощущаемая тупая боль наблюдается особенно въ случаяхъ *oophoritis follicularis chronicae* при значительно утолщенной *albuginea* яичника и присутствіи многочисленныхъ увеличенныхъ въ объемъ фолликуловъ и Граафовыхъ пузырьковъ. Яичникъ при этомъ представляется крайне напряженнымъ и при дотрогиваніи весьма болѣзненнымъ. Кромѣ этихъ случаевъ такая же боль, строго локализованная въ яичникъ, но не усиливающаяся при надавливаніи на него, наблюдалась нами не разъ при яичникахъ сморщенныхъ (*cirrhosis sic dicta*), почти не обладающихъ видными простымъ глазомъ фолликулами. Микроскопическое изслѣдованіе такихъ яичниковъ, кромѣ развитія соединительнотканной стромы, представляетъ еще многочисленные звѣздчатые рубцы запустѣвшихъ фолликуловъ, бывшихъ воспалительно



измѣненными. Чрезмѣрное количество такихъ рубцовъ, по нашему мнѣнію, можетъ служить отчасти объясненіемъ развитія постоянной боли вслѣдствіе того или другаго смѣщенія тканей яичника, а также и сдавленія при этомъ заложенныхъ въ нихъ, какъ нервныхъ окончаній, такъ и болѣе крупныхъ нервныхъ стволовъ яичника.

Обыкновенно боль въ яичникѣ увеличивается при всякомъ повышеніи внутрибрюшнаго давленія: при ходьбѣ, движеніяхъ вообще, при надавливаніи на нижнюю часть живота и особенно на область яичника и при усиленномъ приливѣ крови въ тазовымъ органамъ, какъ, напримѣръ, при менструаціи (*Dysmenorrhoea ovarialis*) и отчасти при coitus'ѣ (*Dyspareunia*). При воспаленіи лѣваго яичника боль рѣзко обостряется при актѣ дефекаціи, равно какъ и скопленія каловыхъ массъ въ слѣпой кишкѣ вызываютъ сильныя боли при oophoritis dextra. Подобно этому многимъ авторамъ (*Scanzoni, Fritsch* и др.) и мы вполне можемъ подтвердить присутствіе иррадирующихъ болей въ ту или другую нижнюю конечность, смотря по сторонѣ заболѣваемаго яичника; кромѣ того, какъ мы не разъ удавалось наблюдать, кожная чувствительность (циркуль *Weber'a*) въ области развѣтвленія *nervi genito-cruralis* (*trigonon Scarpae*) представляется рѣзко повышенной на сторонѣ воспаленнаго яичника; повышение это во время менструальнаго прилива выражается обыкновенно еще болѣе рѣзко.

Подъ вліяніемъ воспаленія яичниковъ характеръ менструальнаго процесса можетъ представляться діаметрально противоположнымъ; смотря по степени измѣненія ткани яичниковъ, менструація или очень обильна (*menorrhagia*) и является чаще послѣднимъ срокомъ, или же она весьма скудна и запаздываетъ, или даже не появляется вовсе (*amenorrhoea*). Въ первомъ случаѣ мы находимъ обыкновенно въ яичникахъ процессъ воспаленія, сопровождаемый достаточно рѣзко въ той или другой его формѣ, и связанный съ нимъ извѣстную степень воспалительныхъ измѣненій слизистой оболочки матки (*endometritis haemorrhagica*), что, конечно, тому какъ это наблюдается нерѣдко, вообще, при воспа-



леніяхъ придатковъ матки или покрывающей ея брюшины. Развитіе полной amenorrhoeae какъ слѣдствія oophoritis удается наблюдать только относительно рѣдко. Обширныя разрушенія фолликуловъ, свойственныя oophoritis parenchymatosae, сопровождающей общія инфекціонныя заболѣванія, могутъ быть тому причиной, и дѣйствительно намъ извѣстны случаи, въ которыхъ, не смотря на полное выздоровленіе отъ трудныхъ формъ сыпного и брюшного тифовъ, больныя уже никогда болѣе не получали менструальныхъ потерь крови, равно какъ и оставались безплодными на всю жизнь (sterilitas acquisita), не смотря на нормальное, повидимому, состояніе полового аппарата и цвѣтущее здоровье, которымъ онѣ впослѣдствіи пользовались. Съ другой стороны, безплодіе при хроническихъ воспаленіяхъ яичниковъ представляется только, какъ явленіе исключительное, и нерѣдки случаи, въ которыхъ женщины, обладающія уже въ теченіи многихъ лѣтъ несомнѣнно воспаленными обоими яичниками, сохраняютъ при этомъ свою плодовитость (*Duncan. Clinical lectures on the diseases of women. 1883, стр. 197*).

Экспериментальныя изслѣдованія на животныхъ, съ одной стороны (*Röhrig. Experiment. Untersuch. über die Physiologie der Uterus Bewegungen. Virchow's Archiv LXXVI. 1879.*), и клиническій опытъ во время производства кастрацій, съ другой, указываютъ намъ на яичникъ, какъ на органъ, раздраженія котораго быстро и сильно рефлекторно передаются на другіе органы тѣла; особенно рѣзко бросаются въ глаза измѣненія въ дѣятельности сердца и кровяномъ давленіи. Зная такимъ образомъ эту легкую раздражимость яичниковъ, намъ дѣлается совершенно понятнымъ та масса отраженныхъ нервныхъ явленій, которыя наблюдаются у больныхъ, страдающихъ воспалительными измѣненіями яичниковъ. Мы упомянемъ только о нѣкоторыхъ, встрѣчающихся относительно чаще. Невралгическія боли въ той или другой области тѣла суть почти неразрывные спутники оофоритовъ; сюда относятся боли въ области спинно-мозговыхъ нервовъ на мѣстѣ ихъ выходения изъ позвоночнаго столба, особенно его спинной части, а также и на ихъ протя-



ни; невралгическія боли шестой или седьмой пары интеркостальных нервовъ наблюдаются особенно часто и при томъ исключительно на сторонѣ соответствующей пораженному яичку; то же можно сказать и о мигреняхъ, представляющихъ иногда одинъ изъ рѣзко выдающихся приступовъ заболѣванія. Костныя ощущенія *anginae pectoris*, сердцебиенія съ рѣзко выраженными перебоями являются нерѣдко приступами, на которыхъ главнымъ образомъ сосредоточено все вниманіе больныхъ. Какъ явленіе рефлекторное, появляется въ нѣкоторыхъ случаяхъ упорный кашель, совершенно идентичный съ кашлемъ беременных (*a cradle cough* шотландцевъ). Со стороны желудка однимъ изъ частыхъ спутниковъ оофорита несомнѣнно можно считаться недостаточное выдѣленіе желудочнаго сока, являющееся рефлекторно вслѣдствіе раздраженія *sympathicus'a*, — возникаетъ картина диспепсін, не уступающая обычно никакимъ желудочнымъ средствамъ. Къ категоріи этихъ же приступовъ должны быть отнесены отвращеніе отъ пищи, тошноты, рвоты и рвоты, появляющіяся иногда въ рѣзко выраженной формѣ и дающія нерѣдко поводъ къ неправильному толкованію, какъ это особенно наблюдается въ случаяхъ, когда они возникаютъ у дѣвушекъ 16—23 лѣтняго возраста, при чемъ назначаемой терапіи далеко нерѣдко возможность заболѣванія яичниковъ совершенно игнорируется.

Психика больныхъ въ болѣе затяжныхъ формахъ оофорита представляется значительно измѣненной, настроеніе духа угнетенное, но онѣ сохраняютъ почти всегда способность критически и правдиво относиться къ своему состоянію и къ окружающему ихъ міру; истерія принадлежитъ къ относительно редкимъ явленіямъ.

Общее состояніе здоровья женщинъ, обладающихъ воспаленными яичниками, въ началѣ болѣзни представляется еще относительно сноснымъ, но уже вскорѣ при постоянныхъ обостреніяхъ болѣзни оно расшатывается, и мы имѣемъ передъ собою субъектовъ, неспособныхъ ни къ какому болѣе серьезному труду. Невозможность правильнаго питанія вслѣдствіе



такъ часто присоединяющейся диспепсiи (dyspepsia ovarialis), весьма скоро подготовляетъ удобную почву для развитiя туберкулезныхъ бациллъ, быстро появляются уплотненiя въ верхушкахъ легкихъ и развивается полная картина чахотки. Подобная этиологiя чахотки у женщинъ въ периодъ полнаго расцвѣта половой жизни далеко не представляетъ рѣдкости, какъ на это указываютъ наблюденiя *I. M. Fothergill*'я, произведенныя надъ обширнымъ матеріаломъ госпиталя для грудныхъ болѣзней лондонскаго City (The American journal of obstetrics etc. T. XI стр. 11).

*Теченiе и исходы.* Подобно воспаленiямъ вообще, воспаленiе яичника встрѣчается также въ двухъ формахъ: остромъ и хроническомъ. Остро развиваются и протекаютъ обыкновенно паренхиматозныя формы, какъ мы ихъ встрѣчаемъ при острыхъ общихъ инфекціонныхъ заболѣванiяхъ, равно какъ и оофоритъ interstitialis септического происхожденiя, свойственный нѣкоторымъ послѣродовымъ заболѣванiямъ. Болѣе уже рѣдко приходится встрѣчать въ острой формѣ смѣшанныя воспаленiя фолликулярныя (оофоритъ follicularis), развивающiяся вслѣдъ за обширными ожогами или охлажденiями болѣе обширныхъ поверхностей тѣла, иногда послѣ бурнаго coitus'a sub menstruatione и т. п. причинъ. Эти воспаленiя, протекая быстро, влекутъ за собою, конечно, гибель пораженныхъ фолликулъ, но тѣмъ не менѣе restitutio ad integrum получается достаточно удовлетворительно. Болѣе рѣдкимъ исходомъ является развитiе незначительной величины гнѣздныхъ абсцессовъ на мѣстахъ пораженныхъ фолликулъ; оофориты послѣродоваго періода съ переходомъ въ нагноенiе могутъ иногда обусловить развитiе обширнаго абсцесса, уничтожающаго почти всю ткань яичника, причемъ, конечно, окружающая брюшина вовлекается въ процессъ, и случаи протекаютъ, какъ околоматочные нарывы, исходная точка которыхъ нерѣдко опредѣляется только sub autopsy. Въ одному изъ несчастныхъ исходовъ остраго воспаленiя слѣдуетъ отнести переходъ въ хроническое воспаленiе, какъ это особенно рѣзко можетъ быть наблюдаемо въ случаяхъ гонорроевъ.



го зараженія. Обычно же хроническое воспаленіе развивается подволь, мало-по-малу, захватывая все большіе и большіе участки ткани яичника; чистыя паренхиматозныя формы, имѣющія такое теченіе, наблюдаются обыкновенно у субъектовъ съ самымъ упадкомъ питанія, особенно въ дѣтскомъ возрастѣ, съ тѣмъ что главный анатомическій субстратъ хроническаго оофорита представляютъ смѣшанныя воспаленія фолликулярныя и переходъ ихъ на соединительно-тканые слои фолликула, на окружающую интерстиціальную ткань—строму яичника.

Процессъ только весьма рѣдко имѣетъ характеръ разлитой по всему яичнику и локализуется почти всегда на извѣстныхъ только участкахъ, при чемъ, затихая на одномъ, онъ съ новою силою разгорается на другомъ, давая такимъ образомъ клинической характеръ затяжнаго процесса съ относительно часто повторяющимися обостреніями. Присутствіе такого рода обостреній, такъ характерныхъ для *oophoritis chronica* объясняется тѣмъ, что удовлетворительно этиологію самаго страданія,—обыкновенно причина, вызывающая воспаленіе, не можетъ быть вполне достаточно устранена. Не всегда оба яичника представляются одновременно пораженными, нерѣдко одинъ изъ нихъ можетъ быть найденъ совершенно не измѣненнымъ; при одновременномъ же пораженіи обоихъ процессъ выраженъ въ нихъ не одинаково рѣзко, и на долю лѣваго приходится въ большинствѣ случаевъ воспалительныя явленія гораздо болѣе рѣзко выраженныя. Нерѣдко приходится наблюдать, что процессъ въ яичникѣ одной стороны затихаетъ и въ то же время на другой сторонѣ значительно обостряется. Такія обостренія и какъ бы переходы воспаления съ одной стороны на другую тянутся годами, не давая иногда больнымъ совершенно свѣтлыхъ промежутковъ; на другомъ же рядѣ случаевъ процессъ затихаетъ на болѣе долгое время, и больныя повременамъ пользуются относительно полнымъ здоровьемъ. Уже гораздо болѣе рѣдки случаи, въ которыхъ болѣзненные припадки, вызываемые *oophoritis chronica*, мало-по-малу совершенно прекращаются, и больныя выздоравливаютъ. Подобное выздоровленіе можетъ быть двояко, при



чемъ или яичники продолжаютъ еще функционировать, такъ какъ воспалительнымъ процессомъ разрушена въ нихъ только часть той массы фолликуловъ, которыми они обладаютъ, или же воспаление, захвативъ мало-по-малу всѣ фолликулы, уничтожаетъ всю паренхиму яичника, такъ что на мѣстѣ ихъ остаются только соединительно-тканые органы, не способные уже къ дальнѣйшей функціи. Этотъ послѣдній исходъ принадлежитъ къ относительно рѣдкимъ явленіямъ, и больныя, имѣющія такіе измѣненные яичники, уже болѣе не менструируютъ и, конечно, остаются безплодными.

*Объективное изслѣдованіе и распознаваніе.* Какъ нормальные, такъ и находящіеся въ состояніи воспаления яичники могутъ быть точно опредѣлены (прощупаны) только при наружно — внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи; иногда, впрочемъ, при опущеніи одного изъ нихъ, онъ можетъ быть осязаемъ уже при одномъ только внутреннемъ изслѣдованіи или изслѣдованіи *per rectum*, но составить себѣ точное понятіе о его величинѣ, плотности и свойствахъ его поверхности возможно все-таки только при одновременномъ изслѣдованіи обѣими руками совместно изнутри и снаружи. При существованіи болѣе рѣзко выраженной болѣзненности яичника, мышцы передней брюшной стѣнки (*recti abdominis*) представляются иногда настолько сильно рефлекторно сокращенными, что преодолѣть препятствіе со стороны брюшной стѣнки не удастся, и мы должны прибѣгнуть къ примѣненію наркоза (хлороформированія), чтобы въ состояніи точно опредѣлить состояніе яичниковъ.

При наружно-внутреннемъ изслѣдованіи у субъектовъ, особенно толстыхъ намъ удастся въ боковомъ сводѣ влагалища нѣсколько кзади поймать яичникъ между пальцами обѣихъ рукъ и такимъ образомъ съ желательною точностью осязая его величину, форму, плотность и свойство его поверхности. Не находя яичника на мѣстѣ, ему анатомически присущемъ, мы должны объизслѣдовать всю полость малаго таза, такъ какъ, благодаря присутствію сращеній, онъ можетъ быть смѣщенъ и оказаться даже помѣщающимся спереди матки. При



спаленіяхъ яичника, не осложненныхъ болѣе значительнымъ воспаленіемъ прилегающихъ участковъ брюшины, яичникъ прощупывается продолговатымъ или болѣе округленнымъ тѣломъ, увеличеннымъ въ объемѣ, при чемъ объемъ его только мало превосходитъ двойной противъ нормы. При опущеніи яичника и быстромъ изслѣдованіи находимое значительное увеличеніе объема его можетъ быть только кажущееся, благодаря болѣе легкой доступности органа. Пальпація воспаленнаго яичника вызываетъ всегда боль и иногда на столько сильную, что дальнѣйшее изслѣдованіе безъ примѣненія наркотика дѣлается совершенно невозможнымъ. Помѣстивъ яичникъ между пальцами обѣихъ рукъ, мы опредѣляемъ болѣе точно, кромѣ его величины, его консистенцію, на сколько она равномерна и повсюду ли равномерна; при этомъ, обращая вниманіе на свойство его поверхности—гладка ли она или бугриста, мы можемъ иногда весьма легко убѣдиться, что выдающіеся бугоры представляются совершенно другой плотности, чѣмъ основная часть яичника,—ихъ эластичность рѣзко отдѣляетъ отъ окружающей ткани, флюктуация при этомъ обыкновенно прощупана быть не можетъ.

Какъ мы уже сказали, заболѣвшіе яичники могутъ быть только прощупываемы только, когда нѣтъ болѣе значительныхъ воспаленій въ окружающихъ частяхъ; болѣе обширныя фибринозныя эксудативныя массы при острыхъ воспаленіяхъ и соединительно-тканныя ложныя перепонки при хроническихъ окутываютъ иногда яичникъ до такой степени совершенно, что не только контуры его дѣлаются не вполне ясными, но и онъ самъ, какъ отдѣльный органъ, опредѣленъ быть не можетъ. Съ теченіемъ времени только, при постепенномъ обратномъ развитіи отековъ и сращеній, яичникъ начинаетъ мало-по-малу дѣлаться доступнымъ осязанію, и мы можемъ убѣдиться тогда, что центръ такого боковаго периметрита (*perimetritis lateralis*) былъ воспаленный яичникъ. Нерѣдко рядомъ съ заболѣвшимъ яичникомъ можетъ быть прощупана также воспалительно-утолщенная *tuba Fallopii*.



Переходъ остраго воспаления яичника въ нарывъ сопровождается обыкновенно на столько сильнымъ реактивнымъ воспаленіемъ брюшины прилежащихъ органовъ, что контуры увеличивающагося яичника дѣлаются совершенно неопредѣлимыми и распознаваніе нарыва, развивающагося именно въ яичникѣ, дѣлается почти невозможнымъ, такъ что приходится невольно согласиться съ *J. Simpson'*омъ, что только вскрытіе можетъ дать точныя данныя для этого, или же, благодаря успѣхамъ хирургіи настоящаго времени, пробное чревосѣченіе не только разъяснить въ чемъ дѣло, но и дать возможность избѣгнуть аутопсіи.

Только что изложенныя данныя объективнаго изслѣдованія убѣждаютъ насъ, что распознаваніе воспаления яичниковъ можетъ быть произведено на основаніи ихъ весьма точно, и что только иногда, при существованіи осложненій со стороны брюшины, оно не можетъ быть сдѣлано тотчасъ же, а требуется извѣстный срокъ наблюденія и повторное изслѣдованіе, чтобы придти къ тому или другому заключенію. Одно только субъективное изслѣдованіе и анамнезъ обыкновенно представляются весьма недостаточными для распознаванія oophoritis, и вотъ почему діагнозъ нашъ у дѣвушекъ при невозможности производства точнаго наружно-внутренняго изслѣдованія бываетъ шаткимъ, и при назначеніи леченія приходится довольствоваться иногда методомъ *ex juvantibus et nocentibus*. При дифференціальномъ распознаваніи увеличеннаго въ объемѣ яичника, какъ отъ опухолей, въ немъ самомъ развивающихся, такъ и отъ стебельчатыхъ опухолей, могущихъ встрѣчаться въ данной области, драгоцѣннымъ признакомъ можетъ намъ служить періодическое припуханіе — увеличеніе въ объемѣ, свойственное яичнику въ время менструальнаго прилива, признакъ, особенно рекомендуемый *Gallard Thomas'*омъ (*Meyer. Arch. f. Gynaecol. XXVIII* стр. 51). Начинающія развиваться кисты яичника, дающія еще только незначительное увеличеніе объема органа, представляются обычно не болѣзненными при пальпаціи и не даютъ никогда рѣзкаго измѣненія объема яичника при повторномъ изслѣде-



ни во время менструаціи; длинно-стебельчатая подсерозная фиброма, импонируя иногда по величинѣ и формѣ яичникъ, при воспалительномъ состояніи покрывающей ихъ брюшины спадающія также рѣзко-выраженною болѣзненностью, не прирастаютъ, не увеличиваются *sub menstruatione*. Характернымъ знакомъ фолликулярно-воспаленнаго яичника при повторныхъ изслѣдованіяхъ въ теченіе болѣе долгаго срока наблюденія, нашимъ наблюденіямъ, представляется колебаніе его величины, вообще не связанное съ менструальнымъ приливомъ. Увеличенные фолликулы, опредѣляемые нами при наружно-внутреннемъ изслѣдованіи по ихъ большой эластичности и возвышенію, образуемому ими на поверхности органа, достигая максимальной величины, запусѣваютъ — спадаются и даютъ не только уничтоженіе болѣе рѣзко выраженной бугристости поверхности яичника, но и опредѣлимое уменьшеніе его объема. При дифференцированіи заболѣваній яичника мы должны его отдѣлять отъ воспаленій его такъ называемую *ovariï*, данную *Charcot*, относящуюся къ общимъ нервнымъ заболѣваніямъ истерическаго характера; при ней, изслѣдуя подъ хлороформомъ, мы находимъ яичники нормальными, не увеличенными въ объемѣ.

**Предсказаніе.** Воспалительно-измѣненные фолликулы яичника не способны уже къ *restitutio ad integrum*, и съ этой точки зрѣнія предсказаніе безусловно неблагоприятно; но такъ какъ даже въ относительно рѣдкихъ случаяхъ поражается вся поверхность яичника, то остается еще значительное число фолликулярныхъ образований, способныхъ къ дальнѣйшей жизни и функционированію; вслѣдствіе этого *restitutio ad integrum*, вообще, относительно дальнѣйшей функціи яичника возможно, и предсказаніе не такъ далеко не такъ неблагоприятнымъ, особенно въ болѣе легкихъ, не чрезмѣрно затянувшихся случаяхъ. Опасными для жизни могутъ представляться случаи перехода воспаления въ брюшную полость, но при надлежащей и своевременно поданной помощи женщины имѣютъ столь неблагоприятнаго предсказанія, какъ это имѣютъ многія изъ нихъ поръ. Затянувшіеся, долго длящіеся случаи оорхо-



ritidis chronicae только съ трудомъ поддаются настойчивой терапіи, въ большинствѣ случаевъ не получается полного выздоровленія, и мы можемъ достигать только болѣе продолжительныхъ ремиссій — свѣтлыхъ промежутковъ. Упорные случаи, представляя собою уже весьма распространенныя измѣненія въ яичникахъ, обусловливающія обыкновенно полное безплодіе, не поддаются никакимъ терапевтическимъ мѣрамъ, и больныя обречены въ теченіе всей лучшей поры своей жизни переносить мучительныя боли, какъ въ области малаго таза, такъ и въ различныхъ областяхъ тѣла. Случаи эти имѣютъ крайне неблагоприятное предсказаніе относительно выздоровленія, хотя болѣзненные измѣненія и не угрожаютъ прямо жизни. Надлежащая хирургическая терапія и въ этихъ случаяхъ даетъ блестящіе результаты, и мы можемъ снова видѣть передъ собою въ цвѣтущемъ состояніи бывшихъ страдалицъ, хотя и лишенныхъ возможности когда либо сдѣлаться матерями.

*Леченіе.* Удовлетворить первому показанію при леченіи оофоритовъ — устранить болѣзнетворную причину — представляется въ большей части случаевъ почти невозможнымъ; такъ всѣ острые воспаленія, являющіяся результатомъ той или другой инфекціи, могутъ быть сами по себѣ лечимы только прищипочно, хотя, конечно, въ то же время общее леченіе наше бываетъ направлено и противъ производящей причины (тифы, послѣродовыя заболѣванія, гоноррея и др.). Хроническія же формы воспаленій яичниковъ уже отчасти допускаютъ возможность устранить ту или другую причину, если и не вызвавшую заболѣваніе, то поддерживающую его.

Oophoritis acuta, если она выражена достаточно рѣзко, сопровождается всегда заболѣваніемъ прилегающихъ участковъ брюшины, такъ что у постели больной она вполне замѣняется мѣстнымъ перитонитомъ, и поэтому леченіе наше почти ничѣмъ не рознится отъ такового же при perimetritis acuta. Лежать на нижнюю часть живота, абсолютный покой, опорожненіе кишечника, при лихорадкѣ antipyretica и при сильныхъ боляхъ narcotica, морфійъ подъ кожу или въ suppositori'яхъ въ прямую



шку. При переходѣ воспалительныхъ измѣненій ткани яичка въ нарывъ и существующемъ предположеніи, что это околоматочный, въ полости брюшины развившійся абсцессъ, нарывъ яичника, могущій быть удаленнымъ *in toto*, слѣдуетъ считать настоятельно показаннымъ производство чревосѣченія и производства *ovariotomy*. Мы упомянемъ только о подобныхъ случаяхъ *Martin's* (Centr. Bl. f. Gyn. 1887 стр. 308) и *Pleris's* (Nouvelles Archives d'obstetrique etc. 1888. Repertoire universel. стр. 154), кончившихся выздоровленіемъ у молодыхъ, перенесшихъ полное удаление нагноившихся яичковъ. При невозможности діагноза нарыва именно яичника при хорошо выраженной флюктуаціи со стороны сводовъ влагалища примѣненіе пункціи нарыва иглою аппарата *Dieulefoy* и эмпирія гноя даетъ также хорошіе и стойкіе результаты.

Воспаленія яичниковъ, имѣющія хроническое теченіе, при леченіи ихъ требуютъ назначенія на сколько возможно большаго покоя и заботы объ устраненіи приливовъ крови къ половымъ органамъ. Физическій и нравственный покой должны быть доставляемы больнымъ, на сколько это только возможно. Запрещеніе усиленной ходьбы и всякаго физическаго труда, особенно работа ногами на швейной машинѣ, во время менструальныхъ кровотеченій полный покой въ постели, регулированіе кишечныхъ отпавленій, при существующей склонности къ запорамъ и при лѣвостороннемъ оофоритѣ забота о свободныхъ жидкихъ испражненіяхъ—суть тѣ предписанія, которымъ больныя должны строго подчиняться. При *dyspareuni*, зависящемъ отъ опущенія заболѣвшаго яичника—полное воздержаніе *coitus'a*, если же *dyspareuni* не существуетъ, то умѣренная половая жизнь должна быть разрѣшена, такъ какъ полное воздержаніе отъ нея связано также съ усиленными приливами крови къ половымъ органамъ, а появляющіяся повременамъ произвольныя ночныя состоянія оргазма весьма вредно отзываются на заболѣвшемъ яичникѣ.

Покой заболѣвшему органу примѣненіемъ мѣстныхъ средствъ мы можемъ весьма удовлетворительно доставить,



вкладывая во влагалище мягкое кольцо *Mayer*'а небольшой величины или же кольцо подобное тому, которое мы применяемъ при метритахъ (см. *К. Славянский*. Частная патологія и терапия женскихъ болѣзней. 1888. т. I стр. 456); фиксируя до известной степени матку, эти кольца парализируютъ дѣйствіе чрезмѣрныхъ колебаній внутрибрюшнаго давленія на воспаленный яичникъ.

При появленіи обостренія воспалительныхъ явленій, и, особенно, развитіи болѣе интенсивныхъ болей, прекрасный эффектъ получается отъ назначенія пузыря со льдомъ на низъ живота, скарификацій влагалищной части матки и морфія подъ кожу. По минованіи болѣе острой картины, на уничтоженіе постоянной боли въ области воспаленнаго органа имѣютъ хорошее вліяніе отвлекающія на кожу нижней части живота въ формѣ или повторныхъ смазываній *tinct. iodi*, или назначенія Миланскихъ мушекъ.

Въ теченіе хроническихъ оофоритовъ большаго вниманія заслуживаетъ, такъ называемое, разрѣшающее леченіе. По минованіи острыхъ явленій назначеніе препаратовъ іода вступаетъ въ свои права. *Kalium iodatum* внутрь и снаружи въ общихъ ваннахъ и суппозиторіяхъ во влагалище (*Rp. Kalii iodati 0,3 Morph. hydrochlor. 0,01, Butyri cacao 2,0. M. f. supposit. d. 6. S. на ночь по одной во влагалище*). Назначеніе этихъ послѣднихъ мы обыкновенно комбинируемъ съ горячими влагалищными душами  $38^{\circ}$ — $40^{\circ}$  R., дѣлаемыми больными ежедневно, передъ тѣмъ какъ онѣ ложатся спать. Это леченіе, при соблюденіи всѣхъ вышесказанныхъ предписаній проведенное въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, даетъ иногда блестящіе результаты. За послѣднее время мы приобрѣли еще весьма цѣнный методъ леченія, относящійся къ этой же категоріи—это массажъ заболѣвшихъ яичниковъ. При хроническомъ теченіи заболѣванія, по минованіи острыхъ явленій, онъ представляетъ дѣйствительно одно изъ надежныхъ и вѣрно-дѣйствующихъ леченій; применяя его отъ 40 до 75 сеансовъ въ теченіи двухъ, трехъ мѣсяцевъ яичники, бывшіе увеличенными в



мѣмъ и болѣзненными, приходятъ къ нормѣ, какъ мы въ  
омъ могли убѣдиться въ случаяхъ, пользовавшихся въ нашей  
иникѣ (*Д-ръ Семяниковъ*. О примѣненіи массажа въ гине-  
могін. Журналъ акуш. и женскихъ болѣзней. Т. II. 1888,  
р. 873).

Существованіе меноррагій и выдѣленій изъ полости тѣла  
матки, зависящихъ отъ эндометрита, стоящаго въ свою очередь  
связи съ оофоритомъ, требуютъ иногда самостоятельнаго ле-  
ченія, направленного спеціально на стойкія измѣненія, развив-  
ившіяся уже въ слизистой оболочкѣ тѣла матки. Сильныя потери  
крови нерѣдко обуславливаются присутствіемъ *endometritidis*  
*agrosae*, лечение которой выскабливаніемъ острой ложкой всей  
отслоившейся слизистой оболочки должно быть произведено безо-  
пасно. Травма операціи не вліяетъ обыкновенно неблаго-  
приятно на процессъ въ яичникѣ, напротивъ того, послѣ выскаб-  
ливанія замѣчается нерѣдко улучшеніе воспалительныхъ явленій  
въ яичникахъ. Прекрасное кровеостанавливающее дѣйствіе  
представляетъ въ подобныхъ случаяхъ примѣненіе электри-  
чества. Обыкновенно бываетъ достаточно нѣсколькихъ сеансовъ,  
иногда и одного только примѣненія постоянного тока, при-  
чемъ анодъ въ формѣ платинового маточнаго зонда вводится  
въ полость матки. Сила колеблется отъ 75 до 100 миллиампе-  
ръ. Вполнѣ удовлетворительные результаты, такого леченія  
нѣ приходится наблюдать иногда даже послѣ неуспѣшно  
произведеннаго выскабливанія слизистой оболочки полости матки.  
(*Ассенъ*. Протоколъ засѣданія С.-Петербургскаго Акушерско-  
гинекологическаго Общества. 1889. 19 октября).

Особенно заслуживаетъ нашего вниманія съ точки зрѣнія  
леченія присутствіе тѣхъ или другихъ измѣненій, свойствен-  
ныхъ гонорройной инфекціи у женщинъ; всюду по всему поло-  
вому каналу, гдѣ бы онѣ ни были нами найдены, онѣ должны  
быть устранены примѣненіемъ направленной противъ нихъ  
терапии.

Назначая леченіе мѣстное, мы не должны забывать назна-  
ченія леченія общаго: такъ больныя *cum oophoritide chronica*



помимо многочисленныхъ отраженныхъ нервныхъ припадковъ представляютъ весьма выраженный упадокъ питанія всего организма. На первомъ планѣ стоитъ обыкновенно *dyspepsia*, какъ мы уже видѣли, происхожденія рефлкторнаго вслѣдствіе передачи раздраженія на *sympathicus*. *Kalium bromatum* пользуется вполне заслуженною славой, назначаемый съ цѣлью устраненія этого раздраженія. Мы назначаемъ его обыкновенно съ *infusum gentianae*, какъ горькимъ желудочнымъ средствомъ (Rp. *Kalii bromati* 5,0, *Inf. gentianae* 150,0. MDS. по столовой ложкѣ 4 раза въ день). Дѣйствіе получается довольно скоро, диспептические припадки пропадаютъ, появляется аппетитъ и желудочное пищевареніе идетъ правильно. Заботясь о правильномъ испражненіи, одновременно съ *kal. bromatum* могутъ быть назначаемы среднія соли (Rp. *Natri sulfurici* 8,0. *Natri 2 carbonici* 35,0. *Acidi tartarici* 24,0. MDS. по чайной ложкѣ 2 раза въ день на полустаканъ воды) и въ случаѣ нужды одну пилюлю изъ подофилина (Rp. *Podophyllini* 0,6. *Extr. bellad.* 0,12. *Extr. trifolii fibrini* q.s. ut.f. pil. № 40. D.S. по 1—2 пилюли на ночь). Для восстановленія нарушеннаго питанія—укрѣпляющая легкая питательная діета, молоко, вино *in refracta dosi* и препараты мышьяка (Rp. *Solut. arsenicalis Fowleri* 5,0. *T-rae chinae compositae* 50,0. M.D.S. по 10 капель 2 раза въ день, во время ѣды).

Прекрасное, иногда для больныхъ неожиданно благотворное дѣйствіе имѣетъ назначеніе леченія на лѣто минеральными водами. Посылая больныхъ на лѣтній сезонъ въ *Franzensbad*, *Kreuznach*, *Schlangenbad*, *Marienbad*, Эссентуки, Старую Руссу, Друсскеники, Липецкъ и др. воды, мы достигаемъ полного измѣненія ихъ всендневной обстановки и уже этимъ однимъ устраняемъ не мало причинъ, дурно вліяющихъ на теченіе болѣзни; подвергая же ихъ правильному режиму жизни, установившемуся на водахъ, и назначая пользованіе, какъ общими минеральными ваннами, такъ и употребленіе того или другаго источника внутрь, мы удовлетворяемъ однимъ изъ самыхъ главныхъ показаній леченія хроническаго оофорита вообще.

Не смотря на всѣ, только что перечисленные методы лече-



я, все-таки остается еще не малое число случаевъ oophoritis gonicae, не поддающихся ни одному изъ нихъ; больныя, не смотря на строго проведенные курсы леченія и неоднократныя вѣздки на тѣ или другія воды, остаются все тѣми-же страда-цами, неспособными хотя-бы и немного пользоваться благами жизни. Эти случаи относятся къ категоріи тѣхъ, о которыхъ не такъ недавно говорили, что они неизлечимы и совѣтывали пользующему врачу лучше бросить всякое правильно назна-ченное леченіе, такъ какъ оно останется все-таки безрезультатно (*M. Duncan* 1. с. стр. 201). Вотъ въ этихъ случаяхъ мы пытаемъ исполнѣ показаннымъ леченіе хирургическое—удале-ніе обоихъ заболѣвшихъ яичниковъ путемъ чревосѣченія — гистерэктомію. Мы производимъ ее только тогда, когда имѣемъ полное убѣжденіе, что наши методы леченія въ данномъ случаѣ оказались безуспѣшными, и случай долженъ быть отнесенъ къ неизлечимымъ. Противъ болѣе ранняго производства операціи я удерживаетъ личный опытъ, вынесенный изъ наблюденія случаевъ излеченій не оперативнымъ путемъ такихъ больныхъ, которыя уже назначались къ производству операціи, и эта по-мѣня случайно, почему бы то ни было, была отложена, какъ это само собою, такъ и въ практикѣ другихъ врачей.











