

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.

121
5

КЪ ВОПРОСУ
О ЗАБОЛѢВАНІИ
ФАЛЛОПЕВЫХЪ 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.

О ЗАБОЛѢВАНІИ

КЪ ВОПРОСУ

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

Ученый Секретарь В. Пашутинъ.

Заболѣванія фаллопиевыхъ трубъ представляютъ такой отдѣлъ гинекологіи, на который до самаго послѣдняго времени обращалось весьма мало вниманіи. Въ выходящихъ даже въ повѣйшее время учебникахъ по женскимъ болѣзнямъ патологіи трубъ едва упоминается нѣскольکو 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, 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 данного заболѣванія. Часто встрѣчающееся при сальпингитѣ пораженіе яичника оказываетъ известное 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 «sarpingo—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. Послѣдніе представляютъ, конечно, интересный матеріалъ для гистологическаго изученія; оставляя за собою эту задачу на будущее время, я теперь долженъ былъ ограничиться микроскопическимъ изслѣдованіемъ однихъ фаллопиевыхъ трубъ.

При изученіи сальпинго-оофорита въ клиническомъ отношеніи было бы весьма интересно разобрать точнѣе въ его этиологіи, 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 ограничился изложеніемъ тѣхъ методовъ оперативной терапіи, которые применялись 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 болѣе надежной оперативной терапіи, т. е. полнаго удаленія заболѣвшаго органа, иногда примѣняются различныя другіе методы хирургическаго леченія при растяженіяхъ трубъ, какъ-то: проколь, дренажъ, швываніе 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, причѣмъ опухоль всегда удалялась.

Если, такимъ образомъ, мы можемъ быть сдѣланы упреки въ неподнотѣ, въ существованіи нѣкоторыхъ проблѣвъ, то эти упреки, мы 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 патологіи 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 причиной 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 выяснитъ 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 причиной того, что самостоятельное значеніе сальпингитовъ низводилось до нуля.

Наиболѣе старинныя указанія, существующія въ литературѣ, касаются такихъ заболѣваній фаллопиевыхъ трубъ, которыя рѣзко всего бросались въ глаза, именно растяженія ихъ накопившеюся въ ихъ полости жидкостью. Но даже такая сравнительно простая патолого-анатомическая форма, какъ hydroosalpinx, не была достаточно ясна для прежнихъ авторовъ и многіе изъ опубликованныхъ случаевъ, очевидно, основаны на анатомическихъ ошибкахъ. Такъ, Meus²⁾ въ 1678 г. сообщаетъ о случаѣ водянки трубы, растянутой 112-ю фунтами жидкости. Hausamann³⁾ приводитъ въ своей работѣ много

²⁾ Meus. De admirando dextrae tubae uterinae hydrope. 1678.

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

подобных случаев мицных hydrosalpinx'овъ, собранных имъ въ старинной литературѣ: Harder, Murault, Cyprianus, Tulpinus 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 аутопсѣ. Большинство этихъ случаевъ, вѣроятно, относится къ яичниковымъ 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 встречаемъ описание гнойнаго скопленія въ трубѣ (Er. XLVI art. 27), водянка (Er. XXVI art. 13), туберкулоза (Er. XXXVIII art. 34) и проч. Но болѣе или менѣе точнаго патолого-анатомическаго описанія хотя бы напр. растяженій трубы, которыя легче обращаютъ на себя вниманіе, мы встречаемъ лишь у авторовъ 30-хъ годовъ настоящаго столѣтія (Boivin et Dugès ⁵⁾, Froriep ⁶⁾ и пр. Цѣлый рядъ подобныхъ случаевъ мы находимъ въ Bulletin 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. Известныя 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⁾ рассматриваетъ вмѣстѣ воспаленія трубъ, яичниковъ и тазовой кѣтъчатки, 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⁾ Bulletin de la Soc. anat. de Paris. 1837. Стр. 36, 99 и 146.
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 кѣтъчаткѣ широкой связки, и тѣмъ, который захватываетъ яичники, трубы и окружающую брюшину. Болѣе или менѣе рѣзкая граница между различного рода воспалительными процессами въ соедѣствѣ съ маткой была установлена лишь съ того времени, какъ Virchow далъ точное описаніе параметрита, а Bernutz ⁹⁾, на основаніи многочисленныхъ вскрытій и клиническихъ наблюденій, доказалъ, что то, что называется неопредѣленнымъ именемъ inflammation péritéine, есть воспалительный процессъ, развившійся въ полости peritonei, при чемъ это воспаление тазовой брюшины являетсѣ часто съдѣствіемъ заболѣванія яичниковъ и особенно трубъ. Этому заболѣванію онъ даетъ названіе: pelvipéritonite. Точно также и Aran ¹⁰⁾ своими наблюденіями выяснилъ важное значеніе трубъ въ происхожденіи воспаления околоматочной брюшины. Тѣмъ не менѣе и въ работахъ, выходившихъ послѣ Bernutz'a заболѣванія трубъ рассматривались иногда вмѣстѣ съ воспаленіемъ широкихъ связокъ, напр. у Ferd. Verjus ¹¹⁾.

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'a ¹²⁾, Hennig'a ¹³⁾ и ¹⁴⁾ мы встречаемъ довольно обстоятельный обзоръ заболѣваній трубъ съ патолого-анатомической точки зрѣнія, Scanzoni ¹⁵⁾ не придаетъ имъ почти никакого значенія въ клиническомъ отношеніи, онъ сомнѣвается въ возможности диагностировать заболѣванія трубъ и предсказываетъ даже, что ихъ никогда не удастся отличить отъ аналогичныхъ заболѣваній яичниковъ. Горвицъ ¹⁶⁾ 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 применяться въ широкихъ размѣрахъ. Лазаретомія 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. Paris. 1867.
¹²⁾ Klob. Pathol. Anatomie d. weibl. Sexualorg. 1864.
¹³⁾ Hennig. Der Katarrh der inneren weiblich. Geschlechtstheile. 1862.
¹⁴⁾ Scanzoni. Die Krankheiten der Eileiter etc. 1876.
¹⁵⁾ Scanzoni. Lehrbuch der Krankh. d. weibl. Sexualorg. 1867. Томъ 2-й.
¹⁶⁾ Горвицъ. Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы Т. 2, стр. 429.

ной проверки клинических данных, благодаря ей клинические явления могут быть поставлены в должное соотношение с патолого-анатомическими изменениями. Только со этого времени заболевания труб обратили на себя общее внимание, при этом обнаружилось, что эти заболевания имеют совершенно самостоятельное значение, и с этого времени быстрыми шагами пошло вперед изучение их как в патологоанатомическом, так и в клиническом отношении. Здесь я не стану приводить цѣлаго ряда исследований различных новейших авторов, так как на них часто придется сослаться в дальнейшем изложении.

Патологическая анатомія салпинго-оофорита.

Болезненный процесс, развившийся в полости трубы, обыкновенно сопровождается разнообразными последовательными расстройствами в окружающих органах и тканях. Свободное сообщение канала трубы с брюшной полостью дает возможность непосредственному прониканию в нее болезнетворного начала; с другой стороны, при тонкости стѣнки трубы, воспаление слизистой оболочки может распространиться на брюшину, благодаря лишь соедѣству и органической непрерывности тканей (Hennig¹⁷). Поэтому патологическая анатомія салпинго-оофорита представляет болѣе или менѣе сложную картину; кромя изменений в самих трубах, — центральномъ фокусѣ заболевания, — мы должны рассмотреть также изменения в яичникахъ и в области тазовой брюшины.

А. Заболевания фаллопиевыхъ трубъ.

Частота заболеваний. Хотя, на первый взгляд, трубы, скрытыя в глубинѣ малого таза, представляются мало доступными вреднымъ влияниямъ, тѣмъ не менѣе анатомическія условія и функциональныя особенности ихъ таковы, что для патологическихъ уклонений онѣ представляютъ благоприятную почву, при этомъ и незначительныя изменения получаютъ важное значение, нарушая функцию трубъ, какъ яйцеводовъ (безплодіе, внематочная беременность).

Труба по строенію своему составляетъ, в сущности, непосредственное продолженіе всѣхъ тканей, входящихъ в 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 в endometrium легко могутъ распространиться и в трубу per continuitatem. В самой трубѣ существуютъ условія, благоприятствующія возникновенію и упорному характеру болезненного процесса. Она обильно снабжена кровью и сосуды ея часто подвергаются значительному переполненію; во время менструальнаго прилива она находится в состояніи гипереміи, окрашиваясь в интенсивно красный цвѣтъ. Сь другой стороны, поверхность слизистой оболочки весьма велика сравнительно сь объемомъ трубы вслѣдствіе цѣлага лабиринта складокъ; эта складчатость слизистой оболочки также является моментомъ, имѣющимъ значеніе при заболеваніи трубы. Узость кавала, в свою очередь, особенно внутренняго конца, также должна быть принята во вниманіе, такъ какъ это обстоятельство при заболеваніи трубъ служитъ причиною, вызывающей расстройство ея функций и способствующей накопленію в трубѣ ея секрета. Громадное значеніе получаетъ то обстоятельство, что ostium uterinum открыто прямо в брюшную полость; это придаетъ заболеванію трубы особенное значеніе. Всѣ эти обстоятельства указываютъ на то, что заболевания трубъ должны представлять одну изъ частыхъ гинекологическихъ формъ.

Въ своей статьѣ: «Is disease of the uterine appendages as frequent as it has been represented?» Coe¹⁸) относитъ весьма скептически ко многимъ формамъ заболеваній трубъ. На основаніи гистологическаго изученія препаратовъ, полученныхъ при салпинго-оміи, онъ полагаетъ, что трубы удаляются часто тамъ, гдѣ в сущности онѣ не представляютъ никакого заболевания или, по крайней мѣрѣ, оно настолько незначительно, что салпинготомія не имѣла в данномъ случаѣ достаточныхъ показаній. Особенно сомнительной ему кажется частая діагностика «Salpingitis catarrhalis», такъ какъ вь соответствующихъ препаратахъ онъ не нашелъ никакихъ существенныхъ признаковъ воспаления. Это мнѣніе Coe стоитъ особнякомъ среди общераспространеннаго убѣжденія в частотѣ заболеванийъ трубъ. Переходя къ цифровымъ даннымъ, которыя могли бы служить указателями абсолютной частоты заболеванийъ трубъ, прежде всего слѣдуетъ замѣтить, что этотъ вопросъ точнѣе всего можетъ быть рѣшенъ, какъ указываетъ Lewers, наблюденіями при вскрытіяхъ всѣхъ безъ разбора труповъ, попадающихъ в секціонную. Къ сожалѣнію, такихъ наблюденій сдѣлано мало и, при томъ, собран-

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

ный материал не представляет необходимого однообразия для гистологии. Schramm 19) говорит, что сравнительно редко встречаются на вскрытиях совершенно нормальные трубы и что свободная от воспаления труба принадлежит к исключеньям. Bandl 20) при вскрытиях 100 трубъ более чѣмъ въ половинѣ случаевъ нашелъ катарръ трубы. Hennig 14) въ 3/4 всѣхъ случаевъ при аутопсиі нашелъ въ трубахъ болѣзненные измѣненія и признаки катарра съ болѣе или менѣе значительнымъ скоплениемъ секрета. Cornil 21), исследуя трубы при каждомъ вскрытии, находилъ въ нихъ гной приблизительно 1 разъ изъ 20-ти. Lewers 22) при исследованіи 100 трубъ въ 17 случаяхъ встрѣтилъ заболѣванія трубъ съ растяженіемъ канала болѣе или менѣе значительнымъ количествомъ содержимаго различныхъ свойствъ, такъ наприм. въ 5 случаяхъ была pyosalpinx, въ 4 haematosalpinx и т.д. Изъ таблицы Winckel'а 23) можно указать на слѣдующія цифры. У 575 женскихъ трубъ: 48 разъ отъ атрезіи трубъ встрѣтилась 35 разъ различная степень атрезіи, 24 разъ pyosalpinx, 10 разъ haematosalpinx, 10 разъ туберкулезъ. Собравшия 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 содержимаго. Относительно особенно катарральныхъ явленій можно добавить, что слишкомъ высокая цифра, полученная для нихъ двумя авторами, не совсемъ убѣдительна, такъ какъ, по мнѣнію Hennig'a, часто встрѣчаемые при вскрытияхъ признаки катарра могутъ быть приписаны тяжелымъ разстройствомъ въ организмѣ, предшествующимъ 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 Пупки и Билъ-рота. 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. Ref. в. 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 редко возникаютъ первично; обыкновенно они являются результатомъ распространенія болѣзненного процесса изъ нижнихъ отдѣловъ полового канала, или же первичнымъ источникомъ ихъ заболѣванія служатъ окружающіе органы въ полости peritonei. Можно указать на слѣдующіи пути распространения заболѣваній. Самый обычный путь — это непосредственный переходъ заболѣванія со слизистой оболочки матки на слиз. обол. трубы, представляющую непосредственное продолженіе первой. Въ этомъ отношеніи salpingitis можетъ быть разсматриваемъ какъ аналогъ epididymitis: оба они обязаны распространенію воспаления вверхъ по слизистой оболочкѣ половой канала (Mc. Arde 25). Особенно это относится къ гонорее, составляющей столь частую причину заболѣванія трубъ. Было бы странно, какъ говоритъ Polk 26), если бы гоноррея, распространяющаяся у мужчинъ по мочеисса, не слѣдовала бы этому же пути и у женщинъ; также странно было бы, если бы, переходя изъ влагалища на матку, она останавливалась бы у трубныхъ отверстій. Но если эти аналогіи обратиться къ фактамъ клиническимъ и анатомическимъ наблюденій, то легко убѣдиться, что каналъ трубы представляетъ самый удобный путь для распространения воспаления отъ матки до полости peritonei, такъ что салпингитъ 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. 127). Что заболѣваніе распространяется действительно часто чрезъ трубы, а не чрезъ кѣлчатку широкихъ связокъ, доказываеся тѣмъ, что при заболѣваніи трубъ и окружающей брюшины кѣлчатка вокругъ матки и въ широкихъ связкахъ, за исключеніемъ нуэрперальныхъ заболѣваній, обыкновенно не представляетъ и слѣдовъ воспаления или же представляется нѣсколько измѣненной непосредственно подъ брюшиной. Polk 26) при 16 салпингитоміяхъ нашелъ только въ 2 случаяхъ легкое отечное набуханіе кѣлчатки связокъ, въ остальныхъ случаяхъ она была совершенно здорова. Точно также Bernutz 9) въ протоколахъ своихъ вскрытій относительно кѣлчатки lig. lati говоритъ, что она совершенно нормальна.

Но если заболѣваніе распространяется непосредственно по сл-

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

26) Polk. Peritlerine inflammation. The Med. Record 1886 г. Т. 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 противорѣчитъ 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 васкуляризованная, можетъ представлять для воспаления болѣе удобную почву; тогда какъ во внутреннемъ концѣ слиз. оболочка плотно соединена съ подлежащей тканью, малососудиста, малоскладчатая, поэтому воспаление здѣсь не задерживается и устремляется къ наружному концу (Seuivre 28). При pyosalpinx'ѣ скопленію гноя во внутреннемъ отрѣзкѣ трубы мѣшается узость канала и сильно развитая мускулатура, говоритъ Hegar 29). Кроме того, можетъ быть, имѣть 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 явно выраженъ на всемъ протяженіи трубы (напр. случаи № 19).

Наконецъ выраженіемъ того, что заболѣваніе, распространяясь съ матки, оставляетъ слѣды въ самомъ внутреннемъ отдѣлѣ трубы, можетъ служить та форма салпингита, которою Schauta 92) назвалъ salpingitis isthmica nodosa.

Другой путь перехода воспаления отъ матки на трубы образуютъ лимфатическіе сосуды, преимущественно при пuerперальныхъ заболѣваніяхъ. Этимъ путемъ Champignonnière объясняетъ воспаление трубъ въ послѣдственномъ періодѣ на томъ основаніи, что внутренняя треть трубы не представляетъ измѣненій. Maier 31) сомнѣвается въ непосредственномъ переходѣ пuerперальнаго эндометрита на слизистую оболочку трубы. Seuivre 28) полагаетъ, что пuerперальный салпингитъ зависитъ отъ маточнаго лимфангонта, такъ какъ ему пришлось 3 раза встрѣтить на аутопсії лимфангонтъ, пuerперальный съ гноемъ

²⁸⁾ Seuivre. 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 лимфангонтъ не было, трубы были здоровы; съ этимъ согласенъ Jacques Fioure ³²⁾. Эти данныя, полученные при наблюденіи тяжелыхъ пuerперальныхъ заболѣваній, Lavie ³³⁾ по аналогіи распространяетъ и на легкія септические заболѣванія, сопровождающіеся салпингитомъ.

Hegar полагаетъ, что лимфатическіе сосуды могутъ служить путемъ распространенія заболѣванія также и для гонорреи и туберкулоза. Именно инфекция идетъ чрезъ соединительно-тканную щель и лимфатическіе сосуды до брюшины и отсюда распространяется въ открытую воронку трубы. Lohlein 31) 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, развивающагося первоначально въ полости regiōni. Источникомъ заболѣванія можетъ служить личинка, 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 мѣтнаго 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., смѣненія, фиксациі, перегибы трубъ и проч. Въ результатѣ 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 являются результатомъ распространенія воспаления со слизистой оболочки матки, то они обыкновенно появляются на обѣихъ сторонахъ. Тѣмъ не менѣе, между авторами въ этомъ отношеніи не существуетъ единогласія. Конечно, этотъ вопросъ лучше всего могъ бы быть разрѣшенъ путемъ статистики; для этого наиболѣе

³²⁾ Fioure. Lymphatiques utérines 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 терапия женскихъ болѣзней. 1885, стр. 374.

точные данные получились бы, если бы мы имели ряд сообщений различных операторов, опубликовавших все свои случаи сальпингитомы. Имевшийся же литературный материал весьма представляет из себя слишком отрывочным и часто неточным сведениям. Там же не менее цифры д-ра Шлезингера (37) говорят в пользу двухсторонности заболѣвания.

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 диагноза 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. Многие авторы считаютъ лѣвую сторону болѣе наклонною 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 varicocele чаще бываетъ у мужчинъ сѣва, именно дѣло объясняется давленіемъ переполненной recti на vena spermatica sin. (см. Lawson Tait (41)). Но такъ какъ Brinton доказываетъ, что varicocele бываетъ чаще сѣва вслѣдствіе того, что при впаденіи vena spermatica dextra въ venam cavam существуетъ весьма совершенная заслонка, а сѣва ея нѣтъ, то Tait по аналогіи примѣняетъ этотъ фактъ къ болѣзнямъ придатковъ. Однако Nyrtl (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 сѣва, вслѣдствіе чего на этой сторонѣ болѣе частыя условія для распространенія воспаленія по лимфатическимъ путямъ.

³⁷⁾ Шлезингеръ. Къ вопросу о леченіи некоторыхъ болѣзней фалл. трубъ чрезъсвѣчицею. 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 1886.

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⁾ Nyrtl. Руководство къ анатоміи человѣческаго гѣла. 1878, стр. 810.

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

Gusserow (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., (45) 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 (см. № 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 сальпингитоміей 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 сальпингитомія была сдѣлана спустя всего 5 мѣсяцевъ послѣ первой. Еще болѣе категорически высказывается въ этомъ отношеніи L. Tait (46), соетуга постоянно производилъ двухстороннюю сальпингитомію, даже если во время операціи одна изъ трубъ и не представляла видимыхъ измѣненій. Ему дважды пришлось дѣлать повторную сальпингитомію и онъ приводитъ еще 5 случаевъ (изъ 26), при которыхъ послѣ односторонней сальпингитоміи оперированныя скорѣе умерли при явленіяхъ, которыя, повидимому, свидѣтельствовали о выступленіи гноя изъ оставленной трубы съ послѣдующимъ 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 условий. Трубы удаляются при операціи въ различные періоды со времени заболѣванія, поэтому въ нихъ мы встрѣчаемъ различныя стадіи хотя бы одного и того же процесса. Далѣе, интенсивность воспаления бываетъ весьма различна, начиная отъ легкихъ катарральныхъ измѣненій и кончая процессомъ нагноительнымъ съ разрушеніемъ ткани. Кроме 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 гипертрофіи и атрофіи. Участиемъ всѣхъ этихъ моментовъ и опредѣляется характеръ макро и микроскопическихъ измѣненій, встрѣчаемыхъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ заболѣванія.

Макроскопическія измѣненія. Заболѣвшія трубы по вѣшнему виду отличаются измѣненіями своего объема и направленія. Имено, онѣ представляются утолщенными и болѣе или менѣе извилистыми. Утолщеніе трубы зависитъ отъ набуханія ткани вслѣдствіе пропитыванія воспалительными продуктами, отъ накопленія нѣкотораго количества содержимаго въ кавалѣ и, наконецъ, иногда отъ гиперплазіи ткани. Утолщеніе постепенно увеличивается къ наружному концу трубы, причѣмъ 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'у¹²⁾ 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'a, причѣмъ серозный покровъ въ видѣ мостика переходитъ съ одного колѣна трубы на другое. Особенно наглядно можно видѣть это въ случаѣ № 17; здѣсь сильно удлинненныя трубы можно было свободно передвигать подъ серозной оболочкой; при выпрямленіи изгибовъ въ одномъ мѣстѣ тотчасъ по соедѣству получались новые изгибы, раньше не существовавшіе. Образующіяся 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 стѣнѣй трубы. Изгибы трубы, перетяжки, сдѣженія и проч., могутъ, конечно, проникать также исключительно отъ сморщиванія отложившихся на ея поверхности ложныхъ перепонокъ.

На видѣ труба бываетъ темнаго красноватаго или багроваго цвѣта, особенно въ наружномъ концѣ. Покрывающая ее брюшина или еще подвижна, гладка, блестяща, или же прочно саяна 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 попадаются на ней крошечныя 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 тунутся 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). Провѣтъ трубы болѣею частью расширенъ, иногда зияетъ, но чаще сломъ 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 — индиканъ). Слизъ состоитъ изъ муцина, но болѣею частью изъ особаго вещества, названнаго Hennig'омъ гялиномъ, отличающимся реакціями отъ муцина. При гнойномъ и геморрагиче-

сломъ салпингитъ 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 въ дѣйстви образванія склеекъ въ этой области, т. е. въ дѣйстви пельвиеритонита. 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 albominialis бываетъ первичнаго происхожденія въ дѣйстви ненормальнаго сокращенія, затѣмъ уже происходитъ спаиваніе серозныхъ поверхностей. Это объясненіе онъ считаетъ позволительнымъ для тѣхъ случаевъ, гдѣ кромѣ этого срастанія нигдѣ нѣтъ уклоненій въ перитонеальномъ покровѣ. Накопленная въ трубѣ жидкость своимъ давленіемъ выпячиваетъ (сл. № 11) отдѣльныя бахромки наружу, въ дѣйстви 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 [Seuivre 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 въ дѣйстви 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 тѣнь трубы. Закрытіемъ наружнаго отверстія прекращается изліаніе секрета трубы въ брюшную полость и она начинаетъ растягиваться въ кистовидный мѣшокъ.

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

Классификація салпингитовъ. 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 Baudl'я 20), воспалительные процессы въ трубахъ описывались лишь подъ двумя категоріями: salpingitis catarrhalis и salpingitis, причемъ подъ вторымъ разумѣлось болѣе интенсивное 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 салпингита. Въстѣтъ 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 тоже время строго слѣдуя паразитарной теоріи, Saenger 48) подробно распредѣляетъ всѣ салпингиты въ опредѣленныя рубрики:

1) Салпингиты, зависящіе отъ точно извѣстныхъ специфическихъ микробовъ:

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

2) Салпингиты, зависящіе отъ специфическихъ микробовъ, идентичныхъ съ производящими травматическую инфекцію: salpingitis septica, pyaemica, diphtherica, phlegmonosa, erisipelatosa, putrida.

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

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

Классификація Saenger'a слишкомъ шематична и искусственна. Вообще классификація салпингитовъ 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 другие французские авторы рассматривают 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, papillomatuse.
- 2) Des salpingites interstitielles.
- 3) Des pyosalpingites: septiques, puerperales, blennorrhagique, tuberculeuse, hémorrhagique.
- 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 рассматривать 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 рассматриваетъ слѣдующія разновидности:

1) Самая частая форма—утолщеніе трубъ въслѣдствіе интерстиціального воспаления. Эту форму Mundé предлагаетъ называть распу-салпингитисъ.

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'ovaire. 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, соответствуютъ различнымъ заболѣваніямъ трубъ, которыя опредѣляются макроскопически, но во всякомъ случаѣ онѣ не даютъ представленія о болѣе детальныхъ гистологическихъ измѣненіяхъ.

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

- a) Salpingitis catarrhalis (interstitialis).
- b) » follicularis.

Описанныя Martin'омъ формы салпингита дополнены и подробнѣе описаны Orthmann'омъ 52). Послѣдній 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 салпингита 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 салпингита. 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 Савинновъ 57)—salpingitis chronica productiva vegetans. На этихъ формахъ мы ниже остановимся подробнѣе. Теперь мы постараемся сгруппировать всѣ типическія формы салпингита; для этого будемъ руководствоваться какъ собственными гистологическими изслѣдованіями, такъ и описаніями другихъ авторовъ.

⁵²⁾ Orthmann. Beiträge sur normalen Histologie und sur 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 Muskelyper-trophie der Wand. Centralblatt für Gyn. 1885, стр. 67.

⁵⁶⁾ Сутугинъ. Salpingitis hypertrophica (blennorrhoea?). 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 салпингита, 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, причѣмъ элементы почвенной ткани принимаютъ большее или меньшее участіе въ образованіи воспалительныхъ продуктовъ. Если процессъ изъ остраго состоянія переходитъ въ хроническое, то, какъ известно, воспалительные продукты могутъ подвергаться двумъ различнымъ метаморфозамъ: съ одной стороны, въ нихъ могутъ наступать регрессивныя измѣненія, причѣмъ 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 салпингиты представляютъ лишь различныя варіаціи одного и того же интерстиціального воспаления, въ свою очередь, видоизмѣняющіяся, смотря по реакціи, которою элементы почвенной ткани отвѣчаютъ на воспалительное раздраженіе.

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

Смотри по интензивности и характеру воспаления и по тѣмъ измѣненіямъ, которымъ подвергаются воспалительные продукты, различаются слѣдующія формы:

1) *Salpingitis catarrhalis*.—Процессъ начинается обычной картиной воспаления. Вслѣдъ за расширеніемъ сосудовъ и переполненіемъ ихъ кровью происходитъ пропитываніе ткани слизистого оболочки серознымъ трансудатомъ, къ которому примѣшивается большее или меньшее количество грануляціонныхъ элементовъ. Такъ какъ первыя измѣненія начинаются въ верхушкахъ складокъ, то послѣднія оканчиваются колбовиднымъ вздутіемъ. 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 шарикъ проникаютъ изъ стромы слизистой оболочки въ эпителиальный слой и

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

отсюда выходить въ небольшомъ количествѣ на свободную поверхность, примѣшиваясь къ эксудату. Главная часть морфологическая составная часть послѣдняго образована на счетъ эпителия. Въ началѣ воспаления послѣдній еще сохраняетъ свои свойства и нерѣдко остается мерцательнымъ. Но въ немъ вслѣдъ за воспалительной инфильтраціей mucosae скоро наступаетъ рядъ регрессивныхъ измѣненій. Кѣтки его набухаютъ, дѣлаются мутными, въ дальнѣйшихъ стадіяхъ подвергаются слизиному 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 слушваніе, въ другомъ—послѣдняго совершенно нѣтъ. То обстоятельство, что на верхушкахъ складокъ эпителия скорѣе исчезаетъ, нежели въ углубленіяхъ между ними, хотя говорить, повидимому, за механическое слушваніе, 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 слушваніи эпителия, а въ тоже время о пролифераціи этихъ элементовъ (см. Cornil et Klippel 21).

Часто кѣтки эпителия кажутся расположенными въ нѣсколько рядовъ вслѣдствіе неправильнаго расположенія ядеръ. Frommel 59) показалъ, что и въ нормальной трубѣ одни ядра находятся у основанія эпителиальныхъ кѣтокъ, другія у просвѣта трубы, вслѣдствіе чего одні кѣтки сверху оканчиваются тонкой протоплазматической нитью съ одной рѣсничкой, другія, тонкія у основанія, сверху сильно расширяются и усажены цѣлымъ рядомъ рѣсничекъ. Иногда при хроническомъ катаррѣ кѣтки 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 кѣтки, и только правильное расположеніе ихъ даетъ возможность заключить о ихъ происхожденіи изъ первоначальныхъ рѣсничныхъ кѣтокъ. Это уплощеніе скорѣе можно объяснить не вза-

⁵⁹⁾ Frommel. Beitrag zur Histologie der Eileiter Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Gyn. Erster Kongress zu München 1886.

инным давлением складок, а давлением накапливающегося содержимого трубы; в случ. № 20 и № 21 можно было заметить, что эпителий, выстилающий складки, вдающийся в просвет, сохраняет форму высоких цилиндрических клеток, между тем как в промежуточных местах, где слизистая оболочка, находясь под давлением содержимого, растянута и атрофировалась, там клетки эпителия значительно ниже.

Набухшие складки слизистой, в тоже время, при воспалении делятся более многочисленными и более ветвистыми. По местам между отдельными складками происходят сращения, вследствие чего между ними остаются многочисленные ходы и полости, выстланные цилиндрическим эпителием, который здесь лучше сохраняется, нежели на верхушках складок.

В просвете трубы видны отпавшие эпителиальные клетки, как мало измененные, так и подвергшиеся слизистому и жировому перерождению, причем получаются крупные слегка зернистые клетки с весьма изящными контурами и клетки, имеющие вид густого скопления зерен; даже видны гнойные шарики в различных стадиях регрессивного метаморфоза, мелкозернистый распавшийся и небольшое количество красных шариков.

При дальнейшем течении катарального салпингита воспалительные продукты превращаются в молодую соединительную ткань, при чем вместо круглых грануляционных элементов в ткани слизистой появляется много веретенообразных клеток, расположенных в складках параллельно поверхности эпителия; слизистая оболочка бедна сосудами и при сморщивании соединительной ткани может подвергнуться атрофии.

Рядом с собственно воспалительными явлениями в ткани слизистой может происходить разрастание ее элементов, различной формы гиперплазия, о чем ниже.

Катаральный салпингит часто ведет к образованию hydro-salpinx'a.

2. *Salpingitis suppurativa*. При большей интенсивности процесса воспаление не ограничивается одной только слизистой, но распространяется на всю стенку, получается картина салпингита, обыкновенно называемого интерстициальным (Boldt, Orthmann и др.). При этом воспалительные продукты или подвергаются регрессивной метаморфозу, что придает процессу гнойный характер, или же они организуются в соединительную ткань.

Гнойный салпингит, зависящий, по мнению Martin'a (39), если

не всегда, то главным образом от внедрения микробов, начинается обильной мелко-клеточной инфильтрацией складок слизистой и при дальнейшем распространении на всю стенку главные изменения все таки локализируются в слизистой оболочке. Складки ее, на верхушках сильно набухшие, получают колбообразную форму (см. № 19), слизистая обильно снабжена переполненными кровеносными сосудами и пронизана сплошной мелко-клеточной инфильтрацией, распространяющейся до границ мышечного слоя; здесь инфильтрат обыкновенно не имеет сплошного характера, но распространяется длинными полосами между раздвинутыми мышечными пучками, а по местам образует скопления в виде округленных глыбок. На препаратах часто видно, как вдоль капилляра разбросаны воспалительная ткань, последние нередко сгущены вокруг вен (periphlebitis), др. Савиновъ 57) наблюдал скопления их вокруг нервов (perineuritis). Мелкоклеточный инфильтрат переходит за границы мышечного слоя и распространяется до самого peritoneum и иногда в клетчатку mesosalpinx'a. В наружных слоях мускулатуры и в наружном соединительно-тканном слое пробивают крупные сосуды часто в извилистом направлении. Серозный и мелко-клеточный инфильтрат раздвигает мышечные пучки и ведет к значительному утолщению стенок трубы. Серозный экссудат имеет вид мелко-зернистой массы, похожей на свернувшийся белок (Boldt), грануляционные же элементы, главным образом, состоят из эмбрированных шариков; кроме того, Boldt наблюдал проникновение их из элементов соединительной ткани и из мышечных волокон. Наблюдая уменьшение величины пучков гладких мышц, Boldt при сильном увеличении микроскопа убедился, что при этом сначала ядра мышечных волокон превращаются в маленькие зернышки, потом с увеличением поперечного диаметра волокна, затем мышечное волокно распадается на глыбки различной величины и наконец превращается в кучку воспалительных глыбок. Вслед за инфильтрацией слизистой грануляционные элементы выходят через слой эпителия на свободную поверхность, образуя главную массу экссудата в канале трубы. Эпителий подвергается при этой форме еще большим изменениям, нежели при катаральной: на верхушках складок он часто совершенно исчезает, между тем как в углублениях между складками обыкновенно виден еще хорошо сохранившийся цилиндрический эпителий, хотя чаще без рубчинок. Лишенная же эпителиального слоя поверхность представляет седнину, с которой обильно отделяются гнойные шарики.

При дальнейшем течении в слизистой оболочке, превратившейся в грануляционную ткань, наступает процесс язвенного характера под влиянием обильной мелко-клеточной инфильтрации. Ткань распадается и распадается на отдельные морфологические элементы. Соседние складки сливаются вместе, по местам границы между ними еще заметны по расположенным в более правильные ряды ядрам эпителия, не ясно выделяющимся среди общей инфильтрации. При дальнейшем распаде поверхностные слои слизистой оболочки отблужаются и таким образом получают дефекты, постепенно распространяющиеся вглубь, при чем от складок остаются отдельные уродливые выступы, мало напоминающие первоначальные контуры складок. Такими представлялись гистологически изменения в сл. № 1. Orthmann⁵²⁾ наблюдал распад слизистой оболочки до границ мускулатуры и выставляет его, как характерное для гнойного сальпингита. Тем не менее гнойный сальпингит может долго протекать и без такого разрушения слизистой оболочки; в случае № 19 при образовавшемся уже довольно значительном скоплении гноя слизистая оболочка не представляла дефектов. Рядом с распадом происходят и продуктивные процессы, ведущие к образованию соединительной ткани. В то время как одна складка распадается, в других местах грануляционные элементы превращаются в молодую соединительную ткань, получают длинные полосы веретенообразных элементов, как проходящих в строме самой складки, так и образующих сращения между слившимися складками. Образование соединительной ткани происходит и в остальных слоях трубы и ведет к значительному утолщению последних. Что касается до мышечных элементов, то они сравнительно мало изменяются, иногда мышечные пучки гипертрофированы, больше же частью или неизменны, или даже атрофированы (Orthmann).

Гнойный сальпингит служит начальной формой образования *pyosalpinx*'а.

3. *Salpingitis indurativa*. Это название, мне кажется, наиболее подходит для тех случаев, когда грануляционный инфильтрат имеет большие склонности организоваться в соединительную ткань, нежели подвергаться регрессивным изменениям. Подобный процесс описывает Boldt⁵⁴⁾ при «*interstitial salpingitis*»; сюда же следует отнести форму, описываемую Mundé⁵¹⁾ под именем «*rachysalpingitis*» и д-ром Савиновым⁵⁷⁾ под именем «*salpingitis chronica productiva vegetans*».

Salpingitis indurativa представляет и макроскопически некоторые

особенности. Трубы при этом значительно утолщены, часто укорочены, канал, имеющий извилистое направление, или представляет нормальный просвет, или даже сужен, но не расширен и содержит в себе незначительное количество секрета; на ощупь труба плотнее обыкновенного. Слизистая оболочка представляет обыкновенные воспалительные явления: разветвление складок, мелко-клеточную инфильтрацию, изменения эпителия и т. д. Но грануляционный инфильтрат не имеет наклоности к распаденю, а большую часть ведет к новообразованию соединительной ткани, развивающейся как в строме всей слизистой оболочки, так и образующей сращения между отдельными складками. В мышечном слое между пучками по местам грануляционный инфильтрат и новообразованная соединительная ткань, раздвигающая мышечные пучки. Последние или хорошо сохранены, или же истончены, так что утолщение мышечного слоя должно относиться к категории псевдогипертрофии. Впрочем, мышечные пучки долго сохраняют свои нормальные свойства и, в некоторых случаях, могут представлять резко выраженную гипертрофию и гиперплазию. В крупных сосудах нередко значительные изменения. Вокруг вен и артерий развивается соединительная ткань, мышечный слой артерий по Boldt'у⁵³⁾ утолщен вследствие восковидного перерождения (*waxy degeneration*), просвет нередко сужен вследствие значительного разрастания intimaе, что должно вести к последовательным расстройствам кровообращения.

Из наших случаев разрастание соединительной ткани среди мышечных пучков особенно ясно было видно в сл. № 2.

Эта форма сальпингита может вести к атрофии трубы. Boldt⁵³⁾ дает следующее описание атрофированной трубы: труба уменьшена в диаметре, стénки истончены, складки слизистой оболочки значительно уменьшены в размерах, они как бы сдавлены и неправильно сдвинуты друг на друга. Остальная часть стénки состоит из плотной соединительной ткани, содержащей по местам между пучками небольшие гнзда воспалительных теллец, среди соединительной ткани скудные мышечные пучки, сосудов в стénке трубы незначительное количество.

4. *Salpingitis haemorrhagica*. При сальпингите, как вообще при всяком воспалении, проходят такие изменения в стénках сосудов, благодаря которым красные кровяные шарки выступают из них (*per rhexin et per diapedesin*) в окружающую ткань; в эксквазиптных случаях получается картина геморрагического саль-

пингита. Güemes⁶⁰⁾ для Phématosalpingite какъ характерный признакъ выставляетъ скопление крови въ трубѣ, но такъ какъ кровь въ трубахъ можетъ накопляться при атрезіяхъ полового канала, то онъ предлагаетъ названіе Phématosalpingite essentielle для тѣхъ случаевъ, гдѣ скопление крови обусловлено воспаленіемъ. Но гистологическія признаки этой формы Güemes не устанавливаетъ и относительно ея онъ повторяетъ то, что свойственно заболѣваніямъ трубы вообще. Подъ salp. haemorrhagica мы должны разумѣть такую форму, при которой рядомъ съ обыкновенными явлениями воспаления наблюдаются болѣе или менѣе значительныя кровоизліянія въ ткань и въ просвѣтъ трубы. Ксати замѣтимъ, что часто встрѣчаемая въ наружныхъ слояхъ трубы свѣжія кровоизліянія, можетъ быть, зависить отъ тѣхъ механическихъ поврежденій, которымъ подвергаются трубы при раздѣненіи окутывающихъ ихъ ложныхъ перепонокъ. Но, съ другой стороны, кровоизліянія въ трубахъ является результатомъ патологическихъ измѣненій. Геморрагическое воспаление, какъ известно, возникаетъ при высокой интенсивности процесса, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда подорвано общее питаніе органа, при чемъ стѣнки сосудовъ получаютъ ненормальную хрупкость. Соответственно этому кровоизліянія въ трубахъ встрѣчаются при общихъ заболѣваніяхъ:

при ригрига	Barlow ⁶¹⁾ .
— осибъ	Laboulbène ⁶²⁾
— корп	Scanzoni ¹⁵⁾ .
— scarlatinнѣ	Hélie de Nantes.
— тифъ	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 кровоизліяніямъ, то тѣмъ болѣе слизистая оболочка трубы, въ виду крайне развитой сосудистой системы, особенно въ наружномъ концѣ. При сальпингитѣ mucosa тѣмъ легче кровотоцитъ, что и при физиологическихъ условіяхъ, во время менструаціи въ трубѣ происходитъ выдѣленіе крови. Многие авторы, со времени наследованій Lee, Raciborsky, Pouchet, указываютъ на то, что участіе трубъ въ менструаціи сказывается

выдѣленіемъ крови въ ихъ полость. Scanzoni¹⁵⁾, напр., при вскрытіяхъ умершихъ во время регулъ находилъ въ трубахъ немного крови; съ этимъ согласенъ Klebs⁶³⁾. Leopold⁶⁴⁾ наблюдать 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 обширныя экстрavasаты, производящіе раздвиганіе и уничтоженіе тканевыхъ элементовъ, среди грануляціонной инфилтраціи 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. Имено, въ стромѣ складокъ слизистой оболочки рядомъ съ грануляціонной инфилтраціей и зернами кровянаго пигмента находятся въ большомъ количествѣ крупныя эпителиодныя кѣтки 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. рие. 5). Такъ какъ зерна въ протозаимѣ указанныхъ кѣтокъ не исчезаютъ послѣ обработки препаратомъ абсолютнымъ алкоголемъ и эфиромъ, не окрашиваются осміевою кислотой, но сами по себѣ имѣютъ буроватый цвѣтъ, то, мнѣ кажется, эти крупныя кѣтки слѣдуетъ считать за «Blutkörperchen»

⁶⁰⁾ Güemes. Handbuch der pathol. Anatomie. Berlin. 1870. Dritte Lieferung 844—852.

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.

⁶³⁾ Hennig. Archiv für Gyn. Bd. 11. Стр. 393.

⁶⁴⁾ Veit. Handbuch der Geburtshilfe herausgegeben von P. Müller. Bd. I. 1888. Стр. 150.

ингита. Güemes ⁶⁰) для Phématosalpingite какъ характерный признакъ выставляеть скопление крови въ трубѣ, но такъ какъ кровь въ трубахъ можетъ накопляться при атрезияхъ полового канала, то онъ предлагаетъ название Phématosalpingite essentielle для тѣхъ случаевъ, гдѣ скопление крови обусловлено воспаленіемъ. По гистологическимъ признакамъ этой формы Güemes не устанавливаетъ и относительно ея онъ повторяеть то, что свойственно заболѣваніямъ трубъ вообще. Подъ salp. haemorrhagica мы должны разумѣть такую форму, при которой рядомъ съ обыкновенными явлениями воспаления наблюдаются болѣе или менѣе значительныя кровоизліянія въ ткань и въ просвѣтъ трубы. Кстати замѣтимъ, что часто встрѣчаемая въ наружныхъ слояхъ трубы свѣжія кровоизліянія, можетъ быть, зависать отъ тѣхъ механическихъ поврежденій, которымъ подвергаются трубы при раздѣненіи окутывающихъ ихъ ложныхъ перепонокъ. Но, съ другой стороны, кровоизліянія въ трубахъ является результатомъ патологическихъ измѣненій. Геморрагическое воспаление, какъ извѣстно, возникаетъ при высокой интенсивности процесса, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда подорвано общее питание органа, при чемъ стѣнки сосудовъ получаютъ ненормальную хрупкость. Соответственно этому кровоизліянія въ трубахъ встрѣчаются при общихъ заболѣваніяхъ:

при ригрига	Barlow 61).
— оспѣ	Laboulbène 62)
— кори	Scanzoni 15).
— scarlatinѣ	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 кровоизліяніямъ, то тѣмъ болѣе слизистая оболочка трубы, въ виду крайне развитой сосудистой системы, особенно въ наружномъ концѣ. При сальпингитѣ mucosa тѣмъ легче кровоточитъ, что и при физиологическихъ условіяхъ, во время менструаціи въ трубѣ происходитъ выдѣленіе крови. Многие авторы, со времени изслѣдованій Lec, Raciborsky, Pouchet, указываютъ на то, что участіе трубъ въ менструаціи сказывается

⁶⁰) Güemes. De Phématosalpingite. 1888.

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

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

выдѣленіемъ крови въ ихъ полость. Scanzoni ¹⁵), наир., при вскрытіяхъ умершихъ во время регулъ находилъ въ трубахъ немного крови; съ этимъ согласенъ Klebs ⁶³). Leopold ⁶⁴) наблюдалъ во время менструаціи сильное переполненіе сосудовъ, выступленіе кровяныхъ шариковъ въ просвѣтъ трубы, въ ткань mucosae и круговой мускулатуры. Подобный же препаратъ демонстрировалъ Hennig ⁶⁵). и т. д. Впрочемъ, слѣдуетъ замѣтить, что Veit ⁶⁶) 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 экстрavasаты, производящіе раздвиганіе и уничтоженіе тканевыхъ элементовъ, среди грануляціонной инфильтраціи попадаются зернышки кровяного 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 нѣкоторые особенности, не указанные до сихъ поръ при геморрагическомъ сальпингитѣ, на сколько мнѣ извѣстно изъ литературы. Имено, въ стромѣ складокъ слизистой оболочки рядомъ съ грануляціонной инфильтраціей и зернами кровяного пигмента находятся въ большомъ количествѣ крупныя эпителиодныя кѣтки съ угловатыми контурами, имѣющія ясно видимыя ядра и пронизанныя большимъ количествомъ буроватыхъ зернышекъ различной величины, похожихъ на тѣ зерна кровяного пигмента, которыя расположены свободно въ стромѣ складокъ (см. рис. 5). Такъ какъ зерна въ протоплазмѣ указанныхъ кѣтокъ не исчезаютъ послѣ обработки препаратомъ абсолютнымъ алкоголемъ и эфиромъ, не окрашиваются осмиевой кислотой, но сами по себѣ имѣютъ буроватый цвѣтъ, то, мнѣ кажется, эти крупныя кѣтки 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. курс «Общей и экспериментальной патологии» проф. Пашутина, том I, часть I-я, 1885, стр. 391).

В. Формы сальпингита, зависящая от гиперплазии 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 разрастаніемъ тканей (преимущественно элементовъ слизистой оболочки), которое перѣдко сопровождается собственно воспалительнымъ процессомъ, или является его результатомъ.

Явленія усиленнаго роста слизистой оболочки проявляются въ различныхъ формахъ.

1) *Salpingite catarrhale végétante*. При хроническомъ катарральномъ сальпингитѣ перѣдко 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 перѣдко приходилось отмѣчать это усиленное разрастаніе складокъ, но особенно рѣзко оно выражено въ сл. № 18. Здѣсь весь просвѣтъ трубы выполненъ длинными, весьма узкими, древовидно развѣтвляющимися образованиями, 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 кѣлокъ проходитъ узенькая полоска плотной соединительной ткани, ширина которой часто меньше высоты эпителиальной кѣлки. Рядомъ съ разрастаніемъ складокъ наблюдается мелкокѣлочная инфильтрація, измѣненія эпителия и пр.

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

щеній? Интересъ въ этомъ отношеніи представляютъ случаи Alban Doran'a наблюдавшаго два раза папиллому трубы. Въ одномъ случаѣ, подробно описанномъ (67), папилломатозныя разращенія выросли со всѣхъ мѣстъ слизистой оболочки растянутаго части трубы; между этими разращеніями выдавалось нѣсколько небольшой величины кистъ съ гладкой поверхностью и тонкими стѣнками на узкихъ ножкахъ; нѣкоторые изъ нихъ также содержали въ себѣ папиллому. 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 воловистой соединительной ткани, бѣдой сосудами. Doran наблюдалъ и другой подобный случай (68) и полагаегъ, 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 вѣдреніемъ въ глубину ея элементовъ, вслѣдствіе чего на препаратахъ получаются картины, вполнѣ симулирующія присутствіе железъ въ ткани mucosae. Именно на разрѣзѣ складки, представляющая тѣ или другія воспалительныя измѣненія и дающая вторичныя развѣтвленія, крогъ того, сама по себѣ, иногда бываетъ пронизана различнаго очертанія ходами и полостями, имѣющимися на препаратѣ видѣ 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 лишіе 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, 1861.

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; кроме того, при растягиваніи трубы жидкостью выходные протоки предлоагаемыхъ железъ становятся шире, чѣмъ сама полость; наконецъ, Эрбштейнъ приводитъ слѣдующее соображеніе: Hennig ⁷²⁾ описалъ кисти слизистой оболочки трубы, выстланныя внутри мерцательнымъ эпителиемъ и пронесенныя, по его мнѣнію, изъ железъ; по этому поводу Эрбштейнъ задаетъ вопросъ, какимъ же образомъ въ кисти могъ появиться мерцательный эпителий, если она произошла изъ железъ, выстланной цилиндрическимъ эпителиемъ?

Точно также часто встрѣчающіяся при патологическихъ условіяхъ железоподобныя образования 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 сращения между верхушками соседнихъ складокъ, такъ какъ на серіяхъ срѣзовъ можно прослѣдить, какъ соседнія складки срастаются своими верхушками, причемъ на мѣстѣ ихъ сращения 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, нередко 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 выѣдреніе и разрастаніе въ глубину эпителия mucosae. Этотъ процессъ разрастанія 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 выѣдряются въ толщу подлежащихъ тканей на подобіе развитія эрозій на portio vag. по Ruge и Veit'у. При этомъ, рядомъ съ обильной мелкоклеточной инфильтраціей и съ потерей эпителия

⁷²⁾ Hennig. Die Cysten des menschlichen Eileiter. Archiv für Heilkunde, 1863. Томъ 4, стр. 231.

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

на поверхности mucosae наблюдаются выѣдренія слизистой оболочки, выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ; эти выѣдренія могутъ прорости всю стѣнку трубы. Последняя, по вышесказанному 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 сближеніе между двумя или несколькими соседнихъ 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 выѣдренія эпителия. Разница въ томъ, что mucosa трубы не имѣетъ, подобно маткѣ, железъ, но по существу процессъ одинъ и тотъ же.

4) *Salpingitis isthmica nodosa*. Выѣдренія слизистой оболочки особенно демонстративны въ тѣхъ случаяхъ, когда железоподобныя 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 ampulla и т. д. Выѣдренія слизистой оболочки трубы въ глубже лежащія слои составляетъ отличительную особенность заболѣванія, описаннаго Chiari ⁵⁴⁾. Пслѣдствіемъ 760 женскихъ труповъ, Chiari у 7 нашелъ узловатая утолщенія въ маточномъ концѣ partis abdominalis tubae. Эти утолщенія, шарообраз-
дс. Михнова.

ной формы и резко ограниченныя производятъ, на первый взгляд, впечатлѣніе опухоли, именно фибромы, заложеной въ стѣнкѣ трубы такъ какъ имѣютъ бѣдную 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 соедѣствѣ 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 отщипуваніемъ) слизистой оболочки въ толщу мускулатуры; послѣдняя же при этомъ подвергается послѣдовательной гиперплазіи и гипертрофіи, что и ведетъ къ развѣтвленію узловатаго утолщенія. Этому происхожденію полостей соотвѣтствуютъ и то, что при одновременныхъ различныхъ утолщеніяхъ трубы, рядомъ съ незначительной гиперплазіей мускулатуры, находятя менѣе глубокія вѣдренія *mucosae*, не успѣвшія еще отщипуроваться отъ просвѣта трубы. Итакъ, Chiari принимаетъ, что катарръ трубы вызываетъ набуханіе слизистой оболочки, которая при, узкости канала въ маточной части, вдавливается въ толщу мускулатуры и вызываетъ послѣдовательно ея гиперплазію и гипертрофію.

Schauta ³⁰) приходитъ къ заключенію, что подобныя узлы встрѣчаются при сальпингитѣ перѣдою (онъ наблюдалъ 18 случаевъ, изъ нихъ въ 5 сдѣлана сальпингомиома) 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 Fall. tubes. The Medic. Times and Gazette 1860. Vol. I, стр. 639.

щемъ сходится съ Chiari, разница лишь въ нѣкоторыхъ частностяхъ, касающихся измѣненій различныхъ слоевъ подъ влияніемъ воспаленія. Въ нашихъ случаяхъ можно было наблюдать присутствіе полостей въ маточномъ концѣ трубы (№ 6); представляющей вообще мало измѣненной, другой разъ — въ трубѣ, представляющей (№ 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), получаются 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 въглубь, и, такимъ образомъ, на первыхъ срѣзахъ могутъ среди мускулатуры получиться втянутыя мускулатурой части *mucosae*; это можно видѣть изъ того, что при этомъ мышечные 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 Kaltbach'a ⁵⁵), наблюдавшаго рѣзкую гипертрофію мышечнаго слоя, развившуюся вслѣдъ за суженіемъ канала трубы. Авторъ разематриваетъ ее какъ *Arbeitshypertrophie* вслѣдствіе усиленной трубнои мускулатуры изгнать содержимое чрезъ суженное мѣсто. Эти усиленные сокращенія трубы клинически выражались приступами спазматическихъ 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 смотрять обык-

⁷⁵) Leopold. Centralblatt für Gyn. 1886. Стр. 787, реф.

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

новенно, какъ на развившуюся влѣдствіе усиленной дѣятельности.

Съ механической точки зрѣнія совершенно понятна та гипертрофія, которая развивается въ периферической части трубы при суженіи ея въ маточномъ концѣ,—такого рода гипертрофію наблюдалъ Schauta въ своихъ случаяхъ,—но въ этомъ отношеніи не вполнѣ понятна гипертрофія мускулатуры въ видѣ отдѣльныхъ узловъ Chiari и Schauta; 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 салпингита въ двухъ ясныхъ гипертрофію мускулатуры, полагаетъ, что для этого совершенно безразлично, сужено ли маточное отверстіе, или нѣтъ. Кромѣ того необходимо замѣтить, что утолщеніе мускулатуры гораздо чаще зависитъ не отъ гипертрофіи ея, а отъ раздвиганія мышечныхъ пучковъ инфилтратомъ и отъ развитія между ними соединительной ткани (исевдо-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 салпингита, 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 представляютъ рѣзко ограниченными одна отъ другой, между ними всегда существуютъ переходные, промежуточные виды. Кромѣ того, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ встрѣчаются рядомъ измѣненія, свойственныя различнымъ видамъ салпингита: при катарральномъ салпингитѣ обыкновенно бываетъ разрастаніе складокъ, по мѣстамъ кровоизліянія и пр., при гнойномъ—рядомъ съ разрушеніемъ складокъ новообразованіе 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 причиной 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 салпингиту собственно; съ другой стороны, присущія салпингиту 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 вытеченіи изъ него гноя въ брюшную полость возникаетъ смертельный перитонитъ, выходъ же небольшой порціи гноя при салпингитѣ даетъ обыкновенно лишь мѣстное воспаленіе 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 сгусто-гнойной жидкости; б) труба представляется въ видѣ небольшихъ отдѣльныхъ камеръ, содержащихъ густой гной или темно-бурюю кровь; в) наружный конецъ растянутъ гноемъ, а маточный утолщенъ; д) вся труба наполнена гнилостнымъ 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 салпинготоміяхъ имѣлъ дѣло съ pyosalpinx; Jmlach—даже болѣе, чѣмъ въ половинѣ случаевъ; въ диссертации д-ра Шлезингера ³⁷⁾ почти половина всѣхъ случаевъ приходится на долю pyosalpinx. Съ другой стороны, Сое ¹⁷⁾, изслѣдуя гистологически большое количество трубъ послѣ салпинготомій, 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 дѣвалъ во внутренней половинѣ. т. е. утолщеніе стѣнки, явленія гнойнаго воспаления *micosae* 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 растянутой трубы.

Если жидкость имѣетъ густую консистенцію, то она можетъ накопляться 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 служено вѣдствие набуханія *micosae*, 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 profusus*.

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 *micosa* гораздо болѣе складчатая, то отдѣльное получается въ большемъ количествѣ вѣдствие 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,

реторты, почки ⁸¹⁾ и т. д.; иногда она представляется въ видѣ многократно извитой колбасовидной опухоли, или въ видѣ толстой кишки съ глубокими перехватами, или состоитъ 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 вышнему 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, по мѣстамъ лишь представляетъ, вѣдствие 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 самаго 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 перещуровками и перегибами трубы, внутренняя поверхность представляетъ спирально извитыя складкообразныя выпячиванія — дупликатуры 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 мѣстъ.

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) говорить, что, если *есть* труба растянута,

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.

⁸¹⁾ *D. O. Omm*. 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. 280.

то возникает книжковидно-изогнутый мѣшокъ, если же растянута лишь *часть* ея, то можетъ быть круглая киста. Съ этимъ объяснѣнѣмъ въ сущности совпадаютъ взгляды Klob'a 12) и Schroeder'a 47), которые объясняютъ происхождение 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 различіа въ формѣ кистовидныхъ опухолей трубы зависятъ 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, названая 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, обуславливающихъ 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 фимбріи. Иногда даже при значительномъ растяженіи бахромокъ остаются нетронутыми, напр. въ случаѣ № 17, гдѣ закрытіе ostii abdominalis произошло на уровнѣ основанія бахромокъ. 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 равную головкѣ ребенка. По этому случаю Alban Doga'a ⁶⁷⁾ (въѣтъ препарата = 4 ф. 11 унцій), д-ра Маковецкаго ⁸⁶⁾ (окружность pyosalpinx'a = 80 ctm) 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 pyosalpinx'ѣ, содержавшемъ 7 пинтъ гною; подобные случаи только тогда могутъ подучить достовѣрность, если было произведено тщательное изслѣдованіе подъ микроскопомъ.

Толщина стѣнки бываетъ весьма различна. По мѣрѣ растяженія стѣнки обыкновенно истончаются; на перехватахъ болѣею частью стѣнка значительно толще, нежели въ промежуточныхъ мѣстахъ, гдѣ расширеніе 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 прозрачной. Съ другой стороны, въ стѣнкѣ можетъ произойти утолщеніе вслѣдствіе развитія соединительной ткани или гипертрофій 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 гипертрофій 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. Лисс. С.-Петербургъ. 1888, стр. 41.

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

Относительно названия hydro-pyo-haematosalpinx Kelly 88) замечать, 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 нѣкоторыя указанія и на самый болѣзненный процессъ на измененія, происшедшія въ стѣнкахъ трубы.

Hydrosalpinx.

Можетъ ли одно закрытіе ostii abd., безъ одновременнаго катарра mucosae, быть причиной образованія hydrosalpinx? Gusserow 89), Virchow 83) несколько упоминаютъ о томъ, что периметрическая склейка, закрывающая 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 приобретаютъ патологическій характеръ и т. д. Такъ что Bandl допускаетъ возможность образованія hydrosalpinx'a и безъ предшествовавшаго катарра, хотя въ последнемъ случаѣ hydrosalpinxъ легче образуется. Kehrer 90) при перевязкѣ трубъ у животныхъ только въ двухъ случаяхъ изъ 6 подучилъ скопленіе жидкости, поэтому онъ приходитъ къ заключенію, что труба нормально не отдѣляетъ столько секрета, что-бы могъ возникнуть hydrosalpinxъ вслѣдствіе затрудненнаго оттока, и что въ этомъ отношеніи важнѣе первоначальный эксудативный салпингитъ, служащій одновременно причиной и атрезіи и скопленія. Поэтому, если зараненіе ostii abdominalis ведетъ къ образованію hydrosalpinxъ вслѣдствіе ли воспрепятствованнаго оттока нормальнаго секрета или вслѣдствіе разстройствъ питанія и развитія застойныхъ явленій (Martin 36), то все-таки главнымъ источникомъ жидкости hydrosalpinx'a можно считать отдѣльное катарральное mucosae.

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

88) Kelly. Препія 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) Kehrer. Beiträge zur klinischen und experimentellen Geburtskunde und Gynäkologie. Bd. 2. Hft. 3. Prof. in 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 кровонизіянія, и жидкость отъ примѣсы 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. Удельный 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 mucosae еще выраженъ, въ жидкости много морфологическихъ элементовъ (слизистыя тѣльца, перерожденный эпителий, гнойные шарики); въ другихъ случаяхъ она крайне бѣдна кѣлочными элементами.

Fergusson 94) часто находилъ въ жидкости hydro и pyosalpinx'a много кѣлокъ рѣсничнаго эпителия 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 цилиарныя кѣлки. Это вполне понятно, такъ какъ при тѣхъ измененіяхъ, которымъ подвергается mucosa при hydrosalpinx, мерцательный эпителий обыкновенно измѣняется въ другіе виды эпителия, въ жидкости же находятся обыкновенно кѣлки перерожденнаго эпителия.

Изъ всѣхъ растяженій трубъ hydrosalpinxъ 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) Склифосовскій П. В. Еще 35 ovariotоміи. Врачъ, 1885, № 48.

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

93) Chapman. Extreme cystic dilatation of the Fallopian 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 складок и въ некоторыхъ случаяхъ получаетъ видъ совершенно гладкой блестящей оболочки, похжей 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 расширение, складки остаются весьма длинными и вѣтвистыми (сл. № 18). Въ растянутыхъ мѣстахъ mucosa имѣетъ видъ волокнистой соединительной ткани, крайне бѣдной кѣлочными элементами и сосудами.

Эпителий, покрывающій складки въ менѣе растянутой части, сохраняетъ здѣсь форму цилиндрическихъ кѣлокъ, иногда усажены рѣсничками, въ растянутой же части кѣлки его значительно ниже нормальнаго, иногда дѣлаются совершенно плоскими.

По мѣрѣ увеличенія расширения мускулатура все болѣе атрофируется, и наконецъ иногда (сл. № 21) мышечныя волокна совершенно исчезаютъ, такъ что здѣсь стѣнка состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, окаймленной внутри уплотненнымъ эпителиемъ съ ядрами, лежащими параллельно поверхности; стѣнка содержитъ небольшое количество сосудовъ, сильно скатыхъ, 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 салпингита.

Съ другой стороны, существующій уже hydrosalpinxъ можетъ перейти въ pyosalpinxъ влѣдствіе воспаления стѣнокъ мѣшка подъ вліаніемъ какой бы то ни было причины (Scanzoni, Bandl и пр.).

Содержимое pyosalpinx'a представляетъ обыкновенно густую, сливообразную гнойную жидкость, иногда безъ особеннаго запаха, иногда съ весьма рѣзкимъ фекальнымъ запахомъ [случай Kelly 99), Trélat et Terrier 100) и проч.]. Въ случаѣ Smith'a 101) въ содержимомъ pyosalpinx'a находилось много газа. Цвѣтъ жидкости зеленоватый, зеленовато-желтый, иногда съ кровавистой 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 кѣлки 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.

Pyosalpinxъ представляетъ опухоль обыкновенно меньшей величины, нежели hydrosalpinxъ. Только въ видѣ некаючяи достигаетъ онъ величины кулака или головы ребенка (Negar 35). Опухоль тверже на ошупь 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 Muttertrompeten mit Perforation ausserhalb des Puerperium. Verhandlungen der Physikalisch-Medic. Gesellschaft in Würzburg. 1860. Bd 10, стр. XXIV и XXXIII.

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

100) Trélat 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 изгладили въ слѣдствіе растяженія, или же поверхностные слои слизистой оболочки разрушаются подъ вліяніемъ нагноенія, причемъ слои распадается внутреннюю-поверхность мышца; иногда слизистая оболочка значительно утолщена и усеяна 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. представляеть почти ровную поверхность съ неявно выраженными складками, покрытыми низкимъ эпителиемъ, въ стѣнкѣ мало сосудовъ, мышечные пучки неявно видны; отлчіе отъ hydrosalpinx'a заключается въ мелко-клеточной инфильтраціи стѣнки.

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

При дальнѣйшемъ же теченіи разрушеніе складокъ постепенно подвигается впередъ, такъ что (Münster und Ortman¹⁰³) 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 внаружи идетъ слой мускулатуры и наружный соединительно-тканннй. Orthmann⁵²) 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 представляеть меньше измѣненій. Обыкновенно между мышечными кучками проходитъ грануляціонная инфильтрація, образующая по мѣстамъ отдѣльныя скопленія. Мышечные пучки отчасти представляются гипертрофированными, болѣе же частью раздвинуты новообразованной соединительной тканью.

Сосуды встрѣчаются въ довольно значительномъ количествѣ и имѣютъ утолщенные стѣнки (Orthmann⁵²).

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

Haematosalpinx.

Выше были указаны нѣкоторыя условія, придающія нерѣдко салпингиту геморрагическій характеръ. Salp. haemorrhagica служить, въ свою очередь, причиной образованія haematosalpinx'a. Въ случаѣ № 20 маточный конецъ трубы представляеть явленія геморрагическаго салпингита, 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 мѣтное происхожденіе. Не касаясь этого вопроса подробнѣе, такъ какъ онъ не имѣетъ прямого отношенія къ темѣ, укажемъ лишь на то, что многіе авторы: Kiwisch⁷⁹), Rose¹⁰⁴), Schroeder⁴⁷), Otto Alberts¹⁰⁵) и др. смотрятъ на théorie du reflux Arana, какъ на несомнѣвающую фактамъ.

Укажемъ здѣсь еще на одинъ рѣдкій источникъ кровотеченія въ трубахъ, именно на разрывы варикозныхъ венъ трубы. Johnston¹⁰⁶) описалъ случай смертельнаго кровотеченія изъ лопнувшей варикозной вены трубы. У Scanlon¹⁵) приводится подобный же случай. Въ случаѣ, указываемомъ Beigel'емъ¹⁰⁷), кровотеченіе послѣдовало изъ варикозной опухоли трубы.

Кровь, скопляющаяся въ трубахъ, обыкновенно имѣетъ видъ дегтеобразной. Иногда цѣлые мѣсяцы кровь остается жидкой, что Klebs⁶³) объясняетъ свойствами трубнаго секрета, препятствующаго свертыванію крови.

Излившаяся кровь обыкновенно сгущается въ слѣдствіе отъ всасыванія жидкихъ частей, остаются фибринные свертки и кровяные шарики, которые затѣмъ распадаются и придаютъ желтую, бурюю и асидную окраску тканямъ. Въ случаѣ Wagner'a¹⁰⁸) въ трубѣ найдены старыя кровяной сгустокъ, представляющіи концентрическую слоистость, какъ результатъ послѣдовательныхъ кровопроизліній, 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 кашцеобразную буровато-желтоватую массу, состоящую изъ измѣненныхъ кровяныхъ тѣлецъ и фибрина (Scanzoni 15).

Величина и форма haematosalpinx'a не представляютъ какихъ-либо особенностей. При постепенномъ накопленіи содержимаго стѣнки перѣдко 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 (Orthmann 52).

При микроскопическомъ изслѣдованіи: въ растянутомъ мѣстѣ складки по мѣстамъ сохраняются, по мѣстамъ сильно уплощены, въ mucosae обычныя воспалительныя явленія: мелко-кѣлочная инфильтрація, перерожденіе и слущиваніе эпителия и т. д. Cornil и Terrillon 59) указываютъ на присутствіе кровянаго пигмента съ соединительной тканью 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 сосудаи и т. д.

Характеръ заболѣванія трубъ въ зависимости отъ различныхъ этиологическихъ моментовъ.

Этиология салпингита представляетъ еще много темныхъ сторонъ. Въ этомъ отношеніи остается разобратъ въ многихъ моментахъ, которые могутъ имѣть общее значеніе въ этиологии трубныхъ заболѣваній. Напр., еще недостаточно выяснено, какое значеніе имѣютъ общія инфекціонныя заболѣванія, которыя, по мнѣнію L. Tait'a 109) служатъ частой причиной салпингита.

Далѣе, общее значеніе можетъ имѣть недостаточное развитіе полового аппарата и особенно самихъ трубъ; на это указываютъ L. Tait 109) и особенно Freund 82) въ последнее время.

Нѣкоторыя наблюденія показываютъ, что измѣненія въ положе-

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

ніи матки и ея новообразованія могутъ служить причиной салпингита и т. д.

Не разсматривая всѣхъ причинъ, которыя вызываютъ заболѣванія трубъ, я останавлиюсь лишь на специфическихъ инфекціонныхъ формахъ, главнымъ образомъ, съ цѣлью разобратъ 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 образованіе in puerperio гнойныхъ скопленій въ трубахъ. Naase 110) при вскрытіи одной родильницы встрѣтился съ подобнымъ случаемъ. Willems 111) указываетъ, что при вскрытіи 56 умершихъ отъ пuerperальной лихорадки вмѣстѣ съ маткой трубы всегда были болѣе или менѣе воспалены. Kiwisch 79) говоритъ даже, что абсцессы трубъ не пuerperальнаго 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 вскрытій 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 Fallopiarum 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.

По противъ мнѣнія Вuhl'я вскорѣ явились возраженія. Maier 31), разсматривая 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, причѣмъ 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, причѣмъ 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 Adhäsionen nebst Bemerkungen über pleurische Adhäsionen. Berlin. klin. Wochenschrift. 1874. №№ 4—6.

Въ доказательство того, что сальпингитъ служить исходнымъ пунктомъ перитонита, Traube приводитъ еще слѣдующее соображеніе. Иногда экссудатъ въ полости брюшины имѣетъ гнилостныя свойства, причѣмъ, однако, трутъ не имѣетъ другихъ явленій гніенія и итъе сообщенія экссудата ни съ наружнымъ воздухомъ, ни съ висцеринномъ.

Для объясненія гнилыхъ свойствъ экссудата Traube считаетъ необходимымъ допустить попаданіе въ брюшную полость зародышей гніенія путемъ развитія эндометрита и сальпингита.

Этому теченію всего болѣзненнаго процесса совершенно соответствуютъ и два случая Hecker'a 117).

H. M. Тарновскій 118) наблюдалъ 18 случаевъ пуэрперальнаго сальпингита, причѣмъ въ 11-ти изъ нихъ, окончившихся смертью, на вскрытіи констатированъ гнойный сальпингитъ и изліяніе гноя изъ трубъ въ брюшную полость. У болѣе наблюдаемое 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, причѣмъ 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.

Последнее обстоятельство, именно болѣе старыя возрасты сальпингита въ сравненіи съ перитонитомъ даетъ возможность иначе объяснять патолого-анатомическія измѣненія, встречаемыя 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 пуэрперальный 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⁾ H. M. Тарновскій. Salpingitis puerperalis. Pyosalpinx. Врачъ. 1882. № 46.

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

рить, что при пuerperальномъ эндометритѣ дѣло можетъ дойти до гнойнаго воспаления трубъ, вслѣдствіе котораго отъ послѣдовательнаго ли распространіянія воспаления, или отъ перфорации, можетъ появиться перитонитъ, нѣсколькими же строчками ниже онъ прибавляетъ, что происхожденіе пuerperальнаго перитонита отъ сальпингита на основаніи патолого-анатомическихъ данныхъ должно считаться вѣроятнымъ.

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 пuerperальное заболѣваніе трубъ представляетъ лишь быстрое усиленіе, или обостреніе стараго сальпингита, не давшаго 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'омъ¹²⁰⁾ случай быстрого развитія туберкулеза трубъ послѣ аборта. Точно также въ случаѣ Schellong'a¹²¹⁾ 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 Sängera¹²²⁾ септической пuerperальный сальпингитъ встрѣчается исключительно на сепціонномъ столѣ, гоноррейный же почти не ведетъ къ смерти; поэтому, по мнѣнію Sängera, встрѣчая заболѣваніе трубъ послѣ родовъ, всегда нужно помнить о гонорреѣ. Остающееся отъ беременности гоноррейное заболѣваніе трубъ in puerperio приходитъ въ худшее состояніе, или же оно вновь возникаетъ, переходя изъ матки.

Что касается до анатомическихъ особенностей gonorrhoea in puerperio, то, по Sängera, мы здѣсь имѣемъ, какъ вообще при гонорреѣ, явленія поверхностнаго воспаления 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⁾ Säger. 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 влияніе гоноррейнаго яда не распространяется въ глубину тканей, въ кровеносные и лимфатическіе пути, то метрофлебитъ, параметритъ или общія септическія явленія не встрѣчаются при гоноррейномъ заболѣваніи трубъ in puerperio.

Анатомическое состояніе трубъ при септическомъ пuerperальномъ сальпингитѣ вообще недостаточно изучено. Maier³¹⁾ наблюдалъ при этомъ лишь легкія катарральныя явленія. Klebs⁶³⁾ говоритъ (стр. 940), что содержимое трубъ при пuerperальныхъ заболѣваніяхъ состоитъ изъ желтоватой слизистой массы съ большимъ количествомъ слущеннаго эпителия и немногочисленными гнойными тѣльцами и весьма бѣдно низшими организмами. Между тѣмъ, большинство авторовъ, какъ указано выше, находили при пuerperальныхъ заболѣваніяхъ скопленіе гноя въ трубахъ. Kleb¹²⁾ 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 отрубвиднаго налета, мѣстами попадаются крупозныя перепонки; наконецъ, содержимое трубы можетъ превратиться въ ихоръ и слизистая оболочка подвергается дифтеритическому некрозу. Почти такое же описаніе пuerperальнаго сальпингита встрѣчаемъ у Förster'a¹²³⁾.

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 пuerperальнымъ. Въ этихъ случаяхъ встрѣчаются самыя разнообразныя формы, начиная отъ катарральнаго сальпингита и кончая pyosalpinx'омъ; кромѣ того можно прибавить, что пuerperальныя заболѣванія трубъ не представляютъ въ анатомическомъ отношеніи какихъ либо особенностей.

Salpingitis gonorrhoeica. Requin въ 1846 году указалъ на возможность распространіянія гонорреи чрезъ трубы до яичника (по Güemes'y⁶⁰⁾). На важное значеніе гонорреи въ этиологіи пельвиоперитонита путемъ распространіянія чрезъ трубы указываютъ Bernutz et Coupil⁹⁾. Но общее вниманіе на этотъ вопросъ обратилъ Noeggerath¹²⁴⁾. 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 женщин, онъ ставить эти два заболѣванія въ причинную связь и приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) гоноррея у мужчинъ не излѣчима, но остается на всегда въ латентномъ состоянii; 2) находящаяся 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.

Fritsch¹²⁵⁾ доказываетъ, что гоноррея у женщины не захватываетъ неизбежно всего полового канала; напротивъ, дѣло часто ограничивается вагинитомъ, который въ смыслѣ излеченія представляеть лучший прогнозъ, нежели уретритъ у мужчинъ; поэтому, заболѣванія трубъ при зараженіи гонорреей не составляютъ неизбежнаго послѣдствія.

Freund⁸²⁾ полагаетъ, что большинство женщинъ переносятъ гонорройную инфекцію безъ всякаго участія внутреннихъ половыхъ органовъ.

Выводы указанныхъ авторовъ, являющіеся лишь противубъсомъ противъ крайностей взгляда Noeggerath'a не служатъ, конечно, опроверженіемъ значенія гонорреи въ этиологii заболѣванія трубъ. Многочисленныя наблюденія Hennig'a¹⁷⁾, Noeggerath'a¹²⁶⁾ Lawson Tait'a, Sānger'a¹²⁷⁾ и многихъ другихъ устанавливаютъ важное значеніе гонорреи.

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

Для полной доказательности необходимо было бы констатировать присутствіе гонококковъ въ трубномъ содержимомъ или въ мусоса. Гонококки найдены были, дѣйствительно, въ двухъ случаяхъ, опубликованныхъ Westmark'омъ¹²⁸⁾ и Orthmann'омъ¹²⁹⁾. 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⁾ Sānger. Ueber gonorrhoeische Erkrankung der Uterusadnexe und deren operative Behandlung. Archiv für Gyn. Bd. 25.

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

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. Gusserow⁴⁴⁾, напр., говоритъ, что онъ сначала тщательнo искалъ гонококковъ, но не находилъ ихъ, а потому въ дальѣйшихъ случаяхъ пересталъ ихъ отыскивать.

Но отсутствіе ихъ не заставляеть, конечно, сомнѣваться въ характерѣ заболѣванія, если клиническія данныя ясно говорятъ за гонорройную этиологію. Операции большія 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. Steinschneider¹³⁰⁾ въ свѣжихъ случаяхъ гонорройнаго уретрита у женщинъ всегда находилъ гонококковъ, въ хроническихъ — ни разу. Sānger¹²⁷⁾, по поводу отсутствія гонококковъ въ трубномъ содержимомъ при несомнѣнной гонорройной этиологii заболѣванія, приводитъ различныя теоретическія соображенія для объясненія этого факта; онъ говоритъ, что гонококки могутъ исчезнуть, между тѣмъ остается достаточный имъ 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.

Cornil⁴⁹⁾ полагаетъ, что бленноройный салпингитъ имѣеть характеръ слизисто-гнойнаго воспаленія; гноевидная жидкость, по его наблюденіямъ, не представляеть настоящаго гноя, но, главнымъ образомъ, слизь и намѣненные эпителиальныя клѣтки, находящіяся въ различныхъ стадіяхъ слизистаго перерожденія. Bumm¹³¹⁾ говоритъ, что гонококки вызываютъ въ трубахъ гнойное воспаленіе мусосае. Monprofit⁴³⁾ полагаетъ, что бленноройный салпингитъ нельзя отдѣлять отъ гнойнаго, такъ какъ чаще всего это одно и то же.

Съ этимъ едва ли можно согласиться. Дѣйствительно, болѣею часто 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 этиологii представляеть 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. Прижѣромъ могутъ служить случаи Bertram'a 132), Kaltensbach'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 уэрперального и бленнорройного происхожденія Orthmann 52) говорить, что онъ не нашелъ между ними замѣтнаго различія. Можно сказать, что вообще различныя формы гонорройного 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. Поставленія 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 различныя пути прониканія бациллъ. Съ одной стороны, находящіяся 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. 1883. № 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 Fallopian tubes. Glasgow. med. Journal. 1883, томъ 19, стр. 1.

рѣдко бываютъ совершенно здоровы, такъ что, по его мнѣнію, процессъ имѣть больше наклонности распространяться изъ трубъ на брюшину, нежели наоборотъ.

Съ другой стороны, бациллы могутъ выйдти изъ внѣшней среды въ половые пути совершенно здороваго организма. Помимо сѣмянъ бациллы могутъ быть занесены пальцами, посредствомъ притгатора и проч., какъ полагаетъ Hegar 29) и Wiedow 135). 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'a 136).

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 locus primae affectionis—первичный туберкулезъ.

Туберкулезное пораженіе трубъ представляетъ довольно частое явленіе. По цифрамъ Schramm'a 19) онъ встрѣчается приблизительно 1 разъ на 100; именно при вскрытіи 3386 женскихъ труповъ туберкулезное заболѣваніе трубъ встрѣтилось 34 раза. У Winckel'я 23) почти тоже процентное отношеніе. Pnech, Courty 137) находили его въ 2% всѣхъ случаевъ.

Въ последнее время высказываются убѣжденія въ пользу того, что это заболѣваніе встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ обыкновенно предполагается. По мнѣнію Hegar'a, Olshausen'a 138) туберкулезъ трубъ часто встрѣчается тамъ, гдѣ обыкновенно признается гонорройный pyosalpinx. Ortman 103) 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 Médical 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'a 139), или Tomlinson'a 140).

Поэтому для опредѣленія первоначальнаго пункта заболѣванія критеріемъ долженъ служить возрастъ патолого-анатомическихъ измѣненій: въ начальномъ пунктѣ послѣдніа, 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 встрѣтились	9 »
» трубъ, матки и яичниковъ встрѣтились	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 соответствуютъ взглядамъ Rokitsank'аго, Kisch'a, Klob'a, Förster'a, Winckel'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, matka 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'a у 5-ти лѣтней дѣвочки; по поводу его сообщенія Money замѣтилъ,

¹³⁹⁾ Gusserow. De muliebrium genitalium tuberculosis. 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 періодѣ 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 Rokitsank'аго и другихъ авторовъ о возможности первичнаго туберкулеза трубъ. Но взгляды Klebs'a всѣмъ признаются не основаннымъ на фактахъ.

Дѣйствительно, туберкулезъ трубъ чаще является вторичнымъ заболѣваніемъ, но вѣстакъ, хотя и рѣдко сравнительно, трубы поражаются первично. Такъ изъ 34 случаевъ Schramm'a одинъ относится авторомъ къ первичному заболѣванію. Подобные же случаи описывали Wernich 120), Gehle 141), Kôtschau 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 трубъ былъ бы единственнымъ патологическимъ явленіемъ на трубахъ, хотя на это указываетъ Negat 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⁾ Kôtschau. 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 Fallopian tubes. Glasgow Medical Journal. 1882. Vol XVII, стр. 411.

сгшамм, представляет явления хронического 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 ампула 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 многочисленные узелки образуютъ густой слой жедтовато-бурого цвѣта, выполняющій весь каналъ.¹⁴⁷ Поэтому, казеозная масса естъ не секретъ слизистой оболочки, но некробитически 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 кашцевидныхъ массъ легко отдѣляются при смываніи водой и въ этихъ мѣстахъ видна изъясвленная 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 сдавливанія 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 отверстие или закрыто, или же окаймлено сильно набухшими, инфильтрированными бахромками, имѣющими (Hennig) видѣ цвѣтной капусты. Въ нашемъ случаѣ наружный конецъ трубы имѣлъ видѣ толстостѣнной воронки, приклеенной нѣжными сращеніями къ яичнику.

Желтые рассыпчатые массы выполняютъ просвѣтъ трубы, или же, будучи увлечены болѣе жидкимъ трансудатомъ, направляются въ

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

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

Въ окрестности трубъ болѣе или менѣе рѣзко выражены воспалительныя явленія. Образуются многочисленные 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 распаденіе ткани захватываетъ мышечный слой и въ концѣ концовъ можетъ наступить перфорация въ брюшную полость, или въ соедѣнный полый органъ, напримѣръ, въ отѣзокъ кишки, причѣмъ 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 Rokitsansky 148), весьма рѣдко комбинируется съ туберкулезомъ мочевыхъ органовъ. Одинъ изъ такихъ рѣдкихъ примѣровъ опубликованъ Jamин'омъ 149), наблюдавшимъ случай туберкулеза лѣвой почки ureth'а, 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 and Ortman, 103), Gehle 141) приводятъ одинъ случай Brouardel'я и т. д. Случай Feldmann'a 85) разсматривается авторомъ не какъ туберкулезный pyosalpinx, а какъ нагноившійся hydrors tubae, присутствіе же бугорковъ въ стѣнкѣ трубы разсматривается имъ какъ случайное позднѣйшее явленіе.

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

¹⁴⁸⁾ Rokitsansky. 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.

По внешнему виду туберкулезный характер может иметь стальной рюсалринх съ стужившимся содержимым, представляющим вид казеозной массы. Для отличия, в данномъ случаѣ, помимо бацилл, может служить присутствіе бугорковъ въ стѣнкѣ трубы, или въ другихъ органахъ.

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

Макроскопической особенностью растянутыхъ трубъ при туберкулезномъ рюсалринхѣ 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 усѣянъ большимъ числомъ маленькихъ вѣтвящихся разрашеній, сидящихъ то на широкомъ основаніи, то на длинной ножкѣ. Эти разрашенія состояли изъ пучковъ зрѣлой соединительной ткани, среди которой по мѣстамъ попадались бугорки.

На основаніи изслѣдованій Schramma'a, Münster und Ortmann'a, Kotschau, 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 эпителия, срашеніе складокъ и проч., и лишь по мѣстамъ среди инфильтраціи можно было замѣтить присутствіе гигантскихъ кѣлѣтокъ.

Затѣмъ инфильтрація мало по малу увеличивается, эпителий 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 эпителиоидныя кѣлѣтки, между которыми разсыяны кѣлѣтки-великаны. Иногда среди разлитой мелкокѣлѣточной инфильтраціи mucosae попадаютъ кѣлѣ-

точные скопленія, соответствующія гистологической картинѣ милиарнаго узелка. Присутствіе послѣднихъ, по Schramm'u, никоимъ образомъ не представляетъ постояннаго явленія, между тѣмъ, по Vignow'u, въ началѣ процесса слизистая оболочка бываетъ пронизана нѣжными милиарными узелками.

Развитая въ періодъ воспаленія сосудистая система мало по малу застываетъ; капилляры разрушаются, въ мелкихъ сосудахъ происходитъ набуханіе и размноженіе эндотелия, ведущія къ стуженію просвѣта и въ концѣ концовъ къ полному уничтоженію его. Kotschau наблюдалъ, что капилляры часто бываютъ запружены concentрически сгруппированными веретенообразными кѣлѣтками, такъ что получается видъ Kornkrebsperle.

При дальнѣйшемъ теченіи, грануляціонное новообразованіе подвергается обратному развитію. При этомъ яара и эпителиоидныя кѣлѣтки сначала кажутся расположенными въ мелко зернистомъ, похожемъ на протоплазму, основномъ веществѣ, затѣмъ всѣ кѣлѣчные 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 салпингита), среди обильной мелкокѣлѣточной инфильтраціи, попадаютъ пространства, выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ и имѣющія неправильныя, большею частью кругловатыя очертанія. Эти отверстія на препаратѣ соответствуютъ донышкамъ углубленій между отдѣльными складками, гдѣ процессъ не зашелъ еще такъ далеко впередъ и гдѣ эпителий еще сохранился. Этотъ слой стѣнки трубы Ortman 103) для краткости называетъ железистымъ. По Ortman'u, углубленія между складками отшнуровываются и разрастаются дальше въ формѣ неправильныхъ железо-подобныхъ и кистовидныхъ разрастаній. Въ стромѣ такъ называемаго железистаго слоя также попадаютъ изолированные милиарные узелки и многочисленныя исполніскія кѣлѣтки съ характернымъ пристѣпочнымъ расположеніемъ ядеръ.

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

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

ления кѣтокъ. Въ adventitia многочисленныхъ крупныхъ сосудовъ мышечнаго слоя также расположенъ мелкокѣточный инфильтратъ, въ артеріяхъ часто выраженъ ясно endoarteriitis obliterans въ формѣ разрастанія intimaе.

Между раздвинутыми мышечными пучками встрѣчаются нѣрѣдко многочисленные милиарные узелки, или, какъ полагаетъ Schramm, похожіе на нихъ скопленія крупныхъ и мелкихъ кѣтокъ. 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.

Наконекъ, въ наружномъ слоѣ также встрѣчается обширная мелкокѣточная инфильтрація, часто располагающая вокругъ многочисленныхъ кровеносныхъ сосудовъ. Въ этомъ слоѣ иногда встрѣчаются также гигантскія кѣтки и типичныя узелки (въ случаѣ Münster und Ortmann'a).

Содержимое трубъ подъ микроскопомъ представляется состоящимъ изъ мелкозернистаго детрита, изъ гнойныхъ шариковъ, большою частью, наполненныхъ жировыми зернами, изъ свободныхъ капелекъ жира, изъ эпителиальныхъ кѣтокъ, подвергшихся жировому перерожденію, изъ свободныхъ ядеръ и кристалловъ холестерина. Въ случаѣ Münster und Ortmann'a въ содержимомъ туберкулезнаго pyosalpinx'a найдены многочисленныя крайне бѣдныя, 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, озаена и проч. Съ другой стороны, существующее одновременно съ сифилисомъ заболѣваніе трубъ еще не даетъ права говорить о сифилитическомъ салпингитѣ. Поэтому, указываемые авторами случаи сифилитическаго заболѣванія трубъ Н. Boldt'a¹⁵³⁾, А. Boldt'a¹⁵⁴⁾ и пр. не достаточно убѣдительно и не изучены достаточно въ патолого-анатомическомъ

¹⁵²⁾ Wylie. Diseases of the Fallopian 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., или найдено слѣдующее: трубы утолщены до размѣровъ пальца, павильона 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 кѣтками соединительной ткани; кромѣ того въ ней были овальныя и круглыя ядра и жирно-перерожденныя 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 сифилитическаго 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 представляють гнойно-ихорозную инфильтрацію; въ лѣвомъ полушаріи, въ легкихъ, въ печени—абсцессы. Нѣсколько летель кишечкъ 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 зеленыя зернышки величиною съ просіеное; маточный конецъ трубы заращенъ. Матка утолщена, тиссока катаральна. Лѣвая труба, растянутая у заращеннаго 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 Zemann'a, грибокъ чрезъ влагалище и матку проникаетъ въ кагаральную трубу, хотя могъ проникнуть и изъ кишки, срашенной съ трубой.

Такимъ образомъ, туберкулезъ и актиномикозъ трубы представляютъ особенно сти въ патолого-анатомическомъ отношеніи, пузырчатый 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: Agar¹⁰⁾, 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 соответствуетъ 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 говорить Terrillon⁵⁰⁾: «l'ovaire est altéré seulement à sa surface, mais son parenchyme est sain». Этими можно объяснить то, что при 274 случаяхъ, собранныхъ д-ромъ Шлезингеромъ, oophoritis 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 разобратъ во всей патологической анатоміи яичника, начиная съ

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

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

періоофорита и кончалъ 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 a 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 Sânger устанавливаетъ такую формулу: salpingitis, pyosalpinx, perisalpingitis, — perioophoritis, 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 расплываться 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 [Fritsch¹⁾, стр. 353].

Вслѣдъ за періоофоритомъ воспалительный процессъ распространяется въ глубину, причемъ, по Nagel'ю¹⁵⁹⁾, 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 салпингитѣ нерѣдко яичникъ заключаетъ въ себѣ много небольшой величины кистовидныхъ полостей. Проф. Славянскій¹⁶⁰) считаетъ присутствие въ яичникѣ большого числа зрѣлыхъ мѣшечковъ результатомъ хроническаго воспаления, имѣющаго гнѣздный характеръ, причѣмъ это воспаление, захватывающее лишь пѣвѣстныя группы графовыхъ 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 бывають и многочисленные исключенія. Говоря о нагноеніяхъ яичника, Monprofit⁴³) различаетъ двѣ формы: въ однихъ случаяхъ въ ткани яичника разбѣсны небольшіе гнойные фокусы въ большомъ количествѣ, въ другихъ случаяхъ—одно обширное гнойное скопиче, занимающее весь яичникъ, причѣмъ величина гнойной полости колеблется отъ величины орѣха до апельсина. Большая гнойная полость, какъ было въ случаяхъ Guserow'a⁴⁴), сообщается обыкновенно съ наполненной гноемъ трубой.

Кромѣ собственно воспалительныхъ процессовъ, при салпинго-оофоритѣ весьма часто въ яичникахъ наблюдается развитіе различнаго рода кистовидныхъ полостей, дающее поводъ говорить о кистовидномъ перерожденіи яичника подѣ влияніемъ воспаления. Кисты яичника при салпингитѣ 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 влияніемъ воспалительнаго процесса въ окружающей развиваются застойныя явленія, вызывающія превращеніе графовыхъ пузырьковъ въ водянистыя мѣшки.

¹⁶⁰) Врачъ. 1889, стр. 319. Докладъ въ Акушерско-Гинекологическомъ Обществе.

По словамъ Heitzmann'a¹⁶¹), подѣ влияніемъ воспаления затрудняется правильное образованіе фолликуловъ и, съ другой стороны, вслѣдствіе залеганія ихъ въ гипертрофированной соединительной ткани, бываетъ задержано ихъ лопаніе, вслѣдствіе чего результомъ періоофорита можетъ явиться начало кистовиднаго перерожденія яичника.

Schroeder⁴⁷) 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 перерожденіяхъ, окутывающихъ яичникъ.

Въ настоящее время начинаютъ приходить къ убѣжденію, что *kleincystische Folliculärdegeneration*, въ сущности, не представляетъ патологическаго явленія. Въ пользу этого рѣшительно высказывается Coe¹⁸). Проф. Славянскій¹⁶²) говоритъ, что на *kleincystische Folliculärdegeneration* нельзя смотрѣть какъ на ретенціонныя кисты графова пузырька, но что это есть нормальные графовы пузырьки, развившіеся лишь въ большемъ числѣ, вслѣдствіе раздраженія, дѣйствующаго на весь яичникъ. Далѣе, проф. Славянскій¹⁶⁰) говоритъ, что въ дальнѣйшемъ теченіи они запустѣвають, переходя же ихъ въ однополостныя большія кисты долженъ считаться еще далеко не доказаннымъ. Точно также, по изслѣдованіямъ Nagel'a¹⁵⁹) *kleincystische Folliculärdegeneration* не представляетъ никакого болѣзненнаго состоянія и не служитъ указаніемъ начинающагося образованія кисты.

Настоящее кистовидное перерожденіе яичника нерѣдко встрѣчается при салпинготоміи. 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 при датковѣ, въ ткани яичниковъ оказались кистовидныя полости довольно значительной величины и т. д.

Hegar³⁵) указываетъ на одновременное присутствіе новообразованій яичника при болѣзняхъ трубъ. Въ этомъ легко убѣдиться, просматривая опубликованные случаи салпинготоміи.

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

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

Встрѣчая нерѣдко при сальпингоофоритѣ подобныя состоянія яичниковъ, можно задать себѣ вопросъ, не служатъ ли развившіеся вслѣдъ за сальпингитомъ воспалительный процессъ въ яичникахъ и въ ихъ окружности, не служатъ ли онъ причиной образования настоящей кисты яичника.

Этотъ вопросъ имѣетъ тѣмъ болѣе основанія, что, какъ замѣчаетъ Thomas Savage¹⁶³⁾, небольшія кисты яичника имѣютъ, по видимому, болѣе позднее происхожденіе, чѣмъ симптомы, которые указываютъ на бывшее воспаление и послѣдовательныя сращенія маточныхъ придатковъ.

Gusserow⁸⁹⁾ высказалъ свое предположеніе, что хроническое воспаление, развившееся въ области яичника, можетъ имѣть результатомъ развитіе кисты. Разработкой этого вопроса занялся Nagel¹⁶⁴⁾. Изслѣдуя яичники при oophoritis chronica, онъ часто видѣлъ видѣренія поверхностнаго эпителия въ яичниковую стromу и, на основаніи гистологическихъ данныхъ, приходитъ къ заключенію, что эти углубленія и послѣдовательныя отшнурованія эпителия могутъ происходить благодаря лишь одному хроническому воспаленію яичника и должны быть разсматриваемы какъ начальныя стадіи эпителиальныхъ яичниковыхъ новообразованій.

Выводы, полученные Nagel'емъ, во всякомъ случаѣ, требуютъ дальнѣйшихъ наблюденій, и пока вопросъ о развитіи кисты вслѣдствіе офорита 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 растянutoй 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-яичниковыя кисты называютъ и такія, гдѣ еще не произошло сообщенія между растянutoй трубой и кистой яичника (Burnier¹⁶⁵⁾).

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

состоитъ изъ стѣнокъ трубы, существуетъ бороздка, или перехватъ, иногда, впрочемъ, этого не замѣтно (Spencer Wells¹⁶⁶⁾).

Происхожденіе трубно-яичниковыхъ кистъ Richard¹⁶⁷⁾ объясняетъ слѣдующимъ образомъ: наружный конецъ трубы охватываетъ граафовъ пузырекъ во время его лопанія; но пузырекъ послѣ лопанія не спадается и продолжаетъ секретію, между тѣмъ какъ труба не оттягивается назадъ, но срастается съ яичникомъ.

Burnier¹⁶⁸⁾ даетъ иное объясненіе на основаніи своего весьма интереснаго случая.

Подъ влияніемъ периметрита бахромки срастается своими серозными поверхностями, завернувшись внутрь трубы; при этомъ труба превращается въ hydrosalpinx. Подъ влияніемъ 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 большаго давленія въ трубѣ, снова разворачиваются и обращаются въ полость яичниковой кисты, срастается 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 выстлать 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 точныя патолого-анатомическія описанія трубно-яичниковыхъ кистъ существуетъ немного, нѣкоторые случаи, напримѣръ Spencer Wells'a, неубѣдительны, такъ какъ не проверены на самихъ препаратахъ, другіе—напр. случай Labbé¹⁶⁹⁾—слишкомъ коротко описаны.

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.

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.

Впрочем, некоторые случаи, напр. Hennig'a 170), говорить за возможность подобного происхождении tuboооичниковых кистъ.

Но, во всякомъ случаѣ, объясненіе Burnier слишкомъ сложно и обыкновенно процесс образования tuboооичниковыхъ кистъ происходитъ гораздо проще.

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

Съ другой стороны, въ некоторыхъ случаяхъ, tuboооичниковыя кисты могутъ развиваться вслѣдствіе уклоненій въ эмбриональномъ развитіи полового аппарата; на это обстоятельство, между прочими авторами, обращаетъ вниманіе Schneidemühl 171), описавшій случай tuboооичниковой кисты у кобылы, причемъ не было ни сабда периметрита.

Alban Doran 172) 173) считаетъ, что происхожденіе tuboооичниковыхъ кистъ наичаше является результатомъ хроническаго воспаления маточныхъ придатковъ, причѣмъ 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 Tuboovarialcysten beim Pferde. Ref. в 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 Pathological Soc. of London. Vol. 38, стр. 241.

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

Въ некоторыхъ случаяхъ интензивность воспаления на столько велика, что перитонитъ сразу дѣлается разлитымъ, гнойнымъ, быстро ведущимъ къ детальному исходу. Это встрѣчается наичаше при пуэрперальныхъ сальпингитахъ.

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

Обыкновенно при началѣ же заболѣванія въ брюшной полости являются условія, препятствующія дальнейшему распространенію воспаления на всю брюшину. Содержимое трубы, изливаясь чрезъ неуплывшее еще закрытое 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 вынотъ, склеивающій тазовые органы въ одну общую массу. Пронизывающаяся въ этомъ періодѣ воспалительная опухоль въ тазу, какъ доказалъ Vergutz 9), образована брюшными внутренностями, склеенными между собою болѣе или менѣе значительнымъ воспалительнымъ экссудатомъ. Отложения фибрина, а затѣмъ переходъ ложныхъ перепонкъ 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 некоторыхъ случаяхъ изолированное гнойное скопленіе пробиваетъ себѣ дорогу въ полость peritonei сквозъ 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, трубой и угломъ

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

¹⁷⁵⁾ Lovén. Ref. в Centralblatt für Gyn 1877, стр. 166.

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

шенным салынкомъ; вслѣдствіи, 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.

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

Многіе авторы приписываютъ изліяніе гноя изъ трубъ нервно-мышечному аппарату. Seuve (28), напр., допускаетъ изліяніе гноя вслѣдствіе спазма трубы. Lorain (177) изліяніе гноя изъ трубъ, послѣдовавшее за влагалищной инъекціей, объясняетъ сократительной силой трубъ и нервной возбудимостью трубно-яичникового аппарата. Heitzmann (161) также допускаетъ возможность вытекания гноя чрезъ незарытое ostium abd. благодаря сокращениямъ трубъ.

По мнѣнію Förster'a и Vocke (115) возможно слѣдующее: при начинающемся скопленіи гноя ostium abdominale не зияетъ 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 зияющее отверстіе.

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

Вообще, сращения, запирающія наружное отверстіе трубы, могутъ раздвинуться или пробураться вслѣдствіе нагноительнаго процесса и такимъ образомъ открыть дорогу трубному содержимому. Таковы, напр., случаи Burnier (178), Förster'a (179) (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 purulentes Katarrh des Muttertrompeten mit Perforation ausserhalb des Puerperium. Verhandlungen der Phys.-Med. Gesellschaft in Würzburg 1860. Band 10, стр. XXIV.

Чаще же всего изліяніе большого количества гноя происходитъ вслѣдствіе перфорации 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. Наиболее наглядный примѣръ этого рода можетъ представлять случай Lewers'a (183), именно, здѣсь pyosalpinx далъ перфорацию въ перестянутой части трубы.

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

Такое же значеніе имѣетъ форсированное гинекологическое изслѣдованіе. Въ виду послѣдняго обстоятельства нѣрѣдко рекомендуютъ при изслѣдованіи не особенно настаивать на полученіи путемъ пальпации 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 нѣрѣдко во время регулъ ведетъ 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 первикальнаго 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.

Может ли сокращение мускулатуры трубы и матки повести к разрыву? Nilsen¹⁸⁷⁾ предлагает подобный вопрос по поводу перфорации трубы, наступившей послѣ выскабливанія слизистой оболочки матки. Подобное объяснение разрыва, во всякомъ случаѣ, рискованно; разрывъ, происшедшій послѣ операции, легче 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'y¹³⁾ воспаление брюшины наступаетъ скорѣе всего, если вытекаетъ много гноя, если онъ выступаетъ быстро, если они разошлись, если брюшина очень чувствительна къ раздраженію. Эти условія, впрочемъ, понятны а priori.

Нѣкоторыя наблюденія точнѣе опредѣляютъ вредныя качества гноя Hegar³⁵⁾, напр., говоритъ, что содержимое трубы при salpingitis tuberculosa не обладаетъ особенно ядовитыми свойствами. Самый опасный въ этомъ отношеніи гной пuerperального происхожденія.

Wimm¹³¹⁾ говоритъ, что попаданіе гонорройнаго гноя въ полость peritonei имѣетъ совершенно иное значеніе, нежели вскрытіе, напр., пuerperального абсцесса. Въ первомъ случаѣ вызывается лишь ограниченное воспаление, инкапсулирующее вытекшій гной, который является, вWimm'y, какъ бы асептическимъ инороднымъ тѣломъ, такъ какъ гонококки не находятъ въ брюшной полости условій для своего размноженія; пuerperальный же гной даетъ общій перитонитъ вслѣдствіе выдѣленія 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'a⁴¹⁾, Н. Н. Феноменова¹⁸⁸⁾ и др. разрывы hydrosalpinx'a встрѣчаются нерѣдко. При разрывѣ наступаютъ болѣе или менѣе выраженные явленія перитонита, но они далеко не всегда бываютъ смертельными. Lawson Tait'a⁴¹⁾, Guesnet⁶⁰⁾ 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 патологіи и терапіи фалл. трубъ. Врачъ 1885 г. №№ 43, 47 и 49.

Разрывы haematosalpinx'a ведутъ къ образованію haematocele tetrouterina, 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'a¹⁸⁹⁾ труба на всемъ протяженіи была утолщена, на разстояніи 1/4 дюйма отъ матки найдено отверстие величиною съ конскій бобъ, въ брюшной полости много крови и отсутствіе явленій перитонита. Авторъ объясняетъ весь процессъ слѣдующимъ образомъ: протуда во время регулъ вызвала салпингитъ, который и послужилъ впоследствии источникомъ перфорации. Курьезно то, что Marsh, вскрывавшій трупу, передъ вскрытіемъ замѣтилъ, что ему однажды пришлось наблюдать случаи 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 Doran⁶⁷⁾ сообщаетъ случай, при которомъ напизлома трубы, сопровождаемая истеченіемъ секрета чрезъ незаарашенное 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, воспаление брюшины имѣетъ мѣстный характеръ.

Образовавшійся въ полости peritonei выпотъ при дальнѣйшемъ теченіи отчасти всасывается, отчасти служитъ источникомъ образованія ложныхъ перепонокъ, которыя затѣмъ организуются въ соединительно-тканную, протягивающуюся 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 смѣшенію и уменьшенію подвижности органовъ, во время операціи они осязательно 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 разорваши 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. Рисунки подобнаго мѣшка изъ ложныхъ перепонокъ помѣщенъ въ сочиненіи Neitzmann'a¹⁶¹). Развившіяся вокругъ трубъ ложныя перепонки ведутъ къ значительному смѣщенію и обезобразиванію органовъ. Монократно завитая труба, нерѣдко свернутая въ настоящій клубокъ, чаще всего бываетъ сращена съ яичникомъ, какъ указано выше. Въмѣстѣ 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 впереди встрѣчается рѣже, смѣщеніе же придатковъ впереди, къ мочевому пузырю, бываетъ сравнительно рѣдко, по Monrofit—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 салынкомъ 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, caecum, processus vermicularis.

Иногда сращенія съ кишками бываютъ такъ обширны, что не даютъ возможности окончить операцию, 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 прикрепленныя къ верхнему краю широкой связки, при заболѣваніи опускаются въ заднее Дугласово пространство и, такъ какъ салынникъ начинается часто послѣ родовъ или выкидыша, причемъ матка, увеличенная въ объемѣ, также опускается взади, и, такъ какъ болная во время остраго періода болѣзни лежитъ въ постели, то дно матки наклоняется также взади; развивающіеся, между тѣмъ, мѣстный перитонитъ имѣетъ послѣдствіемъ развитіе ложныхъ перепонокъ, фиксирующихъ матку въ этомъ положеніи.

Положеніе матки въ anteversio или въ боковой anteversio при салыннигоофоритѣ 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 числу курьезныхъ рѣдкостей можно отнести слѣдующіе случаи. Въ музеѣ Гембриджскаго университета находится препаратъ, въ которомъ обѣ трубы прирашены 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 ruosalpinx'a, причемъ стѣнки обѣихъ срастисъ между собою и затѣмъ перегородка исчезла, такъ что получилась одна общая полость.

Такимъ образомъ воспалительный процессъ въ полости peritonei составляетъ весьма частое явленіе при салыннигоофоритѣ. 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 материаломъ, 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 peritoneale*, 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 наиболее 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 окружности не замѣчается. Еще болѣе благопріятнымъ условіемъ является врожденная атрезія *ostii abdominalis*: Feldmann,⁸⁵⁾ описалъ случай двухсторонняго *pyosalpinx*'а значительной величины, не представляющаго 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*, причѣмъ 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 частою причиною 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 перитоническихъ 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 воспаление.

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 отложение 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 газовой брюшины и, если въ зарощенныхъ и перетянутыхъ ложными перепонками трубахъ вполнѣ развиты патолого-анатомическія измѣненія, напр. растженія ихъ въ водночленные мѣшки (см. Marti³⁶⁾, 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 сальпинготоміи 2 случая, именно № 6 и № 15, относятся именно ко второй категоріи и рассматриваются 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 дизменорройныхъ и нервныхъ явленій, удаленіе же трубъ здѣсь не имѣлось въ виду, но онѣ были удалены 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. Преніе авторы не изучали особенно болѣзней фаллопиевыхъ трубъ, такъ какъ считали ихъ недоступными диагнозу 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 многочисленныя наблюденія въ этомъ направленіи, проводимыя лапаротоміей, дали возможность выяснитъ многія неясныя стороны вопроса.

Симптомы и теченіе.

Начало заболѣванія въ нѣкоторыхъ случаяхъ выражается бурной картиной перитонита, который, какъ указано выше, можетъ иногда принимать характеръ острого гнойнаго воспаления 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 послѣдующемъ періодѣ, больныя почувствовали сильныя боли внизу жи-

вота, слабость, одновременно съ этимъ было значительное повышеніе 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 послѣдующее распространеніе воспалительнаго процесса по половому пути. Вскорѣ послѣ перваго coitus'a появляется жжение 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 послѣдательно захватилъ трубы и вызвалъ воспаленіе въ полости брюшины. Время появленія перитоническихъ симптомовъ въ различныхъ случаяхъ бываетъ весьма неодинаково, иногда они наступаютъ чрезъ нѣсколько недѣль, иногда чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ зараженія. Острый періодъ проходить обыкновенно благополучно, но во всякомъ случаѣ, онъ служитъ преддверіемъ упорнаго хроническаго страданія.

Точно также начало болѣзни въ послѣдующемъ періодѣ нерѣдко выступаетъ тяжелыми явленіями воспаления брюшины, въ другихъ же случаяхъ послѣдующій періодъ протекаетъ безъ особенно замѣтныхъ уклоненій и только въ дальнѣйшемъ теченіи наступаютъ постепенно различныя разстройства въ половой сферѣ (наблюденія Martin'a³⁹).

Симптомы болѣзни нерѣдко развиваются лишь мало по малу, незамѣтно выстуая одинъ за другимъ, и иногда долгое время заболѣваніе можетъ существовать, не выражаясь замѣтно для больной (см. № 22, также Vertram 132). Иногда больныя относятъ начало заболѣванія къ простудѣ во время регуль, 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 признаки отраженнаго характера и явленія со стороны общаго состоянія организма.

Одним из самых постоянных и тяжелых признаков сальпингооофорита служат различнаго характера боли.

Интензивность болей бывает различна; иногда больные жалуются лишь на тяжесть, чувство давления и неприятныя ощущения въ маломъ таза; въ другихъ случаяхъ боли по временамъ принимаютъ характеръ коликъ, доводящихъ больныхъ до изступленія и заставляющихъ прибѣгать къ систематическому употребленію морфія (Guemes).

Различный характеръ болей зависитъ отъ особенностей въ отдѣльныхъ случаяхъ патолого-анатомическихъ измѣненій. Съ одной стороны, боли могутъ обуславливаться воспалительными явлениями 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 давлениемъ трубы, растянутой до значительной степени (напр. с. № 10). Наконецъ, особый характеръ болей можетъ зависетьъ 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 поражениі одной лишь трубы.

Локализуется боль при сальпингитѣ, главнымъ образомъ, въ regio hypogastrica, соответствующей 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, вѣроятно, больше пострадала.

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

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

струального періода, или боли впервые возникаютъ во время регуль. Dysmenorrhoea составляетъ обычное явленіе.

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

По Hunter¹⁹⁴) 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 Tait¹⁹⁶) 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. (Gusserow⁴⁴), 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 складки и сращенія. Kalfenbach¹⁹⁷) этотъ рядъ рецидивирующихъ катамениальныхъ периметритовъ приписываетъ временному раскрытію наружнаго отверстія, заклееннаго рыхлыми сращеніями. Также Lawson Tait¹⁹⁶) въ одномъ изъ сообщаемыхъ случаевъ предполагаетъ попаданіе гноя въ полость peritonei при каждыхъ 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

¹⁹⁴) *Lawson Tait*. Three cases of pyosalpinx. Transactions of the Obst. Soc. of London. Томъ XXV, стр. 234.

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

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

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

регулами, принимают интермиттирующий характер. Именно, сильная боль держится от нескольких минут до часа и болѣе, сопровождаемая тенезмами в мочевомъ пузырѣ и прямой кишкѣ (напр., случаи 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, доводяція иногда больныхъ до истерическихъ приступовъ, прекращаются какъ по волшебству (Mouprofit⁴³).

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

Lawson Tait¹⁹⁸ говоритъ объ экскульсивныхъ сокращеніяхъ воспаленныхъ трубъ. Schauta³⁰ видитъ причину ихъ въ служеніи трубного просвѣта въ наиболее узкомъ мѣстѣ isthmii 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 большаго 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 та же картина.

По Mouprofit⁴³ «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 схваткообразныхъ 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 патогномонического 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, болевая 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 определенной 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 (dyspareunia) доходятъ до такой степени, что заставляють 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. Strp. 16.

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

Обильное отдѣленіе кровей зависитъ, по мнѣнію Gusserow'a (44) отъ одновременнаго заболѣванія матки или, при отсутствіи послѣдняго, отъ разстройства кровообращенія, происходящихъ при хроническомъ периметритѣ, именно вслѣдствіе смѣшеній и фиксацій внутреннихъ половыхъ органовъ. По его наблюденіямъ обильные регулы чаще всего встрѣчаются въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ расширеніе трубы развивается въ толщу *lig. lat.*, 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 развивающагося 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 регулы: то они появляются чаще прежняго, то рѣже, то, наконецъ, наступаютъ въ совершенно неопредѣленные сроки. Иногда послѣ прекращенія регулы бѣли въ теченіи нѣсколькихъ дней имѣютъ кровавистую окраску. По временамъ бывають продолжительныя метроррагіи.

При доагомы существованіи болѣзней иногда крови дѣлаются менѣе обильными, продолжаются меньшее число дней и въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступаетъ *amenorrhoea*; послѣдняя наблюдалась Mar-

²⁰⁰⁾ Czernin. Ueber die Beziehungen der Uterinsschleimhaut zu den Erkrankungen der Adnexa. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd XIII, стр. 339. 1888.

(in'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. Служенія и перегібы трубы, потеря мерцательнаго эпителія, вредное химическое дѣйствіе секрета (Müller 201), отложеніе въ окружности соединительнотканыхъ перепонокъ, наконецъ, зараженіе отверстій трубы и т. д. представляютъ такія условія, которыя дѣлають совершенно понятной невозможность зачатія. Съ другой стороны, существующій одновременно эндометритъ, смѣшенія и перегібы матки и проч. (Guemes 60) представляютъ такія условія, которыя мѣшаютъ 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 гонореей, 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 беременныхъ 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 восстановленія способности зачатія послѣ всасыванія эксудата и разрывленія ложныхъ перепонокъ.

Относительно вѣматочной 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 Путь и Вильбота, ч. IV, т. I, вып. 2-й, стр. 26.

поступательномъ движеніи встрѣчаетъ препятствіе вслѣдствіе, напр., перетяжки или перегиба трубы подѣ влияніемъ воспалительныхъ продуктовъ, или же оно не можетъ продвигаться далѣе впередъ вслѣдствіе, напр., погибели эпителия подѣ влияніемъ 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 съминныя нити проникаютъ черезъ проходимую трубу къ яичнику непроходимой стороны и оплодотворяютъ яйцо, которое затѣмъ задерживается у непроходимаго мѣста. Hennig¹⁴⁾, Frommel¹⁵⁾ говорятъ 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'у), для происхожденія этой аномалии 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 воспаленіе въ тазу можетъ, въ свою очередь, служить причиной, поддерживающей хроническій эндометритъ. Эти бѣли, то слизистыя, то гнойныя, то съ кровянистою примѣсью, въ клиническомъ отношеніи не представляютъ ничего особеннаго.

Гораздо большаго интереса заслуживаетъ возможность опорожненія трубнаго содержимаго наружу чрезъ естественныя половые пути.

Случаи hydrops tubae profuens доказываютъ, что жидкость, скопившаяся въ трубахъ, можетъ преодолевать сопротивленіе узкой части трубы и изливаться въ матку. Meinert²⁰⁴⁾, Lediard²⁰⁵⁾ и мн. др. сообщаютъ о подобныхъ случаяхъ, поврѣренныхъ затѣмъ сальпингомитоміей,

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

можно приписать тѣмъ истеченіямъ, которыми иногда оканчиваются приступы трубныхъ коликъ. Martin считаетъ изліаніе 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 Routier²⁰⁶⁾, подобный же случай Hausammann'a²⁾].

Хотя Kivisch и Förster сомнѣвались въ возможности опорожненія трубнаго мѣшка чрезъ матку, но съ анатомической стороны не существуетъ препятствій для принятія этого факта. Известно, что жидкость можетъ накапливаться въ трубѣ, причемъ ostium uterinum остается не облитерированнымъ, поэтому для перехода жидкости изъ трубы въ матку, подѣ влияніемъ ли сокращенія трубной мускулатуры, или подѣ влияніемъ вѣшняго давленія, не существуетъ непреодолимаго препятствія. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ ostium uterinum бываетъ даже расширено. Известный случай Scanzoni¹⁵⁾ наиболѣе убѣдительно 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". Klob¹²⁾ 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 притивудѣствія, 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 менопаузы въ старомъ возрастѣ, представляетъ собою hydrops tubae profuens sanguinolentus.

Въ заключеніе можно прибавить, что подѣ видомъ hydrops tubae profuens могутъ протекать случаи опорожненія вѣсты яичника (случай Blasius'a²⁰⁷⁾). Кромѣ того, случай Koerberl'²⁰⁸⁾ доказываетъ,

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

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

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

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

²⁰⁸⁾ Koerberl'. Gazette médicale de Strassbourg, 1873, стр. 224.

что гнойное скопище, образовавшееся в полости *peritonei* и инкапсулированное ложными перепонками; может опорожняться через нормальную фаллопиеву трубу в матку и далее наружу.

Кроме перечисленных симптомов, нередко наблюдаются аномалии со стороны мочевого пузыря и *recti*. Близкое соседство их с заболвшими придатками матки легко объясняет их участие в заболвании.

Трубнояичниковая опухоль может вызывать разстройство со стороны мочевого пузыря чисто механическим образом. Давлением на стѣнку пузыря в некоторых случаях объясняется частое мочеиспускание или затруднение этого акта. Послѣдній симптомъ, наблюдавшийся в случае № 10, исчез послѣ удаления объемистаго *hydrosalpinx'a*. Guillet 209) сообщил случай, при которомъ на вскрытии найдено, что *hydrosalpinx*, величиною в 2 кулака, помѣщавшийся въ полости малаго таза, оказывалъ сильное давление на пузырь и лѣвый мочеточникъ, вследствие чего было задержание мочи и расширение пузыря до громадныхъ размѣровъ; лѣвый мочеточникъ былъ утолщенъ, растянутъ, съ экхимозами; почечная лоханка растянута, красновата; ткань почки представляла гнойную инфильтрацію.

В свою очередь, если моча не выпускается своевременно, то наполнение мочевого пузыря сопровождается болями в области пораженной трубы [Oliver 210)].

Частое и болѣзненное мочеиспускание нередко встрѣчается в анамнезѣ, какъ одинъ изъ первыхъ симптомовъ заболванія 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 давлениемъ опухоли на пузырь, или наконецъ сращеніями и воспалительными явленіями въ покрывающей брѣшнѣ.

Со стороны прямой кишки нередко вследствие чисто механическихъ условий возникаютъ упорные запоры. Polk 26) наблюдалъ значительнаго суженія *recti* вследствие воспалительнаго экзудата въ *peritoneum*.

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

что болѣзныя по возможности воздерживаются отъ нея. Monprofit 43) объясняетъ это давлениемъ каловой массы на воспаленные органы. Oliver 210) наблюдалъ болѣзненную дефекацію въ случаяхъ сращенія *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.

Нередко нарушаются функціи желудочно-кишечнаго канала. Отсутствие аппетита, поносы, сменяющіеся запорами, тошнота, рвота, непріятное чувство давления со стороны желудка, доходящее иногда до гастралгии и т. д., весьма нередко наблюдались въ нашихъ случаяхъ и много разъ указываются въ опубликованныхъ случаяхъ.

Въ одномъ случаѣ сальпингоофорита (не оперированномъ), при незначительномъ мѣстномъ пораженіи, симптомы заболванія 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 болѣзныя иногда долго лечатся отъ предполагаемаго катарра желудка, прежде нежели откроется дѣйствительный источникъ заболванія.

Нервная система вообще начинаетъ страдать очень скоро и получаются многообразныя въ близкихъ и отдаленныхъ областяхъ разыгрывающіяся нервныя явленія [Negar 35), Meiner 214) и др.]. Между нашими болѣзными явленія со стороны нервной и психической системы не представляли какихъ-либо серьезныхъ разстройствъ. Обыкновенно болѣзныя 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. Нередко слышатся жалобы на непріятныя ощущенія въ области сердца, сердцбѣнія, 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-эпилепсін, истеріи и пр. Monprofit указываетъ на эпилепсін, контрактуры членовъ, на явленія, симулирующія атаксію и пр.

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

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

²¹¹⁾ Meiner. 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, гнойная формы сальпингита. Между тѣмъ, иногда долго существующій hydrosalpinx можетъ протекать безъ всякихъ серьезныхъ симптомовъ (сл. № 22).

Къ удивленію, иногда встрѣчаются и pyosalpinx'ы, не выражающія никакими специальными симптомами. Такой случай приводитъ Malins 212).

Czernin 200) наблюдалъ 4 случая pyosalpinx'a, 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 пупарепальныхъ заболѣваній, не было указаній на туберкулезъ. Болѣзнь у нихъ долгое время существовала, не вызывая ни болей, ни другихъ какихъ-либо жалобъ и только впоследствии 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'a, встрѣчаются при пупарепальныхъ pyosalpingit'axъ

Noeggerath 124), говоря о клиническихъ проявленіяхъ латентной гонорреи, различаетъ слѣдующія 4 типическія формы: acute Perimetritis, recurrende 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'a 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 частыя обостренія воспалительныхъ явленій въ маломъ тазу.

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

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

Въ то время какъ hydrosalpinx, или вообще катарральная заболѣванія, могутъ существовать долгіе годы, не вызывая особенно сильныхъ мѣстныхъ расстройствъ, и не подрывая общаго состоянія здоровья, всегдѣ 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 соответственныя 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 благоприятныхъ условіяхъ можетъ быть достигнуто и полное исцѣленіе. По крайней мѣрѣ, Martin 39) говоритъ, что онъ при мѣнялъ сальпинготомію лишь въ $\frac{1}{3}$ 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 перитонеи предупреждается образованіемъ спаекъ съ сосѣдними органами. Такимъ образомъ, жидкость изъ трубъ можетъ найти себѣ выходъ въ какой либо отдѣлъ кишечника, чаще всего въ rectum. Virchow 83) говоритъ, 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 перфорацию. При этомъ жидкость изъ трубы можетъ опорожниться въ кишечникъ, но въ то же время газы и содержимое кишки переходить въ полость трубнаго мѣшка, вызывая продолжительныя, упорныя гнилостныя нагноенія.

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

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

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

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

лѣе или менѣе значительномъ пространствѣ распространяется по подбрюшинной кѣтчаткѣ.

Вскрытіе pyosalpinx'a въ брюшную полость представляет, 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 перфорации гнойныя заболѣванія трубъ представляютъ мало благоприятнаго 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 пехуданіе, 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 неблагоприятное теченіе.

Діагнозъ.

Еще въ 1883 г. Горвицъ говорилъ, что онъ ни разу не выдалъ 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 мочевою пузырь послѣ предварительнаго расширенія urethrae, или, наконецъ, къ еще болѣе сложному способу Noegge-gath'a, именно къ комбинированному изслѣдованію чрезъ мочевою 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 яенѣ удается пальпировать при комбинированномъ изслѣдованіи per rectum. Neega 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 шпровой 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, опредѣлять состояніе яичника или трубы среди опухоли воспалительнаго характера, окружающей матку.

²¹⁶⁾ Hunter. The Amer. Journ. of obst. 1886, стр. 271.
дис. Мяхнова.

Когда же воспалительный экссудат всосался, очертания контуров заболѣвшей трубы или яичника выступают съ достаточной рельефностью. Въ этомъ отношеніи, массажъ по Thure Brandt'у, послѣ всасыванія экссудата и устранения фиксаціи (Brandt'у) можетъ, конечно, способствовать тому, что контуры трубы отчетливо прощупываются, какъ говоритъ Winawer²¹⁶⁾, 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 салпингитѣ 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 члѣнокъ, отходящихъ отъ угла матки къ боковой стѣнкѣ 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 къзади 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 менѣе 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 удается 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 palpibar zu machen. Centrblatt für Gyn. 1888, стр. 865.

листами 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 удается 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 [Court'y¹³⁷⁾], но обыкновенно оно бываетъ такъ слабее 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 салпингита Schauta указываетъ на прощупывающіяся у угломъ матки утолщенія, образующіяся еще въ раннихъ періодахъ салпингита и дающія, по его мнѣнію, возможность діагностировать салпингитъ 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 съзади напередъ по области маточныхъ узловъ.

Присутствіе узловатыхъ утолщеній въ маточной части трубы, по Hegar'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 операци.

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 обуславливается мѣсторасположеніемъ большей опухоли. О смѣщеніяхъ матки въ зависимости отъ сращеній и воспалительныхъ явленій въ округности указано выше.

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

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

Иногда при изслѣдованіи получались данныя, соответствующія 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 сдалася и соответственно 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, тубрно-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 попеременно періодическое увеличеніе объема.

Это колебаніе объема въ зависимости отъ менструаціи свойственно тубрно-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. П. 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 подъ вліяніемъ менструальнаго прилива; дажде, 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 графовъ пузырькъ, 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 выразиться абсолютно значительными размѣрами, то, понятно, относительно 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 встрѣтиться 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).

Giemes 60) говоритъ (на стр. 69), что въ одномъ случаѣ Terillon'a опухоль появлялась въ началѣ регулъ и исчезала до ихъ прекращенія (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 даже: «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 мнение относительно этих наблюдений L. Tait'a, но я привожу их с целью указать на то, нельзя ли их объяснить сообразно с наблюдениями проф. А. П. Лебедева.

Таким образом, для диагноза салпингооофорита необходимо основываться на следующих данных, получаемых при исследовании.

Опухоль по своим контурам должна иметь характерныя для салпинго-оофорита свойства.

Далее, весьма важный признак, на который особенно указывает Martin, это—способ соединения опухоли с соответствующим углом матки.

Существенное значение имеет повторное исследование больных, так как при этом можно воспользоваться диагностическим признаком, замеченным проф. А. П. Лебедевым. На основании этого же факта мы только тогда можем высказаться за одностороннее заболѣвание, если, при повторном исследовании в различные менструальные эпохи, одна сторона постоянно остается непораженной.

Наконецъ, пожалуй, некоторое значение имеетъ признак, указываемый Schauta, присутствие узловатыхъ утолщений у начала отхождения трубы отъ матки.

Данныя для диагноза, получаемыя при бинауальномъ исследовании, получаютъ еще болѣе убѣдительное значение, если начало и течение болѣзни представляютъ характерныя указанія, напр., начало заболѣвания можетъ быть отнесено къ предшествовавшему гонорройному зараженію, или къ неблагоприятно протекшему послеродовому періоду. Изъ симптомовъ болѣе характерны—частыя обостренія, бесплодіе, dysmenorrhea и боли съ характеромъ коликъ.

На основаніи комбинаціи всехъ полученныхъ данныхъ мы, болѣею частью, легко можемъ поставить прямую діагностику салпингооофорита и, въ этомъ отношеніи, мы можемъ вполне присоединиться къ мнѣнію Negar'a, Martin'a и пр.

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

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

Читая исторію болѣзни Noeggerath'a, нѣрѣдко задумаешься мыслью, не были ли тѣ остатки экссудата, о которыхъ онъ часто упоминаетъ, заболѣвшими трубами и яичниками.

По мнѣнію (Gusserow'a 44), именно, опухоли, соответствующія салпинго-оофориту, прежде чаще всего принимались за экссудативныя массы въ полости peritonei.

Отличить трубно-яичниковую опухоль отъ пара-п-периметритическаго экссудата не представляетъ никакого труда, такъ какъ она отличается отъ послѣдняго болѣе рѣкими 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-oorphoritis съ небольшою яичниковой кистой или кистой широкой связки. Дѣйствительно, предположимъ, что растянутая на наружномъ концѣ фаллопиева труба срощена на обширномъ протяженіи съ задней поверхностью широкой связки; въ такомъ случаѣ при исследованіи получатся данныя, симулирующія интралигаментарную кисту или небольшою яичниковую кисту на ножкѣ, но съ обширными срощеніями. 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. Диагнозъ колебался между яичниковымъ новообразованиемъ и salpingo-oorphoritis. При исследованіи повторномъ можно было констатировать неизмѣняемость объема опухоли, и диагнозъ окончательный склонился въ пользу яичниковаго новообразования. При операціи, дѣйствительно, оказалась дермоидная киста яичника.

Непреодолимыя препятствія могутъ встрѣтиться при какихъ либо особенно неблагоприятныхъ условіяхъ, напр. при чрезмѣрной толщинѣ подкожнаго жирнаго слоя, при одновременномъ обширномъ экссудатѣ въ полости peritonei или въ широкой связкѣ, при развѣвшейся рядомъ опухоли яичника или матки и пр.

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

Въ центрѣ воспалительной опухоли, говоритъ И. Н. Грамматикати²¹⁸), 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 долъчатость говоритъ за начальный салпингитъ. 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 детального 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 Hegar, Gussow и пр. Кроме того, при изслѣдованіи, мы замѣчаемъ, что при pyosalpinx'ѣ опухоль меньше, плотнѣе, болѣзненнѣе, менѣе подвижна, нежели при hydrosalpinx'ѣ.

И. Н. Феноменовъ¹⁸⁸) говоритъ, что для pyosalpinx'a важно выслѣдить, не имѣло ли заболѣваніе связи съ бывшимъ переломомъ, 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; кроме 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 салпингитомъ и т. д.

Точно также, встрѣчая больную съ заболѣваніемъ трубъ, разившимся послѣ родовъ, является вопросъ, непременно ли этотъ случай отнести къ категоріи пуэрперальнаго салпинго-оофорита. Какъ какъ этотъ вопросъ рѣшается, болѣею частью, на основаніи анамнеза, иногда не точнаго, и, съ другой стороны, смотря по тому, на сколько убѣдительными кажутся взгляды Säger'a на значеніе гоноррей in puerperio, одни авторы считаютъ болѣе частою гонорройную форму салпингита, другіе — пуэрперальную. Martin³⁹), напр., въ противоположность Säger'у считаетъ вторую форму болѣе частою. Между 287 пациентками у него было 70 случаевъ пуэрперальнаго салпингита и 55 — гонорройнаго.

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

Относительно туберкулезнаго заболѣванія можно пользоваться указаніями, данными Hegar'омъ²⁹) и Wiedow'омъ¹³⁵).

Кромѣ указаній относительно наслѣдственности, кромѣ состоянія внутреннихъ органовъ, особенно легкихъ, при внутреннемъ изслѣдованіи получаютъ иногда данныя, говорящія за туберкулезъ. Именно, трубы на ошупъ 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 салпинго-оофорита, какъ медикаментозной, такъ и оперативной. Поэтому я остановлюсь лишь на тѣхъ приемахъ оперативнаго леченія салпинго-оофорита, которые примѣнялись въ нашей клиникѣ.

Приготовленіе больныхъ къ операциіи 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 операции больной дается слабительное, на следующий день magist. bismuthi, ванна, клизма, в день операции — клизма.

Операция производится при обычной антисептической обстановке. Перед самым началом операции, когда больная лежит на столе, моча выпускается катетером и во влагалище вводится колпаче-ринтеръ. Затѣмъ кожа живота тщательно очищается мыломъ Джейса, 2% карболовымъ растворомъ и лимоннымъ сокомъ.

Когда больная захлороформирована, брюшная стѣнка вскрывается послойными разрезами от пупка вниз по linea alba. Длина разреза равняется приблизительно 15 сантиметрамъ, или нѣсколько больше при очень толстыхъ брюшныхъ стѣнкахъ. Разрезъ дѣлается такой длины, чтобы свободно можно было ввести руку въ полость брюшины. Ткани брюшной стѣнки разекаются послѣдовательными послойными разрезами, кровотокачѣ при этомъ сосуды захватываются зажимными пинцетами Реан'а. Когда разрезъ углубился до предбрюшиннаго жирнаго слоя, послѣдній разрезается между двумя пинцетами, вслѣдъ затѣмъ обнажившейся peritoneum поднимается въ видѣ конуса вверхъ пинцетами и разрезается въ одномъ мѣстѣ скальпелемъ. Вслѣдъ затѣмъ по введенному въ брюшную полость пальцу разрезъ продолжается ножницами вверхъ и вниз 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 операции, именно выведение заболѣвшихъ придатковъ наружу къ брюшной ранѣ. Иногда этотъ моментъ операции 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 подъ основаніе опухоли накладывать рядъ шелковыхъ лигатуръ, цѣлесообразно 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, культи 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, разрезъ брюшины соединился, 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-бинтъ²¹⁹⁾.

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 операции, 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 спиртѣ 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.

мывания в водѣ, вырѣзанные кусочки подвергались уплотнѣнію въ абсолютномъ алкогольѣ, 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 Krynsky 220) 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 фотоксиллина. 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, оставался въ чашечкѣ съ полукрытымъ верхомъ, пока фотоксилинъ не сдѣлается достаточно плотнымъ. Вслѣдъ за этимъ препаратъ вырѣзывался изъ затвердѣшаго фотоксиллина 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 гематоксилинѣ и затѣмъ азозинъ, или же пикролитіокарминъ, приготовленный по способу Orth'a 221). Окрашенные препараты обезвоживались абсолютнымъ алкогодемъ, затѣмъ просвѣтлялись creosoto purissimo или oleo *Origanum vulgare* и, наконецъ, будучи перенесенными на стекло, заливались канадскимъ бальзамомъ.

²²⁰⁾ Krynsky. Photoxilin, 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. П. Лебеву и привать-доценту П. Н. Грамматикати.

Наблюденія.

Случай № 1.

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

Большая 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 вниманія; промежутки между кровями равнялись 2 недѣлямъ; во время мѣсячныхъ боли внизу живота.

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

Наружныя половыя 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 величинаю съ большое куриное яйцо, болѣзненная, плотная, съ неленими контурами, прилегаетъ къ лѣвому боку матки, причѣмъ между ними замѣтна борозда. Болѣе точныя отношенія опухоли къ маткѣ не опредѣляются. Справа и сзади матки подобная же опухоль, но немного меньше.

Діагнози: salpingo-oorphoritis duplex.

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

рными ложными перепонками; въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ находится значительно увеличенный правой яичникъ, представляющей 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 зѣвыхъ 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 1 $\frac{1}{4}$ часа.

Послѣоперационный періодъ протекалъ гладко. Наивысшая температура 38° была на 2-й и на 11-й день; первыя двое сутокъ большую безпокойства рвота и боли въ животѣ и поясницѣ, потребовавшія вырѣскиванія 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 большая вѣтала 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 14 $\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ послѣ операціи снова появились крови, выдѣлявшіяся въ теченіе недѣли въ небольшомъ количествѣ. Больная, явившаяся въ клинику 4/II 88 имѣетъ вполне бодрый видъ и чувствуетъ себя совершенно здоровой. Въ правомъ сводѣ прощупывается слегка чувствительная культи яичника и трубы, матка немного меньше нормальной величины.

Макроскопическія измѣненія. Правая труба растянута въ наружномъ концѣ гноевидной жидкостью въ количествѣ около 4 гграмм. Длина трубы = 7 сант. Толщина стѣнки повсюду выше нормы, — около $\frac{1}{2}$ сант. Наружное отверстіе закрыто и плотно прилежено 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 внутреннего 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 крововизіаніями. Вблизи наружнаго конца въ толщѣ стѣнки находится кистовидная полость, величиною съ горошину, образующая въ стѣнкѣ полудлинную вырѣзку. Въ каналѣ небольшое количество гнойнаго 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 внутреннего конца лѣвой трубы, слизистая оболочка вдается въ просвѣтъ канала въ видѣ 5—6 толстыхъ валиковъ, шпѣющихъ въ высоту 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 спавленія въ общую массу, весьма густо пронизанную круглоблѣточной инфилтраціей; среди послѣдней изрѣдка попадаются ряды клетокъ цилиндрическаго эпителия. Вся слизистая оболочка инфильтрирована грануляционными элементами и бѣдна сосудами.

Въ основаніи складокъ замѣтны мышечныя пучки.

Мышечный слой утолщенъ, пучки мышцъ раздвинуты соединительной тканью, густо инфильтрированной круглыми клетками; инфилтрація распространяется полосами, или образуетъ въ отдѣльныхъ мѣстахъ скопленія въ видѣ округленныхъ гнѣздъ; вокругъ капилляровъ и венъ обширные инфильтраты. Въ наружныхъ слояхъ мускулатуры и въ паружномъ соединительно-тканномъ, также инфильтрированномъ и утолщенномъ слоеъ проходятъ крушные извитые сосуды.

Въ наружной части трубы, представляющей подобныя же измѣненія къ слою круговой мускулатуры прилежатъ 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, но мѣстамъ съ сохранившимися рѣсничками. Этотъ эпителий совершенно сходенъ съ эпителиемъ, выстилающимъ въ этомъ мѣстѣ слизистую оболочку трубы.

Посреднѣмъ 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 прирываютъ къ круговой мускулатурѣ. Характеръ измѣненій въ мускулатурѣ и въ наружномъ слоеъ таковъ же, какъ и на другой сторонѣ.

Въ наружной части подобныя же измѣненія, эпителий высокоцилиндрической или сохранился въ углубленіяхъ между складками, или отдѣлился пластинами.

Патологическое состояніе трубы: *Salpingitis suppurativa duplex.*

рыми ложными перепонками; въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ находится значительно увеличенный правый яичникъ, представляющий также сращеніе съ тазовымъ яломъ; сращения эти были недавняго происхожденія; наружный конецъ трубы приращенъ къ яичнику, а полость ея нѣсколько растянута. Выведенная черезъ брюшную рану правая опухоль удалена послѣ предварительнаго наложенія лигатуръ, какъ при обыкновенной кастраціи. При удаленіи лѣвыхъ придатковъ, самый трудный моментъ операциі 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. Операциа продолжалась 1 $\frac{1}{4}$ часа.

Послѣоперационный періодъ протекалъ гладко. Наивысшая температура 38° была на 2-й и на 11-й день; первые двое сутокъ большую безпокойли рвота и боли въ животѣ и поленищѣ, потребовавшія вприскиванія морфія; затѣмъ эти явленія постепенно утихли. Моча первые двое сутокъ выводилась катетеромъ. На 10 день сняты швы, рана зажила рег. grām. 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:

Черезъ 7 мѣсяцевъ послѣ операциі было выдѣленіе кровей въ теченіи 7 дней. Затѣмъ черезъ 14 $\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ послѣ операциі снова поднялась кровь, выдѣлявшаяся 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 культия яичника и трубы, матка немного меньше нормальной величины.

Макроскопическія измѣненія. Правая труба растянута въ наружномъ концѣ гноевидной жидкостью въ количествѣ около 4 граммъ. Длина трубы = 7 сант. Толщина стѣнки повсюду выше нормы, = около $\frac{1}{2}$ сант. Наружное отверстіе закрыто и плотно прилежено къ яичнику; по всей почти поверхности трубы обрывки сращеній. Слизистая оболочка утолщена, представляеть невысокія складки въ видѣ продольныхъ гребней, съ поверхности ея при проведеніи твердымъ тѣломъ снимаются поверхностные слои. Лѣвая труба извиллиста, 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 кровоизлияніями. Вблизи наружнаго конца въ толщѣ стѣнки находится кистовидная полость, величиною съ горошину, образующая въ стѣнкѣ полукруглую вырѣзку. Въ каналѣ небольшое количество гнойнаго 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 свѣжыхъ сгрома 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 круглодѣлочной инфилтраціей; среди послѣдней изрѣдка попадаются ряды кѣлокъ цилиндрическаго эпителия. Вся слизистая оболочка инфилтрирована грануляционными элементами и бѣдна сосудами.

Въ основаніи складокъ замѣтны мышечные пучки.

Мышечный слой утолщенъ, лучи мышцъ раздвинуты соединительной тканью, густо инфилтрированной круглыми кѣлками; инфилтрація распространяется полосами, или образуетъ въ отдѣльныхъ мѣстахъ скопленія въ видѣ округленныхъ гнѣздъ; вокругъ капиляровъ и венъ обширные инфилтраты. Въ наружныхъ слояхъ мускулатуры и въ паружномъ соединительно-тканномъ, также инфилтрированномъ и утолщенномъ слоѣ проходятъ крупныя извитые сосуды.

Въ наружной части трубы, представляющей подобныя же измѣненія, къ слою круговой мускулатуры прилегаетъ 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 нормальные 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 слой 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 подобная же измѣненія, эпителий высокоцилиндрической или сохранился въ углубленіяхъ между складками, или отдѣлился пластинами.

Патологическое состояніе трубы: Salpingitis suppurativa duplex.

Случай № 2-й.

А. Х. поступила в клинику 30/х 86 г. с жалобами на боли внизу живота и поднищ, значительно усиливающимися перед наступлением кровей.

Болезнь 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 бѣлы и сильные боли внизу живота и поясищ, отражающіяся въ лѣвую ногу и значительно усиливающимися передъ наступлениемъ мѣсячныхъ; послѣднія стали появляться черезъ 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.

Болезнь небольшого роста, средняго тѣлосложенія, съ значительно ослабленнымъ питаниемъ.

Внутренние органы нормальны.

Genitalia externa не представляетъ ничего особеннаго.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ anteversio, смѣщена впередъ къ symphysis и наклонена дномъ въ лѣвую сторону, нормальной 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.

Диагнозъ: salpingo-oorphoritis duplex gonorrhoeica.

Болезнь пробыва въ клиникѣ мѣсяцъ, при чемъ въ теченіи послѣднихъ двухъ недѣль температура представляла неправильная колебанія, то подымалась до 38,5, то чередовалась съ днями нормальной температуры, то держалась 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 соотвѣственнымъ образомъ подготовиться къ операціи.

5/хн снова поступила въ клинику съ тѣми же явленіями.

Операція сдѣлана 22/хн. Разрѣвъ 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 сращениями. По выведеніи въ рану, опухоль вскрыта ножницами и заловонный гной, заклоучавшійся 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. Операція продолжалась 1 часъ 45 минутъ.

Послѣоперационный періодъ представлялъ гладкое теченіе, особенно, если имѣть въ виду трудность операціи. Первые дни температура была совершенно нормальной; оперированную безопоясали 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 вполне 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 Апрель 1889 г., т. е. спустя 2 года 3 мѣс. послѣ операціи. Оперированная чувствуетъ себя вполне здоровой, значительно пополнила, наклонность 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 кънаружи по поверхности мѣшка на протяженіи 9 см. и наружный конецъ ея незаметно 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 находилась зеленватый гной съ фекальными запахомъ. На разрѣзахъ стѣнокъ видно, что труба имѣетъ въ толщину около 1 см., наружный конецъ ея на продольномъ разрѣзѣ сужается и незаметно переходитъ въ стѣнку полости. Выступъ имѣетъ въ толщину 1 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.

Левая опухоль, величиною въ небольшое яблоко, имѣетъ повсюду толстыя стѣнки; въ наиболѣе тонкомъ мѣстѣ толщина ея равна 3 мм.; въ одномъ мѣстѣ наверху толщина равняется 1 1/2 сантиметра. 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 тердается. Въ маточномъ концѣ, у мѣста перерѣзки, каналъ трубы имѣетъ видъ весьма узкой щели, затѣмъ, на дальнѣйшихъ срѣзахъ, онъ постепенно дѣлается шире и принимаетъ дуэльный видъ. Слизистая оболочка здѣсь богата круглыми клѣтками, мало сосудов; мышечный слой хорошо развитъ и по мѣстамъ инфильтрированъ. Въ срединѣ трубы складки не многочисленны, на вершинахъ по мѣстамъ разрушены, кое гдѣ образуютъ сращения 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. Эпителій представляетъ вообще обширное случиваніе 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 вертенообразныхъ элементовъ. Болѣе крупныя сосуды проходятъ лишь въ наружномъ слоѣ, къ которому часто примыкаетъ ткань окружающихъ трубу дожныхъ перепонокъ. Въ наружномъ концѣ складки приближены другъ къ другу, такъ что образуютъ густую сѣть изъ тонкихъ отростковъ, между которыми много полостей, выполненныхъ слизистымъ и перерожденнымъ эпителиемъ, гнойными клѣтками и мелко-зернистымъ детритомъ. Въ остальныхъ слояхъ не особенно рѣзкая мелкоклѣточная инфильтрація и много соединительной ткани.

Левая труба представляетъ аналогичныя измѣненія. Полость левой 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 описание 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.

Большая 43 лѣтъ, умѣренного 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 сопровождался болями въ поясницѣ и внизу живота, особенно сильными въ первый день кровей.

Исслѣдованіе внутреннихъ органовъ не открываетъ ничего ненормальнаго.

Genitalia externa не представляютъ патологическихъ измѣненій. Матка въ ante flexio, немного увеличена, длина полости = 9 см; 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, болѣе 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 выделяются слизистыя бѣли въ обильномъ количествѣ.

Диагнозъ: Salpingo-oophoritis (hydrosalpinx) dextra.

Операнія 4/187. Разрѣзъ по linea alba въ 16 см. По отдѣленіи дожныхъ перепонокъ опухоль выведена въ брюшную рану и пунктирована троакаромъ, причемъ вышучено 4 унціи 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. Операнія продолжалась 55 минутъ.

Послѣ операционный періодъ. Въ первые сутки оперированную беспокоили боли въ животѣ и рвота, на слѣдующій день эти явленія утихли. Температура въ первые 2 дня была нормальна, на 3-ій день, къ вечеру, поднялась до 38,3, при пульсѣ 100. Въ слѣдующіи 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 операнія 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 регулы

температура поднялась до 38,5. В теченіи послѣдующихъ дней боли въ животѣ постепенно совершенно прекратились.

На 37 день послѣ операціи выписалась съ вполне хорошимъ общимъ 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 яичникъ. 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; растѣженіе 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 зарращено съ исчезаніемъ всякаго слѣда бахромокъ. Поверхность мѣшка покрыта обрывками ложныхъ перепонокъ, стѣнка истончена, по мѣстамъ до просвѣчиванія, 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 кѣтки его лишены рѣсничекъ и большей частью ниже нормальнаго, 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 разбѣженные мышечные пучки.

Крупные сосуды представляютъ утолщеніе стѣнокъ, главнымъ образомъ, на счетъ разрастанія intimaе.

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 17/1187, 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. Первые 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 воспаление 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 продолжаютъ мѣсяцъ, вмѣстѣ съ началомъ ихъ явились боли въ обихъ пахахъ.

Больная—шатенка, умѣреннаго тѣлосложенія и питанія, средняго роста. Со стороны органовъ кровообращенія ничего ненормальнаго. Въ легкихъ—сухіе хрипы съ правой стороны. Со стороны органовъ пищеваенія: 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 см, 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 27/1187. Брюшная стѣнка вскрыта на протяженіи 16 см. 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 4 унца. 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. Кудлты 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 моркотой,

выдѣлилось небольшое количество крови. Температура до снятия швовъ по вечерамъ была большею частью равною 38, одинъ разъ 38,1 и 38,2. На 3-й день послѣ операции 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 мѣствѣ двухъ среднихъ швовъ рана разошлась, причемъ вытекло около ложки гною; но чрезъ 5 дней абсцессъ уже затягивался рубцемъ.

При вскрытѣ на 33-й день: въ правомъ сводѣ опредѣляется эксудатъ въ видѣ плотной, неболезненной 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, блондвейка. Замужъ вышла на 18-мъ году.

Первые 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 внутренней 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 шумы 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, взади отъ нея прощупывается тѣло, напоминающее собою яичникъ.

Диагнозъ: salpingo-oophoritis duplex.

Больная пробывъ въ клиникѣ до 24/1 87, т. е. почти 3 мѣсяца, причемъ главные припадки болѣзни составили: рѣзъ при мочеиспусканіи, кровотеченія и сильныя боли внизу живота. Въ теченіи почти цѣлаго мѣсяца температура представляла неправильныя колебанія: 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 высокаго цифръ.

Въ виду крайняго истощенія, больная на время выписалась изъ клиники, для того чтобы соответствующими терапевтическими мѣрами подготовиться къ операци.

10-го марта 1887 г. больная снова поступила въ клинику, причемъ общее состояніе ея нѣсколько улучшилось. При изслѣдованіи—тѣ же данныя.

18/м 88 сдѣлана операція. Разрѣзъ 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 перевязанной широкой связки, потребовало сшиванія обохъ 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 повышалась, достигла на 4-й день максимальной цифры, именно 39,5 при параллельно идущей кривой пульса.

По временамъ опускалась до нормы, по временамъ подымалась 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 лихорадитъ; 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; болей никакихъ нѣтъ. При изслѣдованіи: въ обоихъ сводахъ еще остается экзудатъ почти въ тѣхъ же размѣрахъ.

Дальѣйшая судьба оперированной. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операции оперированная имѣла вполне здоровый видъ, значительно пополнила и ни на что не жаловалась.

Послѣднія свѣдѣнія имѣются спустя 1 годъ 10 мѣс. послѣ операции; 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 похуѣла и жалуется на нервное разстройство, причина котораго, по мнѣнію больной, заключается въ томъ, что coitus сдѣлался индифферентнымъ. При изслѣдованіи: матка въ ante flexio, у праваго угла ея остается плотный, слегка чувствительный экзудатъ, величиною съ голубиное яйцо. Въ легкихъ, кромѣ явленій бронхита, ничего особеннаго.

Описание препарата.

Макроскопическія измѣненія. Правая труба имѣетъ въ длину 6 сантиметровъ. Каналъ ея не растянутъ 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 оупу отличается своею плотностью. Наружный конецъ трубы имѣетъ видъ воронки съ весьма толстыми стѣнками; открытымъ широкимъ отверстіемъ воронки упирается въ яичникъ и въ этомъ видѣ срощена съ послѣднимъ весьма рыхлыми ложными перепонками, отчасти разорвавшимися при операции.

Яичникъ имѣетъ нормальные размѣры и не представляетъ на видъ измѣненій, кромѣ того мѣста, гдѣ съ нимъ срощена воронка трубы; здѣсь въ немъ находится небольшое углубленіе, обращенное въ просвѣтъ трубы, и поверхность яичника въ этомъ мѣстѣ имѣетъ такія же свойства, какъ и поверхность тубосае 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—двое 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 наружнаго 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 лѣновой орѣхъ; въ полости прозрачная серозная жидкость.

Микроскопическія измѣненія. На препаратахъ, взятыхъ изъ середины и наружнаго конца правой трубы, слизистая оболочка имѣетъ толщину въ 1½—2 мм. и на препаратахъ, окрашенныхъ гематоксилиномъ и эозинномъ, простымъ глазомъ уже хорошо видны границы тубосае, такъ какъ ткани ея, въ отличие отъ другихъ слоевъ, плохо поддаются красящимъ веществамъ. Отдѣльные складки по мѣстамъ не замѣтны, такъ какъ онѣ сдвинулись между собою въ одинъ непрерывный слой, густо пронизанный грануляціоннымъ инфилтратомъ, среди котораго иногда неявно видны ряды кѣлокъ эпителия, направляющіеся въ глубину тубосае. На другихъ мѣстахъ, гдѣ измѣненія менѣе значительны, складки слизистой оболочки еще удерживаютъ свои контуры и покрыты цилиндрическимъ эпителиемъ. Вообще измѣненія менѣе выражены въ глубочайшихъ слояхъ тубосае, 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 мелкокѣлочнаго инфилтрата, въ большомъ количествѣ встрѣчаются гигантскія кѣтки съ характернымъ крайнимъ расположеніемъ многочисленныхъ ядеръ и съ вакуолами; гигантскихъ кѣлокъ больше въ поверхностныхъ слояхъ, въ глубочайшихъ количество ихъ уменьшается. Слизистая оболочка весьма блѣдна 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 поясами разливается грануляціонный инфилтратъ; по мѣстамъ, преимущественно вокругъ мелкихъ сосудовъ, попадаются скопленія круглыхъ кѣлокъ отдѣльными гнѣздами. Сосуды мышечнаго слоя проходятъ въ небольшомъ количествѣ и не представляютъ замѣтныхъ измѣненій.

Въ мышечномъ слой изрѣдка попадаются образованія, имѣющія въ особенности мiliaryнаго узелка. Рис. 6 снятъ съ препарата изъ середины правой трубы. Здѣсь между двумя мышечными пучками видна гигантская кѣтка съ вакуолой и многочисленными краевыми ядрами, вокругъ ея расположены эпителиодныя кѣтки и грануляціонный инфилтратъ, 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 попадаются среди мелкоклеточного инфильтрата гигантские клетки и по мѣстам характерные милиарные узелки.

Эти измѣненія замѣчаются только въ поверхностныхъ слояхъ яичника, обращенныхъ въ просвѣтъ трубы, въ глубокихъ же слояхъ, на тѣхъ же препаратахъ, ткань личинки 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 грануляционная инфильтрація, не особенно значительная, сосудовъ небольшое количество; въ поверхностныхъ слояхъ на нѣкоторыхъ препаратахъ попадались крупныя эпителиоидныя клетки и изрѣдка (на препаратъ одна—двѣ) гигантскія клетки въ самыхъ поверхностныхъ слояхъ слизистой оболочки. Мышечный слой также по мѣстамъ инфильтрированъ, какъ полосами, такъ и отдельными гнѣздами.

Патологическое состояніе трубъ: tuberculosis tubarum primaria.

Случай № 6.

Е. Т. поступила въ клинику 28/x 87 съ жалобами на нервное расстройство и на боли внизу живота, въ поясницѣ и въ лѣвой ногѣ, усиливающимися 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 1/2 недѣли по 4 дня. Въ теченіи болѣзни регулы приходили чрезъ 1 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, усиливающимися 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 расстройство, частые истерическіе припадки, головная боль, 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 удается. Portio vag. нормальна. Въ обоихъ сводахъ нелепо прощупываются продолговатые тяжи, идущіе отъ угловъ матки въ стороны, крайняя болѣзненность.

Диагнозъ: Retroversio uteri adhaesiva, perimetritis chronica.

Въ виду дисменоррейныхъ явленій рѣшено сдѣлать кастрацію.

Операция 4/x 87. Разрѣвъ въ 16 см. При изслѣдованіи чрезъ рану оказалось слѣдующее: матка отклонена назадъ 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 раздѣленія ложныхъ перепонокъ, изслѣдующая рука пошла въ полость между ложными перепонками, полость, наполненную серозною жидкостью. Съ правой стороны, въ старыхъ срращеніяхъ, удалось найти атрофированный личинкъ, который и былъ удаленъ послѣ наложенія двойной лигатуры на его связку. На лѣвой сторонѣ былъ также вскрыта полость между ложными перепонками, наполненная серозною жидкостью, но отыскать личинку въ срращеніяхъ не удалось; слѣва была удалена, поэтому, лишь часть трубы, окутанной ложными перепонками.

Рана закрыта 12-ю швами, изъ коихъ одинъ поверхностный. Операция продолжалась 50 минутъ.

Послеоперационный періодъ протекалъ при нормальной температурѣ. Послѣдняя все время была не выше 37,8 и только на 20-й день было единичное повышение т-ры до 38,5.

Первые дни была мучительная рвота и сильные боли въ животѣ, на 2-й день истерическій приступъ; на 4-й день галлюцинаціи зрѣнія и снова истерическій припадокъ.

На третій день показали кровь, продолжавшіяся 5 сутокъ. На 10-й день сняты швы, prima intentio.

На 26-й день показали 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 экзудатъ.

Дальнѣйшая судьба оперированной. Первые мѣсяцы послѣ операции 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 2 1/2 см., въ ширину—1 1/2, ткань его представляется фиброзной, графовыхъ лузьярковъ 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 дается въ просвѣтъ невысокими, мало развѣтвленными выступами

и, по строению своему, не представляеть 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 intimaе.

Патологическое состояніе трубы: perisalpingitis.

Случай № 7-й.

Ц. К. поступила въ клинику 19/x87 съ жалобами на боли во время регулъ.

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. Черезъ 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 острыя, колющія появляются за недѣлю до регулъ, 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 разстройство.

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 къзади, 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.

Диагнозъ: Salpingo-oorphoritis duplex.

Операция 7/xi87. Разрѣзъ длиною въ 13½ см. При изслѣдованіи чрезъ рану, правая опухоль оказывается образованной изъ яичника и сращенной съ нимъ трубы, опухоль склеена съ заднимъ Дугласовымъ пространствомъ. По раздѣленіи сращеній опухоль вы-

ведена въ брюшную рану и отдѣлена послѣ перевязыванія попки 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 представляя особенныхъ уклоненій отъ нормальнаго теченія. Боли въ животѣ, тошнота и рвота, особенно тягостныя въ первые дни, затѣмъ утихли. Температура на вторые сутки дала колебаніе вверхъ 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 переѣмѣ 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 была сильная кашель.

На 20-й день больная выписалась изъ клиники вполне оправившейся послѣ операціи. Внутреннее изслѣдованіе произведено не было.

Дальнѣйшая судьба оперированной.

Послѣ операціи мѣсячныя продолжали правильно появляться 1 разъ въ мѣсяць, 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 операціи 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. Обширныя сращения соединяють ее съ яичникомъ и совершенно закрываютъ наружное отверстіе. Труба имѣеть въ длину 7 сантиметровъ. Стѣнка ея утолщена, складки проходятъ въ видѣ невысокихъ гребней, содержимаго въ каналѣ не замѣчается въ сколько нибудь опредѣленномъ количествѣ.

Лѣвая труба имѣеть 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.

В правой яичник находится полость величиною съ лѣвой 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 развѣтвляющійся не имѣютъ правильнаго расположенія и нормальной формы: онѣ какъ бы сжались, 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 попадается много въ глубинѣ слизистой оболочки и между мышечными пучками въ ближайшихъ слояхъ къ писоса.

Эпителий по мѣстамъ совершенно слущился, вообще же имѣетъ видъ длинныхъ клѣтокъ съ узкими вытянутыми ядрами. Эпителиальные 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 мм. 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. Эпителий 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 сохранивши форму развѣтвляющихся образований. Въ просвѣтъ 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/хІ87 съ жалобами на постоянныя боли въ поясницѣ и въ лѣвомъ паху, отдающіяся въ ногу при ходьбѣ; во время регулъ сильныя боли схватками.

Болезнь 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 чрезвычайнo сильными, схватко-образными болями въ поясницѣ и внизу живота. Рожала 2 раза, первый—7 лѣтъ тому назадъ, второй—1 годъ. Со времени же заболѣванія постоянно отдѣляются бѣлы въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ. По временамъ наступало нѣкоторое улучшеніе въ состояніи болѣзни, по временамъ—обостренія.

Болыя—средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, умѣреннаго питания.

Внутренніе органы нормальны.

Genitalia externa—старый разрывъ промежности второй степени.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ retro-lateroversio dextra, немного увеличена, подвижна, неболезненна. Portio vaginalis обращена впередъ и влѣво и не представляетъ ничего особеннаго. Въ лѣвомъ сводѣ опредѣляется опухоль шаровидной формы, величиною съ апельсинъ, опухоль имѣетъ эластическую консистенцію и связана съ маткой посредствомъ ножки, отходящей отъ средней части матки.

Діагнозъ: *salpingo-ophoritis sinistra gonorrhoeica (hydro-salpinx).*

Операция 13/хІ87. Разрѣзъ длиной въ 16 см.

Опухоль образована растянутой трубой, сращенной съ яичникомъ, съ сальникомъ и съ окружающими частями Дугласова пространства. Послѣ разрыва старыхъ ложныхъ перепонокъ опухоль пунктирована троакаромъ, причемъ вытекла прозрачная серозная жидкость. Опухоль отдѣлена послѣ перевязки ножки въ 2 пучка. Правые придатки не представляли измѣненій, кромѣ незначительныхъ сращеній съ окружающими частями. Они оставлены на мѣстѣ. Кульга опущена въ полость таза и брошная рана закрыта 11-ю глубокими и 1-мъ поверхностнымъ шелковыми швами.

Операция продолжалась 50 минутъ.

Послѣоперационный періодъ. Наивысшая температура была на 2-й день, именно 37,9. Первые 2 сутокъ частая рвота и боли въ поясницѣ и животѣ, затѣмъ онѣ постепенно утихли и остались не большія боли въ области брошной раны.

При снятіи швовъ на 10-й день брошная рана закрылась *per primam*, кромѣ мѣста двухъ среднихъ швовъ, гдѣ края раны разошлись и покрылись грануляциями съ небольшимъ количествомъ гноя. Чрезъ нѣсколько дней рана вполне зарубцевалась. На 16-й день оперированная встала съ постели, а на 26-й выписалась изъ клиники.

При изслѣдованіи въ день выписки: матка немного увеличена, плотна, безболѣзанна, подвижна; правый сводъ свободенъ, въ лѣвомъ—небольшое разлитое уплотненіе, слегка чувствительное. Общее состояніе здоровья и самочувствіе вполне хороши.

Дальнѣйшая судьба оперированной:

Болезнь явилась въ клинику чрезъ 2 мѣсяца послѣ операции. За это время были 2 раза регулы, почти безъ всякихъ болей. Въ остальное время болѣе совершенно не было.

При изслѣдованіи: матка подвижна, своды пусты.

Описание препарата.

Макроскопическія измѣненія. Опухоль состоитъ изъ растянутой трубы и сращеннаго съ ней личника. Растяженіе трубы начинается отъ маточнаго конца и постепенно увеличивается къ наружному концу, гдѣ труба переходитъ быстро въ значительно большее расширение.

На протяжении трубы по мѣстамъ находятся неглубокіе перехваты, придающие 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, образовывала опухоль величиной почти въ кулакъ и покрытъ обрывками ложныхъ перешеекъ.

Личникъ уплощенъ и дряблъ. Длина его = $3\frac{1}{3}$ см., ширина = $1\frac{1}{2}$ см., толщина = 6 мм. На наружномъ концѣ его находится небольшая кистовидная полость со спавшимися (вслѣдствіе разрыва) стѣнками.

Микроскопическія измѣненія. Въ маточномъ концѣ трубы слизистая оболочка представляетъ невысокіе, мало вѣтвящіеся выступы, повсюду покрыта цилиндрическимъ эпителиемъ, клѣтки котораго, лишенная рѣсничекъ, нецарвально 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, сръзанныхъ вдоль, параллельно длинѣ складокъ, выражается присутствіемъ длинныхъ щелей, выстланныхъ весьма низкимъ эпителиемъ. Стѣнка состоитъ изъ волнистой соединительной ткани съ незначительнымъ количествомъ сосудовъ и скудными, сжатыми, едва различаемыми мышечными пучками.

Патологическое состояніе трубы: hydrosalpinx.

Случай № 9-и.

З. Т. поступила въ клинику 28/хІ 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 потрсающей ознобъ, загѣмъ вы-

сокая температура, сильныя боли внизу живота, дурныя отдѣленія изъ полости матки; пролежала въ постели 2 мѣсяца и съ этого времени постоянно больна. Именно, появились обильныя бѣлыя зеленатаго цвѣта; регулы стали появляться то раньше, то позже срока, продолжались до 7 дней и были очень обильны. Нѣсколько разъ были метрорагіи. Боли внизу живота, почти постоянныя, усиливались передъ наступленіемъ кровей. По временамъ появлялись сильныя ожесточенія болей внизу живота, отдающихся въ ноги, особенно съ лѣвой стороны. При этихъ обостреніяхъ т° подымалась и больная должна была лежать въ постели. Чрезъ 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, частыя 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 $7\frac{1}{2}$ см.), плотная, мало подвижная. Portio vag. ничего особеннаго не представляетъ. Чрезъ правый сводъ прорывается 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 соответствующимъ угломъ ямки.

Діагнозъ: Salpingo-oophoritis duplex.

Операция 5/хІІ 87. Разрѣзъ длиною въ 14 см. Передъ выведеніемъ лѣвыхъ придатковъ въ брюшную рану, пришлось разъединить сращенія лѣвой трубы и личника съ окружающими частями, причемъ кистовидная полость, величиною съ орѣхъ, принадлежавшая личнику, 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. Операция продолжалась 1 часъ.

Послѣоперационный періодъ протекалъ гладко. Въ первый день дис. Михнова.

оперированную беспокоила тошнота, рвота, боли в животъ и кашель, затѣмъ эти явленія постепенно утихли. Наивысшая температура была на второй день, именно 37,9. На 10 дощ 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/и 88 матка подвижна, правый свѣдъ свободенъ, въ лѣвомъ ограниченное уплотненіе сантиметра въ $1\frac{1}{2}$. Бѣли продолжаютъ, хотя въ меньшемъ количествѣ. Больная окрѣбла, пополнила, появился здоровый цвѣтъ лица, нервная система успокоилась. Затѣмъ мѣсячныя стали повторяться правильно, развѣ въ мѣсяцѣ. Бѣли впоследствии стали отдѣляться въ обильномъ количествѣ. Въ последнее время мѣсячныя приняли характеръ меноррагіи. Въ Мартѣ 1889 г., при изслѣдованіи, въ лѣвомъ свѣдѣ обнаруживается небольшая опухоль, величиною съ лѣной орѣхъ.

Описание 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 диаметръ 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 = $3\frac{1}{2}$ 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 листовидной полости, разорвавшейся во время операціи; эта полость расположена среди многочисленныхъ ложныхъ перепонокъ, окутывающихъ наружный конецъ трубы, который представляется сращеннымъ съ яичникомъ. Последній 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 мм. Внутренняя поверхность то представляется ровной, то по мѣстамъ образуетъ небольшие, вѣтвящіяся выступы. Вообще, слизистая оболочка имѣетъ видъ волокнистой соединительной ткани, бѣдной сосудами; эпителий большою 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 слоѣхъ, особенно въ intima много соединительной ткани, что иногда ведетъ къ почти полной закупоркѣ просвета.

Въ лѣвой трубѣ по срединѣ складки длины, вѣтвисты, по мѣстамъ очень тонки. Въ однихъ складкахъ инфильтрація лимфоидными элементами, въ другихъ мѣстахъ строма складокъ богата веретенообразными элементами. Слизистая оболочка бѣдна сосудами. Длинныя цилиндрическія клѣтки эпителия съ плохо окрашивающимися ядрами легко слущиваются и лежатъ свободно между складками. Мышечные пучки, какъ продольные, такъ и поперечные, 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/хл 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 продолжались 12 мѣсяцевъ; затѣмъ регулы въ теченіи 6 мѣсяцевъ были прежняго нормального 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 зеленноватый цвѣтъ. Сильныя боли схватки 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 поступления въ клинику. Иногда больная не можетъ мочиться въ теченіи $\frac{1}{2}$ 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 полнѣй, величиною съ виною. При изслѣдованіи мочеиспускательнаго канала и пузыря

уклоненій не замѣчается. Матка въ *anteversio*, отбѣшена къ *symphysis*, нормальнаго объема, плотной консистенціи, подвижность ея вѣдъ ограничена; матка неболезненна, наружное отверстие цервикальнаго канала сжужено; длина полости матки=8 см. Въ заднемъ и правомъ сводѣ опредѣляется опухоль, величиною съ большое куриное яйцо; опухоль эластической консистенціи, дольчатая, нечувствительная, мало подвижная, фиксированная у праваго крестово-подвздошнаго сочлененія.

Диагнозъ: *salpingo-oophoritis (hydrosalpinx) dextra*.

Операция 14/1 88. Брюшина стѣвка съ подкожнымъ жирнымъ слоемъ, имѣющимъ толщину въ 4½ пальца, вскрыта на протяженіи 20 см. При изслѣдованіи чрезъ брюшную рану оказалось, что растянутая труба представляеть сращенія съ окружающими частями, преимущественно съ заднимъ Дугласовымъ пространствомъ.

По разединеніи сращеній, опухоль выведена наружу и отбѣлена послѣ перевязки ножки въ 2 пучка. Рана закрыта 2 рядами швовъ: *peritoneum* шить непрерывнымъ катгутовымъ швомъ и затѣмъ наложено 10 обыкновенныхъ глубокихъ и 6 поверхностныхъ шелковыхъ швовъ. Операция продолжалась 45 минутъ.

Послѣоперационный періодъ. Первые сутки безпокоила частая рвота и боли въ животѣ. На вторыя сутки эти явленія утихли, а съ третьихъ сутокъ совершенно прекратились. Мочениспусканіе совершалось свободно, безъ затрудненій. Температура первая 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 дни. 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, неболезненны. Мочениспусканіе совершается безъ затрудненій.

Дальнѣйшая судьба оперированной. Свѣдѣнія имѣются отъ 20-го апрѣля 1889 г. Оперированная пользуется полнымъ здоровьемъ, всѣ прежніе припадки прекратились.

Описание препарата.

Макроскопическія измѣненія. Препаратъ представляеть трубу, растянутую прозрачной серозной жидкостью въ видѣ опухоли крупно-бугристой формы, продолговатаго вида съ находящимися между отдѣльными буграми неглубокими перехватами. Весь препарат=107 граммъ. 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 имѣеть 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 попадаются низкія кѣтки уплотненнаго эпителия.

Патологическое состояніе трубы: *hydrosalpinx*.

Случай № 11.

А. Г. поступила въ клинику 4-го декабря 1887 г. съ жалобами на бѣды и боли внизу живота, особенно съ лѣвой стороны, и на боли въ обѣихъ ногахъ.

Больная 28 лѣтъ, жена чиновника, замужемъ 4 года. Первая 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 прекратились, боли преимущественно безпокоили во время кровей. Послѣднія, за время болѣзни, стали появляться чрезъ 3 недѣли по 3—4 дня.

Больная—блондинка, крѣпкаго тѣлосложенія, съ обильно развитымъ подкожнымъ жиромъ, роста выше средняго.

Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ не открываетъ ничего ненормальнаго.

Наружные половые органы не представляютъ замѣтныхъ измѣненій. При внутреннемъ изслѣдованіи: слизистая оболочка *vaginae* въ переднемъ сводѣ покрыта разрывами, дѣлающими ее шероховатой; матка небольшого объема, въ *anteflexio* и *lateroversio sin.*, болезненна при давленіи, подвижность ея ограничена, длина полости=8 см. Передняя губа *portionis vag.* удлинена, въ прочихъ отношеніяхъ *portio vag.* имѣеть 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, неходящая изъ дна матки. Въ правомъ сводѣ не прощупывается ничего, кромѣ перемычекъ и несильныхъ тяжей.

Больная была изслѣдована вѣсколько разъ, причемъ было замѣчено, что опухоль, соответствующая заболѣвшимъ лѣвой трубѣ и

яичнику, перед менструацией увеличилась, после менструации уменьшилась почти до исчезания, ко времени же следующей менструации в правом сводѣ стала прощупываться опухоль, имѣющая такіе же свойства, какъ и на лѣвой сторонѣ.

Диагнозъ: salpingo-oophoritis duplex gonorrhoeica, fibromyoma fundi uteri subserosum.

Операция 16/1 88. Толстая брюшная стѣнка съ подкожнымъ жиромъ, развитымъ до толщины 4-хъ пальцевъ, разсѣчена на протяженіи 18 см. Затѣмъ въ рану была выведена лѣвая труба, утолщенная и сращенная съ яичникомъ; предварительно же пришлось разорвать сращения, соединившія 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 катгутый шовъ, захватывавшій брюшину; непрерывный катгутый шовъ, захватывавшій влагалища прямыхъ брюшныхъ мышцъ и, наконецъ, 12 глубокихъ шелковыхъ швовъ. Операция продолжалась 50 минутъ.

Послеоперационный періодъ осложненъ образованиемъ 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 свободнаго 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 см. По краямъ ея образовался воспалительный инфильтратъ, изъ полости абсцесса зонда входилъ на нѣсколько пальцевъ въ синусные ходы, образовавшіеся въ подкожной клетчаткѣ.

Затѣмъ рана постепенно выполнялась грануляциями 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, доходившая иногда до 40,4° (одинъ разъ), окончателно прекратилась лишь 4-го апрѣля.

Боли въ животѣ, довольно значительныя, держались цѣлый мѣсяцъ послѣ операции.

Встава съ постели 8 апр., то-есть на 84-й день послѣ операции. 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, прикрытое сухой коркой.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матки въ ante flexio, неясно контурируется, всѣ своды инфильтрованы.

Дальнѣйшая судьба оперированной. Свѣдѣнія имѣются спустя годъ послѣ операции.

Болезня значительно пополнила, имѣетъ вполне цѣлѣущій видъ. Регулы появились черезъ 4 мѣсяца послѣ операции и правильно стали повторяться черезъ 3 нед. по 5 дней и совершенно безъ всякихъ болей; вообще чувствуетъ себя вполне здоровой.

Описание препарата.

Макроскопическія измѣненія. Правая труба имѣетъ извилистое направленіе. На наружномъ концѣ окутана ложными перепонками въ небольшомъ количествѣ. Наружный конецъ представляетъ сращеніе фимбріи своими серозными поверхностями съ накопленіемъ небольшого количества жидкости кровянистаго цвѣта, вследствие чего наружный конецъ трубы представляетъ выплыванія въ видѣ ряда чешокъ величинаю съ горошину крупнаго размѣра. На разрѣзѣ видно, что эти полости ограничены одна отъ другой перегородками, не вполне ихъ, однако, изолирующими, ибо, при надавливаніи на одну полость, жидкость изъ нея перетекаетъ въ другія. У наружнаго конца находится киста, величинаю съ маленькую вишню, сидящая на короткой ножкѣ. Вся труба представляется нѣсколько утолщенной, что зависитъ отчасти отъ утолщенія самыхъ стѣновокъ, отчасти отъ растяженія секретомъ. Слизистая оболочка представляется набухшею и гиперемизированною.

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, величинаю 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, особенно на вершинахъ умеренно инфильтрированы воспалительными элементами; между круглыми элементами попадаются удлинненные и веретенообразныя. Эпителій по мѣстамъ слущился, вообще же сохраненъ, клеткѣ его набухли, съ большими, почти круглыми ядрами, не имѣютъ правильнаго расположенія, иногда

представляются как бы расположенными в два слоя. В просвете и в углублениях между складками — мелкозернистая масса, небольшое количество гнойных элементов, круглые ядра и большие зернистые клетки перерожденного эпителия. Остальные слои не представляют особенных изменений. В средине труба сильно извита, вследствие чего трудно получить поперечное сечение; складки здесь более ветвисты, длиннее, эпителий представляет обширное слушывание, но в общем изменения мало отличны от предыдущего участка.

На срезях из наружного конца, проведенных одновременно через ткань трубы и личинки, граница между последними неясна; ткань, принадлежащая трубѣ, определяется по присутствию длинных ходов, выстланных цилиндрическим эпителием, который по местам сильно укорочен, так что ширина клетки больше высоты; в полостях слушывшихся клетки эпителия, также и перерожденный эпителий в видѣ больших зернистых клеток. Окружающая эти ходы ткань представляет соединительную ткань, богатую веретенообразными и круглыми элементами. Далѣе, внаружи, небольшое количество мышечных пучков.

Во внутреннем отделе правой трубы складки длинны, ветвисты, с небольшим количеством сосудов, некоторые из складок пронизаны мелкоклеточной инфильтрацией, между воспалительными тѣльцами много продолговатых и веретенообразных элементов. Эпителий представляет те же изменения. Кроме того, в слое наружной мускулатуры обширное кровоизлияние, разрушившее элементы почвенной ткани, вообще же мышечный слой и наружный не представляют заметных отклонений от нормы.

Вблизи наружного конца в расширенный до толщины мизинца просвет трубы вдаются складки mucosae, представляющие некоторые особенности. Некоторые складки начинаются тонким отростком от стѣнки и быстро переходят в густую сеть разветвлений; другія поднимаются в видѣ тонких, длинных лопастей, слившихся своими вершинами, так что труба для простаго глаза представляется разгороженной как бы перегородками. Складки бѣдны сосудами, богаты веретенообразными элементами, эпителий слушывается длинными пластинами, так что труба для простаго глаза представляется разгороженной как бы перегородками. Складки бѣдны сосудами, богаты веретенообразными элементами, эпителий слушывается длинными пластинами. Во просвете кроме зернистаго распада, свободнаго ядра, небольшое количество красных шариков и гнойных тѣлец, слушанный эпителий, большая пигментированная зернистая клетка с ядрами и большая безцѣтная клетка съ весьма нѣжными коллаграми. Толщина стѣнки трубы = 1,4 mm. Мышечный слой хорошо развит, особенных изменений не имѣет.

В мѣстах сросшихся бахромок те же изменения, но эпителий по мѣстам значительно ниже.

Патологическое состояние трубъ: salpingitis catarrhalis duplex.

Случай № 12.

Ж. З. поступила в клинику 29/1 88 съ жалобами на бѣли и сильныя боли внизу живота во время регуль.

Больная — 27 лѣтъ отъ роду, жена писаря, замужемъ съ 16 лѣтъ. Первые крови появились на 13 году и повторялись черезъ 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 частыя позывы къ мочеиспусканию. За время болязи появилось значительное исхудание, нервное разстройство, по утрамъ бываетъ тошнота, кромѣ того, головныя боли и запоры.

Больная — небольшого роста шатенка, слабого тѣлосложения и питания. 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 уклонений. Въ правомъ и заднемъ сводѣ прощупывается опухоль, величиною съ апельсинъ, болѣзненная, мало подвижна, соединенная съ правымъ краемъ матки, но отъ тѣла матки отграниченная; поверхность опухоли имѣетъ дольчатый видъ, на ошупь опухоль эластична.

Диагнозъ: salpingo-oophoritis dextra gonorrhoeica.

Операция 6/п88. Разрѣзъ длиною въ 16 см. При изслѣдованіи черезъ рану оказалось, что правый личиникъ кистовидно перерожденъ и срощенъ съ растянutoй трубой. Послѣ того какъ срощенія опухоли съ окружающими частями были съ некоторымъ усиліемъ разрушены, опухоль выведена наружу и отдѣлена послѣ перевязки ножки въ два пучка. Такъ какъ на лѣвой сторонѣ труба оказалась утолщенной и срощенной съ личинкомъ, 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 беспокоила немного рвота и боли въ животѣ, во 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. Черезъ 5 дней отдѣленіе гноя прекратилось и рубцеваніе продолжалось безпрятственно.

На 26 день послѣ операции больная выписалась изъ клиники, при этомъ: матка нормальной величины, подвижна, въ anteversio; лѣвый сводъ свободенъ, въ правомъ сводѣ и, отчасти, въ заднемъ определяется плотный, слегка болѣзненный, эсудатъ.

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 свѣдѣтъ гоноррея.

Описание 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 имѣеть въ длину, приблизительно, 5 сантиметровъ. Просвѣтъ трубы немного увеличенъ, толщина стѣнокъ нѣсколько больше нормы, что обуславливается, повидному, 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, представляющей 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 шарнирный личника 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 мусосае, образующими во многихъ мѣстахъ сращенія другъ съ другомъ. Слизистая оболочка повсюду покрыта цилиндрическимъ эпителиемъ, большею частью, лишеннымъ рѣсничекъ. Кѣтчки его имѣють большія круглыя, или овальныя ядра, расположенныя то у основанія кѣтчки, то у ея верхушки, поэтому кѣтчки эпитеція представляются какъ бы расположенными въ нѣсколько слоевъ. По мѣстамъ складки представляютъ мелкокѣтчатую нифильтрацію не особенно, впрочемъ, значительную. За слоемъ мусосае слѣдуетъ слой раздвинутыхъ другъ отъ друга мышечныхъ пучковъ; въ этомъ слоеъ проходятъ крупныя сосуды съ сильно извилистымъ направлениемъ. 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, нифильтрированы по мѣстамъ лимфодными элементами, содержатъ обильное количество сосудовъ; въ стромѣ складокъ по мѣстамъ попадаются небольшіе extravazаты. Эпителий лишенъ рѣсничекъ; имѣеть большія круглыя ядра, расположенныя то у верхушки кѣтчки, то у ея основанія. Мышечный слой не представляетъ особенныхъ измѣненій. Многочисленныя

вены мышечнаго и наружнаго слоя сильно переполнены кровью. Наружный волокнистый слой утолщенъ и пронизанъ кровоизліяніями.

Въ другихъ мѣстахъ труба представляетъ аналогичныя измѣненія, но слабѣе 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 первичное разстройство и вялая 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 семилѣтняго ребенка. Послѣдородовой періодъ протекалъ, повидному, безъ всякихъ осложненій.

Чрезъ годъ появились боли въ лѣвомъ паху рядомъ съ лихорадочными явлениями, что заставило больную прождать 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 первичное разстройство, истерическіе припадки, но болѣй 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 опороженія кишечника боли утихали.

Затѣмъ чрезъ годъ боли сдѣлались почти постоянными, но не особенно значительными. При наполненіи мочевого пузыря боли усиливались, утихала послѣ выпусканія мочи.

Были—по временамъ, но вообще въ небольшомъ количествѣ.

Больная—небольшаго роста, брюнетка, правильнаго тѣлосложенія, съ хорошо развитымъ подкожнымъ жиромъ, съ блѣднымъ цвѣтомъ лица и слизистой оболочекъ.

Исслѣдованіе внутреннихъ органовъ не обнаруживаетъ замѣтныхъ измѣненій.

Наружныя половыя органы ничего особеннаго не представляютъ.

При внутреннемъ исслѣдованіи: portio vag. направлена къзади, цилиндрической формы, передняя губа гипертрофирована. Матка нормальнаго объема и консистенціи, небольшенна, мало подвижна, находится въ положеніи anteversio и lateropositio sin. Это смѣщеніе матки обуславливается присутствіемъ оухолы, лежащей вправо и къзади отъ нея. Оухолъ эта, величійною съ большою куриное яйцо, эластической консистенціи, болѣзненна, малоподвижна, прилегаетъ къ правому боку матки.

Діагнозъ: salpingo-oophoritis dextra.

Операция 10/п 88. Толстая брюшная стенка, с подкожным жиром, развитым до толщины 4 пальцев, вскрыта на протяжении 19 см. При исследовании через рану найдено, что правая труба утолщена и немного растянута, сращена с кистовидно-перерожденным яичником; опухоль склеена с окружающими частями старыми ложными перепонками. Разделение этих сращений потребовало значительных усилий, причем киста яичника лопнула и в брюшную полость вытекла заключавшаяся в ней мутная жидкость, не имевшая запаха, похожая на гной.

После того, как жидкость была высосана губками, опухоль выведена в брюшную рану и отбрана после перевязывания ножки в 2 пучка. Полость ригителі была затѣм промыта теплым раствором салициловой кислоты (1:1000). Брюшная рана закрыта 11 шелковыми швами. Операция продолжалась 55 минут.

Послеоперационный период. Первые дни после операции наблюдались незначительная тошнота, рвота, метеоризм, умеренные боли внизу живота. Между тем, при вполне благоприятном общем состоянии оперированной, температура на вторые сутки поднялась до 38,9 при соответствующем учащении пульса. С этого дня начинается длительная лихорадка. При снятии двояк на 11-й день оказалось, что между 5-м и 6-м швами снизу находится свищевой ход, откуда выдвигается гной. В следующие дни почти на протяжении половины разреза края раны разошлись вследствие нагноения в подкожной клетчатке, где образовалась полость, имеющая 6 см. в диаметре.

Из полости гнояника ежедневно, в течение месяца, отсасывалось около унции гноя, затѣм количество его постепенно стало уменьшаться, но вследствие затѣм выше образовался новый абсцесс, скоро затѣм выплывившийся грануляциями. Полость промывалась ежедневно 2% карболовым раствором и в нее вводилась дренажная трубка.

Температура, на вторые сутки поднималась до 38,9, не устанавливалась в нормальные пределы в течение 55 дней.

Большую часть температура по утрам была нормальна, к вечеру же поднималась до 38°, или немного больше, иногда дѣлая сутки была нормальная температура, иногда в течение нескольких дней по вечерам было 39°. С 57-го дня температура окончательно установилась на нормѣ.

При выписке на 71-й день после операции (в день закрытия клиники): в нижней трети рубца еще остается небольшое фистулезное отверстие, пропускающее тонкий дренаж; из отверстия в небольшом количестве при надавливании отдвигается доброкачественный гной. При исследовании per vaginam: portio vag. обращена кзади, контуры матки не определяются ясно, так как вокруг нее находится плотный, болѣзненный экссудат.

Дальнейшая судьба оперированной неизвестна.

Описание препарата.

Макроскопическія измѣненія. Препарат представляет (см. рис. № 3) толстостенный мѣшок, образованный на счет ткани яичника; с ним плотно соединена труба на всем своем протяжении. Труба на протяжении 7 см. имѣет довольно прямое направление (эта часть изображена на рисункѣ вскрытою в продольном направлении), затѣм дѣлает крутой изгиб и наружный конец ее совершенно теряется среди многочисленных ложных перепонок.

Просѣтъ трубы незначительно увеличен и вынужден набухшей слизистой оболочкой. Толщина стѣнок увеличена, но мѣстам равна $\frac{1}{2}$ см, или несколько больше. Содержимаго в трубѣ вѣтъ в опредѣляемом количествѣ. Незначительное количество мутной жидкости вытекло после перерѣзки внутреннего конца трубы при операции.

Яичникъ представляется кистовидно перерожденным. Сторона ее, обращенная свободно в полость ригителі и ближайшая к маточному концу трубы, образует стѣнку полости в небольшое куриное яйцо. Толщина стѣнки сверху и с боков повсюду довольно равномерна, равняется $\frac{1}{2}$ см.; нижняя стѣнка, обращенная в толщу широкой связки, значительно тоньше, так что по мѣстам просѣчивается. Внутренняя поверхность гладка, снаружи видны заключенные в стѣнках небольшіе кистовидные мѣшечки (граафовы пузырьки), величиною с горошину. Наружный конец яичника образует несколько небольших полостей различной величины, от горошины до лѣсного орѣха. Полости эти отдѣлены одна от другой перегородками, из которых некоторые усажены напильчатозными разрастаниями. Содержимое полостей яичника имѣет вид коллоидной жидкости.

Подъ микроскопомъ видны коллоидные шары и кристаллы холестерина.

Между ложными перепонками, соединяющими трубу с 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 несколько выпячиваний, в видѣ невысокихъ валиковъ съ пологими сторонами (соответственно нормальному строению трубы в этомъ мѣстѣ). На верхушкахъ некоторыхъ складокъ незначительная мелко-клеточная инфильтрація и немного веретенообразныхъ элементовъ. Повсюду слизистая оболочка выстлана низкими цилиндрическимъ эпителиемъ, безъ рѣсничекъ и бѣдна кровеносными сосудами. Мышечный слой хорошо развитъ, имѣетъ в толщину 3 мм., мышечные пучки плотно прилегаютъ другъ къ другу.

Въ толщѣ мышечнаго слоя видны небольшія полости, выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ и не вступающія в сообщеніе съ каналомъ трубы, какъ в этомъ можно убѣдиться на серіи срѣзовъ. Въ

наружныхъ слояхъ проходить крупныя сосуды, вообще не представляющие измѣненій, лишь въ одной артеріи просвѣтъ суженъ вслѣдствіе разрастанія *intimae*. Вены наполнены кровными тѣлками.

Въ срединѣ трубы слизистая оболочка разсыпается въ массу дровидныхъ развѣтвленій, поднимающихся въ просвѣтъ трубы на высоту 2-хъ и нѣсколько болѣе миллиметровъ. Эпителий, выступающій слизистую оболочку, рѣдко имѣетъ видъ цилиндрическихъ клѣтокъ, расположенныхъ въ одинъ правильный слой. Большой частью эпителиальные 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.

Мышечные пучки по мѣстамъ плотно лежатъ другъ около друга, по мѣстамъ раздвинуты, причемъ въ соединительной ткани, расположенной между ними, въ обильномъ количествѣ пробѣгаютъ капилляры, разбивающіе по окружности мелкоклѣточную инфильтрацію. Среди круглыхъ клѣтокъ попадается много веретенообразныхъ элементовъ. Въ наружномъ слое 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/п 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. Беременности никогда не была.

Кромѣ указанныхъ разстройствъ страдаетъ головными болями, сердцебиеніями и чувствуетъ общую слабость.

Больная небольшого роста, плохо упитанная, слабого тѣлосложенія.

При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ ничего особеннаго.

Наружныя половыя 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*.

Операція 17/п 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 сверху отверстие, чрезъ которое проникалъ палецъ. По разрушеніи этой капсулы опухоль была извлечена наружу, причемъ она разорвалась и заключавшаяся 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. Операція 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 образованіемъ 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 слева, плотный эксудатъ.

Дальнѣйшая судьба оперированной. Явилась въ клинику 18/п 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 операціи. 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 отверстие заросло съ исчезаніемъ всякаго слѣда бахромокъ. По мѣстамъ, на протяженіи трубы, замѣты не-

большие перехваты, въ промежуткахъ между которыми каналъ сильно растянутъ. 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 многочисленные полости различной величины, наибольшимъ въ небольшой лѣвой орѣхъ; въ полостяхъ заключается серозная жидкость. На поверхности яичника свѣжее желтое гѣло.

Лѣвая, труба утолщенная до раздѣловъ мицица, имѣетъ въ длину 6 см. Наружный конецъ ея атрезированъ, бахромки не различаются. Слизистая оболочка утолщена. Въ каналѣ не заключаются содержимаго въ сколько нибудь замѣтномъ количествѣ.

Микроскопическія измѣненія. Въ лѣвой трубѣ, въ среднемъ отдѣлѣ, слизистая оболочка имѣетъ видъ длинныхъ, сильно вѣтвящихся отростковъ, подымающихся въ просвѣтѣ канала на высоту $2\frac{1}{2}$ —3 мм. Верхушки соедѣнныхъ 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, болѣею же частію сужены, иногда на столько, что строма складки проходитъ между 2 рядами эпителия въ видѣ весьма узкой полоски, состоящей изъ соединительной ткани съ большимъ количествомъ веретенообразныхъ элементовъ. Въ нѣкоторыхъ складкахъ незначительная мелкоклеточная инфильтрація. Эпителии повсюду сохранены, по мѣстамъ замѣтны рѣснички. Большею частью эпителиальные клетки неправильно расположены одна надъ другой, содержатъ большія круглыя или овальныя ядра, рѣдко расположенныя въ одинъ правильный рядъ. Мышечные 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 выпячивания шисосае, остатки складокъ. По мѣстамъ замѣтенъ эпителий въ видѣ низкихъ цилиндрическихъ клетокъ, болѣею 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/и 88 съ жалобами на боли передъ и послѣ регулъ и на нервное растройство.

Большая 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. Выстѣпъ съ тѣмъ появились головныя боли, боли въ области желудка, плохой сонъ и аппетитъ, нервное растройство.

Больная—высокаго роста съ правильнымъ тѣлосложеніемъ и хорошимъ питаніемъ.

Внутренніе органы нормальны.

Исслѣдованіе нервно-психической системы показало (д-ръ Данило) слѣдующее: повышеніе колѣнаго рефлекса, растройство чувствительности, присутствіе болѣзненныхъ точекъ. Болѣе всего растройство въ психической сферѣ. Въ періодѣ, 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 представляетъ.

При внутреннемъ исслѣдованіи: матка небольшой величины, въ *retropositio*, плотна, крайне болѣзненна, мало подвижна. Въ заднемъ сводѣ небольшое чрезвычайно болѣзненное утолщеніе. Вообще, кромѣ чрезвычайной болѣзненности сводовъ и неясныхъ тяжей, другихъ измѣненій не наблюдается.

Диагнозъ: *perimetritis chronica.*

Рѣшено сдѣлать кастрацію по поводу дизменорройныхъ и нервныхъ явленій.

Операція 25/и 88. Разрѣвъ въ 19 см. Сальникъ оказался приращеннымъ къ передней брюшной стѣнкѣ. Отдѣливши эти сращенія и введши рукою въ полость газа, 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 перепоночки по обѣимъ сторонамъ удалось прощупать по одному узлу, соответствующему, очевидно, яичнику. Только послѣ большихъ усилій удалось дойти до

правого узла и, отделяя его от сплошных сращений, вывести его в брюшную рану вместе с наружным концом трубы, из которой при этом излилось ничтожное количество секрета. Ножка перевязана в 2 пучка и придатки отделены. Таким же образом происходило их отделение и на левой стороне. Рана закрыта 11-ю глубокими и 4-мя поверхностными швами.

Операция продолжалась 55 минут.

Послеоперационный период протекал очень гладко, особенно если иметь в виду то, что насилие, которому приходилось прибегнуть для разрушения сращений. Температура в первый день равнялась максимум 38°, на 2-й день наивысшая температура—38,3, затем пришла к порягу и все время оставалась таковою. Рвота и боли в живот незначительны. На 2-й день появились крови, продолжавшиеся 5 дней. На 10-й день сняты швы, prima intentio. На 22-й день выписалась выздоровевшей.

При исследовании: матка в anteflexio, в сводах незначительный инфильтрат. Самочувствие вполне удовлетворительно; весьма незначительны боли внизу живота.

Дальнейшая судьба оперированной. Приходила в клинику 13/IV 88. Через 31 день после операции наступили регулы, продолжавшиеся 3 дня. Менструация началась болями в пахах и пояснице, затем боли ослабли. Во время менструации была истерической припадок. Постопынные боли в левой ноге и пояснице, сильно беспокоившие больную до операции, теперь почти отсутствуют. Состояние психики значительно лучше. При исследовании: своды свободны, в левом чувствительность.

В настоящее время оперированная чувствует себя здоровой.

Описание препарата.

Макроскопическія измѣненія. Правая труба наружным концем сращена с яичником и обильно окутана ложными перепонками. Ostium abdomin. проходимо, бахромок укорочены и утолщены, маточный конец не представляет измѣнений. У наружного конца hydatis Morgagni величиною с горошину, труба немного утолщена и извилиста.

Левая труба покрыта еще большим количеством ложных перепонок, свернута клубком и представляет обширные сращения с яичником. Оба конца трубы проходимы. Некоторые бахромок втянуты внутрь, у наружного конца hydatis Morgagni. Труба немного утолщена в сравнении с нормой.

Оба яичника значительно уменьшены в размерах и покрыты обширными ложными перепонками.

Макроскопическія измѣненія. При исследовании обоих труб в различных местах на протяжении от маточного конца до бахромок встречается мало уклонений от нормального строения.

Наружный слой по местам утолщен и переходит в ткань соединительнотканых перепонок. Слизистая оболочка имеет нор-

мальное строение, покрыта высокими клетками цилиндрического эпителия, отчасти сохранившего ядрышки, с продолговатыми ядрами. На некоторых складках эпителия плохо окрашивается и границы между клетками неясны; по местам в складках и в мышечном слое незначительная инфильтрация.

Патологическое состояние труб: perisalpingitis duplex.

Случай 16-й.

Д. Л. поступила в клинику 31/I 88 с жалобами на боли, особенно сильные перед началом кровей.

Болезнь 29 л. от роду, дворника, замужняя, занимается домашним хозяйством. Мѣсячные появились на 13-ом году и вторились постоянно через 3 недели по 3 дня. Замужь вышла 10 летъ тому назад и вскоре забеременѣла. На 6-м мѣсяцѣ послѣдовала абортъ, после которого была больна в течение 3 мѣсяцевъ, причемъ были знобы, лихорадка и обильныя бѣлы. Появившіяся после аборта боли внизу живота с лѣвой стороны постепенно усиливались; по временамъ бывало частое и болѣзненное мочеиспускание. 2 года тому назад присоединились весьма сильныя боли при coitus. Особенно сильныя боли схватками начинаются за два дня до появления регулъ, с началомъ отдѣления крови боли утихаютъ. Боли внизу живота с лѣвой стороны бываютъ и помимо менструации, особенно при утомлении. В теченіи болѣзни бывало періодически то ухудшение, то улучшение всѣхъ болѣзненныхъ припадковъ. В послѣднее время присоединились головокруженія, тошнота и нервное расстройство.

Болезнь—средняго роста, слабаго тѣлосложенія, на видъ блѣдная, истощенная.

Внутренніе органы не представляютъ ничего особеннаго.

Genitalia externa нормальны.

При внутреннемъ исследованіи: матка в anteversio и отклонена вправо; консистенція и объемъ матки нормальны, подвижность ограничена, portio vag. направлена кзади и ничего особеннаго не представляетъ. Черезъ лѣвый сводъ прощупывается опухоль величиною въ гусиное яйцо, отдѣляющаяся бороздой отъ матки, опухоль имеетъ неправильно дольчатую форму и представляетъ эластическую консистенцію, подвижность опухоли весьма ограничена. Придатки матки на правой сторонѣ не представляютъ патологическихъ измѣненій.

Диагнозъ: Salpingo-oophoritis sin. (hydrosalpinx).

Операция произведена 12/II 88. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ длиною въ 18 см. При исследованіи черезъ рану, оказывается, что опухоль образована растянутой трубой, представлявшей обширныя сращения съ окружающими частями. Мѣшокъ былъ инстинтуированъ тонкимъ троакаромъ, причемъ вытекла прозрачная жидкость съ зеленоватымъ отблескомъ; затемъ съ значительными усилиями труба была выведена наружу и, такъ какъ она представляла обширныя сращения

съ широкой связкой, то подь опухолью былъ положенъ рядъ (8) цѣпьобразно захватывающихъ другъ друга лигатуръ и выше ихъ труба затѣмъ была отдѣлена ножницами. Культя 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 развитое 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.

Болезная 30-ти лѣтъ отъ роду, цыганка, замужняя, вышла замужъ на 26-мъ году. Первая 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.

Болезная — 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 вытннутъ 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 удлинненую 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 направляется вправо и впередъ на 16 см.

Діагнозъ: Salpingo-oophoritis (hydrosalpinx) sin., fibromyoma subserosum fundi uteri.

Операція 8/x 88. Разрѣзъ длиною въ 14 см. 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 вытннутымъ, отъ фиброміомы отходятъ фаллопиевы трубы въ видѣ колбасовидныхъ мѣшковъ. Для удаленія опухоли, предварительно на лѣвую широкую связку наложено 5 шелковыхъ лигатуръ, захватывающихъ цѣпьобразно 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 подь основаніе фиброміомы, послѣдняя была отдѣлена, причемъ полость матки осталась не вскрытой. Затѣмъ изъ культи былъ удаленъ еще кусокъ ткани для того, чтобы получилась канлиовидное 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. Операція 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-й сутки къ вечеру температура поднялась до 38,3 и съ этого времени въ теченіи 1½ мѣсяца бывали временныя поднятія температуры до 38 съ небольшими; при этомъ, лихорадочная тем-

съ широкой связкой, то подъ опухолью былъ наложенъ рядъ (8) цѣпообразно 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 нульса въ первые 2 сутокъ дала временныя повышенія до 38,4, затѣмъ все время оставалась нормальной. На 10-й 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 развитое уплотненіе, 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 черезъ 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 указаний дать не можетъ, говорить, однако, что во время регулъ опухоль увеличивается въ размѣрахъ.

Больная — брюнетка, среднего роста, умѣренного тѣлосложенія съ плохимъ питаніемъ.

Состояніе внутреннихъ органовъ не представляетъ отклоненій отъ нормы.

Наружные половые органы нормальны.

При пальпации 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 вытннутъ 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 опухолѣ опредѣляется выступъ, величиною съ куриное яйцо. Отъ лѣваго угла матки отходитъ другая опухоль, идущая вверхъ въ лѣвую fossa iliaca. Эта опухоль эластической консистенціи имѣетъ удлинненную 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 см.

Діагнозъ: Salpingo-oophoritis (hydrosalpinx) sin., fibromyoma subserosum fundi uteri.

Операція 8/x 88. Разрѣзъ длиною въ 14 см. Чрезъ брюшную рану свободно была выведена вся опухоль, такъ какъ она не представляетъ никакихъ срашеній съ окружающими частями. Опухоль представляетъ собою фиброміому дна матки, правый уголъ которой представляется значительно вытннутымъ, отъ фиброміомы отходятъ фаллопиевы трубы въ видѣ колбасовидныхъ мѣшковъ. Для удаленія опухоли, предварительно на лѣвую широкую связку наложено 5 шелковыхъ лигатуръ, захватывающихъ цѣпообразно 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, причѣмъ полость матки оставалась не вскрытой. Затѣмъ изъ культи былъ удаленъ еще кусокъ ткани для того, чтобы получился киновидное углубленіе, и чтобы, такимъ образомъ, лучше можно было приладить одинъ доскутъ къ другому, именно передній къ заднему. Доскуты 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. Операція продолжалась 55 минутъ.

Послѣоперационный періодъ. Первая сутки оперированную беспокоили тошнота и рвота, боли въ спинѣ и животѣ, на вторую 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 я сутки къ вечеру температура поднялась до 38,3 и съ этого времени въ теченіи 1½ мѣсяца бывали временныя поднятія температуры до 38 съ небольшими; при этомъ, лихорадочная тем-

пература держалась 1—2 дня и затѣмъ опять смѣнялась нѣсколькими днями нормальной температуры. Это повышение температуры обуславливалось образованиемъ экссудата на мѣстѣ культи матки и широкихъ связокъ. Когда температура окончательно установилась на нормальной высотѣ и когда экссудатъ сдѣлался плотнымъ, были применены горячіе души, подѣ влияніемъ которыхъ экссудатъ сталъ быстро уменьшаться и на 99-й день послѣ операции, въ день выписки больной изъ клиники, небольшой величины (толщиной съ палецъ и поверхностью съ пятакъ) экссудатъ опредѣлялся соответствующему дну матки, откуда въ видѣ двухъ тяжей, толщиной съ палецъ, экссудатъ распространялся въ стороны, соответствующе культи широкихъ связокъ. При выпискѣ больная имѣла здоровый видъ и не предъявляла никакихъ жалобъ, кромѣ бывающаго по временамъ сердцебіенія.

Кровей послѣ операции не было. Черезъ 3 недѣли послѣ операции, т. е. спустя мѣсяць 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.

Описание препарата.

Макроскопическія измѣненія. Препарат представляетъ фиброміому дна матки, по обѣ стороны ея находятся растянутыя трубы и яичники (см. рис. № 2). Весь всего препарата = 610 граммы. Величина фиброміомы равняется размерамъ большаго кулака. Окружность ея спереди назадъ = 29 см. Поверхность ея ровная, гладкая, она покрыта гладкой, блестящей серозной оболочкой.

На нижней поверхности проходитъ плоскость разрыва, при чемъ на ней у праваго угла выдается отдѣльный фиброзный узелъ величинною съ голубиное яйцо. По обѣимъ сторонамъ отходятъ фаллопиевы трубы и начала круглыхъ связокъ. Соответственно участкамъ трубъ, проходящимъ по опухолю, на поверхности ея видны небольшіе валки, выступающіе подѣ брюшиной и промунявающіеся въ видѣ плотныхъ жгутовъ, толщиной съ гусянее перо. Расстояніе между видимыми окончаніями трубъ на поверхности опухоли равно 10 см. 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 см., вначалѣ имѣетъ толщину карандаша и въ первыхъ двухъ третяхъ почти сохраняетъ этотъ объемъ, лишь нѣсколько утолщавъ къ наружному концу; наружная же треть имѣетъ въ диаметръ $1\frac{1}{2}$ — 2 см. Наружный конецъ закрытъ, бахромокъ совершенно сохранены и представляются въ видѣ развернувшейся почки, такъ что закрытіе отверстія трубы произошло на уровнѣ основанія бахромокъ.

Труба имѣетъ извилистое направленіе, причѣмъ во внутреннихъ

третяхъ ея изгибы, очевидно, обуславливаются тѣмъ, что ретіонемъ не растягивается соответственно удлинению трубы. Если расправлять изгибы въ одномъ мѣстѣ, то труба, скользя подѣ брюшиной, образуетъ по соедѣству 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 (подѣ микроскопомъ) гнойные шарики въ небольшомъ количествѣ.

При перерѣзкѣ трубы серозный покровъ ускользаетъ назадъ отъ поверхности разрыва. Просвѣтъ трубы во внутренней части выполненъ набухшей слизистой оболочкой. Въ наружномъ расширеніи внутренняя поверхность мѣшка усажена продольными гребнями значительныхъ утолщенныхъ складокъ, имѣющихъ въ вышину до $\frac{1}{2}$ см.

Лѣвая труба имѣетъ въ длину 37 см. Отходя отъ фиброміомы, она имѣетъ толщину карандаша, на разстояніи 2—3 см. отъ нея начинаетъ дѣлать изгибы и постепенно увеличивается въ диаметръ. Отдѣльные изгибы свободно перемѣщаются подѣ покрывающимъ ихъ нормальнымъ ретіонемъ.

Затѣмъ труба быстро расширяется и образуетъ длинную колбасовидную опухоль, имѣющую почти на всемъ протяженіи почти одинаковый диаметръ, именно 3—4 см. 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, бахромокъ смотрятъ наружу, но сближены другъ съ другомъ и въ такомъ положеніи перетянуты соединительно-тканными перепонками, изъ подѣ которыхъ окончанія бахромокъ пробиваются наружу.

Слизистая оболочка значительно выпячивается надѣ поверхностью разрыва. Въ растянутомъ мѣстѣ трубъ складки мусосае значительно ниже, слегка лишь возвышаются надѣ поверхностью.

Труба содержитъ 100 граммовъ густаго, сливообразнаго, желтоватаго гноя съ примѣсью крови; гной безъ особеннаго запаха.

Подѣ микроскопомъ главная масса содержимаго трубы представляется состоящей изъ зернистыхъ гнойныхъ шариковъ; кромѣ того, видны красныя кровяныя шарики и темныя, сильно зернистыя тѣла въ 2—3 раза большей величины.

Яичники имѣютъ на видѣ нормальныхъ свойства. Въ лѣвомъ яичникѣ находится свѣжее corpus luteum.

Микроскопическія измѣненія. Правая труба въ мѣстѣ отхожденія отъ опухоли не представляетъ особенныхъ измѣненій. Слизистая оболочка бѣдна клеточными элементами. Эпителій вездѣ сохраненъ. Въ мышечномъ слое лишь кое-гдѣ инфилтраціи.

На препаратѣ нѣсколько дальше къ наружному концу слизи-

стая оболочка вдается в каналь в видѣ нѣсколькихъ выступовъ съ болѣе узкимъ основаніемъ и расширеной вершиной. Эти выступы на препаратахъ испещрены круглыми отерстѣями и длинными ходами, выстланными цилиндрическимъ эпителиемъ. Кѣтки эпителия потеряли рѣснички, набухли и мутны. На вершинахъ складокъ эпителия исчезъ.

Складки пронизаны мелкокѣточнымъ инфильтратомъ, также какъ отчасти и мышечный слой. Въ слизистой оболочкѣ умѣренное количество сильно налитыхъ сосудовъ.

Въ наружномъ расширеніи слизистой оболочки образуетъ рядъ выступовъ, имѣющихъ въ вышину нѣсколько (2—3) мм. Она представляетъ тѣ же измѣненія, какъ и въ предыдущемъ отдѣлѣ, но рѣзче выраженыя. На поверхности, обращенной къ центру мѣшка, складки уже утратили свои нормальные контуры и представляютъ сплошной слой, пронизанный круглыми кѣтками. Эпителиа здѣсь нѣтъ; въ углубленіяхъ же слизистой оболочки онъ по мѣстамъ еще представляется неизмѣненнымъ, но мѣстами кѣтки его набухли, помутнѣли, границы между кѣтками видны неясно, ядра плохо окрашиваются, въ некоторыхъ 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 osium abdominale, не попадается рубцовой ткани, здѣсь картина чрезвычайно запутанная; такъ какъ въ этомъ мѣстѣ каналь трубы сильно выполненъ тѣсно лежащими другъ около друга отростками слизистой оболочки, между которыми остаются лишь небольшія пространства, выполненные мелкозернистымъ детритомъ и слущившимся эпителиемъ, который отсталъ пластами, то изолированными кѣтками, набухшими, помутнѣвшими, зернистыми, съ плохо окрашивающимися ядрами. Складки образуютъ многочисленные соединенія другъ съ другомъ и вообще довольно тонки, лишь по мѣстамъ попадаются значительно утолщенные и инфильтрированныя складки.

Въ лѣвой трубѣ на всемъ протяженіи такія же измѣненія, но рѣзче выраженыя, такъ что въ наружномъ мѣшкѣ складки слизистой оболочки слились въ одинъ грануляционный слой, на поверхности эпителия нѣтъ и здѣсь замѣчается распаденіе ткани. Эпителий сохранился въ глубинѣ слизистой оболочки, выстлая здѣсь отдѣльные ходы и полости, но и здѣсь кѣтки его болѣе частью помѣнены, 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 рѣзка 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.

Болезнь 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, но временамъ, усиливаясь, дѣлаются острыми, колочими, причѣмъ отдають 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 1/2 года стала болѣть и лѣвая сторона живота, въ нижнихъ частяхъ, но значительно слабѣе правой. Беременной никогда не была. Менструація 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 исслѣдованіи: матка нормальнаго объема и консистенціи, не болѣзненна, съ ограниченной подвижностью, смѣшена немного влево и наклонена дномъ въ эту же сторону. Смѣшеніе 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 подвижна, эластической консистенціи, между опухолью и маткой неглубокая борозда.

Діагнозъ: Salpingo-oophoritis duplex.

Операция 29/x 88. Разрѣвъ въ 18 см. При исслѣдованіи чрезъ рану оказывается слѣдующее: отъ праваго угла матки отходитъ опухоль, образованная растянutoй трубой и кистовидно-перерожденнымъ яичникомъ, опухоль эта представляетъ обширныя сращенія съ салынникомъ, съ боковой поверхностью матки и съ заднимъ Дугла-

совым пространством. Сращение с салынкомъ было перерѣзано по наложеніи лигатуры, затѣмъ съ большими усиліями пришлось раздѣлять пальцами плотныя соединительно-тканныя перепонки, причѣмъ растянутая труба и киста личинки лопнули и опорознели свое прозрачное серозное содержимое желтоватаго цвѣта. Затѣмъ опухоль выведена въ рану и удалена послѣ перевязки ножки въ 2 пучка. Исцѣдѣя 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. Послѣдняя удалена такимъ же образомъ, какъ и справа.

Рана закрыта 12 глубокими швами и 2 поверхностными. Операция продолжалась 55 минутъ.

Послеоперационный періодъ протекалъ при нормальной температурѣ, наивысшая т-ра на 8 сутки, именно 37,9. Первые 3 сутокъ оперированную беспокоила рвота и боля 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 исследованіи: матка подняжна, справа на мѣстѣ культи эксудатъ, величиною съ голубиное яйцо, слѣва—меньшей величины.

Дальнѣйшая судьба оперированной неизвѣстна.

Описание препарата.

Макроскопическія измѣненія. Опухоль правой стороны представляетъ лопнувшую во время операции полость въ личинкѣ, имѣющую величину въ куриное яйцо и наполненную серозной жидкостью. Эта полость имѣетъ стѣнки толщиной въ 1 мм., съ гладкой внутренней поверхностью, снаружи на ней видны многочисленные ложныя перепонки и кусокъ приращеннаго салынка. По поверхности ея пробѣгаетъ труба, плотно спаянная съ нею соединительно-тканными переярками.

Наружный конецъ трубы заросъ, отъ бахромокъ не осталось слѣдовъ; стѣнка ея толще нормальнаго, въ наружномъ концѣ труба растянута въ мѣшокъ, имѣющій въ діаметрѣ до 3 см.

На разрѣзахъ трубы можно видѣть утолщеніе слизистой оболочки, имѣющей красновато-багровый цвѣтъ. Отдѣльныя складки слизистой оболочки по мѣстамъ сращенія 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 стѣнчій 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., причѣмъ 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 стѣнчій трубы и между ея отдѣльными кольцами находится ткань, принадлежащая, по видимому, сильно атрофированному личинку.

Слизистая оболочка трубы имѣетъ такіе же свойства, какъ и на правой сторонѣ.

Микроскопическія измѣненія. Во внутреннемъ отдѣлѣ трубы каналъ имѣетъ въ діаметрѣ 4 мм. Весь просвѣтъ выношенъ складками слизистой оболочки, образующими густое сплетеніе. Изъ разсмотрѣнія многихъ срѣзовъ можно убѣдиться, что одніе складки проходятъ въ видѣ низкихъ, тонкихъ продольныхъ гребней, другіе же далеко вдаются въ просвѣтъ и быстро распадаются въ дѣловое 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, сиваются между собою; такимъ образомъ срастающіяся складки перегородиваютъ 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 эпителия, между которыми проходитъ весьма тонкій слой волокнистой соединительной ткани; толщина ея, большей частью, не превосходитъ вышины эпителиальной кѣтки. Въ этихъ мѣстахъ складки весьма бѣдны сосудами. Лишь изрѣдка попадаются складки, имѣющія толщину въ нѣсколько разъ большую и здѣсь обыкновенно расположены сосуды. Въ видѣ 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 эпителиальнаго слоя. Эпителий вездѣ сохраненъ и, кромѣ потери рѣсничекъ, особенныхъ измѣненій не представляетъ.

Мышечный слой имѣетъ въ толщину около 0,2—0,3 мм. и какихъ либо рѣзкихъ измѣненій не представляетъ. Въ немъ проходятъ незначительное количество сосудовъ.

Наружный слой не попадаетъ въ толщину, 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 личинки, примордiallyе фолликулы и пр.) принадлежитъ личинку.

На срѣзахъ, взятыхъ изъ средины трубы, складки еще болѣе развѣтвлены, слизистая оболочка богаче сильно налитыми сосудами. Въ среднемъ слое скудное количество мышечныхъ пучковъ. Въ наружномъ слое крупныя, набитые кровными шариками, сосуды.

Въ наружномъ расширеніи слизистая оболочка представляетъ ровную линію, отъ которой по мѣстамъ на тонкихъ стебелькахъ поднимаются складки, расширяющіяся затѣмъ въ цѣлый кусть. 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 попадаютъ рѣдко. Большею частью стѣнка состоитъ изъ соединительной ткани, среди ткани частыя крововизиліи. Сосуды съ утолщенными стѣнками, главнымъ образомъ, вълѣдствіе разрастанія *intimae*.

Правая труба представляетъ аналогичныя измѣненія. Здѣсь тоже извилистое направленіе канала, такъ что едва удается получить поперечный разрѣзъ; также складки *mucosae* представляютъ значительную вѣтвистость; атрофія мышечныхъ пучковъ; частыя крововизиліи, 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/x 88 съ жалобами на боли внизу живота, бѣлы и общую слабость.

Болезнь 22 л. отъ роду, крестьянка, портиха, не замужняя. Первые крови появились на 15 году и повторились 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 острая, рѣзущая боли, появляющіяся за 2 дня до регулъ. Эти боли охватываютъ правую паховую область и отсюда распространяются на весь животъ и поясницу. Продолжительность острыхъ болей различна, то нѣсколько часовъ, то безъ перерыва цѣлыя сутки. Съ появленіемъ крови боли нѣсколько утихаютъ, но, вѣстакъ, въ теченіи всего періода регулъ весьма сильны. Съ каждымъ мѣсяцемъ боли дѣлались все болѣе и болѣе интенсивными, 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 регулъ=7—9 дней.

Около года выдѣляются грязныя, сукровичныя бѣлы въ обильномъ количествѣ, раньше бѣлы были менѣе обильны. По временамъ бывало жженіе при мочеиспусканіи. Три мѣсяца тому назадъ было кровотеченіе, продолжавшееся три недѣли. *Coitus* остался безобѣзвѣстнымъ, но послѣ него состояніе больной ухудшалось (боли сильнѣе, слабѣе).

За время болѣзни общее состояніе значительно разстроилось: появилось значительное исхуданіе, частыя головокруженія, головныя

боли, сердцебіенія и пр. Все время лечилась, но безъ всякаго результата.

Болезнь—средняго роста, слабого 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 отравленія кишечника, отсутствіе аштита, увеличенная жажда. *Genitalia externa* не представляютъ особенностей.

При внутреннемъ исслѣдованіи: 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 исслѣдованіи 25 октября, т. е. въ промежуткѣ между двумя менструаціями.

При исслѣдованіи 4/xi, т. е. передъ наступленіемъ менструаціи, опухоль съ правой стороны значительно уменьшилась въ объемѣ, лѣвая же опухоль прощупывается гораздо яснѣе.

Діагнозъ: *salpingo-oorphoritis duplex gonorrhoeica*.

Операція 5/xi. Разрѣзъ въ 12 *cm*. При исслѣдованіи 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, причѣмъ 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, но перевязкѣжки 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. Культы 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 исслѣдованіи съ лѣвой стороны небольшой экссудатъ, не доходящій до стѣнки таза. Больная пролежала въ постели еще 12 дней, на 37-й день выписалась вполне опера-

впавшей. При изслѣдованіи: матка въ ante-flexio, 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 безпокоили сердцебиенія, которыя въ настоящее время начинаютъ постепенно утихать.

Описание 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. Бахромы укорочены, утолщены и сращены между собою такимъ образомъ, что наружный конецъ трубы образуетъ воронку, широкимъ отверстіемъ своимъ прилепленную къ личинку, въ которомъ на соответствующемъ мѣстѣ находится небольшое углубленіе; между этими органами, такимъ образомъ, находилась небольшая полость, изъ которой вытекло незначительное количество гноя при раздѣленіи сращеній между трубой и личинкомъ.

Подъ наружнымъ концемъ трубы, между ложными перепонками, небольшая (съ горошину) полость, наполненная жидкостью, имѣющею видъ кровавистаго гноя.

Каналъ трубы выполненъ набухшей, гиперемированной слизистой оболочкой, покрытой слоемъ гноя.

Подъ микроскопомъ содержимое трубы представляется состоящимъ, главнымъ образомъ, изъ гнойныхъ тѣлецъ; кромѣ того попадаются эпителиальныя кѣтки, подвергшіяся слизиному и жировому переждению, и мелкозернистый детритъ.

Личинка имѣетъ нормальные размѣры.

Лѣвая труба (см. рис. № 1) во внутренней половинѣ утолщена до размѣра мизинца, имѣетъ слегка изогнутое направленіе, покрыта гладкой серозной оболочкой. Каналъ трубы здѣсь выполненъ набухшей, грязновато-розоваго цвѣта слизистой оболочкой, покрытой гноемъ. Въ наружной половинѣ каналъ трубы расширяется въ мѣшокъ, причемъ стѣнки трубы быстро истончаются. Растянутая часть трубы образуетъ небольшіе изгибы и выпячиванія и наружный конецъ приращена къ личинку. 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 приращены мелкокѣточнымъ инфильтратомъ; эпителий большей частью сохраненъ, на верхушкахъ же складокъ отчасти слущился, отчасти его кѣтки трудно различаются вслѣдствіе грануляціонной инфи-

траціи; кѣтки его потеряли рѣснички, набухли, границы между кѣтками не ясно видны. Инфильтрація распространяется и на остальные слои трубы, но у границъ мышечнаго 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 тѣлами.

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.

Во время какъ въ однихъ складкахъ обильная мелкокѣточная инфильтрація, въ другихъ—болѣе поадается 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, высоту около 0,1 мм. Эти складочки, равно какъ и промежутки между ними, покрыты цилиндрическимъ эпителиемъ и инфильтрированы круглыми кѣтками. За слоемъ эпитеія 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/хІ 88 съ жалобами на сильныя боли во время регулъ и общую слабость.

Большая—28 лѣтъ отъ роду, крестьянка, портниха, незамужняя. Первая менструація появилась на 18-мъ году, и стала повторяться черезъ 3½ недѣли по 3 дни. На 19-мъ году вскорѣ послѣ перваго coitus'a, забеременѣла, но на 2-мъ мѣсяцѣ послѣдовалъ абортъ. Съ этого времени регулы стали сопровождаться болями, постепенно съ каждымъ годомъ усиливаясь. Боли эти, рѣзущаго 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 большомъ количествѣ и сгустками, то отходитъ по немногу. Въ менструаціи по временамъ бываютъ лишь легкія ноющія боли внизу живота. Бѣлей особенныхъ не было, но въ послѣднее время появились въ теченіи несколькихъ дней послѣ регулъ сукровичныя от-

дления. Въ послѣдніе 2 года частые позывы къ мочеиспусканию, запоры. Судя по разсказу больной, заболѣваніе, несомнѣнно гонорройнаго характера. Coitus обыкновенно не сопровождается болью, но въ послѣднее время болѣею частью остается индифферентнымъ.

Большая — 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 впереди 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 болѣшую 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 = $7\frac{1}{2}$ cm., каналъ матки искривленъ впереди и немного влѣво.

Диагнозъ: Salpingo-oophoritis duplex.

Операция 23/xi 88. Разрѣзъ длиною въ 14 cm. Выведеніе въ рану лѣвыхъ придатковъ представляло нѣкоторыя затрудненія въслѣдствіе 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. Операция продолжалась 40 минутъ.

Послѣоперационный періодъ представлялъ гладкое теченіе. На 2-й день послѣ операции 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 мочеиспусканию, плохой сонъ и аппетитъ. Это состояніе болѣею 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 здоровою.

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 фаллопеевой трубы. Этотъ мѣшокъ имѣетъ удлинненную, овальную форму. Однимъ концемъ онъ упирается въ яичникъ, отъ другаго конца отходитъ мало растянутый внутренний 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 направление, 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 расплавывается на его поверхности.

Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ яичникъ распластанъ, толщина его не превосходитъ 2 mm. Въ наиболѣе толстомъ мѣстѣ яичникъ имѣетъ $1\frac{1}{2}$ 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 $1\frac{1}{3}$ 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 лишеной запаха. Количество жидкости—2 унцъ.

Посредствомъ ложныхъ перепонокъ мѣшокъ соединенъ съ ячникомъ, имѣющимъ въ длину 3 см., въ ширину—2 см., въ толщину—1½ см. Макроскопически личинки не представляютъ ничего особеннаго.

Микроскопическія измѣненія Въ правой трубѣ въ началѣ расширенія толщина стѣнки на свободномъ краю—1,8 мм. Просвѣтъ являетъ. Онъ ограниченъ по мѣстамъ ровной линіей *muscosa*, 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 удлиненныя складки, соединительная тканная строма которыхъ представляется сильно сжатой и бѣдной сосудами. Эпителий вездѣ сохранился, но потерялъ рѣснички. По мѣстамъ кѣтки его сохраняютъ цилиндрическую форму и имѣютъ данные ядра, расположенныя правильно въ одинъ рядъ; большею же частью эпителий уплощенъ, такъ что овальные ядра лежатъ параллельно поверхности складокъ. Мышечные пучки хорошо сохранились, но раздвинуты большимъ количествомъ волокнистой соединительной ткани. Мышечный слой, равно какъ и *muscosa*, по мѣстамъ представляютъ незначительную грануляціонную инфилтрацію. Въ наружномъ слое сѣвже кровозлияніе. Этотъ слой оканчивается тканью ложныхъ перепонокъ.

Въ наружномъ расширеніи толщина стѣнки—1 мм. Стѣнка состоитъ, главнымъ образомъ, изъ соединительной ткани; мышечный слой едва различается, мышечные пучки сжаты, тонки, замѣтны по своимъ ядрамъ. Эпителий 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, которая, въ свою очередь, пронизана большимъ количествомъ полостей и ходовъ различнаго очертанія, выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Слизистая оболочка богата круглыми грануляционными и веретенообразными элементами и молодой соединительной тканью. Эпителий цилиндрической, безъ рѣсничекъ. Въ просвѣтѣ красные шарики, немного бѣлыхъ и голубя ядра. Между мышечными пучками—полоски грануляціоннаго инфилтраата, образующаго также отдѣльныя скопленія, преимущественно вокругъ венъ.

Въ средней части трубы просвѣтъ являетъ, въ него вдаются длинныя вѣтвистыя складки, заключающія въ себѣ полости. Въ этихъ полостяхъ, а также и на поверхности складокъ кровяныя скопленія, состоящія изъ взмѣненныхъ красныхъ шариковъ, зернистаго пигмента и крупныхъ зернистыхъ кѣтокъ. Въ самой ткани по мѣстамъ кровозлиянія. Слизистая оболочка представляетъ грануляціонную инфилтрацію и пропитана зернистымъ пигментомъ, кромѣ того въ ней попадаютъ крупныя кѣтки 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 инфилтрація.

Въ наружномъ мѣшкѣ слизистая оболочка представляетъ ровную поверхность, на которой по мѣстамъ попадаютъ невысокія и мало развѣтвленныя складки. На рис. № 5 изображена верхушка одной складки. Складка представляетъ грануляціонную инфилтрацію. (На рисункѣ слѣва видна лимфатическая щель съ большимъ количествомъ грануляціонныхъ элементовъ). Въ складкахъ проходитъ большое количество расширенныхъ капилляровъ, набитыхъ кровяными шариками. Въ стромѣ складокъ находится свободныя зерна кровянаго пигмента и большія эпителиодныя 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 нѣрѣдко лежитъ по соедѣству, отдѣлившись пластками. 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/хп 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 урезъ 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 ноющаго характера появлялись сначала по временамъ, раза 2 въ недѣлю и продолжались дня по 2, а послѣдній годъ сдѣлались постоянными и къ нимъ присоединялись рѣзущія 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.

Наружныя половыя органы не представляютъ ничего особеннаго.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка сѣщена вправо, въ ретро-

versio, нормального объема, плотна, неболезненна. Portio vagin. конической формы, обращена вперед. Смѣщеніе матки обуславливается присутствіемъ опухоли слева отъ нея. Опухоль эта занимаетъ лѣвый и отчасти задній сводъ, имѣетъ величину съ большое куриное яйцо, эластической консистенціи, плотно прилегасть къ маткѣ, имѣетъ весьма ограниченную подвижность; поверхность ея неровна, крупно бугриста.

Діагнозъ: salpingo-oophoritis (hydrosalpinx) sinistra.

Операция сдѣлана 7/хп. 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 трубъ 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 операциі). Въ первые сутки была одинъ разъ рвота; боли въ животѣ, вообще незначительныя, иногда усиливались въслѣдствіе 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 освобожденной отъ прежнихъ болей. При изслѣдованіи: матка подвижна, въ anteversio, своды свободны.

Дальнѣйшая судьба оперированной неизвѣстна.

Описание 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 вышита серозной водянистой жидкостью, не представляющей подъ микроскопомъ форменныхъ элементовъ. Вѣсъ всего препарата = 85 grm.

Микроскопическія измѣненія. Во внутренней части трубы, гдѣ просвѣтъ = толщинѣ карандаша, въ каналѣ 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 кѣлокъ, преимущественно въ полостяхъ складокъ, то, наоборотъ, кѣлки его весьма низки, по

мѣстамъ почти плоски; послѣдняго рода эпителий находится преимущественно въ углубленіяхъ между складками и на верхушкахъ послѣднихъ. Слизистая оболочка блѣдна сосудами. Въ нѣкоторыхъ складкахъ умѣренное количество круглыхъ кѣлокъ, 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 слоеѣ. 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. П. поступила въ клинику 10/хп 88 съ жалобами на блѣды и нервное разстройство.

Больная 25 лѣтъ, гражданка, незамужняя, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Первые регулы появились на 16-мъ году и всегда повторялись правильно чрезъ 3 1/2 недѣли по 3 дня. Беременной никогда не была. Первый coitus imbrus на 17-мъ году. До послѣдняго года всегда чувствовала себя здоровой. Годъ тому назадъ появилась небольшая рѣзь при мочеиспусканіи, продолжавшаяся мѣсяца два, и блѣды. Около 6 мѣсяцевъ тому назадъ около отверстія мочеиспускательнаго канала появились разраженія, которыя однимъ врачомъ были вырѣзаны и прижжены. Затѣмъ больная замѣтила небольшую опухоль въ толщѣ лѣвой большой губы. Кромѣ обильныхъ блѣдъ больная не предъявляетъ никакихъ жалобъ на разстройство со стороны полдвой 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 вырѣзаний и прижиганій; вокругъ наружнаго отверстія и въ introitus слизистая оболочка представляетъ рѣзкую гиперемию, по мѣстамъ видны рубцы; въ толщѣ лѣвой губы прощупывается Бартолинова железа, превратившаяся въ кисту величиною съ лѣсной орхиды.

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, причеиъ вся опухоль удобно прощупывается черезъ брюшныя стѣнки.

Диагнозъ: Salpingo-oophoritis (hydrosalpinx) duplex.

Операция 17/xi 88. Разрѣвъ въ 14 см. Выведеніе въ брюшную рану правой опухоли не представляло затрудненій, такъ какъ опухоль, образованная растянутой фаллопиевой трубой, была срощена только съ яичникомъ; послѣдній же былъ срощенъ съ заднимъ Дугласовымъ пространствомъ, но эти срощенія легко разъединены пальцами. Опухоль отдѣлена по перевязкѣ ножи въ 2 пучка. Отдѣленіе лѣвой опухоли представляло больше затрудненій, такъ какъ растянутая труба имѣла плотныя срощенія съ заднимъ Дугласовымъ пространствомъ. Эти срощенія были отдѣлены съ большими усилиями и затѣмъ растянутая труба выведена была наружу и удалена по обыкновенному способу. Яичникъ оставленъ на мѣстѣ. Рана закрыта 12 губками швами. Операция 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 морфия. Наибышая т-ра было 37.6.

На второй день появилось выдѣленіе кровей, продолжавшееся 3 дня. На 10-й день сняты швы, prima intentio. Черезъ мѣсяцъ послѣ операции 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.

Описание препарата.

Макроскопическія измѣненія. Правая опухоль состоитъ изъ растянутой фаллопиевой трубы и срощеннаго съ ней яичника. Въѣсъ всего препарата = 205 граммъ. Начиная отъ мѣста перерѣзки, труба представляетъ постепенное, но въ общемъ незначительное расширеніе канала, такъ что на протяженіи 9—10 смъ труба имѣетъ толщину въ милицентъ, затѣмъ быстро расширяется въ шаровидную полость, имѣющую наибольшій діаметръ = 7 см и наименьшій = 6 1/2 см. Брюшина, покрывающая первую часть трубы, непосредственно переходить на мѣшокъ, образованный наружнымъ концемъ. Брюшина слегка инъцирована, сохранила вѣвторую подвижность надъ тѣвлю самой

трубы, поверхность ея гладка, блестяща и только въ томъ мѣстѣ, гдѣ прилегаегъ 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. Въѣсъ препарата = 170 граммъ. Мѣшокъ имѣетъ овальную форму, наибольшій діаметръ овала = 9 1/2, наименьшій = 7 см. Опухоль состоитъ изъ растянутой въ наружной части трубы. По поверхности этого мѣшка, на половинѣ его периферіи, пробѣгаетъ внутренній отдѣлъ трубы, также растянутый до толщины милицента; этотъ отдѣлъ имѣетъ почти прямолинейное направленіе, діаметръ почти вездѣ одинаковъ, но мѣстамъ слегка выражены отдѣльныя вздутія. Эта часть трубы затѣмъ сразу переходитъ въ наружное расширеніе, представляющее по мѣстамъ небольшие 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, но мѣстамъ образуетъ небольшія складки въ видѣ низкихъ выступовъ. Эпителий повсюду сохраненъ, но рѣсничекъ не видно; на складкахъ эпителия цилиндрической, въ промежуткахъ же между ними клѣтки его значительно ниже, но 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 соответствующихъ мѣстахъ правой трубы тѣ же измѣненія, т. е. стѣнка представляетъ, главнымъ образомъ, послѣдствія растяженія, собственно же виссимальныхъ явленій не замѣчается.

На препаратахъ, взятыхъ ближе къ наружному мѣшку трубы, внутренняя поверхность представляетъ почти прямую линію, на которой изрѣдка попадаются скудно развитыя складки, въ которыхъ замѣтна мелкоклѣточная инфильтрація, но мѣстамъ на складкахъ эпителия слущился. Въ промежуткахъ между складками эпителия имѣетъ весьма низкія клѣтки, слизистая оболочка представляетъ тон-

кій слой соединительной ткани, мышечный слой истонченъ, между нимъ и брюшиной весьма пѣжная соединительная ткань.

У начала мѣшка толщина стѣнки=0,6 mm. Складки почти совершенно изглажены, лишь кое-гдѣ возвышаются небольшие валики шисоазе, богатые круглыми клетками. Стѣнка состоитъ, главнымъ образомъ, изъ соединительной ткани, среди которой въ скудномъ количествѣ расположены сжатые мышечные пучки, различаемые, главнымъ образомъ, по палочко-образнымъ ядрамъ.

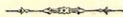
Патологическое состояніе трубъ: hydrosalpinx duplex.

На основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ наблюдений 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 слѣдствиемъ 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 бывають гнойнаго характера, но могутъ выражаться также и въ другихъ формахъ (катаральный сальпингитъ, hydrosalpinx и пр).
- 4) Растяженія трубъ должны быть отличаемы отъ тѣхъ процессовъ въ трубахъ, которые служатъ причиной наболѣнія 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 небольшого размѣра представляетъ колебаніе ихъ объема въ связи съ менструаціей.
- 8) Наиболее надежнымъ методомъ оперативной тераціи сальпинго-оофорита служитъ полное удаленіе заболѣвшихъ придатковъ.
- 9) Часто встрѣчающіяся при сальпинго-оофоритѣ обширныя сращенія 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 выполнении этой работы, а также и за то клиническое образование, 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 чревосвѣченіе указываетъ на несовершенство гинекологической діагностики.
2. Сращения, даже самыя обширныя, при операціяхъ въ брюшной полости не служатъ препятствіемъ для успѣшнаго окончанія операціи.
3. Экстирпація матки при ракъ, 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 клиникѣхъ составляетъ насущную потребность.
6. Примѣненіе микроскопа съ цѣлью діагностики должно стоять на первомъ планѣ.

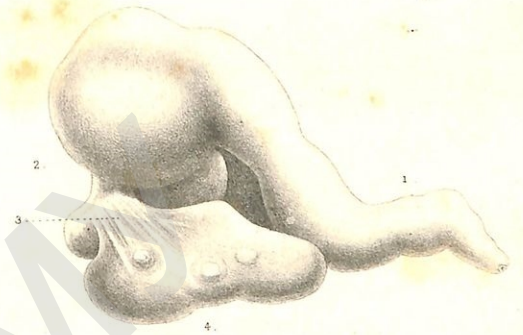
450

Сергій Дмитріевич 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 сѣздѣ общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова и напечатано въ „Дневникѣ Сѣзда“ на стр. 49.

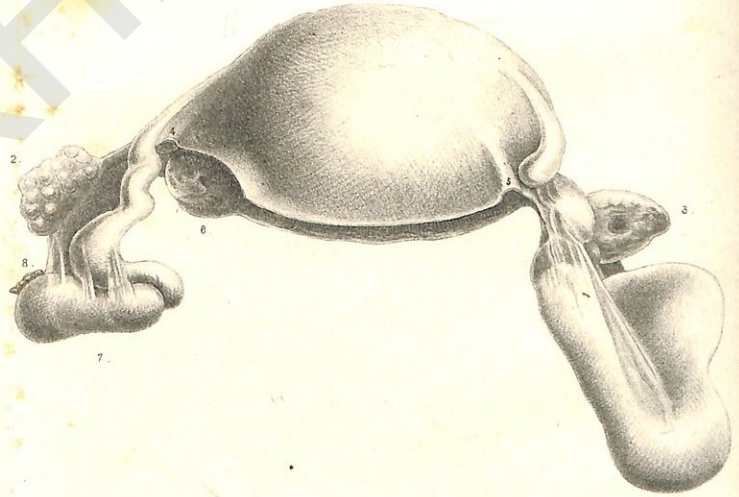
Объяснение рисунковъ.

- Рис. 1. Связій препаратъ въ натур. величину. 1—внутренній коонецъ трубы. 2—наружный растянутый коонецъ трубы. 3—сращеніе между трубой и яичникомъ. См. стр. 158.
- Рис. 2. Связій препаратъ вдвое меньше натуральной величины. 1—fibromyoma fundi uteri. 2—правый яичникъ. 3—лѣвый яичникъ. 4—правая круглая связка. 5—лѣвая круглая связка. 6—отдѣльный фиброзный узель. 7—расширенная правая труба. 8—ея бахромки, 9—расширенная лѣвая труба. См. стр. 150.
- Рис. 3. Спиртовый препаратъ въ натур. вел. 1—открытая продольно труба. 2—кистовидная полость въ яичникѣ. 3—капиллярныя разраженія въ полостяхъ яичника. См. стр. 141.
- Рис. 4. Связій препаратъ въ натур. вел. 1—внутренній коонецъ трубы. 2—наружный жѣмокъ. 3—обрубки 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.

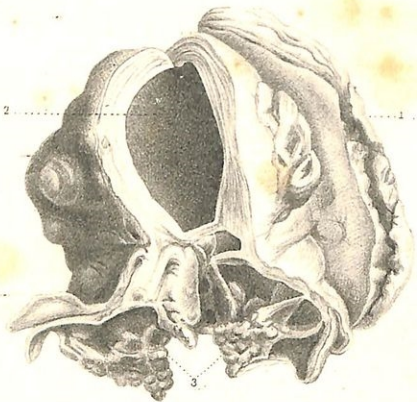
N 1.



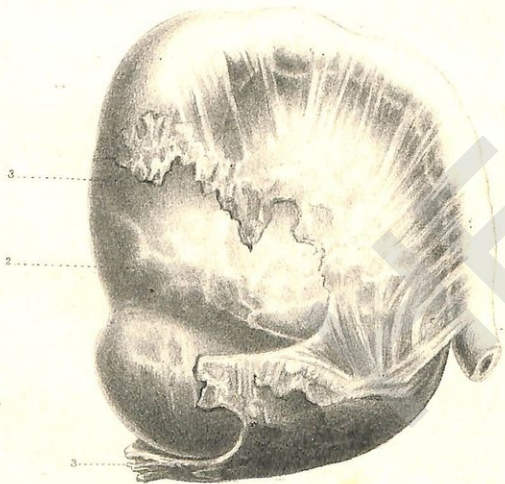
N 2.



№ 3.



№ 4.



Лит Ш Изакоонъ, Петерб. Стор. Блшъ Пресп №1. С. П. Б

5.



6.

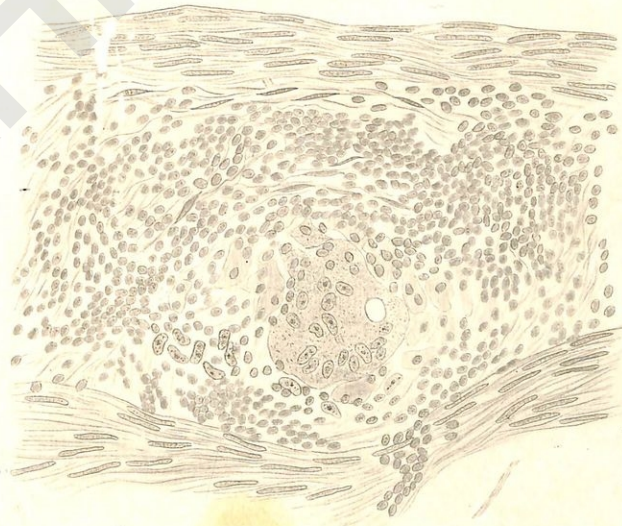


Рис съ нят Д^{го} В. К. Вармихъ.

Металлографъ ШИвансонъ, Лит стор. Б. пресп. № 1.