

76-44.

И

4786

УПРУГАЯ ТКАНЬ

ВЪ

ФАЛЛОПШЕВЫХЪ ТРУБАХЪ ЖЕНЩИНЪ

И

ЕЯ РОЛЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХЪ ЗАБОЛѢВАНІЯХЪ ЯЙЦЕПРОВОДОВЪ.

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины

Н. М. Илларионова,

б. ординатора акушерско-гинекологическ. клиники
Харьковского университета.

64559
✓

Библиотека-Читальня
Томъ 1720
Мат. кн. № 76488
Шифр. дес.
„ И. кеттер. 44

ХАРЬКОВЪ.

Типографія фирмы „Адольфъ Дарре“, Московская улица, № 19.
1908.

6181
И-44

ПРОВЕРЕНО

1936

Библиотека Харьковского Медицинского Института

№ 4786

ДУБЛЮАТ

7 - НОЯ 2012

УПРУГАЯ ТКАНЬ

ВЪ

ФАЛЛОПЕВЫХЪ ТРУБАХЪ ЖЕНЩИНЪ

и 33

ЕЯ РОЛЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХЪ ЗАБОЛѢВАНІЯХЪ ЯЙЦЕПРОВОДОВЪ.

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины

Н. М. Илларионова,

б. ординатора акушерско-гинекологической клиники
Харьковского университета.

1720

ПРОВЕРЕНО

Перечет
1906 г.

Име.
№ НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

ХАРЬКОВЪ.

Типографія фирмы „Адольфъ Дарре“, Московская улица, № 19.
1908.

3838

3838.
1941

1950

Переучет-60

7 - НОЯ 1952

По предложению моего учителя проф. И. Н. Минина и какому-то профессору, как я помню, профессору Бухштабу.

Наше дело было интересно и мы начали работать в этой области.

ВВЕДЕНИЕ.

Вопросы, связанные с изучением и применением эластичной ткани, являются предметом настоящего введения.

Распространенность упругой ткани в организмъ человека и животныхъ, а также роль ея при различныхъ патологическихъ процессахъ издавна обратили на нее вниманіе ученыхъ, но, несмотря на цѣлый рядъ разнообразныхъ изслѣдованій, познаніе свойствъ упругаго вещества и значеніе этой ткани остаются до сихъ поръ далеко недостаточно выясненными.

Въ очень большомъ количествѣ работъ по вопросу объ упругой ткани въ настоящее время мы имѣемъ, по большей части, непро- вѣренный матеріалъ и массу различныхъ субъективныхъ взглядовъ по этому вопросу. Окраска упругихъ волоконъ раньше произво- дилась по чрезвычайно разнообразнымъ методамъ, изъ которыхъ большинство отличалось большимъ несовершенствомъ. Въ виду не- совершенства методовъ, употреблявшихся раньше съ цѣлью окра- шиванія упругаго вещества, а также въ виду неодинаковой восприм- чивости упругаго вещества различныхъ органовъ къ различнымъ красящимъ реагентамъ, что особенно замѣтно при патологическихъ процессахъ, — результаты изслѣдованія, конечно, могли получаться ошибочными.

Въ 1896 году изъ лабораторіи клиники акушерства и жен- скихъ болѣзней проф. К. Ф. Славинскаго вышла диссертация д-ра А. Бухштаба подъ заглавіемъ: „Эластическая ткань въ Fallopіевыхъ трубахъ женщинъ при нормальномъ и патологическомъ состояніяхъ“. Матеріаломъ для этой работы послужили яйцепроводы, взятые у 102 женщинъ: 67 трубъ были взяты послѣ вскрытія у дѣвочекъ и женщинъ, умершихъ отъ острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній, 15 при различныхъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ, въ 16 слу- чаяхъ были изслѣдованы препараты трубной беременности и въ 4-хъ случаяхъ изслѣдовались Fallopіевы трубы у женщинъ, имѣв- шихъ Fibromyoma uteri interstitialis.

64824

По предложенію моего учителя, проф. П. В. Михина, я взялся провѣрить выводы, къ которымъ пришелъ д-ръ Бухштабъ.

Больше всего меня интересовали выводы д-ра Бухштаба относительно препаратовъ трубной беременности, а также воспалительныхъ заболѣваній яйцепроводовъ, почему я и старался, собирая свой матеріалъ, набрать возможно больше этихъ случаевъ.

Провѣрить выводы д-ра Бухштаба и дополнить ихъ собственными наблюденіями и составляетъ цѣль настоящей работы.

Приступая къ изученію упругой ткани въ яйцепроводахъ женщинъ при нормальномъ и патологическихъ состояніяхъ, мнѣ пришлось, конечно, познакомиться съ литературными данными вообще объ упругой ткани и въ другихъ органахъ, какъ нормальныхъ, такъ и патологически измѣненныхъ, а также съ техникой микроскопическаго изслѣдованія.

ЛИТЕРАТУРА.

I. Краткій обзоръ литературы объ упругой ткани при нормальныхъ условіяхъ.

Упругая ткань извѣстна еще съ начала прошлаго столѣтія, но научное изслѣдованіе ея начинается съ 40-хъ годовъ. Съ этого времени много было произведено изслѣдованій объ упругой ткани какъ въ нормальномъ, такъ и въ патологическомъ состояніяхъ, но, несмотря на это, сущность упругаго вещества и познаніе химическихъ и физическихъ свойствъ его до сихъ поръ остаются далеко недостаточно ясными.

Упругая ткань, составляя отдѣльную форму соединительнотканнаго вещества, является въ тѣлѣ одной изъ наиболее распространенныхъ тканей, но количество ея въ различныхъ органахъ не одинаково: въ однихъ органахъ она составляетъ лишь ничтожную примѣсь къ соединительной ткани, въ другихъ ея больше, а въ нѣкоторыхъ, какъ напр. въ затылочной связкѣ, ея такъ много, что вся почти эта связка состоитъ изъ упругой ткани, соединительная же ткань въ ней является уже какъ добавленіе къ упругой.

Во всѣхъ органахъ упругая ткань является постояннымъ спутникомъ соединительной ткани.

„Упругія или эластическія волокна,—пишетъ проф. Н. К. Кульчицкій¹⁾,—промежуточнаго вещества соединительной ткани составляютъ полную противоположность съ клейдающими волокнами. Они почти никогда не идутъ пучками, а въ огромномъ большинствѣ случаевъ располагаются изолированно, или въ формѣ сѣтей и даже въ формѣ сплошныхъ упругихъ оболочекъ. Они обладаютъ значительной эластичностью и характеризуются тѣмъ, что весьма сильно

¹⁾ Кульчицкій „Основы гистологіи животныхъ и человѣка“, изд. III, 1908, стр. 80—81.

противостоятъ дѣйствию кислотъ и щелочей, не измѣняясь даже въ крѣпкихъ растворахъ этихъ реагентовъ“.

Отдѣльныя упругія волокна имѣютъ рѣзкое очертаніе, края ихъ обыкновенно ровны, но иногда на нихъ замѣчается легкая зазубренность или шероховатость. Волокна могутъ быть толстыми и тонкими, короткими и длинными, прямыми и извитыми. Вещество упругихъ волоконъ представляется однороднымъ и сильно преломляющимъ свѣтъ. Форма ихъ обычно цилиндрическая, но иногда и лентовидная. „Строма упругихъ волоконъ,— пишетъ проф. Н. К. Кульчицкій¹⁾,—еще не совсѣмъ извѣстна. Нѣкоторые различаютъ въ нихъ два слоя: тонкій периферическій слой (оболочку) и центральный слой, обладающій большою свѣтопреломляющей способностью и состоящій изъ особаго вещества—эластина“.

Что же касается вопроса о развитіи упругой ткани, то по этому вопросу въ литературѣ существуетъ много разнообразныхъ и противорѣчащихъ другъ другу мнѣній и генезисъ упругой ткани до настоящаго времени остается открытымъ. Одни изслѣдователи полагаютъ, что упругая ткань возникаетъ изъ клѣтокъ, другіе признаютъ, что она происходитъ изъ межкѣлочнаго вещества; но тѣ изслѣдователи, которые полагаютъ, что упругія волокна происходятъ изъ клѣтки, не сходятся въ мнѣніяхъ между собой, отдавая преимущество различнымъ частямъ клѣтки.

„Такое несогласіе существуетъ,—какъ пишетъ Валяшко²⁾,—у наблюдателей самаго послѣдняго времени. Въ то время какъ Teuffel³⁾, Taddei⁴⁾, Minervini⁵⁾, Nakai⁶⁾ считаютъ болѣе вѣроятнымъ, что

1) I. c., стр. 81.

2) Валяшко. „Объ упругой ткани въ новообразованіяхъ“ Дисс. Сиб. 1906 г., стр. 10.

3) Teuffel. „Zur Entwicklung d. elast. Fasern in d. Zunge d. Fötus u. d. Neugeborenen“. Arch. f. An. u. Entwicklungsgeschichte. Jahrg. 1902. См. Валяшко, стр. 10.

4) Taddei. Die elast. Fasern bei d. Narbengeweben. Beitr. z. Studium d. Genese u. d. Entwickl. d. elast. Fasern. (Accad. med. e. chir. di Ferrara. 3 мая 1903). Samm. Ber. über d. wichtig. ital. Arb. ersch. im J. 1903.—Barbacci. Centrbl. f. allg. Path. u. path. An. Bd. 15. См. Валяшко, стр. 10.

5) Minervini. Ueber d. Ausbildung d. Narben. Virchows. Arch., Bd. 175. См. Валяшко, стр. 10.

6) Nakai. Ueber d. Entwicklung d. elast. Fasern in Organismus u. ihre Beziehung zu d. Gewebefunktion. Virch. Arch., Bd. 182. См. Валяшко, стр. 10.

эластическая ткань происходитъ изъ клѣточной протоплазмы, Guyot¹⁾ высказывается за внѣкѣлочное образованіе эластическихъ волоконъ“.

Относительно физиологическаго значенія упругой ткани мнѣнія различныхъ изслѣдователей также не согласны между собой, но большинство изъ нихъ считаетъ главнымъ свойствомъ эластической ткани упругость и растяжимость, на что указываетъ и самое названіе „эластическая, упругая ткань“, и на этихъ ея свойствахъ основывается ея физиологическое значеніе въ организмѣ.

Такъ, по His'у²⁾, эластическая ткань въ живомъ организмѣ обладаетъ совершенною эластичностью, ибо стѣнки большихъ стволонъ артерій, подвергаясь постоянно въ теченіе всей жизни растяженію и сокращенію, не обращаются въ вялый мѣшокъ, Triepel³⁾ же названіе „эластической“ ткани считаетъ неправильнымъ въ смыслѣ физиковъ, такъ какъ основано на смѣшеніи растяжимости съ эластичностью, и настаиваетъ на возобновленіи за ней стараго названія „желтой ткани“.

Шиффердеккеръ и Коссель⁴⁾, а также и Nakai⁵⁾ сравниваютъ упругость эластической ткани съ упругостью каучука; Unna⁶⁾ находитъ, что ее скорѣе можно сравнить съ упругостью пружины, когда она дѣйствуетъ отвѣсно къ направленію сгибанія; Hurlt⁷⁾ же сомнѣвается, чтобы упругость была главнымъ свойствомъ эластической ткани, такъ какъ присутствіе эластическихъ волоконъ въ такихъ перепонкахъ, какъ напр., твердая оболочка мозга и periosteum, становится непонятнымъ, ибо эти перепонки не нуждаются въ упругости; но, не отрицая упругости, онъ полагаетъ, что эла-

1) Guyot. Ueber d. Verhalten d. elast. Fasern bei Aneurysmatpleuritis. Ein Beitrag z. Histogenese d. elast. Fasern. Zieglers Beiträge, Bd. 38. См. Валяшко, стр. 10.

2) His, Ueber Elasticität u. elast. Gewebe. Anat. Anzeiger. Bd. 15. См. Валяшко, стр. 11.

3) Triepel. Einführung in d. physikalische Anatomie. I u. II. Wiesbaden. 1902. См. Валяшко, стр. 10.

4) Коссель А. и Шиффердеккеръ П. Руководство нормальной гистологіи. 1894 г., стр. 235.

5) I. c. Валяшко, стр. 11.

6) Unna P. Neue Beiträge zur Anatomie der Haut. Monats. f. prakt. Dermatologie. 1883 г. Bd. II, стр. 217—230.

7) Hurlt J. Руководство къ анатоміи человѣческаго тѣла съ указаніемъ на физиологическія основанія и практическія примѣненія ея. 1887 г., стр. 75—76.

стическая ткань служить организму, главнымъ образомъ, крѣпостью и растяжимостью, благодаря которымъ она предохраняетъ органы отъ разрыва, служить связующимъ веществомъ и упрощаетъ дѣйствіе мышцъ, замѣняя живыя силы.

Нéкам¹⁾ въ эластической ткани отрицаетъ не только упругость, но и растяжимость. По его мнѣнію, эти свойства принадлежатъ соединительной ткани, отъ которой и зависитъ растяжимость; эластической же ткани онъ приписываетъ неуступчивость и нерастяжимость, которая, не мѣшая тканямъ сокращаться, предохраняетъ ихъ отъ чрезмѣрнаго растяженія и разрывовъ.

По мнѣнію Покровскаго²⁾, упругая ткань обладаетъ упругостью и растяжимостью, но главное фізіологическое значеніе ея сводится не къ этимъ двумъ свойствамъ, а къ ея плотности. „Составляя лишь второстепенную, добавочную составную часть другихъ тканей—соединительной и хрящевой, которыя и сами служатъ поддержкой для различныхъ органовъ, упругая ткань,—пишетъ Покровскій,—по своей значительной плотности составляетъ для нихъ, такъ сказать, внутренній остовъ, опору, еще болѣе ихъ укрѣпляющую“.

Затѣмъ за эластической тканью Покровскій признаетъ легкую разрываемость, разъ она попадаетъ въ неестественныя условія. Способность же упругой ткани предохранять извѣстные органы отъ разрывовъ онъ совершенно отрицаетъ даже и по отношенію къ полымъ органамъ.

Мельниковъ-Разведенковъ³⁾ и Ивановъ⁴⁾ также полагаютъ, что главное физическое свойство эластической ткани состоитъ въ ея плотности.

По Булатову⁵⁾, эластическая ткань, кромѣ упругости и растяжимости, обладаетъ и прочностью, которая предохраняетъ альвеолы

¹⁾ Nékam. Quelques considérations sur la disposition et la fonction des fibres élastiques de la peau. Ann. de Dermatologie et de Syphilographie 1895 г. Т. IV, стр. 109—111. См. Мед. Обзорѣніе 1895 г. № 22, стр. 935—937.

²⁾ Покровскій. Упругая ткань и ея измѣненія при различныхъ заболѣваніяхъ легкихъ. Дисс. Москва. 1897 г., стр. 64—65.

³⁾ Мельниковъ-Разведенковъ. Histologische Untersuchungen über d. elast. Gewebe in norm. u. path. veränderten Organen. Beitr. Zieglers. Bd. 26. См. Мед. Обзор. 1899 г. Ноябрь, стр. 710.

⁴⁾ Ивановъ. Объ эластической ткани въ маткѣ во время беременности. Жур. Ак. и Ж. Б. 1901, стр. 1422.

⁵⁾ Булатовъ. Къ вопросу объ измѣненіяхъ эластическихъ волоконъ легкихъ въ старческомъ возрастѣ. Дисс. Сиб. 1897 г., стр. 34.

легкихъ отъ чрезмѣрнаго растяженія, ибо при эмфиземѣ легкихъ „упругость и растяжимость,—главныя свойства всякой эластической ткани,—въ легочныхъ эластическихъ волокнахъ теряются, а потому то давленіе входящаго въ альвеолы наружнаго воздуха, которое прежде легко преодолевалось эластичностью ткани, при чемъ легочные пузырьки принимали прежній объемъ, переходить за предѣлы этой эластичности, и упругія волокна частью рвутся, частью атрофируются, исчезая безслѣдно“.

По мнѣнію Чугаева¹⁾, эластическая ткань также, кромѣ упругости и растяжимости, обладаетъ еще довольно значительной плотностью. „Эластическая ткань въ легкомъ,—пишетъ онъ,—не есть ничто второстепенное и маловажное, а составляетъ скелетъ легкаго, который, окружая входъ въ каждую возникающую альвеолу и распространяясь въ ихъ стѣнкахъ, обуславливаетъ форму и величину альвеолъ; кромѣ того, поддерживаетъ просвѣты дыхательныхъ путей и пузырьковъ открытыми, не дозволяетъ стѣнкамъ дыхательныхъ полостей растягиваться за извѣстные предѣлы и служитъ поддержкой для нестойкихъ составныхъ частей ткани легкаго—капиллярныхъ сосудовъ, обвивающихся около эластическихъ волоконъ“.

Чаусовъ²⁾ полагаетъ, что упругія волокна слѣдуетъ разсматривать какъ пружины, и тогда станутъ понятными противорѣчивыя свойства, какъ-то: упругость, растяжимость, плотность, прочность, хрупкость и легкая разрываемость. „Какъ спиральныя пружины, эластическія волокна должны обладать упругостью и растяжимостью, что особенно ясно можно наблюдать въ кровеносныхъ сосудахъ, гдѣ спиральный ходъ ихъ поэтому выраженъ наиболѣе отчетливо“, но за предѣлами упругости они, какъ и пружины, становятся ломкими, хрупкими и не въ состояніи уже предохранять ткань отъ чрезмѣрнаго растяженія и разрыва.

Изъ всѣхъ вышеприведенныхъ мнѣній, на мой взглядъ, мнѣніе Чаусова является наиболѣе правильнымъ. При изслѣдованіи

¹⁾ Чугаевъ. Матеріалы для изученія строенія органовъ дыхательнаго аппарата. Дисс. Харьковъ 1896 г., стр. 68.

²⁾ Чаусовъ. Къ вопросу о распредѣленіи эластическаго вещества въ пищеварительномъ трактѣ. Харьковъ Дисс. 1898 г., стр. 13—15.

ийцепроводовъ, растянутыхъ серознымъ содержимымъ, можно ясно видѣть, что упругія волокна обладаютъ упругостью и растяжимостью и что растяжимость обусловливается извилистымъ ходомъ волоконъ.

Въ предѣлахъ ихъ упругости имъ свойственна прочность, благодаря которой волокна способны предохранять растянутую трубу отъ разрыва.

За предѣлами упругости или когда волокна представляются патологически измѣненными, они становятся ломкими, хрупкими, не способными уже предохранять ткани отъ чрезмѣрнаго растяженія и тогда только даютъ поводъ къ разрыву трубъ, матки, образованію аневризмъ.

Упругая ткань не всегда и не вездѣ одинакова и какъ по виду, такъ и по химическимъ свойствамъ она различается въ зависимости отъ вида животнаго, органа и возраста.

Такъ, Лейдигу ¹⁾ упругая ткань низшихъ позвоночныхъ животныхъ всегда казалась блѣднѣе, чѣмъ вышнихъ.

По Мельникову-Разведенкову ²⁾, наибольшее количество и постоянство упругой ткани связано съ функціей органа.

Pick ³⁾ видитъ цѣлесообразность въ преобладаніи эластической ткани въ наружныхъ слояхъ матки, такъ какъ наружные слои сильнѣе растягиваются внутреннихъ.

По Триерлю ⁴⁾ и др., количество упругихъ элементовъ, при нормальныхъ условіяхъ, зависитъ отъ физическихъ вліяній, дѣйствующихъ извнѣ или внутри на артеріальныя полости.

Способность упругой ткани воспринимать окраску развита не одинаково.

Гольденблюмъ ⁵⁾ свою неудачу при окраскѣ эластической ткани въ легкихъ по способу Martinotti, Ferris, Herxheimer'a и Renaut объясняетъ различіемъ химическаго состава упругой ткани въ различныхъ органахъ.

¹⁾ Leydig Fr. Lehrbuch der Histologie des Menschen und der Thiere. 1857 г., стр. 28. См. Покровский, стр. 25.

²⁾ I. c., стр. 710—711.

³⁾ Pick. Ueber d. elast. Gewebe in d. norm. u. path. veränderten Gebärmutter. Volkmanns Samml. Klin. Vorträge № 283. 1900. См. Валяшко, стр. 12.

⁴⁾ I. c. См. Валяшко, стр. 11—12.

⁵⁾ Гольденблюмъ М. Къ техникѣ окрашивания упругихъ волоконъ въ сѣткахъ легкихъ. Мед. Обозрѣніе. 1895 г., № 8, стр. 298.

Neelsen ¹⁾ говоритъ, что методы Herxheimer'a и Tänzer-Unn'ы даютъ превосходные результаты для окраски упругой ткани въ кожѣ и въ сосудахъ, а на препаратахъ изъ легкихъ, гдѣ для патолога чрезвычайно важно опредѣлить состояніе эластической ткани, оба метода давали мнѣ до сихъ поръ сомнительные и непостоянные результаты.

Покровский ²⁾ тоже подтверждаетъ, что способность воспринимать окраску развита въ упругихъ волокнахъ различныхъ органовъ не одинаково.

Проф. Н. К. Кульчицкій ³⁾, окрашивая по своему способу эластическія волокна Magdalaroth'омъ въ различныхъ органахъ, получилъ различную окраску.

Также получили неодинаковые результаты при окраскѣ упругой ткани въ различныхъ органахъ Чаусовъ ⁴⁾, Spalteholz ⁵⁾ и др.

Что упругая ткань измѣняется съ возрастомъ какъ въ качественномъ, такъ и въ количественномъ отношеніяхъ, не подлежитъ сомнѣнію, ибо всѣ изслѣдователи согласны, что упругія волокна въ различныхъ органахъ у новорожденныхъ развиты слабѣе и тоньше, чѣмъ у взрослыхъ и пожилыхъ.

Такъ, по Мельникову-Разведенкову ⁶⁾, у новорожденныхъ упругой ткани мало, но съ увеличеніемъ возраста количество упругой ткани увеличивается, но увеличеніе наступаетъ не во всѣхъ органахъ одинаково, а раньше въ тѣхъ, которые начинаютъ раньше функционировать.

Вопросъ объ измѣненіяхъ упругой ткани подъ вліяніемъ старости еще окончательно не рѣшенъ.

¹⁾ Neelsen F. Основы патолого-анатомической техники. 1893, стр. 144.

²⁾ I. c., стр. 26.

³⁾ Кульчицкій Н. К. а) Zur Frage über den Bau der Milz. Arch. f. mikroskop. Anatom. Bd. 46, стр. 673—695.

б) Къ вопросу о строеніи селезенки. Труды Общества научной медицины и гигиены при Харьковскомъ университетѣ. 1895. Выпускъ I, стр. 26—31.

⁴⁾ I. c., 21—22.

⁵⁾ Spalteholz W. Das Bindegewebegerüst der Dünndarmschleimhaut des Hundes. Separat-Abzug aus Arch. f. Anat. und Physiol. Anat. Abtheil. Supplementband. 1897 г., стр. 380—389. См. Чаусовъ, стр. 21.

⁶⁾ I. c. стр. 711.

Schmidt ¹⁾, изучая эластическую ткань въ кожѣ стариковъ, нашелъ, что первыя измѣненія упругихъ волоконъ наступаютъ около 50 лѣтъ, но иногда и въ 40. Сильнѣе всего они бываютъ выражены въ кожѣ лица, особенно губъ и щекъ, на другихъ же мѣстахъ измѣненія бываютъ незначительны и непостоянны. Въ старческой кожѣ Schmidt находитъ увеличеніе количества упругихъ волоконъ, но это увеличеніе онъ объясняетъ исчезновеніемъ соединительной ткани, которая выполняетъ петли упругой сѣти, упругія же волокна вслѣдствіе этого сближаются. Измѣненія же самихъ волоконъ состоятъ, по его мнѣнію, въ ихъ зернистомъ распадѣ и стекловидномъ разбуханіи. Кромѣ того, Schmidt нашелъ, что разбухшія упругія волокна въ кожѣ стариковъ окрашиваются квасцовымъ карминомъ въ розово-красный цвѣтъ, а гематоксилиномъ въ синевато-стальной, здоровыя же волокна совсѣмъ не окрашиваются этими красками.

Passarge ²⁾ во многомъ согласенъ со Шмидтомъ, но зернистаго распадѣнія онъ не видѣлъ ни разу.

Du Mesnil-de-Rochemont ³⁾ находитъ, что упругія волокна въ старческой кожѣ вслѣдствіе исчезанія соединительной ткани плотнѣе прилежатъ другъ къ другу, почему получается впечатлѣніе увеличеннаго количества ихъ, но измѣненій въ самихъ волокнахъ онъ не видѣлъ.

Sederholm ⁴⁾, кромѣ уменьшенія коллагенной и увеличенія эластической ткани, находитъ, что въ старческой кожѣ эластическія волокна обнаруживаютъ зернистый распадъ и равномерное или

¹⁾ Schmidt M. Ueber die Altersveränderungen der elastischen Fasern in der Haut. Arch. f. path. Anatomie u. Physiol. u. f. klin. Medicin. 1891. Bd. CXXV, стр. 239—251.

²⁾ Passarge K. a) Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen. Inaug. Diss. Hamburg. u. Leipzig. 1894, стр. 18. b) Passarge K. u. Krösing R. Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen. Derm. Studien 1894. H. 18, стр. 20—21. См. Покровский, стр. 30—31.

³⁾ Du Mesnil-de-Rochemont. Ueber das Verhalten der elastischen Fasern bei pathologischen Zuständen der Haut. Arch. f. Dermatologie u. Syphil. 1893. Bd. 25, стр. 576—577.

⁴⁾ Sederholm. Ueber d. elast. Gewebe in d. Haut. v. Personen mittleren u. hohen Alters (Nordr. Med. Arch. №15. 1892). Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 25. См. Валашко, стр. 14.

варикозное утолщеніе, сильнѣе переплетаются, количество же ихъ въ гладкой мускулатурѣ увеличено, въ подэпителиальномъ же слоеъ кожи оно уменьшается.

Проф. Мельниковъ-Разведенковъ ¹⁾ находитъ, что у старыхъ людей нарастаніе упругой ткани обратно пропорціонально исчезанію специфическихъ тканевыхъ элементовъ.

Орбантъ ²⁾ находитъ, что подэпителиальный слой эластической сѣти претерпѣваетъ глубокія измѣненія, ибо здѣсь волокна утолщаются, неправильно извиваются, переплетаются между собой и коллоидно перерождаются, въ глубокихъ же слояхъ эластическая ткань кожи не измѣняется.

Himmel ³⁾ предполагаетъ, на основаніи обнаруженныхъ имъ инфильтраціонныхъ гнѣздъ, что измѣненія эластической ткани въ старческой кожѣ происходятъ благодаря разрушительному вліянію воспалительныхъ процессовъ.

Reizenstein ⁴⁾, въ существенномъ, тоже подтверждаетъ данныя Шмидта, но, по его наблюденіямъ, такія же измѣненія упругихъ волоконъ встрѣчаются не только въ старческомъ возрастѣ, но и въ молодомъ, а потому, по его мнѣнію, подобныя измѣненія не представляютъ исключительно старческихъ явленій, а могутъ быть, напр., у лицъ истощенныхъ или же начальная граница этихъ измѣненій значительно ниже 40 лѣтъ, ибо онъ нашелъ такія же измѣненія у 26-лѣтняго и не находилъ только у 18-лѣтняго.

Unna ⁵⁾, проверяя данныя Шмидта, также нашелъ увеличеніе упругой ткани въ кожѣ стариковъ, но это увеличеніе, по его мнѣнію, зависитъ отъ совершенно неправильнаго скопленія упругихъ волоконъ. Кромѣ этого, по мнѣнію Унна, способность окрашиваться кислымъ орсинномъ слабѣетъ и усиливается воспримчивость къ основнымъ краскамъ и эластинъ превращается въ элацинъ.

¹⁾ I. с., стр. 711.

²⁾ Орбантъ „Къ вопросу о старческихъ измѣненіяхъ кожи“. Дасс. Слб. 1896, стр. 46—47.

³⁾ Himmel. Zur Kenntniss d. senilen Degeneration d. Haut. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 64. См. Валашко, стр. 15.

⁴⁾ Reizenstein A. Ueber die Altersveränderungen der elastischen Fasern in der Haut. Monatsschr. f. prakt. Dermatologie. 1894. Bd. 18, стр. 1—7.

⁵⁾ Unna P. Die Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894 г., стр. 992—995.

Старческий возраст оказывает влияние на упругую ткань и в других органах.

Такъ, Dührssen ¹⁾ находитъ во влагалищной части матки у старыхъ женщинъ почти полное исчезаніе упругихъ волоконъ, въ мѣстахъ же, гдѣ они сохранились, волокна представлялись болѣе тонкими. Кромѣ этого, онъ наблюдалъ и полнообразные клубки упругихъ волоконъ, которые очень рѣдко видѣлъ и Woltke ²⁾. По наблюдениямъ Woltke ³⁾, во влагалищной части матки „отсутствіе глубокаго слоя составляетъ для новорожденныхъ и для дѣвочекъ правило, у старухъ же (послѣ 70 лѣтъ) этотъ слой снова исчезаетъ“.

По наблюдениямъ же Schenk'a и Austerlitz'a ⁴⁾, во всѣхъ органахъ женскаго родового пути съ увеличеніемъ возраста упругихъ волоконъ становится больше и располагаются они плотнѣе, но увеличеніе ихъ не оказываетъ влияния на эластическія свойства органа.

По наблюдениямъ Woltke ⁵⁾, количество упругой ткани въ маткѣ зависитъ въ молодости, главнымъ образомъ, отъ половой жизни, т. е. отъ того, имѣла ли мѣсто въ полости матки беременность, ибо при сравненіи препаратовъ матки у нерожавшей и рожавшей однихъ лѣтъ „не трудно замѣтить у первой скудное развитіе упругихъ волоконъ въ наружныхъ мышечныхъ слояхъ, а у второй весьма обильное“.

Въ теченіе беременности, по его же наблюдениямъ, упругія волокна претерпѣваютъ вмѣстѣ съ другими тканями какъ измѣненія прогрессивныя, такъ и обратнаго развитія, при чемъ размноженіе упругихъ волоконъ при всеобщей гипертрофій маточной ткани имѣетъ мѣсто тамъ, гдѣ они встрѣчаются въ небеременномъ состояніи. Въ первую половину беременности упругая ткань въ

¹⁾ Dührssen A. Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der portio vaginalis uteri. Arch. f. Gynäkologie. 1891. Bd. 41, стр. 259—294.

²⁾ Woltke „Гистологическое изслѣдованіе упругой ткани въ маткѣ и въ личникѣ“. Мед. Обозр. 1900 г. Май, стр. 767—768.

³⁾ I. c., стр. 773.

⁴⁾ Schenk u. Austerlitz. Weitere Untersuchungen über d. elast. Gew. d. weiblichen Genitalorgane (Zeitschr. f. Heilk. 1903) p. Centrbl. f. allg. P. u. path. An. Bd. 15., стр. 149.

⁵⁾ I. c., стр. 767, 769 и 771.

маткѣ пышно развивается, во вторую половину значительно убываетъ. Эта убыль упругой ткани объясняется, по мнѣнію Woltke, растяженіемъ стѣнки со стороны растущаго яйца, ибо Obermüller, изучавшій упругую ткань влагалища, пришелъ къ выводу, что медленное растяженіе или долгое давленіе вызываетъ убыль упругой ткани въ стѣнкѣ влагалища. Въ послѣродовомъ періодѣ количество упругихъ волоконъ въ маткѣ снова увеличивается.

По наблюдениямъ Obermüller'a ¹⁾, количество упругихъ волоконъ во влагалищѣ съ возрастомъ постепенно увеличивается, въ климактерическомъ возрастѣ оно нѣсколько уменьшается, въ старческомъ возрастѣ волокна часто представляются неправильными и мѣстами перерожденными въ глыбки, но исчезанія ихъ не замѣчается; во время же беременности, по Obermüller'у, упругая ткань сильно развивается.

Pick ²⁾ и Raineri ³⁾ также находили въ первые мѣсяцы беременности въ маткѣ увеличеніе упругой ткани и уменьшеніе ея къ концу беременности.

Въ грудныхъ железахъ женщинъ Bierich ⁴⁾ находитъ, что количество упругихъ волоконъ съ самаго ранняго дѣтства постепенно увеличивается, но до половой зрѣлости развитіе идетъ слабо, въ зрѣломъ же возрастѣ упругая ткань развита хорошо и имѣетъ извѣстное распредѣленіе, въ климактерическомъ же періодѣ упругой ткани больше всего.

Въ легкихъ, по наблюдениямъ Булатова ⁵⁾, эластическія волокна въ старческомъ возрастѣ, особенно при старческой эмфиземѣ, претерпѣваютъ значительныя морфологическія измѣненія; по наблюдениямъ же Покровскаго ⁶⁾, упругія волокна ни по своему наружному

¹⁾ Obermüller, Untersuchungen über d. elast. Gewebe d. Scheide. Ziegl. Beitr. Bd. 27, стр. 586.

²⁾ I. c.

³⁾ Raineri. Das elast. Gewebe im leeren u. schwang. Uterus (Giorn. K. Accad. di Med. di Torino № 4) Summar. Ber. über. d. wicht. ital. Arb. ersch. im J. 1904—Barbacci. Centrbl. allg. Path. u. path. An. Bd. 16. См. Валяшко, стр. 16.

⁴⁾ Bierich. Untersuchungen über das elastische Gewebe der Brustdrüse im normalen Zustande und bei Geschwülsten. Diss. Königsberg. 1900. См. Валяшко, стр. 18.

⁵⁾ I. c., стр. 35.

⁶⁾ I. c., стр. 34—35.

виду, ни по расположению совершенно не отличаются отъ волоконъ легкихъ, принадлежащихъ молодымъ людямъ.

Проф. Н. О. Мельниковъ-Разведенковъ¹⁾ при старческой атрофiи лимфатическихъ железъ и яичка находилъ увеличенiе упругой ткани.

Что же касается распредѣленiя и измѣненiй упругой ткани въ Gallorіевыхъ трубахъ женщинъ, по изслѣдованiю д-ра Бухштаба²⁾, то, чтобы не повторяться, данныя этого изслѣдованiя я приведу при изложенiи своихъ наблюденiй.

Какимъ образомъ происходитъ дальнѣйшiй ростъ уже образовавшихся упругихъ волоконъ, мнѣнiя по этому вопросу различныхъ изслѣдователей также неодинаковы.

По мнѣнiю Гарднера³⁾, ростъ упругихъ волоконъ происходитъ путемъ слиянiя тончайшихъ упругихъ ниточекъ, которыя возникаютъ изъ клѣточной протоплазмы.

1) I. с., стр. 704.

2) Бухштабъ А. „Эластическая ткань въ Gallorіевыхъ трубахъ женщинъ при нормальномъ и патологическомъ состоянiяхъ“. Дисс. Спб. 1896 г.

3) Гарднеръ М. „Къ вопросу о гистогенезѣ эластической ткани“. Вѣстникъ Медицины. 1896. Т. I, стр. 438.

II. Краткiй обзоръ литературы объ упругой ткани при различныхъ патологическихъ состоянiяхъ.

Упругая ткань можетъ сохраняться при очень тяжелыхъ патологическихъ процессахъ, когда всякая другая ткань исчезаетъ, и можетъ исчезнуть упругая ткань, когда другiя ткани еще не измѣнены.

Чрезвычайно чувствительна упругая ткань къ острому, особенно къ гнойному воспаленiю, при которомъ упругiя волокна подвергаются значительнымъ измѣненiямъ и даже вполне исчезаютъ, при чемъ изъ всѣхъ явленiй, присущихъ воспаленiю, инфильтрацiя тканей наиболѣе вредное оказываетъ влiянiе на упругiя волокна.

Такъ, по Offergeld'у¹⁾, уже при незначительной мелкоклѣточной инфильтрацiи можно видѣть дегенеративные процессы въ среднихъ эластическихъ волокнахъ, которые выражаются въ недостаточной окраскѣ волоконъ или зернистомъ распадѣ, клейдающая же ткань не измѣняется. При болѣе значительной инфильтрацiи волокна имбибрируются жидкостью, остаются не окрашенными, а затѣмъ распадаются; исчезаютъ сначала болѣе тонкiя волокна, болѣе грубыя гибнутъ вмѣстѣ съ распадомъ гнѣзда, при чемъ исчезанiе происходитъ не только въ воспаленной ткани, но и въ окололежащей.

Du Mesnil-de-Rochemont²⁾ при изслѣдованiи кожи при различныхъ воспалительныхъ состоянiяхъ замѣтилъ въ упругихъ волокнахъ рѣзкiя измѣненiя; при чемъ тамъ, гдѣ воспаленiе было выражено сильнѣе, и исчезанiе волоконъ было больше, доходя почти до совершеннаго отсутствiя ихъ. Разрушенiе волоконъ, по его мнѣнiю, зависитъ скорѣе отъ дѣйствiя химическихъ веществъ, кото-

1) Offergeld. Ueber d. Degeneration d. elast. Fasern b. Entzündungen. D. iss. Bonn. 1902. См. Валишко, стр. 30—31.

2) I. с., стр. 569—570.

Иль.
№ Н. Илларионовъ.
НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

БИБЛИОТЕКА
Харьковский Медицинский Институтъ
№ 4786

125219

рыя образуются при воспаленіи; по мнѣнію же Offergeld'a¹⁾, причина исчезновенія эластическихъ волоконъ при остромъ воспаленіи находится въ дѣйствіи воспалительнаго экссудата.

Krösing²⁾, изслѣдуя кожу при различныхъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ, пришелъ къ заключенію, что упругая ткань подвергается значительнымъ измѣненіямъ соотвѣтственно интенсивности и продолжительности патологическаго процесса. Изъ всѣхъ сопро-вождающихъ воспаленіе явленій самымъ вреднымъ для упругихъ волоконъ является инфильтрація и, гдѣ имѣется послѣдняя, тамъ всюду происходитъ исчезаніе упругой ткани. При небольшой и непродолжительной инфильтраціи упругія волокна теряютъ способность окрашиваться и становятся тоньше, при высшихъ степеняхъ инфильтраціи происходитъ разрушеніе, оканчивающееся полнымъ распадомъ волоконъ.

По проф. Мельникову-Разведенкову³⁾, отношеніе упругой ткани къ воспалительной инфильтраціи можно видѣть на свѣжихъ инфарктахъ селезенки: въ центрѣ ихъ, гдѣ процессъ хроническій, упругая ткань остается не тронутой; на границѣ же, въ поясѣ воспалительной реакціи, она исчезаетъ.

Passarge⁴⁾, въ противоположность почти всѣмъ другимъ изслѣдователямъ, въ полной гибели большого количества упругихъ волоконъ при воспалительныхъ процессахъ убѣдиться не могъ и разрушеніе упругой ткани при воспаленіи ему представляется медленнымъ и несовершеннымъ.

По наблюденіямъ Покровскаго⁵⁾, при острыхъ воспаленіяхъ легкихъ упругія волокна въ большей или меньшей степени теряютъ способность къ окраскѣ, но разрушенія ихъ при этомъ не происходитъ.

При нагноеніи и, особенно, при омертвѣніи, по наблюденіямъ Покровскаго⁶⁾, упругая ткань не только теряетъ способность окраши-

1) I. c., см. Валяшко, стр. 32.

2) I. c., стр. 72, 81 и 98. См. Покровскій, стр. 123.

3) I. c., стр. 713.

4) I. c., стр. 8—10. См. Покровскій, стр. 123.

5) I. c., стр. 128.

6) I. c., стр. 138 и 143.

ваться, но и разрушается, хотя погибаетъ она значительно позже остальныхъ составныхъ частей органа.

При интерстиціальномъ воспаленіи легкихъ Покровскій¹⁾ находитъ, что упругія волокна не измѣняются, нисколько не теряютъ способности воспринимать окраску, но вслѣдствіе раздвиганія ихъ разрастающейся соединительной тканью они кажутся менѣе многочисленными; исчезаніе же упругихъ волоконъ при эмфиземѣ, по его мнѣнію, происходитъ вслѣдъ за исчезаніемъ соединительной ткани, въ которой она залегаетъ.

Sawada²⁾ при аспидной индурации легкаго нашелъ, что упругія волокна значительно уменьшаются и въ нихъ наступаютъ измѣненія, если происходитъ разрастаніе соединительной ткани; поэтому разрушеніе волоконъ, по его мнѣнію, наступаетъ не прямо вслѣдствіе воспалительнаго процесса, но вслѣдствіе сморщиванія или вытѣсненія и вслѣдствіе продолжительной недѣятельности.

При катарральномъ и фибринозномъ воспаленіи легкаго, по наблюденіямъ Sawada³⁾, упругая ткань мало измѣняется.

По наблюденіямъ Woltke⁴⁾, при остромъ катарральномъ воспаленіи шейки матки «въ мѣстахъ круглоклѣточной инфильтраціи поверхностный слой упругой ткани отбѣняется по направленію кнутри, а иногда круглыя клѣтки какъ бы прорываютъ себѣ путь на нѣкоторомъ протяженіи черезъ самый слой упругихъ волоконъ, непрерывность котораго является такимъ образомъ нарушенною».

При остромъ метритѣ, по изслѣдованіямъ Piek'a⁵⁾, клѣточная инфильтрація и воспалительный отекъ на упругую ткань почти не оказываютъ вліянія, но при нагноеніи упругія волокна расплавляются и уничтожаются.

Изъ хроническихъ воспаленій наиболее вреднымъ для упругой ткани являются tuberculosis et lupus, при чемъ нѣкоторые изслѣдователи высказываются за дѣйствіе химическихъ веществъ при

1) I. c., стр. 133 и 165.

2) Sawada. Ueber Zerstörung u. Neubildung d. elast. Gewebes in d. Zunge b. verschied. Erkrankungen. Virch. Arch. Bd. 169. См. Валяшко, стр. 33—34.

3) I. c., стр. 32.

4) I. c., стр. 774.

5) I. c., см. Валяшко, стр. 33.

туберкулезъ, подъ влияніемъ которыхъ упругія волокна растворяются (туберкулезный ядъ), но нѣкоторые химическое воздѣйствіе отрицаютъ. Такъ, Du Mesnil-de-Rochemont¹⁾, найдя полное отсутствіе упругой ткани не только въ области бугорчатыхъ разрастаній, но и въ поясѣ, шириною въ 1 линію, вокругъ гнѣзды, объясняетъ раствореніе упругихъ волоконъ дѣйствіемъ химическихъ продуктовъ, ибо прочія составныя части ткани совершенно не измѣняются. По наблюденіямъ Mall'a²⁾, который изслѣдовалъ свѣжее бугорчатое легкое, на окраинѣ бугорка находились неизмѣненныя упругія волокна, въ серединѣ же его, гдѣ начинался творожистый распадъ, они подвергались постепенному разрушенію.

Offergeld³⁾ также находитъ при туберкулезѣ рано наступающія измѣненія упругой ткани, которыя выражаются въ потерѣ способности краситься и въ уменьшеніи числа волоконъ; при измѣненіи же интерстиціальной ткани онъ находитъ полное исчезновеніе упругихъ волоконъ.

По наблюденіямъ Покровскаго⁴⁾, при бугорчаткѣ упругія волокна не только вполне сохраняютъ обычный свой видъ, но и взаимное свое расположеніе и лишь окраска ихъ бываетъ немного блѣднѣе обыкновеннаго.

Mironescu⁵⁾ признаетъ вредное дѣйствіе туберкулеза на упругія волокна, но главное значеніе онъ приписываетъ воспаленію и экссудату, а не туберкулезнымъ бактеріямъ, ибо при хронической продуктивной формѣ туберкулеза упругія волокна не разрушаются.

По наблюденіямъ проф. Мельникова-Разведенкова⁶⁾ и др. пораженія упругой ткани при туберкулезномъ процессѣ бываютъ слабѣе, чѣмъ при гнойномъ.

1) I. c. стр. 574—575.

2) Mall F. Das reticulirte Gewebe und seine Beziehungen zu den Bindegewebsfibrillen. Abhandl. d. mathem.-physical. Classe d. Königl. Sächsisch. Gesellschaft d. Wissenschaften. 1891. Bd. 17, стр. 295—338, см. Покровскій, стр. 147.

3) I. c. см. Валяшко, стр. 36.

4) I. c. стр. 149—150.

5) Mironescu. Beitrag z. Studium d. elast. Gewebes in d. Leber b. Infectiionskrankh. Virch. Arch. Bd. 174. См. Валяшко, стр. 36.

6) I. c. 704—705.

Federmann¹⁾ признаетъ существованіе специфическаго яда для упругой ткани или вообще воспалительнаго, или только туберкулезнаго, ибо быстрое исчезаніе упругой ткани въ стѣнкахъ канальцевъ яичка, которое онъ наблюдалъ, объяснить сильнымъ растяженіемъ стѣнки канальцевъ новообразованными разрастающимися массами нельзя. Разрушеніе упругой ткани проявляется въ начальную стадію влѣдствіе обширнаго развитія туберкулезныхъ грануляцій, ибо, чѣмъ долѣе существуетъ грануляція, тѣмъ болѣе разрушаются упругія волокна.

Passarge²⁾ замѣтилъ, что на границѣ здоровой и больной ткани при волчанкѣ кожи упругія волокна сразу исчезали и въ самой же опухоли ихъ совершенно не было, при употребленіи же раствора йодка кали онъ часто находилъ малочисленныя и всегда весьма тонкія упругія волокна въ наружныхъ частяхъ волчанки, въ срединныхъ же частяхъ онъ находилъ ихъ рѣдко. Но, такъ какъ Passarge исчезаніе упругихъ волоконъ находилъ не только при волчанкѣ, но и въ грануляціонной ткани, то онъ дѣлаетъ выводъ, что упругія волокна гибнутъ всюду, гдѣ имѣется скопленіе круглыхъ соединительнотканыхъ кѣтокъ.

При омертвѣніи, по наблюденіямъ Покровскаго³⁾ и др. авторовъ, упругія волокна претерпѣваютъ глубокія внутреннія измѣненія и разрушаются.

Passarge⁴⁾ указываетъ на большую разницу между сухимъ и влажнымъ омертвѣніемъ кожи, ибо при первомъ упругія волокна совершенно не измѣняются, при второмъ же они подвергаются полному разрушенію.

Деструктивные процессы въ упругой ткани могутъ происходить и отъ другихъ различныхъ причинъ, такъ, напр., при механическихъ воздѣйствіяхъ они растягиваются, рвутся и исчезаютъ, а также могутъ быть причиной нѣкоторыхъ заболѣваній.

1) Federmann. Tuberculose u. Syphilis d. Hodens in Bezug auf d. Verhalten d. elastischen Gewebes. Virch. Arch. Bd. 165. См. Валяшко, стр. 35.

2) I. c. стр. 9—13. См. Покровскій, стр. 145—146.

3) I. c. стр. 143.

4) I. c. стр. 8—12, см. Покровскій, стр. 140—141.

Такъ, по Minervini¹⁾, происхождение Striae gravidarum объясняется только травматическим повреждением. Вишневскій²⁾ въ своемъ докладѣ выяснилъ, что при беременности, равно какъ и при растяженіяхъ брюшныхъ стѣнокъ отъ болѣзней, наблюдаются стойкія измѣненія въ упругой ткани кожи брюшныхъ стѣнокъ. Измѣненія эти сводятся къ атрофіи и нарушенію непрерывности упругихъ волоконъ, главнымъ образомъ, въ сосочковой части кожи.

Obermüller³⁾, изучая упругую ткань влагалища, пришелъ къ выводу, что убыль упругой ткани обуславливается механическимъ путемъ вслѣдствіе медленно наступающаго растяженія или долгаго давленія, напр., ношеніе пессаріевъ вызываетъ убыль упругой ткани въ стѣнкахъ влагалища.

По Давыдову⁴⁾, причина самопроизвольныхъ разрывовъ матки во время родовъ и беременности заключается въ измѣненіи упругой ткани, особенно тогда, когда нѣтъ другихъ измѣненій. По его наблюденіямъ, упругая ткань измѣнена не только въ области разрывовъ, но и во всей маткѣ. Упругія волокна въ разорванныхъ маткахъ представляются короткими, мѣстами узловатыми, зернистыми, собранными въ полипоподобные клубки и сильно измѣненныя части волоконъ совершенно не окрашиваются.

Въ случаѣ самопроизвольнаго разрыва матки Томсономъ и Зиле⁵⁾ также были найдены измѣненія и, главнымъ образомъ, въ эластической ткани. Нѣкоторыя части матки оказались совершенно лишенными эластическихъ волоконъ, особенно ясно это было замѣтно у мѣста разрыва. Вблизи сосудовъ замѣчались узловатая утолщенія, скомканность, какъ будто бы волокна были измочалены и изорваны въ куски. Въ шейкѣ матки волокна ясно растянуты,

1) I. c. Валашко, стр. 22.

2) Вишневскій. „Объ измѣненіяхъ упругой ткани кожи брюшныхъ стѣнокъ“. Докладъ. Журн. Акушер. и Жен. Бол. 1902, стр. 194.

3) I. c.

4) Давыдовъ. „Къ вопросу объ измѣненіи эластической ткани матки при самопроизвольныхъ разрывахъ ея во время родовъ и беременности“. Диссерт. Журн. Акуш. и Жен. Бол. 1895, стр. 1084 и 1093.

5) Томсонъ и Зиле. „Къ вопросу о разрывѣ матки“. Журн. Ак. и Ж. Б. 1900 г., стр. 1095—1096 и 1098.

выпрямлены и слабо окрашены. Подобныя измѣненія упругихъ волоконъ, по мнѣнію авторовъ, составляютъ одну, если не главную, причину происхожденія разрыва матки. Шварцъ¹⁾ также въ своемъ случаѣ разрыва матки во время родовъ нашелъ упругую ткань измѣненной и на основаніи измѣненій полагаетъ, что причиной разрыва послужило заболѣваніе эластической, а также мышечной ткани.

Полъновъ²⁾, изслѣдуя случай разорванной матки, также не отрицаетъ факта ненормальнаго состоянія упругой ткани въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрывовъ матки, но все эти отклоненія въ структурѣ упругой ткани, вѣроятно, не есть заболѣваніе ея, такъ какъ, по его мнѣнію, можно найти имъ объясненіе въ физиологическихъ процессахъ подъ вліяніемъ беременности.

Порошинъ³⁾ причиной самопроизвольнаго разрыва матки въ своемъ случаѣ считаетъ недостатокъ эластической ткани вслѣдствіе пожилого возраста (45 л.) и многократныхъ родовъ. Среди мышцъ авторъ почти не находилъ упругой ткани, въ сосудистыхъ же стѣнкахъ находилъ въ весьма маломъ количествѣ волокна съ неправильными контурами.

Причиной разрыва влагалища во время родовъ, по мнѣнію Siebourg'a⁴⁾, среди другихъ причинъ служитъ и вѣроятное патологическое измѣненіе упругой ткани, отъ которой зависятъ эластичность и крѣпость влагалища, а также и разрывы рукава sub coitu, по мнѣнію другихъ, преимущественно наблюдающіеся въ дѣтскихъ и старческихъ вагинахъ, зависятъ отъ ненормальнаго состоянія, вѣроятно, упругой ткани.

1) Шварцъ и Томсонъ. „Къ вопросу о самопроизвольномъ разрывѣ матки“. Centralblatt für Gyn. 1899 г. № 28.

2) Полъновъ. „Къ вопросу объ этиологіи самопроизвольныхъ разрывовъ матки“. Журн. Ак. и Ж. Б. 1902 г., стр. 854.

3) Порошинъ. „Zur Aetiologie d. spont. Uterusruptur während Schwangerschaft u. Geburt. Centrblt. f. Gynäk. 1898 г., № 7, стр. 186.

4) Siebourg. Ueber spont. Abreissungen d. Scheidengewölbe in d. Geburt. Woch. Münch. Med. 1889, № 5.

Güntzburger¹⁾ сообщил случай лопнувшей *cysto-adenoma pseudomuxomatosum glandulare*, при изслѣдованіи которой онъ нашелъ во всѣхъ слояхъ соединительной ткани этой опухоли малое количество эластической ткани сравнительно съ нормальнымъ яичникомъ, и на основаніи этого онъ предполагаетъ, что незначительное количество или полное отсутствіе упругой ткани въ стѣнкахъ кисты ускоряетъ разрывъ ихъ.

Что касается измѣненій упругой ткани при различнаго рода новообразованіяхъ, то въ послѣднее время по этому вопросу имѣется цѣлый рядъ изслѣдователей, занимавшихся этимъ вопросомъ: Валишко, Коныловъ²⁾ и много др., но я приведу только данныя относительно кистозныхъ опухолей, что имѣетъ нѣкоторое отношеніе къ моей работѣ.

По наблюденіямъ Валишко³⁾, упругая ткань въ кистахъ яичника находится какъ въ качествѣ сосудистыхъ оболочекъ, такъ и въ видѣ волоконъ, переплетающихся съ клейдающими, но количество ея въ соединительнотканыхъ пучкахъ стѣнки кисты рѣдко бываетъ значительно. Въ толщѣ стѣнки, особенно большихъ кистъ, упругія волокна находятся до тѣхъ поръ, пока не наступитъ разстройства питанія и склерозъ.

Ближайшіе слои къ полости, какъ болѣе страдающіе, по наблюденіямъ автора, скорѣе теряютъ упругую ткань.

Что касается вопроса о возрожденіи упругой ткани, то въ прежнее время полагали, что упругая ткань не обладаетъ способностью возрождаться и, въ случаѣ поврежденія, на мѣстѣ ея является соединительная ткань.

Судакевичъ⁴⁾ первый указалъ, что и упругой ткани такъ же, какъ и другимъ, присуща способность возрождаться.

¹⁾ Güntzburger. „Ein Fall von spontan geplatzt Kystoma glandulare pseudomuxomatosum ovarii dextri mit doppelseitigen Dermoidcysten und secundärem pseudomuxoma peritonei“, Arch. f. Gyn. Bd 59.

²⁾ Коныловъ Н. В. „Эластическая ткань въ злокачественныхъ новообразованіяхъ“. Рус. Хир. Арх. 1908 г., кн. I, стр. 1.

³⁾ I. c., стр. 189.

⁴⁾ Судакевичъ И. „Упругая ткань, ея строеніе и развитіе“. Извѣстія Кіевск. университета. 1882 г. № 3 и 4 (мартъ и апрѣль), стр. 52—53.

Въ настоящее же время имѣется цѣлый рядъ авторовъ, которые изучали регенерацію упругой ткани при различныхъ деструктивныхъ процессахъ.

Проф. Мельниковъ-Разведенковъ¹⁾ полагаетъ, что упругая ткань въ патологическомъ состояніи обладаетъ большой способностью къ регенераціи, но новообразованіе ея происходитъ только тамъ, гдѣ упругая ткань является цѣлесообразной въ механическомъ отношеніи, что подтверждается и другими авторами.

По описанію Minervini²⁾, новообразованныя волокна въ рубцѣ тоньше, менѣе развѣтвляются, на мѣстахъ отвѣтвленія недостаетъ характерныхъ утолщеній или они минимальной величины. При большомъ увеличеніи волокна кажутся всегда нитевидными, поперечникъ ихъ круглый, а не прямоугольный, не полигональный, какъ у большихъ нормальныхъ волоконъ. Распредѣляются новообразованныя упругія волокна болѣею частью параллельно, въ видѣ густыхъ пучковъ, а отвѣтвленія ихъ отходятъ подъ очень острымъ угломъ и все въ томъ же направленіи. Такое распредѣленіе волоконъ авторъ сравниваетъ съ распредѣленіемъ ихъ въ кожѣ зародыша.

Passarge³⁾ также изучалъ возрожденіе упругихъ волоконъ въ рубцахъ кожи и находилъ различную картину, въ зависимости отъ времени. Въ молодомъ, 6-недѣльномъ, рубцѣ онъ упругихъ волоконъ совершенно не находилъ, въ 6-мѣсячномъ же рубцѣ находилъ большое количество тонкихъ упругихъ волоконцевъ, которые проходили черезъ всю рубцовую ткань. Переходъ тонкихъ волоконъ рубцовой ткани въ толстыя окружающей кожи чрезвычайно рѣзокъ, особенно въ нижнихъ и среднихъ слояхъ, непрерывнаго же перехода однихъ волоконъ въ другія нигдѣ не замѣчалось.

По наблюденіямъ Minervini⁴⁾, первыя упругія волокна при *prima intentione* появляются къ концу 2-го мѣсяца послѣ образованія рубца, при *secunda int.*—на 3—4 мѣсяцѣ и позже.

¹⁾ I. c., стр. 714.

²⁾ I. c., см. Валишко, стр. 41, 44—45.

³⁾ I. c., стр. 27—29 и 52, см. Покровский, стр. 57.

⁴⁾ I. c., Валишко, стр. 46.

По Jores¹⁾ упругія волокна образуются въ рубцѣ тогда, когда рубецъ состоитъ изъ фибриллъ и еще богатъ веретенообразными и звѣздчатыми клѣтками, но въ грануляціонной ткани, по его мнѣнію, они никогда не образуются. Важнымъ условіемъ для регенераціи упругой ткани въ рубцѣ Jores считаетъ существованіе старыхъ волоконъ, какъ исходнаго пункта, что слѣдуетъ изъ распредѣленія волоконъ въ рубцѣ и изъ связи новообразованныхъ со старыми. Этимъ объясняется меньшее количество упругой ткани въ болѣе глубокихъ слояхъ рубца, ибо нормально здѣсь ея меньше.

Sawada²⁾ полагаетъ, что развитіе упругихъ волоконъ находится во внутренней связи съ соединительнотканными волокнами и пучками, но вѣрнаго доказательства происхожденія упругихъ волоконъ изъ соединительнотканнхъ клѣтокъ, къ которымъ новыя волокна обнаруживаютъ интимное отношеніе, ему не удалось найти.

По наблюденіямъ Woltke³⁾, при хроническомъ метритѣ гиперплазія межтучной ткани сопровождается гиперплазіей упругихъ волоконъ; регенерація упругихъ волоконъ наблюдалась имъ и во влагалищной части матки въ болѣе позднемъ стадіи катаррального воспаленія.

Jores⁴⁾ а также и др. находятъ, что новообразованіе упругихъ волоконъ идетъ съ увеличеніемъ соединительной ткани, часто только въ очень незначительномъ количествѣ, но иногда регенерація такъ сильна, что можетъ функционально замѣнить выпавшую.

Проф. Мельниковъ-Разведенковъ⁵⁾ также находитъ, что съ развитіемъ соединительной ткани происходитъ гиперплазія и упругой, главнымъ же источникомъ размноженія упругой ткани служатъ сосуды.

¹⁾ Jores. Regeneration d. elast. Gewebes Vorhandl. d. deutsch. path. Gesellsch. Aachen. 1900 г. См. Валяшко, стр. 45 и 48.

²⁾ I. e., Валяшко, стр. 50 и 53.

³⁾ I. e., стр. 769 и 774.

⁴⁾ I. e., Валяшко, стр. 42.

⁵⁾ I. e., стр. 692—698 и 713.

Хроническій венозный застой въ селезенкѣ, почкахъ и печени вызываетъ новообразованіе упругой ткани, а также и уменьшеніе объема всего органа или части его, сопровождается новообразованіемъ упругой ткани, измѣненіе же кровяного давленія отражается на количествѣ упругой ткани не только въ сосудахъ, но и въ прилегающей къ нимъ ткани.

Хроническій венозный застой въ селезенкѣ, почкахъ и печени вызываетъ новообразованіе упругой ткани, а также и уменьшеніе объема всего органа или части его, сопровождается новообразованіемъ упругой ткани, измѣненіе же кровяного давленія отражается на количествѣ упругой ткани не только въ сосудахъ, но и въ прилегающей къ нимъ ткани.

1) I. e., стр. 111.
2) Проф. Н. Е. Мельниковъ-Разведенковъ, Учен. зап. Казан. ун-та. Сер. Физ.-матем. науки. 1907 г. Вып. 40, стр. 143—147.
3) I. e., стр. 692.

III. Методъ изслѣдованія.

До настоящаго времени очень много употреблялось различныхъ способовъ съ цѣлью окрашиванія упругаго вещества, но послѣ критики, сдѣланной нѣкоторыми авторами, оказалось, что изъ этого большого числа ихъ лишь очень немногіе заслуживаютъ названія удачныхъ. Если же разсмотрѣть это небольшое количество удачныхъ методовъ окраски, насколько они примѣнимы къ различнымъ органамъ, то, по мнѣнію Покровскаго¹⁾, который сдѣлалъ обзоръ всѣхъ способовъ окраски упругой ткани, существовавшихъ до него, число это значительно уменьшается и для легкаго, по его мнѣнію, оказываются пригодными лишь два только способа: окраска орсеиномъ и способъ Balzer'a, — но и эти два способа имѣютъ существенные недостатки и въ патологическихъ случаяхъ ихъ приходится примѣнять оба.

Въ послѣднее время проф. Н. К. Кульчицкій²⁾, который пользовался почти всѣми существующими способами окрашиванія упругаго вещества въ различныхъ органахъ въ теченіе своихъ продолжительныхъ занятій, на основаніи своей личной работы и практики, а также на основаніи работъ Чаусова, Чугаева и др., работы которыхъ были произведены подъ руководствомъ профессора, приходитъ къ заключенію, что „изъ всѣхъ существующихъ реактивовъ, употребляемыхъ для окрашиванія эластическаго вещества, наибольшаго вниманія заслуживаютъ — орсеинъ, сафранинъ, Magdalaroth и фуксинъ (въ способѣ Вейгерта)“. По мнѣнію профессора Н. О. Мельникова-Разведенкова³⁾, способъ Weigert'a, при нѣкоторомъ видоизмѣненіи его, является пригоднымъ для всѣхъ органовъ

¹⁾ I. с., стр. 111.

²⁾ Проф. Н. К. Кульчицкій. а) „Объ окрашиваніи упругаго вещества“. Труды IX Пироговскаго сѣзда. б) „Ученіе о микроскопѣ и техника микроскопическаго изслѣдованія“. 1907 г. Изд. III, стр. 145—147.

³⁾ I. с., стр. 685.

и при всевозможныхъ ихъ состояніяхъ. Этотъ способъ, по мнѣнію профессора, „дастъ настолько хорошіе результаты, что раньше извѣстные способы окраски упругой ткани, въ томъ числѣ и орсеиновый методъ съ его многочисленными, но несущественными видоизмѣненіями, не выдерживаютъ сравненія со способомъ Weigert'a“.

Такое множество способовъ окраски упругаго вещества объясняется или неудачнымъ выборомъ красящихъ веществъ, или плохой разработкой самихъ методовъ, или же свойствами самой упругой ткани, которая не всегда относится одинаково къ одной и той же краскѣ въ зависимости отъ очень многихъ условий.

Изъ наблюденій различныхъ авторовъ видно, что причиной неодинаковой окраски могутъ служить: органъ, видъ или родъ животного, возрастъ упругой ткани и животного, кому она принадлежитъ, старость, различныя патологическія состоянія и мн. др. причины. Что упругая ткань различныхъ органовъ тѣла не одинаково относится къ одной и той же краскѣ, на это мы имѣемъ въ литературѣ указанія цѣлаго ряда авторовъ, которые, примѣняя одинъ и тотъ же методъ для окраски упругой ткани въ различныхъ органахъ, получали различные результаты: въ однихъ органахъ превосходные, въ другихъ сомнительные и непостоянные, а въ нѣкоторыхъ и отрицательные.

Такъ, проф. Н. К. Кульчицкій¹⁾, который окрашивалъ упругія волокна въ различныхъ органахъ по своему способу Magdalaroth'омъ, получалъ наилучшую окраску въ селезенкѣ, хорошую въ сосудахъ, а въ кожѣ, кромѣ упругихъ волоконъ, окрашиваются и клейдающія, а потому, на основаніи такого различія, профессоръ считаетъ свой способъ менѣе примѣнимымъ къ другимъ органамъ и объясняетъ это не слабостью способа, а свойствами изслѣдуемаго органа.

Работая по этому же способу надъ упругой тканью, Чугаевъ²⁾ въ легкихъ и Чаусовъ³⁾ въ пищеварительномъ трактѣ получили отъ этого способа прекрасные результаты. При окраскѣ Magdalaroth'омъ упругой ткани яйцеводовъ я получилъ отрицательный результатъ.

¹⁾ I. с., а) „Къ вопросу о строеніи селезенки“, стр. 26—31; б) Zur Frage über den Bau der Milz, стр. 673—695.

²⁾ I. с., стр. 51.

³⁾ I. с., стр. 45.

Такое различіе въ результатахъ при окраскѣ Magdalaroth'омъ по способу проф. Н. К. Кульчицкаго подтверждаетъ мнѣніе, высказанное профессоромъ, что этотъ способъ примѣнимъ, какъ и многіе другіе, лишь къ нѣкоторымъ органамъ, къ Gallorіевымъ же трубамъ, по моимъ наблюденіямъ, онъ не примѣнимъ, и моя неудача можетъ быть объяснена лишь тѣмъ, что или свойства яйцепроводовъ, или же составъ упругой ткани ихъ иной, чѣмъ въ другихъ органахъ. Для окраски упругой ткани въ Gallorіевыхъ трубахъ я примѣнял и насыщенный растворъ сафранина въ 2% уксусной кислотѣ, какъ это рекомендуется въ „Техникѣ микроскопическаго изслѣдованія“ проф. Н. К. Кульчицкаго¹⁾,—но и отъ этого способа я также получилъ почти отрицательный результатъ, несмотря на то, что срѣзы находились въ красящемъ растворѣ отъ одной недѣли до 2½ мѣсяцевъ; Чугаевъ²⁾ же отъ сафранина въ дыхательномъ аппаратѣ получилъ удовлетворительные результаты.

Однаковая неудача, которую я получилъ при окраскѣ упругой ткани въ яйцепроводахъ женщинъ, какъ отъ Magdalaroth'a, такъ и отъ сафранина, вполне понятна, такъ какъ извѣстно, что Magdalaroth относится къ одной группѣ красокъ съ сафраниномъ (Азины).

Съ возрастомъ воспримчивость къ окраскѣ въ упругихъ волокнахъ увеличивается: на это указывали многіе изслѣдователи и подтверждается моими наблюденіями. При окраскѣ упругой ткани въ Gallorіевыхъ трубахъ различнаго возраста дѣвочекъ и женщинъ я наблюдалъ, что воспримчивость къ орсеину у новорожденныхъ очень слаба, но съ увеличеніемъ возраста она увеличивается и лучше всего окрашиваются упругія волокна кислымъ орсеиномъ въ яйцепроводахъ пожилыхъ женщинъ и старухъ. То же самое наблюдалъ и Чаусовъ³⁾ при окраскѣ упругой ткани въ пищеварительномъ трактѣ у собакъ различнаго возраста и Покровскій⁴⁾ въ легкихъ человека. „Способность къ окраскѣ,—пишетъ Покровскій,—хотя и очень постепенно, съ возрастомъ увеличивается, и, если взять крайности, напр., легкое новорожденнаго ребенка и старика, то разница становится довольно замѣтной“.

¹⁾ I. с., стр. 146.

²⁾ I. с., тамъ же.

³⁾ I. с., стр. 23.

⁴⁾ I. с., стр. 35.

По наблюденіямъ же Уппы, какъ я уже упоминалъ, способность окрашиваться упругихъ волоконъ кислымъ орсеиномъ ослабляется и появляется воспримчивость къ основнымъ краскамъ.

Что же касается различныхъ патологическихъ процессовъ, при которыхъ измѣняется упругая ткань, то, конечно, и воспримчивость къ окраскѣ измѣненныхъ упругихъ волоконъ должна также измѣниться. Всѣ авторы отмѣчаютъ, что окраска упругой ткани въ патологическихъ случаяхъ происходитъ несравненно хуже, чѣмъ въ нормальныхъ, а иногда упругія волокна настолько измѣняются, что теряютъ совершенно способность окрашиваться.

На основаніи своихъ наблюденій я могу сказать, что воспримчивость упругой ткани яйцепроводовъ къ орсеину при гнойныхъ процессахъ въ нихъ и при трубной беременности чрезвычайно слаба, такъ что лишь при контролированіи себя по способу Weigert'a, по которому окраска происходитъ значительно легче, удается получить должную окраску и орсеиномъ, но лишь послѣ долгихъ усилій.

Итакъ, убѣдившись въ непримѣимости Magdalaroth'a и Safranin'a для окраски упругой ткани яйцепроводовъ, я остановился на двухъ реагентахъ—орсеинѣ и резорцинъ-фуксинѣ, при чемъ при окраскѣ орсеиномъ я встрѣтилъ не мало затрудненій.

Всѣ срѣзы своихъ препаратовъ я сталъ окрашивать параллельно по двумъ способамъ—Tänzer-Uppы и Weigert'a, такъ какъ при окрашиваніи однимъ только орсеиномъ я убѣдился, что нельзя составить себѣ правильнаго и полного представленія о строеніи и измѣненіяхъ упругой ткани въ Gallorіевыхъ трубахъ, въ виду существенныхъ недостатковъ красящаго раствора орсеина.

Орсеиномъ я окрашивалъ по способу Tänzer-Uppы, въ видоизмѣненіи д-ра Давыдова, т. е. точно такъ, какъ окрашивалъ и д-ръ Бухштабъ¹⁾, изслѣдуя упругую ткань въ своихъ препаратахъ.

Избралъ я это видоизмѣненіе для того, чтобы имѣть возможность сравнить результаты д-ра Бухштаба со своими.

Окрашивая по этому способу, я убѣдился, что растворъ орсеина чрезвычайно непостояненъ, на что указываетъ проф. Н. К. Куль-

¹⁾ I. с., стр. 16.

чицей¹⁾ въ „Техникѣ микроскопическаго изслѣдованія“, гдѣ онъ говоритъ, что „растворы орсеина, сохраняемые въ закрытыхъ сосудахъ, мало-по-малу теряютъ красящую способность, для возвращенія которой требуется, чтобы растворъ орсеина былъ представленъ болѣе или менѣе продолжительное время окисленію на воздухѣ“. Этотъ недостатокъ при постоянной работѣ можетъ быть очень чувствительнымъ.

Отсюда понятно, насколько могутъ быть ошибочными выводы при окрашиваніи упругой ткани только орсеиномъ, особенно въ патологическихъ случаяхъ, гдѣ воспримчивость упругихъ волоконъ къ окраскѣ уменьшена и если не знать существеннаго недостатка, что растворъ орсеина можетъ потерять способность окрашивать.

Д-ръ Бухштабъ²⁾ взялъ для окраски своихъ сръзовъ методъ Tünzer-Upp'ы въ видоизмѣненіи д-ра Давыдова, игнорируя всѣ другіе методы окраски упругаго вещества, на основаніи благоприятныхъ результатовъ, полученныхъ д-ромъ Давыдовымъ, и лишь въ нѣсколькихъ случаяхъ, ради сравненія, онъ примѣнилъ тоже орсеинъ, но приготовленный по другому рецепту, а потому, въ виду такого игнорирования, д-ръ Бухштабъ нигдѣ не упоминаетъ о какихъ-либо недостаткахъ этого метода.

Самъ же д-ръ Давыдовъ³⁾, сравнивая свои препараты, окрашенные орсеиномъ, съ препаратами, обработанными по методу Balzer'a, указываетъ, что орсеинъ окрашиваетъ не всѣ эластическія волокна, такъ какъ при обезцвѣчиваніи тончайшія волокна скорѣе отдають краску, чѣмъ толстыя или собранныя въ клубки. Далѣе, онъ пишетъ, что „постоянный контроль, равно какъ разсматриваніе сръзовъ различной толщины, можетъ предохранить отъ могущихъ быть ошибокъ“.

И вотъ, въ виду того, что д-ръ Бухштабъ пользовался только однимъ способомъ Tünzer-Upp'ы и не контролировалъ, какъ я полагаю, и получилаеь такая разница въ наблюденіяхъ его и моихъ.

Въ литературѣ имѣется много указаній различныхъ авторовъ, примѣнявшихъ орсеинъ и другіе реагенты, на недостатки перваго.

¹⁾ I. с., стр. 146.

²⁾ I. с., стр. 16.

³⁾ I. с., стр. 1081.

Такъ, для легкаго въ патологическихъ случаяхъ Покровскій¹⁾ рекомендуетъ примѣнять окраску орсеиномъ и способъ Balzer'a параллельно, такъ какъ оба эти метода въ отдѣльности имѣютъ существенные недостатки.

Чусовъ²⁾, который производитъ окраску упругой ткани въ пищеварительномъ трактѣ орсеиномъ, пишетъ, что онъ остался недоволенъ ни способомъ Upp'ы-Tünzer'a, ни его многочисленными видоизмѣненіями въ томъ ихъ видѣ, какъ они рекомендуются различными авторами.

Копыловъ³⁾ окраску упругой ткани въ злокачественныхъ новообразованіяхъ производитъ орсеиномъ по способу Franter'a. Послѣ промывки окрашенныхъ сръзовъ въ 95% алкоголь эластическія волокна рѣзко выдѣляются въ видѣ нитей бураго цвѣта; при обработкѣ же пикриновой кислотой, хотя упругія волокна на желтомъ фонѣ отдѣляются еще рѣзче, но при этомъ очень нѣжныя волокна иногда теряютъ свою окраску и сливаются съ окружающей тканью.

По моимъ наблюденіямъ, растворы орсеина не только могутъ терять совершенно способность окрашивать, но могутъ и недостаточно красить, т. е. толстыя волокна могутъ быть хорошо окрашенными, а тонкія неокрашенными.

Кромѣ того, препаратъ можетъ быть настолько закрасенъ, что не удастся его обезцвѣтить обыкновеннымъ растворомъ кислоты; прибавляя же большое количество кислоты, можно обезцвѣтить тонкія волокна, на закрасенномъ же препаратѣ тонкія волокна не видны.

Итакъ, отсюда видно, насколько неприятно имѣть дѣло съ такимъ непостояннымъ красящимъ растворомъ.

Кромѣ того, зная, что растворъ орсеина можетъ терять способность окрашивать, и зная, какъ съ этимъ недостаткомъ бороться, я на основаніи своихъ наблюденій могу сказать, что, примѣняя одинъ только растворъ орсеина для окраски упругой ткани, особенно въ патологическихъ случаяхъ, и не контролируя другимъ методомъ, легко впасть въ ошибку.

¹⁾ I. с., стр. 111.

²⁾ I. с., стр. 37.

³⁾ I. с., стр. 3-4.

Вѣдь безъ контроля мы не имѣемъ признака, по которому бы можно было съ увѣренностью сказать, что красящій растворъ орсеина въ данное время удовлетворителенъ и что въ данномъ препаратѣ окрашены всѣ упругія волокна.

Кромѣ сказаннаго по отношенію къ растворамъ орсеина, и на основаніи своихъ препаратовъ могу отмѣтить еще то, что препараты, задѣланные въ целлодинъ, окрашиваются орсеиномъ значительно хуже, чѣмъ безъ него, въ виду этого я въ своихъ срѣзахъ целлодинъ сталъ удалять ацетономъ, а затѣмъ уже ихъ окрашивалъ.

Окрашивая въ одно время срѣзы съ целлодиномъ и безъ него изъ одного и того же кусочка при однихъ и тѣхъ же условіяхъ, я всегда получалъ худшую окраску упругихъ волоконъ въ срѣзахъ съ целлодиномъ. На основаніи этого я полагаю, что целлодинъ мѣшаетъ окраскѣ орсеиномъ, а потому его слѣдуетъ удалять.

Окрашивая срѣзы резорцинъ-фуксиномъ по способу Weigert'a¹⁾, нѣсколько видоизмѣненному, я убѣдился, что этотъ реагентъ является, несомнѣнно, болѣе надежнымъ, чѣмъ орсеинъ, хотя, къ сожалѣнію, и способъ Weigert'a имѣетъ свои недостатки, но менѣе существенные въ сравненіи съ растворами орсеина.

Красящій растворъ Weigert'a чрезвычайно интенсивно окрашиваетъ упругія волокна, и въ этомъ отношеніи способъ Weigert'a, какъ по мнѣнію проф. Н. К. Кульчицкаго²⁾, такъ и по мнѣнію проф. Н. О. Мельникова-Разведенкова³⁾ и почти всѣхъ другихъ авторовъ, примѣнявшихъ этотъ способъ и въ патологически намѣненныхъ органахъ, занимаетъ первое мѣсто, но въ виду сложнаго состава этотъ способъ въ строго научномъ отношеніи, по мнѣнію проф. Н. К. Кульчицкаго⁴⁾, уступаетъ орсеину, ибо неизвѣстно, что краситъ въ способъ Weigert'a.

Примѣняя способъ Weigert'a, я, какъ въ нормальныхъ, такъ и въ патологически измѣненныхъ Fallor'евыхъ трубахъ, всегда

¹⁾ Weigert. Ueber eine Methode zur Färbung elastischer Fasern. Centrbl. f. allg. Path. u. path. An. 1898 г., стр. 289—292.

²⁾ I. с., стр. 147.

³⁾ I. с., стр. 685.

⁴⁾ I. с., стр. 147.

получалъ хорошіе результаты: самыя тонкія волокна, окрашенные въ темно-синій цвѣтъ, отчетливо вырисовываются на обезцвѣченномъ фонѣ, при дополнительной же окраскѣ эозиномъ упругія волокна выдѣляются еще рѣзче.

Сравнивая препараты, окрашенные по способу Tänzer-Upp'ы, съ препаратами, окрашенными по способу Weigert'a, я могу сказать, что, какъ по одному, такъ и по другому способу можно получить препараты очень хорошіе, но разница въ томъ, что по способу Weigert'a окраска упругихъ волоконъ почти всегда бываетъ удачною, по способу же Tänzer-Upp'ы это получается далеко не всегда.

Такимъ образомъ, способъ Tänzer-Upp'ы имѣетъ передъ способомъ Weigert'a тѣ преимущества, что, во-первыхъ, извѣстно въ способъ Tänzer-Upp'ы, что краситъ; во-вторыхъ, структуру изслѣдуемаго органа легко разобрать безъ дополнительной окраски, и, въ-третьихъ, на удачныхъ препаратахъ контуры упругихъ волоконъ рѣзче видны, чѣмъ при окраскѣ по способу Weigert'a.

Способъ же Weigert'a по своей простотѣ и скорости окрашивания, а главное по своему постоянству превосходитъ способъ Tänzer-Upp'ы.

Въ виду всего вышесказаннаго я полагаю, что для составленія себѣ правильнаго и полнаго представленія о строеніи и измѣненіи упругой ткани въ Fallor'евыхъ трубахъ женщинъ необходимо производить окраску упругой ткани параллельно по двумъ способамъ — Tänzer-Upp'ы и Weigert'a.

Красящій растворъ орсеина я приготовлялъ такъ:

Orcin Grüber'a	0,1
Spiriti vini 95%	20,0
Aq. destillat.	5,0
Ac. mariat. p. concentr. gutt. j.	

Послѣ приготовленія растворъ орсеина подвергался окисленію на воздухѣ и красящая способность его контролировалась способомъ Weigert'a.

Свѣжіе препараты, полученные вскорѣ послѣ операций, фиксировались въ жидкости проф. Н. К. Кульчицкаго¹⁾ (50° спирта

¹⁾ См. „Техн. микр. изслѣд.“, стр. 69.

100 ч., двухромокислаго калия и уксуснокислой мѣди въ избыткѣ, до насыщѣнія; передъ употребленіемъ же растворъ подкисляется уксусной кислотой, 5—6 капель на каждые 100 к. с.). Кусочки органовъ, въ зависимости отъ величины ихъ, держались въ этой жидкости отъ 2—4 недѣль, затѣмъ фиксирующій реагентъ вымывался въ текущей водѣ или слабымъ спиртомъ 60° въ темнотѣ. Послѣ промывки кусочки переносились въ 85°, а затѣмъ въ крѣпкій 96° алкоголь, гдѣ они оплотнѣваютъ окончательно.

Препараты же, фиксированные раньше въ формалинѣ, уплотнялись въ алкогольъ постепенно возрастающей крѣпости.

Половина препаратовъ, послѣ ихъ уплотнѣнія, была залита въ парафинъ, другая половина въ целлоидинъ.

Парафиновые срѣзы приклеивались на покровныя стекла водой слѣдующимъ образомъ: подъ расплавленный парафиновый разрѣзъ, находящійся въ дистиллированной водѣ, подводится покровное стеклышко, предварительно тщательно вымытое, располагаютъ на немъ разрѣзъ и, вынувъ изъ воды, кладутъ стеклышко на листъ фильтровальной бумаги и переносятъ въ термостатъ, или лѣтомъ можно на солнцѣ, гдѣ препаратъ долженъ высохнуть совершенно: онъ плотно пристаеетъ къ стеклу и поверхность его дѣлается совершенно гладкой.

Затѣмъ парафинъ удаляется ксилоломъ, послѣдній алкоголемъ и срѣзы опускались въ красящій растворъ. Целлоидиновые срѣзы не съ нѣжной структурой переносились въ ацетонъ, изъ ацетона въ спиртъ, изъ спирта въ красящій растворъ; срѣзы, которые обладали нѣжной структурой, сначала наклеивались на предметное стекло смѣсью бѣлка и глицерина поровну, затѣмъ высушивались, переносились въ ацетонъ, изъ ацетона въ спиртъ, изъ спирта въ растворъ краски.

Способъ наклеиванія целлоидиновыхъ срѣзовъ смѣсью бѣлка и глицерина въ отношеніи 2:1 предложенъ В. Рубашкинымъ ¹⁾, но я примѣнялъ его нѣсколько иначе.

Я дѣлалъ такъ: небольшую каплю смѣси бѣлка съ глицериномъ растиралъ пальцемъ на совершенно чистомъ предметномъ стеклѣ такъ, что тонкій слой бѣлка едва замѣтенъ глазомъ, и съ

¹⁾ Рубашкинъ В. Новый способъ приготовления целлоидиновыхъ серий, Anatomischer. Anzeiger. 1907 г. Bd. 31., стр. 30—31.

смоченнаго ножа микротомомъ слабымъ алкоголемъ я при помощи шпателя срѣзъ переносилъ на намазанное стекло такъ, чтобы срѣзъ лежалъ гладко и края его плотно прилегали къ стеклу.

Окраска срѣзовъ въ растворѣ орсеина производилась въ теченіе 1—2 сутокъ. Передъ употребленіемъ растворъ краски фильтровался. По окончаніи же окраски срѣзы обезцвѣчивались въ смѣси:

Spiriti vini 95°/o 20,0,
Aq. destillat. 5,0,
Ac. muriat. p. conc. gutt. jj

въ теченіе нѣсколькихъ секундъ, промывались въ водѣ, переносились въ спиртъ въ 85°, 96°, просвѣтлялись въ бергамотномъ маслѣ и задѣлывались канадскимъ бальзамомъ.

Краска Weigert'a приготовлялась такъ, какъ указано въ „Техникѣ микроскопическаго изслѣдованія“ проф. Никифорова ¹⁾, съ нѣкоторымъ измѣненіемъ.

„Нагрѣваютъ до кипѣнія 200 к. с. воды съ 2,0 (основного) фуксина и 4,0 резорцина; послѣ растворенія краски прибавляютъ 25 к. с. liquor. Ferri sesquichlorati и по охлажденіи фильтруютъ. Послѣ этого фильтръ съ осадкомъ я разстилаютъ на окнѣ, гдѣ онъ лежалъ въ теченіе недѣли, что примѣняется при приготовленіи краски въ лабораторіи проф. Н. Θ. Мельникова-Разведенкова.

„Послѣ этого фильтръ съ осадкомъ кладутъ въ чашку, гдѣ кипятилась раньше смѣсь. Наливаютъ 200 к. с. 95°/o спирта и, постоянно помѣшивая, осторожно нагрѣваютъ въ теченіе нѣкотораго времени.

„По охлажденіи жидкость фильтруютъ, разбавляютъ фильтратъ 95°/o спиртомъ снова до 200 к. с. и прибавляютъ еще 4 к. с. соляной кислоты“.

При окраскѣ этимъ растворомъ изъ целлоидиновыхъ срѣзовъ целлоидинъ также удалялся ацетономъ, а изъ парафиновыхъ ксилоломъ—парафинъ, затѣмъ срѣзы переносились въ спиртъ, а изъ спирта въ красящій растворъ. Окрашиваніе въ краску Weigert'a производилось въ теченіе 1/2—1 часа. Изъ краски срѣзы промывались въ спирту до тѣхъ поръ, пока краска больше уже

¹⁾ Проф. Никифоровъ М. Н. Техника микроскопическаго изслѣдованія. 1906 г., стр. 201.

не извлекалась, переносилась въ 96° спиртъ, просвѣтлялись кеи-
лоломъ и задыливались въ канадскій бальзамъ.

Въ случаѣ же диффузной окраски, что наблюдалось мною не-
рѣдко въ препаратахъ трубной беременности, я давалъ испариться
краскѣ на половину и добавлялъ спиртомъ до первоначальнаго
объема, какъ это рекомендуется дѣлать проф. Мельниковымъ-Раз-
веденковымъ, послѣ чего красящій растворъ дѣйствительно уже не
окрашивалъ диффузно, хотя добиться этого мнѣ удавалось не сразу,
а приходилось повторить то же самое.

Для окраски упругой ткани толщина сръзовъ бралась отъ
10—20 μ .

Кромѣ окраски орсеиномъ и резорцинъ-фуксинамъ, сръзы изъ
всѣхъ своихъ препаратовъ, какъ нормальныхъ, такъ и патологиче-
скихъ случаевъ, я окрашивалъ гематоксилиномъ и эозиномъ, чтобы
убѣдиться въ нормальномъ состояннн первыхъ и выяснитъ болѣе
точно патолого-анатомическія измѣненія вторыхъ.

Толщина сръзовъ бралась отъ 5—10 μ .

Сръзы половины своихъ случаевъ я окрашивалъ растворомъ
Эрлиха слѣдующаго состава, который приведенъ въ „Техн. микр.
изслѣд.“ проф. Н. К. Кульчицкимъ ¹⁾:

Кристаллич. эозина 0,5.
Гематоксилина 2,0.
Алкоголи (абсолют.)
Дистиллир. воды
Глицерина aa 100,0.
Уксусной кислоты (ледян.) 10,0.
Квасцовъ въ избыткѣ.

Время для достаточной окраски въ этомъ растворѣ нужно
установить, испортивъ нѣсколько сръзовъ.

Но, по моимъ наблюденіямъ, лучше окраску производить слѣ-
дующимъ образомъ.

Въ растворъ Эрлиха прибавить немного эозину и, взявъ 5 к. с.
этого раствора, разбавить его (95 к. с.) дистиллированной водой и
производить окраску въ теченіе нѣсколькихъ часовъ.

¹⁾ I. с., стр. 116.

Положивъ въ этотъ разбавленный растворъ Эрлиха нѣсколько
сръзовъ и вынимая по одному въ различное время, можно уста-
новить требуемое число часовъ для достаточной окраски сръзовъ.
Установивъ такимъ образомъ требуемое количество часовъ, можно
въ одинъ разъ окрасить большое количество сръзовъ.

Послѣ окраски сръзы промывались дистиллированной водой,
затѣмъ проводились черезъ спирты восходящей крѣпости—85°, 96°,
затѣмъ сръзы просвѣтлялись креозотомъ и кеиоломъ и, наконецъ,
заключались въ канадскій бальзамъ.

Этотъ способъ даетъ очень красивую окраску, но, къ сожалѣ-
нію, на что указываетъ проф. Н. А. Кульчицкій ¹⁾, возниъ подъ
вліяніемъ свѣта скоро выцвѣтаетъ, а потому такіе препараты слѣ-
дуетъ сохранять въ темнотѣ.

Сръзы другой половины своихъ случаевъ я окрашивалъ по-
слѣдовательно сначала гематоксилиномъ проф. Н. К. Кульчицкаго,
а затѣмъ уже слабымъ растворомъ алкогольнаго эозина.

Какъ тотъ, такъ и другой способы дали мнѣ хорошіе результаты.

Нѣкоторые сръзы я окрашивалъ еще и Wasserblau съ эози-
номъ такъ, какъ указано въ „Техникѣ микр. изслѣд.“ проф.
Н. К. Кульчицкаго ²⁾.

Окраска получалась очень хорошая, лишь въ сръзахъ, фиксир-
ованныхъ въ жидкости профессора.

Преимущества фиксирования препаратовъ въ жидкости проф.
Н. К. Кульчицкаго, по моимъ наблюденіямъ, видны при окраскѣ
упругихъ волоконъ орсеиномъ, ибо сръзы изъ кусочковъ, фиксир-
ованныхъ въ этой жидкости, окрашиваются скорѣе и лучше, чѣмъ
сръзы изъ кусочковъ, фиксированныхъ въ формалинѣ и уплотнен-
ныхъ въ алкоголь, при окраскѣ же по способу Weigert'a разницы
я не наблюдалъ. При окраскѣ гематоксилиномъ съ эозиномъ и
Wasserblau съ эозиномъ преимущества фиксирования въ жидкости
профессора еще болѣе замѣтны: окраска получается превосходная
и ткань не сморщена.

¹⁾ I. с., стр. 116.

²⁾ I. с., стр. 117.

IV. Матеріаль изслѣдованія.

Матеріаломъ для изслѣдованія на упругую ткань въ настоящей работѣ послужили яйцепроводы, взятые:

а) у 30 женщинъ послѣ операций, произведенныхъ профессоромъ П. В. Михинымъ въ акушерско-гинекологической клиникѣ и въ частныхъ лѣчебницахъ, у одной женщины, оперированной въ земскомъ родильномъ домѣ, и у одной, оперированной въ городской Александровской больницѣ;

б) у 11 умершихъ дѣвочекъ и женщинъ послѣ вскрытія; и

с) 10 случаевъ прерванной трубной беременности изъ музея Московской гинекологической клиники и 3 случая трубной же беременности и одинъ случай туберкулеза яйцепроводовъ, оперированныхъ раньше проф. П. В. Михинымъ и хранившихся въ музеѣ Харьковской акушерско-гинекологической клиники.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ яйцепроводы были взяты съ обѣихъ сторонъ.

Клиническій матеріаль консервировался преимущественно въ жидкости проф. Н. К. Кульчицкаго, объекты же, которые раньше были фиксированы въ растворѣ фармалина, уплотнялись въ алкоголь постепенно возрастающей крѣпости.

Общее число яйцепроводовъ, которые я изслѣдовалъ, достигаетъ 60.

Располагаются они такъ: нормальныхъ яйцепроводовъ различнаго возраста—12, яйцепроводовъ съ прерванной трубной беременностью—20, яйцепроводовъ при различныхъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ ихъ и при опухоляхъ матки и яичниковъ—38.

Нормальные яйцепроводы по возрасту распредѣляются слѣдующимъ образомъ. По одному случаю: 8 мѣсяцевъ зародышевой жизни, 9 мѣсяцевъ внѣутробной жизни, 8 лѣтъ, 9, 15, 18, 20, 44, 50, 90 лѣтъ и два случая 19 лѣтъ.

Изъ 20 случаевъ прерванной трубной беременности 17 случаевъ окончились разрывомъ плоднаго мѣшка и въ 3 случаяхъ плодный мѣшокъ оказался совершенно цѣлымъ.

Остальные 38 яйцепроводовъ по роду заболѣванія распредѣляются такимъ образомъ:

Hydrosalpinx—6.

Cystis tubo-ovarialis serosa—2.

Pyosalpinx—5.

Cystis tubo-ovarialis purulenta—3.

Hydrops tubae Fallopiæ profluens—2.

Sactosalpinx hæmorrhagica—4.

Salpingitis catarrhalis—2. (Оба при трубной беременности съ другой стороны).

Salpingitis suppurativa—1.

при Fibromyoma uteri—6.

„ Fibrosarcoma uteri—1.

„ Cystoma ovarii proliferum glandulare—1.

„ Cystoma ovarii dermoides—2.

Salpingitis tuberculosa chr.—3.

Упругая ткань в яйцепроводах при нормальном их состоянии.

V. Упругая ткань в яйцепроводах при нормальном их состоянии.

Переходя к описанию распределения упругой ткани в нормальных Fallopиевых трубах девочек и женщин различного возраста, я, чтобы не повторяться, изложу кратко выводы д-ра Бухштаба, к которым он пришел на основании исследованных им 67 нормальных труб, и, параллельно этому изложению, буду говорить лишь о том, в чем мои наблюдения расходятся с выводами д-ра Бухштаба.

По Бухштабу ¹⁾, в нормальных Fallopиевых трубах развитие упругой ткани идет постепенно, начиная с первого года жизни до 18 лет, от 18 лет до 21 года „эластическая ткань, как по количеству распространения, так и по качеству самих волокон, носит вполне развитый характер“, от 21 года до 42 лет упругая ткань мало изменяется, около же 45 лет наступают старческие изменения упругой ткани, которая в 55 лет уже резко выражены.

В трубах зародышевой жизни девочек 7—8 месяцев упругия волокна, по Бухштабу ²⁾, видны лишь в сосудах брюшинного покрова и подбрюшинной клетчатки в виде тонкой, нѣжной сѣти, которая дает тонкіе и очень короткіе отростки в окружающую сосуды ткань, в мышечных же и болѣе глубоких слоях трубы упругих волокон совершенно нѣтъ.

По моимъ наблюдениямъ, распределение упругой ткани в трубѣ девочки 8 мѣсяцевъ зародышевой жизни нѣсколько иное, чѣмъ описываетъ Бухштабъ.

Упругія волокна я нахожу не только в брюшинномъ покровѣ трубы, но и в продольномъ мышечномъ слое ея, при чемъ на

¹⁾ I. с., стр. 18—26.

²⁾ I. с., стр. 17.

моемъ препаратѣ упругихъ волоконъ значительно болѣе в послѣднемъ, особенно вокругъ сосудовъ, но и въ ткани имѣются, хотя и въ очень незначительномъ количествѣ, отдѣльно лежащія, чрезвычайно тонкія упругія нити, которыя идутъ вдоль мышечныхъ пучковъ. Правда, вообще въ этихъ слояхъ волоконъ мало, они очень тонкіе, при маломъ увеличеніи едва замѣтны и притомъ еще видны не все. Если же посмотрѣть подъ масляной иммерсіей, то ихъ видно гораздо болѣе и по длинѣ своей волокна не такъ короткіе.

При большомъ увеличеніи эти нитевидныя волокна идутъ отдѣльно, имѣютъ круглую форму съ гладкой поверхностью и прямолинейными краями и имѣютъ видъ наподобіе тончайшей вытянутой проволочки. Въ циркулярномъ же мышечномъ и въ болѣе глубокихъ слояхъ трубы и такъ же, какъ и Бухштабъ, не видѣлъ ни одного волокна.

До конца перваго года внутробной жизни, по Бухштабу ¹⁾, количество упругой ткани немного увеличивается лишь в брюшинномъ покровѣ, но волокна лучше развиты и переплетаются. „Въ наружномъ продольномъ мышечномъ слое, — пишетъ Бухштабъ, — попадаются иногда отдѣльные мышечные пучки, окруженные называющимися короткими, нѣжными, тоненькими эластическими волоконцами, но количество которыхъ очень ограничено“. Въ болѣе же глубокихъ слояхъ трубы, по его наблюдениямъ, волоконъ совершенно нѣтъ.

Я въ препаратѣ трубы девочки 9-ти мѣсяцевъ внутробной жизни нахожу, что количество упругой ткани, по сравненію съ препаратомъ въ 8 мѣсяцевъ внутробной жизни, значительно увеличилось и волокна, хотя въ длину не сдѣлались болѣе, но стали гораздо грубѣе и толще. При большомъ увеличеніи, кромѣ болѣе грубыхъ волоконъ, видны и болѣе нѣжныя, нитевидныя волокна. Количество упругихъ волоконъ въ брюшинномъ покровѣ не меньше, чѣмъ въ продольномъ мышечномъ слое; волокна начинаютъ мѣстами переплетаться и нѣкоторыя волокна имѣютъ небольшую

¹⁾ I. с., стр. 18.

извитость, по виду же какъ въ брюшинномъ покровѣ, такъ и въ продольномъ мышечномъ они не отличаются.

Въ циркулярномъ мышечномъ и въ болѣе глубокихъ слояхъ трубы ихъ, какъ и раньше, нѣтъ и только въ сосудахъ циркулярнаго мышечнаго слоя, да и то только на нѣкоторыхъ сръзахъ кое-гдѣ появляются едва замѣтныя и при большомъ увеличеніи тонкія короткія волокна въ весьма ничтожномъ количествѣ.

Такое распределеніе упругой ткани Бухштабъ¹⁾ находилъ въ трубахъ отъ 1 года до 3 лѣтъ, я же нахожу въ трубѣ дѣвочки 9 мѣсяцевъ.

Такое различіе въ возрастѣ и сходство въ распределеніи упругихъ волоконъ, мнѣ кажется, можно объяснить индивидуальностью. Вѣдь извѣстно, что половые органы женщины развиваются не у всѣхъ одинаково: у однихъ раньше, у другихъ позже.

Что индивидуальныя колебанія въ развитіи упругой ткани возможны и, повидимому, существуютъ, можно видѣть какъ въ наблюденіяхъ другихъ авторовъ, такъ и въ наблюденіяхъ д-ра Бухштаба въ яйцепроводахъ дѣвочекъ отъ 3—7 лѣтъ. Въ этомъ возрастѣ, по Бухштабу²⁾, упругая ткань постепенно увеличивается въ количествѣ, но, повидимому,—пишетъ онъ,—„распространеніе ея въ трубахъ этого возраста носитъ неправильный характеръ: въ однихъ случаяхъ количество волоконъ замѣтно увеличилось, въ другихъ количество ихъ мало измѣнилось по сравненію съ предыдущими препаратами“.

Какія наступаютъ измѣненія въ ростѣ упругой ткани въ яйцепроводахъ дѣвочекъ до 8 лѣтъ, я не могу сказать, такъ какъ яйцепроводовъ до 8 лѣтъ мнѣ не удалось получить, а потому до 8 лѣтъ я приведу описаніе по Бухштабу.

Увеличеніе упругой ткани въ возрастѣ отъ 3—7 лѣтъ,—пишетъ Бухштабъ,—касается, главнымъ образомъ, брюшиннаго покрова и подбрюшинной клетчатки, гдѣ обильное ихъ количество и сами волокна стали толще, гораздо длиннѣе, но на ряду съ такими волокнами встрѣчаются и тонкія, нѣжныя, болѣе короткія“.

¹⁾ см. стр. 18.

²⁾ *ibidem*.

Въ сосудахъ, по сравненію съ болѣе молодымъ возрастомъ, волокна толще и гуще, а также и между сосудами волокна толще, чѣмъ въ остальныхъ, рядомъ лежащихъ, мѣстахъ брюшины. Въ продольномъ мышечномъ слоѣ тонкія волокна мѣстами развѣтвляются и на мѣстахъ развѣтвленія даютъ узловатыя утолщенія, но количество ихъ не увеличено. Въ этомъ возрастѣ Бухштабу впервые удалось видѣть во внутреннемъ циркулярномъ мышечномъ слоѣ, а также и въ подслизистой ткани „тонкія, нѣжныя, короткія, неразвѣтвляющіяся, слабо выраженные эластическія волокна“, количество которыхъ значительно меньше, чѣмъ въ наружномъ мышечномъ слоѣ, но въ болѣе глубокихъ слояхъ трубы волоконъ совершенно нѣтъ.

Далѣе, въ возрастѣ отъ 7—10 лѣтъ,—какъ пишетъ Бухштабъ¹⁾,—упругая ткань въ брюшинномъ покровѣ не рѣзко увеличивается и не отличается отъ препаратовъ, описанныхъ раньше; въ продольномъ же мышечномъ слоѣ волоконъ больше, при чемъ волокна въ наружныхъ частяхъ этого слоя анастомозируютъ съ волокнами подбрюшинной клетчатки, чего въ болѣе молодомъ возрастѣ не бываетъ. Въ циркулярномъ мышечномъ слоѣ волоконъ также больше, но ихъ меньше, чѣмъ въ продольномъ; въ подслизистой ткани волоконъ очень мало и они похожи на волокна циркулярнаго слоя. „Въ muscularis mucosae,—пишетъ Бухштабъ,—видны слабо выраженные, очень тонкія, короткія, въ небольшомъ количествѣ эластическія волокна, въ основѣ же слизистой оболочки волоконъ нѣтъ“.

По моимъ наблюденіямъ, распределеніе упругой ткани въ яйцепроводахъ дѣвочекъ 8 и 9 лѣтъ въ общемъ сходно съ описаніемъ Бухштаба и разница заключается лишь въ томъ, что въ трубѣ дѣвочки 8 лѣтъ въ muscularis mucosae я упругихъ волоконъ не нахожу, у 9-лѣтней же дѣвочки они довольно ясно выражены, но тонки, коротки и въ небольшомъ количествѣ.

Итакъ, въ первое десятилѣтіе въ яйцепроводахъ дѣвочекъ, какъ по наблюденіямъ Бухштаба, такъ и по моимъ, упругія волокна постепенно увеличиваются въ числѣ, удлиняются и утолщаются

¹⁾ *l. c.*, стр. 19—20.

отъ болѣе глубокихъ слоевъ по направленію къ брюшинному покрову трубы, но все-же яйцепроводы у дѣвочекъ до 10 лѣтъ бѣдны упругой тканью; въ слизистой же оболочкѣ и въ основѣ ея упругая ткань совершенно отсутствуетъ. Ко времени наступленія менструальнаго періода, какъ находитъ Бухштабъ¹⁾, въ трубахъ 12—13 лѣтъ упругая ткань относительно хорошо развита, но въ слизистой оболочкѣ ихъ, какъ и раньше, упругихъ волоконъ нѣтъ. Въ этомъ возрастѣ, по наблюденіямъ Бухштаба, какъ въ брюшномъ покровѣ, такъ и въ продольномъ мышечномъ слое упругихъ волоконъ одинаково много; съ тонкими волокнами попадаются толстыя, извитыя и прямыя; волокна переплетаются, развѣтвляются и на мѣстахъ развѣтвленія имѣютъ узловатія утолщенія. Въ циркулярномъ слое ихъ значительно меньше, чѣмъ въ продольномъ, при чемъ волокна тоньше, короче и не переплетаются. Въ подслизистой волоконъ столько же, какъ и въ циркулярномъ, но они нѣжны и лежатъ отдѣльно, не переплетаясь между собой. Въ muscularis mucosae имѣются тонкія, нѣжныя и короткія волоконца, но въ очень маломъ количествѣ. Въ сосудахъ всѣхъ слоевъ трубы, по наблюденіямъ Бухштаба, гдѣ имѣется упругая ткань, волокна развиты одинаково хорошо. Въ періодъ начала половой зрѣлости женщины отъ 14—17 лѣтъ Бухштабъ²⁾ находитъ упругой ткани значительно больше и въ основѣ слизистой оболочки впервые появляются, хотя и въ скудномъ количествѣ, тонкія, нѣжныя и короткія упругія волокна. Сѣтъ упругихъ волоконъ въ брюшинномъ покровѣ и подбрюшинной клетчаткѣ имѣетъ развитой характеръ и волокна гораздо длиннѣе и толще, чѣмъ раньше, при чемъ толстыхъ волоконъ больше, чѣмъ тонкихъ; волокна развѣтвляются, переплетаются и имѣютъ узловатія утолщенія. Въ мышечныхъ слояхъ волоконъ также больше, при чемъ волокна наружнаго продольнаго мышечнаго слоя уже не отличаются отъ волоконъ циркулярнаго слоя, но по сравненію съ волокнами брюшиннаго покрова они тоньше.

¹⁾ I. с., стр. 20—21.

²⁾ I. с., стр. 21—22.

Въ подслизистомъ слое и въ muscularis mucosae ихъ также больше, чѣмъ было раньше, но ихъ меньше и сами волокна нѣжны, чѣмъ въ вышележащихъ слояхъ. Я, имѣя препараты трубы 15-лѣтней дѣвочки, могу вполне согласиться съ описаніемъ д-ра Бухштаба и прибавлю лишь то, что во всѣхъ слояхъ, гдѣ имѣются упругія волокна, при разсмотрѣніи препарата подъ масляной иммерсіей мы имѣемъ на ряду съ болѣе толстыми и тонкими волокнами большое количество гладкихъ, не извивающихся, тончайшихъ, какъ бы вытянутыхъ, упругихъ нитей, которыхъ особенно много въ мышечныхъ слояхъ трубы. Въ трубахъ дѣвушекъ 18—21 года, — пишетъ Бухштабъ¹⁾, — эластическая ткань какъ по количеству распространенія, такъ и по качеству самихъ волоконъ носитъ развитой характеръ. Въ этомъ возрастѣ, по его наблюденіямъ, упругая ткань имѣется во всѣхъ слояхъ трубы, мѣстами же тонкія, короткія эластическія нити доходятъ до эпителия. Въ брюшинномъ покровѣ и подбрюшинной клетчаткѣ имѣется густая сѣтъ длинныхъ толстыхъ волоконъ, отъ которыхъ отходятъ тоненькіе, едва замѣтные отростки; волокна извиваются, переплетаются и мѣстами образуютъ цѣлыя пучки. Во всемъ мышечномъ пластѣ количество волоконъ одинаково и ихъ не меньше, чѣмъ въ брюшинѣ, но сами волокна не такъ грубы, какъ въ брюшинѣ; вокругъ же сосудовъ имѣется такая же обильная, толстая сѣтъ, какъ и въ брюшинномъ покровѣ. Въ подслизистомъ слое и въ muscularis mucosae волоконъ меньше и они не такъ длинны и, на ряду съ болѣе толстыми, встрѣчаются и болѣе тонкія; въ основѣ же слизистой оболочки волоконъ гораздо меньше, чѣмъ въ подслизистой ткани и волокна тоньше и не переплетаются. После 21 года, по изслѣдованіямъ Бухштаба, упругая ткань мало измѣняется и остается такой до 42 лѣтъ. Д-ръ Бухштабъ²⁾, желая выяснитъ вліяніе половой жизни и беременности на количество упругой ткани въ трубахъ, изслѣдовалъ яйцепроводы у дѣвицъ, замужнихъ женщинъ и трубы женщинъ

¹⁾ I. с., стр. 22—23.

²⁾ I. с., стр. 24—25.

умершихъ непосредственно послѣ родовъ, а въ двухъ случаяхъ у беременныхъ на 3 мѣсяцѣ и въ концѣ 8-го; но эти изслѣдованія, какъ пишетъ онъ, не даютъ возможности сдѣлать заключенія, чтобы половая жизнь, беременность и роды вліяли на количество распространенія эластической ткани въ яйцепроводахъ.

Я имѣю четыре различныхъ случая, которые относятся, по Бухштабу, такъ сказать, къ періоду законченнаго развитія упругой ткани.

Одинъ препаратъ принадлежалъ дѣвицѣ 18 лѣтъ, два 19 лѣтъ, изъ которыхъ одинъ принадлежалъ дѣвицѣ, другой женщинѣ замужней, но не рожавшей, четвертый же взятъ у 20-лѣтней первородящей, которой было сдѣлано во время начавшихся родовъ *sectio Caesarea et resectio partialis tubae Fallopiæ bilateralis*.

Просматривая препараты этихъ четырехъ случаевъ, я замѣчаю, что разница между ними есть и особенно она замѣтна въ трубѣ, взятой у 20-лѣтней первородящей.

Въ трубахъ дѣвицъ 18 и 19 лѣтъ я нахожу упругую ткань во всѣхъ слояхъ ея, за исключеніемъ слизистой оболочки, гдѣ ея совершенно нѣтъ; въ трубѣ же замужней женщины 19 лѣтъ она имѣется и въ слизистой въ весьма незначительномъ количествѣ, но, чтобы волокна доходили до эпителия, какъ пишетъ Бухштабъ, я ни въ одномъ изъ трехъ этихъ случаевъ не находилъ.

Кромѣ этого, въ трубахъ дѣвицъ 18—19 лѣтъ и 19-лѣтней замужней женщины разница заключается въ томъ, что волокна у дѣвицъ по сравненію съ волокнами замужней женщины гораздо нѣжнѣе и сѣтъ упругихъ волоконъ развита слабѣе. Въ остальномъ же разницы съ описаніемъ д-ра Бухштаба я не замѣчаю.

Въ трубѣ 20-лѣтней первородящей упругая ткань, дѣйствительно, имѣется во всѣхъ слояхъ трубы и распределеніе ея сходно съ описаніемъ д-ра Бухштаба; но, если же сравнить этотъ препаратъ съ тремя мюми, о которыхъ я только что говорилъ, то, на мой взглядъ, въ яйцепроводѣ первородящей имѣется гипертрофія упругой ткани, что особенно замѣтно въ брюшинномъ покровѣ и, главнымъ образомъ, во всемъ мышечномъ пластѣ. Волокна въ большей своей части очень толсты, длинны и ихъ значительно больше, чѣмъ у замужней женщины 19 лѣтъ; такихъ толстыхъ

волоконъ и такой густой сѣти я не находилъ ни въ одномъ изъ трехъ предыдущихъ препаратовъ, но подобную картину я встрѣчалъ лишь въ яйцепроводахъ женщинъ, имѣвшихъ *Fibromyoma uterî interstitialis*.

Въ яйцепроводѣ первородящей сѣтъ упругихъ волоконъ настолько мѣстами густа, особенно въ пространствахъ между двумя сосудами, и волокна такъ переплетаются и извиваются, что такой участокъ кажется состоящимъ какъ бы изъ однихъ упругихъ волоконъ.

Въ мышечныхъ слояхъ волокна располагаются не только вдоль мышечныхъ пучковъ, но и на поверхности ихъ, какъ бы обхватывая ихъ. Въ болѣе глубокихъ слояхъ трубы волоконъ также больше и сами волокна толще, чѣмъ у замужней женщины 19 лѣтъ, но, по сравненію съ вышележащими слоями, ихъ меньше и сами волокна тоньше и нѣжнѣе. Кромѣ этого, въ этой трубѣ, дѣйствительно, имѣются волокна въ слизистой оболочкѣ въ довольно большомъ количествѣ, сравнительно съ препаратомъ 19 лѣтъ, и мѣстами видно, что нѣкоторыя волокна доходятъ до эпителия.

Итакъ, на мой взглядъ, какъ половая жизнь, такъ и беременность вліяютъ на упругую ткань, повидимому, влѣдствіе прилива крови къ яйцепроводамъ, ускоряя ея развитіе до зрѣлаго вида, но утверждать это я не могу, такъ какъ мое наблюденіе основано на маломъ матеріалѣ.

Что же касается старческихъ измѣненій упругой ткани въ Fallopieвыхъ трубахъ женщинъ, которыя, по Бухштабу, начинаются около 45 лѣтъ и къ 55 годамъ уже рѣзко бываютъ выражены, то какъ съ возрастомъ, который устанавливаетъ д-ръ Бухштабъ, такъ и съ описаніемъ этихъ измѣненій я во многомъ не согласенъ.

По Бухштабу ¹⁾, въ возрастѣ отъ 44—55 лѣтъ распределеніе упругой ткани въ яйцепроводахъ измѣняется и волокна всюду укорачиваются. Въ брюшинномъ покровѣ количество волоконъ не уменьшается, въ мышечныхъ же слояхъ количество ихъ замѣтно уменьшено: мышечныя волокна не покрываются эластическими, количество

¹⁾ I. с., стр. 25—26.

волоконъ между сосудами также меньше, чѣмъ въ болѣе молодомъ возрастѣ; въ болѣе же глубокихъ слояхъ трубы упругихъ волоконъ еще меньше. Въ слизистой оболочкѣ, по наблюдениямъ Бухштаба, чѣмъ старше возрастъ, тѣмъ количество упругихъ волоконъ меньше или волокна могутъ совершенно отсутствовать; въ подслизистой же и muscularis mucosae упругія волокна всегда встрѣчаются, но въ меньшемъ количествѣ, при чемъ сами волокна коротки и не переплетаются.

По моимъ наблюдениямъ, въ трубѣ женщины 44 лѣтъ я положительно не нахожу тѣхъ измѣненій упругой ткани, о которыхъ пишетъ Бухштабъ: ни уменьшенія упругихъ волоконъ, ни укороченія ихъ я не замѣчаю и расположены они во всѣхъ слояхъ трубы точно такъ же, какъ и въ болѣе молодомъ возрастѣ.

Въ трубѣ женщины 50 лѣтъ я дѣйствительно въ слизистой оболочкѣ упругихъ волоконъ не нахожу, но въ подслизистой и muscularis mucosae ихъ столько же, сколько въ предыдущемъ препаратѣ; по виду волокна также несколько не отличаются отъ волоконъ предыдущаго препарата. Въ мышечномъ пластѣ и брюшинномъ покровѣ я точно также никакихъ измѣненій не нахожу.

Въ яйцепроводахъ женщинъ 55 л. и старше, по Бухштабу ¹⁾ (возрастъ самой старой женщины у Бухштаба былъ 83 года), упругая ткань встрѣчается только въ брюшинномъ покровѣ и подбрюшинной клетчаткѣ, при чемъ количество упругихъ волоконъ замѣтно уменьшается и волокна укорачиваются. Въ мышечномъ пластѣ, по наблюдениямъ его, или совершенно нѣтъ, или волокна находятся въ крайне ограниченномъ количествѣ и, если имѣются волокна, то они настолько коротки, что напоминаютъ собой поперечно-перерѣзанныя.

Я, на основаніи имѣющагося у меня препарата трубы 90-лѣтней женщины, не могу согласиться съ описаніемъ д-ра Бухштаба.

Въ яйцепроводахъ 90-лѣтней женщины я нахожу не только упругія волокна въ брюшинномъ покровѣ, но и во всемъ мышечномъ пластѣ трубы. Въ этихъ слояхъ упругихъ волоконъ довольно много, мѣстами они лежатъ густо, различной длины и нѣкоторыя

¹⁾ I. c., стр. 26.

изъ нихъ переплетаются, большая же часть ихъ лежитъ изолированно. Въ этомъ препаратѣ, по сравненію съ двумя предыдущими, въ брюшинномъ покровѣ и во всемъ мышечномъ пластѣ упругихъ волоконъ на видъ больше, но это увеличеніе, я полагаю, зависитъ, по видимому, отъ атрофіи ткани, лежащей между волокнами, а потому и волокна мѣстами лежатъ въ безпорядкѣ. По виду большая часть волоконъ имѣетъ форму дугообразно изогнутыхъ, укороченія ихъ я не замѣчаю. Въ циркулярномъ мышечномъ слоѣ упругихъ волоконъ нѣсколько меньше, чѣмъ въ продольномъ, въ болѣе же глубокихъ слояхъ я такъ же, какъ и Бухштабъ, ихъ совершенно не нахожу.

На основаніи послѣднихъ трехъ своихъ случаевъ я полагаю, что упругая ткань въ яйцепроводахъ подъ влияніемъ старости мало измѣняется и возрастъ, съ котораго начинаются старческія измѣненія гораздо старше, чѣмъ устанавливаетъ Бухштабъ. Въ глубокомъ старческомъ возрастѣ не замѣчается рѣзкаго исчезанія упругой ткани, ибо въ брюшинномъ покровѣ и во всемъ мышечномъ пластѣ яйцепроводовъ ее довольно много и лишь въ глубже лежащихъ частяхъ ихъ она отсутствуетъ.

VI. Распредѣленіе и измѣненія упругой ткани въ яйцепроводахъ при различныхъ патологическихъ состояніяхъ и значеніе этихъ измѣненій.

1. Ретенціонныя кисты Fallopіевыхъ трубъ съ различнымъ содержимымъ и воспаленія яйцепроводовъ.

Матеріаль д-ра Бухштаба состоялъ изъ 15 случаевъ воспалительныхъ заболѣваній трубъ: *sactosalpinx serosa*—6, *haemorrhagica*—2, *purulenta*—3, *cystis tubo-ovarialis*—1 и 3 случая *salpingitis catarrhalis*,

По его наблюденіямъ¹⁾, при ретенціонныхъ кистахъ яйцепроводовъ измѣненія упругой ткани одинаковы, каково бы содержимое ихъ ни было: гнойное ли, серозное, или кровянистое,—на основанія чего онъ и приходитъ къ заключенію, что „характеръ содержимаго при *sactosalpinx*'ахъ не имѣетъ, повидимому, вліянія“ на описанныя имъ измѣненія упругой ткани.

Въ брюшинѣ и подбрюшинной клѣтчаткѣ, по наблюденіямъ Бухштаба²⁾, количество и форма упругихъ волоконъ не отличается отъ таковыхъ въ трубахъ соотвѣтствующаго возраста, но въ мышечномъ пластѣ „сѣтъ эластическихъ волоконъ количественно особенно развита, такъ что все поле зрѣнія въ микроскопѣ сплошь покрыто волокнами, которыя пронизали весь мышечный пластъ“. Сѣтъ упругихъ волоконъ въ мышечномъ пластѣ, по описанію его, идетъ густымъ слоемъ, подъ которымъ не видно отдѣльныхъ мышечныхъ волоконъ, и по количеству волоконъ эта полоса „напоминаетъ собою какъ бы срѣзанную стѣнку сосуда“.

Волокна по сравненію съ нормальными очень толсты, извиты и такъ слились, что опредѣлить длину каждаго волокна нѣтъ возможности. Такой же густой пластъ находится и непосредственно

¹⁾ I. с., стр. 26—27.

²⁾ I. с., стр. 27—28.

подъ эпителиемъ, состоитъ онъ изъ различной длины и толщины волоконъ и подъ эпителиемъ образуетъ линію. Тамъ, гдѣ труба сильно растянута и чѣмъ объемъ трубы больше, тамъ этотъ глубокой пластъ особенно сильно выраженъ и тѣмъ ширина его больше, такъ что основа слизистой оболочки можетъ имъ совершенно быть прикрытой, что наблюдалось Бухштабомъ въ *pyosalpinx*'ѣ величиною съ кулакъ.

Въ пространствѣ между этими густыми слоями упругихъ волоконъ, т. е. въ *muscularis mucosae* и въ подслизистой ткани, нѣтъ упругой сѣтки, но количество волоконъ немного больше, чѣмъ въ нормальныхъ трубахъ. Такое распредѣленіе упругой ткани докторъ Бухштабъ видѣлъ въ утолщенныхъ и истонченныхъ стѣнкахъ трубы, но гдѣ она все-же была растянута жидкимъ содержимымъ; въ частяхъ же трубы, прилегающихъ къ маткѣ, если стѣнка мало гипертрофирована, разрастанія упругой ткани онъ не находилъ и количество упругой ткани, по его наблюденіямъ, мало отличается отъ таковой въ трубахъ нормальныхъ.

„Въ трехъ случаяхъ *salpingitis catarrhalis*,—пишетъ д-ръ Бухштабъ¹⁾,—и двухъ *hydrosalpinx*'а въ начальныхъ періодахъ развитія, гдѣ просвѣтъ яйцепровода былъ слегка выполненъ тягучимъ кашицеобразнымъ содержимымъ, количество эластической ткани хотя и увеличено, но не видно въ мышечныхъ слояхъ и подъ эпителиемъ нарастанія эластической ткани въ видѣ вышеописанной густой сѣтки“.

Увеличеніе упругой ткани въ этихъ случаяхъ Бухштабъ наблюдалъ во всѣхъ слояхъ трубы, при чемъ волокна различной длины и толщины переплетаются, но не сливаются „и не составляютъ продолженія одно другого“.

По моимъ наблюденіямъ, какъ распредѣленіе, такъ и количество упругой ткани при *sactosalpinx*'ахъ съ различнымъ содержимымъ совершенно иное, въ *sactosalpinx*'ахъ же съ гнойнымъ содержимымъ мои наблюденія діаметрально противоположны наблюденіямъ д-ра Бухштаба.

¹⁾ I. с., стр. 29.

При *sactosalpinx*'ахъ съ серознымъ содержимымъ, дѣйстви- тельно, и по моимъ наблюденіямъ, въ стѣнкахъ не особенно растянутой трубы имѣется чрезвычайно большое количество упру- гой ткани. Наибольшее количество волоконъ располагается въ мы- шечномъ пластѣ трубы, гдѣ большая часть ихъ толсты, очень длинны и очень густо лежатъ.

Волокна идутъ не только вдоль мышечныхъ пучковъ, но поло- жительно во всѣхъ направленіяхъ. Прилегая близко другъ къ другу и переплетаясь между собой, волокна образуютъ густую сѣть надъ мышечными волокнами, которыя мѣстами видны лишь отчасти, мѣстами же лишь ихъ палочкообразныя ядра просвѣчиваютъ сквозь густую сѣть упругихъ волоконъ.

Волокна, которыя идутъ вдоль мышечныхъ пучковъ, гораздо толще и длиннѣе тѣхъ, которыя располагаются во всѣхъ направ- леніяхъ. На видъ эти толстыя волокна имѣютъ равномерную тол- щину, съ гладкой блестящей поверхностью и имѣютъ видъ какъ бы сильно натянутыхъ струнъ. Волокна, которыя идутъ въ косыхъ направленіяхъ, большею частью средней толщины, такъ же равно- мѣрны, гладки, густо переплетены между собой, такъ же представляютъ видъ вытянутыхъ, но не въ такой степени, какъ толстыя; по ходу своему ни одно волокно не имѣетъ извиности.

Подъ эпителиемъ упругихъ волоконъ также много и мѣстами волокна такъ сдвинуты одно къ другому, что образуютъ какъ бы линію, о которой говоритъ Вухштабъ. Въ брюшинномъ покровѣ волоконъ много, но меньше, чѣмъ подъ эпителиемъ, и еще меньше по сравненію съ количествомъ ихъ въ мышечномъ пластѣ.

Такое расположеніе упругихъ волоконъ въ видѣ двухъ пла- стовъ, о которыхъ упоминаетъ и Вухштабъ, мнѣ кажется, можно объяснить растяженіемъ стѣнки трубы и атрофіей мышечныхъ пучковъ, вслѣдствіе чего упругія волокна сближаются между собой и, такъ какъ во всемъ мышечномъ пластѣ волоконъ больше, чѣмъ въ другихъ слояхъ трубы, то на этомъ мѣстѣ и образуется болѣе широкая полоса вытянутыхъ и сближенныхъ между собою упру- гихъ волоконъ.

Такое мнѣніе я основываю на сопоставленіи распредѣленія упругихъ волоконъ въ стѣнкѣ мало растянутой трубы съ распо-

женіемъ и измѣненіями упругихъ волоконъ въ стѣнкахъ трубы, растянутой *ad maximum*.

Въ стѣнкѣ трубы, мало растянутой, упругихъ волоконъ очень много во всѣхъ слояхъ трубы, начиная отъ брюшиннаго покрова и до эпителия, но больше всего ихъ въ мышечномъ пластѣ, за- тѣмъ ихъ много подъ эпителиемъ и меньше въ брюшинномъ покровѣ.

Волокна лежатъ густо и переплетаются между собой, но сдви- ганія ихъ въ пласты не видно, хотя расположены они гораздо гуще, чѣмъ въ трубахъ нормальныхъ.

Но на нѣкоторыхъ препаратахъ при начальныхъ степеняхъ развитія *hydrosalpinxa* я, кромѣ увеличеннаго количества упру- гихъ волоконъ во всѣхъ частяхъ трубы, находилъ, что упругія волокна, расположенныя подъ эпителиемъ, отодвигаются въ глубину клеточной инфильтраціей и имѣютъ здѣсь видъ густо сдвинутыхъ волоконъ, образуя какъ бы линію.

Въ стѣнкѣ же трубы, которая растянута *ad maximum* и тол- щина которой равна толщинѣ листа писчей бумаги, упругія волокна соецентрируются преимущественно въ средней части стѣнки трубы, т. е. на мѣстѣ мышечнаго пласта, подъ эпителиемъ ихъ мало, въ брюшинномъ же покровѣ ихъ еще меньше.

Кромѣ того, я нахожу, что волокна, расположенныя въ сред- ней части стѣнки трубы, хотя находятся и въ большомъ коли- чествѣ, но по виду здѣсь они отличаются отъ волоконъ мышечнаго же пласта при среднемъ растяженіи стѣнокъ трубы.

Въ стѣнкѣ трубы, растянутой *ad maximum*, очень толстыхъ волоконъ нѣтъ, а есть только средней толщины и очень тонкія. Кромѣ того, рядомъ съ гладкими волокнами средней толщины ле- жатъ мѣстами иногда въ довольно большомъ количествѣ клубочки упругаго вещества, получившіеся, вѣроятно, отъ разрыва истончен- ныхъ волоконъ и скручиванія ихъ нанодобіе спирали, ибо среди волоконъ средней толщины имѣются такія, на краяхъ которыхъ видны комочки эластической субстанции то съ одной, то съ обѣ- ихъ сторонъ, то вполне изолированно, рядомъ съ упругимъ волокномъ.

Волокно, на краяхъ котораго имѣются выступы эластической субстанции, имѣетъ видъ волокна, у котораго какъ бы растрескалась оболочка.

Все вышесказанное относится лишь къ *sactosalpinx*'амъ съ серознымъ содержимымъ тѣхъ случаевъ, гдѣ стѣнки мѣшка не представляютъ никакихъ воспалительныхъ измѣненій и гдѣ нѣтъ мелкоклеточной инфильтраціи стѣнокъ мѣшка.

Извѣстно, что *hydrosalpinx* можетъ въ слѣдствіе воспаления стѣнокъ мѣшка подъ вліяніемъ какой бы то ни было причины перейти въ *pyosalpinx*, что наблюдалось мною въ случаѣ № 9, въ которомъ, хотя и незначительная, но имѣется мелкоклеточная инфильтрація стѣнокъ мѣшка.

Въ такихъ случаяхъ наступаютъ измѣненія упругой ткани, какъ при *pyosalpinx*'ахъ, но въ меньшей степени и степень измѣненія упругой ткани, а также и количество ея будетъ зависѣть здѣсь отъ степени инфильтраціи ткани.

На основаніи всего вышесказаннаго относительно *sactosalpinx*'овъ съ серознымъ содержимымъ, я представляю себѣ механизмъ растяженія трубы серознымъ содержимымъ въ такомъ видѣ.

Въ началѣ процесса, когда труба мало растянута серозной жидкостью, источникомъ которой по большей части можно считать отдѣлимое катарральной *mucosae*, происходитъ нарастаніе и утолщеніе упругихъ волоконъ, такъ какъ жидкость въ трубѣ не вызываетъ воспалительныхъ явленій въ стѣнкахъ ея.

Затѣмъ, при болѣе сильномъ растяженіи трубы, по мѣрѣ увеличенія расширенія ея, мускулатура трубы все болѣе атрофируется, упругія же волокна, подвергаясь вытяженію, сдвигаются и тамъ, гдѣ ихъ раньше было больше, образуется болѣе широкая и болѣе густая полоса упругихъ волоконъ.

Наконецъ, когда растяженіе трубы доходитъ до крайнихъ предѣловъ, мышечныя волокна совершенно исчезаютъ и растянутая стѣнка трубы состоитъ изъ соединительной ткани, изъ чрезвычайно вытянутыхъ упругихъ волоконъ и незначительнаго количества сосудовъ, сильно сжатыхъ.

При такихъ условіяхъ наступаютъ измѣненія и въ упругихъ волокнахъ, которыя, истончаясь отъ растяженія, отчасти разрываются, превращаясь въ спирально закрученные клубки, затѣмъ въ комочки и, наконецъ, разсасываются.

Гибель упругихъ волоконъ начинается раньше въ брюшинномъ покровѣ, ибо здѣсь волоконъ меньше, а растяженіе на периферіи больше; затѣмъ подъ эпителиемъ, ибо растяженіе въ центрѣ меньше, и, наконецъ, въ мышечномъ пластѣ, такъ какъ волокна здѣсь толще, количество ихъ больше, кромѣ того, въ мышечномъ пластѣ при очень сильномъ растяженіи стѣнки трубы имѣются, хотя и въ маломъ количествѣ, сильно сжатые сосуды, слѣдовательно, и питаніе ткани здѣсь лучше, чѣмъ въ другихъ слояхъ.

Итакъ, хотя и происходитъ истонченіе и гибель нѣкоторыхъ упругихъ волоконъ при очень сильномъ растяженіи трубы серознымъ содержимымъ, но гибель упругихъ волоконъ происходитъ очень медленно и гибнутъ они исключительно подъ давленіемъ отъ растяженія, такъ какъ жидкость въ трубѣ не вызываетъ воспалительныхъ явленій въ стѣнкѣ ея, а потому при чрезвычайно сильномъ растяженіи стѣнки трубы мы находимъ большое количество оставшихся еще въ цѣлости упругихъ волоконъ, которыя и сохраняютъ истонченную стѣнку отъ разрыва.

Что упругія волокна содѣйствуютъ прочности стѣнокъ органовъ, на это мы имѣемъ въ литературѣ много указаній различныхъ авторовъ.

Такъ, проф. Мельниковъ - Разведенковъ¹⁾ говоритъ, что «въ сердечной мозоли, развивающейся на мѣстѣ анэмического инфаркта, упругія волокна содѣйствуютъ прочности стѣнки сердца, въ которой мышечные элементы замѣщены соединительной тканью»; въ механизмѣ же разрывовъ сердца, какъ думаетъ профессоръ, играетъ роль присоединяющееся сюда острое воспаление, которое способно уничтожать упругія волокна.

Кромѣ *hydrosalpinx*'овъ и *cystis tubo-ovarialis* съ серознымъ содержимымъ, такое же обильное разрастаніе упругой ткани во всѣхъ слояхъ трубы я наблюдалъ при *hydros tubae Fallopii* *profluens* одинаково съ обѣихъ сторонъ у больной № 16. Распределеніе упругой ткани въ обѣихъ трубахъ этого случая равномерное, и лишь подъ эпителиемъ упругія волокна представляются какъ бы сдвинутыми въ полосу. Волокна въ большей своей части утолщены, пере-

¹⁾ I. с., стр. 715.

плетаются между собой и во всѣхъ слояхъ трубы образуютъ густую сѣть. Такое обильное содержаніе упругой ткани въ стѣнкахъ трубы при этомъ заболѣваніи, вѣроятно, увеличиваетъ эластичность органа, которой можно объяснить тѣ обильныя періодическія выдѣленія изъ genitalia, совершавшіяся черезъ суженное отверстіе трубы, которыя наблюдались у этой больной.

Что же касается распредѣленія и измѣненій упругой ткани при sactosalpinx'ахъ съ гнойнымъ содержимымъ, то мои наблюденія, можно сказать, совершенно противоположны наблюденіямъ д-ра Бухштаба и согласны съ мнѣніемъ его, что содержимое sactosalpinx'овъ не имѣетъ вліянія на измѣненія упругой ткани, я, на основаніи изслѣдованныхъ мною случаевъ, абсолютно не могу.

Не могу понять и объяснить себѣ, какимъ образомъ могло получиться, что д-ръ Бухштабъ находилъ обильное содержаніе упругой ткани въ стѣнкахъ pyosalpinx'a величиною съ кулакъ, такъ какъ ни въ одномъ изъ своихъ препаратовъ съ гнойнымъ содержимымъ я не находилъ ничего подобнаго, да и по литературнымъ даннымъ также видно, что гнойное воспаленіе является наиболее вреднымъ для упругой ткани, при которомъ упругія волокна быстро гибнутъ съ остальными тканевыми элементами.

Единственно можно предположить, что изслѣдованный случай pyosalpinx'a д-ромъ Бухштабомъ былъ нагноившійся hydrosalpinx, при которомъ упругія волокна не успѣли еще исчезнуть.

Во всѣхъ своихъ случаяхъ при sactosalpinx'ахъ съ гнойнымъ содержимымъ я нахожу приблизительно одну и ту же картину рѣзкаго измѣненія упругой ткани и гибель упругихъ волоконъ до полного исчезанія ихъ.

Въ утолщенныхъ и мало растянутыхъ гнойнымъ содержимымъ стѣнкахъ трубы упругой ткани находится мало и волокна представляютъ видъ сильно измѣненныхъ. Измѣненія и количество упругихъ волоконъ, по моимъ наблюденіямъ, находятся въ зависимости отъ того, насколько обильна мелкоклѣточная инфильтрація данного участка.

Въ виду неравнобѣрнаго распредѣленія мелкоклѣточной инфильтраціи въ стѣнкѣ трубы неравнобѣрно распредѣлены и измѣнены и упругія волокна. Тонкихъ волоконъ, какъ менѣе

устойчивыхъ, почти не видно, а имѣются лишь толстыя, которыя мѣстами скучены въ видѣ спутанныхъ мотковъ, мѣстами разбросаны. Видъ волоконъ чрезвычайно разнообразенъ: здѣсь можно видѣть толстыя, сильно извитыя, въ видѣ крючковъ, толщина волоконъ неравнобѣрна, на нѣкоторыхъ волокнахъ видны утолщенія, мѣстами же видны лишь обломки отъ упругихъ волоконъ въ видѣ толстыхъ, короткихъ крючковъ, глыбокъ и зеренъ упругаго вещества.

Въ стѣнкахъ сосудовъ упругія волокна сохраняются дольше, но если процессъ заходитъ дальше, то и здѣсь начинаются дегенеративныя измѣненія и волокна подвергаются распаду. На нѣкоторыхъ срѣзахъ упругихъ волоконъ почти нѣтъ и лишь въ стѣнкѣ какого-либо сосуда осталось незначительное количество волоконъ, которыя имѣютъ видъ сильно измѣненныхъ, все же большее пространство въ окрестности такого сосуда совершенно лишено упругой ткани.

Въ мѣстахъ, гдѣ гнойный процессъ зашелъ еще дальше, гдѣ имѣется обильная, разлитая мелкоклѣточная инфильтрація ткани и стѣнка трубы представляется болѣе или менѣе истонченной, тамъ не видно ни одного упругаго волокна ни въ стѣнкахъ сосудовъ, ни тѣмъ болѣе въ ткани.

Въ части трубы, которая прилегаетъ къ маткѣ и макроскопически представляется мало измѣненной, по большей части имѣется, хотя и въ незначительной степени, мелкоклѣточная инфильтрація ткани, а потому и здѣсь количество упругой ткани уменьшено и въ упругихъ волокнахъ видны дегенеративныя измѣненія, которыя, въ зависимости отъ степени инфильтраціи, болѣе или менѣе рѣзко выражены.

Если совершается переходъ hydrosalpinx'a въ pyosalpinx, что наблюдалось мною, и въ стѣнкѣ трубы появляется мелкоклѣточная инфильтрація, то упругія волокна начинаютъ измѣняться и исчезать, какъ и при pyosalpinx'ахъ.

Что касается гнойныхъ салпингитовъ, то количество и степень измѣненія упругихъ волоконъ здѣсь, по моимъ наблюденіямъ, также зависятъ отъ того, насколько далеко зашелъ гнойный процессъ и насколько обильна мелкоклѣточная инфильтрація ткани стѣнокъ трубы.

Итакъ, при гнойныхъ процессахъ уже при незначительной степени мелкоклеточной инфильтраціи я наблюдалъ, какъ Offergeld и др. измѣненія въ среднихъ упругихъ волокнахъ: при болѣе значительной степени инфильтраціи большая часть упругихъ волоконъ теряетъ способность къ окраскѣ, толстыя же волокна распадаются на обломки и при распадѣ ткани они совершенно исчезаютъ.

Какъ изъ литературныхъ данныхъ, такъ и изъ клиническаго наблюденія мнѣ извѣстно, что изъ всѣхъ растяженій яйцепроводовъ наибольшей величины достигаетъ hydrosalpinx, который можетъ существовать, не разрываясь, болѣе долгое время. Pyosalpinx же представляетъ опухоль обыкновенно меньшей величины, чѣмъ hydrosalpinx и только въ видѣ исключенія можетъ достигать величины кулака или головы ребенка.

Стѣнки pyosalpinx'a по сравненію съ таковыми hydrosalpinx'a значительно толще, что, съ одной стороны, зависитъ отъ разрастанія соединительной ткани въ самой стѣнкѣ, съ другой стороны, — отъ меньшаго растяженія ея. Кромѣ того, поверхность pyosalpinx'a покрыта почти всегда въ большомъ количествѣ ложными перепонками, мышечные пучки отчасти представляются гипертрофированными, сосуды встрѣчаются въ довольно значительномъ количествѣ и имѣютъ утолщенные стѣнки, — но, несмотря на все это, pyosalpinx разрывается чаще, чѣмъ hydrosalpinx.

Въ литературѣ имѣется большое количество случаевъ самопроизвольнаго разрыва pyosalpinx'овъ, при чемъ разрывъ проходилъ не только въ истонченной части трубы, но и въ нерастянутой (случай Lewers'a¹⁾, приведенъ у Михнова²⁾).

Еще чаще разрывы pyosalpinx'овъ происходятъ отъ различныхъ незначительныхъ причинъ, напр., подъ влияніемъ менструальнаго прилива въдѣствіе повышеннаго давленія (случай Almagro³⁾),

¹⁾ Lewers. Double pyosalpinx with rupture of the tubes. Transactions of the Obst. Soc. of London. Vol. 27, стр. 298, прив. по Михнову.

²⁾ Михновъ С. Д. „Къ вопросу о заболѣваніи Фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ въ патолого-анатомическомъ и клиническомъ отношеніи“. Дисс. Сиб. 1889 г., стр. 75.

³⁾ Almagro. Double abcès tubaire etc. Bulletins de la soc. anat. de Paris 1862, стр. 171. Прив. по Михнову, стр. 75.

приведенъ у Михнова) и еще чаще подъ влияніемъ механическихъ причинъ, какъ-то: форсированное гинекологическое изслѣдованіе, отдѣленіе срощеній во время лапоротомій, паденіе, ударъ по животу и проч.

На основаніи изслѣдованныхъ мною случаевъ sactosalpinx'овъ съ серознымъ и гнойнымъ содержимымъ я полагаю, что причина болѣе частаго разрыва pyosalpinx'овъ въ сравненіи съ hydrosalpinx'ами заключается въ томъ громадномъ различіи по содержанію упругой ткани, которое я наблюдалъ въ стѣнкахъ трубъ, растянутыхъ серознымъ содержимымъ и гнойнымъ. Все выше сказанное говоритъ за то, что, разъ стѣнка мѣшка лишена упругой ткани, стойкость которой, сравнительно съ другими тканями, давно признается всеми, такая стѣнка, конечно, во всякій моментъ отъ самыхъ ничтожныхъ причинъ будетъ разрываться очень легко.

Въ случаяхъ sactosalpinx haemorrhagica, изслѣдованныхъ мною, я нахожу, что, въ виду имѣющагося воспалительнаго состоянія стѣнокъ трубъ и мелкоклеточной инфильтраціи ихъ, количество и измѣненія упругой ткани тѣ же, что и при pyosalpinx'ахъ; а потому, гдѣ обильнѣй инфильтрирована ткань, тамъ упругихъ волоконъ меньше и по виду сами волокна рѣзче измѣнены.

При salpingitis catarrhalis я нахожу, что количество упругой ткани по сравненію съ нормальными трубами больше, что наблюдалъ и др-ъ Бухштабъ; но, кромѣ этого, въ большинствѣ случаевъ я замѣчалъ сгущеніе упругихъ волоконъ подъ эпителиемъ въдѣствіе отодвиганія ихъ въ глубину клеточной инфильтраціей.

Относительно количества и измѣненій упругой ткани въ трубахъ при salpingitis tuberculosa chr. я, имѣя два случая этого заболѣванія, могу сказать слѣдующее.

Въ мѣстахъ, гдѣ туберкулезный процессъ принимаетъ болѣе хроническую продуктивную форму, упругія волокна представляютъ мало измѣненій, которыя выражаются лишь въ болѣе слабой окраскѣ тонкихъ волоконъ; въ мѣстахъ, гдѣ процессъ зашелъ дальше, упругія волокна претерпѣваютъ измѣненія подобно тѣмъ, какія я наблюдалъ и при гнойныхъ воспаленіяхъ трубъ, но эти измѣненія гораздо слабѣе выражены, и лишь въ творожисто перерожденныхъ мѣстахъ упругія волокна погибаютъ до полнаго ихъ исчезанія.

Въ одной трубѣ, случая № 31, вся почти стѣнка трубы въ наружномъ концѣ ея представляетъ чрезвычайно тонкій слой и въ этой тонкой оболочкѣ, заключающей въ себѣ распавшуюся ткань, имѣется довольно много упругихъ волоконъ. Такимъ медленнымъ и слабымъ измѣненіемъ упругой ткани, которое я наблюдалъ при хроническомъ туберкулезѣ въ своихъ случаяхъ, я полагаю, и можно объяснить тотъ фактъ, что туберкулезные *pyosalpinxy* могутъ достигать огромныхъ размѣровъ и долго существовать, не подвергаясь разрыву.

Такъ, Küstner ¹⁾ приводитъ случаи, въ которыхъ туберкулезный *pyosalpinx* могъ достигнуть величины головы ребенка (Arap, Werth) и содержать до двухъ литровъ гноя (Stehmann).

2. Измѣненія упругой ткани въ яйцепроводахъ при опухоляхъ матки и яичниковъ.

Что касается измѣненій упругой ткани въ яйцепроводахъ при *fibromyoma uteri interstitialis*, то, по наблюдениямъ Бухштаба ²⁾, она совершенно не измѣняется и распредѣляется такъ, какъ и въ трубахъ нормальныхъ соответствующаго возраста.

По моимъ наблюдениямъ, въ яйцепроводахъ, патологически неизмѣненныхъ, что наблюдается довольно рѣдко, при фиброміомахъ матки упругія волокна нѣсколько утолщаются, вѣроятно, вѣдствіемъ гипереміи кровеносныхъ сосудовъ стѣнокъ и слизистой оболочки трубы.

Гиперемія сосудовъ наблюдалась Полкановымъ ³⁾ во всѣхъ изслѣдованныхъ имъ случаяхъ, безъ исключенія, что наблюдалъ и я во всѣхъ своихъ случаяхъ.

Если же яйцепроводы имѣютъ патологическія измѣненія, что бываетъ довольно часто, то, по моимъ наблюдениямъ, въ такихъ случаяхъ упругая ткань измѣняется еще больше. Такъ, если имѣется

¹⁾ Küstner O. Краткій учебникъ гинекологіи. Переводъ съ нѣмецкаго сочиненія „Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie v. Prof. Dr. O. Küstner“ д-ровъ С. С. Груздева и Т. В. Залескаго. 1903 г., стр. 408—409.

²⁾ I. c., стр. 33.

³⁾ Полкановъ В. И. Къ вопросу объ измѣненіяхъ фаллопиевыхъ трубъ при фиброміомахъ матки. Извѣстія Императорской Военно-Медицинской Академіи. 1908 г., стр. 577.

катарральное состояніе трубы, то упругая ткань измѣняется какъ при *salpingitis catarrhalis*; если имѣется гнойный процессъ въ трубѣ, то и измѣненія упругой ткани будутъ какъ при гнойныхъ процессахъ.

Патологическія же измѣненія трубъ при фиброміомахъ матки, по изслѣдованіямъ многихъ авторовъ, наблюдаются очень часто. Такъ, измѣненія трубъ при фиброміомахъ матки, по изслѣдованіямъ Полканова ¹⁾, наблюдаются въ 57,2% всѣхъ фиброміомъ, при чемъ чаще всего наблюдается *endosalpingitis*, затѣмъ гнойный *салпингитъ*, но могутъ, хотя не часто, наблюдаться и другія всевозможныя патологическія измѣненія, но все эти измѣненія, по мнѣнію его, не имѣютъ прямой зависимости отъ фиброміомы, но зависятъ отъ присоединяющейся инфекціи; фиброміома же матки, вызывая явленіи гипереміи всего полового аппарата женщины, способствуетъ большому развитію и интенсивности воспалительныхъ процессовъ.

При кистахъ яичниковъ въ моихъ случаяхъ въ яйцепроводахъ было найдено лишь катарральное состояніе ихъ и упругая ткань въ нихъ была измѣнена въ той мѣрѣ, какъ это наблюдалось мною при *salpingitis catarrhalis*.

¹⁾ I. c., стр. 572 и 579.

VII. Распределение и изменение упругой ткани при трубной беременности.

По наблюдениям д-ра Бухштаба ¹⁾, который исследовал 16 случаев трубной беременности, „в плодном мѣшкѣ эластическая ткань или совершенно пропадает, или количество ея очень ограничено“. Если упругая ткань имѣется въ стѣнках плоднаго мѣшка то, по Бухштабу, „она сосредоточивается исключительно въ брюшинномъ покровѣ и въ наружномъ мышечномъ слое—въ видѣ короткихъ, переплетающихся волоконъ, во внутреннемъ же мышечномъ слое и въ болѣе глубокихъ слояхъ совершенно нѣтъ эластической ткани“. „Отсутствіе стѣн эластическихъ волоконъ,—пишетъ Бухштабъ,—одинаково замѣчается, какъ въ случаѣ, гдѣ произошелъ разрывъ плодoвмѣстителя, такъ и тогда, когда такового не было“.

Я на основаніи исследованных мною 20 случаевъ трубной беременности совершенно не согласенъ съ д-ромъ Бухштабомъ, что количество упругихъ волоконъ одинаково какъ въ стѣнках разорваннаго, такъ и неразорваннаго плодoвмѣстителя, ибо, по моимъ наблюдениямъ, въ тѣхъ и другихъ случаяхъ имѣется разница большая; но и съ описаніемъ распределенія упругой ткани, какъ въ стѣнках плодoвмѣстителя, такъ и въ частяхъ трубы, не вошедшихъ въ образованіе плоднаго мѣшка, я также во многомъ не согласенъ съ нимъ.

По сроку беременности случаи Бухштаба распределяются такимъ образомъ:

Двухмѣсячной трубной беременности 6 случаевъ.			
3	„	„	5
3 ^{1/2}	„	„	2
4	„	„	1
6	„	„	1
9	„	„	1

¹⁾ I. с., стр. 35.

Разрывъ трубы произошелъ въ его случаяхъ 6 разъ и въ двухъ случаяхъ былъ тубарный абортъ. Возрастъ женщинъ въ случаяхъ Бухштаба былъ отъ 20 до 39 лѣтъ, при чемъ болѣе половины случаевъ падаетъ на возрастъ 28—35 лѣтъ.

Мои случаи по сроку беременности распределяются слѣдующимъ образомъ:

На первомъ мѣсяцѣ	1	случай
„ „ 2	13	„
„ „ 3	2	„
„ „ 3 ^{1/2}	1	„
„ „ 4	2	„
„ „ 5	1	„

Разрывъ плодoвмѣстителя изъ 20 моихъ случаевъ наблюдался въ 17 случаяхъ и лишь въ 3 случаяхъ плодный мѣшокъ былъ совершенно цѣль.

Возрастъ женщинъ въ моихъ случаяхъ былъ отъ 22 до 41 года: 22 лѣтъ—1, 24—1, 26—1, 27—3, 28—3, 29—1, 30—1, 32—3, 33—1, 36—1, 41—1 и въ 3-хъ случаяхъ возрастъ неизвѣстенъ.

Наибольшее число трубной беременности въ моихъ случаяхъ приходится на долю рожавшихъ, при чемъ наступленіе беременности въ большей же части было спустя много лѣтъ послѣ нормальныхъ родовъ.

При исследованіи 17 случаевъ трубной беременности, въ которыхъ произошелъ въ большей или меньшей степени видимый на глазъ разрывъ плодoвмѣстителя, я прихожу къ заключенію, что во всѣхъ этихъ случаяхъ, какъ количество упругой ткани, такъ и измененія ея, по большей части, одинаковы и лишь въ двухъ случаяхъ изъ нихъ имѣется небольшая разница отъ чрезвычайно сходныхъ между собой 15 случаевъ.

Это отличіе двухъ случаевъ отъ остальныхъ 15 даетъ мнѣ возможность составить себѣ картину тѣхъ измененій упругой ткани, которыя происходятъ въ стѣнках растянутыхъ яйцепроводовъ во всѣхъ 17 случаяхъ, ибо въ этихъ двухъ случаяхъ можно видѣть различныя степени измененія упругой ткани, которыя являются

какъ бы переходомъ къ измѣненіямъ, имѣющимся въ остальныхъ 15 случаяхъ. Во всѣхъ 15 случаяхъ, которые, какъ я сказалъ, очень сходны между собой, количество упругой ткани въ стѣнкахъ плодовместилища, по моимъ наблюденіямъ, настолько мало, что лишь изрѣдка и при томъ лишь въ нѣкоторыхъ мѣстахъ можно видѣть во всемъ полѣ зрѣнія нѣсколько толстыхъ и сильно измѣненныхъ упругихъ волоконъ вблизи сосудовъ и въ стѣнкахъ ихъ, по большей же части упругихъ волоконъ совершенно нѣтъ ни въ ткани, ни въ стѣнкахъ сосудовъ.

Такое ничтожное количество сильно измѣненныхъ упругихъ волоконъ можно найти лишь въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, большая же часть стѣнокъ плоднаго мѣшка во всѣхъ 15 случаяхъ остается почти совершенно лишенной упругой ткани.

Въ мѣстахъ же, гдѣ произошелъ разрывъ стѣнки, я ни въ одномъ случаѣ, безъ исключенія, не видѣлъ ни одного упругаго волокна, ни остатковъ отъ упругой ткани.

Въ мѣстахъ плодовместилища, близко прилежащихъ къ мало измѣненной части трубы, упругихъ волоконъ, хотя и больше, но тоже очень мало; волокна располагаются преимущественно въ стѣнкахъ сосудовъ и въ окружности ихъ, въ ткани же упругія волокна попадаются въ весьма ничтожномъ количествѣ, мѣстами и при томъ сильно измѣнены.

Итакъ, во всѣхъ 15 случаяхъ можно видѣть лишь мѣстами, въ ничтожномъ количествѣ сильно измѣненныя упругія волокна, изъ нормальныхъ же здѣсь нѣтъ ни одного волокна.

Просматривая срѣзы изъ двухъ препаратовъ, нѣсколько отличающихся отъ этихъ 15 случаевъ, и сравнивая ихъ съ предыдущими, я прихожу къ заключенію, что во всѣхъ 15 случаяхъ, о которыхъ я говорилъ, упругая ткань уже почти исчезла, а потому подмѣтить, какимъ образомъ происходитъ это исчезаніе, на этихъ 15 случаяхъ было невозможно, ибо всѣ они какъ по количеству упругой ткани, такъ и по измѣненіямъ ея совершенно одинаковы.

Срокъ беременности въ этихъ двухъ случаяхъ равнялся въ одномъ приблизительно одному мѣсяцу, въ другомъ четыремъ мѣсяцамъ.

Препаратъ, срокъ беременности котораго 1 мѣсяць, я почти весь изрѣзалъ и взялъ 15 кусочковъ изъ различныхъ мѣстъ для изслѣдованія. На срѣзахъ изъ этого препарата я вижу, что количество упругой ткани въ плодномъ мѣшкѣ этого случая больше по сравненію съ вышеописанными 15 случаями, и, если прослѣдить отъ начала плодовместилища до мѣста разрыва, то видно, какъ количество упругой ткани уменьшается, а въ кусочкахъ, взятыхъ изъ мѣста разрыва, упругой ткани уже совершенно нѣтъ.

Чѣмъ ближе къ мѣсту разрыва, тѣмъ степень измѣненія упругихъ волоконъ увеличивается, количество же волоконъ уменьшается. Въ мѣстахъ стѣнокъ плоднаго мѣшка, гдѣ имѣются упругія волокна, судя по ихъ виду, можно сказать, что и здѣсь также нѣтъ ни одного нормальнаго упругаго волокна. Въ мѣстахъ начала образованія плоднаго мѣшка упругихъ волоконъ довольно много и видѣть ихъ мѣстами удается почти во всѣхъ слонахъ трубы, за исключеніемъ слизистой оболочки, гдѣ ихъ совершенно нѣтъ; но распределены упругія волокна чрезвычайно неравномерно: въ нѣкоторыхъ мѣстахъ ихъ довольно много и они какъ бы скучены, мѣстами же ихъ чрезвычайно мало.

По виду волокна имѣютъ весьма разнообразную форму: почти всѣ имѣютъ сильную извитость, неравномерной толщины, съ неровной поверхностью, нѣкоторыя волокна очень толсты, коротки и какъ бы сильно набухли; мѣстами свернуты въ мотки; среди же этихъ измѣненныхъ волоконъ имѣются обрывки и глыбки упругаго вещества.

Приближаясь къ мѣсту разрыва, замѣчаемъ, что упругихъ волоконъ становится меньше, а вмѣсто нихъ видимъ лишь остатки отъ упругихъ волоконъ въ видѣ обрывковъ и глыбокъ упругаго вещества; но, чѣмъ ближе къ мѣсту разрыва, тѣмъ и количество этихъ остатковъ уменьшается; въ срѣзахъ же изъ краевъ разрыва уже и остатковъ упругаго вещества совершенно не видно.

Въ другомъ случаѣ, срокъ беременности котораго 4 мѣсяца, количество упругой ткани въ стѣнкахъ плодовместилища меньше, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ, но, по сравненію съ 15 случаями, оно нѣсколько больше.

Въ этомъ случаѣ упругая ткань встрѣчается лишь въ мѣстахъ, далеко отстоящихъ отъ мѣста разрыва, при чемъ количество ея очень мало, расположеніе ея весьма неравномерно и упругія волокна имѣютъ видъ сильно измѣненныхъ. Въ окружности на довольно большомъ разстояніи отъ мѣста разрыва изрѣдка попадаются сосуды, въ стѣнкахъ которыхъ еще видны упругія волокна и кое-гдѣ въ ткани попадаются разбросанныя толстыя и сильно измѣненные упругія волокна или остатки отъ нихъ,—вблизи же и въ мѣстахъ у самого разрыва упругой ткани совершенно нѣтъ.

Кромѣ вышеизложеннаго, я замѣчаю, что восприимчивость упругихъ волоконъ къ орсеину во всѣхъ 17 случаяхъ чрезвычайно слаба, такъ что лишь по способу Weigert'a удается сразу точно обнаружить рѣзко измѣненные волокна.

Итакъ, наивысшая степень измѣненій упругой ткани и наименьшее количество ея наблюдалось мною почти одинаково въ 15 случаяхъ трубной беременности, которые окончились разрывомъ плоднаго мѣшка.

Срокъ беременности въ этихъ 15 случаяхъ былъ отъ 2 до 5 мѣсяцевъ.

Меньшая степень измѣненій и большее количество упругой ткани наблюдалось въ случаѣ, срокъ беременности котораго былъ 4 мѣсяца; меньше же всего измѣненій и больше всего упругой ткани, изъ всѣхъ 17 случаевъ съ разрывомъ плоднаго мѣшка, я наблюдалъ въ случаѣ, срокъ беременности котораго былъ 1 мѣсяць.

По изслѣдованіямъ д-ра Бухштаба¹⁾, отсутствіе упругихъ волоконъ въ плодномъ мѣшкѣ наблюдалось какъ въ случаяхъ, когда труба была растянута до величины кулака, такъ и тамъ, гдѣ трубная беременность была 6 и 8 мѣсяцевъ.

Я не имѣлъ возможности достать ни 6, ни 8-мѣсячной трубной беременности, но, по моимъ наблюденіямъ, степень измѣненія упругой ткани, а также и количество ея зависятъ не столько отъ величины растяженія трубы, сколько отъ патологическихъ процессовъ, совершающихся въ стѣнкахъ плоднаго мѣшка, ибо при большомъ растяженіи стѣнки упругая ткань можетъ измѣниться мало и,

¹⁾ 1. с., стр. 31.

наоборотъ, при маломъ растяженіи упругая ткань можетъ оказаться рѣзко измѣненной.

Что же касается случаевъ трубной беременности, въ которыхъ не было разрыва плодовместилища, то, по моимъ изслѣдованіямъ, количество упругой ткани въ стѣнкахъ плоднаго мѣшка этихъ случаевъ значительно больше, чѣмъ въ случаяхъ, гдѣ произошелъ разрывъ плоднаго мѣшка.

Во всѣхъ трехъ случаяхъ трубной беременности, изслѣдованныхъ мною, съ неразорваннымъ плодомѣстилицемъ, я находилъ упругую ткань въ большемъ или меньшемъ количествѣ во всѣхъ мѣстахъ плоднаго мѣшка, при чемъ въ мѣстахъ, гдѣ труба мало растянута, такъ сказать, въ началѣ образованія плоднаго мѣшка упругой ткани такъ много, что, несомнѣнно, здѣсь на ряду съ гипертрофіей мышечной ткани имѣется гипертрофія и нарастаніе упругихъ волоконъ. Въ мѣстахъ малаго растяженія трубы я нахожу большое количество очень длинныхъ, равномерной толщины и съ гладкой поверхностью упругихъ волоконъ. На ряду съ толстыми здѣсь имѣется большое количество тонкихъ, гладкихъ, очень длинныхъ, вытянутыхъ, упругихъ волоконъ. По виду упругія волокна представляются какъ бы вытянутыми, по ходу своему они не имѣютъ извитости и нѣтъ здѣсь по виду ни одного такого волокна, какія наблюдаются въ случаяхъ, гдѣ произошелъ разрывъ плоднаго мѣшка.

Толстыя и тонкія волокна переплетаются между собой и образуютъ густую сеть во всѣхъ слояхъ трубы, за исключеніемъ слизистой, гдѣ упругихъ волоконъ нѣтъ. Чѣмъ дальше отодвигаться отъ этого мѣста къ болѣе растянутымъ мѣстамъ плоднаго мѣшка, тѣмъ количество упругой ткани уменьшается, но нѣтъ такого участка гдѣ бы не было совершенно упругихъ волоконъ.

Въ мѣстахъ болѣе растянутыхъ не только количество упругой ткани уменьшается, но и видъ волоконъ говоритъ за то, что въ этихъ мѣстахъ упругая ткань претерпѣваетъ дегенеративныя измѣненія и начинаетъ исчезать.

Въ мѣстахъ наибольшаго растяженія упругой ткани становится еще меньше и распадъ упругихъ волоконъ ясно выраженъ. Есть мѣста, гдѣ лишь въ стѣнкахъ сосудовъ и въ окружности ихъ видны только волокна, въ ткани же имѣются лишь остатки отъ нихъ, да

и то не всюду, а мѣстами, но такія мѣста встрѣчаются сравнительно рѣдко.

Упругая ткань въ стѣнкахъ растянутого плоднаго мѣшка этихъ трехъ случаевъ распределена также неравномерно: въ однихъ мѣстахъ упругихъ волоконъ больше, въ другихъ меньше. Наибольшее количество упругихъ волоконъ по большей части имѣется въ мышечномъ пластѣ трубы, меньше въ брюшинномъ покровѣ, но въ некоторыхъ мѣстахъ упругія волокна можно видѣть и въ глубоке лежащихъ слояхъ трубы, за исключеніемъ слизистой, гдѣ ихъ нѣтъ.

Количество упругой ткани въ стѣнкахъ растянутого и неразорваннаго плоднаго мѣшочка, по видимому, зависитъ не отъ одного только растяженія, ибо въ некоторыхъ мѣстахъ съ значительно большимъ растяженіемъ стѣнки можно найти упругихъ волоконъ больше, чѣмъ въ мѣстахъ съ меньшимъ растяженіемъ ея. Точно такъ же и степень измѣненія упругихъ волоконъ въ очень истонченныхъ мѣстахъ стѣнки можетъ быть меньше, чѣмъ въ болѣе толстыхъ.

Если просмотрѣть срѣзы, взятые изъ соответственныхъ мѣстъ и окрашенные гематоксилиномъ съ эозиномъ, то причина такого неравномернаго распределенія упругой ткани и неодинаковость измѣненій ея въ различныхъ слояхъ и мѣстахъ стѣнки выясняется.

Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ упругихъ волоконъ меньше и гдѣ они рѣзче измѣнены, тамъ оказывается значительно большая степень инфильтраціи; въ мѣстахъ же, гдѣ упругихъ волоконъ больше и по виду они измѣнены меньше, тамъ и инфильтрація ткани слабѣе.

Итакъ, количество упругихъ волоконъ и степень измѣненія ихъ, я полагаю, зависятъ не столько отъ растяженія стѣнки плоднаго мѣшка, сколько отъ степени инфильтраціи ткани даннаго участка.

Кромѣ того, съ уменьшеніемъ упругой ткани можно видѣть, что атрофія мышечныхъ элементовъ въ стѣнкахъ плоднаго мѣшка идетъ быстро; въ мѣстахъ же, гдѣ упругой ткани очень мало и гдѣ она рѣзко измѣнена, мышечные пучки почти исчезли, ибо значеніе упругой ткани въ нормальномъ и патологическомъ состо-

яніи, какъ говоритъ проф. Н. О. Мельниковъ-Разведенковъ ¹⁾, „состоятъ въ механической поддержкѣ, оказываемой упругой тканью специфическимъ элементамъ органовъ для правильнаго ихъ функционированія“. Мышечные элементы, лишившись своей поддержки — упругой ткани, подвергаются чрезмѣрному растяженію и атрофируются.

То же самое относится и къ случаямъ, гдѣ произошелъ разрывъ плоднаго мѣшка, но въ большей степени, ибо перерожденіе стѣнки и инфильтрація ткани въ этихъ случаяхъ несравненно рѣзче выражены. Стѣнки трубы мѣстами представляются рѣзко утолщенными, мѣстами крайне истонченными, мышечныхъ пучковъ въ нихъ скудное количество, межмышечная же соединительная ткань преобладаетъ и представляется въ значительной степени инфильтрированной, кромѣ большого количества небольшихъ одноядерныхъ, похожихъ на лейкоцитовъ, клѣтокъ, еще и многочисленными клѣтками, похожими на децидуальные.

Такая обильная инфильтрація вытѣсняетъ и разрушаетъ упругую и мышечную ткань, что неизбежно ведетъ къ ослабленію стѣнки трубы.

Въ области послѣда стѣнка трубы представляется по большей части крайне истонченной и перерожденной, мѣстами представляетъ глубокое прониканіе ворсинъ и распространенные тромбы, въ мѣстахъ же разрыва она истончена и представляетъ распространенные тромбы и некрозы.

Въ частяхъ трубы, не вошедшихъ въ образованіе плоднаго мѣшка, д-ръ Бухштабъ ²⁾, сравнивая ихъ съ нормальными трубами, находитъ, что въ брюшинномъ покровѣ упругой ткани замѣтно меньше, въ мышечномъ пластѣ количество упругихъ волоконъ рѣзко уменьшается, въ болѣе глубокихъ слояхъ ихъ еще меньше, въ основѣ же слизистой оболочки упругія волокна или совершенно отсутствуютъ, или ихъ очень мало; при чемъ, по наблюденіямъ Бухштаба, волокна всюду очень коротки „и некоторые, продольно идущія, похожи на эластическія волокна, перерѣзанныя поперекъ“.

¹⁾ I. с., стр. 715.

²⁾ I. с., стр. 30.

Я въ своихъ препаратахъ находилъ иное. Въ случаяхъ, гдѣ не было разрыва плоднаго мѣшка, въ частяхъ трубы, не вошедшихъ въ образованіе плодномѣстлица, я нахожу, что количество упругихъ волоконъ нисколько не меньше, чѣмъ въ нормальныхъ трубахъ, волокна же сами представляются нѣсколько утолщенными.

Въ случаяхъ же, гдѣ произошелъ разрывъ плоднаго мѣшка, въ частяхъ трубы, не вошедшихъ въ образованіе плоднаго мѣшка, я дѣйствительно нахожу, что не только количество упругихъ волоконъ меньше, чѣмъ въ нормальныхъ трубахъ, но и видъ волоконъ указываетъ на дегенерацію ихъ. Такое различіе по количеству и виду упругихъ волоконъ зависитъ и здѣсь отъ того, что въ случаяхъ, гдѣ разрыва мѣшка не было, въ этихъ частяхъ трубы нѣтъ инфильтраціи ткани; въ случаяхъ же, гдѣ разрывъ плоднаго мѣшка былъ, инфильтрація ткани имѣется и въ частяхъ трубы, не вошедшихъ въ образованіе плоднаго мѣшка, и какъ количество, такъ и измѣненія упругихъ волоконъ здѣсь также находятся въ зависимости отъ степени инфильтраціи ткани.

VIII. Роль упругой ткани при трубной внѣматочной беременности.

Въ обширной литературѣ о внѣматочной трубной беременности имѣется большое количество монографій, въ которыхъ можно найти подробное описаніе патолого-анатомическихъ измѣненій не только въ плодномъ мѣшкѣ, но и въ прилежащихъ къ нему частяхъ.

Многихъ изслѣдователей интересовало выяснитъ причину разрыва Fallopіевыхъ трубъ при беременности въ нихъ, но и до сихъ поръ вопросъ этотъ окончательно не рѣшенъ.

Одни изслѣдователи видятъ причину разрыва плоднаго мѣшка при трубной беременности въ истонченіи стѣнки трубы, другіе въ кровоизліяніи въ межмышечные пучки, вслѣдствіе чего послѣдніе сильно сдавливаются.

Проф. Оттъ¹⁾, производя изслѣдованіе на богатомъ, какъ по количеству, такъ и по качеству, матеріалѣ трубной беременности, пришелъ къ заключенію, что причиной частаго разрыва плоднаго мѣшка при трубной беременности служитъ истонченіе стѣнки яйцепровода, главнымъ образомъ, вслѣдствіе недостаточности мышечнаго слоя, не успѣвающаго обыкновенно гипертрофироваться въ достаточной степени. «Вслѣдствіе этого,—пишетъ профессоръ,—стѣнки трубы, окружающія растущее яйцо, мѣстами состоятъ лишь изъ внутренняго слизистаго и наружнаго сывороточнаго слоевъ, не могущихъ оказывать надежнаго сопротивленія даже и самымъ незначительнымъ механическимъ причинамъ». «Возможность же сохраненія цѣлости яйцепровода, по мнѣнію проф. Отта, должна быть поставлена въ зависимость отъ гипертрофіи его стѣнокъ, каковую необходимо признавать для всѣхъ случаевъ трубной беременности».

¹⁾ Оттъ. „Матеріалы къ ученію о внѣматочной беременности“. Врачъ. 1893 г. 333—334.

Если подобную гипертрофию въ отдельныхъ случаяхъ нѣкоторые авторы и отрицаютъ (А. Martin), то, по мнѣнію проф. Отта, объясняется нѣкоторымъ недоразумѣніемъ. «Гипертрофія стѣнокъ трубы, — поясняетъ онъ, — и гиперплазія отдельныхъ элементовъ, такъ сказать, лишь отстаютъ отъ быстро развивающагося яйца, и потому стѣнка растянутой трубы можетъ оказаться даже болѣе тонкою, чѣмъ при обыкновенныхъ условіяхъ, благодаря этому, гипертрофическій процессъ остается не замѣченнымъ». Такимъ образомъ, въ случаяхъ, въ которыхъ новообразованіе совершается въ достаточной степени, плодовместилище можетъ уцѣлѣть до нормальнаго срока беременности, что, несомнѣнно, и подтверждается тѣми случаями, въ которыхъ трубная беременность достигаетъ конечнаго срока».

По мнѣнію Orthmann'a¹⁾, Muret²⁾ и др., причина разрывовъ заключается въ мѣстномъ разстройствѣ питанія и измѣненія стѣнокъ подѣ влияніемъ давленія, растяженія и кровоизліяній. Наконецъ, сравнительно недавно, появилась работа Улезко-Строгановой³⁾, которая также на основаніи изслѣдованнаго ею богатаго матеріала трубной беременности пришла къ выводамъ, которые идутъ въ разрѣзъ съ существовавшими въ литературѣ до этой работы взглядами на разрывъ беременной трубы.

По мнѣнію Улезко-Строгановой, благодаря особенностямъ анатомическаго строенія, стѣнка трубы въ области прикрѣпленія яйца представляетъ иную картину сравнительно съ маткой, такъ какъ въ ней нѣтъ ни железнстаго, ни компактнаго слоевъ.

Ворсинки chorii прилегаютъ непосредственно къ мышечному слою, значительно гипертрофированному, главнымъ образомъ, на счетъ межмышечной соединительной ткани, и заключаютъ въ себѣ много широкихъ тонкостѣнныхъ сосудовъ.

¹⁾ Orthmann. „Ueber Tubenschwangerschaft in den ersten Monaten“. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XX. См. Улезко-Строганова, стр. 412. Жур. Акуш. и Ж. Б. 1900 г.

²⁾ Muret. „Avortement tubaire et rupture de la trompe gravide“. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale. Pozzi 1898, № 2, Avril. См. Улезко-Строганова, ibidem.

³⁾ Улезко-Строганова. „Анатомическія измѣненія беременной трубы въ области прикрѣпленія яйца“. Жур. Акуш. и Ж. Б. 1900 г.

Улезко-Строгановой было найдено почти во всѣхъ слояхъ глубокое вращаніе ворсинъ въ толщѣ мышечной стѣнки, что, по мнѣнію ея, является физиологической необходимостью для беременной трубы. Это вращаніе происходитъ по соединительнотканнѣмъ прослойкамъ и сопровождается сильной инфильтраціей тканн клѣтками Langans'оваго слоя и многоядерными.

Въ большинствѣ случаевъ, изслѣдованныхъ Улезко-Строгановой, было найдено прониканіе ворсинъ до самой serosa, въ нѣкоторыхъ же случаяхъ автору приходилось наблюдать микроскопически проникновеніе ворсинъ даже сквозь брюшинный покровъ, такъ что онѣ выдавались въ брюшинную полость. Такое явленіе, по мнѣнію Улезко-Строгановой¹⁾, отнюдь не слѣдуетъ считать для трубы явленіемъ исключительнымъ, какъ это считали до нея.

По наблюденіямъ Улезко-Строгановой, инфильтратъ верѣдко замѣчается даже въ самыхъ мышечныхъ пучкахъ, гдѣ имъ раздвигаются мышечныя клѣтки.

„Благодаря разрушительному дѣйствію ворсинокъ, — пишетъ Улезко-Строганова²⁾, — и особенно чрезмѣрно размножающихся клѣтокъ ихъ покрова, — происходитъ, несомнѣнно, истонченіе стѣнки трубы. Вскрывая сосуды, вызываютъ многочисленныя кровоизліянія, которыя, въ свою очередь, ослабляютъ и разрушаютъ ткань. Если дѣло идетъ о такихъ участкахъ трубы, гдѣ ворсинки лежатъ уже подѣ самой serosой, то не нужно даже дальнѣйшаго прорастанія послѣднихъ, чтобы произошло вскрытіе стѣнки. Достаточно одного лишь незначительнаго напряженія или повышенія давленія, вследствие ли новаго кровоизліянія, или подѣ влияніемъ какого-либо напряженія больной, какъ это и было въ нѣкоторыхъ случаяхъ: поднятіе тяжести, паденіе — и разрывъ готовъ“. Далѣе Улезко-Строганова³⁾ пишетъ: „принимая во вниманіе приведенную картину, слѣдуетъ заключить, что нарушенія цѣлости беременной трубы происходятъ довольно часто, но незначительныя кровоизліянія черезъ небольшія отверстія въ трубѣ, имѣющія мѣсто въ плацентар-

¹⁾ 1. с., стр. 411.

²⁾ 1. с., стр. 410.

³⁾ 1. с., стр. 411.

ной части ея и быстро прекращающіяся, благодаря образующимся пробкамъ, не даютъ рѣзкихъ явленій и клинически часто просма-триваются“, микроскопически же авторомъ были доказаны здѣсь дефекты, закрытые тромбами.

Такъ какъ ворсинны продолжаютъ еще жить и послѣ смерти плода, то прекращеніе беременности, по мнѣнію автора ¹⁾, не обезпечиваетъ трубу отъ разрывовъ.

Что же касается вопроса относительно мѣста, гдѣ чаще всего происходитъ разрывъ беременной трубы, то въ литературѣ по этому вопросу находимъ лишь противорѣчивыя указанія.

Такъ, Langans ²⁾ и Muret ³⁾ приводятъ случаи разрыва въ области послѣда, Kreisch ⁴⁾ же въ мѣстѣ, противоположномъ послѣду, какъ наиболѣе истонченномъ.

По наблюденіямъ Улезко-Строгановой, разрывъ происходитъ чаще всего въ мѣстѣ развитія послѣда, но могутъ разрывы происходить и внѣ его. Такое противорѣчіе, по мнѣнію Улезко-Строгановой, только кажущееся, ибо въ первомъ случаѣ разрывы происходятъ вслѣдствіе постепеннаго разрушенія стѣнки ворсинками и ихъ производными, во второмъ же преимущественно механическимъ путемъ.

При интерстиціальной или трубно-маточной беременности, по изслѣдованіямъ Улезко-Строгановой ⁵⁾, механизмъ разрыва при этой формѣ внѣматочной беременности тотъ же, что и при трубной.

«Разрывъ происходитъ не отъ механическихъ причинъ, роста, повышенія давленія и т. п., а, главнымъ образомъ, вслѣдствіе роста и разрушительнаго вліянія на стѣнку ворсинъ и ихъ производныхъ, ищущихъ питательнаго матеріала для развивающагося плода. Этимъ, конечно, не исключается вліяніе на разрывъ различныхъ

¹⁾ I. с., стр. 412.

²⁾ Langans. Ueber Lösung der mütterlichen Eihäute. Arch. f. Gyn. Bd. VIII. См. Улезко-Строганова, стр. 412.

³⁾ I. с., ibidem.

⁴⁾ Kreisch. Beitrag zur Anatomie u. Pathologie der Tubengravidität. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1899 г., Juni. См. Улезко-Строганова, стр. 412.

⁵⁾ Улезко-Строганова. „Анатомическія измѣненія яйцевого зоба при внѣматочной междуточной беременности“. Сборникъ въ честь Оклифасофскаго 1901 г., стр. 401, или Жур. Акуш. и Ж. Б. 1902 г., стр. 114.

механическихъ причинъ, но, по мнѣнію автора, онѣ, во всякомъ случаѣ, играютъ здѣсь второстепенную роль». Въ литературѣ по этому вопросу Векоръ за работой Улезко-Строгановой появилась работа д-ра Добберта ¹⁾, который на основаніи разсмотрѣнныхъ имъ 60 случаевъ прерванной трубной беременности опровергаетъ мнѣніе, высказанное Улезко-Строгановой.

Мнѣніе, что подъ вліяніемъ ворсинокъ и клѣтокъ разрастающагося Langans'оваго слоя можетъ происходить постепенное разрушеніе стѣнки трубы,—говоритъ Доббертъ,—было высказано раньше Leopold'омъ ²⁾, Aschoff'ымъ ³⁾ и др., а также вполне понятно, что вслѣдствіе такихъ измѣненій иногда могутъ происходить сильныя кровоизліянія; но, какъ говоритъ Улезко-Строганова, такіа кровоизліянія изъ микроскопическихъ отверстій довольно часто не даютъ «никакихъ тяжелыхъ явленій», ибо они скоро останавливаются благодаря образованію тромбовъ. «Такія измѣненія трубной стѣнки,—говоритъ Доббертъ,—могутъ, конечно, способствовать разрыву, но отнюдь не служатъ причиной того, чтобы разрывъ произошелъ какъ разъ на этомъ мѣстѣ, гдѣ устойчивость стѣнки ослаблена, какъ это можно заключить изъ словъ Улезко-Строгановой», которая сама описываетъ нѣсколько случаевъ, закончившихся разрывомъ по краю плаценты, несмотря на то, что въ области плаценты уже на многихъ мѣстахъ стѣнка трубы была вскрыта ворсинками. «Если такимъ образомъ,—говоритъ Доббертъ,—подобное измѣненіе трубной стѣнки не вызываетъ именно въ данномъ мѣстѣ разрыва трубы, то подъ вліяніемъ другихъ механическихъ условий, несмотря на такое разрушеніе трубной стѣнки, можетъ произойти и выкидышъ». «Во всякомъ случаѣ,—заключаетъ Доббертъ,—такіе разрушительные процессы не могутъ быть отождествляемы съ механическими нарушениями цѣлости трубной стѣнки, которыя мы называемъ разрывами».

¹⁾ Доббертъ. „60 случаевъ прерванной трубной беременности“. Жур. Ак. и Ж. Б. 1901, стр. 1247.

²⁾ Leopold. „Tubenschwangerschaft u. s. w. Arch. f. Gyn. Bd. X. См. Доббертъ, стр. 1268.

³⁾ Aschoff. Die Beziehungen der tubaren Placenta u. s. w. Arch. f. Gyn. Bd. LX. См. Доббертъ, ibidem.

Изъ разсмотрѣнія своихъ препаратовъ Доббертъ приходитъ къ заключеніямъ, которыя, на мой взглядъ, болѣе помогаютъ выясненію вопроса о причинахъ разрыва беременнхъ трубъ, чѣмъ мнѣнія, высказанныя Улезко-Строгановой, Оттомъ и др. хотя и мнѣнія послѣднихъ также имѣютъ за собой основаніе.

По мнѣнію Добберта ¹⁾, измѣненія въ трубѣ должны, несомнѣнно, быть признаны послѣдствіемъ кровоизліанія, ибо конфигурація яйца, неравномѣрное растяженіе плодовмѣстилица и происхожденіе разрывовъ, по его мнѣнію, легко, безъ всякихъ натяжекъ, объясняются дѣйствіемъ излившейся крови.

«Осутствие или недостаточность оттока изливающейся крови, — пишетъ Доббертъ ²⁾, — вызываютъ чрезмѣрное расширеніе плодовмѣстилица и разрывъ наименѣе стойкой его части. Наличность оттока, но затрудненнаго, можетъ, помимо расширенія плодовмѣстилица, вести еще постепенно къ расширенію небеременной брюшной части трубы и тѣмъ служить немаловажной помощью для частичнаго или полнаго изгнанія продуктовъ беременности изъ трубы». Образование кровяного заноса и изгнаніе яйца, по мнѣнію Добберта ³⁾, могутъ произойти лишь тогда, когда внѣшнія препятствія не слишкомъ велики, стѣнки плодовмѣстилица достаточно крѣпки и кровоизліаніе не слишкомъ сильно; при болѣе же сильныхъ внѣшнихъ сопротивленіяхъ, незначительной устойчивости стѣнокъ и большомъ кровоизліаніи мы должны всегда разсчитывать на разрывъ», который произойдетъ тѣмъ скорѣе, чѣмъ сильнѣе будетъ кровотеченіе и чѣмъ менѣе стойкими окажутся стѣнки трубы.

Что же касается теченія прерванной трубной беременности, то, по мнѣнію Добберта ⁴⁾, «въ виду того разнообразія, которое могутъ представлять сила, продолжительность и повторность кровоизліанія, стойкость стѣнокъ плодовмѣстилица, податливость и проходимость брюшнаго конца трубы, мѣсто вѣдрѣнія яйца, свойства его и т. д., — о какой-либо правильности теченія не можетъ быть и рѣчи».

¹⁾ I. б., стр. 1259—1260.

²⁾ I. с., стр. 1267.

³⁾ I. с., стр. 1264.

⁴⁾ I. с., стр. 1267.

Разрывъ первичнаго плоднаго мѣшка, по мнѣнію Comyns Berkeley and Viktor Bonney ¹⁾, происходитъ вслѣдствіе: 1) разрушительнаго дѣйствія трофобласта и 2) кровоизліаній изъ сосудовъ, ведущихъ къ быстрому повышенію давленія, не выдерживаемаго хрупкими стѣнками плоднаго мѣшка.

Я на основаніи изслѣдованныхъ мною случаевъ прерванной трубной беременности прихожу къ заключенію, что всѣ вышеприведенныя мнѣнія различныхъ авторовъ, высказанныя по поводу причинъ разрыва плоднаго мѣшка при трубной беременности, имѣютъ за собой основаніе и нѣсколько выясняютъ, но вполне этотъ вопросъ остается еще не рѣшеннымъ.

Почему въ однихъ случаяхъ трубной беременности происходитъ разрывъ, въ другихъ же онъ не получается? Почему стѣнки плодовмѣстилица растягиваются неравномѣрно? Почему разрывъ трубы происходитъ то на мѣстѣ прикрѣпленія плаценты, то на противоположномъ полюсѣ, то на какомъ-либо другомъ мѣстѣ? Почему въ однихъ случаяхъ разрывъ плоднаго мѣшка наступаетъ рано, въ другихъ же случаяхъ трубная беременность достигаетъ конечнаго срока?

Полнаго отвѣта на эти вопросы изъ объясненій, высказанныхъ различными авторами, мы получить не можемъ.

Мнѣніе д-ра Добберта, на мой взглядъ, болѣе правильно, такъ какъ неравномѣрное растяженіе и разрывъ плоднаго мѣшка можно объяснить дѣйствіемъ изливающейся крови и крѣпостью стѣнокъ трубы. Но отъ чего же зависитъ крѣпость и стойкость стѣнокъ плоднаго мѣшка въ однихъ случаяхъ и малая устойчивость ихъ въ другихъ?

Я на основаніи изслѣдованныхъ мною случаевъ прерванной трубной беременности полагаю, что стойкость стѣнокъ плоднаго мѣшка зависитъ отъ наличности въ нихъ неизмѣненной упругой ткани, малая же устойчивость ихъ — отъ рѣзкаго измѣненія или отсутствія въ нихъ упругихъ волоконъ. Причина же разрыва беременныхъ трубъ заключается въ рѣзкомъ измѣненіи или полномъ

¹⁾ Comyns Berkeley and Viktor Bonney. „Tubal Gestation: A. Pathological Study“. Journ. of Obst. a. Gyn. of the Brit. Emp. February 1905 г. прив. по реф. Жур. Акуш. и Ж. В. 1905 г., стр. 1316—1317.

отсутствіи упругой ткани въ стѣнкахъ плоднаго мѣшка, ибо въ случаяхъ, въ которыхъ не произошло разрыва, упругой ткани я нахожу значительно больше, чѣмъ въ случаяхъ съ разорваннымъ плодомѣстилищемъ, въ стѣнкахъ котораго упругой ткани или совершенно нѣтъ, или же имѣются лишь остатки ея; въ мѣстахъ же самаго разрыва упругая ткань, какъ мы видѣли, совершенно отсутствуетъ.

Отсюда становится легко понятнымъ механизмъ растяженія и разрыва беременныхъ трубъ.

Разъ упругая ткань въ стѣнкахъ плодомѣстителя подверглась рѣзкому измѣненію и потеряла свои физическія свойства, или же она совершенно отсутствуетъ, то стѣнка плоднаго мѣшка, лишившись стойкой своей части, не сможетъ противостоятъ дѣйствию повышеннаго давленія внутри плодомѣстителя и, подвергаясь чрезмѣрному растяженію въ ослабленныхъ своихъ частяхъ, въ концѣ концовъ должна разорваться въ самой слабой своей части. Самой же слабой частью, конечно, будетъ та, которая раньше лишилась упругой ткани.

По изслѣдованіямъ Prochownika ¹⁾, мѣсто прикрѣпленія плаценты оказывается самымъ слабымъ, что подтверждается и другими, ибо въ этомъ мѣстѣ происходитъ чаще всего разрывъ.

Почему же мѣсто прикрѣпленія плаценты оказывается по большей части менѣе устойчивымъ, чѣмъ другія мѣста плоднаго мѣшка?

Couvelaire ²⁾, изслѣдуя 14 случаевъ трубной беременности, нашелъ, что въ непосредственномъ соѣдетвѣ яйца со стѣнкой трубы послѣдняя представляетъ густую инфильтрацію лейкоцитами; вращаніе же ворсинъ, по наблюденіямъ Улезко-Строгановой, сопровождается сильной инфильтраціей клетками Langans'оваго слоя и многоядерными.

По Comyns Berkeley and Viktor Bonney ³⁾, которые произвели патолого-анатомическое изслѣдованіе на 18 случаяхъ ранней трубной

¹⁾ Prochownik. „Zur Mechanik des Tubenabortes“. Arch. f. Gyn. Bd. II. Прив. по Добберту, стр. 1261.

²⁾ Couvelaire. Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. Thèse de Paris 1901 г. Прив. по реф. Жур. Акуш. и Ж. В. 1902 г., стр. 621—622.

³⁾ I. с.

беременности, путь прониканія трофобласта таковъ, что впередъ идутъ клетки Langans'a, синтицій же начинаетъ встрѣчаться только въ свободномъ просвѣтѣ плоднаго мѣшка, гдѣ трофобластъ соприкасается съ кровью. Клетки трофобласта идутъ параллельно пластамъ мышечнаго слоя трубы, превращая прилегающія части мышечной ткани въ фибринъ, который увеличивается въ количествѣ насчетъ фибрина изъ крови; эти наслоенія могутъ вести къ утолщенію стѣнокъ плоднаго мѣшка, перерожденія же мышцъ влекутъ за собой большую хрупкость его.

Отсюда понятно, почему мѣсто, гдѣ прикрѣплена плацента, должно дѣлаться менѣе устойчивымъ раньше, чѣмъ другія мѣста плоднаго мѣшка, ибо упругая ткань въ мѣстахъ прикрѣпленія плаценты въ виду обильной инфильтраціи должна раньше подвергнуться измѣненіямъ и исчезнуть, такъ какъ условія для ея существованія здѣсь несравненно хуже, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ; безъ упругой же ткани данный участокъ плодомѣстителя окажется менѣе устойчивымъ и подъ давленіемъ излившейся крови онъ долженъ сильнѣе растянуться, а при чрезмѣрномъ растяженіи разорваться.

По моимъ наблюденіямъ, измѣненіе упругой ткани происходитъ не только въ мѣстѣ, гдѣ развивается плацента, но и въ другихъ мѣстахъ, а потому понятно, что менѣе устойчивымъ можетъ оказаться не только мѣсто прикрѣпленія плаценты, но и другая часть плодомѣстителя, а слѣдовательно, и разрывъ можетъ произойти не въ мѣстѣ развитія плаценты, а въ томъ мѣстѣ, гдѣ нѣтъ упругой ткани или гдѣ ея меньше.

Что разрывъ мѣшка можетъ произойти въ другомъ какомъ-либо мѣстѣ, а не въ участкѣ, гдѣ прилежитъ плацента, — это не подлежитъ сомнѣнію, ибо наблюдалось не разъ многими.

Болѣе же частое происхожденіе разрыва трубы въ мѣстѣ развитія послѣда объясняется тѣмъ, что въ данномъ мѣстѣ условія для существованія упругой ткани хуже, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ, а потому и исчезаніе упругой ткани здѣсь обычно происходитъ раньше.

Разъ упругая ткань въ стѣнкахъ плодомѣстителя не одинаково измѣняется и неравномерно распредѣляется, то, понятно, и

растяженіе стѣнокъ мѣшка должно совершаться неравномѣрно и истонченіе ихъ будетъ выражено больше тамъ, гдѣ упругой ткани меньше.

Врастаніе ворсинъ въ стѣнку, я полагаю, происходитъ, повидимому, лишь тогда, когда упругая ткань подѣ влияніемъ инфильтраціи совершенно исчезла, ибо вокругъ ворсинъ я не видѣлъ ни одного упругаго волокна, ни остатковъ отъ упругой ткани, а потому врастаніе ворсинъ лишь способствуетъ разрыву стѣнки, но не служитъ причиной разрыва.

Какъ же объяснить тотъ фактъ, что трубная беременность, хотя и въ исключительныхъ случаяхъ, можетъ достигать конечнаго срока?

Я не имѣлъ возможности изслѣдовать доношенную трубную беременность, но, повидимому, и здѣсь разрывъ трубы не наступаетъ вслѣдствіе нарастанія упругой ткани, и гипертрофіи упругихъ волоконъ и отъ благоприятныхъ условий, при которыхъ не всѣ упругія волокна подвергаются измѣненіямъ.

Проф. Оттъ говоритъ, что плодовмѣстиище можетъ уцѣлѣть до нормальнаго срока, когда новообразованіе отдѣльныхъ элементовъ совершается въ достаточной степени, что несомнѣнно и подтверждается случаями, въ которыхъ беременность достигала нормальнаго срока.

Разъ имѣется въ стѣнкахъ плодовмѣстиища при срочной трубной беременности гипертрофія стѣнокъ трубы и гиперплазія отдѣльныхъ элементовъ, то, повидимому, должна быть гипертрофія и нарастаніе упругихъ волоконъ, что я наблюдалъ въ трехъ евоихъ случаяхъ, гдѣ плодный мѣшокъ былъ совершенно цѣлъ.

Правда, гипертрофію и нарастаніе упругой ткани я видѣлъ лишь въ мѣстахъ, гдѣ труба была мало растянута и гдѣ имѣлась ясно выраженная гипертрофія и гиперплазія мышечной ткани, въ другихъ же мѣстахъ я не видѣлъ, ибо въ моихъ случаяхъ здѣсь уже имѣлись дегенеративныя измѣненія упругой ткани и атрофія мышечной въ болѣе или менѣе выраженной степени.

Такъ какъ прочность упругой ткани не подлежитъ сомнѣнію, то я полагаю, что упругія волокна, не будучи измѣнены, одлетая мышечные пучки, способны предохранять ихъ отъ чрезмѣрнаго растяженія и отъ разрывовъ; при патологическомъ же состояніи

измѣненныя упругія волокна, теряя свои физическія свойства, оказываются уже не въ состояніи выполнять этой роли.

Итакъ, упругая ткань въ яйцепроводахъ женщинъ не есть ничто второстепенное и маловажное.

Роль ея лишь выясняется при различныхъ патологическихъ процессахъ, развивающихся въ этихъ органахъ.

Распредѣляясь въ стѣнкахъ яйцепроводовъ, упругая ткань, если не подверглась дегенеративнымъ измѣненіямъ, въ состояніи предохранять этотъ органъ отъ разрывовъ; при рѣзкомъ же измѣненіи упругой ткани, которое ведетъ къ потерѣ физическихъ свойствъ ея, или при полномъ отсутствіи упругой ткани стѣнки яйцепроводовъ дѣлаются мало устойчивыми и легко разрывающимися.

Резюмируя результаты своего изслѣдованія, я прихожу къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Для составленія правильнаго и полнаго представленія о строеніи и измѣненіи упругой ткани въ яйцепроводахъ женщинъ необходимо производить окраску параллельно по двумъ способамъ: Tănzer-Unn'ы и Weigert'a.

2. При окраскѣ орсеиномъ целлоидиновыхъ срѣзовъ целлоидинъ слѣдуетъ удалять.

3. Въ глубокомъ старческомъ возрастѣ не замѣчается рѣзкаго исчезанія упругой ткани въ яйцепроводахъ женщинъ, ибо въ брюшинномъ покровѣ и во всемъ мышечномъ пластѣ ихъ упругой ткани много и лишь въ глубже лежащихъ частяхъ яйцепроводовъ она отсутствуетъ.

4. Въ стѣнкахъ ретенціонныхъ кистъ Fallopi'евыхъ трубъ съ серознымъ содержимымъ количество упругой ткани велико.

5. Въ стѣнкахъ ретенціонныхъ кистъ яйцепроводовъ съ гнойнымъ содержимымъ упругая ткань рѣзко измѣняется и исчезаетъ до полнаго отсутствія ея.

6. При трубной беременности упругая ткань стѣнокъ плодовмѣстиища подвергается рѣзкимъ измѣненіямъ.

7. Въ стѣнкахъ разорваннаго плодовмѣстиища упругой ткани почти нѣтъ, въ мѣстахъ же у самаго разрыва она совершенно отсутствуетъ.

8. Количество упругой ткани в стѣнках неразорванного плодовместилища значительно больше, чѣмъ въ стѣнках разорванного.

Роль упругой ткани въ яйцепроводахъ женщинъ при патологическихъ растяженіяхъ выясняется изъ двухъ положеній:

9. Наличие упругой ткани предохраняетъ растянутыя трубы отъ разрыва.

10. Отсутствие или рѣзкое измѣненіе упругой ткани въ стѣнках растянутыхъ трубъ есть главная причина разрывовъ при трубной беременности и при скопленіи въ нихъ гноя.

Въ заключеніе, считаю приятнымъ для себя долгомъ принести искреннюю и сердечную мою благодарность моему учителю, глубокоуважаемому профессору Павлу Васильевичу Михину, за предложенную тему, за разрѣшеніе воспользоваться клиническимъ матеріаломъ и за клиническое образованіе, которымъ я ему обязанъ.

Считаю также приятнымъ для себя долгомъ выразить мою искреннюю и сердечную благодарность глубокоуважаемому профессору Николаю Константиновичу Кульчицкому какъ за руководство и за его цѣнные совѣты въ затруднительныхъ случаяхъ въ дѣлѣ микроскопической техники, такъ и за теплое участіе и отношеніе, которыми я пользовался при исполненіи настоящей работы.

Выражаю свою благодарность глубокоуважаемому профессору Н. О. Мельникову-Разведенкову за разрѣшеніе пользоваться матеріаломъ послѣ вскрытій, а также профессору А. П. Губареву за разрѣшеніе взять кусочки изъ препаратовъ музея Московской гинекологической клиники.

Препараты демонстрированы профессору Н. К. Кульчицкому и профессору П. В. Михину.

Исторіи болѣзни.

I. Описаніе случаевъ, оперированныхъ проф. П. В. Михинымъ.

Случай № 1-й.

Марія М-ва, духовнаго званія, 38 л., поступила въ клинику 17/ix 1907 г. съ жалобой на боли внизу живота, въ правомъ паху и въ области крестца, при чемъ боли эти отдають въ правое бедро.

Съ августа прошлаго года больная замѣтила опухоль внизу живота, которая съ этого времени замѣтно увеличивается.

Первыя крови появились на 16 году, установились сразу и шли по 5—6 дней черезъ 3 недѣли съ болями, но необильно.

Замужъ вышла 30 лѣтъ. Типъ менструацій остался тотъ же. Беременной не была. Больной себя считаетъ уже 10 лѣтъ, съ того времени, когда мѣсячныя стали у нея ходить сгустками. Последнія регулы были съ 8 по 14 сентября с./г. Больная выше средняго роста, слабаго питанія. Со стороны внутреннихъ органовъ нѣтъ никакихъ отклоненій отъ нормы. При ощупываніи живота находимъ опухоль, лежащую въ нижней части живота и не доходящую до пупка на 3 поперечныхъ пальца. Опухоль кругловатой формы, плотной консистенціи и почти неподвижна.

При внутреннемъ изслѣдованіи находимъ: portio vaginalis не велика, своды выпячены, черезъ которые прощупывается плотная, безболѣзненная опухоль, имѣющая непосредственную связь съ маткой. Придатковъ прощупать не удается. Клиническій діагнозъ: Fibromyoma uteri interstitiale.

28/ix подъ смѣшаннымъ наркозомъ произведена myomo-hysterectomy abdominalis totalis; правый яичникъ оставленъ. Prima intentio. 28/x выписана здоровой.

Яйцепроводъ, взятый для изслѣдованія, макроскопически нѣсколько утолщенъ и отеченъ лишь у брюшиннаго конца.

При микроскопическомъ изслѣдованіи труба у маточнаго конца не представляетъ отклоненій отъ нормы, но на уровнѣ середины и брюшиннаго конца представляетъ картину катаррального салпингита. Слизистая оболочка трубы представляетъ явленія мелкоклеточной инфильтраціи и вдается въ просвѣтъ трубы въ видѣ многочисленныхъ гипертрофированныхъ вороньевъ. Сосуды слизистой оболочки и стѣнки трубы переполнены кровью. Эпителій мѣстами измѣненъ.

Патологическое состояніе трубы: Salpingitis catarrhalis.

Случай № 2-й.

Варвара Н—жи, мѣщанка, 51 года, поступила въ клинику 12/ix 1907 г. съ жалобой на постепенное увеличеніе живота и боли внизу живота.

Регулы получила 15 лѣтъ, установились сразу, шли безъ болей по 4—5 дней черезъ 4 недѣли. Замужъ вышла 20 лѣтъ. Въ первый же годъ забеременѣла и родила срочно и благополучно. Послѣ этого рожала еще 11 разъ также срочно и благополучно. Дѣтей кормила всѣхъ сама. Послѣдняго родила 10 лѣтъ назадъ. Регулы послѣ этихъ родовъ пришли черезъ 1½ года и съ этого времени стали ходить неправильно: обильно и продолжались по 2—2½ недѣли, а съ января с./г. мажутся, не переставая, каждый день. За мѣсяць до поступления въ клинику регулы прекратились и до сего времени нѣтъ.

Пять лѣтъ тому назадъ замѣтила въ нижней части живота слѣва подвижную опухоль въ яблоко величиною, которая постепенно, понемногу росла, а съ января с./г. начала быстро расти и въ настоящее время заняла всю полость живота.

Больная ниже среднего роста, сутуловата, подкожно-жировой слой атрофированъ. Грудные органы нормальны. Животъ сильно увеличенъ, окружность его на уровнѣ пупка = 90 ст., сильно напряженъ. При ощупываніи живота находимъ эластичную опухоль, сильно напряженную, величиною больше головы взрослого человѣка. Кожа надъ опухолью подвижна, подвижность же опухоли ограничена, вѣроятно, вслѣдствіе своей величины.

При внутреннемъ изслѣдованіи: тѣло матки отклонено къзади, прощупать же отдѣльно отъ опухоли не удается, но толчки съ матки на опухоль не передаются. Придатковъ вслѣдствіе сильнаго напряженія сводовъ прощупать не удается.

Клиническій діагнозъ: *Cystoma ovarii sin.*

29/ix подъ мѣстнымъ наркозомъ произведена *ovariotomia duplex*. Слѣва оказалась *cystoma ovarii proliferum glandulare*, справа мелкокистозидное перерожденіе яичника.

Prima intentio. 17/x выписана здоровой.

Лѣвая труба, взятая для изслѣдованія, макроскопически сильно вытянута по поверхности кисти; отрѣзокъ ея = 14 ст.

Микроскопически труба сохраняетъ нормальное строеніе и представляетъ лишь явленія *endosalpingitidis*. Слизистая инфильтрирована. Складки *mucosae* въ видѣ тонкихъ, длинныхъ лопастей вдаются въ просвѣтъ трубы и сливаются своими вершинами. Эпителий мѣстами слущивается. Въ просвѣтѣ трубы небольшое количество красныхъ и гнойныхъ тѣлецъ и слущенный эпителий. Мышечный пластъ трубы измѣненій не представляетъ.

Случай № 3-й.

Наталья К—ва, крестьянка, 37 лѣтъ, поступила въ клинику 4/ix 1907 г. съ жалобами на постоянныя боли въ нижней части живота, поясницѣ и ногахъ, по временамъ обостряющіяся.

Замужемъ 18 лѣтъ. Первая кровь появилась въ 12 году, сразу установились, шли по 8 дней черезъ 3 недѣли; послѣ замужества ходить черезъ мѣсяць по 4 дня съ болями. Послѣднія регулы были въ концѣ августа с./г. Послѣ замужества скорѣе появились бѣлы и рѣзь при мочеиспусканіи. Беременной совершенно не была. Больной себя считаетъ три года. Прошлый годъ лѣчилась на амбулаторномъ приѣмѣ Харьковской Акушерской клиники, но лѣченіе безъ результатовъ.

Больная среднего роста, слабаго тѣлосложенія и питанія, съ блѣднымъ цвѣтомъ лица и слизистыхъ оболочекъ.

Внутренніе органы нормальны. При ощупываніи живота только въ надлобковой области замѣчаемъ сильную болѣзненность.

Genitalia externa: большія губы атрофированы, малыя гипертрофированы и выступаютъ изъ-за большихъ; слизистая *introitus vaginae* ярко краснаго цвѣта. При внутреннемъ изслѣдованіи палецъ сразу наталкивается на *portio vaginalis*; матка въ *anteflex'ii*, тѣло лежитъ надъ лобкомъ; задній и правый своды выпячены, а съзади матки прощупывается опухоль, величиною больше кулака, плотной консистенціи, неправильной формы и при изслѣдованіи очень чувствительна. Лѣвый сводъ свободенъ. Яичниковъ, въ виду сильной болѣзненности, прощупать не удалось.

Diagnosis: воспалительная опухоль правыхъ придатковъ.

1/x подъ смѣшаннымъ наркозомъ произведено *ablatio adnexorum uteri totalis per laparotomiam* въ виду полного перерожденія придатковъ съ обѣихъ сторонъ. Въ брюшную рану введенъ тампонъ по Mikulicz'y; черезъ 24 часа была вынута полоска марли, а на слѣдующій день осталась часть тампона.

Prima intentio. 18/x выписана здоровой.

Лѣвая труба макроскопически представляется спирально изогнутой, брюшинный конецъ ея зарощенъ, стѣнки утолщены; содержимое трубы — гной. Длина отрѣзка 14 ст., окружность наибольшаго растяженія 8 ст. Растянута часть трубы образуетъ выпячиванія и наружнымъ концемъ была приращена къ яичнику. Капаль трубы постепенно расширяется въ мѣшокъ, стѣнки ея истончаются.

При микроскопическомъ изслѣдованіи во внутреннемъ концѣ трубы мышечный слой утолщенъ, пучки мышцъ раздвинуты соединительной тканью, густо инфильтрированной круглыми клѣтками; инфильтрація распространяется мѣстами въ видѣ полосъ, мѣстами въ видѣ гнѣздъ; стѣнки сосудовъ утолщены; вокругъ венъ обширные инфильтраты. Складки слизистой лишь въ основаніи своемъ имѣютъ нормальныя контуры, верхушки же ихъ распались. Въ средней части трубы складки *mucosae* до самаго основанія превратились въ грануляціонную ткань, такъ что въ этихъ мѣстахъ слои распадающейся грануляціонной ткани примыкаютъ къ циркулярному мышечному слою. То же самое и въ наружной части трубы, лишь истонченіе стѣнокъ здѣсь больше и инфильтрація ткани обильнѣе.

Внутренний конец правой трубы макроскопически имѣеть сильно утолщенныя стѣнки, которыя постепенно къ наружному концу истончаются. Наружная часть трубы вращена въ кисту яичника и каналъ трубы переходитъ непосредственно въ полость кисты. Полость растянутой трубы и кисты наполнены гноемъ. Длина отрѣзка—12 ст., наиб. окр. 10 ст. Характеръ измененийъ этой трубы при микроскопическомъ изслѣдованіи такой же, какъ и въ лѣвой, лишь полость наибольшаго растяженія здѣсь образована на счетъ ткани яичника.

Патологическое состояніе трубъ: *Pyosalpinx sin. et cystis tubo-ovarialis purulenta dextra.*

Случай № 4-й.

Ольга П.—ва, дочь священника, 20 лѣтъ, поступила въ лѣчебницу д-ра М. 23/ви 1907 г. съ жалобой на боли внизу живота, усиливающіяся къ концу регуль, и на обильное выдѣленіе крови (*menstrua profusa*). Первые регулы на 14 году по 5—6 дней черезъ 3—4 недѣли. Больной себя считаетъ два мѣсяца. Раньше лѣчилась, но боли внизу живота не прекращались и лѣчение безрезультатно. Со времени заболѣванія регулы стали ходить по 7—9 дней и въ обильномъ количествѣ.

Больная средняго роста правильнаго тѣлосложенія, съ умѣренно развитымъ подкожнымъ жировымъ слоемъ, но цвѣтъ лица и слизистыхъ оболочекъ блѣдный.

Во внутреннихъ органахъ ничего особеннаго не было найдено.

Въ сердцѣ шумы патологическаго характера.

Наружные половые органы развиты правильно.

Per rectum находимъ: матка въ *retroversio*, нормальнаго объема и консистенціи, но мало подвижна и болѣзненна. Справа отъ матки опредѣляется плотная, весьма болѣзненная опухоль, величиною приблизительно съ куриное яйцо. Контуры этой опухоли не ясны, она мало подвижна и тѣсно примыкаетъ къ боковой поверхности матки.

Въ лѣвомъ сводѣ, въ виду сильной болѣзненности, придатковъ прощупать не удалось. Оба свода нѣсколько выпячены.

Клиническій диагнозъ: *salpingo-oophoritis dext., perimetritis dext. exsudativa tuberculosa.*

30/ix подъ смѣшаннымъ наркозомъ было произведено *salpingo-oophorectomia dext. et solutio adhaesarum per laparotomiam*. Prima intentio. Улучшеніе. Выписалась 28/x.

Макроскопически труба дугообразно изогнута, *aperta* зарощена, поверхность трубы мелкобугриста, стѣнки ея сильно утолщены, содержимое трубы гноевиднокашцеобразное. Длина отрѣзка 11 см., наибольшая окружность 9 см.

Микроскопически мышечный слой трубы сильно утолщенъ; мышечные пучки толсты, между ними длинными полосами разливается грануляціонный

инфильтратъ. Вокругъ мелкихъ сосудовъ, попадаются скопленія круглыхъ клетокъ въ видѣ гнѣздъ. Между мышечными пучками попадаются гигантскія клетки, вокругъ которыхъ расположены эпителіодныя клетки и грануляціонный инфильтратъ. Складки *mucosae* превращены въ сплошную распадающуюся массу и только въ глубинѣ, на границѣ съ мышечнымъ слоемъ, среди обильной мелкоклеточной инфильтраціи, попадаются пространства, гдѣ эпителіи еще сохранился. Содержимое трубы состоитъ изъ мелкозернистаго детрита гнойныхъ шариковъ и эпителіальныхъ клетокъ. Въ брюшинномъ покровѣ также имѣется значительная мелкоклеточная инфильтрація вокругъ сосудовъ.

Патологическое состояніе трубъ: *Salpingitis tuberculosa chr. prim.*

Случай № 5-й.

Екатерина Э.—ст, дворянка, 47 лѣтъ, замужняя, поступила въ лѣчебницу д-ра М. 15/ix 1907 г. съ жалобами на опухоль живота и боли въ нижней части его. Больной считаетъ себя нѣсколько лѣтъ. Регулы съ 15 лѣтъ, по 4 дня черезъ 3 недѣли, безъ боли. На 25 году родила срочно и благополучно. Черезъ два года послѣ родовъ имѣла двухмѣсячный выкидышъ. Раньше лѣчилась. При наружномъ изслѣдованіи находимъ плотную бугристую опухоль, величиною въ голову доношеннаго младенца, исходящую изъ полости таза. Верхняя граница опухоли не доходитъ до уровня пупка на два поперечныхъ пальца. При внутреннемъ изслѣдованіи опредѣляется, что опухоль исходить изъ матки. На передней поверхности матки находится нѣсколько плотныхъ узловъ различной величины. Состояніе придатковъ при изслѣдованіи не представляетъ уклоненій.

Клиническій диагнозъ: *Fibromyoma uteri interstitiale et subperitoneale multiplex.*

20/ix подъ смѣшаннымъ наркозомъ было произведено: *amputatio uteri supravaginalis*. Prima intentio. 19/x выписана здоровой.

Макроскопически труба не изменена.

Микроскопически, при отсутствіи воспалительныхъ измененийъ, труба представляетъ нормальное строеніе и лишь замѣтна гиперемія сосудовъ стѣнки и слизистой оболочки.

Случай 6-й.

Парасковья В.—ва, крестьянка, 32 лѣтъ, поступила въ клинику 20/ix съ жалобами на боли внизу живота.

Замужемъ 15 лѣтъ. Беременной не была. Первые регулы начались на 17 году, сразу установились, шли черезъ 3 недѣли по 3 дня съ болью. Типъ менструаціи не измѣнялся до настоящаго времени. Последнія регулы были 25 сентября с. г. Больной себя считаетъ 6 лѣтъ, до этого времени никогда

не болѣла. Шесть лѣтъ назадъ больная замѣтила въ лѣвомъ паху опухоль величиною въ кулакъ, опухоль была подвижна; при переměнѣ положенія тѣла измѣняла свое положеніе и опухоль. Вскорѣ, послѣ тяжелой работы, больная почувствовала въ первый разъ боль въ лѣвомъ паху. Съ этого времени боль возобновляется довольно часто, особенно послѣ тяжелой работы.

Больная средняго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія. Внутренніе органы нормальны. При ощупываніи живота находимъ слѣва надъ лобкомъ опухоль величиною въ кулакъ, при смѣщеніи болѣзненной.

Genitalia externa—нормальны.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка нормальнаго объема и консистенціи, въ retroversio и нѣсколько смѣщена въ правую сторону. Спереди и слѣва матки лежитъ опухоль величиною съ кулакъ, круглая, съ гладкой поверхностью, плотная, подвижная, но при смѣщеніи опухоли чувствуется болѣзненность. Смѣщая опухоль, удается установить связь съ маткой въ видѣ тяжа. Справа прощупывается увеличенный яичникъ и при надавливаніи болѣзненный.

Клиническій діагнозъ: Cystoma dermoides ovarii sin.

Подъ смѣшаннымъ наркозомъ 13/x было произведено: ovariectomy duplex per laparotomiam. Правый яичникъ также содержалъ зачатки дермоиднаго характера. Трубы были удалены вмѣстѣ съ яичниками. Prima intentio. 30/x выписана здоровой.

Макроскопически трубы не представляютъ измѣненій.

Микроскопически обѣ трубы сохраняютъ почти на всемъ своемъ протяженіи нормальное строеніе и лишь мѣстами имѣются въ легкой степени катаральное состояніе слизистой.

Слизистая вдается въ просвѣтъ трубы въ видѣ многочисленныхъ складокъ. Эпителий почти всюду сохраненъ и лишь мѣстами на верхушкахъ нѣкоторыхъ складокъ замѣтно слущиваніе эпителия и переходъ его въ секретъ трубы. Мѣстами имѣется легкая инфильтрація слизистой.

Патологическое состояніе трубъ: Salpingitis catarrhalis duplex.

Случай № 7-й.

Агриппина С—ва, мѣщанка, 38 лѣтъ, поступила въ клинику 25/ix 1907 г. съ жалобами на кровотеченія и боль въ поясницѣ. Замужъ вышла 20 лѣтъ. Дѣтей не рожала. Регулы начались на 16 году, сразу установились, шли черезъ 3 недѣли по 6—7 дней, безъ боли. Послѣ замужества, въ первый же годъ появились боли внизу живота; типъ менструацій не измѣнился, но крови шли уже съ болью. Четыре года назадъ была задержка кровей 5 недѣль и, послѣ поднятія тяжести, крови пошли сильно и кусками и продолжались 3 недѣли, не переставая, но черезъ 3 недѣли кровотеченіе остановилось. Послѣ этого крови шли такъ же, какъ и раньше, до мая 1906 г. Въ май 1906 г. только показались и до 20 іюля кровей не было, а 20 іюля также послѣ поднятія тяжести крови пошли сильно, кусками и продолжались 3—4 недѣли и остано-

вились. Затѣмъ регулы ходили правильно до марта с. г. Съ марта до мая крови шли, не переставая, сильно и кусками. Въ это время больная принимала капли, но кровотеченіе не останавливалось. 1 мая ей было сдѣлано abrasio cavı uteri, послѣ чего крови до 10 сентября с. г. ходили черезъ 3 недѣли по 6 дней безъ боли. Съ 10/ix крови идутъ не переставая до настоящаго времени.

Больная выше средняго роста, хорошаго тѣлосложенія и умѣреннаго питанія. Брюшные и грудные органы нормальны. При надавливаніи ладонью въ надлобковой области чувствуется сильная болѣзненность.

Genitalia externa—нормальны.

При внутреннемъ изслѣдованіи: portio vaginalis смѣщена влѣво, orific. ext. слегка открыто, изъ него выдѣляется кровь; на portio vag. имѣются erosiones. Тѣло матки въ положеніи retroversio et lateropositio dext. fixata. Въ лѣвомъ боковомъ сводѣ находимъ опухоль, съ куриное яйцо величиною, неправильной формы, различной консистенціи—спереди эластична, сзади плотновата. При смѣщеніи опухоли чувствуется сильная болѣзненность. Въ лѣвомъ сводѣ прощупывается яичникъ, нѣсколько увеличенный и болѣзненный.

Клиническій діагнозъ: воспалительная опухоль лѣвыхъ придатковъ.

12/x подъ смѣшаннымъ наркозомъ per laparotomiam были удалены слѣва труба, сильно растянутая серознымъ содержимымъ, справа яичникъ и труба, воспалительно измѣненные; предварительно были разъединены сращения. Prima intentio. 31/x выписана здоровой.

Лѣвая труба макроскопически представляется дугообразно согнутой, ampulla зарощена и наружный конецъ растянутъ серознымъ содержимымъ до величины куриного яйца, окружность наибольшаго растяженія=17 см., длина отрѣзка трубы=21 см. Маточный конецъ также зарощенъ и за этимъ мѣстомъ дальше къ маткѣ труба представляется тонкой.

Микроскопически въ начальной части трубы просвѣтъ ея, неправильной формы. Складки mucosae нѣсколько сглажены, эпителий мѣстами слущенъ. Въ мышечномъ пластѣ трубы воспалительныхъ измѣненій не замѣчается. Стѣнка трубы къ наружному концу ея постепенно истончается и у наружнаго конца стѣнка ея толщиной доходитъ до листа бумаги. Въ болѣе толстыхъ мѣстахъ стѣнки растянутой трубы попадаются среди соединительной ткани сжатые въ свудномъ количествѣ мышечные пучки, которые можно отличить по палочкообразнымъ ядрамъ. Въ очень тонкихъ мѣстахъ стѣнка трубы образована исключительно изъ волокнистой соединительной ткани, среди которой нрѣдка попадаются сосуды. Эпителиальный покровъ на внутренней поверхности трубы, въ очень истонченныхъ мѣстахъ ея, лишь мѣстами имѣется въ видѣ низкихъ кѣлокъ уплощеннаго эпителия, въ болѣе толстыхъ мѣстахъ стѣнка покрыта почти всюду въ одинъ слой низкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ.

Правая труба макроскопически въ наружномъ концѣ ея представляется слегка растянутой серознымъ содержимымъ, ampulla ея зарощена. Труба сильно извита и окутана перемычками. Длина отрѣзка=10 см.

Микроскопически въ маточномъ концѣ этой трубы слизистая оболочка имѣетъ видъ длинныхъ, сильно вѣтвящихся отростковъ; вслѣдствіе слущиванія эпителия ворсинки складокъ сращены и между ними образованы кистовидныя полости, выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ. Въ средней и брюшинной части каналъ трубы постепенно расширяется и на складкахъ mucosae слущиваніе эпителия еще болѣе выражено.

Патологическое состояніе трубы: hydrosalpinx duplex.

Случай № 8-й.

Препаратъ полученъ изъ городской Александровской больницы.

Труба принадлежала 23-лѣтней замужней женщинѣ. Болѣе подробныхъ свѣдѣній объ этой больной мнѣ получить не удалось.

Макроскопически труба сильно извита и сплошь окутана перемычками. Ampulla и маточный конецъ трубы облитерированы. Сильная гипертрофія стѣнокъ трубы, мѣстами толщина ихъ достигаетъ 2 см. Длина отрѣзка = 8 см. Внутри трубы имѣется незначительное количество густого гноя.

Микроскопически въ маточномъ концѣ трубы слизистая оболочка вдается въ просвѣтъ трубы въ видѣ нѣсколькихъ выступовъ, которые испещрены круглыми отверстиями и длинными ходами, выстланными цилиндрическимъ эпителиемъ.

На вершинахъ складокъ эпителий исчезъ. Складки слизистой густо пронизаны мелкоклеточнымъ инфильтратомъ; мышечный слой трубы также инфильтрированъ. Мышечные пучки раздвинуты новообразованной соединительной тканью. Стѣнки сосудовъ сильно утолщены. Въ наружной части трубы эпителий отпадаетъ пластами и лежитъ въ полостяхъ. Мышечные пучки здѣсь тоньше и между ними болѣе рѣзкая инфильтрація, которая доходитъ до peritoneum, послѣдній также сильно инфильтрированъ.

Патологическое состояніе трубы: salpingitis suppurativa.

Случай № 9-й

Марфа К-ва, крестьянка, 33 лѣтъ, поступила въ клинику 3/x 1907 г. съ жалобой на постоянную боль внизу живота, поясницѣ и въ лѣвой ногѣ.

Замужемъ 3 года. Беременной не была. Первые регулы на 16 году, сразу установились, шли черезъ 3 недѣли по 3 дня, безъ боли. Послѣ замужества типъ менструацій не измѣнился и оставался такимъ же до августа с/г.

Въ августѣ почувствовала боль въ лѣвомъ паху, а затѣмъ боль вскорѣ распространилась и на правую паховую область, а въ настоящее время боль чувствуется по всей нижней части живота. Дня черезъ 4, послѣ появленія боли въ лѣвомъ паху, появились крови раньше на двѣ недѣли, обильныя и кусками, которыя продолжались 2 недѣли.

Больная принимала капли Extr. secalis corn. aq. cum extr. fl. Hydr. canad. и черезъ недѣлю крови остановились, но боль продолжалась. Определенныхъ

указаній на гоноррею получить отъ больной не удалось. До августа она считала себя вполне здоровой.

Больная небольшого роста, плохо питанная и слабого тѣлосложенія. Имѣются слѣды бывшаго рахита.

При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ ничего особеннаго не найдено. При ощупываніи живота, онъ всюду болѣзненъ, особенно надъ лобкомъ.

Наружные половые органы, кромя гипереміи слизистой introitus vaginae, ничего особеннаго не представляютъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка находится въ положеніи anteflexio et lateropositio sin. partim fixata. Тѣло матки слегка увеличено, плотной консистенціи.

Правый боковой сводъ сильно выпяченъ и туго напряженъ; здѣсь прощупывается опухоль величиною съ кулакъ, круглой формы, эластичная, близко прилежащая къ тѣлу матки. Въ лѣвомъ сводѣ внизу прощупывается яичникъ, слегка увеличенный и сильно болѣзненный.

При изслѣдованіи замѣчаемъ болѣзненность положительно всюду.

Клинической діагнозы: Metritis et endometritis, perimetritis chr., dislocatio ovarii sin., воспалительная опухоль правыхъ придатковъ.

20/x подъ смѣшаннымъ наркозомъ были разрушены сращенія и удалена Cystis tubo-ovarialis dext. Во время разединенія сращеній киста лопнула и изъ полости ея вылился зловонный гной. Послѣ удаленія кисты полость живота промыта физиологическимъ растворомъ поваренной соли и въ нижней уголъ брюшной раны вставленъ тампонъ по Mikulicz'у, который на 3-й день былъ удаленъ и рана закрыта. 25/x изъ нижняго угла раны показался гной съ запахомъ кала, t 38,9°. Съ этого дня начинается длительная лихорадка. 16/xи 1907 г. свищъ зажилъ и больная была выписана здоровой.

Макроскопически, послѣ разрѣза, оказалось, что растянутая труба гноемъ была сращена съ кистой яичника, но полости ихъ не сообщаются. Стѣнки трубы утолщены. Ampulla превращена въ мѣшокъ, наполненный густымъ зловоннымъ гноемъ. Длина отрѣзка = 16 см.

Микроскопически труба въ мѣстѣ отхожденія отъ матки имѣетъ лишь катарральныя измѣненія слизистой, въ мышечномъ же слое кое-гдѣ имѣется незначительная мелкоклеточная инфильтрація. Въ дальѣйшемъ продолженіи трубы слияніе и разрушеніе складокъ слизистой, но въ углубленіяхъ ея эпителий еще сохраненъ. Мышечныя волокна толсты, среди пучковъ ихъ незначительная мелкоклеточная инфильтрація. Кнаружи отъ мышечнаго слоя имѣется большое количество крупныхъ сосудовъ.

Патологическое состояніе трубы: pyosalpinx incipiens (нагноившійся hydrosalpinx).

Случай № 10-й.

Ольга М-ва, мѣщанка, 52 лѣтъ, поступила 13/x 1907 г. въ клинику съ жалобой на кровотеченіе и затрудненное мочеиспусканіе.

Первые регулы на 14 году, установились сразу, шли по 7 дней через мѣсяць, съ сильными болями, въ обильномъ количествѣ и сгустками. Замужъ вышла на 27 году. Рожала 4 раза срочно и благополучно. Последніе роды 15 лѣтъ назадъ. До сентября прошлаго года началось кровотеченіе, которое продолжается до сего времени съ промежутками въ 1—1½ недѣли.

Большая выше средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, хорошо упитана. Внутренніе органы не представляютъ отклоненій отъ нормы. Genitalia externa — нормальны.

При внутреннемъ изслѣдованіи: portio vaginalis увеличена, особенно передняя губа. Тѣло матки доходить до пупка, плотной консистенціи. Придатковъ прощупать не удается.

Клиническій діагнозъ: fibromyoma uteri.

22/x подъ смѣшаннымъ наркозомъ произведено: myomohysterectomy abdominalis totalis; яичники кистовидно перерождены. Prima intentio. 10/xi выписана здоровой. Труба, взятая для изслѣдованія, макроскопически не представляетъ измѣненій. Длина ея отъ угла матки = 14 см.

Микроскопически въ трубѣ на всемъ ея протяженіи имѣется набухлость слизистой, незначительная инфильтрація ворсинъ, на верхушкахъ которыхъ кое-гдѣ случиваніе эпителия. Кроме того, имѣется гиперемія сосудовъ слизистой оболочки и стѣнки трубы.

Патологическое состояніе трубъ: Salpingitis catarrhalis.

Случай № 11-й

С. А —на, мѣщанка, 36 лѣтъ, поступила въ клинику 18/ix 1907 года съ жалобами на тупыя боли, по временамъ обостряющіяся, въ лѣвомъ паху, крестцѣ и на частое мочеиспусканіе съ рѣзью.

Замужемъ 20 лѣтъ. Двое родовъ срочныхъ и благополучныхъ и два выкидыша на второмъ мѣсяцѣ въ промежуткахъ между срочными родами. Последній выкидышъ былъ въ прошломъ году. Первые регулы на 14 году, сразу установились, шли черезъ мѣсяць по 3 дня, безъ боли. После замужества крови ходили такъ же, но съ болью внизу живота, а черезъ 10 лѣтъ послѣ замужества стали ходить по 5—6 дней и съ болью. До второго выкидыша больная считала себя здоровой, послѣ же второго выкидыша была сильная болезненность внизу живота и лихорадочное состояніе. Съ этого времени боли въ лѣвомъ паху и крестцѣ продолжаются до сего времени и обостряются особенно во время регуль.

Больная низкаго роста, слабаго питанія; имѣются слѣды бывшаго рахита. Внутренніе органы нормальны.

Genitalia externa не представляютъ ничего особеннаго.

При внутреннемъ изслѣдованіи: portio vaginalis обращена вперед и вверхъ, матка въ положеніи retroflexio fixata, величиною = 3 мѣсяцамъ беременности, съ правой стороны на маткѣ имѣется фиброзный узелъ.

Яичниковъ прощупать не удается.

Клиническій діагнозъ: Fibromyoma uteri interstitiale et subserosum.

27/ix выписалась до операціи вслѣдствіе заболѣванія горла (Angina follicularis). 12/x поступила вновь.

24/x подъ смѣшаннымъ наркозомъ произведено: myomohysterectomy totalis abdominalis; яичники были кистовидно перерождены. Prima intentio. Выписалась 12/xi здоровой.

Макроскопически трубы недоразвиты и сильно извиты. Длина отъ угла матки 10 см. Другихъ макроскопическихъ измѣненій нѣтъ.

Микроскопически обѣ трубы представляютъ аналогичныя измѣненія съ предыдущимъ препаратомъ № 10.

Случай № 12-й.

Александра П —ва, жена желѣзнодорожнаго служащаго, 28 лѣтъ, поступила въ клинику 18/x 1907 года съ жалобами на постоянныя боли, по временамъ обостряющіяся, внизу живота, поясницѣ и на частое и болезненное мочеиспусканіе.

Замужемъ 10 лѣтъ. Беременной не была. Первые регулы появились на 14 году, сразу установились, шли по 6—7 дней черезъ 3 недѣли, обильно и кусками, но безъ боли. Типъ менструацій не измѣнился до 10 августа с./г.

Черезъ 5 лѣтъ послѣ замужества у больной были бѣлы, которые послѣ еспринцеванія вскорѣ остановились.

10 августа больная стирала бѣлье, стояла все время на холодномъ цементовомъ полу босикомъ и, такъ какъ было очень жарко, какъ говоритъ больная, то она подмывалась холодной водой. Слѣдующія регулы 1 сентября шли понемногу, съ болями, 3 дня, а затѣмъ, не останавливаясь, пошли сильнѣе и продолжались цѣлый мѣсяць, при чемъ боли также постепенно усиливались. Черезъ мѣсяць крови уменьшились и продолжаютъ до настоящаго времени. Последніе два мѣсяца у больной по временамъ бываетъ лихорадочное состояніе. Задержки кровей или обморочнаго состоянія, какъ говоритъ больная, не было.

Больная средняго роста, слабаго тѣлосложенія и плохо упитана. Цвѣтъ лица и видимыя слизистыя оболочки блѣды. Животъ слегка вздутъ. При перкуссии живота всюду тимпаническій тонъ, за исключеніемъ надлобковой области, гдѣ верхняя граница тупого тона поднимается пальца на 4 отъ symphysis ossium pubis. При ощупываніи живота онъ всюду болезненъ, особенно въ надлобковой области.

Внутренніе органы нормальны.

Genitalia externa, кроме блѣдности слизистой introitus vaginae, ничего особеннаго не представляютъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка за лоннымъ сращеніемъ придавлена къ нему и поднята вверхъ.

Величину и контуры матки опредѣлить точно не удается въ виду большого напряженія брюшныхъ стѣнокъ и сильной болѣзненности. Задній и боковые своды сильно и равномерно выпячены опухолью; верхняя граница которой находится у мѣста притупленія, наощущъ опухоль эластична, туго напряжена и неподвижна; при изслѣдованіи очень болѣзненна. Толчекъ сверху передается въ своды. Придатковъ матки прощупать не удается.

25/x былъ сдѣланъ пробный проколъ тонкой иглой и было получено немного кровянистой жидкости.

Клиническій діагнозъ: Haematocoele retrouterina.
26/x подъ смѣшаннымъ наркозомъ laparotomia. По вскрытіи брюшной полости было найдено слѣдующее: тѣло матки обращено влотною съ кишками; при отслойкѣ кишекъ стѣнка colon descendens была нарушена, отверстие въ кишкѣ было величиною въ серебряный пятакъ. Мѣсто разрыва кишки было зашито. За маткой имѣлось большое количество старыхъ кровяныхъ сгустковъ. Справа разорванная труба и сильно измѣненный яичникъ были удалены; слѣва удалена киста яичника. Сгустки крови были выбраны, за матку поставленъ тампонъ по Mikulicz'у. На 2-й день стала черезъ тампонъ выдѣляться гноевидная жидкость съ запахомъ кала, въ виду чего рапа въ нижнежivotѣ оставлена не закрытой. Въ теченіе мѣсяца полость гнойника промывалась ежедневно растворомъ борной кислоты и дренировалась. Черезъ мѣсяць полость гнойника уменьшилась, и 26/x больная выписана со свищемъ, съ тѣмъ чтобы ходила на амбулаторный пріемъ для перевязки. Черезъ два мѣсяца послѣ операціи свищъ зажилъ.

Послѣ операціи, въ виду бывшихъ сращеній и чрезвычайной рыхлости ткани плоднаго мѣшка, удалось получить лишь кусочки разорванной трубы.

Микроскопически въ части трубы, не вошедшей въ образование плодного мѣшка, ворсинки слизистой срослись и образовали полости, выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ; мышечный слой сильно гипертрофированъ, между мышечными пучками много соединительной; сосуды расширены; мышечный слой и особенно слизистая оболочка сильно инфильтрированы. Въ стѣнкахъ плоднаго мѣшка эпителий отсутствуетъ; мышечныхъ пучковъ мало, соединительной ткани много; инфильтрація ткани еще рѣзче выражена. Въ мѣстахъ самаго разрыва мышечныхъ элементовъ вѣтъ; на мѣстѣ слизистой грануляціонная ткань, фибринъ и тромбы. Вся стѣнка состоит или изъ соединительной ткани, сильно инфильтрированной, мѣстами обширные очаги кровоизліанія, тромбы и фибринъ, мѣстами грануляціонная ткань и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ некрозъ ткани.

Патологическое состояніе трубы: Graviditas extrauterina tubaria rupta dext.

Случай № 13-й.

Авдотья К—ва, крестьянка, 26 л., поступила въ клинику 10/x 1907 г. съ жалобами на боли влизу живота, особенно слѣва, а также въ области крестца и на опухоль въ животѣ, которую она замѣтила годъ тому назадъ.

Больной себя считаетъ 7 лѣтъ. Первые регулы появились 15 лѣтъ, установились сразу, шли по 3 дня черезъ 3 недѣли, безъ боли и не обильно. Замужъ вышла 24 лѣтъ. Въ первые же 3 мѣсяца замужества кровей не было. Вслѣдствіе поднятія тяжести произошелъ абортъ, послѣ чего было сдѣлано abrasio cavi uteri въ Александровской больницѣ; черезъ 6 дней послѣ операціи больная выписалась. Вскорѣ крови снова пошли и продолжались цѣлый мѣсяць, но остановились безъ лѣченія. Съ этого времени типъ менструацій измѣнился крови стали ходить по 7 дней черезъ 3 недѣли, съ болями, обильно и сгустками. Послѣднія регулы были съ 27/x—3/xi.

Въ ноябрѣ прошлаго года больная замѣтила у себя опухоль въ лѣвой половинѣ живота, которая все больше увеличивается.

За годъ до появленія опухоли были бѣды зеленоватаго цвѣта, густыя, съ дурнымъ запахомъ, которыя прекратились съ появленіемъ опухоли.

Больная средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, но плохо унитана.

Внутренніе органы нормальны. При ощупываніи живота находимъ внизу и слѣва въ паховой области опухоль величиною съ яблоко, эластичную и мало подвижную.

Genitalia externa нормальны.

При внутреннемъ изслѣдованіи: portio vaginalis удлинена, конической формы, orif. ext. смотритъ вверху; тѣло матки оттиснуто опухолью изади, которая лежитъ на передней стѣнкѣ матки. Опухоль легко прощупывается черезъ передній и лѣвый своды. Опухоль съ маткой не спаяна, имѣетъ круглую форму, эластична и мало подвижна. Справа яичникъ нѣсколько увеличенъ и болѣзненъ.

Клиническій діагнозъ: Hydrosalpinx sin.

24/xi per laparotomiam слѣва удаленъ hydrosalpinx, сращенный съ яичникомъ, справа яичникъ кистовидно-перерожденный.

Къ вечеру этого же дня пульсъ сдѣлался нитевиднымъ: сосчитать было невозможно.

Сдѣлано вливаніе подъ кожу 3400 к. с. физиологическаго раствора поваренной соли, вырыскиваніе coffeini et camphorae, голова была опущена внизъ, тазъ приподнятъ, давящая повязка на животъ. Въ 1 часъ ночи съ 24/xi на 25/xi брюшная полость была вскрыта вновь, изъ полости таза удалены кровяные сгустки, но кровоточащій сосудъ не былъ найденъ. Вставленъ тампонъ по Mikulicz'у. Prima intentio. 15/xii выписана здоровой.

Макроскопически полость растянутой лѣвой трубы вступаетъ въ сообщеніе съ полостью кисты лѣваго яичника; содержимое серозное. Cystis tubo-ovarialis величиною въ 1½ кулака.

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ мѣстахъ, гдѣ просвѣтъ трубы расширенъ до сантиметра, слизистая оболочка представляетъ ровную линію, на которой мѣстами поднимаются невысокія складки съ тонкимъ основаніемъ и верхушкой наподобіе куста. Стѣнка трубы гипертрофирована на счетъ увеличенія соединительной ткани, которая раздвигаетъ мышечные пучки. Стѣнки

сосудовъ утолщены на счетъ разрастанія intimaе. Въ наружной сильно растянутой части трубы слизистая представляетъ ровную линію, складки сглажены. Мышечные пучки попадаются рѣдко. Въ очень истонченныхъ частяхъ трубы стѣнка ея состоитъ изъ соединительной ткани, среди которой изрѣдка попадаются сосуды. Эпителий мѣстами исчезъ.

Патологическое состояніе трубы: *Cystis tubo-ovarialis serosa sin.*

Случай № 14-й.

Марія К-ва, крестьянка, 33 лѣтъ, поступила въ клинику 12/xi съ жалобой на опухоль въ животѣ, о присутствіи которой узнала отъ врача. Менструруетъ съ 13 лѣтъ. Крови ходятъ черезъ 2—3 недѣли и продолжаются по 2—3 дня. Последнія регулы были 1 августа с. г. Замужъ вышла 20 лѣтъ; типъ менструацій послѣ замужества не измѣнился. Рожала 2 раза срочно и благополучно, выкидышей не было. Начало заболѣванія относится къ 1 августа, когда появилась сильная слабость и крови шли только 1 день. Слабость организма все увеличивалась, а въ концѣ августа появились сильныя головокруженія. Въ октябрѣ появилась сильная боль внизу живота; былъ приглашенъ врачъ, который посоветовалъ обратиться въ клинику для удаленія опухоли.

Въ дѣтствѣ перенесла корь и оспу; въ холерную эпидемію 1891-92 г. перенесла холеру.

Больная среднего роста, плохо упитана, Лицо и видимыя слизистыя оболочки блѣдны.

Внутренніе органы нормальны.

Genitalia externa нормальны.

При внутреннемъ изслѣдованіи: изъ канала шейки матки выдается полипъ на ножкѣ величиною съ сливу. Матка въ *anteflexio et lateropositio dext. fixata*, плотной консистенціи, немного увеличена. Слѣва отъ матки лежитъ тѣло овальной формы, эластично, съ гладкой поверхностью. Опухоль отдѣлена отъ матки, но имѣетъ связь съ лѣвымъ угломъ ея.

Клиническій діагнозъ: *Hydrosalpinx sin., perimetritis chr., polypus colli uteri.*

21/xi *per laparotomiam* удалено слѣва *Cystis tubo-ovarialis serosa sin.*, справа яичникъ освобожденъ отъ сращеній.

Передъ чревосѣченіемъ былъ удаленъ полипъ и сдѣлано *abrasio cavi uteri*. Prima intentio. 11/xii выписана здоровой.

Макроскопически найдено, что полость растянутой трубы и кисты яичника сообщены между собой. Киста величиною въ куриное яйцо; содержимое серозное.

Микроскопически патолого-анатомическія измѣненія этой трубы воляв аналогичны измѣненіямъ предыдущаго препарата, лишь истонченіе стѣнки здѣсь нѣсколько меньше.

Патологическое состояніе трубы: *Cystis tubo-ovarialis serosa.*

Случай № 15-й.

Парасковья Т-ва, мѣщанка, 42 лѣтъ, обратилась въ клинику съ жалобами на опухоль въ животѣ. Регулы появились на 14 году, установились сразу, шли по 5 дней черезъ 4 недѣли, необильно и безъ боли. Последнія регулы были 10 ноября сего года. Замужемъ 12 лѣтъ. Беременной не была. Пять лѣтъ назадъ больная впервые замѣтила у себя опухоль въ животѣ незначительной величины, которую свободно больная сама прощупывала черезъ брюшныя покровы. Опухоль, хотя медленно, но увеличивалась, что и заставило больную обратиться въ клинику. Въ дѣтствѣ больная перенесла корь, 15 лѣтъ назадъ имѣла плевропѣ, сопровождавшійся кровохарканьемъ. Въ семьѣ больной наблюдается предрасположеніе къ легочнымъ заболѣваніямъ.

Больная среднего роста, плохо упитана. Кожа блѣдно-желтаго цвѣта, слизистыя оболочки анэмичны. Лимфатическія железы прощупываются. Грудная клетка впалая.

При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ никакихъ болѣзненныхъ измѣненій не найдено. Животъ куполообразно выпяченъ. На мѣстѣ выпячиванія находимъ опухоль, верхняя граница которой находится на срединѣ между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ, внизу уходитъ въ полость малого таза. Опухоль плотной консистенціи, на поверхности ея много узловъ, она мало подвижна и при смѣщеніи ея больная чувствуетъ боль.

Genitalia externa нормальны.

При внутреннемъ изслѣдованіи: *portio vaginalis* плотной консистенціи и непосредственно переходитъ въ опухоль. Въ переднемъ сводѣ прощупывается небольшой узелъ, исходящій изъ опухоли; черезъ задній сводъ удается прощупать лишь нижній сегментъ опухоли. Яичниковъ прощупать не удается.

Клиническій діагнозъ: *Fibromyoma uteri interstitiale et subserosum multiplex.*

23/xi подъ смѣшаннымъ наркозомъ произведено: *myomohysterectomy totalis abdominalis.*

Трубы извиты, брюшные концы ихъ заращены; яичники мелко-кистовидно перерождены. Prima intentio. 12/xii выписана здоровой.

Лѣвая труба макроскопически извита, стѣнки ея утолщены, толщина всей трубы у наружнаго ея конца равна толщинѣ большого пальца. Длина ея отъ угла матки = 11 см. Ampulla заращена; содержимое трубы серозное.

Микроскопически стѣнка утолщена на счетъ равномернаго развитія какъ мышечной, такъ и соединительной ткани. Слизистая вдается въ просвѣтъ трубы въ видѣ шести невысокихъ валиковъ. Эпителий всюду сохраненъ; инфильтраціи нѣтъ.

Правая труба макроскопически также сильно извита, ampulla заращена; стѣнки по всему протяженію утолщены, толщина ихъ у брюшнаго конца трубы доходить до 2,5 см.; содержимое трубы гноевидное. Длина трубы отъ угла матки = 10 см.

Микроскопически найдено: утолщение стѣнки трубы у внутренняго конца ея на счет развитія соединительной и мышечной ткани, у наружнаго же конца соединительная ткань значительно преобладаетъ надъ мышечной. Въ маточномъ концѣ трубы стѣнки сосудовъ утолщены, въ брюшномъ концѣ въ стѣнкахъ трубы сосудовъ мало и просвѣтъ ихъ облитерируется. Слизистая внутренняго конца трубы возвышается въ видѣ пяти валиковъ, эпителий слущивается, въ наружномъ же концѣ эпителий отходитъ пластами. На всемъ протяженіи трубы замѣчается сильная степень инфильтраціи стѣнокъ ея, какъ слизистой, такъ и межмышечной ткани; въ наружномъ же концѣ трубы инфильтрація ткани особенно рѣзко выражена и обильна.

Патологическое состояніе трубъ: Hydrosalpinx sin. et pyosalpinx dext.

Случай № 16-й.

Александра П-ко, мѣщанка, 32 лѣтъ, поступила въ клинику 3/хІ 1907 г. съ жалобой на боли внизу живота, которыя продолжаются уже 15 лѣтъ. Кроме того, больная указываетъ на періодическія выдѣленія изъ genitalia водянистой жидкости въ количествѣ нѣсколькихъ столовыхъ ложекъ за одинъ разъ. Изъ разспроса больная видно, что боли, испытываемыя ею, есть «Kolica scortorum», которыя ведутъ къ опорожненію трубы. Первые крови появились на 15 году, шли по 3 дня черезъ 3—4 недѣли, не обильно и безъ боли. Последнія регулы были въ концѣ ноября с. г.

Замужъ вышла 17 лѣтъ. Рожала одинъ разъ, черезъ годъ послѣ замужества; роды, по словамъ больной, были трудные, послѣ которыхъ она лежала цѣлый мѣсяць. Шесть лѣтъ назадъ больной было сдѣлано abrasio cavi uteri и вставлено кольцо, которое она носила 6 недѣль.

Врачи, которые лѣчили ее, последнее время посовѣтовали ей обратиться въ клинику, такъ какъ, по ихъ мнѣнію, она можетъ выздороветь лишь послѣ операціи.

Раньше больная перенесла тифъ, какія-то другія заболѣванія, а въ настоящее время жалуется на расшатанное состояніе нервной системы.

Больная средняго роста, съ правильнымъ костнымъ скелетомъ, но съ ослабленнымъ питаніемъ.

При изслѣдованіи внутреннѣхъ органовъ никакихъ болѣзненныхъ измѣненій не найдено.

Genitalia externa, кроме ruptur. perinei II ord. et descensus parietis ant. et post., ничего особеннаго не представляютъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи: portio vagin. нѣсколько смотритъ вверхъ, матка въ положеніи retroflexio fixata; придатки съ обѣихъ сторонъ прощупываются въ видѣ мягкихъ конгломератовъ.

Клиническій діагнозъ: Hydrops tubae Fallopie profluens bilateralis, perimetritis chr., retroflexio uteri partim fixata.

8/хІІ подъ смѣшаннымъ наркозомъ было удалено: съ правой стороны труба и яичникъ, съ лѣвой только труба; разъединены сращенія и укорочены lig. rotunda.

Обѣ трубы представлялись во время операціи довольно расширенными въ своихъ абдоминальныхъ концахъ.

Prima intentio. 28/хІІ выписана здоровой.

Макроскопически правая труба сильно растянута и извита, толщина стѣнки у наружнаго конца трубы доходитъ до толщины листа бумаги, у внутренняго же конца стѣнки довольно толсты, ampulla заращена, маточный ковецъ проходимъ, содержимое трубы серозное и прозрачное, какъ вода.

Микроскопически стѣнки трубы у конца, обращеннаго къ маткѣ, утолщены на счет развитія мышечной ткани. Просвѣтъ трубы выполненъ сильно разросшимися ворсинками слизистой, которая сильно набухла, но все-же просвѣтъ трубы проходимъ. Къ наружному концу стѣнки трубы постепенно истончаются, мышечные пучки растягиваются, количество складокъ слизистой уменьшается; въ очень истонченныхъ частяхъ мышечные элементы атрофируются. Складки слизистой сглаживаются и слизистая представляетъ ровную линію, но эпителий всюду сохраненъ. На всемъ протяженіи трубы ни въ слизистой, ни въ стѣнкѣ трубы инфильтраціи нѣтъ.

Лѣвая труба макроскопически мало отличается отъ правой, лишь истонченіе стѣнокъ здѣсь меньше и содержимое трубы окрашено слегка въ желтоватый цвѣтъ.

Микроскопическая картина лѣвой трубы почти сходна съ правой, лишь истонченіе стѣнокъ не такъ сильно выражено и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ на вершинахъ складокъ слизистой можно видѣть слущиваніе эпителия и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ имѣется легкая инфильтрація складокъ mucosae.

Патологическое состояніе трубъ: Hydrops tubae Fallopie profluens duplex.

Случай № 17-й.

Любовь Р-на, 26 лѣтъ, поступила въ лѣчебницу В. 6/хІІ 1907 г. съ жалобой на боли внизу живота.

Первые регулы на 16 году, установились сразу, шли по три дня черезъ 4 недѣли, безъ боли. Замужъ вышла на 22 году. Беременной была два раза: первая беременность прервалась на 5 мѣсяцѣ, вторая—на шестомъ, повидимому, отъ травмы. Типъ менструацій послѣ замужества не измѣнился. Последнія регулы были 17-го октября; 27-го ноября появилось немного крови, а 28-го появились кошкообразныя боли въ животѣ; сознанія въ это время больная не теряла. Былъ приглашенъ врачъ, который констатировалъ вѣматочную беременность. Послѣ 28-го ноября ни крови, ни болей въ животѣ, не было, лишь въ правой ногѣ больная чувствовала незначительную боль. Женскими болѣзнями, по словамъ больной, до этого времени она не страдала; болѣй не было никогда.

Внутренние органы нормальны. Genitalia externa ничего особенного не представляют.

При внутреннем исследовании: матка в положении ante flexi, увеличена соответственно двум месяцам беременности. В левом боковом своде прощупывается опухоль яйцевидной формы, эластичная, отделяющаяся от тела матки неглубоким перехватом. Справа имеется другая пульсирующая опухоль величиною с кулак, овальной формы, с гладкой поверхностью.

Клинический диагноз: Graviditas extrauterina tubaria dext. et cystis ovarii sin.

8/xii под смешанным наркозом per laparotomiam удалена правая труба с беременностью, яичник оставлен; слева киста яичника; труба левая оставлена.

Prima intentio. 24/xii выписана здоровой.

Правая труба в средней своей части представляется сильно растянутой кровяными сгустками, наружный и внутренний концы ее не растянуты и на вид представляются неизменными. Плодный мешок величиною с кулак. На разрезе видно: стенки плодного мешка сильно истончены, растяжение трубы начинается на два сантиметра от угла матки и оканчивается не доходя до наружного конца трубы сант. 3, содержимое плодных стилища — старые сгустки крови. Из абдоминального конца трубы и из конца, обращенного к матке, зондом пройти в полость мешка не удается.

При микроскопическом исследовании часть трубы, не вошедшая в образование плодных стилища и обращенная к матке, имеет следующие изменения. В мышечном слое заметна гипертрофия и гиперплазия мышечной ткани, особенно во внутреннем циркулярном слое трубы. Складки слизистой сильно гипертрофированы и выполняют весь просвет трубы; эпителий их набух, но всюду сохранен. Во всех слоях этой части трубы стенки сосудов утолщены и просвет их сильно расширен. В стенках начала плодных стилища, где просвет трубы равен 1—2 сант., мышечной ткани меньше, отдельные пучки представляются вытянутыми, межмышечной ткани больше. Сосуды здесь также расширены и наполнены кровью. Просвет трубы выполнен свернувшейся кровью. Слизистая сплошь залита кровью; вместо эпителия грануляционная ткань. В истонченных частях плодных стилища мышечные волокна начинают атрофироваться, соединительной ткани значительно больше. В стенках плодного мешка имеется мелкоклеточная инфильтрация в виде подоси и отдельных гнззд, но в различной степени: в одних мстах незначительная, в других довольно обильная. Мстами видны очаги кровоизлияния. В наружной части трубы, которая также не вошла в образование плодных стилища, замчаются почти такі же изменения, как и в маточном конце трубы, но гипертрофия слабее выражена, кроме того, слизистая и межмышечная ткань в легкой степени инфильтрированы.

Патологическое состояние трубы: Graviditas tubaria dext.

Случай № 18-й.

Матрена Г—ва, 32 лт, поступила в клинику 20/xii 1907 года с жалобой на боль в нижней части живота.

Первые регулы на 15 году, шли по 4 дня через 4 недли.

Замуж вышла 17 лт. Родила 5 раз срочно и благополучно. Пять лт назад у больной было воспаление яичников, пролежала в больнице 5 недли. В июле с. г. у больной под влиянием испуга через два дня посл окончания регулы появились крови и продолжались 4 дня. Начало этого заблвания больная относит к первым числам ноября, когда появились срочные регулы, на второй день почувствовала схваткообразны боли внизу живота; боли особенно сильны были в правой паховой области, откуда распространились по всему животу. В течение мсаца у больной еще 3 раза были схваткообразны боли с промежутком в недлю. В течение всего этого времени были в незначительном количестве жидкия кровянисты выделения. В конце ноября с. г. больная несколько раз спринцевалась горячей водой и боли утихли. В начале декабря с. г. регулы появились в обычное время и продолжались 5 дней, без боли и в достаточном количестве. С этого времени больная чувствовала лишь общую слабость, но прежних болей уже не было.

21 декабря с. г. у больной вновь появились незначительны кровянисты выделения, которые сопровождалась болью в пояснице.

Больная среднего роста, правильного телосложения и умренного питания. Покровы кожи и видимыя слизистыя оболочки блдны. Грудныя железы дряблы и отвислы, пигментация околососкового кружка ясно выражена.

Genitalia externa развиты нормально; из половой щели выделяется кровянистая жидкость; слизистая introitus vaginae несколько гиперемирована.

При внутреннем исследовании: матка в положении ante flexio et latero positio sin.; на portio vagin. разрыв слева. В заднем своде справа находится опухоль, которая выпячивает задний и правый своды, с неясными контурами, при исследовании болезненна.

Клинический диагноз: Graviditas extrauterina tubaria dext. rupta.

22/xii под смешанным наркозом per laparotomiam справа, посл удаления сращений, удалена разорванная труба, удалены кровяные сгустки и яичник, который оказался кистовидно-перерожденным; слева же удалена воспалительно измененная труба, яичник оставлен.

Правая труба при отслойке сращений рвалась на мелкие куски, которые удалось собрать среди большого количества старых кровяных сгустков.

При микроскопическом исследовании стенка конца, прилежащего к матке, утолщена на счет развития как мышечной, так и соединительной ткани. Слизистая в виде гипертрофированных ворсинок, вершины которых сращены между собой, выполняет весь просвет трубы и образует большое количество полостей, выстланных цилиндрическим эпителием. Ворсинки инфильтрированы,

эпителий мѣстами слущивается. Въ стѣнкахъ трубы также имѣются ложныя кисты. Сосуды расширены и переполнены кровью, стѣнки ихъ утолщены. Незначительная инфильтрація имѣется и въ межмышечной соединительной ткани. Въ стѣнкахъ плодовместилища мышечная ткань атрофируется, соединительная ткань увеличивается. Въ очень истонченныхъ стѣнкахъ мышечной ткани нѣтъ и вся стѣнка состоитъ изъ соединительной ткани, въ мѣстахъ разрыва ткань сплошь пронизана элементами крови, мѣстами очаги кровоизлиянія, тромбы и фибрина.

При микроскопическомъ изслѣдованіи лѣвой трубы находимъ лишь измѣненія въ слизистой оболочкѣ. Разросшія ворсинки выполняютъ просвѣтъ трубы, мѣстами на верхушкахъ ворсинокъ эпителий слущивается, ворсинки инфильтрированы. Во всѣхъ частяхъ трубы замѣчается лишь гиперемія сосудовъ.

Патологическое состояніе трубъ: *Graviditas tubaria dext. rupta et salpingitis catarrhalis sin.*

Случай № 19-й.

Матрена Г-ва, жена учителя, 28 лѣтъ, поступила въ клинику 2/1 1908 г. для операціи по совѣту лѣчившаго ее врача.

У больной въ дѣтствѣ часто были боли внизу живота. Первые регулы 19 лѣтъ, шли по 3—5 дней черезъ мѣсяць, безъ боли. Замужъ вышла 22-хъ лѣтъ. Типъ менструацій остался такимъ же. Родила три раза: двое родовъ срочныхъ и благополучныхъ, одинъ на 8 мѣсяцѣ, затѣмъ имѣла 3 выкидыша на 2—3 мѣсяцѣ; послѣдній выкидышъ былъ въ юнѣ 1907 года. Больной себя считаетъ 3 года, т. е. послѣ перваго выкидыша, когда она пролежала 2 мѣсяца, при чемъ были сильныя боли внизу живота, рвота и вздутіе живота.

26/xii 1907 года повторилось, повидимому, то же заболѣваніе, которое больная объясняетъ простудой во время бывшихъ передъ этимъ регулъ. Лѣчилась много: тампоны, массажъ, души, suppositoria и проч. Больная считаетъ себя очень первой.

Больная среднего роста, плохо упитанная. Кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны.

Genitalia externa нормальны.

При внутреннеи изслѣдованіи: portio vag. смотреть впередъ и вверхъ, orif. ext. нѣсколько открыто, на передней губѣ erosio. Матка въ положеніи retroversio fixata. Правые придатки нормальны. Слѣва прощупывается круглое, гладкое, эластичное тѣло, величиною съ небольшой лимонъ, отдѣленное отъ матки ясно выраженной бороздой. Подъ этимъ тѣломъ другая опухоль, соединенная съ первой, но, въ виду болѣзненности при изслѣдованіи, характеръ другой опухоли опредѣлить не удается.

Клиническій діагнозъ: *Retroversio uteri fixata, sactosalpinx sin., perimetritis chr.*

5/1 подъ смѣшаннымъ наркозомъ laparotomia. Послѣ вскрытія брюшной полости обнаружено: матка покрыта сверху и сзади периметритическими спай-

ками, которыя были разрушены рукой. Слѣва найдена растянутая труба, соединенная съ кистой яичника; содержимое трубы и кисты — гной, который выдѣлся вслѣдствіе разрыва при отдѣленіи сращеній. *Cystis tubo-ovarialis* была удалена, культя прижжена Паппеномъ; правые придатки оставлены. Полость живота промыта физиологическимъ растворомъ поваренной соли; вставленъ тампонъ по Mikulicz'у. *Prima intentio*. 25/1 выписана здоровой.

Макроскопически видно, что полость растянутой трубы сообщается съ полостью кисты, содержимое ихъ — гной.

Sactosalpinx величиною съ большой грецкій орѣхъ. Стѣнки трубы сильно утолщены, толщина ихъ отъ 1—2 см.

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ маточномъ концѣ трубы слизистая вдается въ просвѣтъ трубы въ видѣ 9 валиковъ различной величины. Эпителий почти всюду разрушенъ, складки слизистой сплошь инфильтрированы, нѣкоторыя изъ нихъ верхушками слились и образовали полости, которыя, какъ и просвѣтъ трубы, выполнены гноемъ. Утолщеніе стѣнки произошло на счетъ разрастанія какъ мышечной, такъ и соединительной ткани. Во всей стѣнкѣ трубы имѣется обильная мелкоклеточная инфильтрація, какъ въ видѣ полости, такъ и въ видѣ большихъ отдѣльныхъ гнѣздъ.

Стѣнки сосудовъ утолщены на счетъ разрастанія *intimae*. Къ наружному концу трубы стѣнки ея постепенно утолщаются, но, чѣмъ ближе къ наружному концу, тѣмъ мышечной ткани становится меньше, а соединительной больше. Слизистая постепенно распадается и у наружнаго конца трубы ея уже нѣтъ, инфильтрація же все усиливается и въ наружномъ концѣ трубы вся стѣнка ея чрезвычайно густо инфильтрирована.

Патологическое состояніе трубъ: *Cystis tubo-ovarialis purulenta sin.*

Случай № 20-й.

Александра Л-хъ, крестьянка, 20 лѣтъ, поступила 15/xii 1907 г. въ родильн. отдѣленіе клиники. Замужемъ одинъ годъ, 1 рага. Регулы начались на 14 году, шли по 4 дня, черезъ мѣсяць, безъ боли. Послѣднія регулы были въ концѣ февраля 1907 г.

Ростъ = 147, вѣсъ 55 к. Размѣры таза: *Dis. sp. 23, crist. 25, intertroch. 28, conjugata ex. 16 1/2.*

Положеніе плода продольное, II позиція, предлежаніе лобное. Сердцебиеніе прослушивается слѣва и справа ниже пупка, 129 ударовъ въ минуту. Роды начались 15/xii, въ 4 ч. дня. 16/xii, въ часъ дня, сердцебиеніе плода начало замедляться, головка не опускалась въ полость таза.

Роженецъ было предложено: желаетъ ли она, чтобы плодъ былъ извлеченъ черезъ разрѣзъ живота, и желаетъ ли, чтобы ей сдѣлали операцію, послѣ которой она больше беременной не будетъ? На оба предложенія больная и мужъ изъявили полное согласіе.

16/хн, въ 1 ч. 40 м. дня, подъ хлороформнымъ наркозомъ было произведено *sectio caesarea et resectio partialis tubae Fallopiæ bilateralis*. Младенецъ былъ извлеченъ въ асфиксiи II степени, оживить его не удалось.

Младенецъ женскаго пола, вѣсъ его 2500 гр., длина 46 см., окружность головки 35 1/2, прямой размѣръ 11 1/2.

Послѣоперационный періодъ протекалъ гладко. *Prima intentio*. 7/1 выписана здоровай.

23/vi 1908 г. больная обратилась ко мнѣ съ жалобой, что она опять беременна и даже ощущаетъ ясно движеніе плода. Послѣ осмотра оказалось, что у больной имѣется *graviditas fausta* и въ сильной степени *hysteria*; со стороны *genitalia* ничего болѣзненнаго не найдено, да и больная на боли не жаловалась.

Части трубъ величиною въ 1 1/2 см. были мною взяты сейчасъ же послѣ операциі для изслѣдованія.

При микроскопическомъ изслѣдованіи найдена лишь гиперемія сосудовъ, въ остальномъ же обѣ трубы не представляютъ никакихъ отклоненій отъ нормы.

Случай № 21-й.

Препаратъ былъ полученъ изъ земскаго родильнаго дома отъ больной В-ковой, оперированной 16/1 1908 года. *Graviditas extrauterina tubaria dext. Gupta* IV мѣсяцевъ. Доставлены были куски разорванной трубы.

Ткань плоднаго мѣшка рыхла и чрезвычайно легко разрывается.

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ маточномъ концѣ трубы на мѣстѣ слизистой кровонзліянія, тромбы и фибринъ; основа слизистой гипертрофирована. Въ стѣнкахъ трубы мышечной ткани мало, въ стѣнкахъ плодовместилища почти всюду она отсутствуетъ. Въ мѣстахъ плоднаго мѣшка на мѣстѣ слизистой имѣется грануляціонная ткань. Въ мѣстахъ, гдѣ произошелъ разрывъ, имѣется грануляціонный процессъ, тромбы и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ некрозъ ткани.

Случай № 22-й.

Больная С—ва, жена кассира, 32 лѣтъ, вступила въ лѣчебницу В. 10/ii 1908 г. съ жалобой на боли внизу живота и на кровотечения, которыя безирестанно идутъ съ поваго года.

Первыя регулы на 17 году, установились сразу, шли по 4—5 дней черезъ мѣсяць, безъ боли. Замужъ вышла 19 лѣтъ. Послѣ замужества типъ менструацій не измѣнился; имѣла 6 родовъ срочныхъ и благополучныхъ. Послѣдніе роды были въ сентябрь 1906 года. Дѣтей кормила сама; регулы послѣ родовъ появлялись на 8 мѣсяць. Послѣднія правильныя менструаціи были въ ноябрь 1907 г., слѣдующія въ декабрь пришли въ срокъ, но продолжались 8 дней.

Перваго января 1908 г. появилось кровотеченіе, которое продолжается до настоящаго времени, кровь жидкая; то розоваго, то темнаго цвѣта. 20 декабря 1907 г. начали появляться схваткообразныя боли, но бывали дни, когда больная чувствовала себя хорошо. До 1 января 1908 г. больная, несмотря на боли, ходила; съ 1 января боли усилились, а 4-го сдѣлались настолько сильными, что больная вынуждена была лечь въ постель; t° въ это время была 39°. Въ это время больная дѣлалась: примѣняла ледъ, кавли, порошки, *suppositoria*. Обморочныхъ состояній не было, рвоты и тошноты также не было; но чувствовала сильную слабость. Раньше не болѣла; за послѣднее время больная сильно похудѣла.

Больная средняго роста, слабаго питанія. Покровы кожи и слизистыя оболочки блѣды. Изъ грудныхъ железъ выдѣляется молоко; кормить ребенка перестала въ ноябрь 1907 г.

Внутренніе органы нормальны.

Genitalia externa также нормальны. Изъ влагалища выдѣляется небольшое количество жидкой крови темно-бураго цвѣта.

При перкуссiи живота имѣется притупленіе, верхняя граница котораго находится на 3 пальца выше лобка.

При внутреннемъ изслѣдованіи: задній сводъ сильно выпяченъ, имѣется рѣзкая пульсація, матка сдвинута къ лобку. Въ виду сильной болѣзненности точнаго изслѣдованія не производилось.

Клиническій діагнозъ: *Graviditas extrauterina tubaria*.

12/ii подѣ смѣшаннымъ наркозомъ *per laparotomiam* изъ широкой связки выбрано большое количество старыхъ кровяныхъ свертковъ, удалена разорванная правая труба и сдѣлано *resectio partialis tubae Fallopiæ sin. Prima intentio*. 5/iii выписана здоровай. Послѣ операциі оказалось *haematocele extra-peritonealis*.

Труба на разстояніи 4 см. отъ угла матки не растянута, затѣмъ идетъ расширеніе, абдоминальное отверстіе зарощено. Наибольшая окружность растянутой трубы 15 см., форма ея колбасовидная, растянута старыми сгустками крови, плодь разсосался. Ткань плоднаго мѣшка дряблa и легко разрывается.

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ маточномъ концѣ трубы, не вошедшемъ въ образованіе плодовместилища, слизистая оболочка имѣетъ сильно гипертрофированныя складки, нѣкоторыя изъ нихъ вершинами срослись, эпителій мѣстами слущенъ, ворсинки обильно инфильтрированы. Стѣнка трубы утолщена на счетъ развитія какъ мышечной, такъ и соединительной ткани. Сосуды расширены и переполнены кровью, стѣнки ихъ утолщены. Въ стѣнкахъ плоднаго мѣшка мышечной ткани мало, мѣстами она совершенно атрофирована, грануляціонная инфильтрація всюду, мѣстами очень обильна. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ имѣются большіе очаги кровонзліянія и свертки фибрина. Въ мѣстахъ разрыва имѣется грануляціонная ткань, тромбы и организація ихъ.

Случай № 23-й. 1901 г. Анастасія Л—ко, дворянка, 32 лѣтъ, поступила въ клинику 3/III 1908 г. съ жалобой на кровотеченіе, которое продолжается уже болѣе двухъ мѣсяцевъ. Замужемъ 15 лѣтъ. Первые регулы 14 лѣтъ, шли черезъ 3 недѣли по 7 дней, съ перерывомъ въ 1—2 дня. Раньше страдала бѣлами, болью внизу живота и рвѣью при мочеиспусканіи. Беременной не была. Послѣднія срочныя регулы были 1/XII 1907 г. 23/XII появились кровяныя сгустки съ болями и обморокомъ. Съ этого времени кровотеченіе не прекращается: кровь выдѣляется коричневаго цвѣта съ примѣсью клочковъ ткани. Въ дѣтствѣ и юности не болѣла.

Вольная среднего роста, правильнаго тѣлосложенія и умѣреннаго питанія. Внутренніе органы нормальныя. Genitalia externa ничего особеннаго не представляютъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ положеніи anteflexio, немного увеличена, тѣстоватой консистенціи. Слѣва и сзади къ маткѣ прилежитъ колбасовидная опухоль, нижній сегментъ ея упирается въ задній сводъ слѣва!

Опухоль эластична и безболѣзненна. Правые придатки нормальныя.

Клинической діагнозъ: Graviditas extrauterina tubaria sin. 13/III подъ смѣшаннымъ наркозомъ laparotomia. Обнаружено въ полости живота большое количество старой жидкой крови, а также нѣсколько плотныхъ кровяныхъ сгустковъ. Лѣвая труба въ абдоминальной ея части расширена до величины груши, въ средней части имѣется небольшой разрывъ, величиною въ 15-ти копѣечную монету, полость трубы выполнена свернувшейся кровью. Лѣвые придатки удалены, правые оставлены. Prima intentio. 30/III выписана здоровой.

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ части трубы, не вошедшей въ образованіе плодовместилища, мышечный слой гипертрофированъ. Сосуды расширены и заполнены кровью, стѣнки ихъ утолщены. Слизистая имѣетъ гипертрофированныя складки: одѣ изъ нихъ низки, другія очень длинны, съ тонкимъ основаніемъ и древовиднымъ разрастаніемъ на вершинахъ. Ворсинки густо инфильтрированы, въ меньшей степени инфильтрація имѣется и во всѣхъ слояхъ трубы. Въ стѣнкахъ плодовместилища мышечные пучки мѣстами сильно раздвинуты соединительной тканью, мѣстами они атрофируются. Просвѣтъ трубы выполненъ свернувшейся кровью. На мѣстѣ слизистой мѣстами свѣжія кровоизліянія, мѣстами слизистая отсутствуетъ. Въ мѣстахъ самаго разрыва вся стѣнка состоитъ изъ соединительной ткани; обильный грануляціонный инфильтратъ, тромбы и фибринъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ некрозъ ткани.

Патологическое состояніе: Graviditas tubaria sin. rupta.

Случай № 24-й.

Агафья Р-ва, жена мельника, 27 лѣтъ, поступила въ клинику 22/II 1908 г. съ жалобой на кровотеченіе и боль внизу живота.

Первыя регулы на 17 году, черезъ годъ установились, шли по 4—5 дней черезъ 4 недѣли, безъ боли. Замужъ вышла 19 лѣтъ. Послѣ замужества регулы въ срокъ не пришли, запоздавъ на 3 недѣли; появилось сильное кровотеченіе сгустками и продолжалось около 5 мѣсяцевъ. Съ этого времени регулы появлялись съ болью. Послѣднія правильныя менструаціи были 1-го января 1908 г. Въ серединѣ февраля появилось сильное кровотеченіе съ сильными болями схваткообразнаго характера и чувствомъ дурноты.

Боль локализовалась, главнымъ образомъ, справа. Въ дѣтствѣ и до замужества ничѣмъ не болѣла.

Вольная среднего роста, плохо упитана. Покровы кожи и видимыя слизистыя оболочки анэмичны. Грудныя железы увеличены и изъ сосковъ выдѣляется молозиво.

Внутренніе органы нормальны.

Genitalia externa также нормальны.

При внутреннемъ изслѣдованіи: portio vaginalis разрыхлена, orific. ext. пропускаетъ конецъ пальца, изъ него выдѣляется кровь. Матка въ положеніи anteflexio et lateropositio sin. Справа отъ матки имѣется пульсирующая и очень болѣзненная опухоль. Придатковъ прощупать не удалось.

На второй день, послѣ поступленія больной въ клинику, у нея изъ genitalia вышло два куска, — повидимому, куски deciduae и появилось сильное кровотеченіе. Ей было сдѣлано abrasio cavı uteri, послѣ чего кровотеченіе остановилось и боли прекратились.

Микроскопическое изслѣдованіе выпавшихъ кусковъ обнаружило, что это есть decidua.

Клинической діагнозъ: Graviditas extrauterina tubaria dext. rupta.

5/III подъ смѣшаннымъ наркозомъ laparotomia. Удалены справа разорванная труба и яичникъ; спаянный съ разорванной трубой appendix былъ резецированъ, культя его покрыта брюшиной; было выбрано большое количество кровяныхъ сгустковъ и жидкой темной крови. Рана зашита наглухо.

17/III при явленіяхъ перитонита больная погибла.

Вскрытіемъ установлено, что больная погибла отъ септического перитонита, источникомъ котораго явилось омертвѣніе культи appendix'a.

Растяженіе трубы въ абдоминальномъ концѣ ея достигаетъ величины куриного яйца; разрывъ величиною въ сантиметръ находится сбоку въ ampullar'ной ея части.

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ части трубы, не вошедшей въ образованіе плоднаго мѣшка, въ наружныхъ слояхъ ея имѣется сильное разрастаніе соединительной ткани. Ворсинки слизистой гипертрофированы, мѣстами сращены между собой и сплошь инфильтрированы. Въ стѣнкахъ трубы имѣется большое количество ложныхъ вѣствъ. Въ стѣнкахъ плоднаго мѣшка по большей части мышечная ткань атрофирована и стѣнка состоитъ изъ соединительной ткани, въ которой обильный грануляціонный инфильтратъ. Въ мѣстахъ разрыва стѣнка

пропизана ворсинками, пропитана кровью, большие очаги кровоизлияния и свертки фибрина.

Патологическое состояние трубы: *Graviditas extrauterina tubaria dext. rupta.*

Случай № 25-й.

Марія М—ко, жена купца, 28 лѣтъ, поступила въ лѣчебницу Б. 4/III 1908 г. съ жалобой на боли внизу живота.

Первыя регулы 13 лѣтъ, установились сразу, шли по 3—4 дня через мѣсяць, съ болью въ первый и послѣдній день, но не обильно. Замужемъ 8 лѣтъ. Беременной была одинъ разъ, 8 лѣтъ назадъ; беременность окончилась выкидышемъ двухъ мѣсяцевъ. Причиной выкидыша, по словамъ больной, было поднятiе тяжести. Послѣднее время регулы неправильны: ходятъ по одному дню черезъ 3-4-5 недѣль. Послѣдній разъ регулы были 13/II с. г. Передъ поступленiемъ въ лѣчебницу больная лѣчилась: назначено было: души, согревающiе компрессы, капли, *suppositoria*. Другихъ заболѣванiй, по словамъ больной, не было. Больная страдаетъ запорами по 2—3 дня, которые были и до замужества.

Бѣли въ умѣренномъ количествѣ. Боли внизу живота постоянны, но при хожденiи усиливаются.

Больная выше средняго роста, умѣренного тѣлосложенiя и питанiя.

Внутреннiе органы нормальны.

Genitalia externa развиты нормально.

При внутреннемъ изслѣдованiи: передняя губа *portionis vagin.* выступаетъ въ видѣ языка; матка въ положенiи *retroflexio fixata*. Въ правомъ и лѣвомъ сводѣ имѣются эластическiя опухоли, лежащiя кзади отъ матки и, повидному, связаннiя съ углами матки. Своды напряжены и чрезвычайно болѣзненны.

Клинической діагнозъ: *Retroflexio uteri fixata, sactosalpinx bilateralis.*

6/III подъ смѣшаннымъ наркозомъ произведено: 1) *abrasio cavi uteri et amputatio labii anterioris*; 2) *per laparotomiam* удалены слѣва растянутая труба и яичникъ, кистовидно перерожденный; справа растянутая труба, яичникъ оставленъ; разрушены сращенiя и укорочены *lig. rotunda*. Въ нижней уголъ раны введенъ тампонъ по *Mikulicz'у*. *Prima intentio*. 25/III выписана здоровой.

Абдоминальные концы обѣихъ трубъ зарощены. Величина растянутыхъ трубъ равна большому пальцу. Содержимое обѣихъ трубъ гнойное.

При микроскопическомъ изслѣдованiи во внутреннемъ концѣ правой трубы складки слизистой разрослись, на верхушкахъ колбовидно утолщены и инфильтрованы, на поверхности ихъ эпителий исчезъ, но распаденiя ткани складокъ не замѣчается. Инфильтрацiя распространяется и на остальные слои трубы, между мышечными пучками мелкоклеточная инфильтрацiя въ видѣ полосъ. Въ мѣстахъ, гдѣ труба болѣе растянута, ворсинки слизистой распадаются, въ просвѣтѣ трубы — гной. Въ стѣнкахъ трубы большое количество соединительной ткани, среди которой находятся сжатые мышечные пучки; инфильтрацiя всюду.

Въ лѣвой трубѣ измѣненiя тѣ же, какъ и въ правой, лишь въ меньшей степени выражены. Распаденiя складокъ слизистой не замѣчается и степени инфильтрацiи ткани здѣсь нѣсколько меньше.

Патологическое состояние трубъ: *Pyosalpinx duplex.*

Случай № 26-й.

Пелагея А—ва, 39 лѣтъ, поступила въ клинику 24/I 1908 г. съ жалобой на кровотеченiе и боли справа внизу живота.

Первыя регулы на 13 году, шли по 2—3 дня черезъ 3—4 недѣли, безъ боли. Замужъ вышла 23 лѣтъ. Вскорѣ послѣ выхода замужъ появились бѣли и рѣзь при мочеиспусканiи. Съ этого времени регулы начали ходить то обильно 2—3 дня, то необильно, но продолжались 5—7 дней. *Coitus* болѣзненъ. Четыре года назадъ была сильная боль справа внизу живота и продолжалась 6 дней. Два мѣсяца тому назадъ больная поступила въ Александровскую больницу съ кровотеченiемъ, гдѣ ей было сдѣлано *abrasio cavi uteri*, и съ этого времени больная чувствуетъ себя еще хуже: боль усилилась, развилась общая слабость, кровотеченiе не прекратилось, по временамъ бываетъ лихорадочное состоянiе. Отецъ и братъ больной умерли отъ туберкулеза легкихъ.

Больная выше средняго роста, слабаго тѣлосложенiя и плохо питана. Кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. При изслѣдованiи внутреннихъ органовъ никакихъ болѣзненныхъ измѣненiй не найдено.

Genitalia externa, кромѣ блѣдности слизистой оболочки *introitus vaginae*, ничего особеннаго не представляютъ.

При внутреннемъ изслѣдованiи: матка въ положенiи *anteflexio*, немного увеличена, плотной консистенцiи и мало подвижна. Справа и сзади своды выпячены опухолью, колбасовидной формы. Лѣвый сводъ свободенъ, придатковъ, въ виду сильной болѣзненности, прощупать не удается. Реакцiя съ туберкулинномъ дала отрицательный результатъ.

Клинической діагнозъ: *Sactosalpinx dext., perimetritis chr.*

2/II подъ смѣшаннымъ наркозомъ *laparotomia*. Справа обнаружена опухоль, тѣсно прилегающая къ маткѣ и сильно сращенная съ ней и прилежащей кишкой. При отдѣленiи сращенiй мѣшокъ, наполненный гноемъ, лопнулъ и незначительное количество гнойнаго содержимаго вылилось въ брюшную полость. Часть стѣнокъ мѣшка оставлена на кишкѣ, такъ какъ отсепаровать въ этомъ мѣстѣ было трудно, да и рискованно. Труба и киста личинка, сращенныя между собой, были удалены. Полость живота была промыта физиологическимъ растворомъ поваренной соли и вставленъ тампонъ по *Mikulicz'у*. *Prima intentio*. 21/II выписана съ незначительнымъ экссудатомъ.

Труба тѣсно сращена съ кистой яичника, полости ихъ сообщаются между собой и были наполнены гноемъ. Величина растянутой части трубы достигаетъ величины куриного яйца. Стѣнки трубы сильно утолщены.

При микроскопическомъ изслѣдованіи слизистая разрушена, мышечной ткани мало, мѣстами она совершенно отсутствуетъ и имѣется лишь соединительная ткань. Сосудовъ въ стѣнкѣ растянутой трубы очень мало. Во всѣхъ слояхъ трубы чрезвычайно обильная мелкоклеточная инфильтрація.

Патологическое состояніе трубы: *Cystis tubo-ovarialis purulenta*.

В-82 М ВАРУСЪ

Случай № 27-й.

Марфа У—кая, жена желѣзнодорожного служащаго, 37 лѣтъ, поступила въ лѣчебницу Б. съ жалобой на сильныя боли внизу живота.

Первыя регулы 16 лѣтъ, установились сразу, шли черезъ мѣсяць по 3—4 дня, безъ боли и необильно. Замужъ вышла 17 лѣтъ. Беременной была два раза, но обѣ беременности окончились выкидышемъ на 3 мѣсяцѣ; послѣ второго выкидыша больной было сдѣлано *abrasio cavı uteri*. Регулы послѣ замужества до января 1908 года ходили правильно и только въ январѣ пришли раньше на 4 дня, продолжались 7 дней, а затѣмъ съ небольшими промежутками продолжались до конца января; въ это же время появились боли внизу живота ноющего характера и локализовались въ наховыхъ областяхъ; боль эта всегда отдаетъ въ лѣвую ногу. При движеніи боль рѣзко усиливается. Больная страдаетъ запорами, моченспусканіе учащено. Въ дѣтствѣ не болѣла и только послѣ занужества перенесла два раза тифъ.

Больная среднего роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія. Внутренніе органы нормальны.

Genitalia externa также нормальны.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ положеніи *retroversio*, съ боковъ матки лежатъ двѣ опухоли, раздѣленныя желобкомъ, продолговатой формы, довольно плотной консистенціи, почти неподвижны и при изслѣдованіи сильно болѣзненны.

Клиническій діагнозъ: *Sactosalpinx bilateralis, perimetritis chr.*

3/и подъ смѣшаннымъ наркозомъ *per laparotomiam* разрушены сращенія и удалены придатки съ обѣихъ сторонъ.

Тампонъ по Mikulicz'у. Prima intentio. 23/и выписана здоровой.

Макроскопически обѣ трубы измѣнены одинаково, разница лишь въ величинѣ. Абдоминальные концы обѣихъ трубъ зарощены, обѣ трубы наполнены жидкимъ кровянистымъ содержимымъ, правая труба величиною съ куриное яйцо, лѣвая растянута до голубиного яйца. Внутренніе концы трубъ мало измѣнены, въ средней части стѣнки трубъ сильно утолщены, въ наружному концу онѣ истончаются. Слизистая оболочка трубъ имѣетъ асидный цвѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи во внутреннемъ концѣ правой трубы слизистая представляетъ сильно раздѣвленные складки, мѣстами имѣются ложныя кисты, полипозныя разрастанія, мѣстами кровоизліянія. Эпителий по большей части сохраненъ, во потерялъ рѣснички, мѣстами онъ слущивается.

Слизистая инфильтрирована круглыми, грануляціонными и веретенообразными элементами и богата молодой соединительной тканью. Въ просвѣтѣ трубы много красныхъ и немного бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Въ мѣстахъ большаго растяженія трубы эпителий слущенъ, основа слизистой содержитъ кровяной пигментъ и клетки, содержація въ себѣ бурый пигментъ. Вся толща трубы воспалена: гиперемія сосудовъ, мелкоклеточная инфильтрація, діapedезъ, кровоизліянія. Въ наружныхъ слояхъ трубы имѣются также свѣжія кровоизліянія. Мышечный слой трубы, по мѣрѣ истонченія стѣнки, атрофируется.

Въ лѣвой трубѣ картина та же, лишь воспалительныя измѣненія здѣсь значительно слабѣе выражены.

Патологическое состояніе трубъ: *Sactosalpinx haemorrhagica duplex*.

Случай № 28-й.

Матрена Е—ко, чернорабочая, 32 лѣтъ, поступила въ клинику 5/і 1908 г съ жалобами на боли въ лѣвомъ боку, бѣли, обильныя регулы съ болями и на частые позывы къ моченспусканію.

Первыя регулы 17 лѣтъ, шли по 5—7 дней черезъ мѣсяць, безъ боли. Въ началѣ прошлаго года, черезъ недѣлю, какъ окончились регулы, у больной появилось кровотеченіе, которое продолжалось 4 дни. То же самое повторилось 10/хп 1907 г., когда были послѣднія регулы. Замужъ вышла 27 лѣтъ. Беременной не была. Больной себя считаетъ со времени замужества, когда появились боли въ лѣвомъ боку и внизу живота, бѣли и обильныя регулы съ болями. Никогда не лѣчилась.

Больная среднего роста, съ ослабленнымъ питаніемъ. Покровы кожи и слизистыя оболочки очень блѣдны.

При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ никакихъ патологическихъ измѣненій не найдено.

Genitalia externa, кромѣ блѣдности слизистой оболочки *introitus vaginae*, ничего особеннаго не представляютъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ положеніи *anteflexio et elevatio*. Справа въ непосредственной связи съ маткой прощупывается опухоль, кругловатой формы, плотной консистенціи, величиною съ большое яблоко и мало подвижная. Слѣва также прощупывается опухоль, болѣе мягкой консистенціи, съ неясными контурами и мѣстами различной консистенціи; связь этой опухоли съ маткой менѣе рѣзко выражена, чѣмъ справа. *Lig. utero-sacralia* рѣзко утолщены.

Клиническій діагнозъ: *Sactosalpinx bilateralis, perimetritis chr.*

26/і подъ смѣшаннымъ наркозомъ *per laparotomiam* удалена киста яичника съ серознымъ содержимымъ и растянута труба, наполненная кровянистой жидкостью; слѣва удалена киста такого же характера, какъ и справа, частью вросшая въ широкую связку и труба, растянута также кровянистой жидкостью. Разрушено большое количество сращеній съ той и другой стороны.

Тампонъ по Mikulicz'y. Prima intentio. 12/II выписана здоровой.
Внутренній отдѣлъ правой трубы мало растянутъ и образуетъ изгибъ: здѣсь стѣнки трубы утолщены, но къ наружному концу онѣ постепенно истончаются и образуютъ мѣшокъ величиною съ небольшой кулакъ. Наружное отверстие трубы закрыто съ полнымъ исчезаніемъ бахромокъ. Мѣшокъ имѣетъ удлинненно-овальную форму, содержимое его кровянистое. Слизистая оболочка трубы мѣстами имѣетъ темно-багровый, мѣстами аспидный цвѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи мышечный слой въ мало растянутой части трубы гипертрофированъ, въ мѣстахъ большаго растяженія онѣ истонченъ. Вокругъ сосудовъ круглоклѣточная инфильтрація. Слизистая мѣстами изглажена, мѣстами разрушена вслѣдствіе воспалительнаго процесса, мѣстами въ ней видны кровоизліянія. Въ основѣ слизистой оболочки имѣется бурый пигментъ и въ большомъ количествѣ крупныя клѣтки, содержащія въ себѣ бурый пигментъ.

Лѣвая труба имѣетъ макроскопическія измѣненія тѣ же, лишь растяженіе ея меньше, величиною съ большой грецкій орѣхъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи картина измѣненій также почти сходна, лишь слизистая здѣсь сохранена и только мѣстами изглажена; основа слизистой также содержитъ бурый пигментъ и крупныя клѣтки, содержащія пигментъ.

Патологическое состояніе трубъ: Sactosalpinx haemorrhagica duplex.

Случай № 29-й.

Елизавета К—ва, прислуга, 26 лѣтъ, поступила въ клинику 24/III 1908 г. съ жалобой на боли внизу живота и поясницѣ, на бѣли и общую слабость.

Больной себя считаетъ 8 лѣтъ, т. е. со времени замужества.

Первыя регулы на 17 году, шли черезъ 3 недѣли по 7 дней, съ болями. Замужъ вышла 18 лѣтъ. На другой же день послѣ брака—боли въ животѣ, рѣзъ при мочеиспусканіи, моча съ кровью и сильныя ѣдкія бѣли.

Послѣднее время регулы стали не такъ обильны и продолжались меньше, чѣмъ раньше, но съ сильными болями. Послѣднія менструаціи были 18 марта с. г. и продолжались только два дня. Беременной не была.

Вольная небольшого роста, плохо упитана. Со стороны внутреннихъ органовъ никакихъ патологическихъ измѣненій не найдено.

Genitalia externa—нормальны.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ положеніи retroflexio fixata, нѣсколько увеличена и болѣзненна. Въ лѣвомъ сводѣ прощупывается утолщенная, растянутая и извитая труба, оканчивающаяся кистовидной опухолью, величиною съ куриное яйцо. Справа находимъ такую же опухоль, но меньшую по величинѣ. Обѣ опухоли мало подвижны.

Клиническій діагнозъ: Sactosalpinx bilateralis, perimetritis chr.

30/III подъ смѣшаннымъ наркозомъ per laparotomiam обнаружено: справа отъ матки и кзади—опухоль, величиною съ небольшое яблоко, которая къ маткѣ суживается и переходитъ въ расширенную и извитую трубу. Слѣва та же картина, но сращеній еще больше, чѣмъ справа. При отслойкѣ лѣвой трубы отъ сращеній она лопнула и серозное содержимое ея вылилось въ полость живота. Обѣ трубы удалены, яичники, въ виду ничтожнаго ихъ измѣненія, были оставлены. Prima intentio. 19/IV выписана здоровой.

Наружныя отверстія обѣихъ трубъ закрыты съ исчезаніемъ бахромокъ, внутренне концы трубъ мало растянуты; стѣнки трубъ отъ внутренняго конца къ наружному постепенно истончаются; содержимое обѣихъ трубъ серозное.

При микроскопическомъ изслѣдованіи обѣ трубы представляютъ лишь измѣненія, свойственныя растянутымъ трубамъ: истонченіе мышечнаго слоя, обѣднѣніе сосудами и никакихъ воспалительныхъ измѣненій не содержатъ.

Патологическое состояніе трубъ: Hydrosalpinx duplex.

Случай № 30-й.

Лидія П—ко, жена привать-доцента, 27 лѣтъ, поступила въ клинику 24/II 1908 года съ жалобой на неправильныя регулы.

Первыя крови 13 лѣтъ, шли черезъ 3 недѣли по 6 дней, съ болями и обильно. Замужъ вышла 22 лѣтъ. Черезъ 1½ мѣсяца выкидышъ около 2-хъ недѣль, послѣ котораго было сдѣлано abrasio cavi uteri. Черезъ годъ родила срочно и благополучно. Черезъ годъ послѣ родовъ второй выкидышъ на первомъ мѣсяцѣ, послѣ котораго также было сдѣлано abrasio. Послѣ этого типъ менструаціи остался тотъ же, но регулы ходили безъ боли. Послѣднія правильныя менструаціи были 10/I, слѣдующія 25/II обильныя, но безъ боли. На второй день поступленія въ клинику начались кровянистыя выдѣленія, смѣшанныя со слизью, буроватаго цвѣта.

Больная средняго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія.

Внутренніе органы нормальны.

Genitalia externa также нормальны.

При внутреннемъ изслѣдованіи: матка въ положеніи anteflexio, нѣсколько увеличена и мягка наощупь. Слѣва и кзади отъ матки прощупывается кистовидная опухоль, эластичная, при давленіи чувствительна. Правыхъ придатковъ, въ виду сильной болѣзненности, прощупать не удается.

Клиническій діагнозъ: Graviditas extrauterina tubaria sin.

27/III подъ смѣшаннымъ наркозомъ per laparotomiam обнаружена припухшая, гипертрофированная матка. Слѣва и кзади отъ нея лежитъ киста, величиною съ лимонъ, при чемъ часть яичника осталась не перерожденной. Справа яичникъ здоровый; но имѣется hydrosalpinx правой трубы величиною въ 1½ кулака, который и былъ удаленъ. Prima intentio. 16/IV выписана здоровой.

Правая труба состоитъ какъ бы изъ двухъ долей, раздѣленныхъ перехватомъ. Наружный конецъ трубы зарощенъ и отъ бахромокъ не осталось никакихъ слѣдовъ. Отступя сантиметровъ 5 отъ угла матки, труба сразу расширяется и наружный конецъ ея принимаетъ шаровидную форму съ блестящей гладкой поверхностью. Въ наружномъ концѣ трубы стѣнки чрезвычайно истончены и толщина ихъ не болѣе толщины листа бумаги. Содержимое трубы серозное.

При микроскопическомъ изслѣдованіи находимъ тѣ же измѣненія, что и въ предыдущемъ препаратѣ № 29.

Случай № 31-й.

Препаратъ взятъ изъ музея Харьковской акушерско-гинекологической клиники. Больная оперирована въ 1907 году проф. П. В. Михинимъ въ частной лѣчебницѣ. У больной были удалены обѣ трубы, пораженные туберкулезомъ. Исторіи болѣзни этой больной достать мнѣ не удалось.

Обѣ трубы сильно извиты, serosa устья бугорками, наружныя отверстія ихъ закрыты; обѣ трубы утолщены и тверды наощупь; просвѣтъ трубъ выполненъ казеозными массами.

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ трубѣ съ болѣе толстыми стѣнками, подсерозный покровъ въ отечномъ состояніи, мѣстами въ немъ кровоизлиянія и инфильтратъ. Въ мышечномъ слое воспалительная гиперемія и обильная инфильтрація эпителиоидными и лимфоидными клѣтками. Въ стѣнкахъ трубы мѣстами имѣются кисты, просвѣтъ которыхъ выполненъ слизью. Слизистая разрушена и на мѣстѣ ея имѣется эпителиоидная и лимфоидная инфильтрація и казеозный распадъ. Среди грануляціонной инфильтраціи разсыяны гигантскія клѣтки.

Въ другой трубѣ измѣненія почти одинаковы, лишь въ наружномъ концѣ трубы мышечный слой растянутъ и истонченъ. Строма складокъ слизистой превращена въ грануляціонную ткань; имѣются туберкулезные бугорки и гигантскія клѣтки; въ просвѣтѣ трубы казеозныя массы; туберкулезная инфильтрація всюду. Патологическое состояніе трубъ: Salpingitis tuberculosa chr.

Случай № 32-й.

Л. К—ва, крестьянка, 30 лѣтъ, поступила въ клинику 6/x 1904 года съ жалобой на кровотеченіе и боли внизу живота. Первые регулы на 17 году, шли по 6 дней черезъ 3 недѣли, съ болями. Замужемъ 10 лѣтъ. Рожала 4 раза срочно и благополучно. Последніе роды 2 года назадъ. Больной себя считаетъ 7 недѣль—все это время идутъ крови.

Семь недѣль тому назадъ больная подняла мѣшокъ съ капустой, послѣ чего появились сильныя коликообразныя боли внизу живота и она упала въ

обморокъ, продолжавшійся недолго; съ тѣхъ поръ и пошли крови, которыя, не переставая, продолжаютъ до сихъ поръ. Последнія крови были 15-го августа, но въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ раньше, а съ конца августа появилось кровотеченіе съ схваткообразными болями, которыя продолжаютъ до настоящаго времени.

Больная среднего роста, умѣреннаго тѣлосложенія, но слабо унитана. Грудныя железы развиты удовлетворительно; изъ сосковъ выделяется молоковио. Внутренніе органы нормальны.

Genitalia externa нормально развиты, слизистая introitus vaginae блѣдно-розоваго цвѣта.

При внутреннемъ изслѣдованіи находимъ опухоль, которая лежитъ справа и взади отъ матки, средней плотности, величиною съ голову доношеннаго ребенка.

Клиническій діагнозъ: Graviditas extrauterina tubaria dext. 21/x подъ смѣшаннымъ наркозомъ per laparotomiam обнаружена сильно растянутая правая труба, которая и была удалена. 5/xI выписана здоровой.

Маточный конецъ трубы на разстояніи 3 сантим. не растянута, затѣмъ быстро переходитъ почти въ шаровидную опухоль, выполненную значительнымъ количествомъ кровяныхъ сгустковъ; наружный конецъ трубы зарощенъ, труба на всемъ своемъ протяженіи совершенно цѣла.

При микроскопическомъ изслѣдованіи маточный конецъ трубы не представляетъ измѣненій. Въ началѣ образованія плодovitилища мышечный слой сильно гипертрофированъ, гиперемія сосудовъ. Въ стѣнкахъ плоднаго мѣшка мышечныя пучки сильно раздвинуты другъ отъ друга, между ними въ большомъ количествѣ соединительная ткань, которая мѣстами инфильтрирована.

Въ серозномъ покровѣ также имѣется инфильтрація, но въ незначительной степени. Гиперемія сосудовъ особенно выражена между серознымъ и наружнымъ мышечнымъ слоемъ.

Случай № 33-й.

Анна П—ко, жена почтоваго чиновника, 42 лѣтъ, поступила въ клинику 17/ш 1908 г. съ жалобами на боли внизу живота, поясницѣ и на опухоль въ животѣ, которую стала замѣчать въ видѣ маленькаго затвердѣнія лѣтъ 15 назадъ. Первые регулы на 15 году, шли по 4 дня черезъ мѣсяць, безъ боли. Замужъ вышла 18 лѣтъ. Послѣ замужества типъ менструацій тотъ же, но крови идутъ обильнѣе и съ болями. Черезъ годъ послѣ замужества былъ виднышъ, около 2-хъ мѣсяцевъ, послѣ чего болѣла: были боли въ животѣ и обильное кровотеченіе, которое продолжалось недѣли двѣ. Черезъ годъ послѣ этого родила срочно и благополучно. Последніе роды 18 лѣтъ назадъ; всего было 3 родовъ срочныхъ и одинъ выкидышъ.

Съ годъ назадъ мѣсячныя стали ходить обильнѣе и продолжительнѣе. Последнія регулы закончились въ клиникѣ 26/ш. Мочеспусканіе иногда затруднено и сопровождается болью.

Больная выше среднего роста, хорошо уштанана.
 Внутренние органы нормальны.
 Genitalia externa, кроме старого разрыва промежности, ничего особенного не представляют.

При внутреннем исследовании: шейка утолщена и сочна; тело матки отодвинуто вправо опухолью, къ которой идетъ тяжъ слѣва отъ шейки. При смѣщеніи опухоли вверхъ она тянетъ за собою лѣвую часть матки. Придатковъ прощупать не удается.

Клинической діагнозъ: Cystis ovarii sin.

29/III подь смѣшаннымъ наркозомъ per laparotomiam обнаружена интралигаментарная кистозная фиброма, fibroma cysticum interligament., которая была вылушена изъ широкой связки и сдѣлано amputatio uteri supravaginalis вмѣстѣ съ трубами и правымъ яичникомъ, лѣвый яичникъ оставленъ. Рава зашита наглухо.

Prima intentio. 23/IV выписалась здоровой.

Макроскопически трубы не представляютъ измѣненій.

Микроскопически въ исследованной трубѣ имѣется набухлость слизистой оболочки, незначительная инфильтрація ворсинъ слизистой, на верхушкахъ которыхъ видно слущиваніе эпителия. Кроме того, имѣется гиперемія сосудовъ слизистой оболочки и стѣнокъ трубы.

Патологическое состояніе трубы: Salpingitis catarrhalis.

Случай № 34-й.

Ольга К—да, жена чиновника, 48 лѣтъ, поступила въ клинику 5/III 1908 г. съ жалобами на опухоль въ животѣ, которую замѣтила впервые около 3 лѣтъ назадъ, въ послѣднее время она сильно увеличивается.

Замужемъ 23 года. Рожала одинъ разъ, 21 годъ назадъ. Первые регулы 16 лѣтъ, установились сразу, шли по 7 дней, черезъ мѣсяць, безъ боли. Послѣднія регулы были 19/II 1908 года.

Больная выше среднего роста, уштанана слабо.

Со стороны внутреннихъ органовъ патологическихъ измѣненій не обнаружено.

Животъ до уровня пупка куполообразно выпяченъ. Подь истонченными брюшными стѣнками прощупывается бугристая опухоль, легко смѣщаемая во всѣ стороны. Лѣвый край ея надвигается на другую опухоль, меньшаго размѣра также подвижную.

Genitalia externa нормальны.

При внутреннемъ исследованіи найдено: portio vaginalis плотна, тело матки отдѣльно не прощупывается и portio vagin. непосредственно переходитъ въ опухоль, которая выпячиваетъ своды. Придатковъ прощупать не удается.

Клинической діагнозъ: Fibro-sarcoma uteri.

15/III per laparotomiam подь смѣшаннымъ наркозомъ обнаружена бугристая опухоль, расположенная большей своей частью въ правой половинѣ живота и состоящая изъ двухъ частей: меньшая есть непосредственное продолженіе матки, большая связана съ первой ножкой пальца въ 3 шириной. Такъ какъ яичники съ обѣихъ сторонъ оказались кистовидно перерожденными, то было произведено extirpatio uteri totalis съ придатками обѣихъ сторонъ. Послѣоперационный періодъ протекалъ гладко. Prima intentio. 1/IV выписана здоровой.

Макроскопически и микроскопически трубы не представляютъ никакихъ измѣненій, кроме гипереміи сосудовъ стѣнокъ трубы.

2. Краткія свѣдѣнія о больныхъ изъ Московской гинекологической клиники.

Случай № 35-й.

Больная Н—кова, 24 л., оперирована 6/X 1906 года. Замужемъ 5 лѣтъ, родила двухъ, послѣдняго 2-го іюня 1905 г. Регулы ходили черезъ 4 недѣли по 4 дня. Второго апрѣля 1906 г., когда больная еще кормила послѣдняго ребенка, начались крови, слѣдующія регулы были 21/V, 20/VI, 20/VII, которыя продолжались по 4 дня, но въ меньшемъ количествѣ, и, наконецъ, послѣднія регулы были 20/VIII, которыя продолжались недѣлю. 27-го августа появились схваткообразныя боли въ правомъ паху, но обморочнаго состоянія и головокруженій не было. Съ этого дня началось кровотеченіе, которое усилилось 20-го сентября и появились боли, но черезъ 3 дня кровотеченіе и боли уменьшились.

При операциіи было обнаружено: въ заднемъ Двугласовомъ пространствѣ сгустки старой крови, такіе же сгустки въ правой растянутой трубѣ, въ стѣнкѣ которой имѣлся небольшой разрывъ. Правая труба удалена вмѣстѣ съ яичникомъ.

Діагнозъ: Graviditas extrauterina tubaria dext. rupta.

Случай № 36-й.

Больная Т—ва, 28 л., оперирована 21/IX 1906 года. Замужемъ 10 лѣтъ, родила одного, 7 лѣтъ назадъ. Регулы ходили черезъ 3 недѣли, по 3—4 дня. Послѣднія регулы пришли въ срокъ въ концѣ іюля, но въ меньшемъ количествѣ. 12 августа началось кровотеченіе, которое продолжается до поступленія въ клинику.

При операциіи найдено: правая труба сильно растянута кровью, которая излилась черезъ разрывъ въ задней стѣнкѣ трубы и скопилась въ заднемъ Двугласовомъ пространствѣ. Удалено: справа разорванная труба и яичникъ, слѣва труба, растянутая кровянистой жидкостью и часть яичника.

Діагнозъ: Graviditas tubaria dext. rupta.

Случай № 37-й.

Больная М—ва, 36 лѣтъ, оперирована 10/II 1907 года.

Замужемъ 13 лѣтъ, родила 4, послѣдняго 2 года и 2 мѣсяца назадъ. Регулы ходили черезъ 3 недѣли по 5 дней. Послѣднія регулы были въ первыхъ числахъ декабря 1906 г., но въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ раньше, а черезъ 3 дня послѣ нихъ, 6 декабря, появилось кровотеченіе, схваткообразныя боли, главнымъ образомъ, въ правомъ паху, былъ обморокъ и рвота, послѣдняя продолжалась 4 дня. Черезъ 5 дней легла въ больницу, гдѣ лѣчили спринцеваніемъ, каплями, клали пузырь со льдомъ. Еще пять дней пролежала въ другой больницѣ и, наконецъ, попала въ клинику съ продолжающимся кровотеченіемъ.

При операциі найдено: растянутая свернувшейся кровью правая труба, лопнувшая съ кровоизліяніемъ въ брюшную полость между петлями кишокъ. Правая труба была удалена, въ правомъ яичникѣ былъ сдѣланъ проколъ *corp. lut. ver.*

Диагнозъ: *Graviditas tubaria dext. rupta.*

Случай № 38-й.

Больная В—ва, 27 лѣтъ, оперирована 1/I 1906 года.

Замужемъ 8 лѣтъ, родила трехъ, послѣдняго 3 года назадъ. Регулы до замужества ходили неправильно, послѣ замужества правильно, но послѣ третьихъ родовъ стали ходить то черезъ 4 недѣли, то черезъ 2, по 5—6 дней, а иногда по 8—9. За послѣдними родами болѣла: былъ жаръ, знобъ. Двѣ недѣли назадъ, послѣ двухмѣсячной задержки, появилось кровотеченіе, которое продолжалось до поступленія въ клинику. Кровотеченіе началось схватками внизу живота.

При операциі удалена лѣвая разорванная труба и яичникъ, а также сгустки крови изъ задняго Двугласа.

Диагнозъ: *Graviditas tubaria sin. rupta.*

Случай № 39-й.

Больная П—ва, 22 лѣтъ, оперирована 9/II 1907 года.

Замужемъ 5 лѣтъ, родила двухъ, послѣдняго 3 года назадъ. Регулы черезъ 4 недѣли по 5—6 дней. Послѣднія менструаціи 5 декабря, послѣ двукратнаго приѣма хинина появилось нѣсколько пятенъ, съ 8 декабря крови пошли сильно, сгустками и продолжаютъ до поступленія въ клинику. Было три приступа острыхъ болей въ правомъ паху съ отдачей въ задній проходъ.

При операциі удалены правая разорванная труба, сгустки крови и яичникъ.

Диагнозъ: *Graviditas tubaria dext. rupta.*

Случай № 40-й.

Больная Т—ва, 28 лѣтъ, оперирована 18/I 1907 года.

Замужемъ 8 лѣтъ, родила одного, 6 лѣтъ назадъ. Регулы ходили черезъ 3 недѣли, по 3 дня. Въ сентябрѣ 1905 года было кровотеченіе, продолжавшееся 3 недѣли, задержки кровей передъ нимъ не было; однако врачъ опредѣлилъ выкидышъ. Съ этого времени появились боли внизу живота и ясницы. Къ сентябрю 1906 года боли усилились, появилась задержка кровей, которая продолжалась два мѣсяца, а въ ноябрѣ появилось кровотеченіе, не сильное, продолжавшееся цѣлый мѣсяцъ. Кровотеченіе было остановлено спринцеваніями и пилюлями. Въ декабрѣ кровей не было, а 9 января онѣ появились и шли 3 дня.

При операциі найдено: лѣвая труба растянута свернувшейся кровью, у наружнаго конца ея имѣется небольшой разрывъ, изъ котораго выдѣляется свернувшаяся кровь; правая труба, воспалительно измѣненная, представляетъ при микроскопическомъ изслѣдованіи *salpingitis catarrhalis.*

Диагнозъ: *Graviditas tubaria sin. rupta et salpingitis catarrhalis dext.*

Случай № 41-й.

Больная П—ва, 27 лѣтъ, оперирована 23/II 1905 года. Замужемъ 7 лѣтъ, родила двухъ, послѣдняго 5 лѣтъ назадъ. Регулы черезъ 3 недѣли по 5 дней; послѣднія были 2/XII 1904 г. Съ конца декабря 1904 г. больная стала замѣчать постепенно развивающуюся слабость и небольшія боли внизу живота. Въ январѣ 1905 г. было небольшое кровотеченіе, которое сопровождалось легкимъ помраченіемъ сознанія, рвотой и сильными болями внизу живота съ отдачей въ передній проходъ. Незначительныя боли и кровотеченіе продолжались до 18 марта; а 18 марта внезапно, во время чая, больная почувствовала стрѣляющія боли внизу живота; появились: рвота, обморочное состояніе и выдѣлилось около $\frac{1}{2}$ стакана крови.

При операциі найдено: брюшная полость наполнена кровью и имѣется 3 кровяныхъ сгустка величиною съ кулакъ; въ правой трубѣ имѣется разрывъ, въ который вдается плодный мѣшокъ, на половину находящійся въ трубѣ и прикрытый въ свободной своей части приращеніями сальника и слѣпой кишки. При освобожденіи плоднаго мѣшка изъ него вывалился плодъ, длиною 13 см., оставшіеся висѣть на пуповинѣ. Плодный мѣшокъ съ правой трубой былъ удаленъ.

Диагнозъ: *Graviditas tubaria dext. rupta.*

Случай № 42-й.

Больная М—ва, 41 года, оперирована 24/IX 1905 года. Замужемъ 22 г., родила одного, 20 лѣтъ назадъ. Регулы черезъ 3 недѣли по 3—4 дня; послѣднія правильныя были въ декабрѣ 1904 года, а въ январѣ 1905 года только нѣ-

сколько пятен на рубашкѣ. Въ февралѣ появилась слабость, по временамъ были схваткообразныя боли, разборчивость въ пищѣ, опуханіе грудныхъ железъ; вслѣдствіе всего этого больная перестала работать. Между 7 и 14 марта былъ приступъ схваткообразныхъ болей, рвота и слабость, но сознаніе сохранено. Больная легла въ больницу, гдѣ боли продолжались съ перерывами до іюля; за все это время съ промежутками въ 2—3 недѣли показывалось нѣсколько капель крови. Вторую половину іюля и августъ больная пробыла дома, но на работу не ходила. Въ сентябрѣ снова появились схваткообразныя боли и больная поступила въ клинику.

При операциі удаляется сильно растянутая лѣвая труба и отсѣкается подсерозный небольшой фиброидъ, сидящій на маткѣ.

Труба на всемъ своемъ протяженіи цѣла, въ полости ея находится большое количество свернувшейся крови.

Діагнозъ: Graviditas tubaria sin.

Случай № 43-й.

Больная Г—ва, 33 лѣтъ, оперирована 19/II 1903 г. Родила четырехъ, послѣдняго 8 лѣтъ назадъ.

При операциі удалены разорванная лѣвая труба и плодъ, длиною въ 23 см.

Діагнозъ: Graviditas tubaria sin. rupta.

Случай № 44-й.

Этой больной исторіи болѣзни я не нашелъ, такъ какъ на банкѣ обозначены лишь діагнозъ, мѣсяцъ и число, годъ же не обозначенъ. Труба имѣетъ разрывъ и плодъ дл. 15 см.

Діагнозъ: Graviditas tubaria rupta.

Случаи №№ 45-й и 46-й.

Случаи трубной беременности съ разрывомъ плоднаго мѣшка, взятые изъ музея Харьковской акушерско-гинекологической клиники; исторіи болѣзни этихъ случаевъ я также не могъ найти, ибо на банкахъ не обозначенъ годъ. Оба эти случая на третьемъ мѣсяцѣ беременности были прерваны.

При микроскопическомъ изслѣдованіи случаевъ трубной беременности, въ которыхъ произошелъ разрывъ плодномѣстница, измѣненія я нахожу почти одни и тѣ же: растяженіе и исчезаніе мышечныхъ элементовъ, инфильтрація грануляціонная, клетками Langans'оваго слоя, многоядерными, вращаніе ворсинокъ въ стѣнку, кровоизліянія, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ даже некрозъ ткани.

Картина измѣненій въ случаѣ № 42, въ которомъ разрыва трубы не было, та же, что и въ случаѣ № 17.

ЛИТЕРАТУРА.

- Almagro.* Double abcès tubaire etc. Bulletins de la soc. anat. de Paris 1862, стр. 171. Прив. по Михнову.
- Aschoff.* Die Beziehungen der tubaren Placenta u. s. w. Arch. f. Gyn. Bd. LX. Прив. по Добберу.
- Bierich.* Untersuchungen über das elastische Gewebe der Brustdrüse im normalen Zustande und bei Geschwülsten. Diss. Königsberg. 1900. Прив. по Валашко.
- Булатовъ.* „Къ вопросу объ измѣненіяхъ эластическихъ волоконъ легкихъ въ старческомъ возрастѣ“. Дисс. Спб. 1897 г.
- Бухштабъ.* „Эластическая ткань въ фаллопиевыхъ трубахъ женщинъ при нормальномъ и патологическомъ состояніяхъ“. Дисс. Спб. 1896 г.
- C. Berkeley and V. Bonney.* „Tubal Gestation: A. Pathological Study“. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. February 1905 г. Прив. по реф. Жур. Ак. и Ж. Б. 1905 г., стр. 1316—1317.
- Couvelaire.* „Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires“ Thèse de Paris 1901 г. Прив. по реф. Жур. Ак. и Ж. Б. 1902 г., стр. 621—622.
- Давыдовъ.* „Къ вопросу объ измѣненіяхъ эластической ткани матки при произвольныхъ разрывахъ ея во время родовъ и беременности“. Дисс. Спб. Жур. Акуш. и Ж. Б. 1895 г., стр. 1084 и 1093.
- Доббертъ.* „60 случаевъ прерванной трубной беременности“. Жур. Акуш. и Ж. Б. 1901 г.
- Dührssen A.* Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der portio vaginalis uteri. Arch. f. Gynäk. 1891. Bd. 41.
- Du Mesnil-de-Rochemont.* Ueber das Verhalten der elastischen Fasern bei pathologischen Zuständen der Haut. Arch. f. Dermatologie u. Syph. 1893. Bd. 25.
- Federmann.* Tuberculose u. Syphilis d. Hodens in Bezug auf d. Verhalten d. elastischen Gewebes. Virchows Arch. Bd. 165. Прив. по Валашко.
- Гарднеръ.* „Къ вопросу о гистогенезѣ эластической ткани“. Вѣстникъ Медицины. 1896. Т. I или „Къ вопросу о гистогенезѣ и строеніи эластической ткани“. Дисс. Москва 1898 г.
- Гольденблумъ.* „Къ техникѣ окрашиванія упругихъ волоконъ въ срѣзахъ легкихъ“. Мед. Обзоръ 1895 г., № 3.
- Günzburger.* „Ein Fall von spontan geplatzttem Kystoma glandulare myxomatous ovarii dextri mit doppelseitigen Dermoidcysten und secundärem Pseudomyxoma peritonei“. Arch. f. Gyn. Bd. 59.
- Guyot.* Ueber d. Verhalten d. elast. Fasern bei Aleuronatpleuritis. Ein Beitrag z. Histogenese d. elastisch. Fasern. Ziegler's Beiträge. Bd. 38. Прив. по Валашко.
- Himmel.* Zur Kenntnis d. senilen Degeneration d. Haut. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 64. Прив. по Валашко.
- His.* Ueber Elascität u. elast. Gewebe. Anat. Anzeiger Bd. 15. Прив. по Валашко.
- Нуртъ J.* „Руководство къ анатоміи человеческого тѣла съ указаніемъ на физиологическія основанія и практическія примѣненія ея. 1887 г.

- Ивановъ.* „Объ эластической ткани въ маткѣ во время беременности“. Жур. Акуш. и Ж. В. 1901 г.
- Jores.* „Regeneration d. elast. Gewebes“. Verhandl. d. deutsch. path. Gesellsch. Aachen. 1900. Прив. по Валяшко.
- Копыловъ.* „Эластическая ткань въ злокачественныхъ новообразованияхъ“. Русск. Хирургич. Арх. 1908 г.
- Коссель и Шиффердеккеръ.* „Руководство нормальной гистологии“ 1894 г.
- Kreisch.* „Beitrag zur Anatomie u. Pathologie der Tubengravidität“. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1899 г. Juni. Прив. по Улезко-Строгановой.
- Кульчицкий Н. К.* „Основы гистологии животных и человека“. Изд. III. 1908 г., стр. 80—81.
- Кульчицкий Н. К.* „Zur Frage über Milz“. Arch. f. mikroskop. Anatom. Bd. 46, стр. 673—695.
- Кульчицкий Н. К.* „Къ вопросу о строении селезенки“. Труды Общества науч. медиц. и гигиены при Харьковскомъ университетѣ. 1895. Выпускъ I, стр. 26—31.
- Кульчицкий Н. К.* „Объ окрашивании уругаго вещества“. Труды IX Пироговскаго съезда.
- Кульчицкий Н. К.* „Ученіе о микроскопѣ и техника микроскопическаго изслѣдованія“. 1907 г., изд. III.
- Küstner O.* „Краткій учебникъ гинекологій“. Переводъ съ нѣмецкаго сочиненія „Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie v. Prof. O. Küstner“. Груздева и Заленскаго.
- Langans.* Ueber Lösung der mütterlichen Eihäute. Arch. f. Gyn. Bd. VIII. Прив. по Улезко-Строгановой.
- Leopold.* „Tubenschwangerschaft u. s. w. Arch. f. Gyn. Bd. X. Прив. по Добберу.
- Lewers.* Double pyosalpinx with rupture of the tubes Transactions of the Obst. Soc. of London. Vol. 27, стр. 298. Прив. по Михову.
- Leydig.* Lehrbuch der Histologie des Menschen und der Thiere. 1857, стр. 28. Прив. по Покровскому.
- Mall.* Das reticulirte Gewebe und seine Beziehungen zu den Bindegewebsfibrillen. Abhandl. d. mathem.-physisch. Classe d. Königl. Sächsisch. Gesellschaft d. Wissenschaften. 1891. Bd. 17, стр. 295—338. Прив. по Покровскому.
- Мельникова-Разведенковъ Н. О.* Histologische Untersuchungen über d. elast. Gewebe in norm. u. path. veränderten Organen. Beitr. Ziegler's. Bd. 26, или „Гистологическое изслѣдованіе уругой ткани въ нормальныхъ и патологически-измѣненныхъ органахъ“. Мед. Обзорніе 1899 г.
- Minervini.* Ueber d. Ausbildung d. Narben. Virchows Arch. Bd. 175. Прив. по Валяшко.
- Mironescu.* Beitrag z. Studium d. elast. Gewebes in d. Leber b. Infektionskrankh. Virch. Arch. Bd. 174. Прив. по Валяшко.
- Мизновъ.* „Къ вопросу о заболѣваніи фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ въ патолого-анатомическомъ и клиническомъ отношеніи“. Дисс. Спб. 1889 г.
- Muret.* „Avortement tubaire et rupture de la trompe gravide“. Revue de Gyn. et de Chirurgie abdominale. Pozzi 1898, № 2, Avril. Прив. по Улезко-Строгановой.
- Nakai.* Ueber d. Entwicklung d. elast. Fasern in Organismus u. ihre Beziehung zu d. Gewebefunktion. Virch. Archiv Bd. 182. Прив. по Валяшко.
- Neßam.* Quelques considérations sur la disposition et la fonction des fibres élastiques de la peau. Ann. de Dermatologie et d. Syph. 1895. T. VI, стр. 109—111. См. Мед. Обзорніе 1895 г., № 22, стр. 935—937.

- Neelsen F.* „Основы патолого-анатомической техники“ 1893 г., стр. 144.
- Никифоровъ М. Н.* „Техника микроскопическаго изслѣдованія“. 1906 г., стр. 201.
- Obermüller.* Untersuchungen über d. elast. Gewebe d. Scheide. Ziegl. Beitr. Bd. 27, стр. 586—590.
- Offergeld.* Ueber d. Degeneration d. elast. Fasern b. Entzündungen. Diss. Bonn. 1902 г. Прив. по Валяшко.
- Орбантъ.* „Къ вопросу о старческихъ измѣненіяхъ кожи“. Дисс. Спб. 1896 г.
- Orthmann.* „Ueber Tubenschwangerschaft in den ersten Monaten“. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 20. Прив. по Улезко-Строгановой.
- Оттъ.* „Материалы къ учению о вѣматочной беременности“. Врачъ 1893 г., стр. 333—334.
- Passarge K.* Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen. Inaug.-Diss. Hamburg u. Leipzig. 1894 г. Прив. по Покровскому.
- Passarge K. u. Krösing.* Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen. Derm. Studien. 1894. H. 18. Прив. по Покровскому.
- Pick.* Ueber d. elast. Gewebe in d. norm. u. path. veränderten Gebärmutter. Volkmanns. Samml. Klin. Vorträge № 283. 1900. Прив. по Валяшко.
- Полжановъ.* „Къ вопросу объ измѣненіяхъ фаллопиевыхъ трубъ при фиброміомахъ матки“. Известія Императорской Военно-Медицинской Академіи 1908 г.
- Полъновъ.* „Къ вопросу объ этиологии самопроизвольныхъ разрывовъ матки“. Жур. Акуш. и Ж. В. 1902 г.
- Покровскій.* „Уругая ткань и ея измѣненія при различныхъ заболѣваніяхъ въ легкихъ“. Дисс. Москва. 1897 г.
- Порошинъ.* „Zur Aetiologie d. spont. Uterus ruptur während Schwangerschaft u. Geburt. Centrbl. f. Gyn. 1898 г., № 7.
- Prochownik.* „Zur Mechanik des Tubenabortes“. Arch. f. Gyn. Bd. 49. Прив. по Добберу.
- Raineri.* Das elast. Gewebe im leeren u. schwang. Uterus. (Giorn. K. Accad. di Med. di Torino № 4), Summar Ber. über d. wicht. ital. Arb. ersch. im J. 1904. — Barbacci. Centrbl. allg. Path. und path. An. Bd. 16. Прив. по Валяшко.
- Reizenstein.* Ueber die Altersveränderungen der elastischen Fasern in der Haut. Monatschr. f. prakt. Dermatologie 1894. Bd. 18.
- Рубакинъ.* „Новый способъ приготовленія целлондиновыхъ серій“. Anatomischer Anzeiger. 1907 г. Bd. 31, стр. 30—31.
- Sawada.* Ueber Zerstörung u. Neubildung d. elast. Gewebes in d. Lunge b. verschied. Erkrankungen. Virch. Arch. Bd. 169. Прив. по Валяшко.
- Schmidt M.* Ueber die Altersveränderungen der elastischen Fasern in der Haut. Arch. f. path. Anatomie u. Physiologie u. f. klin. Medicin. 1891. Bd. CXXV, стр. 239—251.
- Schenk u. Austerlitz.* Weitere Untersuchungen über d. elast. Gew. d. weiblichen Genitalorgane (Zeitschr. f. Heilk. 1903 г. H. 4.) p. Centrbl. f. allg. Path. u. path. An. Bd. 15, стр. 149.
- Sederholm.* Ueber d. elast. Gewebe in d. Haut v. Personen mittleren u. höher Alters. (Nord-med. Arch. 1892, № 15). Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 25. Прив. по Валяшко.
- Siebourg.* Ueber spont. Abreißungen d. Scheidengewölbe in d. Geburt. Münch. med. Woch. 1889, № 5.

Spalteholz. Das Bindegeweberüst der Dünndarmschleimhaut des Hundes. Separat-Abzug aus Arch. f. Anat. und. Physiol. Anat. Abtheil. Supplementband. 1897, стр. 380—381. Прив. по Чаусову.

Судакевичъ. „Упругая ткань, ея строение и развитие“. Извѣстія Киевск. университета 1882 г. № 3 и № 4, стр. 52—53.

Taddei. Die elast. Fasern bei d. Narbengeweben. Beitr. z. Studium d. Genese u. d. Entwickl. d. elast. Fasern. (Accad. med. e chir. di Ferrara. 3 май 1903 г.) Samm. Ber. über d. wichtig. ital. Arb. ersch. im J. 1903.—Barbacci Centrbl. f. allg. Path. u. path. An. Bd. 15. Прив. по Валяшко.

Teuffel. Zur Entwicklung d. elast. Fasern in d. Lunge d. Fötus u. Neugeborenen. Arch. f. An. u. Entwicklungsgeschichte. Jahrg. 1902 г. Прив. по Валяшко.

Томсонъ и Эиле. „Къ вопросу о разрывѣ матки“. Жур. Акуш. и Ж. Б. 1900 г., стр. 1691.

Триерел. Einführung in d. physikalische Anatomie. I и II. Wiesbaden 1902. Прив. по Валяшко.

Удзико-Строганова. „Анатомическія измѣненія беременной трубы въ области прикрѣпленія яйца“. Жур. Акуш. и Ж. Б. 1900 г.

Удзико-Строганова. „Анатомическія измѣненія яичневого ложа при вѣматочной межзачаточной беременности“. Сборникъ въ честь Склифасовскаго 1901 г., стр. 401.

Унна. Neue Beiträge zur Anatomie der Haut. Monatschr. f. prakt. Dermatologie 1883 г. Bd. II, стр. 217—230.

Унна. Die Historiopathologie der Hautkrankheiten. 1894 г., стр. 992—995.

Валяшко. „Объ упругой ткани въ новообразованияхъ. Дисс. Спб. 1906 г.

Weigert. Ueber eine Methode zur Färbung elastischer Fasern. Centrbl. f. allg. Path. u. path. An. 1898 г., стр. 289—292.

Вишневскій. „Объ измѣненіяхъ упругой ткани кожи брюшныхъ стѣнокъ“. Докладъ. Журн. Акуш. и Ж. Б. 1902 г., стр. 194.

Вольтке. „Гистологическое изслѣдованіе упругой ткани въ маткѣ и въ яичникѣ“. Мед. Обзорніе 1900 г. май.

Чаусовъ. „Къ вопросу о распределеніи эластическаго вещества въ пищеварительномъ трактѣ“. Дисс. Харьковъ. 1898 г.

Чугасовъ. „Матеріалы для изученія строения органовъ дыхательнаго аппарата.

Шварцъ и Томсонъ. „Къ вопросу о самопроизвольномъ разрывѣ матки“. Centrbl. f. Gyn. 1899 г. № 28.

Оглавленіе.

Введеніе	3
I. Краткій обзоръ литературы объ упругой ткани при нормальныхъ условіяхъ	5
II. Краткій обзоръ литературы объ упругой ткани при различныхъ патологическихъ состояніяхъ	17
III. Методъ изслѣдованія	28
IV. Матеріалъ изслѣдованія	40
V. Упругая ткань въ яйцепроводахъ при нормальномъ ихъ состояніи.	42
VI. Распределенія и измѣненія упругой ткани въ яйцепроводахъ при различныхъ патологическихъ состояніяхъ и значеніе этихъ измѣненій:	
1. Ретенціонныя кисты фаллопиевыхъ трубъ съ различнымъ содержаниемъ и воспаленія яйцепроводовъ	52
2. Измѣненія упругой ткани въ яйцепроводахъ при опухоляхъ матки и яичниковъ	62
VII. Распределеніе и измѣненія упругой ткани при трубной беременности	64
VIII. Роль упругой ткани при трубной вѣматочной беременности .	73
IX. Выводы	83
X. Исторія болѣзни	85
XI. Литература	123

Къ работѣ приложены рисунки.

Рис. 9. Graviditas tubaria. Поперечный срезъ изъ стѣнки растяну-
таго плодовмѣстителя препарата № 17. Ходъ волоконъ въ
циркулярномъ мышечномъ слоѣ. Ocul. 2. Apochrom. 4 mm.
st. Zeiss.

Рис. 10. Graviditas tubaria. Продольный срезъ изъ стѣнки растя-
нутого плодовмѣстителя препарата № 42. Ходъ волоконъ
въ наружномъ продольномъ мышечномъ слоѣ. Ocul. 2. Apochrom.
4 mm. st. Zeiss.

Рис. 1. Поперечное сечение трубки изъ мышечной стѣнки. Окуляръ 2. Апохроматъ 4 мм. ст. Цейса.
Рис. 2. Продольное сечение трубки изъ мышечной стѣнки. Окуляръ 2. Апохроматъ 4 мм. ст. Цейса.
Рис. 3. Поперечное сечение трубки изъ мышечной стѣнки. Окуляръ 2. Апохроматъ 4 мм. ст. Цейса.
Рис. 4. Продольное сечение трубки изъ мышечной стѣнки. Окуляръ 2. Апохроматъ 4 мм. ст. Цейса.
Рис. 5. Поперечное сечение трубки изъ мышечной стѣнки. Окуляръ 2. Апохроматъ 4 мм. ст. Цейса.
Рис. 6. Продольное сечение трубки изъ мышечной стѣнки. Окуляръ 2. Апохроматъ 4 мм. ст. Цейса.
Рис. 7. Поперечное сечение трубки изъ мышечной стѣнки. Окуляръ 2. Апохроматъ 4 мм. ст. Цейса.
Рис. 8. Продольное сечение трубки изъ мышечной стѣнки. Окуляръ 2. Апохроматъ 4 мм. ст. Цейса.
Рис. 9. Поперечное сечение трубки изъ мышечной стѣнки. Окуляръ 2. Апохроматъ 4 мм. ст. Цейса.
Рис. 10. Продольное сечение трубки изъ мышечной стѣнки. Окуляръ 2. Апохроматъ 4 мм. ст. Цейса.



Рис. 1.

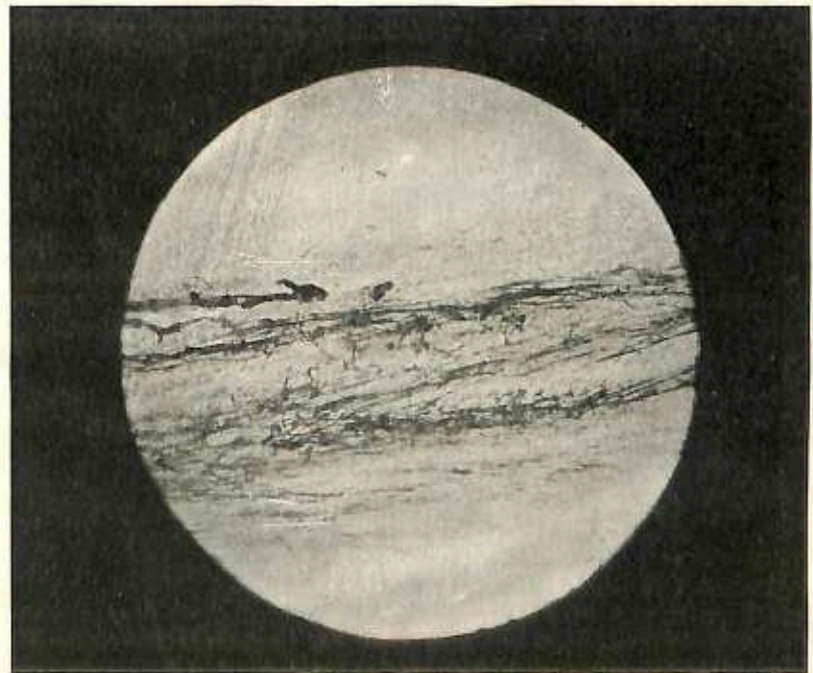


Рис. 2.

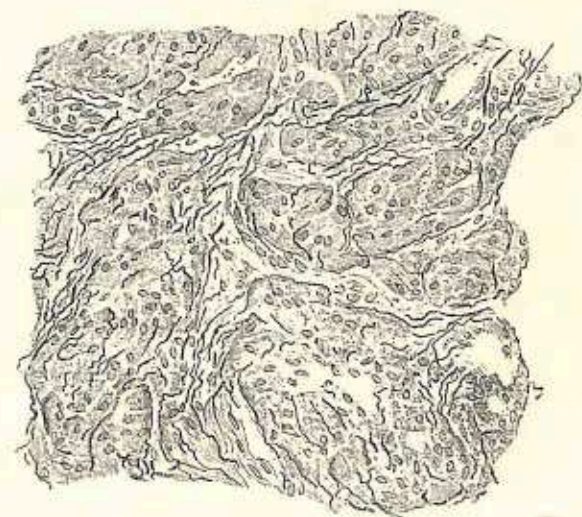


FIG. 3.

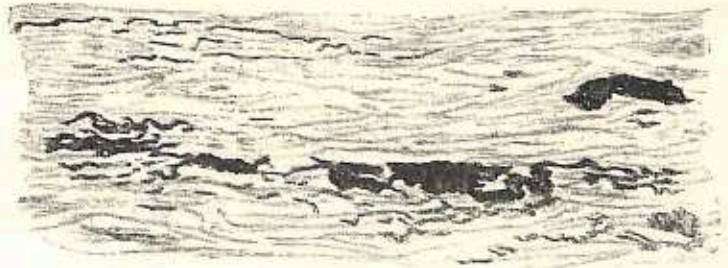


FIG. 4.

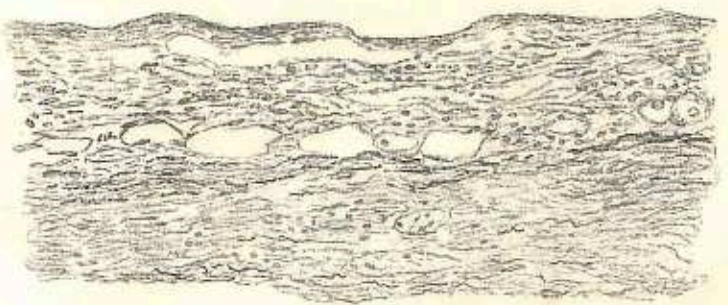


FIG. 5.

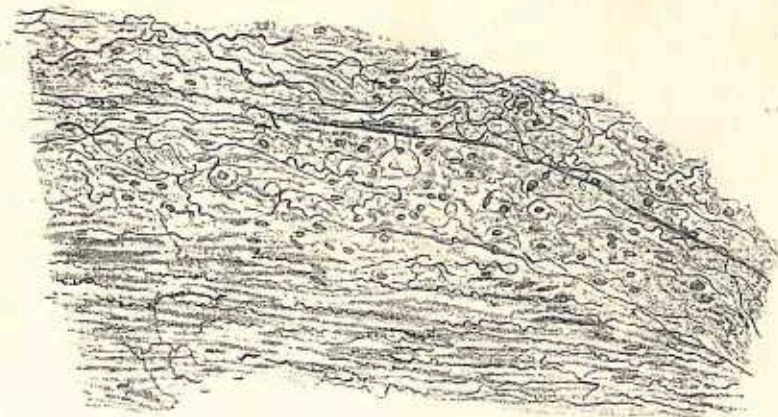


FIG. 6.

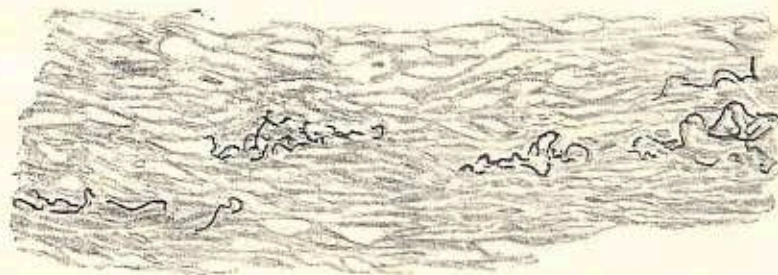


FIG. 7.

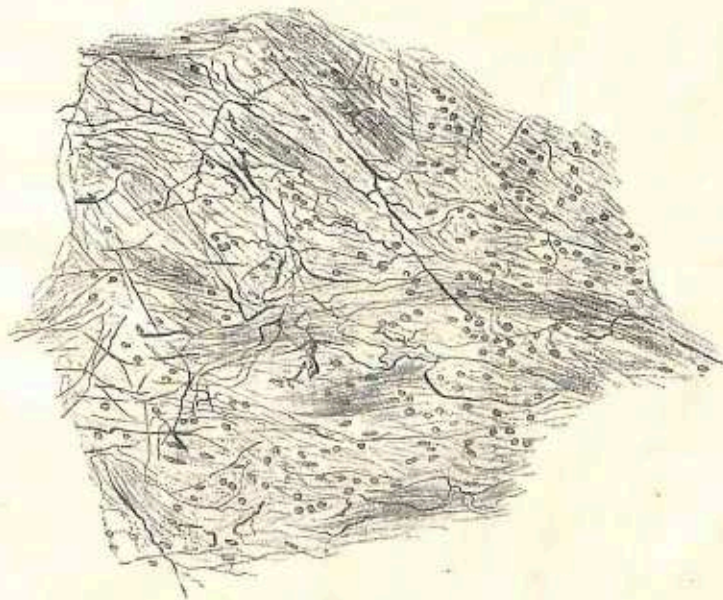


FIG. 8.

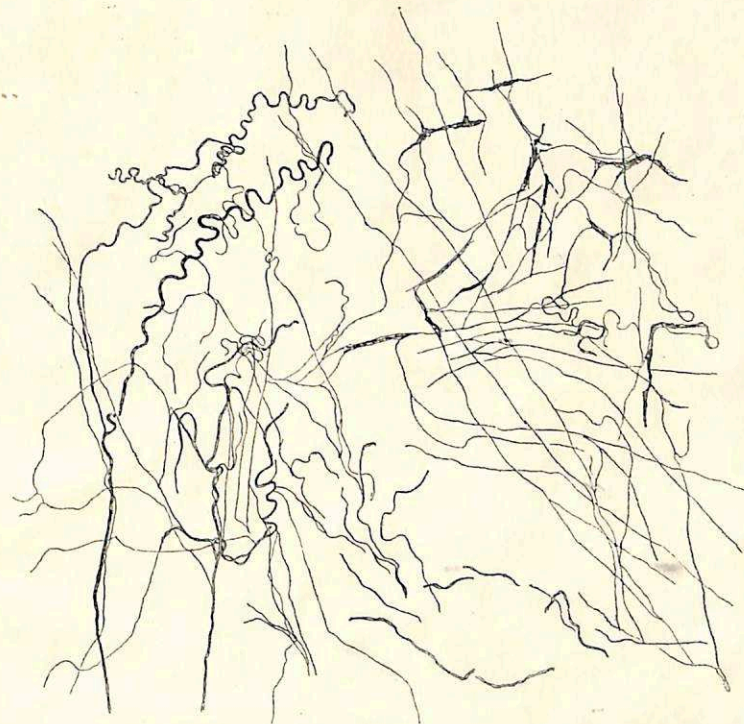


Рис. 9.

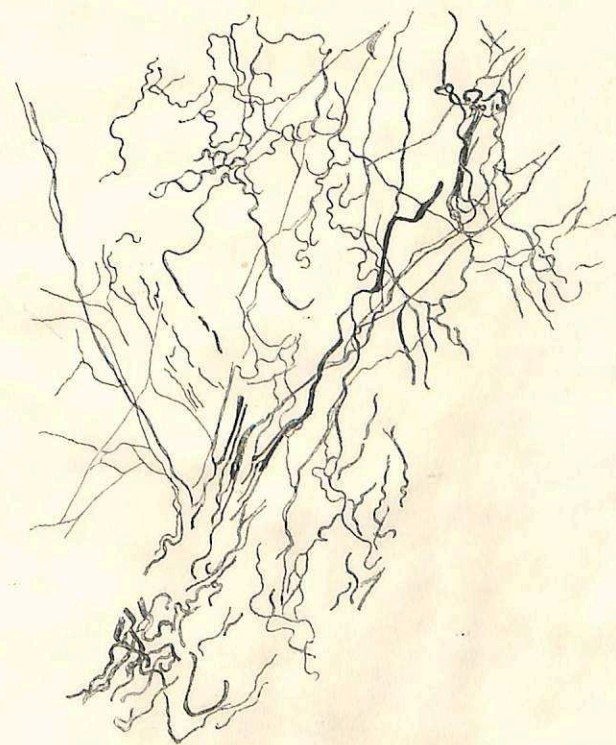


Рис. 10.