

Исполатов Александр Николаевич

**К вопросу о значении патологических
изменений яйцепроводов в этиологии
бесплодия и внематочной беременности**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 82-3
ББК 84-4
А46

А46 **Александр Николаевич И.**
К вопросу о значении патологических изменений яйцепроводов в этиологии бесплодия и внематочной беременности / Исполатов Александр Николаевич – М.: Книга по Требованию, 2022. – 104 с.

ISBN 978-5-519-87400-7

ISBN 978-5-519-87400-7

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2022
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2022

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

Значеніе патологических измѣненій яйцепроводовъ въ этиологіи безплодія и внематочной беременности.

Исторія патологіи яйцепроводовъ тѣсно связана съ именемъ Фаллопіи (1550), который уже указалъ на то, что прикрѣпленіе яйцепровода къ соответствующему яичнику—кромѣ прикрѣпленія посредствомъ самой длинной фимбріи, такъ наз. Haller'овской мускулезной фимбріи—всегда есть патологическое явленіе. Но описавши яйцепроводъ онъ не зналъ еще назначенія этого органа, утверждая, что маточныя трубы служатъ каналами для стока изъ матки вредныхъ жидкостей, изливающихся, будто бы, этимъ путемъ легко въ полость живота. Далѣе онъ, впрочемъ, еще дѣлаетъ предположеніе, что, можетъ быть, онѣ служатъ для производства «женскаго семени».

Исторія патологіи яйцепроводовъ.

Riolanus опровергаетъ первое мнѣніе на томъ основаніи, что истокъ жидкости менѣе препятствія представляетъ каналъ шейки матки, но присоединяется къ послѣднему предположенію, сторонниками котораго оказываются отчасти также Герофиль и Фернелъ: оба считали яйцепроводъ выводнымъ протокомъ «женскаго семени», начинающимся на поверхности яичка (яичника) и впадающимъ въ полость матки. Varolus Constantius держался того же мнѣнія.

Объясненіе функціональнаго назначенія яйцепроводовъ принадлежитъ собственно de Graafу, который, открывши фолликулы, доказалъ, что животныя, снабженныя яичниками и рождающія дѣтенышей живыми, снабжены также и органами, назначенными для проведенія яичка изъ органа, его образовавшаго, въ полость матки: онъ доказалъ, что «яйцепроводъ» и назначенъ исполнять эту функцію.

Функция яйцепров. и ихъ топографія.

Съ успѣхами сравнительной анатоміи и фізіологіи явилась необходимость болѣе точнаго опредѣленія функціи органа, названнаго Фаллопіемъ «трубой», а de Graaf'омъ «яйцепроводомъ». Анатомическія отношенія яйцепровода къ ближайшимъ органамъ и гистологическій составъ его таковы, что заставляютъ предположить для него хотя и не сложную, но важную роль при актахъ овуляціи и оплодотворенія.

Яйцепровод—органъ проводникъ.

Теорія сероз-
ныхъ токовъ.

Нормальное положеніе яйцепровода, по Hasse, при вертикальномъ положеніи женщины находится въ полости малаго таза, in fossa paravesicaliis peritonei и на передневерхнемъ краѣ яичника.

По His'y яичники и яйцепроводы подвѣшены къ боковымъ стѣнкамъ таза посредствомъ lig. infundibulo-pelvicum, причемъ свободные края яичниковъ направлены взадъ, воронкообразныя же отверстія яйцепроводовъ вверху. Яйцепроводы лентой огибаютъ яичники, причемъ передняя (внутренняя) половина направлена вверху, а задняя (наружная) дугой опускается книзу. Обѣ половины покрываютъ большую часть прилежащей поверхности яичника. Но положеніе яйцепроводовъ, по Hasse, весьма измѣнчиво, что объясняется тѣмъ, что они заключены въ складкахъ брюшины (mesenterium tubae, ala vesperilionis), довольно объемистыхъ и не лишающихъ яйцепроводы значительной доли подвижности. Schultze вполне согласенъ съ даннымъ Hasse описаніемъ нормальнаго положенія яйцепроводовъ по отношенію къ яичникамъ во время овуляціи, полагая, что это положеніе защищаетъ яичники вѣрнѣе и продолжительнѣе отъ тренія или смѣщенія со стороны кишечныхъ петель, чѣмъ то, которыя обыкновенно встрѣчается на трупахъ. По Hasse въ большинствѣ случаевъ «яйцепроводы повернуты около двухъ точекъ прикрѣпленія, начала своего отъ угла матки и мѣста окончанія оваріальной фимбріи, слѣдовательно около поперечной оси, спереди назадъ, такимъ образомъ, что ala vesperilionis, находящаяся передъ яичникомъ, простирается надъ нимъ въ видѣ крышки, покрываетъ его совершенно и образуетъ вокругъ него сумку, bursam ovaricam; образуется полость въ полости брюшины и, кромѣ того, трещинообразная полость съ капиллярнымъ слоемъ серозной жидкости». Въ самой полости помѣщенъ яичникъ, а въ концѣ ея находится абдоминальное отверстіе яйцепровода, представляющее, при обиліи складокъ слизистой оболочки въ этомъ отдѣлѣ яйцепровода, большое количество капиллярныхъ каналовъ, устланныхъ мерцательнымъ эпителиемъ, рѣснички котораго наклоняются по направленію къ маточному отверстію канала. Мерцательное движеніе рѣсничекъ эпителія, по Hasse, вызываетъ теченіе капиллярнаго слоя жидкости въ bursa ovarica по направленію къ абдоминальному отверстію яйцепровода; движеніе сообщается и тѣльцамъ, какъ яички, появившимся на поверхности яичника и обуславливаетъ необходимо прониканіе ихъ въ каналъ яйцепровода. Образуется ли подобная bursa ovarica только на соотвѣтствующей овулирующему яичнику сторонѣ или же и другая сторона принимаетъ тождественное положеніе, на это Hasse указаній не даетъ. Вѣроятность перехода яичка непосредственно изъ одной оваріальной сумки въ другую, по задней поверхности матки, заслуживаетъ однако большаго вниманія, чѣмъ предпо-

положеніе странствованія яичка по всей полости брюшины до тѣхъ поръ, пока оно случайно не попадетъ въ абдоминальное отверстіе яйцепровода противоположной стороны, или-же, что трудно себѣ и вообразить, непосредственное воспринятіе яичка яйцепроводомъ съ ячника противоположной стороны. Изъ этого ясно, что функціональное значеніе, приданное Ненле овариальной фимбріи, нѣсколько преувеличено, тѣмъ болѣе, что встрѣчается много яйцепроводовъ, овариальная фимбрія которыхъ лишена боковыхъ зубчиковъ или съ обоихъ краевъ, или, что чаще, только на переднемъ краѣ.

Нѣкоторые, въ томъ числѣ Ponce t, считали необходимымъ условіемъ функціи яйцепроводовъ эрекціонное состояніе воронки и фимбрій, обусловленное обиліемъ сосудовъ этого отдѣла, и ссылались на опыты Haller'a и Walter'a, которые, желая подражать фізіологическому процессу, инъципировали *art. spermaticam* на трупахъ. Другіе же объясняли все сокращеніемъ мышечнаго слоя яйцепровода и залегающихъ между листками широкой связки мышечныхъ пучковъ (Rouget).

Теорія эрек-
ціоннаго со-
стоянія.

Изъ описаній Voisin'a, Richard'a и Béraud известно, что артеріальныхъ вѣточекъ, питающихъ яйцепроводы, три. Происходятъ онѣ изъ артерій: *ovarialis*, *utero-ovarialis* и *uterina*. Изъ нихъ первая питаетъ абдоминальный конецъ яйцепровода и, по словамъ Voisin'a, развѣтвляется на днѣ каждой складки вилообразно, образуя анастомозы аналогично мезентеріальнымъ артеріямъ и покрывая фимбріи мельчайшею сѣтью. Вторая есть соединеніе съ вѣточкою *art. uterinae* вѣтви первой артерій и питаетъ посредствомъ побочныхъ вѣточекъ такъ наз. тѣло или среднюю треть яйцепровода. Наконецъ третья, непосредственно вѣтвь *art. uterinae*, снабжаетъ кровью внутреннюю треть яйцепровода. Вены яйцепровода впадаютъ частью въ ячниковыя, частью въ маточныя вены. Капиллярная сѣть сосудовъ, по Béraud, необыкновенно густо расположена въ слизистой оболочкѣ яйцепроводовъ, гдѣ, кромѣ того, находили цѣлыя пучки венозныхъ сосудовъ. На одномъ препаратѣ Voisin нашелъ даже венозный синусъ, толщиною съ гусиное перо, лежавшій на всемъ протяженіи яйцепровода. Это строеніе обуславливаетъ не только возможность обильной транссудаціи во время гипереміи, но и кровотеченія, которое можетъ, также какъ и въ кишкахъ, произойти быстро или постепенно, безъ особеннаго поврежденія въ мѣстѣ своего источника. Ненле наблюдалъ только въ одномъ случаѣ спонгіозное строеніе слизистой оболочки яйцепровода, но онъ полагаетъ, что это была патологически измѣненная ткань, такъ какъ оба яйцепровода были выполнены плотнымъ экссудатомъ и заросши на брюшинныхъ концахъ. Въ этомъ же случаѣ онъ нашелъ пучки спиральныхъ сосудовъ, напоминавшихъ *art.*

helicinae. Въ одномъ изъ обследованныхъ мною случаевъ «hasmato-salpinx», стѣнки яйцепровода, ближе къ внутренней его поверхности, особенно наружной трети свободной части, представляли губчатое строение; въ нѣкоторыхъ полостяхъ оказались сгустки.

Судя по данному описанію сосудовъ, эрекціонное состояніе яйцепроводовъ при кровонакопленіи было бы вполне возможно; эрекция основывается не только на увеличенномъ приливѣ, но и на затрудненномъ отливѣ крови и, по мнѣнію Kinkad'a, при ежемѣсячномъ повтореніи должна бы вызвать патологическія структурныя измѣненія въ органахъ. Поэтому онъ отрицаетъ не только теорію эрекціоннаго состоянія какъ матки, такъ и яйцепроводовъ, но и спазматическое сокращеніе мышечнаго слоя послѣднихъ и мышечныхъ элементовъ широкой связки въ продолженіи 3—6 дней менструальнаго прилива. Противъ эрекции во время овуляціи говорятъ и наблюденія Bischoff'a надъ животными, у которыхъ эрекціонное состояніе яйцепроводовъ наблюдалось позже, когда яички уже попали въ яйцепроводъ и даже въ матку. Распространяющіеся же въ широкой связкѣ мышечные пучки, по мнѣнію Henle, могутъ приближать и яйцепроводъ и яичникъ къ средней линіи вмѣстѣ и одновременно, но не порознь, такъ какъ они распространяются на оба органа; заслуживаетъ вниманія фактъ, что in lig. infundibulo-ovarico мышечныхъ волоконъ Henle не находилъ.

Кромѣ того мы знаемъ, что овуляція далеко не всегда совпадаетъ съ менструаціей.

Гипотезы.

Гипотезы Rank'a объ образованіи физиологическихъ перепонокъ вокругъ овулирующаго яичника и воронки яйцепровода и Kehrger'a о выбрасываніи яичка изъ фолликула, въ большинствѣ случаевъ, прямо въ яйцепроводъ, искусственны и имѣютъ только историческое значеніе.

Значеніе мерцательнаго эпителия яйцепроводовъ для препровожденія яичка.

Henle, Kiwisch и Kussmaul полагаютъ, что главное значеніе въ передвиженіи яичка въ полость яйцепровода имѣютъ рѣснички мерцательнаго эпителия фимбрій. При недостаткѣ прямыхъ наблюденій мнѣніе это опирается главнымъ образомъ на аналогіи, особенно же на открытіи, которыми Thiry разрѣшилъ загадку, какимъ путемъ яички лягушекъ достигаютъ до прикрѣпленнаго въ отдаленіи отъ яичника абдоминальнаго отверстія яйцепровода. Немаловажная разница между способомъ передвиженія яичекъ у лягушекъ и млекопитающихъ (resp. у женщины) заключается въ томъ, что мерцательный эпителий у послѣднихъ начинается только съ фимбрій, между тѣмъ какъ на яичникахъ онъ цилиндрической, а на брюшинѣ мостовидный, тогда какъ у лягушекъ онъ становится мерцательнымъ, по Thiry и Neumann'у, во время половой зрѣлости на всемъ протяженіи брюшины. Поэтому значеніе мерцательнаго эпителия

человѣческихъ яйцепроводовъ можетъ обнаружиться лишь съ того момента, когда яичко попадетъ въ воронку яйцепровода; до тѣхъ же перъ яичко находится подъ вліяніемъ (Kinkead), теченія серозной влаги, существующаго въ брюшинѣ постоянно. Теорія серознаго тока доказываетъ существованіе постоянного канала сообщенія: въ брюшной полости нѣтъ пустаго пространства, помѣщающіеся въ ней органы хотя и прилежатъ тѣсно одинъ къ другому, но треніе предупреждается выпотеніемъ тонкаго слоя серозной жидкости. Мы не придаемъ особеннаго значенія желобовидной оваріальной фимбріи; тѣмъ не менѣе пространство, образуемое между наружнымъ концомъ яичника и воронкою яйцепровода, и выполненное съ одной стороны нормальнымъ или увеличеннымъ (при менструальномъ приливѣ) количествомъ серозной влаги, съ другой присоединяющейся къ ней жидкостью изъ фолликула, представляетъ капиллярную полость, оканчивающуюся цѣлой системой капиллярныхъ каналовъ, которые образуются складками слизистой оболочки яйцепровода. Теченіе серозной влаги, скопившейся между яичникомъ и воронкою и въ капиллярныхъ каналахъ яйцепровода, должно усиливаться мерцательнымъ движеніемъ эпителиальныхъ рѣсничекъ, вслѣдствіе чего находящееся вблизи воронки яйцепровода яичко неминуемо унесется въ матку.

Теорія серозныхъ токовъ имѣетъ то преимущество передъ остальными двумя теоріями (первыя двѣ теоріи требуютъ съ одной стороны какого-то активнаго участія яйцепроводовъ, а съ другой довольно сложной эволюціи, которая очевидно не всегда можетъ происходить), что даетъ ясное представленіе объ образующемся каналѣ, который функционируетъ, главнымъ образомъ на основаніи общаго физическаго закона, и не зависитъ отъ ощущеній женщины; кромѣ того теорією серозныхъ токовъ вполне объяснимы опыты Кирѣева (надъ кроликами и овцами), несомнѣнно доказавшаго ими возможность наружнаго передвиженія яичекъ изъ яичника одной стороны въ яйцепроводъ другой. Подобные опыты производилъ, впрочемъ, раньше уже Leorold (надъ собаками), но объясненіе происходившему оплодотворенію онъ давалъ иное: онъ предполагалъ, что яйцепроводъ одной стороны непосредственно воспринималъ яичко съ яичника противоположной стороны.

Въ тѣсной связи съ вопросомъ, какимъ путемъ яичко съ поверхности яичника проникаетъ въ каналъ яйцепровода, стоитъ и вопросъ о томъ, гдѣ оно встрѣчается съ семянными нитями. Kinkead предполагаетъ, что оплодотвореніе происходитъ еще на поверхности яичника или въ воронкѣ яйцепровода. Желобки, углубленія и бесчисленные ходы, образуемые складками слизистой оболочки яйцепровода, оказываются, по мнѣнію Henle, весьма удобными для удержанія сперматозоидовъ, которые въ нихъ распре-

Яйцепроводъ органъ, въ которомъ происходитъ оплодотвореніе.

дѣляются, задерживаются и съ помощью богатства кровеносныхъ путей органа, даже питаются. Мерцательное движеніе рѣсничекъ эпителія должно даже задерживать выходъ сперматозоидовъ изъ абдоминальнаго отверстія. Поэтому воронку яйцепровода онъ и назвалъ *resceptaculum seminis* и замѣчаетъ совершенно вѣрно, что, если-бы функція яйцепровода состояла только въ томъ, чтобы быть выводнымъ ходомъ яичника, то было-бы непонятно, почему онъ суживается, приближаясь къ маткѣ, а не расширяется, тогда какъ яичко должно-бы скорѣе увеличиваться въ объемъ. На этомъ основаніи Бейгель и Бишофъ считаютъ мѣстомъ оплодотворенія яичка преимущественно яйцепроводъ и полагаютъ, что яичко, вступившее неоплодотвореннымъ въ матку, врядъ-ли еще сохранило способность быть оплодотвореннымъ.

Сколько времени необходимо для яичка, чтобы пройти черезъ яйцепроводъ, мы не знаемъ, такъ какъ отыскать яичко въ послѣднемъ нѣтъ почти никакой возможности. Извѣстны въ литературѣ только три подобныхъ случая: 1 Гиртля и 2 Lethiby. Bischoff полагаетъ, основываясь на наблюденіяхъ надъ животными, что для человѣческаго яичка необходимо 8—12 дней для того, чтобы пройти весь каналъ яйцепровода. Подобные выводы, если-бы они подтвердились, имѣли-бы значеніе для этиологіи яйцепроводной беременности.

Наблюдавшееся нѣкоторыми авторами (Beigel. Spencer Wells) при оваріотоміяхъ перистальтическое движеніе яйцепроводовъ служить, по мнѣнію перваго, пособіемъ для передвиженія яичка.

Въ силу того, что при *haematometra* нерѣдко оказывалась и *haematosalpinx*, и что при вскрытіи умершихъ, во время регулъ, женщинъ, слизь въ яйцепроводахъ оказывалась кровянистой, многіе рѣшили вопросъ о способности яйцепроводовъ отдѣлять менструальную кровь въ смыслѣ положительномъ. Тѣмъ не менѣе, относящіеся сюда, извѣстные въ литературѣ случаи не могутъ считаться вполне убѣдительными, такъ какъ не исключаютъ возможности патологическаго вліянія на слизистую яйцепроводовъ и поэтому требуютъ еще дальнѣйшаго подтвержденія.

Richard нашелъ при вскрытіи одной женщины, умершей во время регулъ, что яйцепроводъ той стороны, на которой произошелъ разрывъ фолликула, былъ болѣе гиперэмированъ, чѣмъ другой, причемъ и количество найденной въ его полости слизи было больше и она была кровянистѣе.

Въ обоихъ случаяхъ Lethiby содержимое яйцепроводовъ женщинъ, умершихъ во время регулъ, было изслѣдовано подъ микроскопомъ и, въ сравненіи съ содержимымъ матки, въ немъ оказалось значительно меньше кровяныхъ тѣлецъ, но больше эпителія и жидкость была серозистѣе. Наблюдавшаяся кровоточивость ножки ов. кисты, зажатой клемпомъ вмѣстѣ съ

яйцепроводомъ и вросшей въ брюшные покровы, нѣкоторыми авторами приводилась также въ доказательство отдѣленія яйцепроводомъ менструальной крови (Herrgott, Spencer Wells).

Изъ этого приходится заключить, что diaporesis кровяныхъ тѣлецъ во время менструаціи, хотя и въ несравненно меньшемъ, чѣмъ въ маткѣ, количествѣ, существуетъ и на слизистой яйцепроводовъ.

Патологическія измѣненія яйцепроводовъ можно раздѣлить на врожденныя и приобретенныя. Большой интересъ для объясненія безплодія и внематочной беременности имѣютъ приобретенныя болѣзненные измѣненія, такъ какъ встрѣчаются несравненно чаще первыхъ.

Общая патология яйцепроводовъ.

Мнѣ удалось собрать въ литературѣ 105 случаевъ врожденныхъ аномалій (отсутствіе и недоразвитіе) внутреннихъ половыхъ органовъ женщины: изъ нихъ 89,5% приходятся на матку, 64,7% на яйцепроводы и 40% на яичники. Если разсмотрѣть отдѣльныя таблицы, то окажется, что самая рѣдкая аномалія—отсутствіе обоихъ яйцепроводовъ—при нормальномъ состояніи остальныхъ половыхъ органовъ, встрѣтилась только въ одномъ случаѣ; нѣсколько чаще уже встрѣчается одновременное отсутствіе и недоразвитіе яйцепровода и яичника одной и той же стороны (6 случ.); еще чаще аномалія яичника, яйцепровода и соотвѣтствующей половины матки (20 случ.); самая же частая аномалія развитія женскихъ внутреннихъ половыхъ органовъ, судя по собраннымъ мною случаямъ, отсутствіе и недоразвитіе яйцепровода и соотвѣтствующей половины матки (40 случ.). Въ моихъ собственныхъ 100 случаяхъ (52 дѣтск. и 48 взр.) я ни одной аномаліи развитія (resp. недоразвитія и отсутствія) не нашелъ. Поэтому судить о томъ, насколько вообще часто встрѣчаются аномаліи развитія яйцепроводомъ, на основаніи этихъ данныхъ невозможно. Надо полагать, впрочемъ, что онѣ рѣдки. Имперфораціи абдоминальнаго отверстія яйцепровода я не встрѣтилъ ни разу; слабое развитіе фимбріи только одинъ разъ у пожилой, многорождавшей женщины. Встрѣчается ли врожденная непроходимость маточныхъ отверстій яйцепроводовъ—о чемъ упоминаетъ Courty,—при нормальномъ развитіи соотвѣтствующей половины матки, по моему, можетъ считаться вопросомъ нерѣшеннымъ. Очевидно, что при отсутствіи и недоразвитіи матки и яичниковъ подобныя же измѣненія яйцепроводовъ играютъ лишь второстепенную роль по отношенію къ безплодію, болѣе же значенія они имѣютъ въ отношеніи внематочной беременности, такъ какъ послѣдняя можетъ произойти въ яйцепроводѣ недоразвившейся половины матки. Насколько недоразвитіе или отсутствіе одной только фимбріи можетъ способствовать безплодію (Baillie) остается только предположеніемъ.

Врожденные аномаліи.

Усиленное врожденное развитіе яйцепроводовъ можетъ выражаться: а) увеличенною длиною яйцепроводовъ, б) увеличеніемъ числа фимбріальныхъ отверстій, в) обиліемъ фимбріи.

Признакомъ ненормальной длины яйцепроводовъ можетъ быть только нормальная или уменьшенная длина въ данномъ случаѣ матки. Такъ въ случаяхъ Beigel'я и Otto длина матки не превышала 6 см., тогда какъ яйцепроводы достигали 17,3 см. Вѣроятно поэтому объяснить ее слабымъ развитіемъ средняго отдѣла Мюллеровыхъ ходовъ, тѣмъ болѣе, что и при полномъ неразвитіи матки встрѣчаются нормально развитые яйцепроводы. Этимъ обстоятельствомъ и можно, по моему, объяснить предположеніе Beigel'я, что увеличенная прирожденная длина яйцепроводовъ служитъ предрасполагающею причиною безплодія.

Придаточныя абдоминальныя отверстія яйцепроводовъ, по данному Waldeyer'омъ объясненію ихъ происхожденія, должны также быть причислены къ мѣстному усиленному развитію элементовъ, входящихъ въ составъ яйцепровода. По Schröder'у онѣ составляютъ величайшую рѣдкость, но Richard находилъ ихъ у каждой 17-той женщины. Hennig, Henle и Waldeyer также наблюдали ихъ довольно часто. Въ моихъ 104 случаяхъ, изъ которыхъ 56 дѣтскихъ и 48 взрослыхъ, придаточныя отверстія нашлись — между первыми 19, между вторыми 10, разъ — всего 29 разъ. Изъ нихъ 14 разъ на правомъ, 10 разъ на лѣвомъ и 5 разъ съ обѣихъ сторонъ. Въ одномъ случаѣ было 3 придаточныхъ отверстія, помѣщавшихся на верхне-передней поверхности яйцепровода рядомъ одно около другого. Онѣ придавали наружной трети послѣдняго видъ трехъ колецъ, соединенныхъ на задне-нижней поверхности сплошной стѣнкой. Въ трехъ случаяхъ придаточныя отверстія помѣщались на верхней поверхности яйцепровода, отдаленныя болѣе или менѣе отъ основанія фимбрій нормального абдоминальнаго отверстія, но всѣ были еще въ наружной трети яйцепровода. Въ одномъ только случаѣ, на каждомъ яйцепроводѣ было по придаточному отверстию, сидѣвшему у основанія нижнихъ фимбрій.

По Hennig'у и Рокитанскому число придаточныхъ отверстій на одномъ яйцепроводѣ можетъ достигнуть трехъ, причемъ они наблюдались почти только въ наружной трети яйцепровода и лишь какъ рѣдкость, на разстояніи 3 см. отъ начала фимбрій абдоминальнаго отверстія. У Waldeyer'a имѣется препаратъ тройнаго придаточнаго отверстія; отдѣльныя отверстія отдѣлены другъ отъ друга явственными перемычками отъ 0,5 до 1,0 см. ширины. Патологическое значеніе придаточныхъ отверстій (Richard считаетъ ихъ предрасполагающею причиною внематочной беременности) ничѣмъ не доказано и, по Bandl'ю, они имѣютъ болѣе эмбриологическій чѣмъ практический интересъ. Естественнѣе предположить, что въ тѣхъ случаяхъ когда яичко не попало почему-либо въ нормальное фимбриальное отверстіе, ему остается еще одинъ путь попасть въ матку, и нѣтъ никакого основанія предполагать, что серозный токъ долженъ измѣнить свое направленіе и вы-

кинуть яичко изъ яйцепровода, вмѣсто того, чтобы еще усилиться новой струей серозной жидкости, вступающей черезъ придаточное отверстіе въ каналъ яйцепровода, и увлечь яичко далѣе нормальнымъ путемъ. Изъ 13 случаевъ извѣстныхъ мнѣ придаточныхъ отверстій яйцепроводовъ 8 принадлежали женщинамъ—рожавшимъ, а 5 неродившимъ, изъ которыхъ, впрочемъ, 4 были *virgines intactae*. Одновременно съ придаточными отверстіями, но и безъ нихъ, наблюдается на яйцепроводахъ необыкновенно сильное развитіе фимбрій.

Усиленное развитіе боковыхъ зубчиковъ оваріальной фимбріи въ ущербъ остальнымъ фимбріямъ абдоминальнаго отверстія придаетъ яйцепроводу видъ кососрѣзаннаго цилиндра; въ такихъ случаяхъ Klob никогда не находилъ Morgagni'евыхъ гидатидъ.

Приобрѣтенныя патологическія измѣненія яйцепроводовъ при вскрытіяхъ встрѣчаются необыкновенно часто; такъ изъ 70 анатомическихъ препаратовъ внутреннихъ половыхъ органовъ, взятыхъ изъ труповъ (отъ 16—90 лѣтъ), въ 60 оказались слѣдующія ненормальности:

Зарощеніе абд. отв. и сращеніе съ ближайш. орг.	12	разъ	двухсторон.
	2	»	односторон.
Сращеніе съ ближайш. орг. безъ зарощенія абд. отв.	6	»	двухсторон.
	7	»	односторон.
Острое воспаленіе	6	»	двухсторон.
	1	»	односторон.
Hydrosalpinx	6	»	двухсторон.
	6	»	односторон.
Pyosalpinx	2	»	двухсторон.
	2	»	односторон.
Haematosalpinx	2	»	двухсторон.
Бугорковое пораженіе	3	»	»
Мелкія серозныя кисты	3	»	»
Атрофія	1	»	»
	1	»	односторон.
при parametritis atr.			

Итого всѣхъ случаевъ 42 двухсторонняго и только 18 односторонняго пораженія яйцепроводовъ. Ни въ одномъ изъ этихъ 60 случаевъ пораженіе яйцепроводовъ не было единственнымъ заболѣваніемъ въ сферѣ половыхъ органовъ. Чаще всего было пораженіе тазовой брюшины, рѣже матки и еще рѣже околоматочной кѣтчатки и яичниковъ. Вообще приходится придти къ тому заключенію, что заболѣванія тазовой брюшины играютъ непосредственно важную роль въ этиологіи почти всѣхъ заболѣваній яйцепроводовъ.

Воспаленіе
яйцепрово-
довъ.

Изъ собранныхъ случаевъ пуэрперальнаго воспаленія яйцепроводовъ оказались: въ 107 случ. гнойный сальпингитъ.

» 7 » катаральный »

» 1 » гиперемія яйцепроводовъ (въ послѣднемъ былъ
кромѣ того дифтеритъ шейки матки и парэнхима-
тозное воспаленіе послѣдней).

При этомъ оказались: въ 111 случ. перитонитъ.

» 93 » эндометритъ.

» 90 » периметритъ.

Изъ 12 случаевъ хроническаго воспаленія яйцепроводовъ (resp. hydrosal-
pinx) въ 10 оказался хроническій периметритъ.

» 5 » метритъ (3 раза одновременно съ хрон. периметр.).

Изъ этихъ 12 случаевъ было 7 безплодныхъ, 2 родившихъ; относи-
тельно 3 неизвѣстно.

Бугорковое
пораженіе.

Врядъ ли для рѣшенія вопросовъ о возможности беременности и при-
чины безплодія женщинъ, страдающихъ бугорчаткою легкихъ, имѣетъ зна-
ченіе такъ наз. воспріимчивость или невоспріимчивость (Beigel) слизистой
оболочки яйцепроводовъ къ пораженію бугорчаткою. Какъ видно изъ при-
веденныхъ ниже случаевъ, пораженіе брюшины абсолютно больше, чѣмъ
общее число бугорковаго пораженія яйцепроводовъ. Этимъ обстоятель-
ствомъ и можно объяснить безплодіе или хотя рѣдкую возможность бере-
менности тѣхъ женщинъ, которыя уже страдаютъ мѣстной или общей
формой хроническаго (бугорковаго) перитонита при бугорчаткѣ легкихъ.
Непосредственнымъ препятствіемъ къ зачатію поэтому должно считать не
только запруженіе просвѣта канала яйцепровода творожистою массою, но
и хроническое катарральное воспаленіе съ его послѣдствіями.

Раковое ново-
образованіе
яйцепровода.

Въ отношеніи заболѣваній яйцепроводовъ вообще важно, что раковое
новообразованіе—какъ видно изъ приводимыхъ случаевъ—рѣдко перехо-
дитъ на яйцепроводы со стороны дна и тѣла матки и еще рѣже съ шей-
ки, но чаще съ яичниковъ и съ брюшины. Тѣмъ не менѣе, рѣдкость
беременности въ болѣе позднихъ стадіяхъ раковаго перерожденія шейки
матки объясняется присоединяющимися воспалительными процессами въ
окружающей матку клѣтчаткѣ и въ тазовой брюшинѣ, главными причи-
нами воспалительныхъ измѣненій яйцепроводовъ. Приводимые ниже слу-
чаи даютъ лишь приблизительное понятіе объ относительной частотѣ по-
раженія яйцепроводовъ раковымъ новообразованіемъ при тождественномъ
пораженіи остальныхъ половыхъ органовъ, но не уясняютъ пути, кото-
рымъ новообразованіе достигаетъ яйцепроводовъ; какія причины не только
рѣдкаго пораженія яйцепроводовъ раковымъ новообразованіемъ, но и во-