

ЖУРНАЛЪ  
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,  
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.  
ГОДЪ ОДИННАДЦАТЫЙ.

---

ЮЛЬ и АВГУСТЪ 1897, №№ 7 и 8.

---

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

---

I.

О анатоміи и лѣченію вѣматочной беременности.

Д-ра В. В. Масловскаго,

Приватъ-доцента военно-медицинской академіи.

Случай вѣматочной беременности, который послужить предметомъ настоящаго изслѣдованія, представляется весьма интереснымъ съ нѣкоторыхъ сторонъ. Съ клинической точки зрѣнія случай интересенъ тѣмъ, что трубная беременность въ концѣ втораго мѣсяца окончилась трубнымъ выкидышемъ, сопровождавшимся, при угрожающемъ коллапсѣ, колоссальнымъ внутреннимъ кровотеченіемъ и выдѣленіемъ *in toto deciduae uterinae*. Съ терапевтической стороны интересъ случая заключается въ томъ, что угрожающій жизни коллапсъ былъ устраненъ клизмами изъ физиологическаго раствора поваренной соли, и большая кровяная опухоль разсосалась при разрѣшающемъ лѣченіи. Не менѣе интересенъ этотъ случай и въ анатомическомъ отношеніи, потому что вышедшая *decidua uterina* дала возможность изучить самыя существенныя измѣненія, происходящія въ маткѣ при вѣматочной беременности, и уяснить нѣкоторые изъ нихъ.

Г-жа П., 37 лѣтъ отъ роду, уроженка Петербурга, происходитъ изъ здоровой семьи. Первые регулы получила на 13 году жизни, по 4 дня, безъ болей; регулы приходили чрезъ 4 недѣли. Вышла

замужъ 18 лѣтъ. Беременностей 13: 9 срочныхъ родовъ и 4 выкидыша; всѣ роды происходили безъ оперативной помощи; послѣродовой періодъ во всѣхъ случаяхъ проходилъ правильно, вставала на 9 день; дѣтей сама не кормила, а кормилица; всѣ дѣти живы: 5 мальчиковъ и 4 дѣвочки. Послѣдніе роды 11 юня 1896 года. Всѣ выкидыши оканчивались благополучно, за исключеніемъ послѣдняго, бывшаго 4-го марта 1894 года. Этотъ выкидышъ, 6 мѣсяцевъ, мертво гнилымъ плодомъ; чрезъ 6 недѣль обильное кровотечение, длившееся 2 дня. Послѣ этого, регулы стали приходить чрезъ мѣсяць по 4—5 дней, безъ всякихъ болевыхъ ощущеній, какъ и прежде.

Послѣднія регулы окончились 30 ноября 1896 года (25—30); 24 Декабря незначительное кровотечение, длившееся 1 день. Начало предыдущихъ беременностей сопровождалось всегда тошнотой, чего теперь не было; были знобы и ощущение холода въ спинѣ,—такія же ощущенія Г-жа П. испытывала при беременности, окончившейся упомянутымъ уже 6-ти мѣсячнымъ выкидышемъ. Съ 3—4 января 1897 года появились изъ половыхъ частей не обильныя выдѣленія, коричневаго цвѣта, не прекращавшіяся до 1 февраля. 1 февраля, около 8 часовъ вечера, больная начала одѣваться, собираясь выѣхать изъ дому, почувствовала головокруженіе и упала на полъ въ безсознательномъ состояніи. Когда больная очнулась, она испытывала сильную слабость, съ трудомъ поползла до кровати и упала на нее. Кромѣ того, больная страдала отъ невыносимыхъ болей, потугообразнаго свойства, длившихся до утра слѣдующаго дня; днемъ боли стали слабѣе и къ вечеру стихли сразу; при этомъ появились обмороки и рвота. Выдѣленія изъ половыхъ частей окончательно прекратились. При такомъ положеніи, состояніе больной постепенно улучшалось къ 10 февраля до такой степени, что она могла приподыматься, и 2 раза сходила съ кровати и садилась на судно. 10 февраля послѣ дѣйствія кишечника, около 11 часовъ утра, когда больная поднялась съ судна и сѣла на кровать, снова появились прежняго характера боли, частые обмороки и рвота. Боли достигали невыносимой степени, рвота постоянная,—желудокъ не переносилъ рѣшительно ничего, даже глотка вина. Около 5 часовъ по полудни, когда я увидѣлъ впервые больную, я нашелъ слѣдующее: Больная небольшого роста съ сильно развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ, и хорошо развитой костной системой, представляла крайнюю блѣдность общихъ покрововъ и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ до такой степени, что нельзя было отличить окраски губъ отъ кожи; конечности холодны, пульсъ еле опредѣлимъ въ лучевыхъ артеріяхъ, 140 ударовъ въ минуту, малый нитевидный; пришлось считать пульсъ въ сонной артеріи. Больная, въ полусознательномъ состояніи, страдаетъ отъ невыносимыхъ болей въ животѣ, потугообразнаго свойства, не оставляющихъ ее ни на минуту въ покоѣ; постоянная тошнота, рвота и жажда. Животъ сильно вздутъ и болѣзненъ при легкомъ дотрогиваніи, при осторожной перкуссии издаетъ тупо-тимпаническій звукъ. Изъ

половыхъ частей незначительныя кровянистыя выдѣленія. При внутреннемъ изслѣдованіи, *orif. ext.* открыто на ширину верхушки указательнаго пальца, въ зѣвѣ ничего не опредѣляется. Матка *in antepositione*, границы ея не опредѣлимы, задній сводъ выпяченъ и занятъ напряженно-эластическою опухолью, болѣзненной при изслѣдованіи, переходящей влѣво, пальца на 3; вправо опухоль, той-же консистенціи, простирается въ область правой широкой связки и повидимому занимаетъ всю правую половину таза; боковую и верхнюю границы опухоли опредѣлить было трудно, въ виду крайне болѣзненнаго изслѣдованія и напряженія брюшной стѣнки. Больной назначены были вино и эфиръ внутрь, ледъ на животъ, опій въ суппозиторіяхъ (0,02 p. d.); но вино и эфиръ быстро извергались рвотой, и своего дѣйствія, конечно, не могли обнаружить; я прибѣгъ къ подкожному впрыскиванію эфира, но и это не повліяло на дѣятельность сердца: пульсъ по прежнему въ лучевыхъ артеріяхъ еле опредѣлялся. Тогда были назначены клизмы изъ теплаго (28° R.) физиологическаго раствора (0,60/0) поваренной соли,—поставлены были три клизмы, по стакану каждая (200 гр.), съ промежутками между ними въ 15—20 минутъ. Всѣ клизмы задержались и оказали благотворное вліяніе: больная очнулась, обморочное состояніе прошло, рвота прекратилась, дыханіе стало глубже, жажда уменьшилась, пульсъ явственно опредѣлялся въ лучевыхъ артеріяхъ, былъ по прежнему малымъ, 140 ударовъ въ минуту. Ледъ пришлось отмѣнить, такъ какъ онъ усиливалъ потугообразныя боли, и замѣнить согрѣвающимъ компрессомъ. Тошнота и потугообразныя боли все время продолжались, не смотря на примѣненіе опія. Около 6 часовъ пополудни, при умѣренномъ кровотеченіи, выдѣлилась изъ матки облочка, имѣвшая видъ мѣшка и представлявшая слѣпокъ ея полости. Послѣ этого, боли значительно ослабѣли, хотя еще продолжались весь слѣдующій день. Обмороки и рвота не повторялись, тошнота все еще продолжалась. Назначены: внутрь вино и эфиръ, которые теперь переносятся желудкомъ, снаружи опій продолжать.

Такимъ образомъ мы имѣли дѣло съ многорожавшей женщиной, у которой въ концѣ второго мѣсяца, послѣ послѣднихъ регулъ, при наличности *haematocelis retrouterinae*, наступилъ анамическій повторный коллапсъ съ обмороками, малымъ нитевиднымъ пульсомъ, рвотой, вздутіемъ живота, потугообразными болями, небольшимъ наружнымъ кровотеченіемъ и выдѣленіемъ облочки въ формѣ слѣпка полости матки. Такъ какъ незначительныя кровянистыя выдѣленія не могли быть причиною коллапса, то очевидно онъ зависѣлъ отъ внутренняго громаднаго кровотеченія. Спрашивается, какая была причина этого кровотеченія въ моемъ случаѣ? Анамнестическія данныя не даютъ никакихъ основаній признать причиною внутренняго кровотеченія заболѣванія придатковъ или травму. Первый коллапсъ произошелъ безъ всякаго видимаго повода, послѣ двухмѣсячной остановки регулъ, съ образованіемъ *haematocelis retrouterinae*. Но затѣмъ чрезъ 10 дней

произошелъ второй коллапсъ съ выдѣленіемъ *deciduae uterinae*. Это обстоятельство заставило признать другую причину внутренняго кровотеченія: оно было исходомъ вѣматочной беременности. Какая форма вѣматочной беременности дала такое колоссальное кровотеченіе? По клинической картинѣ, по указанному сроку появленія перваго коллапса я признаю причиною внутренняго кровотеченія одинъ изъ исходовъ трубной беременности. Имѣли ли дѣло съ разрывомъ беременной трубы, или трубнымъ абортъ? По моему мнѣнію, въ этомъ случаѣ былъ трубный абортъ. За это предположеніе говорятъ слѣдующія данныя: повторность внутренняго кровотеченія и связаннаго съ нимъ коллапса, потугообразныя боли при обоихъ коллапсахъ, и при этомъ небольшое наружное кровотеченіе. Какъ извѣстно, *haematocele retrouterina* распространялась въ область правой широкой связки, и главная масса кровяной опухоли занимала правую половину таза; очевидно поэтому, что была *graviditas tubaria dextra*, имѣвшая своимъ исходомъ трубный абортъ, который произошелъ въ 2 срока: въ первый разъ 1 февраля, безъ видимой причины, внезапно появлялся коллапсъ при потугообразныхъ боляхъ съ образованіемъ *haematoscelis*, и чрезъ 10 дней вторичный коллапсъ, при вставаніи больной съ судна, съ такими-же симптомами и выдѣленіемъ оболочки, зависѣвшій отъ новаго кровотеченія.

Ночью больная спала всего 20 минутъ, бессоница зависѣла отъ продолжавшихся болей. Потугообразныя боли стихли къ вечеру слѣдующаго дня.

На 3-й день появились боли постоянного характера, вечерняя  $t^0$  доходила до 38,2 при пульсѣ 140. Къ пятому дню боли стихли,  $t^0$  36,7, пульсъ 130. Теперь можно было ясно опредѣлить чрезъ брюшную стѣнку верхнюю границу кровяной опухоли: она простиралась на поперечный палецъ выше пупочной линіи. Кровянистыя выдѣленія прекратились къ 7 дню; изъ грудныхъ сосковъ выдавливалось *collostrum*. Лечение: согрѣвающий компрессъ и опій, больной назначена жидкая питательная діета. Послѣ прекращенія болей, опій былъ замѣненъ ихтиоломъ.

Въ послѣдующемъ теченіи болѣзни соединенное изслѣдованіе не примѣнялось вовсе, я ограничивался наружнымъ, которое констатировало наступившее расцѣпываніе кровяной опухоли. При безизхорадочномъ теченіи, силы больной начали возстановляться довольно быстро. Первые регулы пришли 16 марта, продолжались три дня, были не обильны и безъ болей. Изслѣдованіе послѣ регулъ показало слѣдующее: верхняя граница опухоли на высотѣ линіи, соединяющей *sp. ilei ant sup.*, вся опухоль безболѣзненна; при внутреннемъ изслѣдованіи, отношеніе опухоли къ маткѣ безъ измѣненій. Кромѣ прежняго леченія, больной назначены горячіе души (32—38° R), два раза въ день.

17/iv Регулы 4 дня, болѣе обильны, съ обычнымъ теченіемъ. Опухоль не выступаетъ изъ полости малаго таза, матка *in anteverisione*, опухоль въ Дугласовомъ пространствѣ плотна и уменьшилась. Больной разрѣшено встать; она чувствуетъ слабость ногъ.



и очень скоро устаетъ. Назначено: ferratin 0,6 p.d. 2 разъ въ день; горячіе души съ іодомъ, по прежнему 2 раза въ день.

3/v Опухоль въ Дугласовомъ пространствѣ еще уменьшилась, плотна, безболѣзненна и подвижна вмѣстѣ съ маткою; влѣво опухоль переходитъ пальца на 1½ за лѣвый край матки, справа на заднюю поверхность lig. lati; контуры матки опредѣляются довольно ясно. Къ прежнему разрѣшающему леченію прибавлены еще mouches de Milan.

11/v Опредѣляется небольшой остатокъ опухоли, величиною въ куриное яйцо, лежащій за маткою, и не переходящій за лѣвый край ея; правая граница опухоли не ясно опредѣлима, подвижность матки значительно больше. Лѣченіе прежнее.

20/v Регулы 4 дня, съ обычнымъ теченіемъ. Остатокъ опухоли, толщиною въ палецъ, шириною въ два пальца, явственно опредѣляется отдѣльно отъ матки. Больная отправлена въ деревню, съ предписаніемъ брать соляныя ванны и продолжать указанное уже разрѣшающее лѣченіе.

Вышедшая оболочка, представляющая слѣпокъ полости матки, въ видѣ мѣшка, имѣетъ треугольную форму съ закругленными углами. Наружная поверхность представляется неровною, бахромчатою, покрыта мѣстами свернувшееся кровью; на мѣстѣ, отвѣчающему дну матки, находятся два кистовидныхъ образованія, величиною въ маленькую горошину, сидящихъ на очень тоненькихъ и короткихъ ножкахъ. Соотвѣтственно устьямъ трубъ и orif. intern. имѣются шелевидныя отверстія, при чемъ отвѣчающее orif. int. большаго размѣра съ разорванными краями. Цвѣтъ вышедшей оболочки свѣтло-красный, мѣстами переходящій въ темно-красный, кистовидныя образованія представляются болѣе блѣдными. Размѣры слѣпка: длина 6 снт., ширина на высотѣ отверстій трубъ 4,5 снт., толщина 0,8—1,0 снт. Внутренняя поверхность гладка, раздѣлена поверхностными и глубокими, доходящими мѣстами до ½ толщи оболочки, бороздками на участки, неправильной формы; преобладающее направленіе бороздокъ—продольное и косое. Какого-нибудь правильнаго распредѣленія бороздокъ подмѣтить не удалось. Поверхность разрѣза не представляется однородной, къ внутренней поверхности ткань плотна, кнаружи болѣе рыхла; въ толщѣ видны разсѣянные экстравазаты. На внутренней поверхности невооруженнымъ глазомъ видны многочисленные маленькія отверстія. Нигдѣ на внутренней поверхности не видно ворсинокъ, или другихъ составныхъ частей плоднаго яйца.

Небольшіе кусочки, захватывающіе всю толщѣ оболочки изъ различныхъ стѣловъ ея (соотвѣтственно стѣнкамъ и дну матки), и кистовидныя образованія (они при опусканіи препарата въ спиртъ оторвались) уплотнялись обыкновеннымъ образомъ (абсолютный спиртъ, целлоидинъ); приготовленные микротомомъ срѣзы окрашивались гематоксилинъ-эозиномъ.

Изслѣдованіе срѣзовъ при маломъ увеличеніи (Zeiss, Oc. 2, Obj. AA) показало, что ткань состоитъ изъ двухъ слоевъ: внутренняго клѣтчатковаго съ большимъ количествомъ кровеносныхъ сосудовъ и наружнаго железистаго, въ которомъ основа пронизана различной формы полостями, образуя перегородки между ними (петлистый, ампулярный слой *Langhans's* <sup>1)</sup>). Оба слоя представляютъ не одинаковую степень окраски: клѣточный слой слабѣ окрашенъ, чѣмъ средняя часть препарата и железистый, гдѣ особенно интенсивна окраска гематоксилиномъ самаго наружнаго отдѣла его ближе къ поверхности отдѣленія.

При сильномъ увеличеніи (Zeiss, Oc. 2 и 4, Obj. DD) оказалось, что на внутренней поверхности вышедшей оболочки встрѣчается сильно-измѣненный эпителий, расположенный небольшими островками, окрашенный не интенсивно; клѣтки его имѣютъ кубическую форму, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видны переходныя формы клѣтокъ отъ кубической въ уплощенную, похожую на эндотеліальную. На срѣзахъ изъ мѣста, отвѣчающаго дну матки, я нашелъ отслоившуюся отъ поверхности эпителиальную оболочку, состоящую изъ клѣтокъ указанной формы и продолжавшуюся въ выводные протоки железъ. Въ другихъ препаратахъ выводные протоки железъ не были вовсе покрыты эпителиемъ.

Строма внутренняго слоя состоитъ изъ децидуальныхъ клѣтокъ, меньшей величины чѣмъ на доношенныхъ послѣдахъ, различной формы: круглой, овальной и многоугольной, съ боль-

---

<sup>1)</sup> Conrad und *Langhans*. Tubenschwangerschaft. Ueberwanderung d. Eies. Arch. f. Gyn. 1876. Bd. IX. s. 342. Ercolani первый доказалъ гистологическимъ изслѣдованіемъ превращеніе слизистой матки въ отпадающую оболочку, при вѣматочной беременности (Della struttura anatomica della caduca uterina nel casi di gravidanza-extra-uterina nella donna. Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna. Serie III. T. IV. 1874, Реф. въ *Virchow-Hirsch's Jahresbericht*. 1873. Bd. I. s. 96).

шимъ количествомъ протоплазмы и большими овальными ядрами. Клѣтки эти расположены на нѣкоторомъ разстояніи другъ отъ друга; между ними межклѣтчатое, нѣжно-волокнистое иногда гомогенное вещество, въ которомъ разсѣяны небольшія соединительно-тканые круглыя клѣтки, съ большими относительно ядрами. Децидуальныя клѣтки имѣютъ плохо окрашенныя протоплазму и ядра: очертанія какъ клѣтокъ, такъ и ядеръ не ясны. Такія клѣтки не содержатъ какихъ-либо зеренъ, а представляютъ блѣдно-розовый оттѣнокъ протоплазмы и едва уловимую блѣдно-голубую окраску ядеръ, что особенно бросается въ глаза при сравненіи съ рѣзкой окраской круглыхъ клѣтокъ. Кромѣ того, иногда встрѣчаются мѣста, отвѣчающія по величинѣ децидуальной клѣткѣ, содержащія неокрашенную зернистую массу.

Сосуды клѣточковаго слоя весьма обильны и разнаго строенія. Ближе къ поверхности встрѣчается довольно густая сеть капилляровъ, расположенная параллельно съ поверхностью. Стѣнка ихъ состоитъ только изъ эндотелія. На мѣстахъ, лишенныхъ эпителія, капилляры лежатъ такъ поверхностно, что ихъ эндотелій составляетъ внутреннюю границу клѣточковаго слоя. Капилляры наполнены сохранившимися кровяными шариками, въ нѣкоторыхъ встрѣчается свернувшійся фибринъ.

Кромѣ капилляровъ, въ поверхностномъ отдѣлѣ клѣточковаго слоя, я нашелъ сосуды, въ поперечномъ разрѣзѣ круглаго очертанія, у которыхъ кромѣ эндотелія имѣется тонкая оболочка, состоящая изъ концентрически расположенныхъ волоконъ и клѣтокъ. Эти сосуды—вѣточки артерій, потерявшихъ уже часть своихъ оболочекъ, по сравненію съ артеріями наружнаго слоя, у которыхъ оболочки сильно развиты. Большая часть ихъ содержитъ сохранившіеся кровяные шарики, многіе изъ нихъ безъ всякаго содержимаго. Въ глубокомъ отдѣлѣ клѣточковаго слоя встрѣчаются полости круглаго, овальнаго и бисквитовиднаго очертанія, безъ слѣдовъ какой-бы то ни было оболочки, ограниченныя непосредственно децидуальною тканью, съ неизмѣнными кровяными шариками. Эти полости расположены близко другъ къ другу и по своей величинѣ превосходятъ калибръ артерій и венъ наружнаго слоя. Въ этомъ же отдѣлѣ клѣточковаго слоя имѣются экстравазаты: ткань

частію пронизана кровяными шариками, частію фибринозными массами.

Ткань перекладинъ наружнаго слоя рѣзко отличается отъ внутренняго: клѣтки ея меньшей величины, преобладаетъ короткая веретенообразная форма, встрѣчаются круглыя и многоугольныя; количество соединительно-тканныхъ круглыхъ клѣтокъ болѣе значительно и увеличивается къ поверхности отдѣленія, гдѣ ткань ими сильно инфильтрирована. Сосуды этого слоя, по свойству ихъ стѣнокъ и формы разрѣза должны быть признаны за артеріи и вены. Содержимое ихъ кровяные шарики въ сѣти фибрина, или только фибринозная масса. Въ ткани наружнаго слоя громадныя экстравазаты свѣжаго и давняго происхожденія.

Железы наружнаго слоя представляютъ значительное разнообразіе какъ формы ихъ, такъ и расположенія эпителия. Очень рѣдко въ глубокихъ слояхъ, ближе къ поверхности отдѣленія, приходилось встрѣчать разрѣзъ железы, въ видѣ кружка, напоминающій разрѣзъ железы небеременной матки. Эти железы содержатъ эпителий, кубической формы, отслоившійся отъ подлежащей ткани и лежащій въ просвѣтѣ; клѣтки съ неровными свободными краями, довольно хорошо окрашены. Большая часть железъ имѣетъ видъ удлинненныхъ полостей, самой неправильной формы. Небольшія полости покрыты однослойнымъ кубическимъ эпителиемъ; другія представляютъ пролиферацію железнатаго эпителия рѣзковыраженную: кромѣ пристѣночнаго эпителия, встрѣчаются кучки эпителиальныхъ клѣтокъ въ просвѣтѣ полости; клѣтки круглой, овальной и многоугольной формы и меньше клѣтокъ пристѣночнаго эпителия, плохо окрашены. Наконецъ встрѣчаются полости, совершенно наполненныя клѣтками; въ нихъ пристѣночный эпителий расположенъ небольшими островками, среди клѣтокъ въ нѣкоторыхъ полостяхъ зернистая масса. Вообще клѣтки этихъ полостей представляютъ дегенеративныя измѣненія: плохо окрашены, очертанія ихъ и ядеръ не ясны. Большія железнатыя полости, наполненныя описанными клѣтками, окружены непосредственно тканью перекладинъ. Кромѣ этихъ полостей, я находилъ большія полости съ отслоившимся на всемъ протяженіи эпителиемъ, лежащимъ въ просвѣтѣ въ видѣ связан-

ной цѣпи клѣтокъ, хорошо окрашенныхъ. Относительно формы клѣтокъ железистаго эпителія слѣдуетъ замѣтить, что преобладающая форма—кубическая съ неровными свободными краями; переходныя формы отъ кубической къ уплощенной клѣткѣ, похожей на эндотеліальную, я наблюдалъ въ нѣкоторыхъ полостяхъ.

Изслѣдованіе срѣзовъ маленькихъ кистъ показало, что стѣнки ихъ состоятъ изъ клѣточной ткани основы наружнаго слоя; въ ней встрѣчаются железистыя полости съ однослойнымъ кубическимъ эпителиемъ. Внутренняя поверхность кистъ почти совершенно лишена эпителиальнаго покрова, за исключеніемъ небольшихъ его остатковъ въ 2—3 клѣтки, сохранившихъ свою кубическую форму, плохо окрашенныхъ, съ неяснымъ очерченіемъ.

И такъ, на основаніи микроскопическаго изслѣдованія можно сказать, что вышедшій слѣпокъ полости матки представляетъ всѣ свойства отпадающей оболочки—*deciduae uterinae*, въ каковую превратилась слизистая оболочка матки подъ вліяніемъ трубной беременности. Эта *decidua uterina* состоитъ изъ двухъ слоевъ: клѣточковаго и железистаго. Въ этомъ отношеніи мое изслѣдованіе подтверждаетъ въ общемъ результаты моихъ предшественниковъ. Спрашивается, въ какомъ отношеніи находятся полученные мною результаты изслѣдованія составныхъ частей *deciduae uterinae* по сравненію съ данными другихъ авторовъ? Приведу эти данныя.

Относительно поверхностнаго эпителія данныя авторовъ различны. Одни авторы его не находили—*Langhans* (1. с.), *Cohnstein* <sup>2)</sup>, *Wyder* <sup>3)</sup>, *Klein* <sup>4)</sup> и *C. van Tussenbroek* <sup>5)</sup>. Другіе изслѣдователи находили эпителій въ той или другой формѣ. *Leopold* <sup>6)</sup> находилъ на поверхности сохранившійся

<sup>2)</sup> *Cohnstein*.—Beitrag zur Schwangerschaft ausserhalb d. Gebärmutterhöhle. Arch. f. Gyn. 1877. Bd. XII. s. 357.

<sup>3)</sup> *Wyder*.—Beiträge zur Lehre von d. Extrauterinschwangerschaft und d. Orte d. Zusammentreffens von Ovulum und Spermatozoen. Arch. f. Gyn. 1886. Bd. XXVIII. s. 378.

<sup>4)</sup> *Klein*.—Entwicklung und Rückbildung d. Decidua. Zeit. f. Geb. und Gyn. 1891. Bd. XXII. s. 263.

<sup>5)</sup> *C. van Tussenbroek*.—Die decidua uterina bei ectopischer Schwangerschaft in Bezug auf d. normalen Entwicklung von Placenta und Eihäute. Virchow's Arch. 1893. Bd. 133. s. 214.

<sup>6)</sup> *Leopold*.—Tubenschwangerschaft mit äusserer Ueberwanderung d. Eie. und consecutiver Haematocele retrouterina. Arch. f. Gyn. Bd. 10. 1876. s. 237s

цилиндрическій эпителий. *Abel* <sup>7)</sup> видѣлъ на поверхности вышедшей deciduae полосу, состоящую изъ удлиненныхъ клѣтокъ съ длинными ядрами, которую онъ признаетъ за измѣненный поверхностный эпителий. *Zweifel* <sup>8)</sup> встрѣчалъ хорошо сохранившійся кубическій эпителий на всей поверхности и въ многочисленныхъ железистыхъ углубленіяхъ вышедшей deciduae. *Доббертъ* <sup>9)</sup> находилъ на поверхности deciduae, соединенной съ маткой, вблизи отверстій железъ исключительно кубическій эпителий, похожій на эпителий железъ; на вышедшихъ экземплярахъ deciduae нигдѣ эпителия не было. Въ моемъ случаѣ, соответственно дну матки, я находилъ отдѣлившуюся отъ поверхности полосу, состоящую изъ клѣтокъ переходныхъ формъ отъ кубической къ плоской, похожей на эндотеліальную, и заходящую въ выводные протоки железъ; въ другихъ мѣстахъ островки эпителия изъ кубическихъ и плоскихъ клѣтокъ.

Что касается железистаго эпителия, то указанія приведенныхъ авторовъ сходятся относительно формы клѣтокъ: цилиндрической на днѣ железъ, кубической и плоской въ железистыхъ полостяхъ ампулярнаго слоя, и его легкой отслойки отъ подлежащей ткани. Различіе замѣчается относительно способа расположенія эпителия. Большинство изслѣдователей наблюдали однослойный эпителий въ железистыхъ полостяхъ, и только не многіе нашли въ нихъ скопленія эпителиальныхъ клѣтокъ. Первый указалъ на это *Leopold* (l. c. s. 256); *Abel* (l. c. ss. 402 и 403) эти скопленія ставитъ, повидимому, въ зависимость отъ отслойки эпителия и считаетъ ее трупнымъ явленіемъ. Бѣльшее вниманіе на эти скопленія клѣтокъ обратила *v. Tussenbroek* (l. c. s. 211), которая считаетъ ихъ результатомъ пролифераціи эпителия. *Доббертъ* (l. c. s. 238) не считаетъ отслойку эпителия посмертнымъ явленіемъ и думаетъ, что клѣтки его погибаютъ среди разрастающейся кругомъ децидуальной ткани.

<sup>7)</sup> *Abel*.—Zur Anatomie d. Eileiterschwangerschaft nebst Bemerkungen zur Entwicklung d. mensch. Placenta. Arch. f. Gyn. 1890. Bd. 39. s. 406.

<sup>8)</sup> *Zweifel*.—Ueber Extrauterinschwangerschaft und retrouterine Hämatome. Arch. f. Gyn. 1891. Bd. 44. s. 58.

<sup>9)</sup> *Доббертъ*.—Beiträge zur Anatomie d. Uteruschleimhaut bei ectopischer Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. 1894. Bd. 47. s. 237.

На своихъ препаратахъ я имѣлъ возможность прослѣдить различныя формы расположенія эпителія въ железистыхъ полостяхъ и прихожу къ убѣжденію, что скопленіе клѣтокъ не можетъ быть поставлено въ зависимость отъ отслойки эпителія, какъ это принимаютъ *Abel* и *Доббертъ*; потому что я наблюдалъ скопленіе клѣтокъ при сохранности пристѣночнаго эпителія; препараты съ отслоившимся эпителиемъ указываютъ только на перемѣну его мѣстоположенія: клѣтки, сохраняя связь между собою, отъ стѣнки отходятъ въ просвѣтъ полости, и при этомъ не наблюдается увеличенія числа клѣтокъ. Эту отслойку я никакъ не могу признать трупнымъ явленіемъ. Въ большихъ полостяхъ, совершенно наполненныхъ клѣтками, можно было замѣтить мѣстами правильно расположенный пристѣночный эпителій, и всегда была замѣтна граница между подлежащею тканью и подобными скопленіями клѣтокъ, которыя по своей квадратной, круглой, овальной и многоугольной формы отличались отъ веретенообразныхъ клѣтокъ стромы. На основаніи всего этого я, согласно съ *v. Tussenbroek*, считаю эти скопленія клѣтокъ въ железистыхъ полостяхъ за результатъ пролифераціи эпителія ихъ, которая является отраженіемъ усиленнаго роста всѣхъ клѣточныхъ элементовъ слизистой матки при превращеніи ея въ отпадающую оболочку. По моему мнѣнію, эти скопленія клѣтокъ въ железистыхъ полостяхъ составляютъ весьма важный діагностическій признакъ, отличающій *decidua uterinam* при внѣматочной беременности отъ *membrana dysmenorrhoeica* и обыкновенной *decidua*, железистый эпителій которой однослойный (*Klein l. c.*)

(Продолженіе слѣдуетъ).