

CCCIX. Tuberculosis intestinorum et phthisis caseosa tuberculosa.

М. Кейлинъ.

Маркъ Голобородько, музыкантъ, 18 лѣтъ, поступилъ въ больницу 17-го февраля 1893 года съ жалобами на сильный поносъ, интенсивную боль въ животѣ и общій упадокъ силъ. Больной анемиченъ и истощенъ, съ атрофированной жировой кѣтчаткой и слабо развитой мускулатурой. На поверхности туловища замѣчаются разбросанныя бляшки pityrias versicol. На нижнихъ конечностяхъ на обѣихъ стопахъ до середины голени замѣчается апасага. Лимфатическія железы въ паху и въ подкрыльцовой ямкѣ значительно увеличены. Грудная кѣтка цилиндрической формы, удлиненная съ широкими межреберными промежутками. Въ верхушкахъ обоеихъ легкихъ при перкуссіи замѣчается притупленіе легочнаго тона съ тимпаническимъ оттѣнкомъ; при аускультациі въ этихъ мѣстахъ—неопредѣленное дыханіе съ удлинненнымъ выдохомъ. Животъ сильно вздутъ. Въ области тонкихъ и толстыхъ кишекъ высокій тимпанический тонъ, при надавливаніи значительная болѣзненность. Испраженія горохового цвѣта, жидкія, съ рѣзкимъ запахомъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ нихъ замѣчаются бѣлыя кровяныя тѣльца, плоскій эпителий и клочки слизистой оболочки. Испраженія повторяются черезъ каждыя 1—2 часа съ значительною при этомъ болѣзненностью въ rectum. Болѣзнь, по словамъ больного, тянется уже 2 года. Раньше только по временамъ являлись поносы и боли въ животѣ, которые, однако, никогда еще не были такъ сильны, какъ въ послѣднее время. Съ 8-го января 1893 года поносы не прекращаются. Кромѣ того, въ теченіи болѣзни у больного являлись по временамъ приступы лихорадки съ ознобомъ, жаромъ и потомъ. Въ послѣднее время больной чувствуетъ только частые ознобы. Съ ранняго дѣтства у больного часто являлась экзема на головѣ и на конечностяхъ. Умеръ 27-го февраля 1893 года. Вскрытіе 28-го февраля.

Лобные бугры изглажены. Кости черепа нормальной толщины. Diploë сильно развита. Мягкая мозговая оболочка истончена, плотно приращена и малокровна. Боковые желудочки, особенно задніе рога, сильно расширены. Сосуды основанія безъ измѣненій. Околосердечная сумка приращена къ внутренней поверхности обоеихъ легкихъ, сильно растянута прозрачною серозною жидкостью. Оба легкія сращены съ грудной стѣнкой и діафрагмою старыми, трудно разрываемыми, ложными перепонками. Въ разрѣзѣ лѣвое легкое при верхушкѣ и при переднемъ краѣ верхней доли содержитъ разсѣянные сѣровато-краснаго цвѣта узлы, величиной отъ горошины до лѣсного орѣха, съ вкрапленными въ нихъ мелкими, желтыми казеозными узелками. Въ нижней долѣ разсѣянные перибронхитическія утолщенія съ темно-красными пятнами по окружности. Проходима для воздуха ткань умеренно отечна, въ верхней долѣ—сѣтло-краснаго цвѣта, въ нижней—темно-краснаго. Правое легкое представляетъ тѣ же измѣненія. Сердце мало. Epicardium утолщено, сѣроватаго цвѣта, на правомъ желудочкѣ непрозрачно. Полости малы. Мускулатура плотна, темно-краснаго цвѣта. Endocardium

лѣваго предсердія и желудка утолщено. Большіе сосуды узки и тонкостѣнны. Всѣ брюшныя внутренности сращены между собой и съ діафрагмой и также въ видѣ тесьмовидныхъ перемычекъ съ передней брюшной стѣнкою старыми ложными перепонками. Селезенка неправильной формы, съ утолщенной капсулой, болѣе развита въ толщину и ширину, чѣмъ въ длину. Въ разрѣзѣ кожиста, равномерно темно-краснаго цвѣта. Trabeculae сильно развиты. Печень также неправильной формы. Правый край сильно закругленъ. Она мала, развита преимущественно въ толщину. Въ разрѣзѣ малокровна, черновато-коричневаго цвѣта, съ неясно выраженными дольками, но сильно расширенными центральными венами. Желчный пузырь умеренно растянутъ; протокъ проходимъ. Стѣнки вѣтвей venaе portae въ печени утолщены въ видѣ сѣрыхъ пятенъ. Почки малы. Капсула легко отдѣляется. Ткань цианотично окрашена, кожиста. Корковый слой неравномѣрной толщины. Сосочки притулены, мѣстами обезцвѣчены. Клѣтчатка около лоханокъ уплотнена. Мочевой пузырь совершенно заросъ въ ложныхъ перепонкахъ, содержитъ насыщенную мочу, стѣнка утолщена, слизистая оболочка венозно гиперемирована. Желудокъ сжатъ; слизистая оболочка мелко-бородавчата, въ antrum, равно какъ въ двѣнадцатиперстной кишкѣ сѣро-аспиднаго цвѣта. Начиная съ верхняго края тощей кишки на слизистой оболочкѣ разсыяны во множествѣ поясныя съ бородавчатымъ дномъ и бугристыми краями, мѣстами стягивающіяся рубцомъ, язвы, то занимающія 1—2 складки, то расширяющіяся до 2 поперечныхъ пальцевъ и болѣе. Число язвъ постепенно увеличивается по мѣрѣ приближенія къ подвздошной кишкѣ, въ которой преимущественно въ нижнемъ концѣ язвы получаютъ характеръ ограниченныхъ Пейеровыми бляшками съ потерей вещества и частью представляютъ почти полное рубцеваніе. Учлѣвшаая слизистая оболочка подвздошной кишки атрофирована, лишена складокъ, студениста и на самомъ нижнемъ концѣ мелко-бородавчата, не представляетъ слѣдовъ Пейеровыхъ бляшекъ и солитарныхъ фолликуловъ. Слѣпая кишка сращена съ передней брюшной стѣнкой. Въ мѣстѣ въ окружности устья червеобразнаго отростка представляется бухтообразная язва съ бугристымъ дномъ и отвороченными краями, частью аспиднаго, частью черновато-краснаго цвѣта. Червеобразный отростокъ уплотненъ и сморщенъ въ извитой шнурокъ, въ разрѣзѣ мясистый, темно-краснаго цвѣта. Восходящая часть ободочной кишки расширена. Съ праваго верхняго изгиба начинаются поясныя язвы съ бородавчатымъ, геморрагически инфильтрированнымъ дномъ, величиной до 4 поперечныхъ пальцевъ съ утолщеніемъ мышечнаго слоя. Язвы эти продолжаютъ до прямой кишки и книзу представляютъ постепенно усиливающееся парціальное стягиваніе краевъ съ сѣровато-аспидными мелкими рубцами. Въ прямой кишкѣ на утолщенной бархатистой слизистой оболочкѣ разсыяны многочисленныя язвы величиной до горошины и болѣе, съ обрѣзанными аспиднаго цвѣта краями, сообщающіяся между собой свищевыми ходами подъ учлѣвшею въ видѣ мостиковъ слизистой оболочкой. Брыжейка сморщена. Всѣ железы увеличены. Въ разрѣзѣ, какъ большія, достигающія величины лѣснаго орѣха, такъ и мелкія величиной до вишневоы косточки пронизаны зеленовато-желтыми казеозными узлами. Забрюшинныя железы по направленію къ аортѣ мало уплотнены, въ брюшной части казеозно перерождены, въ грудной кожисты, аспиднаго цвѣта.

Для микроскопическаго изслѣдованія взяты были кусочки изъ всѣхъ патологически измѣненныхъ органовъ, изъ которыхъ послѣ уплотненія и извѣстной обработки были приготовлены по возможности тонкіе срѣзы микротомомъ. Препараты подвергались двойной окраскѣ: гематоксилиномъ и эозиномъ.

На приготовленныхъ такимъ образомъ препаратахъ изъ легкихъ замѣчается утолщенная плевра, состоящая изъ пучковой соединительной ткани, богатой сосудами, наполненными кровяными шариками, отходящія отъ плевы перегородки легочной ткани утолщены частью насчетъ волокнистой соединительной ткани, частью насчетъ инфильтраціи круглыми, мелко-кѣточными элементами. Мѣстами въ интерстиціальной соединительной ткани, главнымъ образомъ по ходу сосудовъ и лимфатическихъ путей, замѣчаются бугорковыя образованія, представляющія слѣдующую картину: центральная часть ихъ некротизирована, непрозрачна, гомогенна, состоитъ изъ зернистыхъ глыбокъ и не окрашена, а представляется матово-блестящей массой. Эта центральная часть окружена поясомъ, состоящимъ изъ густаго скопленія круглыхъ кѣтокъ, имѣющихъ мелко-зернистую протоплазму и рѣзко окрашивающееся круглое ядро и расположенныхъ въ очень тонкой и нѣжной сѣткѣ. Эти образованія не содержатъ сосудовъ и мѣстами сливаются въ большія группы. На ряду съ этими старыми ретикулярными бугорками попадаются, хотя въ значительно меньшемъ количествѣ, болѣе молодые. Эти послѣдніе состоятъ въ центральной части изъ эпителиоидныхъ кѣтокъ, имѣющихъ сильно свѣтопреломляющую зернистую протоплазму и слабо окрашивающееся ядро. По периферіи этого центра расположены круглые мелко-кѣточные элементы, которые мѣстами скопились въ столь большомъ количествѣ, что почти закрываютъ эпителиоидныя кѣтки. Въ этихъ узелкахъ находятся еще гигантскія кѣтки, которыя представляются въ видѣ большихъ кѣтокъ, содержащихъ нѣсколько расположенныхъ въ видѣ вѣничка по периферіи ядеръ съ парціально некротизированной, неокрашивающейся, зернистой протоплазмой. По сосѣдству съ описанными узелками легочная ткань не осталась безъ измѣненій. Въ альвеолахъ мѣстами замѣчается отслоившійся эпителий легочной ткани въ видѣ большихъ плоскихъ кѣтокъ съ пузырькообразнымъ ядромъ, изъ которыхъ нѣкоторые находятся въ стадіи жирового перерожденія. Къ этимъ кѣткамъ мѣстами примѣшиваются въ значительномъ количествѣ эмигрировавшія бѣлыя кровяныя тѣльца. Другія альвеолы выполнены сѣткой, состоящей изъ очень тонкихъ, переплетенныхъ между собой нитей фибрина, между которыми за-

мѣчаются бѣлые кровяные шарики. Межъальвеолярная ткань представляется здѣсь пронизанной круглыми клѣточными элементами. Сосуды также измѣнены. Периваскулярная ткань инфильтрирована. Стѣнки сосудовъ мѣстами оказываются утолщенными; въ иныхъ, вслѣдствіе утолщенія *intimae*, замѣчается уменьшеніе просвѣта, мѣстами даже до полнаго закрытія его. Рядомъ съ только что указанными измѣненіями замѣчаются еще на изслѣдуемыхъ препаратахъ большія гнѣзда творожистаго перерожденія. Они представляются въ видѣ однородной, безструктурной, мелкозернистой массы желтовато-бѣлаго цвѣта, индифферентной къ красящимъ веществамъ. Соединительная ткань легкихъ въ этихъ мѣстахъ также подверглась творожистому перерожденію, вслѣдствіе чего она также превратилась въ однородную безструктурную массу, которая мѣстами вполне сливается съ массами эксудата, мѣстами представляется неясно отъ нихъ отграниченной. Далѣе въ плевральной и интеральвеолярной ткани замѣчаются еще частички угля въ видѣ скопляющихся мѣстами въ значительномъ количествѣ черныхъ точекъ. На ограниченномъ участкѣ препарата замѣчается геморрагическое гнѣздо; полость альвеолъ и легочная ткань на значительномъ пространствѣ инфильтрированы здѣсь красными кровяными шариками. Въ центральной части гнѣзда эта инфильтрація сильнѣе всего выражена, по направленію же къ периферіи его она становится слабѣе.

Изслѣдованіе на туберкулезныя бациллы посредствомъ окраски фуксиномъ и метиленовою синькой, произведенное какъ на уплотненныхъ срѣзахъ, такъ и на свѣжихъ препаратахъ, приготовленныхъ соскабливаніемъ тканевого сока съ поверхности разрѣза узелковъ,—показало обильное содержаніе ихъ въ томъ и другомъ случаѣ. На уплотненныхъ препаратахъ можно было видѣть, что бациллы попадаютъ здѣсь какъ въ центральной части распада бугорковъ, такъ и въ творожисто-перерожденной легочной ткани.

Такимъ образомъ микроскопическое изслѣдованіе препаратовъ изъ легкихъ показываетъ, что въ данномъ случаѣ имѣется комбинація двухъ патологическихъ процессовъ: 1) новообразовательнаго въ интерстиціальной соединительной ткани, выразившагося въ образованіи и развитіи бугорковъ и 2) воспалительнаго, выразившагося въ эксудаціи и творожистой пневмоніи. Слѣдовательно, мы имѣемъ здѣсь ту форму бугорчатки, которую можно назвать туберкулезнымъ воспаленіемъ легочной паренхимы и обозначить какъ *pneumonia tuberculosa caseosa*. Оба эти процесса, отличающіеся между собой въ анатомическомъ смыслѣ, находятся, однако, въ тѣсной связи, такъ какъ они обуславливаются однимъ и тѣмъ же этиоло-

гическимъ моментомъ, а именно—вторженіемъ и размноженіемъ Коховскихъ бациллъ, которыя можно найти какъ въ бугоркахъ, такъ и въ казеозно пневмоническихъ продуктахъ. Другая часть найденныхъ нами при изслѣдованіи измѣненій, какъ-то: pleuritis и haemorrhagia, должна быть разсматриваема какъ вторичныя сопутствующія явленія. Вслѣдствіе перерожденія стѣнокъ сосудовъ достаточно уже незначительнаго напряженія для того, чтобы сосудъ разорвался и далъ такимъ образомъ кроветеченіе.

На препаратахъ изъ печени прежде всего бросается въ глаза жировая инфильтрація паренхимы въ видѣ замѣчаемыхъ подъ микроскопомъ мелкихъ и крупныхъ, сильно блестящихъ капелекъ съ двойными контурами, которыя отражаютъ падающій свѣтъ бѣлымъ цвѣтомъ. Эти капли, помѣщаясь внутри печеночныхъ клѣтокъ, отодвигаютъ ядро къ периферіи. Жировая инфильтрація выражена какъ въ периферическихъ, такъ и въ среднихъ частяхъ долекъ. Кромѣ жировой инфильтраціи, на этихъ препаратахъ замѣчается еще присутствіе въ печеночныхъ клѣткахъ пигмента въ видѣ буроватыхъ зернышекъ, располагающихся кучками въ протоплазмѣ возлѣ ядра. Это отложеніе пигмента, весьма значительно выраженное въ данномъ случаѣ, замѣчается больше всего въ центральной части дольки. Venae centrales расширены. Стѣнки сосудовъ утолщены, мѣстами представляютъ мелко-клѣточную инфильтрацію по окружности. Капсула утолщена значительно и представляется въ видѣ плотной волокнистой соединительной ткани, бѣдой ядрами. Найденныя такимъ образомъ измѣненія въ печени должны быть отнесены насчетъ разстройства кровообращенія въ видѣ застойной гипереміи.

На препаратахъ изъ селезенки замѣчаются слѣдующія явленія. Капсула селезенки утолщена, склерозирована и состоитъ изъ фиброзной соединительной ткани, содержащей мало ядеръ. Отходящія отъ нея трабекулы и пронизывающія всю паренхиму селезенки также склерозированы и утолщены. Сосуды селезеночной паренхимы растянуты и переполнены красными кровяными шариками. Стѣнки сосудовъ утолщены. Мальпигіевы тѣльца оказываются увеличенными.

Мускульныя волокна сердца уменьшены въ объемѣ, истончены. Поперечная исчерченность ихъ сохранена. Въ мышечныхъ волокнахъ замѣчается отложеніе желтаго зернистаго пигмента, который мѣстами является скученнымъ возлѣ ядра, мѣстами расположенъ равномерно по сократительному веществу. Epicardium утолщено и состоитъ изъ фиброзной соединительной ткани.

На препаратахъ изъ почекъ видны умѣренно расширенные сосуды. Интерстиціальная ткань безъ измѣненій. Въ Мальпигіевыхъ клубочкахъ и извитыхъ канальцахъ ядра хорошо окрашиваются. Въ прямыхъ канальцахъ клѣтки являются измѣненными. Въ нихъ не удастся доказать присутствіе ядра. Контуры между отдѣльными клѣтками исчезли, и клѣтки превратились въ неясно ограниченныя, зернистыя глыбки.

Наибольшій интересъ въ нашемъ случаѣ представляютъ препараты изъ кишекъ.

Въ слизистой оболочкѣ тонкихъ кишекъ видны ворсинки, которые лишены покрывающаго ихъ эпителія. Нѣкоторыя изъ нихъ утолщены, другія, наоборотъ, атрофированы. Наиболѣе отдаленныя отъ язвенной поверхности ворсинки представляются утолщенными насчетъ инфильтраціи мелкими круглоклѣточными элементами. Строма ихъ, состоящая изъ волокнистой ткани, усѣянной клѣточными элементами, хорошо окрашивается ядерной окраской; залегающія межъ ворсинками Либеркюновы железы представляются здѣсь сдавленными. По мѣрѣ приближенія къ язвѣ ворсинки дѣлаются все тоньше, менѣе богаты клѣточными элементами и постепенно теряютъ свои структурныя особенности. Наконецъ, самыя близкія къ язвѣ ворсинки представляютъ гомогенную, не окрашивающуюся гематоксилиномъ, зернистую массу, въ которой нѣтъ слѣда клѣточного строенія. Мѣстами онѣ представляются слившимися вмѣстѣ въ одну массу, гдѣ едва можно отличить границы между отдѣльными ворсинками. Либеркюновы железы или вовсе не замѣчаются, или-же также представляются безъядерными и гомогенными. Основанія ворсинокъ состоятъ изъ сѣтчатой соединительной ткани, мѣстами богатой клѣточными элементами, мѣстами (ближе къ краю язвы) представляющей одну только сѣтку безъ клѣточныхъ элементовъ. Muscularis mucosae гипертрофирована. Всѣ слои кишечной стѣнки утолщены. Подслизистый соединительно-тканый слой состоитъ изъ богатой сосудами рыхлой соединительной ткани, которая возлѣ края язвенной поверхности становится плотнѣе и богаче клѣточными элементами. Въ прослойкахъ между мышечными пучками, главнымъ образомъ между наружнымъ и внутреннимъ мышечными слоями (muscularis externa и interna), замѣчаются расширенія лимфатическихъ ходовъ съ слизистымъ перерожденіемъ ткани, въ которой они залегаютъ. Serosa утолщена, богата сосудами, представляетъ волокнистую ткань, обильную хорошо окрашивающимися ядрами. Мѣстами въ гладкихъ мышечныхъ элементахъ замѣчаются, преимущественно по сосѣдству съ ядромъ, маленькія безцвѣт-

ныя, съ яснымъ блескомъ и темными очертаніями, капли жира, указывающія на жировое перерожденіе въ этихъ элементахъ.

На мѣстѣ, соответствующемъ язвѣ, видно, что на большомъ протяженіи деструктивнымъ процессомъ разрушены слизистая оболочка кишки и *muscularis mucosae*, и дно язвы составляетъ наружный продольный слой гладкихъ мышечныхъ элементовъ кишки. Края язвы имѣютъ неправильную форму, представляя много синузозныхъ ходовъ; дно ея неровное и бугристое. Язва имѣетъ поясную форму и наибольшимъ своимъ длинникомъ направляется по окружности кишки. Дно язвы, также какъ и края ея, неравномерно инфильтрированы клѣтками. Мѣстами самая поверхностная часть инфильтрата представляется некротизированной, безструктурной массой. Внутри инфильтраціоннаго пояса, а также на границѣ края язвы въ подслизистомъ слой и *muscul. externa* залегаютъ безсосудистые узелки, центральная часть которыхъ некротизирована, а периферическая состоитъ изъ лимфоидныхъ элементовъ, залегающихъ въ тонкой стѣткѣ соединительно-тканыхъ волоконъ и очень тѣсно скученныхъ. Такія-же образованія, мѣстами болѣе молодыя, замѣчаются и въ днѣ язвы залегающими въ *serosa*. Они располагаются главнымъ образомъ по протяженію лимфатическихъ сосудовъ. Кровеносные сосуды являются по окружности язвы гиперемированными, стѣнки ихъ инфильтрированы и утолщены.

Толстыя кишки представляютъ въ общемъ такія-же измѣненія, какъ и тонкія. Здѣсь также видны язвы, дно которыхъ доходитъ до *muscul. extern.*, съ инфильтрированными и отчасти некротизированными краями и съ разсѣянными бугорками въ окружности. *Serosa* утолщена, богата сосудами, наполненными красными кровяными шариками. На мѣстѣ, соответствующемъ дну язвы, замѣчаются бугорки, отчасти некротизированные въ центрѣ, отчасти еще не распавшіеся. Въ наружной части серозной оболочки замѣчаются какъ-бы оторванные пленки, представляющіяся въ видѣ пластинокъ съ свободно торчащими концами. На нѣкоторыхъ препаратахъ периферическая часть язвы, граничащая съ подслизистымъ соединительно-тканымъ слоемъ, представляется въ видѣ рубцующейся ткани, очень богатой сосудами.

На препаратахъ изъ лимфатическихъ железъ брыжейки замѣчаются разсѣянные узелки, изъ которыхъ нѣкоторые имѣютъ значительную величину и произошли, вѣроятно, отъ сліянія нѣсколькихъ узелковъ. Центральная часть ихъ казеозно перерождена въ видѣ желтоватаго цвѣта массы, не воспринимавшей красящихъ веществъ. Периферическая *часть

обсажена круглыми клѣточными элементами. На границѣ этихъ двухъ частей въ нѣкоторыхъ узелкахъ залегаютъ гигантскія клѣтки. Въ другихъ железахъ вся центральная часть представляетъ сплошную казеозную массу, по периферіи которой попадаютъ бугорковые образованія; ткань паренхимы въ этихъ железахъ является только въ незначительномъ количествѣ сохранившеюся между узелками. На препаратахъ изъ этихъ железъ, окрашенныхъ фуксиномъ и метиленовою синькой, были найдены Коховскія палочки, хотя въ незначительномъ количествѣ. Микроскопическое изслѣдованіе тонкихъ и толстыхъ кишекъ изъ мѣстъ, пораженныхъ язвами, а также и казеозно перерожденныхъ брыжеечныхъ железъ, показываетъ такимъ образомъ, что мы имѣемъ здѣсь специфическое воспаленіе, выражающееся въ образованіи бугорковъ съ послѣдовательнымъ некрозомъ пораженныхъ тканей и образованіемъ язвъ въ кишкахъ, — другими словами — здѣсь имѣется туберкулезное воспаленіе кишекъ. Инфекція, надо полагать, распространялась по лимфатическимъ сосудамъ, направляясь къ брыжеечнымъ железамъ, такъ какъ найденныя въ нихъ измѣненія анатомически и этиологически родственны съ измѣненіями въ кишкахъ. Другая сторона дѣла заключается въ теченіи процесса. Нѣтъ сомнѣнія, что мы имѣемъ въ данномъ случаѣ хроническое воспаленіе кишекъ, выразившееся въ значительномъ пораженіи ихъ по всему протяженію съ образованіемъ большихъ поясныхъ язвъ. Слѣдствіемъ этого процесса въ кишкахъ явилось слипчивое разлитое воспаленіе брюшины съ образованіемъ ложныхъ перепонокъ и сращеніемъ между собой брюшныхъ органовъ.

Бугорчатка кишекъ обыкновенно присоединяется вторично къ легочной чахоткѣ, но въ нашемъ случаѣ, несомнѣнно, первичнымъ мѣстомъ туберкулезной инфекціи были кишки, такъ какъ найденныя въ нихъ измѣненія болѣе стараго происхожденія, чѣмъ какія мы видѣли въ легкихъ; слѣдовательно, здѣсь процессъ шелъ въ обратномъ порядкѣ и съ кишекъ, вѣроятно, по лимфатическимъ путямъ распространился на легкія.

CCCX. Carcinoma villosum recti et phthisis circumscripta pulmonis dextri catarrhalis.

II. Турьянскій.

Больная Елена Кравецъ, 37 лѣтъ, Харьковская мѣщанка, поступила 27-го февраля 1893 года въ Александровскую больницу, жалуюсь на частые поносы, тошноту, потерю аппетита и общее недомоганіе. До послѣдняго заболѣванія она ничѣмъ серьезнымъ не страдала, хотя и не отличалась крѣпкимъ здоровьемъ. 4 мѣсяца тому назадъ у больной появились значительные поносы. Въ это-же время больная потеряла аппетитъ, появилась тошнота, рвоты-же не было; температура тѣла была слегка повышена, особенно по вечерамъ. Съ теченіемъ времени поносы усилились, позывы нанизъ стали чаще. Эти поносы сильно истощали больную, тѣмъ болѣе что она почти ничего не ѣла и проводила безсонныя ночи по причинѣ частыхъ позывовъ нанизъ. Больная немного покашливала, мокроты-же выдѣлялось незначительное количество. Наконецъ, силы больной подорвались и она должна была лечь въ постель. Больная средняя роста и тѣлосложенія, съ слабо развитой мышечной системой; подкожный жирный слой совершенно отсутствуетъ. Надключичныя ямки сильно выражены; грудная клѣтка узкая, длинная; реберные хрящи ясно выдаются; дыханіе поверхностное, частое (24—28 въ мин.); экскурсіи грудной клѣтки слабы, но равномерны. Исслѣдованіе мокроты показало присутствіе туберкулезныхъ бациллъ. При перкуссіи легкихъ было получено притупленіе легочнаго тона съ тимпаническимъ оттѣнкомъ, какъ съ правой стороны, такъ и съ лѣвой во второмъ межреберномъ промежуткѣ. При аускультатіи легкихъ получалось всюду жесткое, неопредѣленное дыханіе, а во второмъ межреберномъ промежуткѣ съ правой и лѣвой сторонъ—съ бронхіальнымъ характеромъ. *Fremitus pectoralis* пониженъ. Тоны сердца глуховаты, шумовъ не слышно. Пульсъ слабый, легко сжимаемый, частый (90—100 въ мин.). Языкъ сухой, обложенъ сѣрымъ налетомъ. Испражненія желтовато-бурого цвѣта, туберкулезныхъ бациллъ не содержатъ. Животъ сильно вздутъ. Въ нижней части живота больная чувствуетъ при давленіи сильную боль. 7 марта больная умерла.

Кости свода утолщены, малокровны, *duploë* на лобной кости сильнѣе развито. Твердая мозговая оболочка также утолщена, мягка, атрофирована, разрывается. Ткань мозга отечна, безкровна, тѣстоватой плотности; желудочки расширены, сосуды основанія безъ измѣненій. Сердце малое, мускулатура дряблая, клапаны безъ измѣненій. Оба легкія мѣстами сращены съ грудной стѣнкой, хорошо снабжаются, малокровны; верхушки содержатъ сѣровато-красные узлы, величиной съ горошину. На правой верхушкѣ нѣсколько втянутыхъ рубцовъ, подъ которыми находится каверна, величиной въ лѣсной орѣхъ, съ гладкими стѣнками, съ грязно-сѣрымъ, кашицеобразнымъ содержимымъ. Селезенка увеличена, дряблая, кожистая, свѣтло-краснаго цвѣта. Печень нормальнаго объема, дряблая, кожистая, свѣтло-коричневаго цвѣта. Почки слегка увеличены, капсула отдѣляется съ разрывомъ корковаго слоя, ткань кожистая, неравномѣрно свѣтло-краснаго цвѣта, съ сѣрыми гнѣздами. Лоханки безъ измѣненій. Слизистая оболочка желудка тонкая, отличается необыкновенной блѣдностью, атрофирована. Толстая кишка на всемъ

протяженіи расширена, тонкостѣнна, содержитъ жидкія, зеленоватыя каловыя массы. Слизистая оболочка безъ особенныхъ измѣненій. Прямая кишка расширена, выполняетъ всю полость малаго таза, плотно приращена къ крестцовой кости и лѣвому крестцовоподздошному соединенію, serosa аспидно пигментирована. При отдѣленіи—задняя стѣнка легко разрывается, по вскрытіи—окружность занимаетъ опухолевидно перерожденная слизистая оболочка въ видѣ, похожихъ на мозговья извилины, валикообразныхъ узловъ, величиною отъ лѣсного орѣха до голубиного яйца и болѣе, частью прикрытыхъ уцѣлѣвшею студенисто-бѣлаго цвѣта слизистой оболочкой, частью обнаженныхъ и покрытыхъ крошковатымъ, грязно-сѣраго цвѣта, ихорознымъ распадомъ. Между узлами находятся глубокія расщелины въ видѣ язвъ, проникающихъ до мышечнаго слоя, покрытыхъ сѣровато-желтой казеозной массой. Одна изъ расщелинъ въ правой складкѣ представляетъ нѣсколько свищевыхъ ходовъ въ опухолевидно утолщенную правую, широкую связку матки. При разрѣзѣ этой связки спереди открывается многолопастная киста, величиною немного менѣе куриного яйца, сѣро-пепельнаго цвѣта, какъ-бы съ мышечными стѣнками, мелкобородавчатой внутренней поверхностью, содержащая желтую, какъ-бы слизисто-гнойную, полужидкую массу. Къ задней стѣнкѣ этой кисты непосредственно примыкаетъ мозговидный, бѣлый, опухолевидный узелъ, изъязвленный со стороны прямой кишки. Матка увеличена въ объемѣ, стѣнки утолщены и уплощены. Слизистая оболочка матки гладкая, аспиднаго цвѣта. Лѣвый яичникъ рубцево сморщенъ. Мочевой пузырь безъ измѣненій.

Стоикіе препараты для микроскопическаго изслѣдованія были получены слѣдующимъ образомъ: кусочки изъ органовъ послѣ девяти-дневнаго уплотненія въ Мюллеровской жидкости, промывки водой, трехдневнаго уплотненія въ спиртѣ, обработки терпентиномъ и терпентиномъ съ парафиномъ, были залиты въ парафинъ; микротомомъ были сдѣланы тонкіе разрѣзы, которые, по удаленіи парафина и послѣ предварительной двойной окраски гематоксилиномъ и эозиномъ, изслѣдовались въ канадскомъ балзамѣ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи разрѣзовъ, сдѣланныхъ изъ стѣнки прямой кишки, мы находимъ, что *gestum* потеряла свое нормальное строеніе. Только въ весьма ограниченныхъ мѣстахъ она еще имѣетъ слизистую оболочку съ Либеркюновыми железами, имѣетъ мускульные слои и клѣтчатку. Въ большей-же своей части она занята новообразованіемъ, имѣющимъ свое строеніе, отличное отъ строенія прямой кишки. На препаратахъ изъ этого новообразованія мы видимъ, что концевая часть его, вдаваясь въ просвѣтъ прямой кишки, состоитъ изъ стержней, покрытыхъ цилиндрическими, слизисто-перерожденными, эпителиальными клѣтками. Это суть *villi*. Нерѣдко попадаются настолько большія *villi*, что они не помѣщаются въ полѣ зрѣнія микроскопа. При передвиганіи препарата удается видѣть, какъ эти *villi* древовидно развѣтвляются, даютъ въ разныя стороны отростки, а отъ этихъ послѣднихъ отходятъ новые, болѣе тонкіе отростки, такъ что образуется цѣлая сѣть, перекладины которой обложены въ одинъ или нѣсколько слоевъ цилиндрическими, слизисто-

перерожденными, эпителиальными клетками. Эти перекладины имѣютъ соединительно-тканную строму, въ которой залегаютъ кровеносные сосуды, узнаваемые на данныхъ препаратахъ по буроватому окрашиванію и по содержанію красныхъ кровяныхъ шариковъ. Мѣстами эти кровеносные сосуды на концѣ перекладины, по направленію къ просвѣту прямой кишки, шарообразно расширяются и даютъ въ разныя стороны отростки, что указываетъ на дальнѣйшее образованіе сосудовъ, а, слѣдовательно, и на дальнѣйшій ростъ новообразованія. Далѣе, при микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли по направленію къ клетчаткѣ прямой кишки новообразованіе имѣетъ соединительно-тканную альвеолярную строму, съ залегающими въ ней кровеносными сосудами. Эти альвеолы, подобно описаннымъ выше перекладинамъ, выстланы такими-же цилиндрическими, слизисто-перерожденными, эпителиальными клеткамъ. Въ центрѣ-же своемъ эти альвеолы не имѣютъ никакихъ клетокъ, а въ тоже время, не имѣя и никакой стромы, представляютъ совершенно пустое пространство. Видны также и такія образованія, которыя имѣютъ совершенно правильную круглую форму, выстланныя съ своей внутренней стороны указанного выше характера эпителиальными клетками. Въ соединительно-тканной оболочкѣ этихъ круглыхъ образованій, а также и около нея замѣчаются по буроватому окрашиванію перерѣзанные въ различныхъ направленіяхъ кровеносные сосуды. Въ иныхъ мѣстахъ мы видимъ атипически расположенныя эпителиальныя клетки, раздвигающія собою пучки соединительной ткани. Это особенно ясно видно на границѣ новообразованія съ нормальной тканью. Среди этихъ, атипически расположенныхъ, эпителиальныхъ клетокъ попадаются клетки большія съ нѣсколькими ядрами, что указываетъ на дѣленіе клетокъ, а, слѣдовательно, и на дальнѣйшее распространеніе—развитіе новообразованія. Что-же касается той стѣнки прямой кишки, которая свободна отъ новообразованія, то и тутъ наблюдаются участки, сильно инфильтрированные мелкими клеточными элементами—лимфоидными клетками, что указываетъ на процессъ воспалительный. На препаратахъ, приготовленныхъ изъ кистовиднаго образованія правой широкой связки матки и на препаратахъ изъ опухолевиднаго образованія той-же связки находимъ тѣ-же цилиндрическія, слизисто-перерожденныя, эпителиальныя клетки, выстилающія такія-же альвеолярныя и круглыя образованія, какія мы видѣли и на препаратахъ изъ прямой кишки; находимъ также и стержни описаннаго выше характера. Видны и атипически расположенныя эпителиальныя цилиндрическія клетки, среди которыхъ не мало встрѣчается и большихъ многоядерныхъ клетокъ.

На разрѣзахъ, приготовленныхъ изъ стѣнки каверны, находящейся въ верхушкѣ праваго легкаго, внутренняя ея поверхность неровная, сильно инфильтрирована лимфоидными элементами и красными кровяными шариками; первые жирно-перерождены и находятся въ состояніи распада. Тутъ-же мы видимъ облитерированные, запусѣвшіе кровеносные сосуды. Идя далѣе отъ внутренней поверхности каверны къ здоровой легочной ткани, мы замѣчаемъ, что инфильтрація клѣточными элементами слабѣе выражена, такъ что легочная ткань, примыкающая къ стѣнкѣ каверны, представляется состоящей изъ плотной соединительной ткани, съ кое-гдѣ встрѣчающимися клѣточными жирно-перерожденными элементами. Около-же каверны, въ здоровой легочной ткани, мы наблюдаемъ расширенные кровеносные сосуды, въ периваскулярной ткани которыхъ находимъ большія многоядерныя клѣтки. Далѣе, на уплотненныхъ препаратахъ изъ верхушекъ праваго и лѣваго легкаго альвеолы деформированы, альвеолярныя перегородки атрофированы, сосуды ихъ облитерированы,—имѣемъ такимъ образомъ, такъ называемое, тканевое запусѣніе. Кромѣ того, на этихъ препаратахъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видимъ очень густое скопленіе черныхъ частичекъ, такъ что представляется невозможнымъ рассмотреть структуру подлежащей ткани. Это есть ни что иное, какъ anthracosis. При изслѣдованіи стѣнки каверны на бактеріи былъ полученъ отрицательный результатъ.

На разрѣзахъ, приготовленныхъ изъ печени, печеночныя клѣтки уменьшены въ объемѣ и содержатъ въ себѣ бурый пигментъ, при чемъ содержаніе бурога пигмента въ клѣткахъ увеличивается отъ периферіи къ центру дольки. Кромѣ того, въ печеночныхъ клѣткахъ находятся бѣлыя, блестящія капли разной величины, отъ мельчайшей капельки до объема самой клѣтки, такъ что въ иныхъ клѣткахъ вытѣсненная къ периферіи протоплазма еле замѣтна. Ядра-же во всѣхъ клѣткахъ сохранены, при чемъ они интенсивно окрашены. Эти бѣлыя, блестящія капли есть ни что иное, какъ жиръ, а такъ какъ печеночныя клѣтки, содержащія эти жировыя капли, имѣютъ протоплазму и ядра качественно не измѣненные, то, слѣдовательно, въ печени имѣется жировая инфильтрація. Соединительно-тканныя междольчатые прослойки расширены и инфильтрированы клѣточными элементами, что указываетъ на воспалительный интерстиціальныи процессъ.

На препаратахъ изъ сердца видимъ также бурую мускульную атрофію.

При микроскопическомъ изслѣдованіи разрѣзовъ изъ почки, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ эпителий мочевыхъ канальцевъ очень плохо окра-

шивается и имѣть зернистую протоплазму. Другихъ измѣненій въ почкахъ никакихъ не найдено.

Резюмируя все сказанное, мы должны рѣшить, съ чѣмъ имѣемъ дѣло. Въ виду быстрого развитія опухоли прямой кишки, а также въ виду сильнаго истощенія организма, которое усиливалось по мѣрѣ развитія опухоли, мы должны признать это новообразование злокачественнымъ. А такъ какъ главную составную часть его составляютъ эпителиальныя клѣтки и кровеносные сосуды, то, значить, имѣемъ дѣло съ новообразованиемъ раковымъ. Далѣе, какъ мы видѣли при микроскопическомъ изслѣдованіи препаратовъ, само новообразование состоитъ изъ стержней, древовидно развѣтвляющихся и образующихъ сѣти, при чемъ, какъ сами стержни, такъ и перекладины сѣти обложены въ одинъ или нѣсколько слоевъ цилиндрическими эпителиальными, слизисто-перерожденными клѣтками. Такое строеніе раковаго новообразованія очень характерно для такъ называемаго рака ворсистаго. За исходный пунктъ начала развитія имѣющагося въ данномъ случаѣ ворсистаго рака нужно признать цилиндрической эпителий, выстилающій слизистую оболочку прямой кишки. Въ силу какого-либо раздраженія или въ силу другихъ, неизвѣстныхъ намъ, причинъ, цилиндрической эпителий слизистой оболочки recti сталъ разрастаться, а вмѣстѣ съ разрастаніемъ эпителиа появились и новообразованные кровеносные сосуды, которые были обложены новообразованными эпителиальными клѣтками. Такимъ образомъ начали получаться *villi*, вдававшіяся въ просвѣтъ recti. Въ тоже время разрашеніе эпителиа и кровеносныхъ сосудовъ стало идти и вглубь прямой кишки, такъ что съ теченіемъ времени rectum почти на всемъ своемъ протяженіи лишилась своего нормальнаго строенія и была занята разраставшимися эпителиальными клѣтками и кровеносными сосудами. Послѣ того какъ вся толща стѣнки recti въ нѣкоторыхъ участкахъ была занята новообразованиемъ, раковыя клѣтки проложили себѣ путь въ правую широкую связку матки и дали тутъ такого-же характера новообразование, какъ и *in recto*.

Имѣющееся въ данномъ случаѣ пораженіе правой верхушки легкаго не имѣетъ никакой связи съ раковымъ заболѣваніемъ. Клѣтки, инфильтрировавшія стѣнку каверны, жирно перерождены и находятся въ состояніи распада. Свѣжей-же инфильтраціи клѣточными элементами не найдено, почему можемъ сказать, что данная каверна стараго происхожденія и не имѣла склонности къ дальнѣйшему распространенію.

Атрофическій процессъ въ почкахъ, сердцѣ и печени, а также жировая инфильтрація послѣдней есть слѣдствіе раковой кахексіи.

Итакъ, главнымъ заболѣваніемъ въ данномъ случаѣ было злокачественное новообразованіе въ прямой кишкѣ, которое повлекло за собою постепенное истощеніе организма и, наконецъ, послужило причиною летальнаго исхода.

CCCXI. Adeno-fibro-sarcoma cysticum mammae dextrae.

II. Перцевъ.

Больная Софья Шлихтъ, 26 лѣтъ, поступила въ хирургическую клинику профессора Грубе 29 февраля 1892 года съ опухолью правой грудной железы. Величина опухоли приблизительно съ дѣтскую головку; кожа надъ ней истончена, съ ясно просвѣчивающими венозными сосудами. При ощупываніи замѣчается, что опухоль какъ-бы заключена въ мѣшкѣ, подвижна, безболѣзненна, не занимаетъ всей железы, а только ея верхушку и среднюю часть и рѣзко отдѣляется отъ основанія железы, гдѣ ткань по своей упругости нисколько не отличается отъ ткани здоровой железы. Содержимое мѣшка состоитъ изъ отдѣльныхъ плотныхъ бугровъ, въ промежуткахъ между которыми ткань болѣе мягкая, какъ-бы чувствуется зыбленіе. Опухоль не сращена съ грудною стѣнкою. Сосокъ на больной груди сильно сморщенъ. Лимфатическія железы, какъ въ подмышечной впадинѣ, такъ и въ остальныхъ мѣстахъ не увеличены. При перкуссии и аускультации никакихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ не найдено. Питаніе больной не удовлетворительно. Опухоль вмѣстѣ съ капсулой была экстирпирована 4 марта. По словамъ больной, впервые опухоль была замѣчена ею въ іюнѣ мѣсяцѣ 1886 года на 4-мъ мѣсяцѣ первой беременности. Новообразованіе въ это время было величиною съ волошскій орѣхъ, довольно плотной консистенціи. Опухоль замѣтно не увеличивалась въ теченіе 4-хъ лѣтъ до второй беременности, когда появились и остальные узлы, и опухоль начала быстро расти. Во время менструаций она не увеличивалась въ объемѣ, но больная тогда ощущала тяжесть въ заболѣвшей железнѣ. Функція больной железы въ періодѣ лактаціи замѣтно не была ослаблена. По разсказу больной, до появленія опухоли у нея было воспаленіе правой железы, при чемъ образовался нарывъ, который былъ вскрытъ. Одно время больная перенесла брюшной тифъ, но никакихъ другихъ заболѣваній не было.

Послѣ экстирпаціи опухоли, при макроскопическомъ изслѣдованіи замѣчается слѣдующее: опухоль имѣетъ свою собственную фасцію, которая отдѣляетъ ее отъ подкожно-жирноклѣточного слоя и проникаетъ между отдѣльными буграми. Величина послѣднихъ колеблется отъ горошины до величины лѣсного яблока. Бугры дольчатые, занимаютъ периферію опухоли и сидятъ на волокнистой ножкѣ сѣроватаго цвѣта, вѣерообразно расходящейся въ узлѣ. При разрѣзѣ изъ бугровъ выдѣляется сывороточ-

ная слизистая жидкость. Поверхность разрѣза то свѣтло-блѣдно-красноватая, то бѣлая, мозговидно-студенистая, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ отечная, похожая на желе. На поверхности разрѣза замѣчается большое количество щелей, наполненныхъ слизисто-сывороточною жидкостью. Въ плотной междольчатой соединительной ткани имѣются ходы, сообщающіеся съ центральною частью опухоли. Эта послѣдняя занята полостью величиною приблизительно въ кулакъ взрослого человѣка. Стѣнки ея рыхлы, дряблы, сѣровато-желтаго цвѣта, похожи на некротическую массу. Содержимое этой полости—студенистая жидкость молочнаго цвѣта.

Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты куски изъ периферической и центральной частей опухоли. Послѣ предварительной обработки и задрѣлки въ парафинъ были сдѣланы по возможности тонкіе срѣзы. Одни срѣзы окрашивались пикрокарминомъ и метиленовой синькой, другіе гематоксилиномъ и эозиномъ. При изслѣдованіи при слабомъ увеличеніи (Гартнакъ, система 4-ая) было найдено, что щели, видимыя макроскопически на поверхности разрѣза узловъ, суть ничто иное, какъ расширенныя выводныя протоки желеzystыхъ долекъ. При болѣе сильномъ увеличеніи (Гартнакъ, система 7-я) видно, что стѣнки протоковъ гипертрофированы и эпителий, выстилающій ихъ, сильно пролиферируетъ, такъ что нѣкоторые протоки буквально заполнены имъ, при чемъ онъ подвергается слизистому перерожденію и свертывается въ шары. Кромѣ эпителия въ протокахъ находится мелко-зернистое вещество, въ которомъ отчетливо можно видѣть, по различному свѣтопреломленію, центральную часть въ видѣ шарика и периферическій слой; нѣкоторыя зернышки совершенно гомогенны. Кромѣ выводныхъ протоковъ на препаратахъ видны также асині, эпителий которыхъ тоже пролиферируетъ. Стѣнки выводныхъ протоковъ плотно прилегаютъ къ окружающей соединительной ткани. Эта послѣдняя состоитъ главнымъ образомъ изъ фиброзной ткани съ веретенообразными саркоматозными клѣтками, одно—или двуядерными. Въ большинствѣ случаевъ клѣтки расположены продольными рядами (пучками), на подобіе клѣтокъ мышечныхъ волоконъ. Пучки, соединяясь вѣтвѣтъ, даютъ пучки, которые пересѣкаются подъ различными углами, между которыми находится въ достаточномъ количествѣ основное вещество волоконцевого строенія. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ направление веретенообразныхъ элементовъ опредѣляется ходомъ сосудовъ. Нужно замѣтить, что веретенообразныя клѣтки крупны и бѣдны протоплазмою. Кое-гдѣ на препаратахъ видны круглыя клѣтки, то съ ядрами, то безъ нихъ; это ничто иное, какъ перпендикулярные разрѣзы черезъ веретенообразныя клѣточные

элементы. Мѣстами попадаются точки, которыя произошли вслѣдствіе перерѣзыванія веретенообразныхъ клѣтокъ на хвостѣ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ саркоматозныя клѣтки преобладаютъ надъ фиброзною тканью. Въ послѣдней находится большое количество новообразованныхъ капилляровъ; при этомъ отчетливо видно, какъ эндотелій капилляровъ даетъ отъ себя отрпыски въ различныхъ направленіяхъ. Видны также артеріи и тонкостѣнныя вены, перерѣзанныя въ продольномъ и поперечномъ направленіяхъ, наполненныя красными кровяными шариками. На препаратахъ можно видѣть также мышечныя волокна, расположенныя прерывистыми слоями около выводныхъ протоковъ. Кромѣ фиброзной и саркоматозной тканей встрѣчается также гомогенная склерозированная ткань, въ которой не имѣется никакихъ форменныхъ элементовъ. Въ щеляхъ послѣдней попадаютъ зернистыя массы, вѣроятно, распадъ красныхъ кровяныхъ шариковъ. На границѣ между узлами и центральной частью опухоли находится плотная волокнистая ткань, мѣстами склерозированная, бѣдная кровеносными сосудами.

Микроскопическое изслѣдованіе центральной части опухоли, именно, стѣнокъ полости, показало, что здѣсь нѣкогда былъ такой-же новообразовательный процессъ, который имѣется въ периферической части опухоли, но только само новообразование подверглось большому измѣненію на мѣстѣ эпителія, выстилавшаго выводные протоки и сильно пролиферировавшаго, видны мелко-зернистыя массы, которыя какъ-бы вываливаются изъ полости выводныхъ протоковъ. Такое впечатлѣніе, по крайней мѣрѣ, получается тамъ, гдѣ видны еще остатки соединительной ткани, окружающей выводные протоки. Нѣтъ никакихъ саркоматозныхъ элементовъ; на мѣстѣ ихъ виденъ одинъ только распадъ въ видѣ мелко-зернистой массы; полное отсутствіе какихъ-бы то ни было кровеносныхъ сосудовъ. Итакъ, въ данномъ мѣстѣ имѣется некрозъ новообразованія. Быть можетъ, отдѣленіе плотною тканью центральной части отъ периферической вызвало нарушеніе питанія первой, которое и вызвало омертвѣніе. На основаніи макроскопическаго и микроскопическаго изслѣдованія опухоли мы можемъ съ полнымъ правомъ заключить, что въ нашемъ случаѣ имѣется *adeno-fibro-sarcoma cysticum*.

Какъ уже выше было сказано, въ центральной полости находилась студенистая жидкость молочнаго цвѣта. Микроскопическое изслѣдованіе ея показало, что это есть молозиво (были найдены молозивныя тѣльца, кристаллы холестеарина, капли жира и клѣтки железистаго эпителія), на основаніи чего должно заключить, что въ центрѣ опухоли имѣется мо-

лочная киста (galactosele). Причиною появленія такихъ кистъ служить засореніе или заращеніе выводнаго протока въ томъ или другомъ мѣстѣ железы съ послѣдовательною задержкой секрета, вслѣдствіе чего онѣ получаютъ названіе ретенціонныхъ кистъ. Засореніе или заращеніе въ свою очередь происходитъ вслѣдствіе воспалительнаго процесса въ области крупныхъ протоковъ железы, что нужно предположить и въ нашемъ случаѣ (анамнезъ). Образованіе молочной кисты сопровождается не болью, а ощущеніемъ напряженности. Киста можетъ достигать значительной величины и вмѣщать до десяти квартъ чистаго молока, какъ напримѣръ въ цитируемомъ случаѣ Скарпы. Относительно того, какимъ измѣненіямъ подвергается молоко, скопившееся въ замкнутой полости, достоверно ничего неизвѣстно. Нѣкоторые изслѣдователи полагаютъ, что оно можетъ превращаться въ масло и творогъ вслѣдствіе всасыванія сыворотки, и такимъ образомъ получаютъ маслянистыя кисты.

Теперь скажемъ нѣсколько словъ о развитіи самого новообразованія. Въ нормальномъ состояніи железистые протоки и пузырьки окружены слоемъ гіалиноваго вещества, непосредственно плотно прилегающаго къ нимъ, въ которомъ прежде всего и появляется новообразовательный процессъ. При такой близкой локализациі послѣдняго, соединительная ткань, окружающая протоки и пузырьки и эпителий ихъ не могутъ оставаться безучастными: они также начинаютъ пролиферировать, при чемъ соединительная ткань превращается въ фибро-саркоматозную ткань. Если бы новообразовательный процессъ раньше появлялся въ соединительной ткани, а не въ гіалиновомъ веществѣ, то тогда протоки и пузырьки были-бы сдавлены и вслѣдствіе этого облитерировались-бы, а въ нашемъ случаѣ они представляются расширенными. Конечно, послѣднее можно объяснить только тѣмъ, что гіалиновое вещество, принимающее прежде участіе въ развитіи новообразованія, служа основаніемъ для железнстаго эпителія протоковъ и пузырьковъ, заставляеть эпителий вслѣдствіе своего растяженія увеличиваться въ своей поверхности и расширять протоки и пузырьки.

Предсказаніе въ нашемъ случаѣ сравнительно благоприятно, такъ какъ рецидивы при *fibro-sarcom'a* наблюдаются рѣдко, при микроскопическомъ-же изслѣдованіи не было найдено никакихъ данныхъ, которыя указывали-бы на переходъ новообразованія въ злокачественную форму, напр., въ ракъ. Черезъ мѣсяцъ послѣ экстирпаціи опухоли послѣдовало почти полное заживленіе раны. 3 апрѣля больная оставила клинику.

CCCXII. Hepatoadenoma disseminatum.

Н. Гуленко.

Василій Леженковъ, отставной ефрейторъ конвоя Его Величества, а въ послѣднее время надзиратель арестантскихъ ротъ, что на Холодной горѣ въ г. Харьковѣ, 49 лѣтъ отъ роду, въ началѣ октября прошлаго года поступилъ въ Александровскую больницу, жалуясь на постоянныя боли *sub scrobiculo cordis*, иктерическое окрашиваніе кожи, на рѣзущія боли во время акта дефекаціи, на общее исхуданіе и слабость. До настоящаго заболѣванія больной всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ. Разъ только, на 23 году, когда онъ находился на караульномъ посту въ зимнемъ дворцѣ, съ нимъ сдѣлалось дурно, онъ „почернѣлъ въ лицѣ“, но чрезъ 9 дней совершенно оправился. Ходъ настоящаго заболѣванія больной такъ описываетъ: боленъ онъ 10 мѣсяцевъ. Сначала чувствовалъ только безпрерывныя боли въ животѣ, къ которымъ, по прошествіи 1½ мѣсяца, присоединились боли въ области *apі*. Фекальныя массы стали окрашиваться кровью, сами массы сначала были жидкими, выходили 5—6 разъ въ сутки, затѣмъ твердыми, бѣловато-глинистыми. Далѣе послѣдовательно наступили: потеря аппетита, головныя боли и головокруженія, слабость; рвоты не было. Боли *sub scrobiculo cordis* оставались стаціонарными. Больной средняго роста, въ сильной степени истощенъ; кожа и склеры иктерически окрашены; подкожно-жировой слой и мускульная система рѣзко атрофированы. Костная система умѣренна и правильна. Животъ представляетъ явленія асцита. Справа въ подложечной области какое-то возвышеніе разлитого характера, при пальпаціи оно бугристо и болѣзненно, болѣзненность распространяется и на лѣвое *hypochondrium*. Возвышеніе было отнесено къ печени. Печень увеличена: начинается она по стеральной линіи съ верхняго края 5 ребра, по мамил. въ 5 межреберья, по аксиллярной съ 6 ребра. Нижний ея край на 4 смт. ниже края ложныхъ реберъ. Грудная клѣтка бочкообразно расширена. Въ легкихъ ничего не найдено (?) Границы сердца въ предѣлахъ нормы; тоны глуховаты, пульсъ мягокъ, средняго наполненія, 70 ударовъ въ минуту; число дыханій въ минуту=20. Границы селезенки опредѣляются съ трудомъ. Испражняется больной до 10 разъ въ сутки, каловыя массы бѣловато-глинистаго цвѣта. Моча буро-краснаго цвѣта, количество 2000 куб. смт. въ сутки, удѣльный вѣсъ=1011, слабо-кисла, содержитъ желчныя пигменты и индикантъ. Температура субфебрильная. Въ началѣ февраля 1893 года каловыя массы стали чистыми, безъ кровяной примѣси, и боли въ области *apі* прекратились. Около того-же времени начали изрѣдка появляться носовыя кровотечения.

Клиническій діагнозъ — *carcinoma hepatis*. Въ виду чрезмѣрнаго скопленія асцитической жидкости въ брюшной полости, больному 26 февраля была сдѣлана пункция и выпущено 4500 куб. смт. жидкости соломенно-желтаго цвѣта.

1 марта 1893 года больной скончался при явленіяхъ коматознаго состоянія и полной простраціи.

Патолого-анатомическое вскрытіе произведено было 3 марта. In inspectione *cadaveris* констатировано было, что субъектъ имѣлъ „фиброматозную конституцію“.

Проф. Крыловъ. Школьная хроника 1893 г.

Кости свода склерозированы; мягкая мозговая оболочка сочна, легко разрывается, ткань мозга тѣстовата вслѣдствіе отека. Сердце увеличено въ поперечномъ размѣрѣ, дрябло. Правое венозное устье расширено, полости желудочковъ также расширены. Большіе сосуды тонкостѣнны, въ аортѣ выпячиваніе въ правую сторону, *intima* блѣдна, грязновато-желтого цвѣта; мускулатура дряблая, грязнаго, черновато-краснаго цвѣта. Оба легкія сращены съ грудною стѣнкою, эмфизематозны, отечны, грязнаго, темно-краснаго цвѣта, съ разсыянными гнѣздами омѣлотовренія. Селезенка увеличена, капсула утолщена, бородавчата, въ разрѣзѣ кожиста, грязнаго, темно-краснаго цвѣта. Печень нѣсколько больше нормальной, развита на счетъ правой доли, такъ что лѣвая доля, представляя раздѣленный на три лопасти придатокъ, не больше $\frac{1}{6}$ части общаго объема органа. Вся поверхность мелко-бородавчата, темнаго, сѣро-печеночнаго цвѣта, съ выдающимися желтовато и зеленовато-бѣлыми узелками, величиной отъ просяного зерна до вишневой косточки. На передней поверхности, начиная отъ вѣicznej связки, замѣчается полушаровидное, покрытое утолщенной капсулой и по переднему краю ложными перепонками, скрѣпляющими печень съ діафрагмой, плоское возвышеніе, дающее при давленіи ложную флюктуацію. Въ разрѣзѣ въ этомъ мѣстѣ находится мягкій, окруженный болѣе плотнымъ слоемъ, не рѣзко выдающийся надъ поверхностью разрѣза, зеленовато-черный, частью кашицеобразной, частью мозговидной консистенціи узелъ, въ которомъ, по удаленіи размягченныхъ частей, замѣчаются бухтообразныя, какъ-бы перепончатыя углубленія. Вся ткань остальной печени фиброзной плотности, хруститъ подъ ножомъ, на поверхности разрѣза усеяна множествомъ такихъ-же узелковъ, какіе замѣчаются подъ капсулой. Желчный пузырь растянутъ водянистою желчью. *Lig. hepato-duodenale* представляетъ рѣзкій перегибъ вслѣдствіе отсутствія *lig. hepato-colici* и смѣщенія верхней правой кривизны ободочной кишки кнутри и влево до полнаго прижатія выходной части желудка къ двѣнадцатиперстной кишки. Желудокъ слегка вздутъ газами, содержитъ грязно-красныя, гемморрагическія слизистыя массы въ умеренномъ количествѣ. Слизистая оболочка лишена складокъ, съ многочисленными, мелкими, черноватыми углубленіями на сѣромъ фонѣ. Двѣнадцатиперстная кишка расширена, у мѣста вхожденія *ducti choledochi* находится масса студенисто-сѣраго цвѣта; подъ нею, на задней стѣнкѣ, слизистая оболочка представляетъ плоское, выполненное полупрозрачною слизистою массой, углубленіе шириной около 2 смт., высотой около $1\frac{1}{2}$ смт.; въ немъ, по срединѣ, въ видѣ бѣловатаго продольнаго валика, замѣчается кишечная часть желчнаго протока съ утолщенной стѣнкой. Зондъ, проходя свободно чрезъ разрѣзъ изъ печени, упирается въ складку, сначала нижнюю, а потомъ верхнюю описаннаго углубленія на слизистой оболочкѣ. Слизистая оболочка кишечной части протока истончена, блѣдна, безъ слѣда окрашиванія желчью. Слизистая оболочка расширеннаго желчнаго протока надъ нею тонка, уплотнена, интенсивно окрашена зеленовато-желтымъ цвѣтомъ. Корни желчнаго протока печени по окружности вышеописаннаго узла непроходимы для зонда. При верхнемъ концѣ тощей кишки въ передней стѣнкѣ, прикрытая серознымъ покровомъ, лежитъ опухоль, въ видѣ мягкаго, темно-краснаго узла, величиною въ грецкій орѣхъ. Стѣнки тонкихъ кишекъ на всемъ протяженіи утолщены, просвѣтъ ихъ расширенъ, складки слизистой оболочки мясисты, отечны. Вся слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишекъ безкровна. Содержимое кишекъ кашице-

образно въ тонкихъ и замазкоподобно въ толстыхъ кишкахъ, грязновато-бѣлаго цвѣта, безъ слѣдовъ желчи. Почки увеличены въ объемъ, капсула довольно легко отдѣляется, ткань кожиста, цианотически окрашена, корковый слой неравномерно утолщенъ, сосочки притуплены; клѣтчатка около лоханокъ избыточно развита, студенисто инфильтрирована. Мочевой пузырь значительно растянутъ, стѣнка нормальной толщины, имѣеть трабекулярный видъ. Диагнозъ—*hepatoadenoma*.

Для микроскопическаго изслѣдованія было взято: 1) 7 кусочковъ изъ разныхъ частей печени; 2) 2 кусочка изъ опухолевиднаго новообразованія, находившагося въ подсерозномъ слое передняго отдѣла тощей кишки; 3) кусокъ изъ двѣнадцатиперстной кишки у мѣста вхожденія ducti choledochi; 4) изъ легкихъ два кусочка; 5) нѣсколько кусочковъ изъ почекъ; 6) одинъ кусочекъ изъ селезенки. Часть кусочковъ изъ печени и новообразованія въ тощей кишкѣ фиксировалась въ Флемминговомъ растворѣ, другая часть и кусочки изъ другихъ органовъ были погружены на 10 дней въ Мюллеровскую жидкость, на двое сутокъ въ алкоголь, на сутки въ кедровое масло, на сутки въ смѣсь хлороформа и легкоплавкаго парафина при $t^{\circ}=36^{\circ}$ (C) и, наконецъ, въ расплавленный, трудноплавкій парафинъ при $t^{\circ}=53^{\circ}$ (C). Затѣмъ кусочки были залиты твердымъ парафиномъ и рѣзались на микротомѣ. Окраска—гематоксилиномъ, эозинномъ, часть микроскопическихъ препаратовъ изъ печени—сафраниномъ. Нѣсколько препаратовъ изъ новообразованія въ тощей кишкѣ были получены расщипываніемъ.

Печень. Чрезмѣрное количество новообразованныхъ узловъ, ихъ различная величина геср. возрастъ принудили насъ удобства ради разчленивъ всю сумму узловъ въ печени на три категоріи: узлы перваго, второго и третьяго порядка. Къ первому порядку мы относили самый старый, приращенный узелъ; ко второму—всѣ узлы, имѣющіе въ среднемъ величину вишневоѣ косточки, и, наконецъ, къ третьему, послѣднему—узлы въ маковое зерно и меньше. Кромѣ того, такъ какъ отношеніе частей въ новообразованныхъ узлахъ и другъ къ другу, и къ матерней почкѣ—печеночной паренхимѣ—носитъ постоянный, закономѣрный характеръ, то вначалѣ предлагаемъ, наблюдаемую подъ микроскопомъ, парадигму этихъ отношеній.

Тамъ, гдѣ новообразованные узлы чрезъ посредство ихъ фиброзныхъ капсулъ тѣсно связаны съ субстанціей органа, мы видимъ слѣдующее: а) широкія полосы рубцовой, стекловидно-блестящей, гомогенной соединительной ткани идутъ тѣсными параллельными рядами, въ перемежку съ остатками сдавленной и атрофированной печеночной паренхимы, въ видѣ изолированныхъ другъ отъ друга островковъ узко-овальной формы, безъ слѣдовъ дольчатости; б) гнѣзда молодой волокнистой соединительной ткани съ веретенообразными клѣточными элементами и ядрами, окрасившимися въ интенсивно фіолетовый цвѣтъ; в) незначительное количество кровеносныхъ сосудовъ, заложенныхъ въ полосы соединительной ткани; д)

желчные протоки—отъ 3-хъ до 12-ти въ полѣ зрѣнія; послѣдніе пусты и облитерированы. По мѣрѣ приближенія къ внутренней поверхности фиброзной сумки, мы замѣчаемъ, что рубцовый характеръ соединительной ткани уступаетъ мѣсто болѣе молодому типу, такъ что на границѣ между сумкой и содержимымъ узловъ соединительная ткань кажется какъ-бы инфильтрированной молодыми клѣточными элементами, съ густо окрашенными въ синій цвѣтъ ядрами.

Къ внутреннему краю капсулы со стороны узловъ новообразованія примыкаетъ, въ видѣ болѣе или менѣе широкаго фіолетоваго цвѣта кольца, поясъ, состоящій изъ массы мелкихъ, густо скученныхъ, молодыхъ клѣточныхъ элементовъ новообразованія. Это наблюдается во всѣхъ тѣхъ узлахъ, гдѣ нѣтъ втяженія соединительно-тканыхъ пучковъ капсулы внутрь узловъ, которые, вдаваясь въ послѣдніе, отшнуровываютъ цѣлые сегменты, такъ что подчасъ инкапсулированный узелъ распадается на нѣсколько автономныхъ узелковъ, связанныхъ съ оставшеюся массой узла общностью фиброзной капсулы. Подвигаясь отъ периферіи къ центру узловъ, мы замѣчаемъ, что скученность клѣточныхъ элементовъ все дѣлается меньше, сами клѣтки больше, конфигурація ихъ послѣдовательно мѣняется изъ усѣченно-конусообразной въ цилиндрическую, изъ цилиндрической въ кубовидную, изъ кубовидной въ многогранную. Средство протоплязмы клѣтокъ къ эозину, а ядеръ ихъ къ гематоксилину ослабѣваетъ, въ клѣткахъ все рѣзче и рѣзче выступаютъ явленія простой и дегенеративной атрофій и, наконецъ, центральная часть узловъ оказывается въ видѣ безцвѣтной, безструктурной, некротически распавшейся массы. Въ несегментированныхъ узлахъ клѣточные элементы располагаются въ видѣ узкихъ тяжей, шириной въ одну, двѣ клѣтки, имѣющихъ радіальное расположеніе. У периферіи тяжи отдѣлены другъ отъ друга узкимъ, свѣтлымъ пространствомъ, но по мѣрѣ приближенія къ центру сближаются до соприкосновенія. Часто подобная геометрическая правильность фигуры нарушается, благодаря выѣдренію въ отдѣльныя части узловъ конгломератовъ изъ молодыхъ клѣточныхъ элементовъ. Форма конгломератовъ—или рядъ концентрическихъ круговъ, или-же извитыхъ полыхъ цилиндровъ. При большей наличности клѣточныхъ конгломератовъ радіальный характеръ расположенія клѣточныхъ элементовъ теряется, уступая мѣсто хаотическому скопленію старыхъ и молодыхъ клѣтокъ; при меньшей наличности радіальное строеніе удерживается, а сами конгломераты кажутся какъ-бы окрашенными въ старую печеночную или молодую соединительную ткань. Мы упомянули, что клѣточные тяжи имѣютъ радіальное рас-

положеніе, т. е., что строеніе узловъ напоминаетъ строеніе печеночныхъ долекъ, но это не совсѣмъ такъ: хотя въ узлахъ второго и третьяго порядковъ, гдѣ центральная часть еще удержала свою структуру, удастся видѣть *v. centralem* на поперечномъ разрѣзѣ, содержащую красные кровяные шарики, но, въ общемъ, новообразованные узлы являются какъ-бы безсосудистыми; изрѣдка можно видѣть поперечные перерѣзы капилляровъ, содержащихъ нѣсколько красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Видимо, что питаніе узловъ идетъ со стороны фиброзной капсулы, такъ какъ иногда удастся прослѣдить, въ сегментированныхъ узлахъ, какъ по трабекуламъ спускается вглубь узла болѣе или менѣе толстый кровеносный сосудъ, который скоро исчезаетъ. Печеночныя кѣтки у наружной поверхности капсулы, которая рѣзко начинается, всюду носятъ слѣды рѣзкихъ регрессивныхъ измѣненій, такъ что мѣстами отъ печеночной субстанціи остается одинъ только ячеистый остовъ межуточной соединительной ткани, инфильтрированный каплями жира.—На препаратахъ, уплотнявшихся въ Флемининговомъ растворѣ, отдѣльныя ячейки остова выполнены аспидно-чернаго цвѣта массой. Такова общая картина—парадигма строенія и отношенія частей въ узлахъ новообразованія, съ тѣмъ только исключеніемъ, что въ узлахъ третьяго порядка топографическія картины маскируются поступательнымъ характеромъ новообразовательнаго процесса (Hartnack — сист. IV; VII, ocul. 3).

Переходимъ къ болѣе точному гистологическому описанію морфологическихъ элементовъ новообразованія. Всюду въ центральныхъ частяхъ узловъ перваго и второго порядка мы видимъ аморфный, мелкозернистый, блестящій *detritus*, кучки изъ обломковъ ядеръ какихъ-то кѣтокъ съ остаткомъ бурога пигмента, какъ-бы кругловатые комочки протоплазмы, густо устѣянной мелкими жировыми каплями; иногда удастся открыть обрывокъ сжатого, запустѣвшаго кровеноснаго сосуда, безъ слѣдовъ содержимаго. Стѣнки такихъ сосудовъ матово-блестящи, какъ будто стекловидны. Мѣстами удастся видѣть только одну соединительно-тканную строму эластического характера, структурой напоминающую пчелиныя соты. Часть ячеекъ пуста и сморщена, другая выполнена большими каплями жира (осмѣива кислота окрашиваетъ въ черный цвѣтъ). Волоконца, образующія ячейки, имѣютъ локончатый, кудреватый видъ, мѣстами волоконца какъ-бы раздвинуты въ своей толщѣ и инфильтрированы мелкими капельками жира. неизмѣненныхъ кѣтокъ съ ядрами на такихъ мѣстахъ ни разу не удавалось видѣть. Переходя отъ центра къ периферіи, мы замѣчаемъ, что некротическія измѣненія менѣе рѣзко выражены, все чаще и чаще начинаютъ попадаться кѣточные элементы съ зазубренными краями, уродли-

вой конфигураціи, съ малымъ, неяснымъ и сморщеннымъ ядромъ; рядомъ съ ними кнаружи уже встрѣчаются клѣтки большія, своей конфигураціей и структурой сильно напоминающія печеночныя клѣтки. Клѣтки имѣютъ свѣтлую, почти прозрачную, блѣдно-палеваго цвѣта протоплазму, блѣдное, слабо контурированное ядро, слѣды бурого пигмента, мелкія жировыя капли и еще какія-то матовыя зерна. Нѣкоторыя клѣтки содержатъ внутри себя полости, выполненныя какой-то буро-оливковаго цвѣта массой, непроницаемой для свѣта; эта масса иногда почти цѣликомъ выполняетъ клѣтки, при чемъ отъ послѣднихъ остается только тонкій слой периферической протоплазмы, въ видѣ свѣтлаго ободка. Клѣтки расположены или одиночно, или по нѣскольку въ рядъ, или-же въ видѣ безформенныхъ группъ печеночныхъ клѣтокъ, соприкасающихся своими ребрами. На ряду съ этими двумя видами печеночныхъ клѣтокъ, представляющими разныя степени дегенеративной и простой атрофіи, еще находимъ клѣтки—ихъ относительно немного—которыя по своей величинѣ представляютъ полуторную, двойную и тройную величину предыдущихъ. Такія клѣтки чаще лежатъ одиночно, рѣже по нѣскольку вмѣстѣ; чѣмъ крупнѣе клѣтка, тѣмъ сильнѣе выраженъ дегенеративный процессъ въ окружающихъ ее другихъ клѣткахъ. Онѣ имѣютъ полигональную, сферическую или эллипсоидную форму, кажутся набухшими, протоплазма ихъ блѣдно-палеваго цвѣта, мутновата, содержитъ много бурого пигмента. Ядра ихъ велики, тоже пигментированы въ бурый цвѣтъ, часто въ ядрахъ видны бурныя нити. Кроме центральнаго ядра мы еще находимъ одно тѣльце правильной сферической формы, лежащее сбоку отъ перваго. Это тѣльце обладаетъ сильнымъ сродствомъ къ гематоксилину и окрашивается въ голубовато-фіолетовый цвѣтъ, въ то время какъ протоплазма и ядра клѣтокъ остаются индифферентными къ гематоксилину и эозину. Эти тѣльца имѣютъ нѣжную, матовую, мелкозернистую протоплазму, безъ слѣдовъ пигмента, центральная часть представляется въ видѣ очень маленькаго, свѣтлаго кружка съ точкой въ центрѣ, которая дѣлается видимой для глаза, благодаря окружающему ее свѣтлому фону (водная иммерзія Зейферта). Въ однихъ печеночныхъ клѣткахъ тѣльце почти соприкасается съ ядромъ клѣтки, отчего въ послѣднемъ получается родъ выемки. Иногда удается видѣть, какъ хроматиновое вещество ядра—бурныя нити—концентрирующееся наибѣе въ глубинѣ ядра, оказывается перенесеннымъ на периферію его; въ нѣкоторыхъ клѣткахъ удается видѣть хроматиновыя нити въ видѣ клубка, облегающаго ядро клѣтки; въ другихъ клѣткахъ хроматиновое вещество образуетъ петли, загибы которыхъ обращены къ центру ядра.

Уже этих, сравнительно немногих, данных достаточно, чтобы путем индукции констатировать, что мы имеем здесь дѣло съ размноженіемъ печеночныхъ клѣтокъ путемъ непрямого, сложнаго дѣленія ихъ ядеръ *). Подтвердимъ наше положеніе фактами. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ мы уже не находимъ центральнаго ядра, а взявъ его находимъ кучку мелкаго, бураго пигмента въ центрѣ клѣтки и два новыхъ, довольно крупныхъ сферическихъ тѣла, располагающихся на нѣкоторомъ разстояніи другъ отъ друга по длинному діаметру клѣтки. Окрашены эти тѣла въ голубовато-синій цвѣтъ. Протоплазма клѣтокъ прозрачна, почти незерниста и не пигментирована, слабо окрашена въ розовый цвѣтъ; по периферіи своей стромы клѣтки имѣютъ, идущія вглубь протоплазмной части, нащѣпки, которыя подчасъ такъ глубоко проникаютъ, что кажется, будто двѣ печеночныя клѣтки слиплись частями своихъ граней; тутъ-же можно наблюдать молодыя, полигональной формы, окончательно сепаратизовавшіяся, печеночныя клѣтки, невдалекѣ лежащія другъ отъ друга. Каждая имѣетъ ядро блѣдно-голубого цвѣта и „побочное тѣло“ синяго цвѣта, сбоку отъ ядра. Но не вездѣ процессъ размноженія клѣтокъ носить такой несложный характеръ, когда одна матерняя клѣт-

*) „Кромѣ ядра въ клѣткѣ находится какой-то второй органъ, который при размноженіи клѣтокъ приходитъ въ дѣятельность. Онъ происходитъ также, какъ и ядро, изъ той-же матерней клѣтки, изъ такого-же органа. Впервые онъ былъ найденъ ф. Ла-Валеттомъ и былъ обозначенъ какъ „Nebenkern“—„побочное ядро“. Значеніе его для размноженія было изучено v. Beneden'омъ и названо послѣднимъ „Attractionssphäre“. Это—круглая, большая или меньшая, масса, имѣющей зернистый видъ, протоплазмы, которая лежитъ въ срединѣ протоплазмы клѣтки. Она содержитъ въ своемъ центрѣ зерно, которое чрезъ окраску можетъ быть доизано и обозначено какъ „полярное тѣльце“—„центросома“. „Центросома“ дѣлается часто центромъ распространенія лучей. Отъ этихъ лучей „центросома“ отдѣляется свѣтлымъ пространствомъ—„полярное пространство“.— „.... Непрямое дѣленіе, при которомъ субстанція ядра проходитъ цѣлый рядъ метаморфозовъ, пока не послѣдуетъ дѣленіе на двѣ половины, повидимому, всегда совершается при участіи центросомы. Въ этихъ преобразованіяхъ ядра участвуютъ „аттракціонная сфера“ и „полярное тѣльце“ и они сами при этомъ смѣшиваются съ субстанціей ядра. Эти измѣненія являе всего происходятъ въ хроматиновой субстанціи ядра и состоятъ: въ клубковидномъ расположеніи, въ преобразованіи и въ дѣленіи нитей ядра. Вслѣдствіе этого называютъ сущность всѣхъ фазисовъ при дѣленіи ядра—„mitosis“—„образованіе нитей“, и обозначаютъ не прямое дѣленіе, какъ „митотическое дѣленіе“,—дѣленіе нитей. Менѣе удачно выбрано названіе „karyokinesis“ для этого-же процесса. (D-r I. Disse: „Основанія ученія о тканяхъ“). Книга д-ра I. Диссэ въ близкомъ будущемъ появится на русскомъ языкѣ въ переводѣ проф. Вл. Пя. Крылова. Г.

ка производить изъ себя двѣ дочернія, ибо на ряду съ подобнымъ непрямымъ дѣленіемъ ядеръ и клѣтокъ замѣчается еще, къ слову сказать, множественное дѣленіе печеночныхъ клѣтокъ. Такъ въ иныхъ клѣткахъ, которыя по своей экзквизитной величинѣ могутъ быть названы исполинскими, мы находимъ по ихъ периферіи много какихъ-то тѣлецъ съ свѣтло-голубой протоплазмой, съ фіолетоваго цвѣта ядрами; тѣла эти тѣсно сближены между собою, такъ что периферическая часть клѣтки имѣетъ видъ трехъ цвѣтныхъ колецъ: наружнаго и внутренняго—свѣтло-голубого и средняго—фіолетоваго; центральная часть клѣтки выполнена какой-то буро-оливковой массой. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ цвѣтныя кольца вплотную обхватываютъ буро-оливковую массу, въ другихъ—цвѣтныя кольца отдѣляются отъ центральной массы свѣтлымъ пространствомъ, при чемъ тѣла эти всей своей массой до того близко прилегаютъ къ периферической стѣнѣ клѣтки, что послѣдняя кажется *ad maximum* напряженной и готовой разорваться. Дѣйствительно, рядомъ можно видѣть, какъ трехцвѣтное кольцо, лишенное покрова, разсыпается на большее или меньшее число клѣточныхъ элементовъ усѣченно-конусообразной формы; верхушка каждаго усѣченного конуса обращена къ темно-бурому шару, а болѣе широкое основаніе наружу. Протоплазма ихъ блѣдно-голубого, а ядро фіолетоваго цвѣта. Эти клѣтки, происшедшія путемъ ращенія старыхъ печеночныхъ, т. е. печеночныя-же, немедленно отдѣляются другъ отъ друга въ боковыхъ своихъ частяхъ, которыми прикасались вначалѣ и центробѣжно удаляются. Благодаря отсутствію давленія въ окружающихъ мѣстахъ, которыя атрофически измѣнены, такъ что мѣстами, какъ мы уже говорили, существуетъ ячеистая сѣть межуточной соединительной ткани,—можно видѣть, какъ измѣняется съ теченіемъ времени форма молодыхъ печеночныхъ клѣтокъ въ полигональную, какъ интегрируются отдѣльныя клѣтки, постепенно приближаясь къ нормальному типу. Клѣтки лежатъ свободно другъ отъ друга и, вѣроятно, выполняютъ ячейки старыхъ клѣтокъ *). Форма кольцевого расположенія ихъ сохраняется. Если такой процессъ множественнаго дѣленія охватываетъ одновременно нѣсколько клѣтокъ-производителей, находящихся въ близкомъ сосѣдствѣ и, допустимъ, что онѣ лежатъ въ рядъ, въ результатѣ получится поясъ изъ молодыхъ печеночныхъ элементовъ въ формѣ овала, длинный діаметръ коего обусловленъ числомъ клѣтокъ, вступившихъ въ этотъ процессъ дѣ-

*) Смерть застала отдѣльныя клѣтки въ разные моменты такого множественнаго дѣленія; сумма всѣхъ этихъ моментовъ даетъ намъ возможность представить конкретно ходъ процесса.

ленія; такимъ образомъ можетъ получиться трубка, футляръ которой будутъ составлять молодыя печеночныя клѣтки, просвѣтъ-же будетъ выполненъ цѣпью шаровъ изъ буро-оливковой массы. Если процессъ дифференцированія охватываетъ группу клѣтокъ, имѣющихъ въ общей суммѣ форму треугольника, квадрата, пятиугольника etc., то и цѣпь изъ молодыхъ клѣтокъ получить соответствующую форму, которая, по мѣрѣ эксцентрическаго удаленія, мало-по-малу приближается къ формѣ круга или овала. Слѣдуетъ замѣтить, что среди темныхъ шаровъ—остатковъ старыхъ печеночныхъ клѣтокъ—попадаются и молодыя печеночныя клѣтки, именно тѣ изъ нихъ, которыя, прилегая до момента распада клѣтокъ къ соприкасавшимся ребрамъ послѣднихъ, въ моментъ распада остались внутри въ видѣ обрывковъ отъ клѣточныхъ цѣпей, которыя своими периферическими частями образовали одну общую цѣпь.—Прослѣдимъ дальнѣйшіе метаморфозы молодыхъ печеночныхъ клѣтокъ. Тамъ, гдѣ послѣднія по своей конфигураціи и конструкціи приблизились уже къ совершенному типу печеночныхъ клѣтокъ, снова начинается процессъ не прямого дѣленія, но уже простого, а не множественнаго характера: каждая клѣтка дѣлится на двѣ, одна изъ нихъ остается на мѣстѣ матерней, а другая удаляется отъ нея въ сторону наименьшаго сопротивленія—эксцентрически, и такъ какъ процессъ дѣленія охватываетъ весь поясъ клѣтокъ одного возраста, что уже намъ извѣстно,—то получается новый поясъ изъ печеночныхъ клѣтокъ, при чемъ каждая располагается насупротивъ той клѣтки, отъ раздѣленія которой она произошла. Спустя извѣстный промежутокъ времени, необходимый для эволюціи клѣтокъ послѣдней формациі, онѣ снова всѣ разомъ дѣлятся и даютъ новую формацию клѣтокъ. Такимъ образомъ происходятъ тяжи изъ печеночныхъ клѣтокъ въ новообразованныхъ узлахъ. Тяжи вытѣсняють остатки старой печеночной паренхимы, становятся на ея мѣсто, движутся къ периферіи узловъ, гдѣ встрѣчаютъ сильное противодѣйствіе со стороны неподатливой фиброзной сумки; въ силу этого клѣтки скучиваются, пролиферируютъ и въ своей массѣ оставляють впечатлѣніе широкаго, окрашеннаго въ густо-фіолетовый цвѣтъ, пояса, о которомъ мы упоминали выше, въ парадигмѣ. Но не всюду новообразовательный процессъ носить такой прогрессивный характеръ: часто часть молодыхъ печеночныхъ клѣтокъ того или другого пояса, въ силу мѣстныхъ причинъ, погибаетъ, претерпѣвая явленія регрессивнаго метаморфоза; въ результатѣ получается болѣе или менѣе дефектъ въ рядѣ концентрическихъ круговъ. Число молодыхъ печеночныхъ клѣтокъ, образующееся отъ множественнаго дѣленія старыхъ, въ сред-

немъ, для первой формациі варьируетъ между 5—16, для второй и слѣдующихъ остается *statu quo*, въ силу чего свободные промежутки между клѣтками эксцентрически увеличиваются, и получается, имѣющая лучистый видъ, картина. Связаны-ли отдѣльныя клѣтки между собою собственными нѣжными перемычками или-же совершенно изолированы—рѣшить трудно.—Что касается до патолого-гистологическихъ измѣненій въ печеночной паренхимѣ, лежащей въ узловъ новообразованія, то они сводятся мѣстами на полное отсутствіе печеночныхъ клѣтокъ, при чемъ ячейки межуточной соединительной ткани выполнены крупными жировыми каплями, мѣстами на рѣзкія дегенеративныя измѣненія въ печеночныхъ клѣткахъ, съ характеромъ жирового перерожденія. Кромѣ того, всюду замѣчается обиліе рубцовой, сморщенной соединительной ткани. Эти измѣненія свойственны циррозу печени. На этомъ мы заканчиваемъ гистолого-аналитическую часть изслѣдованія узловъ новообразованія въ печени и переходимъ къ синтезу. Суммируя, добытый путемъ макро-и микроскопическаго изслѣдованія, матеріалъ, мы общимъ итогомъ получаемъ:

а) Паренхима печени заключаетъ въ себѣ множество инкапсулированныхъ новообразованныхъ узловъ, сферической или овальной формы, различной величины; самый крупный прирожденный узелъ имѣетъ мозговидную консистенцію, узлы-же второго и третьяго порядка—каучуковой плотности; цвѣтъ содержимаго стараго узла зеленовато-черный, содержимое-же меньшихъ узловъ желтовато-или зеленовато-бѣлаго цвѣта.

б) Содержимое узловъ, помимо ихъ фиброзныхъ капсулъ, составляютъ:

а') болѣе или менѣе толстые тяжи изъ морфологическихъ элементовъ, съ радіальнымъ ихъ расположеніемъ; морфологическіе элементы по своей конфигураціи и структурѣ тождественны съ печеночными клѣтками, съ той только разницей, что одни изъ нихъ представляютъ болѣе или менѣе рѣзко выраженные дегенеративныя измѣненія, другіе находятся въ промежуточныхъ стадіяхъ дифференцированія, третьи-же представляютъ собою совершенный типъ печеночныхъ клѣтокъ.

б') Кровеносные сосуды, въ видѣ *v. centralis* и сжатыхъ, запустѣвшихъ капилляровъ.

с') Некротизированные участки, соотвѣтствующіе центрамъ узловъ.

д') Межуточная соединительная ткань, эластическаго типа, имѣющая видъ пчелиныхъ сотъ.

И такъ, мы имѣемъ въ печени рядъ гомологическихъ, типическихъ, т. е., построенныхъ по типу органа, въ которомъ заложены узлы,—новообразованій, которыя кромѣ того органоидны, ибо представляютъ собою

сколокъ, или несовершенную копію съ органа. Такъ какъ подобныя новообразованія принято считать аденоматозными, то отсюда діагнозъ—Hepatoadenoma disseminatum.

Аденоматозныя печеночныя новообразованія могутъ быть разбиты на двѣ, независимыя другъ отъ друга, категоріи: аденомы печеночныхъ клѣтъ и желчныхъ протоковъ. Къ какой изъ этихъ двухъ категорій должно отнести подлежащій случай Hepatoadenomatis? Для рѣшенія этого вопроса слѣдуетъ вернуться назадъ, именно къ тому мѣсту, гдѣ мы, характеризуя конфигурацію и конструкцію морфологическихъ элементовъ новообразованія, путемъ индукціи пришли къ тому заключенію, что они суть печеночныя клѣтки. Затѣмъ не слѣдуетъ упускать изъ виду слѣдующаго, очень важнаго для дифференціального діагноза, признака: желчныхъ капилляровъ и протоковъ въ массѣ новообразованныхъ узловъ ни разу не удавалось видѣть. Уже извѣстно, что первые и вторые заложены въ фиброзныхъ капсулахъ узловъ, что ихъ много, что они пусты e compressione, но ни разу также не удавалось видѣть, чтобы желчный капилляръ или протокъ вѣдрили въглубь новообразованій. Если все это такъ, то этимъ самымъ исключается участіе цилиндрическаго эпителія желчныхъ протоковъ въ новообразовательномъ процессѣ. И такъ, нашъ случай аденоматознаго новообразованія въ печени мы относимъ къ первой категоріи—къ аденомѣ печеночныхъ клѣтокъ.

Изъ факторовъ, обусловливающихъ появленіе и распространеніе аденоматозныхъ новообразованій въ печени, на первомъ планѣ нужно поставить слѣдующіе два: конституціональную аномалію органа, т. е. дальнѣйшее развитіе врожденныхъ образованій, которыя подъ вліяніемъ половой зрѣлости начинаютъ развиваться, и цѣлый рядъ мѣстныхъ патологическихъ условий, начиная съ разстройства циркуляціи въ портальной области и кончая cirrhose hepatis (взглядъ французскихъ авторовъ); на второмъ планѣ должно поставить: травматическіе инсульты, паразитовъ животнаго царства etc. Конституціональной аномаліей недурно объясняется въ нашемъ случаѣ существованіе большого стараго узла, который и трактовался нами какъ врожденный, тѣмъ не менѣе подобная этиологія не даетъ удовлетворительнаго объясненія существованію, на ряду съ старымъ узломъ, молодыхъ, безспорно свѣжихъ узловъ новообразованія. Болѣе убѣдителенъ слѣдующій факторъ, кладущій въ основу новообразовательнаго процесса патологическія инсульты, заключающіяся для даннаго случая въ цирротическихъ измѣненіяхъ печени. Если мы примемъ этотъ факторъ за исходную точку, то весь новообразовательный процессъ

сведется на мѣстныхъ гипертрофіи печеночной паренхимы и отдѣльныхъ клѣтокъ, съ послѣдующей гиперплазіей послѣднихъ, въ силу присущей всѣмъ эпителиальнымъ образованіямъ высокой регенеративной способности. Не смотря на кажущуюся реальность этой гипотезы, мы, однако, удерживаемся отъ категорическаго утвержденія ея и оставляемъ вопросъ объ этиологіи даннаго новообразованія открытымъ.

Аденома печени является то одиночной, то множественной. Существуетъ положеніе, что крупныя узлы новообразованія всегда имѣютъ фиброзный покровъ узла; что-же касается до мелкихъ узелковъ, то они, не имѣя подчасъ фиброзной сумки, кажутся непосредственно вкрапленными въ печеночную паренхиму, т. е. получается парціальная гиперплазія печеночной мякоти. Аденоматозныя печеночныя новообразованія не отличаются стойкостью: благодаря тому обстоятельству, что печеночныя клѣтки, напоминая по виду нормальныя, лишены секреторной дѣятельности и не вырабатываютъ желчнаго пигмента, онѣ по мѣрѣ увеличенія узловъ неизбежно подвергаются регрессивному метаморфозу, въ видѣ жирового перерожденія, мелкозернистаго бѣлковиннаго распаденія и, наконецъ, размягченія. Что касается прогностики *quo ad valetudinem*, то мнѣнія на этотъ счетъ сильно расходятся. Такъ Риндфлейшъ утверждаетъ, что изъ узловъ съ размягченіемъ при посредствѣ эндотелія (?), выстилающаго внутренней край фиброзной капсулы, могутъ получиться гнойныя полости, которыя, лопааясь, могутъ обусловить явленія смертельной *peritonitidis*. Бирхъ-Гиршфельдъ говоритъ, что аденому печени можно разсматривать какъ доброкачественную опухоль, пока она сохраняетъ типъ железистой ткани. Съ другой стороны не подлежитъ сомнѣнію, что изъ аденомы можетъ развиться ракъ. Нерѣдко также встрѣчаются на мѣстѣ типическаго аденоматознаго новообразованія всѣ переходы къ атипическому развитію рака. Аденома печени вообще не даетъ метастазовъ; однажды только, въ случаѣ Greenfield'a, она дала метастазъ въ селезенку *).

*) При составленіи работы мы пользовались слѣдующими источниками: Karl Rokitsansky — „Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie“, 1859 г. стр. 262; Э. Клебсъ — „Руководство къ патологической анатоміи“, русскій переводъ 1872 г., второй выпускъ. І. Ортъ — „Руководство къ патолого-анатомической діагностикѣ“, 1890 г. стр. 487, замѣтка проф. Вл. Пл. Крылова; Вейхельбаумъ — „.....“. Переводится на русскій языкъ проф. Вл. Пл. Крыловымъ; д-ръ Майзель — „О регенациі эпителія“, помѣщена въ „работахъ Варшавскаго университета“ за 1878 г. — Также, отчасти, руководствами по патологической анатоміи Риндфлейша, Бирхъ-Гиршфельда и Э. Циглера.

Оканчивая изслѣдованіе объ аденомѣ печени, мы должны замѣтить, что, благодаря чрезвычайной рѣдкости такого новообразованія, въ литературѣ предмета существуетъ много не яснаго и противорѣчиваго; послѣднее обстоятельство заставило насъ воздержаться отъ излишнихъ обобщеній и скороспѣлыхъ выводовъ. Постепенное и добросовѣстное накопленіе, допустимъ, сыраго матеріала ускоритъ само по себѣ рѣшеніе этой патолого-анатомической проблемы.

На препаратахъ, взятыхъ изъ опухолевиднаго новообразованія, находившагося въ верхнемъ концѣ передняго отдѣла тощей кишки, при чемъ оно было прикрыто серознымъ покровомъ, подъ микроскопомъ (Нагтаск VII, окул. 3) мы видимъ, что периферическій слой капсулы, облегающей массу новообразованія, составляютъ клѣтки однослойнаго пластинчататаго эпителія съ пузырькообразными ядрами; слѣдующій широкій слой — волокнистая соединительная ткань съ веретенообразными клѣточными элементами и ядрами, съ обильнымъ количествомъ, вѣтвящихся, болѣе или менѣе крупныхъ сосудовъ. Фиброзная капсула съ своей внутренней поверхности посылаетъ внутрь новообразованія пучки съ сосудами; пучки эти, углубляясь, вѣтвятся, встрѣчаются съ развѣтвленіями другихъ пучковъ и образуютъ узко-петlistый переплетъ, на подобіе альвеолъ, въ просвѣтъ которыхъ, между нѣжными волокнами межуточной соединительной ткани, расположены клѣточные элементы новообразованія. Сами клѣточные элементы овальной формы, съ овальными-же, окрасившимися въ фіолетовый цвѣтъ, ядрами, съ мелкозернистой вокругъ ядра протоплазмы. Такими они рисуются en face, въ профиль — они кажутся узко-веретенообразной формы, съ прилежащими сбоку пузырькообразнымъ ядромъ. Клѣтки не скучены, лежатъ безъ опредѣленнаго порядка, то рядомъ, то порознь, анастомозируя другъ съ другомъ посредствомъ длинныхъ протоплазматическихъ отростковъ, такъ что иногда получается непрерывная цѣпь изъ клѣточныхъ элементовъ. Подъ большимъ увеличеніемъ (водная иммерзія Зейферта), на препаратахъ, добытыхъ путемъ расщипыванія, можно было видѣть, что пучки волоконъ, образующихъ стѣнки альвеолъ, состоятъ изъ клѣточныхъ элементовъ удлинненно-овальной формы, имѣющихъ пузырькообразныя ядра съ пристѣночнымъ ихъ расположеніемъ. Клѣтки тѣсно прилежатъ другъ къ другу, просвѣтъ свободныхъ угловъ между каждыми двумя смежными клѣтками всегда выполняется концами вверху и внизу расположенныхъ клѣтокъ, такъ что образуются ряды клѣточныхъ цуговъ. Промежуточнаго вещества не много. Кромѣ того можно еще было наблюдать послѣдній актъ дѣленія клѣтокъ новообразованія.

Такія, дѣлящіяся, клѣтки овальной формы заключаютъ въ себѣ два овальныхъ, располагающихся по длиннику клѣтки, ядра (ядра окрашены въ фіолетовый, протоплазма въ блѣдно-розовый цвѣтъ); нѣкоторыя клѣтки имѣютъ на своей периферіи перехваты. Въ стѣнкахъ альвеолъ находится большое количество сосудовъ, которые не имѣютъ свойственныхъ сосудахъ оболочекъ, а представляютъ собою прорытые въ пучкахъ каналы, просвѣтъ коихъ выстланъ однослойнымъ эндотеліемъ. Отдѣльные участки новообразованія представляются гіалиново-перерожденными. Принимая во вниманіе свойственныя эндотелію структуру и конфигурацію клѣточныхъ элементовъ новообразованія, типическое ихъ расположеніе въ стѣнкахъ альвеоларныхъ перегородокъ, присутствіе интерцеллюлярнаго волокнистаго вещества, мы вправе сказать, что всѣ составныя части опухоли носятъ соединительно-тканый характеръ; далѣе, такъ какъ преобладающими въ новообразованіи являются эндотеліальныя клѣтки (волокнистаго интерцеллюлярнаго вещества мало), то мы можемъ утверждать, что имѣемъ въ данномъ случаѣ эндотеліальную саркому,—наконецъ, прибавляя еще альвеоларный характеръ строенія промежуточнаго вещества новообразованія, локализацию гесп. исхожденіе его изъ подсерознаго соединительно-тканнаго слоя кишечной трубки, мы устанавливаемъ такого рода діагнозъ: *sarcoma endotheliale alveolare subserosum*. Эндотелій находится не только въ эмбриональных формахъ соединительно-тканыхъ образований, къ которымъ могутъ быть отнесены всѣ виды саркомъ, но встрѣчается и въ физиологической соединительной ткани, т. е. въ соединительной ткани, достигшей высокихъ степеней дифференцированія. Пожилой возрастъ субъекта, регионарность и ничтожный объемъ новообразованія позволяютъ намъ не придавать существеннаго значенія этой „случайной находкѣ“.

Duodenum. Железистый слой слизистой оболочки мѣстами совершенно атрофированъ, такъ что мѣсто желѣзъ заступаетъ рубцовая соединительная ткань, мѣстами же цилиндрической эпителий ворсинокъ слизистой перерожденъ, сами ворсинки и Либеркюновы железы, влѣдствіе атрофіи ихъ стѣнокъ, слились въ неправильныхъ очертаній массы студенистаго вида. Подслизистый соединительно-тканый слой сильно утолщенъ, сосуды сжаты, мѣстами имѣются гемморагическіе небольшіе участки. Бруннеровы железы сжаты и неотчетливы. Циркулярный и продольный слои *muscularis externae* безъ измѣненій, *peritoneum* также неизмѣнено.

Легкія. Альвеолы всюду расширены, что обусловливается парціальною атрофіей эластическихъ и соединительно-тканыхъ элементовъ альвеоларныхъ стѣнокъ, запусѣніемъ *e compressione*, а мѣстами полной облите-

раціей капилляровъ, которые рисуются въ видѣ тонкихъ, гомогенныхъ, лентовидныхъ полосокъ. Вслѣдствіе атрофическихъ измѣненій въ альвеолярныхъ перегородкахъ происходитъ то, что нѣсколько альвеолъ, теряя свои перегородки, сливаются въ большія или меньшія полости, которыя ограничены толстыми соединительно-тканными сумками, обильно пигментированными пылевыми частицами. Благодаря этому, въ общемъ получается подъ микроскопомъ какая-то широко-петлистая сѣть, просвѣты которой содержатъ мелкозернистый *detritus* и обильное количество лейкоцитовъ, пигментированныхъ мелкими пылевыми частицами. Мѣстами легочная паренхима имѣетъ какой-то расплывчатый, неясный характеръ, вѣроятно вслѣдствіе *pneumomalaciae ex oedemate*.

Почки. На поперечныхъ перерѣзахъ извитыхъ мочевыхъ канальцевъ видно, что одна часть ихъ имѣетъ набухшій, подчасъ выполняющій сплошь просвѣтъ канальца, мелкозернистый эпителий, который отслоился отъ соединительно-тканнаго влагалища; другая часть извитыхъ канальцевъ совершенно не имѣетъ цилиндрическаго эпителия, такъ что сохраняются только соединительно-тканная петли. Мальпигіевы клубочки сморщены, выполняютъ подчасъ только половину неизмѣненной капсулы. Эпителий прямыхъ канальцевъ носитъ на себѣ тѣже дегенеративныя измѣненія, но въ болѣе слабой степени: рядомъ съ набухшимъ, жирно-перерожденнымъ и отслоившимся эпителиемъ, часть эпителиальныхъ клѣтокъ имѣетъ нормальную величину, ярко-окрасившіяся ядра и плотно прилегаетъ къ соединительно-тканной стромѣ. Мѣстами замѣчается пролиферація соединительно-тканныхъ элементовъ межуточной соединительной ткани. Кровеносные сосуды, располагающіеся въ мѣстахъ съ избыточнымъ развитіемъ промежуточной соединительной ткани, кажутся облитерированными, гомогенными, стекловидно-блестящими; прочіе сосуды видимыхъ измѣненій не представляютъ.

Селезенка. Всюду замѣтно утолщеніе трабекулъ и *reticuli*; мѣстами замѣтна атрофія аденоидной ткани; селезеночная пульпа обильно-инфильтрирована красными кровяными шариками. Сосуды стекловидно-перерождены.

Разсмотрѣвъ измѣненія, найденныя при макроскопическомъ и микроскопическомъ изслѣдованіи, намъ остается еще указать хронологическую зависимость однихъ измѣненій отъ другихъ. Заболѣванія періода половой зрѣлости, обусловленныя наслѣдственностью, конституціональными аномаліями и вліяніемъ разнообразныхъ вѣшнихъ и внутреннихъ патологическихъ факторовъ, весьма важны въ томъ отношеніи, что они составляютъ почву—исходный пунктъ для всѣхъ послѣдующихъ. Это положеніе можетъ

быть полностью перенесено на нашъ случай. Въ анамнезѣ больного есть указаніе на какое-то заболѣваніе, на 23 году его жизни, которое, судя по обстоятельствамъ дѣла, мы можемъ принять за *icterus catarrhalis*. Этотъ *icterus* важенъ для насъ какъ симптомъ, указаніе на болѣе серьезное пораженіе органа; надо полагать, что къ этому времени впервые проявило свою активную силу новообразование, которое мы констатировали, какъ врожденный узелъ *hepatoadenomatis*. Это новообразование, увеличиваясь въ объемѣ, сдавливая часть желчныхъ протоковъ и дѣйствуя какъ инородное тѣло въ органѣ, не могло не вызвать нѣкоторыхъ функциональных разстройствъ, давшихъ въ конечномъ эффектѣ явленія *icterus'a*; вслѣдъ за тѣмъ прилежащія къ узлу части паренхимы атрофируются и *compressione*, соединительная ткань отъ раздраженія пролиферируетъ и раздражается, появляются диссеминаціонныя гиперпластическіе узлы изъ регенерирующагося эпителія железы, вызывающіе въ свою очередь раздраженіе соединительной ткани, получается медленно нарастающая *cirrhosis hepatis*. Къ этому-же времени должно быть отнесено какое-то заболѣваніе въ легкихъ, обнаружившее по вскрытіи слѣдующія *residua*—сращеніе обоихъ легкихъ съ грудной стѣнкой и разбѣянные гнѣзда омѣлотовренія. Этотъ процессъ принялъ затяжной характеръ и выразился въ видѣ эмфиземы съ терминальной *pneumomalacia*. Эмфизема вызвала разстройства кровообращенія въ легкихъ, застойныя явленія въ легочной артеріи и правомъ желудочкѣ, безъ послѣдовательной компенсаторной гипертрофіи праваго сердца, вслѣдствіе чего наступило расширение сердца, венъ, пассивная гиперемія мозга, печени, селезенки etc. Здѣсь начинается *circulus vitiosus sui generis*: измѣненія, вызываемыя эмфиземой, совпадаютъ и усугубляютъ измѣненія отъ цирроза печени, они комбинируются, взаимодѣйствуютъ и дополняютъ другъ друга. Прослѣдимъ эти измѣненія. Объявившійся и уже непрерывно прогрессировавшій циррозъ сморщиваніемъ междольчатой соединительной ткани вызвалъ запустѣніе многочисленныхъ капилляровъ и вѣточекъ воротной вены; уменьшеніе отводящихъ путей вызываетъ застой въ самыхъ корняхъ *v. portae*, отражающійся скоро и на другихъ органахъ. Такъ застой въ сосудахъ желудка и кишечнаго тракта вызываетъ катарральное состояніе ихъ слизистыхъ оболочекъ съ нарушеніемъ процессовъ ассимиляціи, неправильностями въ дефекаціи, желудочными и кишечными кровотеченіями, метеоризмами; катарръ слизистой оболочки *duodeni*—желтуху. Кромѣ того застой въ *v. porta* обусловилъ въ данномъ случаѣ застойную опухоль селезенки, паренхиматозный процессъ въ почкахъ, застой въ перитонеальныхъ венахъ, вы-

разившійся брюшною водяною. Дальше наступили постепенно возрастающая слабость сердечной дѣятельности, явленія общаго истощенія въ видѣ жировой и мускульной атрофіи и общей слабости. Всасываніе кровью застоявшейся желчи и застойныя явленія въ черепной полости обусловили собою тяжкія явленія со стороны центральной нервной системы, въ видѣ коматознаго состоянія.

Окончательно подводя итоги макро- и микроскопическаго изслѣдованія, мы должны установить слѣдующій діагнозъ въ хронологическомъ порядкѣ—*hepatoadenoma disseminatum et cirrhosis hepatis; catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus; emphysema pulmonum; dilatatio cordis, nephritis parenchymatosa, ascites, oedema cerebri, pneumomalacia, marasmus. Sarcoma endotheliale alveolare subserosum*, быть можетъ, есть начало *lymphangiomatis* вслѣдствіе давняго разстройства циркуляціи лимфы въ брюшной полости.

CCCXIII. Pneumonia desquamativa caseosa sine tuberculosi.

И. Автандиловъ.

Андрей Абрамовъ, 30 лѣтъ, крестьянинъ, дворникъ, явился въ Александровскую больницу 28 января 1893 г., съ жалобами на кашель и боли въ лѣвой половинѣ груди и боку. При осмотрѣ оказалось, что больной средняго роста, слабого тѣлосложенія, съ правильно развитымъ скелетомъ. Въ легкихъ существуютъ явленія стараго катарра. Въ лѣвомъ боку слышно сильное плевритическое треніе на большомъ пространствѣ. Стулъ задержанъ, аппетита нѣтъ. Выдѣляетъ мокроту ржаво-краснаго цвѣта, t° при поступленіи 39,8. Заболѣлъ 24 января. Болѣзнь началась сильнымъ ознобомъ, смѣнившимся жаромъ. Послѣдующіе дни чувствовалъ общую слабость и постоянныя боли въ боку. t° все время пребыванія въ больницѣ была высока, около 40° и только 2 февраля вечеромъ и 3 утромъ пала до 37,2. Дыханіе сильно затрудненное. 3 февраля умеръ. Діагнозъ—*pleuropneumonia sinistra*.

Кости свода утолщены, порозны; твердая мозговая оболочка также утолщена; ткань мозга тѣстоватой плотности, блеститъ на поверхности разрѣза, медленно покрывается разсѣянными каплями крови; сосуды основанія безъ измѣненій. Клітчатка *mediastini* инфильтрирована густымъ, зеленовато-желтымъ фибринознымъ эксудатомъ, который склеиваетъ съ грудной стѣнкой переднюю поверхность лѣвой верхней доли, густо инфильтрируетъ рыхлое сращеніе по заднему краю при нижней доль, а также заходитъ въ видѣ густой гноевидной массы между заднимъ краемъ нижней доли и діафрагмой. Сердце покрыто тонкимъ слоемъ мутнаго серозно-клѣточного эксудата, увеличено въ объемѣ, особенно въ ширину, дрябло, полости расширены, стѣнки дряблы, грязновато-краснаго цвѣта;

Проф. Крыловъ. Школьная хроника 1893 г.

клапаны, при расширенныхъ венозныхъ устьяхъ, безъ измѣненій. Большіе сосуды тонкостѣнны, аорта узка, интима—мутна. Правое легкое сращено съ грудной стѣнкой и съ діафрагмой по всей поверхности—старыми ложными перепонками, пушисто, въ разрѣзѣ малокровно, умѣренно отечно; нижняя доля по направленію бронховъ, при разрѣзѣ, содержитъ мягкіе волокнистые узелки. Лѣвое легкое сращено по заднему краю, объемисто, не спадается; въ верхней долѣ въ разрѣзѣ темно-краснаго цвѣта, сильно отечно, въ нижней—около задняго верхняго края содержитъ клиновидное гнѣздо красной гепатизаціи, шириною по краю почти въ ладонь; въ верхней половинѣ гнѣзда находится многочисленныя, четко-образно-расположенныя, мелкія бронхо-эктазическія каверны, съ кашицеобразнымъ, слизисто-гнойнымъ содержимымъ, волокнистыми стѣнками и бородавчатою, аспиднаго цвѣта, съ сѣрыми узелками внутреннюю поверхность. Каверны эти достигаютъ плеврального листка, надъ ними замѣтно утолщеннаго. Селезенка нормальнаго объема, дрябля, блѣдно-краснаго цвѣта. Печень правой долей сращена съ діафрагмой, издавлена, мала, кожиста, въ разрѣзѣ сѣровато-коричневаго цвѣта, съ неясными дольками. Почки нормальнаго объема, дряблы, капсула отдѣляется съ трудомъ. На поверхности расширенныя венозныя звѣздочки; въ разрѣзѣ ткань кожиста, корковый слой утолщенъ, зернистъ, сѣровато-краснаго цвѣта. Желудокъ сильно растянутъ, содержитъ пищевую смѣсь, слизистая оболочка зерниста, умѣренно гиперемирована. Слизистая оболочка тонкихъ кишекъ, за исключеніемъ блѣдности, особенныхъ измѣненій не представляетъ; ободочная кишка удлинена, расширена, за исключеніемъ *flexurae sigmoideae*, брыжеечный край которой сморщенъ, такъ что вся петля обвита при основаніи тонкими кишками и расположена *in regione epigastrica*, на передней поверхности позвоночнаго столба. Слизистая оболочка восходящей части толстой кишки грязновато-сѣраго цвѣта, студениста, какъ-бы отечна, блѣдна складками, при переходѣ въ слѣпой мѣшокъ представляетъ на внутренней полуокружности полу-поясную язву съ сѣрыми рубцовымъ дномъ и мелкими бородавчатыми разраженіями; по краю надъ ней расположено нѣсколько язвъ разнообразной формы, величиною до 15 копѣчной монеты, съ бугристыми, красноватыми краями и сѣрыми узелками въ нихъ. Поперечная и нисходящая части, за исключеніемъ блѣдной слизистой оболочки и слабо выраженныхъ складокъ, измѣненій не представляютъ. *In flexura sigmoidea* слизистая оболочка покрыта кровянистою слизью и представляетъ разсыпныя, такія-же болѣе мелкія язвы, какъ и въ восходящей части.

На препаратахъ, приготовленныхъ изъ легкаго, взятаго на границѣ каверны, при микроскопическомъ изслѣдованіи видны сильно расширенныя альвеолы, наполненныя воспалительнымъ экссудатомъ, состоящимъ изъ нѣжной фибринозной стѣти, въ которой заложены клѣтки альвеолярнаго эпителия, съ ясно видимыми ядрами, многочисленные бѣлые и красные кровяные шарики. Содержимое другихъ альвеолъ состоитъ или исключительно изъ гнойныхъ клѣтокъ, или изъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ съ незначительною примѣсью бѣлыхъ. Фибринныя волокна кой-гдѣ представляютъ изъ себя зернистую массу, смѣшавшуюся съ кровяными и гнойнными тѣльцами. Идя далѣе къ макроскопически наблюдаемой кавернѣ, мы уже не разли-

чаемъ болѣе отдѣльныхъ форменныхъ элементовъ, строеніе легочной ткани также совершенно ступшевывается; предъ нами лежитъ однородная, безформенная, зернистая масса, слабо окрашенная, занимающая полости нѣсколькихъ альвеолъ, слившихся вмѣстѣ. Въ участкахъ легкаго, прилежащихъ къ гнѣздамъ размягченія, наблюдается инфильтрація гнойными клѣтками, среди которыхъ кой-гдѣ замѣчаются отдѣльные остатки измѣненныхъ альвеолярныхъ перегородокъ. Стѣнки альвеолъ какъ-бы отечны, пронизаны эмигрировавшими красными и бѣлыми кровяными шариками. Сосуды въ нихъ расширены, переполнены кровью, отчасти вдаются въ полость альвеолъ; стѣнки крупныхъ сосудовъ альвеолярныхъ перегородокъ инфильтрированы клѣточными элементами. Въ утолщенной межъальвеолярной ткани замѣчается значительное отложеніе угольного пигмента. Крупные сосуды легкаго сильно расширены, содержатъ красныя и отчасти бѣлыя кровяныя тѣльца; стѣнки ихъ утолщены, инфильтрированы бѣлыми тѣльцами. Сосуды, лежащіе вблизи отъ некротизированныхъ участковъ легкаго, имѣютъ пристѣпочные тромбы. Стѣнки, соприкасающіяся съ некротической массой, мало отличаются отъ нея; на противоположной сторонѣ сосуда, прилегающей къ мало измѣненной ткани, стѣнки представляются нормальными. Плевра представляется отечной, мутной, покрыта фибринознымъ налетомъ. Сосуды въ ней расширены, переполнены кровью, оба листка плевры сращены между собою и съ fascia endothoracica. Вся внутренняя поверхность густо инфильтрирована гнойными клѣтками. Сосуды плевры анастомозируютъ съ межреберными венами, благодаря вышеупомянутому сращенію плевры съ fascia endothoracica.

Для изслѣдованія толстой кишки были взяты куски на мѣстѣ язвъ съ частью брыжейки. Слизистая оболочка представляется нѣсколько набухшей, утолщенной, инфильтрирована бѣлыми тѣльцами. На поверхности ея замѣчаются гнойныя тѣльца и отслоившійся некротизированный эпителий. Приближаясь къ язвѣ, слизистая оболочка постепенно атрофируется, наконецъ, и совсѣмъ исчезаетъ, а съ нею вмѣстѣ и muscularis mucosae. Подслизистая соединительная ткань склерозирована и инфильтрирована кровью и гнойными клѣтками. Сосуды въ ней расширены, переполнены кровяными шариками. Лимфатическія железы брыжейки сильно гиперемированы. Микроскопическое изслѣдованіе сердца показало, что мышечныя волокна его нѣсколько уменьшены, поперечная исчерченность ихъ довольно ясно выражена. При первомъ взглядѣ бросается въ глаза ненормальная пролиферація ядерныхъ элементовъ, по полюсамъ конхъ, а изрѣдка кой-гдѣ и въ самыхъ мышечныхъ волокнахъ, видно незначительное отложеніе бу-

раго пигмента. Периваскулярныя пространства расширены, инфильтрированы клѣточными элементами вслѣдствіе ихъ размноженія. Стѣнки капилляровъ утолщены, просвѣтъ ихъ суженъ и наполненъ преимущественно бѣлыми кровяными тѣльцами.

При изслѣдованіи печени рѣзко замѣчается отсутствіе ядеръ въ клѣточныхъ элементахъ и только изрѣдка попадаются участки, гдѣ ядра видны и хорошо окрашиваются гематоксилиномъ. Эти участки находятся главнымъ образомъ сейчасъ подъ капсулой. Одна часть печеночныхъ долекъ состоитъ изъ увеличенныхъ въ объемѣ, зернистыхъ, съ невидимыми ядрами, клѣтокъ; другая—съ уменьшенными клѣточными элементами, содержащими буровато-желтаго цвѣта пигментъ; ядра въ нихъ также не видны. Центральныя вены въ этихъ послѣднихъ доляхъ, а равно и прилегающіе къ нимъ капилляры расширены. Для изслѣдованія почекъ были приготовлены препараты изъ коркового слоя. Подъ микроскопомъ мы видѣли слѣдующую картину: эпителиальныя клѣтки нѣкоторыхъ мочевыхъ канальцевъ увеличены въ объемѣ, зернисты, мутны, въ силу чего ядра ихъ или совсѣмъ не видны, или едва замѣтны. Прямые канальцы расширены; межканальцевая соединительная ткань утолщена и приняла ясно волокнистое строеніе. Капсула клубочковъ, лежащихъ въ сферѣ заболѣванія, склерозирована; эпителий въ нихъ набухшій, отпалъ и лежитъ внутри капсулы. Мальпигіевы клубочки мѣстами сильно отстали отъ капсулы. Венозные сосуды расширены, переполнены кровью.

Изслѣдованіе бактеріальныхъ формъ на препаратахъ, приготовленныхъ изъ свѣжаго объекта, показало присутствіе значительнаго количества стрептококковъ и стафилококковъ, а также въ легкомъ были найдены и диплококки. Изслѣдованіе на Коховскія бациллы дало отрицательные результаты. Для изслѣдованія были взяты куски изъ легкаго и кишечной извы.

На основаніи вышеизложенныхъ данныхъ вскрытія и микроскопическаго изслѣдованія, мы должны предположить, что здѣсь имѣется два ряда измѣненій, изъ которыхъ одни болѣе стараго происхожденія, другія—развились въ послѣднее время. Къ первому ряду измѣненій относятся старыя ложныя сращенія въ плеврѣ; развитіе старой соединительной ткани въ легкомъ, происшедшія, очевидно, подъ вліяніемъ за долго до настоящаго случая бывшей плевро-пневмоніи, повлекшей за собою, съ одной стороны, тѣ измѣненія индуративнаго характера, которыя мы нашли въ печени и почкахъ, а съ другой — хроническую myocarditidem. Къ старому язвенному процессу присоединилось обширное, новое, вѣроятно

аспираціонное гнѣздо фибринозной пневмоніи cum lymphangoitide pleurali suppurativa. Что-же касается кишечныхъ язвъ, то онѣ могутъ быть разсматриваемы какъ простыя катарральныя язвы, вызванныя давнимъ измѣненіемъ положенія *fleturae sigmoideae*, каковое нужно считать послѣдствіемъ дизентеріи. Смерть произошла отъ паралича сердца, вслѣдствіе расширенія праваго желудочка.

CCCXIV. Carcinoma villosum telangiectodes ventriculi et hepatis, atrophia granularis renum—tuberculosis obsoleta.

А. Маршандъ.

Ирина К., 58 л., принадлежала къ привычнымъ пьяницамъ; на масляницѣ получила порядочные побои и двѣ недѣли спустя, 13 февраля 1893 г., была доставлена въ Александровскую больницу съ упадкомъ силъ, безъ явленій истощенія. Жаловалась на боли въ животѣ, появившіяся 1½ недѣли тому назадъ, но не ставила ихъ въ зависимость отъ побоевъ. При изслѣдованіи въ больницѣ, 13-го февраля, найдено: на лицѣ явленія ціаноза, пульсъ слабъ, тоны сердца глухи; лѣвое подреберье сильно болѣзненно при перкуссіи, лѣвая половина грудной клѣтки принимаетъ въ актѣ дыханія значительно меньшее участіе, чѣмъ правая. Область *epigastrii* выпячена, при пальпаціи здѣсь замѣчается особенная резистентность; животъ вздутъ; слѣды побоевъ: два синяка на правомъ предплечіи. На другой день появилась боль подъ ложечкой, боль-же въ лѣвомъ боку ослабѣла; вздутіе живота усилилось. Наконецъ, 15 февраля, съ утра появились сильныя рвота и поносъ, конечности похолодѣли, появилась слегка иктерическая окраска лица и склеръ; пульсъ сталъ нитевиднымъ, тоны сердца очень слабыми; больная жаловалась на сильную боль въ верхней части живота и пальпація области желудка и печени была для нея невыносимой. Къ вечеру при нараставшей слабости сердца больная скончалась. Температура все время пребыванія въ больницѣ не выходила изъ предѣловъ нормы и лишь предъ смертью пала до 36,0.

Кости свода утолщены, малокровны, порозны, плотно соединены съ дугою; послѣдняя утолщена, ріа малокровна, тонка, при отдѣленіи разрывается. Ткань мозга гѣстоватой плотности, желтовато-бѣлаго цвѣта, малокровна; сосуды основанія—безъ измѣненій. Реберныя хрящи умѣренно омѣлотоврены. Въ полости *peritonei* находится кровянистая жидкость, которая выполняетъ всю полость малаго таза; обѣ поясничныя впадины и лѣвое *hypochondrium*—безъ видимыхъ, но плавающихъ въ ней кровяныхъ свертковъ. Сальникъ завороченъ кверху, плотно склеенъ съ нижнимъ краемъ и передней поверхностью лѣвой доли печени, на ладонь выступающей по срединной линіи изъ-подъ реберной дуги. Какъ на сальникѣ, такъ и на поверхности печени находятся рыхлые, перепончатые, темно-краснаго цвѣта кровяные свертки. По раздѣленіи свертковъ на лѣвой долѣ печени замѣчаются мелкобородавчатые, темно-краснаго цвѣта, мелкія, узловатыя возвышенія величиной отъ

Проф. Крыловъ. Школьная хроника 1893 г.

лѣснаго орѣха до куриного яйца; на большемъ изъ нихъ, расположенномъ надъ свободнымъ краемъ печени, вѣтвь отъ срединной линіи, и покрытымъ салникомъ, замѣчаются три разрыва капсулы печени: верхній въ видѣ углубленія, свободно вмѣщающаго верхушку мизинца, выполненный рыхлыми кровяными свертками, средній въ видѣ нѣсколькихъ поперечныхъ, раздѣленныхъ мостиками, трещинъ, также туго выполненный кровяными свертками, нижній—наружный, обращенный вѣтвь въ видѣ углубленія пальцевидной формы, свободно пропускающаго мизинецъ до половины второй фаланги, прикрытъ кровяными свертками и содержитъ крошковатую, кровянистую жидкость. Между нижней поверхностью лѣвой доли и передней стѣнкой желудка находится плоскій, перепончатый, темно-краснаго цвѣта, кровяной свертокъ, покрывающій желудокъ, продолжающійся къ дну желудка вѣтвь и переходящій чрезъ круглую связку на нижнюю поверхность правой доли печени. Клѣтчатка *mediastini* значительно ожирѣвшая; околосердечная сумка пуста. Сердце, сильно ожирѣвшее, увеличено въ поперечномъ размѣрѣ; венозные устья растянуты, стѣнки дряблы, желтоватаго цвѣта; клапаны безъ измѣненій; аорта тонкостѣнна, расширена, въ дугѣ и нисходящей части съ атероматозными бляшками. Оба легкія сращены съ грудной стѣнкой; въ верхнихъ доляхъ эмфизематозны, въ нижнихъ—карнифицированы, уплотнены. Въ обѣихъ верхушкахъ омѣлотовренные казеозные узлы. Селезенка мала, капсула сморщена, ткань дрябла, кожиста. Печень сильно увеличена въ объемѣ во всѣхъ размѣрахъ, признана многочисленными, частью мозговидно-сѣрыми, частью геморрагическими, темно-красными, размягченными узлами, величиной отъ небольшой горошины до голубинаго яйца и больше. Узлы эти въ центральныхъ частяхъ обнаруживаютъ черноватокрасныя пятна съ истонченіемъ надъ ними капсулы, которая, при раздѣленіи рыхлыхъ сращеній и при давленіи на поверхность, легко разрывается съ истеченіемъ кровянистой, смѣшанной какъ-бы съ слизистымъ, сѣроватымъ веществомъ, массы. Желудокъ полусжатъ; въ днѣ, надъ *cardia*, представляетъ дольчатый узелъ новообразованія величиной болѣе куриного яйца, равномерно грязнаго, темно-краснаго цвѣта, на поверхности съ плоскими эрозіями и мелко-бородавчатыми язвами. Узелъ при прикосновеніи легко раздробляется и разрывается. Въ полости тонкихъ и толстыхъ кишекъ находится большое количество черновато-красной жидкости съ темно-красными кровяными свертками. Почки малы, капсула отдѣляется легко, поверхность мѣстами грубо, мѣстами мелко бородавчата, при чемъ на ціанотическомъ фонѣ выступаютъ желтоватыя дольчатая возвышенія; ткань въ разрѣзѣ кожиста, корковый слой неравномѣрной толщины, сосочки атрофированы, клѣтчатка около лоханокъ сильно развита. Пузырь малъ, безъ измѣненій. Матка заращена въ ложныхъ перепонкахъ, мала, плоская, кожистая. Сводъ влагалища рубцово сморщенъ, наружное рыльце заращено. Яичники заращены въ ложныхъ перепонкахъ и сморщены. Ближайшей причиной смерти надо признать медленно нараставшее паренхиматозное кроветеченіе въ полость брюшины вслѣдствіе разрывовъ Глиссоновой капсулы.

Для микроскопическаго изслѣдованія взяты кусочки: 1) изъ узла новообразованія желудка, 2) изъ узловъ печени, 3) изъ почки, 4) *art. renalis*, 5) селезенки, 6) сердца, 7) расширеннаго мѣста аорты, 8) *art. anonyma* и 9) изъ легкихъ. Кусочки въ продолженіе 11 дней фиксировались въ Мюллеровской жидкости, затѣмъ два дня промывались въ текучей водѣ; послѣ трехдневнаго обез-

воживанія въ алкоголь, просвѣтленія въ кедровомъ маслѣ съ ксиоломъ (2 дня), кусочки были перенесены въ смѣсь хлороформа съ парафиномъ (сутки въ термостатѣ при 34°), затѣмъ въ чистый парафинъ (также сутки при 52°) и, наконецъ, закланы въ парафинъ. Срѣзы, по удаленіи отъ нихъ парафина, окрашивались гематоксилиномъ и эозиномъ и, по просвѣтленіи гвоздичнымъ масломъ, заклывались въ канадскій бальзамъ.

При изслѣдованіи сдѣланныхъ такимъ образомъ препаратовъ изъ новообразованія желудка, найдено, что узелъ состоитъ изъ соединительно-тканнаго основанія и покрывающаго его эпителия. Волокнисто-пучковая, соединительно-тканная основа, исходящая изъ-подъ слизистаго слоя слизистой оболочки желудка, а отдѣльными пучками даже изъ прослоекъ соединительной ткани, лежащей межъ мышечными пластами мышечной оболочки, несетъ крупныя, многочисленныя, извилистыя сосуды и даетъ отъ себя вверхъ довольно толстыя древовидно-вѣтвящіяся и также пронизанныя сосудами отростки; отростки эти соединяются другъ съ другомъ безъ опредѣленнаго порядка соединительно-тканными же перекладинами, вследствие чего образуются ограниченныя, неправильной формы и различной величины, пространства, довольно плотно набитыя полиморфными, неправильно цилиндрическими эпителиальными клѣтками. При болѣе внимательномъ разсматриваніи можно уже и тутъ подмѣтить ворсинчатый характеръ новообразованія, именно: отъ указанныхъ перекладинъ отходятъ небольшіе, нѣжно волокнистыя пучки соединительной ткани, которые окружаютъ сосудики, имѣющіе характеръ капилляровъ, и усажены въ нѣсколько слоевъ, безъ опредѣленнаго порядка, полиморфными, неправильно цилиндрической формы, эпителиальными клѣтками съ круглыми или овальными, зачастую въ состояніи дѣленія, ядрами. По мѣрѣ приближенія къ свободной поверхности новообразованія ворсинчатый характеръ его становится все болѣе яснымъ и здѣсь всюду можно видѣть очень красивыя, длинныя, извитыя, съ утолщеніемъ на концѣ, образованія, также состоящія изъ небольшого, мѣстами расширеннаго, тонкостѣннаго сосуда, сопровождаемаго небольшимъ количествомъ нѣжно-волокнистой ткани съ расположенными на ней упомянутыми клѣтками. Особенно ясно видно это на расщипанныхъ препаратахъ. Новообразованіе мѣстами представляетъ кровянистую инфильтрацію, особенно сильно выраженную въ части его, прилежащей къ свободному, изъязвленному краю, гдѣ излившаяся кровь густо наполняетъ всѣ промежутки ткани съ образованіемъ фибрина. Это обстоятельство и было причиной некроза и гангренознаго размягченія верхушки узла, гдѣ вся ткань сплошь представляетъ помутнѣніе протоплазматическихъ тѣлъ и полную почти потерю способности окраски клѣточныхъ ядеръ.

Что касается причины кровеизліянія, то съ одной стороны надо принять во вниманіе богатство узла сосудами, сопутствуемыми малымъ количествомъ соединительной ткани, дающей сосудамъ слабую опору для выдержанія кровяного давленія, съ другой стороны—ткань новообразованія, какъ стоящая на сравнительно низкой степени дифференцированія, сама по себѣ склонна (особенно при неблагоприятныхъ условіяхъ нахожденія въ желудкѣ, а слѣдовательно — и дѣйствія желудочнаго сока) некротизироваться, что вызываетъ тромбозы сосудовъ съ ихъ послѣдствіями. Идя послыно внизъ, къ основанію узла, достигаемъ мало-по-малу до жизнеспособной еще ткани, проростающей, какъ сказано было, мѣстами до мышечнаго слоя стѣнки желудка. Здѣсь можно видѣть, какъ ткань узла распространяется постепенно вглубь, что и есть главный признакъ злокачественности новообразованія. При этомъ замѣчается, что распространеніе идетъ чрезъ проникновеніе клѣтокъ новообразованія въ преформированныя полости, идущія на ряду съ кровеносными сосудами соединительно-тканнаго основанія узла, а также и чрезъ раздвиганіе пучковъ подлежащей соединительной ткани разрастающимися вглубь клѣтками. Подслизистый слой по краямъ узла сильно отеченъ вслѣдствіе пропитыванія его воспалительными продуктами. Соединительно-тканныя волокна раздвинуты, мѣстами замѣтны значительныя скопленія лейкоцитовъ, а мѣстами—красныхъ шариковъ; ткань подслизистаго слоя находится въ состояніи пролифераціи. Всѣ эти измѣненія зависятъ отъ всасыванія и запруженія лимфатическихъ щелей продуктами некроза узла съ слѣдующей картиной воспаления. Наконецъ, во многихъ мѣстахъ видно новообразование капилляровъ.

На основаніи изложенныхъ макро-и микроскопическихъ данныхъ заключаемъ, что данный узелъ принадлежитъ къ разряду атипическихъ эпителиальныхъ, т. е. раковыхъ новообразованій. По характеру внѣшняго вида и взаимнаго расположенія и разращенія эпителія и соединительной ткани данный узелъ долженъ быть отнесенъ къ виллезнымъ, телеангиэктазическимъ канкроидамъ — *carcinoma epitheliale mucosum villosum telangiectodes*.

Переходя къ препаратамъ изъ печени, видимъ, что вышесказанныя гемморегическія гнѣзда представляются сплошными гнѣздами кровеизліяній, лежащихъ непосредственно подъ Глиссоновой капсулой и постепенно теряющихся въ окружающей паренхимѣ. По окружности этихъ гнѣздъ находятся метастатическіе раковые узлы, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ кровянисто инфильтрированные; прилежащая къ узламъ ткань печени претерпѣ-

ла глубокія измѣненія. Печеночныя клѣтки, вслѣдствіе давленія на нихъ со стороны узловъ, представляются веретенообразно сплюснутыми и располагаются параллельными рядами, что особенно хорошо видно тамъ, гдѣ небольшая прослойка паренхимы ущемлена между двумя близкими другъ къ другу узлами. Далѣе клѣтки представляютъ неокрашивающіяся или слабо окрашивающіяся ядра, жировыя инфильтрацію и дегенерацію (мѣстами большія, круглыя капли жира), накопленіе въ протоплазмѣ бурого пигмента и вообще явленія атрофіи; мѣстами строма даже представляетъ значительно выраженную гнойную инфильтрацію.

Что касается раковыхъ узловъ печени, то строеніе ихъ вполне тождественно съ строеніемъ узла желудка; здѣсь видимъ тѣже, неправильно-цилиндрической формы, полиморфныя, съ ядрами въ состояніи дѣленія, эпителиальныя клѣтки, въ центрѣ узловъ образующія ворсинки, основа которыхъ состоитъ изъ сосулика, сопровождаемаго незначительнымъ количествомъ нѣжно-волокнистой соединительной ткани. Очевидно, что проникновеніе раковыхъ массъ въ венозную систему желудка обусловило множественную эмболию развѣтвленій v. portae раковыми клѣтками, что и вызвало метастатическій ракъ печени (во многихъ мѣстахъ ясно видно запруженіе сосудныхъ стволикотъ въ видѣ пробки раковыми элементами). При этомъ надо замѣтить, что вторичныя телангіектазическіе раки въ печени принадлежать къ довольно рѣдкимъ явленіямъ.

Что касается селезенки, то здѣсь найдены только измѣненія, вызываемыя застойными явленіями, именно: артеріи имѣютъ утолщенные стѣнки, пульпа обнаруживаетъ значительную волокнистость, наконецъ, трабекулы сильно утолщены. Мускулатура сердца представляетъ лишь бурю атрофію въ видѣ накопленія зеренъ бурого пигмента въ протоплазмѣ клѣтокъ у полюсовъ ядра и служитъ выраженіемъ съ одной стороны старческой слабости организма, съ другой же стороны кахексии, какъ слѣдствія раковаго заболѣванія. Соединительно-тканныя между мышечными пучками прослойки уплотнены, сосуды имѣютъ утолщенные стѣнки.

Аорта, какъ уже сказано, представляетъ расширеніе въ дугѣ съ атероматозными бляшками. Интима ея волокниста, какъ бы серозно пропитана, мѣстами утолщена; въ глубокихъ слояхъ ея на границѣ съ media можно видѣть кое-гдѣ незначительную клѣточную инфильтрацію, а мѣстами гнѣзда зернистаго распада. Наконецъ, встрѣчаемъ здѣсь вблизи атероматозныхъ язвъ продолговатыя пространства, выполненныя атероматознымъ веществомъ; атероматозныя язвы исходятъ изъ самаго глубокаго слоя интимы; внутренніе слои интимы на мѣстѣ язвъ разорваны, края

язвъ подрыты, дно покрыто атероматозными, отчасти омѣлотовренными массами. Art. anomura представляетъ также нѣкоторыя измѣненія: intima утолщена, мѣстами выдается въ просвѣтъ сосуда отдѣльными возвышеніями; вообще толщина ея въ разныхъ мѣстахъ колеблется въ значительныхъ предѣлахъ; на границѣ между intima и media замѣчаются коегдѣ гнѣзда зернистаго распада.

Въ почкахъ встрѣчаемъ очень интересное измѣненіе въ видѣ atrophia granularis. На срѣзахъ видимъ: сосуды имѣютъ сильно утолщенные, главнымъ образомъ на счетъ разраженія интимы, стѣнки; Мальпигіевы тѣльца мѣстами почти нормальны, лишь съ уменьшеннымъ, далеко не выполняющимъ Баумановской капсулы, клубочкомъ, мѣстами-же глубоко, до неузнаваемости, измѣнены; въ такихъ тѣльцахъ сильно утолщенные капсулы имѣютъ видъ концентрическихъ, съ концентрически расположенными ядрами, серповидно наслаивающихся другъ на друга клѣтокъ, съ ущемленнымъ либо въ срединѣ, либо сбоку тѣльца остаткомъ клубочка; въ иныхъ мѣстахъ Мальпигіевы тѣльца претерпѣли еще болѣе глубока измѣненія, такъ что на ихъ мѣстахъ видимъ гіалиноподобныя, съ неправильно расположенными ядрами, безъ видимой концентричности, строенія и безъ слѣдовъ клубочка, круглыя тѣла. Вокругъ такихъ измѣненныхъ клубочковъ видимъ громадное скопленіе грануляціонныхъ клѣтокъ, а далѣе массы соединительной, съ характеромъ волокнистой, ткани, которая вездѣ въ корковомъ веществѣ рѣзко выдѣляется въ ущербъ паренхимѣ, т. е. изви-тымъ канальцамъ, уменьшеннымъ въ числѣ и отстоящимъ другъ отъ друга на значительные промежутки. Эпителій канальцевъ находится въ состояніи частью коагуляціоннаго некроза, частью зернистаго и жирового распада и лишь въ рѣдкихъ мѣстахъ даетъ ясную окраску ядеръ. Въ иныхъ мѣстахъ канальцы совершенно лишены эпителія, въ замѣнъ которого въ просвѣтъ ихъ находится небольшое количество зеренъ распада; изрѣдка въ просвѣтѣ канальцевъ можно видѣть гіалиновые цилиндры. Таковы измѣненія эпителія канальцевъ въ мѣстахъ, лежащихъ вблизи патологически-измѣненныхъ Мальпигіевыхъ тѣлецъ; тамъ-же, гдѣ послѣдніе нормальны, эпителій канальцевъ представляетъ болѣе или менѣе нормальныя отношенія. Тѣже самыя почти, но менѣе рѣзко выраженные измѣненія наблюдаются мѣстами и на эпителіѣ прямыхъ канальцевъ мякотнаго вещества; разраженіе промежуточной соединительной ткани здѣсь также рѣзко выражено. Въ art. renali имѣемъ неравномѣрное утолщеніе и мѣстами бугристость и шероховатость интимы; membrana elastica interna представляется не сплошной, а прерывистой; наконецъ, media силь-

но утолщена на счет гиперплазии мышечных элементов. Имѣемъ, слѣдовательно, въ почкахъ классическую картину зернистой атрофіи. Что касается патогенеза ея, то на этотъ счетъ существуютъ разнорѣчивыя мнѣнія. Нѣкоторые авторы считаютъ это патологическое состояніе за исходъ интерстиціального воспаленія, при чемъ измѣненіе эпителія клубочковъ и канальцевъ будетъ здѣсь вторичнымъ. По другимъ—дѣло обстоитъ совершенно иначе, а именно—заболѣваетъ первично эпителий, а соединительная ткань разрастается уже впослѣдствіи *ex vaso*. Далѣе, Grainger-Stewart считаютъ разрушеніе эпителія вторичнымъ явленіемъ, но слѣдствіемъ гипертрофическаго, не воспалительнаго разращенія межуточной соединительной ткани (циррозъ почекъ). Наконецъ, Gull и Sutton видятъ начало заболѣванія почекъ въ измѣненіи стѣнокъ артерій и капилляровъ почекъ, какъ частномъ явленіи общаго заболѣванія всей или большей части артеріальной системы. Такая разнорѣчивость мнѣній скорѣе всего говоритъ за то, что причинъ, вызывающихъ зернистую атрофію почекъ, существуетъ нѣсколько; по крайней мѣрѣ I. Ортъ различаетъ: 1) *atrophia arteriosclerotica*; 2) *atrophia cirrhotica s. indurativa* и 3) *atrophia parenchymatosa degenerativa* и говоритъ о переходныхъ между ними формахъ и ихъ взаимныхъ комбинаціяхъ. Во всякомъ случаѣ, въ болѣе чистомъ видѣ патологическое измѣненіе это, присущее преимущественно старческому возрасту, есть выраженіе артеріо-склероза и состоитъ первоначально въ измѣненіи артеріальныхъ стѣнокъ. Надо полагать, что измѣненія въ сосудахъ (утолщеніе интимы, *endarteriitis* почечныхъ артерій, *arteriocardillarfibrosis* Gull-Sutton'a) дѣлаютъ то, что возникаетъ неравномѣрное кровообращеніе вслѣдствіе неодинаковой проходимости артерій и отдѣльные *reniculi* неодинаково снабжаются кровью, а потому могутъ быть ишемическіе некрозы эпителія Баумановскихъ капсулъ и Мальпигіевыхъ клубочковъ съ послѣдующей дегенераціей въ видѣ зернистаго распада и разращенія *ex vaso* промежуточной соединительной ткани. Вслѣдъ за атрофіей клубочковъ слѣдуетъ дегенерація вслѣдствіе отсутствія физиологическаго раздражителя, т. е. мочевой жидкости эпителія извитыхъ канальцевъ съ послѣдующимъ разращеніемъ соединительной ткани. Gull и Sutton говорятъ еще о разращеніи волокнистой соединительной ткани въ адвентиціальныхъ слояхъ артеріальныхъ сосудовъ, распространяющемся и на капилляры почекъ и сдавливающимъ какъ Мальпигіевы клубочки, такъ и мочевые канальцы, что и приводитъ эпителий ихъ къ дегенераціи. Каково бы, впрочемъ, ни было разращеніе интерстиціальной соединительной ткани, въ нашемъ случаѣ оно выражено очень рѣзко, такъ что при первомъ

взглядъ на препаратъ, а особенно принимая во вниманіе атрофію сосочковъ пирамидъ, вслѣдствіе бывшей, вѣроятно, десквамативной nephritis, и значительное скопленіе грануляціонныхъ клѣтокъ, — невольно является мысль о воспалительномъ характерѣ заболѣванія. Въ виду-же ясно выраженного общаго артеріо-склероза и endarteriitid. почечныхъ сосудовъ приходится признать въ нашемъ случаѣ сложное заболѣваніе.

Въ верхушкахъ легкихъ имѣемъ казеозно-омѣлотовренныя гнѣзда величиной отъ булавочной головки до горошины и болѣе. Въ казеозныхъ массахъ (изъ периферіи кавернъ) найдены въ достаточномъ количествѣ туберкулезныя бациллы, располагающіеся въ казеозномъ веществѣ отдѣльными, небольшими кучками, при чемъ въ большинствѣ случаевъ палочки представляютъ собой инволюціонныя формы, именно — онѣ болѣе тонки и коротки, чѣмъ обыкновенно, очерчены не такъ рѣзко; во многихъ палочкахъ замѣтны свѣтлыя промежутки, принимавшіеся раньше за споровыя образованія; наконецъ, во многихъ мѣстахъ на ряду съ ясно обрисованными еще палочками видны лишь зернышки, слабо окрашивающагося фуксиномъ Ziehl'я, распада бациллъ. Все это въ связи съ тѣмъ, что каверны со всѣхъ сторонъ окружены мозолистой соединительной тканью, по периферіи которой лишь мѣстами замѣтна инфильтрація круглыми клѣтками, далѣе же ткань легкихъ представляется относительно нормальной, — говорить за то, что имѣемъ дѣло съ старымъ, закончившимся, самонзлѣчившимся туберкулезомъ легкихъ. Это обстоятельство интересно въ смыслѣ рѣдкаго существованія въ одномъ индивидуумѣ раковаго и туберкулезнаго (закончившагося) заболѣваній, на что указывалъ еще Rokitsansky. Кромѣ того имѣемъ въ легкихъ явленія сильно выраженной anthracoseos.

Всѣ найденныя измѣненія даннаго случая можно расположить въ слѣдующемъ хронологическомъ порядкѣ. — Очевидно было давнее инфекціонное заболѣваніе полового аппарата, слѣдствіемъ чего явились съ одной стороны рубцовое суженіе сводовъ влагалища съ облитераціей канала шейки и атрофіей матки, съ другой стороны десквамативная nephritis съ атрофіей сосочковъ пирамидъ и замѣщеніемъ пустыхъ пространствъ разращеніями ex vacuo жировой капсулы. Далѣе слѣдовала atrophia granularis. Измѣненія въ почкахъ послужили стимуломъ къ повышенію кровяного давленія, что въ связи съ склеротическимъ заболѣваніемъ атреріальныхъ стѣнокъ (алкоголизмъ) вызвало эктазію аорты и застойныя гипереміи въ области aa. coeliacae и mesentericae, т. е. въ печени и желудочно-кишечномъ каналѣ. Застои въ указанныхъ областяхъ, при частомъ раздраженіи слизистой оболочки желудка алкоголемъ, вызвали хро-

ническое катарральное заболѣваніе желудка, которое, при наличности благоприятныхъ для телангіектазій условий, дало раковое новообразование съ метастазами въ печени.

Случай, въ высокой степени интересный самъ по себѣ, носитъ еще судебно-медицинскій характеръ. Въ виду побоевъ, полученныхъ больной за двѣ недѣли до смерти, могло явиться подозрѣніе, не были-ли сказанные побои причиной разрывовъ Глиссоновой капсулы, слѣдствіемъ чего явилось смертельное кровотеченіе? Разсматривая печень, мы замѣтили на ея нижней поверхности въ глубокихъ мѣстахъ, не могшихъ служить точками приложенія механической силы, темно-красные, размятченные, геморрагическіе узлы величиной до голубиного яйца, съ истонченіемъ надъ ними капсулы, которая при давленіи на поверхность легко разрывается. Въ разрѣзѣ эти геморрагическія гнѣзда имѣли неправильно-клиновидную форму и содержимое ихъ составляла кашицеобразная грязная масса, въ которой видна была кровь и сѣровато-бѣлая, похожая на раковый сокъ, ткань. Вмѣстѣ съ темно-красными узлами были узлы сѣровато-бѣлаго цвѣта, содержавшіе чистый раковый сокъ. Нахожденіе въ желудкѣ телангіектазическаго, съ склонностью къ самостоятельному кровотеченію (что подтверждается геморрагическимъ содержимымъ кишокъ), новообразования на ряду съ подобными же кровотечениями вслѣдствіе разрыва капсулы въ печени, нѣсколько охлаждаетъ судебно-медицинскія подозрѣнія, такъ какъ очевидно, что при всякомъ быстромъ движеніи больной съ фиксаціей брюшного пресса (какъ напримѣръ, при поднятіи тяжестей) могли получиться такіе же разрывы печени. Chiari приводитъ случай разрыва печени, унизанной узлами мозговиднаго рака, подъ вліяніемъ только перемѣны положенія больного въ постели. Въ нашемъ же случаѣ, гдѣ, не говоря о коллатеральномъ расширеніи капиллярной сѣти вслѣдствіе закупорки вѣтвей воротной вены раковыми эмболиями и о частомъ существованіи геморрагическаго діатеза при раковыхъ заболѣваніяхъ, самое новообразование представляется ультра-телангіектазическимъ съ склонностью къ геморрагіямъ,—такая возможность еще болѣе вѣроятна.

CCCXV. Carcinoma acinosum mucosum ventriculi cum degeneratione hyalina vasorum.

И. Эрлихъ.

Николай Гребенковъ, воронежскій мѣщанинъ, прикащикъ, 54 лѣтъ, поступилъ 30 ноября 1891 года въ терапевтическое отдѣленіе Александровской больницы—умеръ 6 декабря 1891 года. Клиническій діагнозъ—carcinoma ventriculi. Больной выше средняго роста, слабаго тѣлосложенія, сильно анемиченъ. Лицо цианотично, на лицѣ и нижнихъ конечностяхъ—отекъ. Подкожная клѣтчатка атрофирована. Животъ значительно увеличенъ въ объемѣ, имѣетъ форму песочныхъ часовъ. Больной такъ слабъ, что ни встать, ни сѣсть безъ посторонней помощи не можетъ. Языкъ обложенъ свѣтло-коричневою корой, пигментный слой въ значительной степени также атрофированъ. Передне-задній размѣръ грудной клѣтки слегка увеличенъ. Граница сердца справа немного не доходить до правой стеральной линіи, остальные границы—въ предѣлахъ нормы. Верхняя граница печени соответствуетъ 6 ребру по мамиллярной линіи, нижняя—снизу на 1½ пальца выходитъ изъ-за края ложныхъ реберъ. Желудокъ сильно растянутъ, крайне болѣзненъ при перкуссіи, печень также чувствительна. Въ нижней части живота при сидячемъ положеніи больного получается притупленіе звука; при пальпации на этомъ мѣстѣ получается зыбленіе. Перкуторный звукъ въ подключичной области правой стороны нѣсколько короче и тупѣе. Пульсъ—твердый, скачущій, аритмичный,—116. У верхушки слышится систолическій шумъ съ легкимъ турбулентнымъ отдѣнкомъ; тоже слышится и на aorta, но не такъ ясно. Въ лѣвомъ подреберьи прощупывается опухоль хрящевой консистенціи, величиною въ большой кулакъ, бугристая и болѣзненная; при дыханіи она не смѣщается; верхняя граница этой опухоли опредѣляется съ 8 ребра по аксиллярной линіи, селезенка оттиснута назадъ. Описанная опухоль съ своими перкуторными границами отдѣляется пространствомъ яснаго звука, имѣющаго клиновидную форму, Нижний край печени не прощупывается; sub scrobiculo cordis почти на всемъ протяженіи прощупываются плотныя, бугристыя опухоли. Вся верхняя половина живота крайне чувствительна къ давленію. Больной очень поверхностно дышетъ, такъ что аускультативныя данныя получить нельзя. Кашлемъ выдѣляется обильная гнойная мокрота. 2 декабря больного прослабило нѣсколько разъ. 3 и 4 декабря больной находился въ безпокойномъ состояніи, t° —35,6, пульсъ весьма плохой, почти нитевидный. 5 декабря изслѣдованіе мочи дало слабую опалесценцію; 6 декабря—умеръ.

Кости свода склерозированы, легки, желтоватаго цвѣта; diploë на лобной кости совершенно изглажено; въ теменныхъ костяхъ содержатся красноватая неправильнаго очертанія пятна; внутренняя поверхность шероховата съ слабо выраженными сосудистыми бороздками. Твердая мозговая оболочка утолщена, особенно подъ лобной костью, совершенно безкровна. Мягкая оболочка тонка, сильно отечна, умѣренно инъецирована кровью, отдѣляется легко. Ткань мозга безкровна, неравномѣрной плотности; лѣвый задній рогъ совершенно заращенъ,

правый и septum pellucidum съ лѣвой стороны представляютъ мѣстныя сращенія еpendymatis. Сосуды основанія мозга тонкостѣнны, съ разсѣянными желтоватыми пятнами атероматознаго перерожденія. Сердце слегка увеличено въ объемѣ, правильно-конической формы, endocardium праваго предсердія утолщено въ видѣ сѣрыхъ сухожильныхъ пятенъ; стѣнка желудочка нормальной толщины, полость увеличена; pulmonalis тонкостѣнна, сильно эластична, endocardium лѣваго предсердія фиброзно перерождено; bicuspidalis натягивается въ видѣ хорды; сухожильныя нити сращены между собою, рубцово-бѣлаго цвѣта и хрящевой плотности, лѣвый желудочекъ въ состояніи сокращенія, стѣнка утолщена, мускулатура блѣдно-краснаго цвѣта. Aorta не эластична, intima желтоватаго цвѣта, слегка морщиниста. Aorta, начиная отъ дуги до раздѣленія на ilical, представляетъ на утолщенной intima многочисленныя блискообразныя возвышенія молочно-бѣлаго цвѣта, полупрозрачныя, съ разсѣянными на нихъ желтыми пятнами атероматознаго перерожденія поверхностныхъ слоевъ, а въ нижней части брюшной aortae съ немногочисленными, также поверхностными язвами въ видѣ эрозій съ пигментированнымъ въ черный цвѣтъ дномъ. Артеріи перваго порядка также расширены и мало эластичны. Легкія сращены съ грудной стѣнкой и съ діафрагмой старыми ложными перепонками, умѣренно эмфизематозны, особенно въ верхнихъ доляхъ; въ верхушкахъ содержатся разлитые узлы волокнистаго заустѣвнїи съ казеозными сухими гнѣздами величиною до коноплянаго зерна. Въ нижнихъ доляхъ ткань всюду умѣренно отечна и малокровна. Въ полости брюшины содержится большое количество кровянистой жидкости, въ верхнихъ слояхъ прозрачной, въ нижнихъ слояхъ съ осадкомъ кирпично-краснаго цвѣта, состоящимъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ. Полость малаго таза выполнена фибринозно кровянымъ, довольно плотнымъ сверткомъ величиною почти въ кулакъ; надъ promontorium находится такой-же, меньшей величины, кровяной свертокъ, плотно приросшій къ брюшинѣ. Большой сальникъ сморщенъ, въ лѣвомъ подреберьи завернуть кверху, слегка приращенъ къ выдающемуся изъ-подъ края ложныхъ реберъ нижнему концу увеличенной селезенки. Органы epigastrii сращены между собою и съ діафрагмою довольно плотными, въ лѣвомъ hypochondrium, на мѣстѣ малаго сальника, кровянисто инфильтрированными, старыми, ложными перепонками. Печень мала, кожиста, въ разрѣзѣ свѣтло-коричневаго цвѣта, безъ слѣда долекъ; къ лѣвой долѣ ея плотно приращенъ желудокъ выходной частью; lig. hepato-duodenale укорочено. Желчный пузырь умѣренно растянутъ; ductus choledochus и d. pancreaticus на всемъ протяженіи проходимы. На мѣстѣ малаго сальника находится валикообразная, мало подвижная, черновато-краснаго цвѣта опухоль. Между свободной поверхностью селезенки и стѣнкой лѣваго подреберья находится такой-же, какъ въ тазовой полости, рыхлый, плоскій кровяной свертокъ. Селезенка увеличена, поперечной бороздкою дѣлится на двѣ неравныя части: верхнюю—темно-краснаго цвѣта и плотную, въ разрѣзѣ представляющую сплошную кровяную инфильтрацію, при сильномъ расширеніи венозныхъ сосудовъ, и нижнюю—дряблую, въ разрѣзѣ блѣдно-красную; съ внутренней поверхностью селезенки очень плотно сращено дно желудка старыми, кровянисто инфильтрированными, ложными перепонками. Желудокъ въ выходной части сжатъ, въ днѣ содержитъ незначительное количество грязной, мутной жидкости; serosa его аспидно пигментирована; полость мала; слизистая оболочка всюду совершенно

лишена складокъ, гладка, аспиднаго цвѣта, неподвижна надъ подлежащими слоями. На задней стѣнкѣ, на малой кривизнѣ, на два пальца отъ *cardia* находится язва величиною въ половину голубиного яйца, имѣющая видъ дивертикулообразнаго углубленія съ гладкимъ, заостреннымъ и слегка нависшимъ краемъ, образованнымъ истонченною и пигментированною слизистой оболочкою и съ плотнымъ, сѣроватаго цвѣта и слегка зернистымъ дномъ, подъ которымъ, въ кровянисто-инфильтрированномъ, уплотненномъ маломъ сальникѣ находится дольчатая, величиною болѣе куриного яйца, достигающая праваго края *foram. oesophagei* опухоль; въ разрѣзѣ на мѣстѣ опухоли малый сальникъ представляетъ рыхлую, кровянисто-инфильтрированную ткань съ вкрапленными въ ней болѣе плотными, мозговидно-бѣлаго цвѣта узелками, величиною отъ горошины до лѣснаго орѣха, при соскабливаніи дающими кровавистый, на подобіе селезеночной мякоти, сокъ. На слизистой оболочкѣ привратника, равно какъ и при *cardia* замѣчаются мелкія, рубцово-бѣлаго цвѣта пятна. На поперечный палецъ выше *cardia* въ нижней трети *oesophagi* находится веретенообразное расширеніе просвѣта съ сильно пигментированной въ аспидный цвѣтъ слизистой оболочкой, на которой замѣчаются продольные въ видѣ расщелины, аспидно-пигментированные рубцы и мозговидно-бѣлые, почти хрящевой плотности, опухолевидные наросты величиною до лѣснаго орѣха. Медиастинальныя железы, прилежащія къ этому расширенію, увеличены, черновато-краснаго цвѣта и также содержатъ мягкіе мозговидно-бѣлые узелки. Лимфатическія железы выше раздѣленія дыхательнаго горла частью нормальны, частью превращены въ опухоли величиною до лѣснаго орѣха, сѣровато-бѣлаго цвѣта, плотныя и сухія въ разрѣзѣ. На брыжейкахъ тонкихъ кишекъ находятся ворсистыя, бляшкообразныя, кровянисто-инфильтрированныя возвышенія, въ разрѣзѣ также представляющія группы мелкихъ, мозговидно-бѣлыхъ узелковъ; такіе-же узелки расположены въ толщѣ брыжейки при кишечномъ краѣ ея въ видѣ разсѣянныхъ мелкихъ опухолей, окруженныхъ геморрагическими инфильтраціями. Правая почка сильно сращена съ восходящей частью толстой кишки, на брыжейкѣ которой находится плотно приращенный кровяной свертокъ, совершенно сходный съ тѣмъ, какой находится на *promontorium*. Жировая капсула почки фиброзно перерождена, сама почка превращена въ плоскій, неравномѣрной формы, толстостѣнный пузырь, по вскрытіи представляющійся трабекулярнымъ вслѣдствіе расширенной лоханки и чашечекъ, содержащій прозрачную жидкость съ рѣзкимъ запахомъ мочи и имѣющій неравномѣрной толщины, сѣровато-красную и зернистую въ разрѣзѣ стѣнку, въ которой невозможно узнать признаковъ почечной ткани. Въ началѣ мочеточника находится плотно ущемленный, очень твердый, шероховатый, чернаго цвѣта камень величиною въ зерно фасоли. Лѣвая почка слегка увеличена; жировая капсула также фиброзно перерождена, серозная капсула отдѣляется съ трудомъ, поверхность зерниста, бѣдно-краснаго, съ обширными желтыми пятнами, цвѣта; граница между корковымъ и пирамидальнымъ слоями изглажена, сосочки атрофированы, лоханка и чашечки расширены. Пузырь малъ, пусть, слизистая оболочка имѣетъ трабекулярный видъ, стѣнка трудно растяжима. Слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишекъ истончена, мало подвижна надъ подлежащими слоями, по всему протяженію сильно аспидно пигментирована. Отъ геморрагически инфильтрированныхъ опухолевидныхъ узловъ брыжейки начинаются и продолжаются до ствола *venae mesentericae superior*

свѣжіе обтурирующіе фибринозно-кровяные тромбы; наибольшій изъ нихъ—въ стволѣ v. mesenterica достигаетъ толщины мизинца.

Взвѣсивъ данныя вскрытія, мы останавливаемъ свое вниманіе на брюшной полости въ виду того, что тутъ наталкиваемся на множество патологическихъ явленій, которыя по своему характеру, на сколько это можно установить на секціонномъ столѣ, вѣроятно, связаны въ одинъ патологическій процессъ. Свободная кровь въ полости брюшины, фибринозно-кровяной свертокъ въ маломъ тазу, такіе же на promontorio, въ лѣвомъ hypochondrio и на восходящей части толстой кишки—все это съ одной стороны, съ другой же стороны—мозговидно-бѣлые узлы въ кровянисто-инфильтрированномъ маломъ сальникѣ, такіе же узлы съ ворсистымъ характеромъ и кровянистой инфильтраціей на брыжейкѣ тонкихъ кишекъ, бѣлые узлы инфильтраціи въ нижней трети пищевода—все это указываетъ на то, что, вѣроятно, существуетъ тѣсная связь между явленіями новообразованія поименованныхъ бѣлыхъ узловъ и появленіемъ фибринозно-кровяныхъ свертковъ въ разныхъ мѣстахъ брюшной полости. Сращеніе органовъ epigastrii между собою и съ діафрагмою старыми ложными перепонками, также кровянисто-инфильтрированными, аспидная пигментація serosae желудка, наконецъ, непосредственная связь бѣлыхъ узловъ малаго сальника съ стѣнкой желудка въ области дивертикулообразнаго углубленія ея близъ cardia на малой кривизнѣ—все это заставляетъ насъ искать primum movens для всего патологическаго процесса въ желудкѣ.

Аспидная пигментація serosae, аспидный цвѣтъ слизистой оболочки желудка указываютъ на то, что при жизни въ этомъ органѣ бывали приливы крови, застой, было обильное развитіе сосудовъ, т. е. была gastritis chronica. Малая полость желудка, при сглаженныхъ складкахъ побуждаетъ думать, что въ общемъ имѣлось припуханіе слизистой оболочки, или отечное, или обусловленное паренхиматознымъ воспаленіемъ эпителиально-железистой части слизистой оболочки желудка (gastritis parenchymatosa). Бѣлые рубцовыя пятна на слизистой оболочкѣ pylori и при cardia представляются неясными по своему характеру и генезу до микроскопическаго изслѣдованія. Дивертикулообразное углубленіе на малой кривизнѣ съ острымъ, нависшимъ краемъ, состоящимъ изъ пигментированной слизистой оболочки, имѣетъ въ себѣ признаки и изъязвившагося раковаго новообразованія, и круглой язвы желудка. При такихъ неясныхъ и даже спорныхъ данныхъ макроскопическаго изслѣдованія приходится многое возлагать на микроскопическое изслѣдованіе для выясненія сущности патологіи желудка въ нашемъ случаѣ. Изслѣдуя надлежа-

щимъ образомъ приготовленные срѣзы, захватывающіе край и дно дивертикулообразнаго углубленія и окрашенные въ основную и ядерную окраску (пикрокарминъ и метиленблау), наталкиваемся на картину слѣдующаго характера. На одномъ изъ срѣзовъ убѣждаемся, что край подрѣтъ, состоитъ изъ слизистой оболочки и подслизистаго слоя, дно представляетъ ткань, не характерную ни для одного изъ слоевъ стѣнки желудка, а представляетъ вертикально и наклонно стоящія соединительно-тканныя прослойки и клѣточные элементы между ними; въ мѣстѣ перехода края въ дно, т. е. въ карманѣ, образованномъ подрѣтымъ краемъ, виденъ обнаженный внутренній слой *muscularis externae*. Интересныя отношенія представляетъ наружный слой *muscularis externae*: будучи перерѣзанъ вдоль своихъ волоконъ, онъ вообще своими пучками занимаетъ довольно большое протяженіе въ ширину; сплошной представляется только наружная часть слоя, внутренняя же представляется разрыхленной, расщепленной на тонкіе пучки, не сплошные, а скорѣе будто раскнутые въ рубцовой соединительной ткани. Наружная сплошная, болѣе объемистая часть описываемаго слоя *muscularis externae* вблизи поверхности дивертикулообразнаго углубленія, будучи отдалена залегающими въ днѣ и немного глубже клѣточковыми скопленіями, не доходитъ до нея, а, образуя дугу, направляется свободнымъ концомъ кнутри; при этомъ расщепляется на двѣ вѣточки вѣдрившимися двумя клѣточковыми узлами, однимъ—большимъ, другимъ—меньшимъ, и одна изъ этихъ вѣточекъ вѣдряется между поперекъ перерѣзанными пучками внутреннего слоя *muscularis externae* въ томъ мѣстѣ, гдѣ, благодаря сильному разрыхленію этого слоя и смѣщенію въ своемъ направленіи наружнаго слоя *muscularis externae*, устанавливается непосредственный переходъ отъ подслизистаго слоя черезъ рубцовый мостикъ къ брюшной клѣтчаткѣ. Надъ этими узлами, входящими въ области мостика до подслизистаго слоя, этотъ послѣдній представляется обнаженнымъ на небольшомъ протяженіи со стороны полости желудка; на этомъ обнаженномъ участкѣ подслизистаго слоя видны обрывки *muscularis mucosae* и распадъ, надъ периферіей участка нависаетъ въ видѣ подрѣтаго края слизистая оболочка, образуя подъ собою карманъ въ видѣ щели, выполненной детритомъ. Какъ на дивертикулообразное углубленіе стѣнки желудка, такъ и на сейчасъ описанный дефектъ слизистой оболочки мы можемъ смотрѣть какъ на язвы. Сопоставленіе всѣхъ имѣющихся признаковъ язвы и выясненіе характера той и другой язвы—впередѣ. Разсматривая ткани различныхъ слоевъ стѣнки желудка на нѣкоторомъ протяженіи отъ края язвы, убѣждаемся,

что соединительно-тканые слои, какъ-то; подслизистый слой и межмышечный между слоями *muscularis externa* представляются рубцовыми, волокнистыми, лишенными клеточныхъ элементовъ; эти два рубцовыхъ слоя соединяются между собою такого же характера мостиками, большими и меньшими, прорѣзывающими внутреннй слой *muscularis externa*. Тамъ и сямъ въ рубцовой ткани встрѣчаются довольно крупныя сосуды; артеріальные изъ нихъ представляютъ ясное разграниченіе *intimae* отъ бурой *mediae*, *adventitia* же, рубцово перерожденная, сливается съ окружающею тканью; венозные сосуды представляютъ одну волокнистую стѣнку. Между слоями *muscularis externa* и въ подслизистомъ слоѣ встрѣчаются то въ поперечномъ, то въ продольномъ перерѣзѣ нервные пучки. *Muscularis mucosae* представляется въ видѣ едва намѣченной буроватой полоски, прилегающей къ эпителиально-железистой части слизистой оболочки, и неравномѣрной толщины. Внутреннй слой *musc. externa* сильно разрыхленъ выѣдрившейся между пучками и рубцово переродившейся соединительной тканью; наружный слой представляется въ такомъ видѣ, въ какомъ онъ выше описанъ. Кнаружи отъ *muscularis externa*, подъ поверхностью дивертикулообразной язвы, именно въ подбрюшинной клетчаткѣ видны скопленія клеточковыхъ элементовъ въ видѣ большихъ и меньшихъ узловъ, раздѣленныхъ другъ отъ друга грубо волокнистой соединительной тканью; нѣкоторые изъ этихъ узловъ представляютъ крупно-петлистую стѣнку капилляровъ, петли которой выполнены кучками клетокъ. Эпителиально-железистый слой слизистой оболочки, какъ явствуетъ изъ вышесказаннаго, представляетъ дефекты въ видѣ поверхностныхъ язвъ съ подрытыми краями; онъ—неравномѣрной толщины, въ иныхъ мѣстахъ даетъ отростокъ въ подслизистый слой, отталкивая и пробивая *muscularem mucosae*. На протяженіи слизистой оболочки встрѣчаются въ эпителиальномъ слоѣ то щели, то полости съ буроватымъ, зернистымъ содержимымъ, то грозди, состоящія изъ конгломерата довольно правильныхъ, небольшихъ, круглыхъ полостей, отдѣляющихся другъ отъ друга тонкими прослойками и также содержащихъ въ себѣ буроватыя зерна. Свободная поверхность эпителиальнаго слоя представляетъ разной вышины ворсинки, болѣе короткія съ широкимъ основаніемъ, болѣе длинныя, узкія; падаются какъ-бы грибовидныя обрывки, связанныя съ подлежащимъ слоемъ тонкой ножкой и представляющіе на своей свободной поверхности въ свою очередь бугроватость въ видѣ ворсинъ. Что касается физиологическаго состоянія тканей, на сколько объ этомъ можно судить по микроскопической картинѣ, то соединительная ткань представляется рубцовой,

бѣдна или совершенно лишена клѣточныхъ элементовъ, *muscularis externa* —бурая съ слабо окрашивающимися ядрами, слѣдовательно, подвергается атрофіи, иные пучки представляютъ одни только бурья полосы безъ слѣда ядеръ. Эпителиально-железистая часть слизистой оболочки и *musc. musosae* представляются въ состояніи почти полной дегенераціи: эпителиальный слой представляетъ зернистую массу на всемъ протяженіи, кое-гдѣ разбросаны въ этой массѣ близко къ свободной поверхности блестяшіе коллоидные шары—продуктъ метаморфоза покровнаго эпителія слизистой оболочки; видны также болѣе или менѣе сохранившіе форму пепсино-железистыя клѣтки, конечно, безъ ядеръ и безъ опредѣленныхъ, рѣзкихъ границъ, и кромѣ того попадаются клѣтки, морфологически тождественныя съ элементами новообразованныхъ узловъ, съ хорошо окрасившимися большими ядрами. Вышеупомянутыя полости разнообразной величины представляютъ поперечно-перерѣзанныя железистыя трубки, то болѣе, то менѣе расширенныя, а зернистое содержимое ихъ—распадъ отъ переродившихся железистыхъ элементовъ. Всѣ слои стѣнки желудка, но особенно ясно—*muscul. externa*, представляютъ постепенный переходъ по мѣрѣ приближенія къ поверхности язвы отъ мало измѣненной ткани съ окрашивающимися ядрами къ дегенерировавшей съ бурнымъ цвѣтомъ мышечныхъ пучковъ и съ слабо окрашивающимися ядрами. Состояніе полного некроза тканей представляетъ поясъ, простирающійся отъ поверхности края и дна язвы вглубь тканей и захватывающій въ себя всѣ слои, а также прилежающіе узлы новообразованія, какъ-то: всѣ узлы, образующіе дно язвы, и нѣкоторые, лежащіе глубже; между послѣдними попадаютъ такіе, которые при большомъ размѣрѣ представляютъ половину, обращенную къ язвѣ, некротизированную, другую-же половину, относительно хорошо воспринимающую ядерную окраску. Пучки *musc. externaе*, захваченные въ этотъ поясъ, превращены въ зернистую бурую массу безъ намека на строеніе пучковъ. Въ большихъ, цѣльныхъ узлахъ, подвергшихся некрозу, гдѣ клѣточные элементы совершенно не окрашиваются, тѣмъ рѣзче выступаетъ выше описанная сѣтка капилляровъ, растянутая по узлу. И вѣдъ описаннаго пояса встрѣчаются некротизированные участки въ большихъ узлахъ, мало на периферіи, больше—въ центральной части узла. Интереснымъ представляется то обстоятельство, что при такомъ состояніи дегенераціи слоевъ, то до полного некроза въ эпителиальномъ слой и въ упомянутомъ поясѣ, то до атрофіи въ различной степени въ мышечномъ слой, при рубцовомъ перерожденіи подслизистой и межмышечной соединительной ткани, хорошо окрашенными представляются нервные пучки, попадающіеся

то въ продольномъ, то въ поперечномъ перерѣзѣ въ подслизистой, мышечной соединительной ткани и снаружи отъ *muscul. externae* соотвѣтственно брюшной клѣтчаткѣ. Въ общемъ производитъ впечатлѣніе болѣе живой ткани все, лежащее снаружи отъ подслизистаго слоя; тутъ встрѣчаются на большомъ протяженіи сосуды съ мелкоклѣточной инфильтраціей въ *adventitia*, хорошо окрасившіеся въ ядерную окраску. Въ соединительно-тканыхъ прослойкахъ между узлами попадаются мѣста гемморагическія съ скопленіемъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, рядомъ—мелкоклѣточная инфильтрація; есть и скопленія жировыхъ клѣтокъ, инфильтрированныя мелкими грануляціонными клѣтками. Открытая поверхность дивертикулообразной язвы, представляя въ днѣ изъязвившіеся и открытые узлы новообразованія, покрыта разбѣянными элементами новообразованія, гнойными клѣтками и зернистымъ распадомъ. Клѣточные элементы узловъ новообразованія представляютъ рядомъ съ небольшими полигональными клѣтками еще болѣе крупныя элементы то грушевидной формы съ однимъ или двумя круглыми ядрами, или однимъ почковиднымъ ядромъ, то сравнительно хорошо сформированныя цилиндрическія клѣтки съ болѣе узкой частью, гдѣ лежитъ ядро, одно или два, и болѣе широкою частью съ совершенно ровнымъ, какъ-бы обрѣзаннымъ основаніемъ соотвѣтственно свободной поверхности цилиндрическаго эпителія слизистой оболочки желудка; на такой поверхности удастся въ нѣкоторыхъ элементахъ видѣть кутикулярную покрывку. Протоплазматическая часть клѣтки гомогенна. Такого рода элементы изъ новообразованій свойственны только раковымъ. Оканчивая описаніе микроскопической картины язвы и ея окружности, прибавлю только, что, изслѣдуя различныя срѣзы, можно убѣдиться, что о край, постоянномъ по тѣмъ слоямъ, которые въ него входятъ, нельзя говорить: то онъ состоитъ изъ слизистой оболочки, то изъ всей толщи стѣнки желудка, включая и *musc. externam*; край вездѣ немного подрѣтъ и почти непосредственно, образуя небольшіе уступы, переходитъ въ дно язвы.

Изслѣдуя надлежащимъ образомъ приготовленный и окрашенный въ основную и ядерную окраску срѣзъ, захватывающій всѣ слои стѣнки желудка въ томъ мѣстѣ его, гдѣ макроскопически опредѣляются бѣлыя рубцовыя пятна, мы находимъ слѣдующее: всѣ ткани отечны, въ состояніи атрофіи, лимфатическія щели и вены расширены. Въ то время какъ мышечная ткань отчасти, эпителіальная железистая совершенно подверглась полному некрозу, не принимаютъ совершенно ядерной окраски,—хорошо окрашиваются соединительно-тканые слои со всѣмъ тѣмъ, что въ нихъ

залегають, сосудами и нервами. Соединительно-тканная часть слизистой оболочки обнажена, покрыта зернистымъ детритомъ—распадомъ эпителиальныхъ клѣтокъ; по окружности обнаженного участка подъэпителиального, соединительно-тканного слоя попадаютъ слабо связанные съ послѣднимъ обрывки эпителиально-железистаго слоя слизистой оболочки, представляющіе небольшія полости, отдѣленные другъ отъ друга и выполненныя зернистой массой—остатокъ железистыхъ трубокъ, поперечно перерѣзанныхъ. *Muscularis mucosae* замѣчается обрывками въ видѣ буровой безъ ядеръ полоски подъ тонкимъ рубцовымъ соединительно-тканнымъ слоемъ слизистой оболочки. Брюшинная клѣтчатка утолщена, состоитъ изъ нѣсколькихъ слоевъ: къ *musc. externa* прилегають жировая ткань, за ней—слой нервовъ, вокругъ которыхъ также располагаются жировыя клѣтки, далѣе—соединительно-тканный слой, а подъ серознымъ покровомъ видна сплошная инфильтрація угловатыми клѣтками въ состояніи дегенераціи, вѣроятно, раковыми. Жировыя клѣтки группами и дольками видны также въ подслизистомъ слоѣ въ видѣ ясно перстневидныхъ образований вслѣдствіе периферическаго расположенія ядра. *Adventitia* крупныхъ артерій склерозирована, нервы въ подслизистой и брюшинной соединительной ткани отчасти перерождены, отчасти хорошо сохранились. Просвѣтъ небольшихъ артерій уменьшенъ, вены расширены.

Срѣзы, захватывающіе всѣ слои стѣнки желудка въ той части, которая на глазъ представляется ворсистой, показываютъ почти нормальное объемное отношеніе слоевъ въ ширину, но всѣ ткани—въ состояніи полного омертвѣнія и отека. Эпителиально-железистый слой представляетъ хорошо сохранившіяся трубки въ продольномъ и поперечномъ перерѣзѣ, клѣтки—съ неясными контурами еле поддерживаютъ свою форму, ядра совершенно не окрашены, нижнія части трубокъ, пожалуй, кистовидно расширены, выполнены зернистымъ распадомъ и остатками клѣтокъ. Отъ покровнаго цилиндрическаго эпителія нѣтъ и слѣда, такъ что железистыя трубки представляются какъ-бы въ видѣ ворсинъ. Мышечная ткань *musc. externae* разрыхлена вслѣдствіе отека. Вены расширены.

Изслѣдуя срѣзъ изъ того мѣста стѣнки желудка, гдѣ подъ сохранившейся слизистой оболочкой прощупывались узлы новообразованія, убѣждаемся, что раковое новообразованіе инфильтрируетъ *musc. externam* такъ, что въ иныхъ мѣстахъ доходитъ до подслизистаго слоя. Продольно перерѣзанные пучки наружнаго слоя *musc. externae* сильно расщеплены видѣвшимися цугами и узлами клѣтокъ такъ, что въ иныхъ скопленіяхъ мышечные пучки рассыпаются какъ-бы вѣромъ. Болѣе въ видѣ узловъ,

раздѣленныхъ другъ отъ друга толстыми соединительно-тканными прослойками, наблюдается новообразованіе подъ *musc. externa* въ клѣтчаткѣ. Гдѣ узелъ разрыхленъ благодаря выпавшимъ клѣткамъ, открывается сѣтъ капилляровъ; въ прослойкахъ проходятъ крупныя сосуды, встрѣчаются геморрагическія мѣста и мелкоклѣточная воспалительная инфильтрація. Эпителиально-железистый слой сохраненъ въ своей нижней половинѣ и представляетъ разнообразной величины кисты, наполненныя распадомъ эпителиальныхъ клѣтокъ; *muscularis mucosae* тоже въ состояніи дегенерации. Также въ клубокъ раковыхъ узловъ превращена клѣтчатка малаго сальника. Въ объемистыхъ соединительно-тканныхъ прослойкахъ проходятъ нервъ, артерія и вена въ одномъ влагалищѣ; послѣднее подчасъ инфильтрировано раковыми клѣтками, неврилема иногда тоже сплошь инфильтрирована раковыми элементами, и тогда нервъ—въ состояніи дегенерации, иногда-же нервъ окруженъ ободкомъ мелкоклѣточной грануляціонной ткани; венозная стѣнка сплошь инфильтрирована раковыми элементами, артеріальная-же въ адвентиціальной части преимущественно. Иные сосуды сдавлены до облитерации и выполнены эндотелиальными клѣтками, другіе затромбированы раковыми элементами. Есть и геморрагическія гнѣзда.

Резюмируя все относящееся къ желудку, приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ: дивертикулообразный дефектъ на задней стѣнкѣ желудка съ краемъ то тонкимъ и острымъ, то толстымъ, но всегда немного подрывнымъ, съ дномъ, въ которое почти непосредственно переходитъ край съ образованіемъ небольшого кармана и которое содержитъ клѣточковые узлы, раздѣленные другъ отъ друга фиброзными перегородками, съ некротическимъ поясомъ, охватывающимъ всѣ слои и ткани, непрерывность которыхъ нарушена дефектомъ, съ поверхностью, на которой виденъ распадъ, гной и элементы, тождественные съ клѣтками новообразованныхъ узловъ брюшинной клѣтчатки, такого рода дефектъ долженъ быть признанъ за язву, и не за простую язву, а за язву, образовавшуюся на почвѣ новообразованія. Характеръ элементовъ новообразованія съ ихъ формой, то приближающейся къ цилиндрической, то чисто цилиндрической съ однородной покрывкой, полигональной, словомъ—полиморфизмъ, однородная стекловидная протоплазма и крупное ядро,—все это признаки элементовъ рака, и именно такого рака, для котораго матерная ткань есть цилиндрической эпителий слизистой оболочки. И такъ передъ нами язва на почвѣ *carcinoma cylindro-epitheliale mucosum*. Узлы въ клѣтчаткѣ малаго сальника и брюшинной, очевидно, уже вторичныя; первичное-же мѣсто въ толщѣ слизистой оболочки, надо думать, въ видѣ небольшого узла, съ

котораго и начался язвенный процессъ; весь узелъ подвергся некрозу и распаду и оставилъ по себѣ слѣды въ видѣ прилегающихъ къ поверхности язвы раковыхъ элементовъ. Окружность язвы представляетъ рубцовые соединительно-тканые слои, атрофирующуюся мышечную ткань, дегенерирующійся эпителий: всѣ эти измѣненія, конечно, составляютъ результатъ воспалительной реакціи вокругъ изъязвляющагося новообразованія. Вся стѣнка желудка представляется отечной. Слизистая оболочка—въ состояніи паренхиматознаго воспаленія въ частяхъ, представляющихся на глазъ ворсистыми, въ прочихъ мѣстахъ она носитъ на себѣ слѣды протекавшаго, разлитого, интерстиціального воспаленія, рѣже всего выраженные въ окружности язвы въ видѣ различной величины и формы щелей и полостей, содержащихъ зернистыя массы—продуктъ дегенераціи железистыхъ элементовъ, въ видѣ деформациі въ какія то ворсины и обрывки, наконецъ, въ видѣ поверхностныхъ дефектовъ эпителиально-железистаго слоя, генезъ которыхъ можно объяснить такъ, что кровотеченія въ слизистой оболочкѣ, обуславливающіяся воспалительными измѣненіями въ ней, повели къ гемморрагическимъ эрозіямъ, а послѣднія, въ то время какъ при другихъ лучшихъ условіяхъ прекрасно могли бы зажить безъ слѣда, тутъ при дегенеративномъ состояніи слизистой оболочки, при асфиксическомъ состояніи тканей вслѣдствіе сдавленія артеріальныхъ сосудовъ раковыми узлами въ маломъ сальникѣ,—при такихъ невыгодныхъ условіяхъ эти гемморрагическія эрозіи подверглись дѣйствию желудочнаго сока и превратились въ поверхностныя язвы. Описанное состояніе всей слизистой оболочки желудка составляетъ явленіе, сопутствующее обыкновенно раку желудка. Итакъ, патолого-анатомическій діагнозъ на основаніи данныхъ микроскопическаго изслѣдованія такой: *carcinoma cylindro-epitheliale mucosum polymorphe-acinosum s. profundum, gastritis chronica, ulcera peptica.*

Сильно пигментированная въ аспидный цвѣтъ слизистая оболочка пищевода въ нижней трети его, тамъ, гдѣ онъ веретенообразно расширенъ, продольные въ видѣ расщелины аспидно пигментированные рубцы и тутъ же мозговидно-бѣлые опухолевидные наросты,—все это позволяетъ видѣть тутъ диссеминаціонные раковые узлы. Изслѣдуя срѣзъ стѣнки пищевода черезъ всѣ слои въ томъ мѣстѣ, гдѣ на ней сидитъ узелъ на тонкой ножкѣ, констатируемъ, что изъ-подъ слизистой соединительной ткани вырастаетъ шаровидной формы узелъ, захватывая въ свою собственную субстанцію сильно гипертрофированную *musc. mucosae*, выпячивая впереди себя слизистую оболочку и покрываясь ею; но о существованіи слизистой

оболочки вокруг узла можно скорѣе догадываться, чѣмъ дѣйствительно видѣть ее; ибо она представляется въ видѣ некротизированной полоски, составляющей, вѣроятно, остатокъ эпителиальнаго слоя, соединительно-тканная-же часть слизистой оболочки, повидимому, втянута въ узелъ какъ и *musc. mucosae*. Периферія узла вообще, а верхушка въ особенности — въ состояніи некроза; прочая-же часть узла хорошо воспринимаетъ ядерную окраску. Толстая обыкновенно слизистая оболочка пищевода рядомъ съ узломъ совершенно деформирована, сведена на какую-то ворсистую полоску безъ слѣда ядеръ; часть ея, прилегающая къ *musc. mucosae*, какъ и сама *musc. mucosae*, сплошь и гнѣздно инфильтрирована грануляціонной тканью. Эта грануляціонная инфильтрація проникаетъ въ раковый узелъ по пути вѣдряющейся въ него и разсѣивающейся по узлу *musc. mucosae*. Въ подслизистой соединительной ткани, прилегающей къ узлу вены, а также лимфатическіе сосуды и щели расширены, все въ состояніи отека; лимфатическіе сосуды, идущіе отдѣльно и сопровождающіе вены, подчасъ затромбированы раковыми элементами. *Muscularis externa* безъ измѣненія. Строеіе раковаго узла таково, что весь онъ болѣе тонкими и немногочисленными болѣе толстыми соединительно-тканными перегородками, къ которымъ примѣшаны мышечныя волокна, раздѣленъ на участки болѣе или менѣе круглой формы. Эти псевдоальвеолы выполнены иногда густо сплоченными клѣточными элементами, совершенно тождественными съ описанными выше въ узлахъ стѣнки желудка. Болѣе толстые прослойки соединительной ткани содержатъ въ себѣ круги такихъ же элементовъ. Альвеолярное строеіе узла, въ которомъ какъ бы разсѣиваются пучки *musc. mucosae*, и соединительно-тканнаго слоя слизистой оболочки легко объясняется равномернымъ инфильтрированіемъ лимфатической стѣны въ этихъ узлахъ.

Изслѣдуя срѣзъ стѣнки пищевода изъ того мѣста ея, гдѣ опухолевидные наросты не висятъ, какъ-бы, на стѣнкѣ, а на глазъ, по-крайней-мѣрѣ, инфильтрируютъ ее, убѣждаемся, что и тутъ узлы (ихъ два попалося на срѣзѣ) исходятъ изъ-подъ подслизистаго слоя, поднимаютъ все, лежащее кнутри отъ нихъ, при этомъ на нѣкоторомъ протяженіи, приблизительно на двѣ трети вышины два узла отдѣлены другъ отъ друга только прослойкой рыхлой соединительной ткани; далѣе, образуя выпуклую часть, выдающуюся въ проевѣтъ пищевода, узлы какъ бы раздвигаются вѣдряющейся между ними складкой изъ слизистой оболочки и гипертрофированной *musc. mucosae*. Одинъ изъ узловъ вплоть до верхушки имѣетъ впереди себя еще прослойку подслизистаго слоя кромѣ сли-

зистой оболочки, другой же все болѣе инфильтрируетъ при приближеніи къ веркушкѣ *musc. mucosae* и слизистую оболочку раковыми элементами. Слизистая оболочка въ такомъ же состояніи хроническаго катарра. Раковая инфильтрація проникаетъ между слоями *musc. externaе* и между отдѣльными пучками внутренняго слоя *musc. externaе*. Строеніе этихъ узловъ такое же, какъ и описанныхъ выше въ маломъ сальникѣ: такое-же раздѣленіе на крупные участки фиброзными перегородками, та же сѣть капилляровъ въ узлахъ, видная тамъ, гдѣ клѣтки искусственно удалены. Нѣкоторые небольшіе раковые участки геморрагически инфильтрованы. Итакъ, имѣется *stenosis carcinomatosa oesophagi per disseminationem, dilatatio partialis, aesophagitis*.

Изслѣдуя срѣзь, проходящій черезъ толщину стѣнки тонкой кишки въ томъ мѣстѣ, гдѣ на брыжеечномъ краѣ замѣчаются кровянисто-инфильтрированныя возвышенія, находимъ, что всѣ слои соотвѣтственно одному изъ такихъ возвышеній отечны, некротизированы. Эпителиально-железистый слой—неравнобѣрной толщины, разрыхленъ, въ общемъ представляетъ одну зернистую массу, въ которой разбросаны коллоидные шары разнообразной величины, гдѣ разбросанно встрѣчаются сохранившіе только форму свою железистые элементы, но не воспринимающіе краски; ворсинки представляютъ длинныя выступы изъ общей зернистой массы. *Muscularis mucosae*, въ видѣ ленты съ зернистымъ распадомъ мышечныхъ элементовъ, не окрашена. Въ подслизистомъ слоѣ крупныя артеріи, прилежающія къ *musc. externa*, представляются сдавленными, просвѣтъ выполненъ почти до облитераціи эндотелиальными клѣтками; вены-же и лимфатическіе сосуды расширены, послѣдніе окружены лейкоцитами, инфильтрировавшими ихъ стѣнки и клѣтчатку вокругъ; мелкіе лимфатическіе сосуды какъ-бы сдавлены въ отечной ткани, и покрывающій ихъ эндотелій въ отечномъ состояніи принялъ форму кубическаго эпителія. *Musc. externa* надъ узломъ брыжеечнымъ—бурая, безъ слѣда ядеръ; периферично отъ узла въ одну и другую сторону ядра хорошо окрашены. Подъ *musc. externa* въ клѣтчаткѣ брыжейки видно большое геморрагическое гнѣздо, прорѣзанное въ разныхъ направленіяхъ соединительно-ткаными фиброзными перегородками, между которыми помѣщаются раковыя скопленія. Красными кровяными шариками усыянъ и наружный продольный слой *musc. externaе*, то вплоть до внутренняго циркулярнаго слоя, то на меньшемъ протяженіи. По границѣ наружнаго и внутренняго слоевъ *musc. externaе* расположены то продольно, то поперекъ перерѣзанные первныя пучки Ауэрбаховскаго сплетенія; къ нѣкоторымъ пучкамъ

прилегаютъ подвергшіяся, быть-можетъ, слизистому перерожденію ганглиозныя клѣтки. Эти нервные пучки особенно рѣзко бросаются въ глаза потому, что въ то время, какъ всѣ слои находятся въ состояніи некроза, они одни приняли ядерную окраску (метиленблау), нервныя же ганглии окрасились пикрокарминомъ въ красивый желтый цвѣтъ, и волокна Мейснеровскаго сплетенія въ подслизистомъ слоѣ представляются тоже окрашенными въ ядерную окраску.

Срѣзь, проходящій черезъ толщу стѣнки восходящей части толстой кишки, тамъ, гдѣ на брыжеечномъ краѣ найденъ былъ при вскрытіи приращенный кровяной свертокъ, показываетъ, что тутъ всѣ ткани некротизированы: эпителиально-железистый слой истонченъ, представляетъ одну зернистую массу, раздѣленную тонкими прослойками на неравномѣрной величины полости—остатки железъ въ видѣ *membrana propria* и зернистаго содержимаго. Подслизистый слой склерозированъ, мышечная ткань—бурая, въ брыжеечной клѣтчаткѣ подъ *muscularis externa*—геморрагическое гнѣздо, фиброзными пучками раздѣленное на участки, въ которыхъ содержатся также некротизированные раковые элементы. Брюшина какъ бы пересѣкаетъ наростъ, раздѣляя его въ видѣ фибрознаго пласта на двѣ части. Какъ въ толстой, такъ и въ тонкой кишкѣ мы имѣемъ дѣло съ частичнымъ ишемическимъ некрозомъ, наступившимъ, вѣроятно, вслѣдствіе сдавленія приводящихъ кровь артерій лежащими на брыжеечномъ краѣ узлами. Пожалуй, въ толстой кишкѣ есть и трупный некрозъ, но не въ тонкой, такъ какъ тутъ внѣ участка, подъ которымъ лежитъ узелъ, мы видимъ принимающіе ядерную окраску мышечные пучки. Кровяной наростъ, найденный надъ *promontorio* въ забрюшинной клѣтчаткѣ, представляется состоящимъ изъ пластовъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, наслоченныхъ другъ на друга, съ новообразованными соединительно-тканными прослойками между ними; тутъ же находится раковое гнѣздо съ пересѣкающими его соединительно-тканными перегородками различной толщины; раковые элементы въ состояніи некробіоза; въ соединительно-тканныхъ прослойкахъ есть мѣста геморрагическія и грануляціонныя. Нѣкоторые изъ обособленныхъ раковыхъ участковъ сплошь инфильтрованы кровью, участки состоятъ изъ сѣтки капилляровъ съ раковыми клѣтками въ петляхъ; есть и жировая ткань, кровянисто и мелкоклѣточно инфильтрированная. Кровяной наростъ въ лѣвомъ подреберьи на селезенкѣ, при микроскопическомъ изслѣдованіи также представляетъ геморрагическое гнѣздо съ раковыми узлами и инфильтраціями; встрѣчаются участки жировой ткани, инфильтрированные красными кровяными шари-

ками и грануляціонными элементами; попадаются и мѣста какъ бы нагноенія среди сплошной кровянистой инфильтраціи. Тамъ и сямъ по полю зрѣнія пробѣгаютъ еле окрашенныя двухконтурныя полоски, вѣроят-но, новообразованные капилляры; нѣкоторые сосуды представляются расширенными ad maximum и затромбованными: они выполнены кровяными шариками, залегающими въ фибриной сѣткѣ. На периферіи нароста видна фибриная сѣтка съ скопленіемъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

Тромбъ, взятый изъ *v. mesenterica superior*, при микроскопическомъ изслѣдованіи состоитъ, понятно, изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ; на периферіи прилегаетъ къ тромбу и пускаетъ отростки вглубь къ центру новообразованная соединительная ткань съ сосудами; периферическая часть тромба—слоистая; встрѣчаются въ немъ и раковые элементы въ некробиотическомъ состояніи.

Оканчивая этимъ микроскопическое изслѣдованіе въ брюшной полости всего того, что уже на вскрытіи показалось намъ связаннымъ однимъ патологическимъ процессомъ, приходимъ къ заключенію, что исходная точка для всего этого, дѣйствительно, лежитъ въ желудкѣ, гдѣ первично началъ развиваться ракъ. Геморрагическія гнѣзда, образовавшіяся, очевидно, *per rhexin*, суть вмѣстѣ съ тѣмъ и диссеминаціонныя гнѣзда рака желудка, слѣдовательно, явленія новообразованія, дѣйствительно, связаны въ нашемъ случаѣ съ явленіями кровензліянія. О причинахъ такой именно генерализаціи рака, какую мы тутъ наблюдаемъ, и о причинѣ столь обильной геморрагической инфильтраціи узловъ диссеминаціонныхъ съ образованіемъ кровяныхъ наростовъ, скажемъ ниже. Тутъ же вспомнимъ тотъ интересный фактъ, что на препаратахъ какъ желудка, такъ и кишекъ среди атрофирующихся и некротизирующихся тканей рѣзко выступаютъ своею окраскою, доказывая этимъ свою полную жизнеспособность, нервныя сплетенія. Этотъ фактъ лишній разъ подтверждаетъ то, что периферическимъ нервнымъ волокнамъ доставляются питательныя соки не мѣстно, а изъ какого-то центра по лимфатическимъ путямъ, проходящимъ вдоль нервныхъ пучковъ. Стѣнка желчнаго пузыря, представляющаяся макроскопически черною отъ пропитывающаго ее желчнаго пигмента, при микроскопическомъ изслѣдованіи срѣза, захватывающаго всю толщу стѣнки, представляется вся въ некротическомъ состояніи—ядра совершенно неокрашены, сѣтъ ворсинокъ лишена эпителія. Но что всего интереснѣе, это то, что въ брюшинной клѣтчаткѣ подъ самымъ эндотеліальнымъ покровомъ видно сплошное скопленіе клѣточныхъ элементовъ, сохранившихъ полигональную форму, но безъ окрашенныхъ

ядеръ. Это, вѣроятно, раковые элементы; такіе-же элементы встрѣчаются также и въ периваскулярной клѣтчаткѣ. Малый объемъ печени, кожистая консистенція, свѣтло-коричневый цвѣтъ поверхности разрѣза позволяютъ предположить простую бурую атрофію печени и анемію органа. При микроскопическомъ изслѣдованіи констатируемъ, что периваскулярная клѣтчатка Глиссоновой капсулы между дольками склерозирована, прилегающая периферическая часть долекъ сдавлена, клѣточные элементы паренхимы превращены въ комочки бурого пигмента; вѣточки *arteriae hepaticae* въ этой склерозированной ткани показываютъ утолщенную *intimam*; послѣдняя утолщена, неравнобѣрна, въ иныхъ вѣткахъ почти до облитераціи просвѣта, который содержитъ эндотеліальныя клѣтки. Печеночныя клѣтки уменьшены въ объемѣ, угловаты, содержатъ много буроватыхъ зеренъ разнообразной величины, протоплазма ихъ помимо бурыхъ зеренъ мало зерниста, стекловидна. Наибольшая пигментация замѣчается въ центральной части дольки вокругъ *v. intra-lobulari*. Есть небольшія, состоящія изъ нѣсколькихъ долекъ, гнѣзда, въ которыхъ паренхиматозные элементы еле поддерживаютъ свою форму; они распадаются, сливаются, ядра не окрашены. Микроскопическое изслѣдованіе подтверждаетъ нашъ патолого-анатомическій діагнозъ простой бурой атрофіи печени: клѣтки атрофированы, содержатъ избыточно-бурый пигментъ. Вышеописанныя некротическія гнѣзда и анемія органа вообще легко объясняются склерозомъ вѣточекъ *art. hepaticae*; полная облитерація нѣкоторыхъ изъ нихъ и могла повести къ ишеміи и некрозу отдѣльныхъ участковъ печени. Итакъ, имѣется *atrophia hepatis ex arteriosclerosis*. Микроскопическое изслѣдованіе селезенки показываетъ сильно утолщенныя и склерозированныя капсулу и перекладины. Препараты, окрашенные пикрокарминомъ и метилень-блау, представляютъ такую картину, что перекладины слабо волокнисты, окрашены въ розовый цвѣтъ, содержатъ слабоокрашенныя палочковыя ядра; въ центрѣ такой утолщенной перекладины обыкновенно располагаются сосуды, одинъ или нѣсколько; стѣнка сосуда довольно однообразна по строенію, она представляетъ сравнительно широкую, блестящую, желтую полоску, то совершенно гомогенную, то обнаруживающую слабую волокнистость или скорѣе сѣтчатость съ широкими перекладинами и узкими щелеобразными петлями, въ которыхъ залегаютъ слабо-фіолетово окрашенныя палочковыя ядра; кнаружи лежитъ вышеописанная розовая волокнистая ткань, просвѣтъ-же содержитъ веретенообразные элементы—эндотеліальныя клѣтки съ хорошо окрашенными ядрами; иные сосуды въ просвѣтѣ кромѣ эндотеліальныхъ клѣ-

токъ содержать также желтую зернистую массу, быть можетъ, красные кровяные шарики. Въ нѣкоторыхъ перекладинахъ поперечно перерѣзанный сосудъ представляетъ половину просвѣта, облитерированную вслѣдствіе сліянія противоположныхъ стѣнокъ, другая половина сохранена и выполнена эндотелиальными клѣтками. Разграниченіе *intimae*, *mediae* и *adventitiae* невозможно—все слилось. Мальпигіевы тѣльца и пульпа сдавлены, ядра лимфондныхъ элементовъ слабо окрашены. Участки паренхимы, сдавленные съ двухъ или трехъ сторонъ перекладинами, принимаютъ форму звѣзды съ остроконечными выступами вслѣдствіе сдавленія. Надо думать, что и *reticulum* Мальпигіевыхъ тѣлъ и пульпы склерозирована и представляетъ измѣненія, тождественныя съ таковыми въ сосудныхъ стѣнкахъ; это я заключаю на основаніи желтаго фона, который какъ-бы просвѣчиваетъ сквозь паренхимную ткань, а послѣдняя представляется будто сгущенной, особенно въ Мальпигіевыхъ тѣлахъ, которыя являются слоистыми вслѣдствіе постепеннаго сдавливанія ихъ точно разбухающими перекладинами. Въ селезеночной мякоти залегаютъ бурныя глыбки разнообразной величины, вѣроятно, кровяного пигмента. Сейчасъ описанныя измѣненія въ селезенкѣ, да еще блѣдно-красный цвѣтъ ея, констатированный при вскрытіи, позволяютъ трактовать объ *atrophia e sclerosi et degeneratio hyaloidea lienis*. При такихъ данныхъ микроскопическаго изслѣдованія могла-бы зародиться мысль объ амилоидѣ селезенки, но окраска метиль-виолетомъ дала отрицательный результатъ: пораженные сосуды окрасились не въ розовый, а, какъ прочія части, въ голубой цвѣтъ.

На основаніи данныхъ вскрытія нужно думать, что правая почка, превращенная вмѣстѣ съ чашечками и лоханкой въ пузырь, представляющая при разрѣзѣ трабекулярное строеніе, находится въ состояніи *hydrophros*'а. Твердый, шереховатый, чернаго цвѣта камень, найденный ущемленнымъ въ началѣ мочеточника, вѣроятно, состоитъ изъ оксалатовъ, судя по физическимъ свойствамъ. Лѣвая почка, судя по микроскопической картинѣ, должна представлять такія же измѣненія, что и правая, разница только количественная. Изслѣдуя срѣзь, захватывающій корковый и мозговой слой лѣвой почки, находимъ, что капсула почки утолщена, волокниста, склерозирована. Корковый слой представляетъ умѣренное утолщеніе Баумановскихъ капсулъ и стѣнокъ канальцевъ; это утолщеніе возрастаетъ съ приближеніемъ къ границѣ корковаго и мозговаго слоевъ; около самой границы, гдѣ располагаются крупныя артеріальныя сосуды, капсулы нѣкоторыхъ клубочковъ представляются сильно утолщенными, склерозированными по направленію къ просвѣту, гдѣ сливаются съ клу-

бочкомъ; послѣдній превращенъ въ зернистую массу съ слабо окрашенными ядрами. Тамъ же можно встрѣтить капсулы съ измѣненной формой то въ треугольную съ угломъ, вытянутымъ по направленію къ окружающей склерозированной ткани, то въ овальную. Извитые каналцы кистовидно расширены, особенно много кистъ на границѣ коркового и мозгового слоя; эпителий въ состояніи перерожденія: ядра слабо или вовсе не окрашены; центральная часть просвѣта содержитъ зернистую массу распада, клѣтки увеличены въ объемѣ; кистовидно расширенные каналцы содержатъ или одинъ распадъ съ обломками клѣтокъ, или сверхъ того еще гомогенныя глыбки, вѣроятно, продуктъ коллоиднаго метаморфоза клѣтокъ. Если прослѣдить артеріальные сосуды, идя отъ *arcus arteriosi* на границѣ коркового и мозгового слоя по *art. radiatae* и направляясь къ капсулѣ почки, то можно видѣть, что въ то время какъ первые, крупные сосуды представляютъ окрашенную никрокарминомъ въ розовый цвѣтъ стѣнку, состоящую изъ утолщенной и склерозированной *adventitiae* и *intimae*, разрыхленной, пронизывающей ее соединительной тканью, *media*, чѣмъ болѣе сосудъ утончается, тѣмъ болѣе розовый цвѣтъ смѣняется желтымъ, стѣнка становится гомогенной, содержитъ въ себѣ слабо окрашенные ядра; просвѣтъ часто совсѣмъ уничтоженъ залегающими въ немъ эндотелиальными клѣтками. Такое измѣненіе рѣзче всего выражено на самыхъ мелкихъ артеріяхъ, именно на *vasa afferentia*. И тутъ, какъ въ селезенкѣ, мы наблюдаемъ, вѣроятно, гіалиновый метаморфозъ стѣнки сосудовъ. Другую картину, чѣмъ корковый, представляетъ мозговой слой: каждая пирамидка, въ отдѣльности взятая, представляетъ утолщенную вершину соотвѣтственно сосочку и вся превращена въ стѣтъ болѣе или менѣе широкихъ, мѣстами вздутыхъ перекладинъ съ петлями, въ которыхъ можно видѣть то почечный эпителий въ расширенномъ собирательномъ каналцѣ, то сосуды, тоже расширенные и наполненные красными кровяными шариками, но сейчасъ на своемъ продолженіи суженные; есть петли, выстланныя веретенообразными элементами съ круглыми ядрами, быть можетъ, расширенныя нисходящія колѣна Генлевскихъ петель; много каналцевъ, повидимому, захвачено въ гомогенную массу перекладинъ и рисуются въ видѣ рядовъ ядеръ съ уничтоженнымъ просвѣтомъ. Гомогенная масса перекладинъ есть разросшаяся и склерозированная соединительная ткань. Чашечка на мѣстѣ слизистой оболочки представляетъ распадъ съ крупными ядрами, вѣроятно, отъ эпителиальныхъ клѣтокъ; есть участки съ рубцовой поверхностью и съ обнаженнымъ мышечнымъ слоемъ. Жировая клѣтчатка отъ вѣдряющей сар-

sulae adiposae инфильтрирована грануляціонными элементами. Правая—гидронефритическая почка представляет сплюснутыя пирамидки, утонченный корковый слой. Мочевые каналцы то сильно кистовидно расширены, то сдавлены, стѣнки ихъ утолщены, просвѣтъ ихъ, какъ Баумановскихъ капсулъ, деформированъ; послѣднія представляются то сплюснутыми, то вытянутыми и самой разнообразной формы. Эпителій въ мочевыхъ каналцахъ, особенно въ кистовидно расширенныхъ, уплощенъ, ядра слабо окрашиваются, просвѣтъ многихъ каналцевъ занятъ блестящими, окрашенными пикрокарминомъ въ желтый или оранжевый цвѣтъ, образованіями, на периферіи къ нимъ прилежать ядра съ остаткомъ распавшейся протоплазмы почечнаго эпителія. Это, очевидно, такъ называемые гіалиновые цилиндры, продуктъ метаморфоза дегенерирующагося почечнаго эпителія. Нѣкоторые такого рода цилиндры состоятъ изъ трехъ слоевъ: центральнаго однороднаго, блестящаго, окрашеннаго пикрокарминомъ въ желтый цвѣтъ, средняго слабо зернистаго, совершенно не окрашеннаго, и наружнаго слоя, состоящаго изъ окрашенныхъ метиленблау въ синій цвѣтъ ядеръ съ остаткомъ зернистой протоплазмы вокругъ каждаго ядра; къ стѣнкѣ же самаго каналца, отдѣленный отъ сейчасъ описаннаго цилиндра щелью, прилежитъ слой уплощеннаго, съ окрашенными ядрами, эпителія. Есть и цилиндры, состоящіе только изъ зернистой массы распада въ центрѣ и болѣе или менѣе сохранившихся эпителіальныхъ элементовъ на периферіи, попадаются и старые гіалиновые цилиндры, радіально растрескавшіеся въ видѣ розетки. Стѣнки артеріальныхъ сосудовъ въ общемъ представляютъ такія же измѣненія, какія мы наблюдаемъ въ лѣвой почкѣ; *intima*, правда, является болѣе утолщенной, при этомъ она утолщена неравномѣрно и состоитъ или только изъ волокнистой склерозированной сѣти волоконъ, или еще содержитъ въ утолщенномъ участкѣ гнѣзда зернистаго распада,—атероматозныя; *media* разрыхлена вѣддрившейся склерозированной пучковой тканью. И тутъ есть сосуды съ гіалиновымъ метаморфозомъ стѣнки; въ утолщенныхъ прослойкахъ соединительной ткани можно видѣть и гнѣзда грануляціонной ткани. Клубочки представляютъ размноженіе ядеръ и дегенеративныя измѣненія. На основаніи описанной микроскопической картины въ лѣвой почкѣ, можно утверждать, что имѣемъ дѣло съ *atrophia cirrhotica renis sinistri*. Въ правой же кромѣ этого имѣется еще *atrophia hydronephrotica*, *pyelitis calculosa*. Слабо увеличенный объемъ лѣвой почки, не смотря на такія измѣненія въ ней, которыя обыкновенно ведутъ къ уменьшенію объема, объясняется предшествовавшей викарной гипертрофіей органа, вызванной гидронефрозомъ другой почки.

Изслѣдуя срѣзы, захватывающіе найденные на вскрытіи въ верхушкахъ обоихъ легкихъ узлы волокнистаго запусѣнія, убѣждаемся, что мы, дѣйствительно, имѣемъ дѣло съ старыми казеозными гнѣздами разнообразной величины. Микроскопически строеніе каждого такого узла таково, что центръ состоитъ изъ неясно крупнозернистой, матовой, окрашенной пикрокарминомъ въ желтоватый цвѣтъ, казеозной массы, подчасъ устѣянной зернами и глыбками угольной пыли; эта казеозная масса окружена кольцомъ, состоящимъ изъ трехъ слоевъ, переходящихъ другъ въ друга: внутренній слой представляетъ какъ бы войлочную сѣть толстыхъ, го-могенныхъ, склерозированныхъ пучковъ съ узкими петлями, средній слой состоитъ изъ веретенообразныхъ элементовъ, сложенныхъ въ сплошную массу, снаружѣ этотъ слой незамѣтно переходитъ въ слой грануляціонной ткани съ инфильтраціями и гнѣздами круглыхъ элементовъ. Этотъ послѣдній слой прилежитъ уже къ дышащей части легкаго, гдѣ тоже можно видѣть отдѣльныя небольшія скопленія круглыхъ элементовъ, особенно во влагалищѣ крупнаго сосуда. Есть и обширные участки волокнистаго запусѣнія, гдѣ какъ бы всажены сейчасъ описанные узлы съ склерозированной капсулой и гдѣ казеозный распадъ какъ бы пережѣшанъ съ волокнистой тканью. Вокругъ гнѣздъ запусѣнія замѣчается обиліе сосудовъ, попадаютъ облитерированные бронхи. Плевра сильно утолщена, волокниста. Дышащая часть легкаго представляетъ эмфизематозно расширенныя альвеолы съ атрофіей и истонченіемъ стѣнки; послѣдняя иногда лишена даже сосудовъ; эпителий альвеоларный слущился. Стѣнки крупныхъ артерій склерозированы. Въ соединительной ткани—скопленія угольной пыли, которая во многихъ мѣстахъ повела къ фиброзному запусѣнію участковъ паренхимы вслѣдствіе мѣстнаго интерстиціального процесса. Итакъ, имѣются: *tubercula obsoleta e tuberculosi partiali (localisata)*, *emphysema alveolare*, *pneumonokoniosis*. Тутъ же укажу на то, что выше описанная грануляціонная ткань на границѣ запусѣннаго участка съ дышащей частью легкаго, быть-можетъ, и специфическая бугорковая ткань, хотя въ пользу этого нѣтъ такихъ признаковъ, какъ гигантскія клѣтки и присутствіе туберкулезныхъ бациллъ; присутствіе-же сосудовъ въ изобиліи, наоборотъ, можетъ говорить въ пользу того, что это—простая грануляціонная ткань. Не лишено вѣроятія и то, что эта грануляціонная ткань есть продуктъ реакціи на химическое воздѣйствіе ослабленнаго, быть-можетъ, яда туберкулезныхъ бациллъ. Все это, конечно, одни только предположенія.

Срѣзь изъ стѣнки лѣваго желудочка сердца, при микроскопическомъ изслѣдованіи, показываетъ слабо выраженную поперечную исчерченность въ мышечныхъ элементахъ, увеличеніе послѣднихъ и ядеръ въ нихъ, кромѣ того—отложеніе бурого пигмента полоскою вдоль клѣтки на полюсахъ ядра. На срѣзѣ изъ стѣнки праваго желудочка подъ микроскопомъ, кромѣ небольшого разраженія межуточной соединительной ткани, ничего патологическаго не видно.—Изслѣдуя срѣзь черезъ стѣнку аорты въ томъ мѣстѣ, гдѣ на утолщенной *intima* видно бляшкообразное возвышеніе, можно видѣть, что *intima* бугриста, дѣйствительно утолщена неравномѣрно; внутренняя часть—почти сплошь склерозированная, гомогенная; наружная, прилегающая къ *media*, перерождена, представляетъ крупныя полости и щели, оставшіяся послѣ выпаденія продукта перерожденія и распада субстанціи ея; средняя часть представляетъ стѣчатость изъ склерозированныхъ пучковъ и содержитъ небольшія гнѣзда съ зернистымъ содержимымъ, окрашеннымъ пикрокарминомъ въ желтый цвѣтъ и слабо окрашенными метиленблау ядрами: это, очевидно, атероматозныя гнѣзда; *membrana elastica* не выражена. Въ *adventitia* аорты можно видѣть некrotическія гнѣзда раковыхъ элементовъ. На основаніи данныхъ макроскопическаго и микроскопическаго изслѣдованія, если къ сейчасъ описанымъ измѣненіямъ прибавить фиброзное перерожденіе *endocardii*, можно сказать, что имѣется въ сердцѣ *endocarditis chronica fibrosa et atrophica fusca*, а въ аортѣ *sclerosis et degeneratio atheromatosa*.

При такомъ морфологическомъ состояніи органовъ больного застала смерть. Комбинируя патолого-анатомическія измѣненія, найденныя въ разныхъ органахъ, нельзя не остановить вниманія на томъ измѣненіи интермедіернаго питательнаго аппарата, какое наблюдаемъ въ паренхимныхъ органахъ—въ печени, селезенкѣ и почкахъ; оно выражается въ утолщеніи и склерозированіи соединительно-тканыхъ пучковъ, въ которыхъ проходятъ артеріальные сосуды, въ артеріосклеротическихъ измѣненіяхъ этихъ послѣднихъ съ утолщеніемъ *intimae* и *adventitiae* и разрыхленной, пронизанной сѣтью соединительно-тканыхъ волоконъ, *mediae*, съ меньшей наклонностью къ послѣдовательному образованію атероматозныхъ гнѣздъ въ утолщенной *intima*, и, наоборотъ, съ большей наклонностью къ гіалиновому перерожденію склерозированной стѣнки сосуда съ слияніемъ въ однородную пластинку всѣхъ слоевъ ея, какъ это рѣзко выражено въ селезенкѣ, менѣе рѣзко—въ почкахъ, гдѣ при этомъ ясно можно наблюдать этотъ процессъ послѣдовательно отъ склерозированія въ круп-

ныхъ сосудахъ постепенно до полного гіалинового метаморфоза въ мелкихъ v. afferentia. Послѣдовательныя функціональныя измѣненія въ зависимости отъ такого состоянія въ сосудахъ—ясны: суженіе просвѣта сосудовъ, недостаточный притокъ крови, недостаточное питаніе паренхимы; отсюда ишемическое состояніе и атрофическія измѣненія органовъ вообще и некробіотическіе участки благодаря полной облитераціи просвѣта питающей вѣточки въ частности, какъ это видно въ печени. Быть можетъ, причиною появленія пептическихъ язвъ въ желудкѣ въ нашемъ случаѣ было образованіе некробіотическихъ участковъ въ эпителиально-железистомъ слоѣ желудка отъ тѣхъ-же причинъ, какъ и въ печени. Не этимъ только ограничиваются склеротическія измѣненія въ организмѣ изслѣдуемаго трупа: къ этой же категоріи измѣненій нужно отнести и утолщеніе endocardii и склеротическія бляшки на intima аорты и артеріо-склеротическія измѣненія сосудовъ кишечника. Конечно, эту наклонность, такъ-сказать, къ склерозу можно было бы свести на старческое состояніе организма, но такъ хорошо инкапсулировавшіеся участки парціальной казеозной пневмоніи, протекшей, вѣроятно, въ молодомъ или зрѣломъ возрастѣ, побуждаютъ искать объясненіе всему этому не въ возрастѣ, а въ врожденной, связанной съ тѣлосложеніемъ организма, наклонности къ склерозу образованій мезодермальнаго пласта, что входитъ въ понятіе фиброматознаго тѣлосложенія. У людей такого тѣлосложенія, при небольшомъ количествѣ крови, происходитъ отекъ intimae и adventitiae, благодаря врожденной ширинѣ сосудовъ, съ раздраженіемъ ткани этихъ оболочекъ продуктами дегенераціи, оставаемыми отекомъ, развивается endarteriitis въ сосудахъ среднего калибра, это—при хорошемъ питаніи; при плохомъ питаніи появляется дегенерація въ наружной части intimae обыкновенно атероматознаго характера; при кахектическихъ-же состояніяхъ склерозированная утолщенная стѣнка сосуда можетъ подвергаться еще гіалиновому перерожденію, какъ это и имѣетъ мѣсто въ нашемъ случаѣ. Дальнѣйшимъ послѣдствіемъ такого состоянія артеріальныхъ сосудовъ бываетъ неизбѣжно гранулярная атрофія въ паренхиматозныхъ органахъ, являющаяся въ нашемъ случаѣ довольно чистой въ селезенкѣ и печени, съ цирротическимъ характеромъ—въ почкахъ; въ эпителиѣ, между прочимъ, является уже при незначительномъ поводѣ въ видѣ раздраженія наклонность къ размноженію, но безъ полного дифференцированія продукта пролифераціи: начинаютъ развиваться раки; это обусловливается малой резистентностью подлежащей соединительной ткани вслѣдствіе постоянного раздраженія ея продуктами дегенераціи отъ отека, membranae

limitantiae являются уступчивыми. На такой-то почвѣ въ нашемъ случаѣ и началъ развиваться ракъ желудка.

Видъ рака установленъ нами выше, теперь же коснусь путей генерализаціи и причинъ такой именно генерализаціи, какую мы наблюдаемъ, а также причины столь обильной геморрагіи вокругъ диссеминаціонныхъ раковыхъ узловъ.

Генерализація рака идетъ по лимфатическимъ путямъ, въ общемъ — регіонарно, въ предѣлахъ брюшной полости, и въ направленіи обратномъ току лимфы; въ направленіи же тока идетъ распространеніе рака въ грудной полости, гдѣ въ подслизистомъ слоѣ пищевода находимъ узлы и затромбированные лимфатическіе щели и сосуды и въ периаортальной клѣтчаткѣ наталкиваемся на некротизированныя группы раковыхъ элементовъ, гдѣ раково-инфильтрированными найдены лимфатическія железы вокругъ расширенія пищевода и выше бифуркаціи дыхательнаго горла. Въ области epigastrii и лѣваго hypochondrii всѣ сращенія желудка съ соедѣнными органами раково и кровянисто инфильтрированы. Благодаря этимъ сращеніямъ и затромбированію лимфатическихъ сосудовъ и началась генерализація рака въ направленіи обратномъ току лимфы, такъ какъ отрицательное давленіе, развившееся по мѣрѣ всасыванія застоявшейся лимфы способствовало аспираціи раковыхъ элементовъ по лимфатическимъ сосудамъ; мы встрѣчаемъ, поэтому, раковыя инфильтраціи въ брюшинной клѣтчаткѣ и въ влагалищѣ сосудовъ въ стѣнкѣ желчнаго пузыря, въ стѣнкѣ желудка въ разныхъ частяхъ его, видимъ метастазы въ брыжейкѣ кишекъ, въ большомъ сальникѣ и въ ретроперитонеальной клѣтчаткѣ надъ promontorio, въ лѣвомъ hypochondrio. Словомъ, мы имѣемъ право трактовать о lymphangoitis carcinomatosa. Фиброзное перерожденіе ткани вокругъ узловъ, какъ на мѣстѣ возникновенія новообразованія, и по соседству въ маломъ сальникѣ, и въ сращеніяхъ съ соедѣнными органами, такъ и въ метастазахъ, грануляціонная ткань и кровянистая инфильтрація виѣ узловъ располагающіяся указываютъ на то, что все это — процессы вторичные, вызванные уже развившимся раковымъ узломъ и по мѣрѣ роста его per appositionem благодаря постоянному раздраженію подлежащей почвы. Такая поразительная наклонность къ геморрагіямъ, поведшая къ отложенію большихъ кровяныхъ наростовъ вокругъ раковыхъ метастазовъ, какъ на promontorio, въ лѣвомъ hypochondrio, на восходящей части толстой кишки и вокругъ другихъ узловъ, можетъ быть объяснена только вышеупомянутымъ состояніемъ перерожденія сосудныхъ стѣнокъ во всемъ организмѣ, которое обуславливаетъ легкую разрываемость и ложкость ихъ. Пре-

обладаніе инфильтраціи въ способѣ распространенія рака, обособленіе узловъ только благодаря развитію какъ-бы фиброзной капсулы вокругъ инфильтрированного участка вслѣдствіе раздраженія подлежащей почвы, стремленіе новообразованія оставаться мѣстнымъ, что въ нашемъ случаѣ, дѣйствительно, достигается, такъ-какъ оно не выходитъ за предѣлы лимфатической сѣти перитонеальной и ретроперитонеальной клѣтчатки,—все это несомнѣнные признаки, могущіе только подтвердить выше сдѣланное опредѣленіе рака желудка, какъ канкроида. Вездѣ, куда только проникъ ракъ метастазами, можно видѣть рядомъ съ небольшими полигональными клѣтками еще и ясныя, большія цилиндрическія клѣтки даже съ покрывками. Затромбированіе v. mesentericae superior., идущее изъ вѣточекъ ея въ геморрагически инфильтрированномъ раковомъ узлѣ на брыжейкѣ, очевидно, произошло такимъ образомъ, что благодаря разрыву какихъ нибудь вѣточекъ въ поименованномъ узлѣ развился тромбъ, который при марантическомъ состояніи организма и обусловленной, быть можетъ, имъ повышенной свертываемости крови вслѣдствіе замедленной циркуляціи, быстро увеличивался per appositionem и проникъ въ самый стволъ v. mesentericae superioris, несущій кровь въ v. porta изъ всѣхъ тонкихъ кишекъ и части толстыхъ; въ кишкахъ развился сильный застой и полнокровіе, которое быстро повело къ выходженію крови въ брюшную полость вслѣдствіе малой резистентности сосудныхъ стѣнокъ. Итакъ, ближайшей причиной смерти должно было быть острое малокровіе; подготовило организмъ къ такому быстрому исходу состояніе сильнаго истощенія, вызванное раковой кахексией, хроническимъ гастритомъ и суженіемъ пищевода. Злокачественность рака была особенно сильна потому, что экскреторная функція почекъ была сильно нарушена давнимъ процессомъ въ нихъ, и лейкомаины, накопляясь въ сокахъ организма и не будучи удаляемы изъ него, быстро вели къ полной кахексii.

CCCXVI. Carcinoma acinosum mixtum uteri—tuberculosis pulmonum.

Ө. Голяховскій.

Больная Анна Брилева, 40 лѣтъ, поступила въ Александровскую больницу 30-го сентября 1892 года. Больная жалуется на сильныя боли внизу живота, на бѣли, болѣзненность при мочеиспусканіи и испражненіи. Съ недѣлю тому назадъ она почувствовала недержаніе мочи. Последнія регулы были 10 дней тому назадъ съ обычными болями внизу живота и въ поясницѣ. Крови за послѣднія пять лѣтъ шли не въ срокъ и обильно, часто бывали бѣли. Дѣтей имѣла 7 душъ и два выкидыша. Последніе роды были въ декабрѣ 1891 года. Въ апрѣлѣ 1892 г. у нея началось маточное кровотеченіе, продолжавшееся 1½ мѣсяца и прекратившееся послѣ сдѣланнаго ей выскабливанія матки. Начавшіяся съ послѣднихъ родовъ боли внизу живота, прекратившись съ выскабливаніемъ, снова появились въ августѣ. Больная средняго роста, слабаго тѣлосложенія, сильно истощена. Видимыя слизистыя оболочки анэмичны. Мышцы и подкожно-жировой слой развиты очень плохо. Со стороны грудныхъ органовъ нѣтъ измѣненій. Тоны сердца немного глуховаты. Животъ впалый, податливый, при давленіи внизу болѣзненъ. Железы паха нѣсколько увеличены и болѣзненны. Изъ половой щели выдѣляется темная со сгустками кровь. Матка плотна, прощупывается на 3 поперечныхъ пальца выше лобка. Края влагалищной части почти не выдаются надъ уровнемъ сводовъ, но прощупываются въ видѣ хрящевой плотности кольца. Въ маткѣ была открыта опухоль величиною съ гусиное яйцо, которую удалили экзарезомъ, послѣ чего сдѣлано было выскабливаніе матки. Больная умерла при явленіяхъ маразма 18-го декабря 1892 года.

Лобная кость слегка утолщена, diploë сильно развита. Мягкая мозговая оболочка малокровна, истончена. Ткань мозга плотнѣе нормальной, отечна. Сосуды основанія безъ измѣненій. Сердце мало. Endocardium лѣваго предсердія утолщено, мускулатура плотна, малокровна, клапаны безъ измѣненій. Аорта въ восходящей части расширена, въ дугѣ съ многочисленными, мелкими, склеротическими узелками на intima. Оба легкія объемисты, малокровны, мало спадаются, въ нижнихъ доляхъ отечны, въ верхнихъ и въ верхушкахъ представляютъ плотныя рубцовыя стягиванія. На наружной поверхности верхнихъ долей разсыяны мелкіе узлы съ казеозными, омѣлотовренными гнѣздами величиною до просіяного зерна. Селезенка увеличена, съ закругленными краями, ткань въ разрѣзѣ мясиста, блѣдно-краснаго цвѣта. Печень увеличена въ толщину, въ разрѣзѣ блѣдно-коричневаго цвѣта, на ножѣ остается салыный налетъ. Лѣвая почка сильно увеличена въ объемѣ. Капсула отдѣляется легко, ткань сѣровато-краснаго цвѣта. Границы между корковымъ слоемъ слабо выражены; лоханка замѣтно расширена. Правая почка уменьшена, лоханка кистовидно растянута. Ткань уплотнена, сосочки изглажены, мочеточникъ расширенъ; какъ въ лоханкѣ, такъ и въ мочеточникѣ содержится молочнаго цвѣта эмульсивная жидкость. Матка плотно сращена съ мочевымъ пузыремъ и прямой кишкой, выстоитъ изъ полости малаго

таза. При удаленіи тазовыхъ органовъ въ правой половинѣ таза ниже lin. innotinata оказалась полость величиною болѣе кулака съ гнойно-ихорознымъ содержимымъ. Полость сообщается фистулезными ходами, пропускающими мизинецъ, съ прямой кишкой и съ мочевымъ пузыремъ, въ днѣ его ближе къ правому мочеточнику. Внутри полости находятся клочковатая, грязная, частью зеленого, частью сѣроаспиднаго цвѣта, массы, наполняющія также и влагалище, правой стѣнки котораго совершенно не достаеъ. Кверху и кзади полость ограничивается изъѣденной и пронизанной мозговидными бѣлыми узлами влагалищной частью матки, каріозно изъѣденнымъ верхнимъ позвонкомъ крестца и тѣломъ послѣдняго поясничнаго, межпозвоночный кружокъ котораго также разрушенъ, нижняя поверхность каріозно изъѣдена. Уцѣлѣвшее дно матки увеличено, уплотнено. Желудокъ сильно растянутъ желтоватой жидкостью. Слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишекъ, за исключеніемъ малокровія и атрофій, не представляетъ измѣненій. Вена ilіaca правой стороны и femoralis до saphena затромбированы. Вся нижняя конечность отека, въ нижней трети голени замѣчается рожестая краснота.

При микроскопическомъ изслѣдованіи препаратовъ, добытыхъ соскабливаніемъ изъ упомянутыхъ бѣлыхъ узловъ влагалищной части матки, было обнаружено большое количество разнообразныхъ по формѣ и величинѣ клѣточныхъ элементовъ эпителиальнаго характера. Нѣкоторыя клѣтки подверглись слизистому перерожденію, какъ это показываетъ реакція съ уксусной кислотой, другія претерпѣли роговой метаморфозъ.

Для болѣе обстоятельнаго изслѣдованія, для выясненія вопроса объ отношеніи найденныхъ форменныхъ элементовъ между собою и къ другимъ тканямъ, были вырѣзаны кусочки между влагалищемъ и мочевымъ пузыремъ, изъ задней стороны шейки матки, изъ стѣнки матки, изъ затромбированной vena femoralis и изъ железъ около этой вены. Послѣ предварительнаго уплотненія въ Мюллеровской жидкости и въ спиртѣ и сложной обработки кусочки задыливались въ парафинъ; срѣзы дѣлались микрономомъ и подвергались двойной окраскѣ гематоксилиномъ и эозиномъ. Такимъ же способомъ изслѣдовались и кусочки, взятые изъ почекъ и изъ верхушекъ легкихъ.

На окрашенныхъ срѣзахъ по направленію отъ влагалища къ мочевому пузырю можно видѣть массу большихъ клѣтокъ, по формѣ то приближающихся къ цилиндрическимъ, то круглыхъ, то плоскихъ, полигональных; послѣднихъ, впрочемъ, мало. Вокругъ большихъ пузырькообразныхъ ядеръ располагается зернистая протоплазма. Нѣкоторыя клѣтки содержатъ въ себѣ по 2 и по 3 ядра, чѣмъ выражается ихъ продуктивная дѣятельность. Въ двухъ, трехъ дѣлящихся клѣткахъ можно усмотрѣть даже фазу двойной звѣзды. Полныхъ картинъ каріокинеза, конечно, здѣсь нечего и искать: новообразование попало въ наши руки въ несвѣжемъ состояніи, и потому специальной обработки Флемминговой жидкостью и окраски сафраниномъ не дѣлалось. Мы можемъ только отмѣтить, что дѣ-

лящіеся элементы кажутся нѣсколько большими и имѣютъ болѣе шаровидную форму. Ближе къ мочевому пузырю клѣтки постепенно уменьшаются въ своихъ размѣрахъ, доходя до величины немного большей бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Самыя большія и рельефныя клѣтки находятся приблизительно на срединѣ разстоянія между влагалищемъ и стѣнкой мочевого пузыря. По направленію къ поверхности рукава отдѣльныя клѣтки теряютъ рѣзкія границы; интенсивность въ окраскѣ ядеръ ослабѣваетъ. Передвигая препараты дальше, мы, наконецъ, видимъ сплошныя безъядерныя гнѣзда, гдѣ кое-гдѣ только слабо обозначаются границы отдѣльных элементовъ. Къ этимъ скопленіямъ присоединяются красныя кровяныя тѣльца. Слѣдовъ слизистой оболочки влагалища нѣтъ никакихъ. Описываемые форменные элементы не заложены въ какихъ либо преформированныхъ полостяхъ. Они пронизываютъ соединительную ткань во всѣхъ направленіяхъ, вытягивая ее и образуя то какъ бы стержни, то различныя неправильныя фигуры. Среди большихъ клѣточныхъ гнѣздъ и рядовъ попадаются островки соединительно-тканыхъ и мышечныхъ пучковъ, иногда цѣлыя полости съ какъ бы оборванными краями; эпителиальныя клѣтки пробиваются по одной и по нѣсколько штукъ внутрь этихъ островковъ, раздвигая волокна. Подобную картину представляетъ и стѣнка мочевого пузыря, измѣненная до неузнаваемости вторгающимися клѣтками. Соединительная ткань находится въ различныхъ стадіяхъ дифференцірованія. Мы видимъ здѣсь грануляціонные элементы, инфильтрирующіе соединительно-тканые пучки, при чемъ они имѣютъ различныя очертанія соотвѣтственно степени дифференцірованія. На ряду съ тканью, богатой круглыми клѣточными элементами, встрѣчается также ткань, обнаруживающая болѣе высокую степень дифференцірованія и, наконецъ, ткань, которая имѣетъ всѣ особенности зрѣлой волокнистой ткани. Соединительная ткань нигдѣ не принимаетъ непосредственнаго участія въ образованіи эпителиальныхъ разраженій, не представляетъ собою правильного остова для эпителиальныхъ клѣтокъ, которыя свободно разливаются по тканямъ совершенно независимо отъ измѣненій и образованій, происходящихъ въ соединительной ткани.

На срѣзахъ изъ задней стѣнки шейки матки наблюдаются почти такія-же измѣненія, какія сейчасъ описаны. Но молодыхъ и дѣлящихся клѣтокъ здѣсь мало; чаще встрѣчаются большія клѣтки съ слабо окрашивающимися ядрами. Молодые, болѣе мелкія клѣтки начинаютъ чаще попадаться по направленію къ внутренней поверхности шейки въ глубинѣ ткани. Пучки мышечной ткани въ глубинѣ болѣе сохранены. На этихъ препаратахъ рѣшительно преобладаютъ элементы, болѣе подходящіе подѣ

типъ цилиндрическихъ. Отношеніе клѣтокъ къ соединительной ткани такое-же, съ тою только разницею, что здѣсь соединительной ткани гораздо больше.

Въ глубинѣ матки замѣчается сильное развитіе старой соединительной ткани, которая по направленію къ слизистой оболочкѣ становится болѣе молодой и воспалительно инфильтрированной. Въмѣсто слизистой оболочки—масса клѣтокъ большой величины, различной формы. У однихъ изъ нихъ ядра окрашены, у другихъ нѣтъ. Нѣкоторыя клѣтки съ неокрашенными ядрами не имѣютъ ясно опредѣленныхъ контуровъ и сливаются одна съ другой. Между клѣтками встрѣчаются и красныя кровяныя тѣльца. Во всемъ остальномъ этотъ отдѣлъ препаратовъ не отличается отъ предыдущихъ двухъ.

Сосуды, какъ это можно видѣть на препаратахъ изъ всѣхъ частей, также значительно измѣнены: *intima* ихъ сильно утолщена; *media* частью фиброзно перерождена; *adventitia* почти вездѣ утолщена.

Изслѣдованіе тромба *venae femoralis* и прилегающихъ лимфатическихъ железъ имѣло интересъ по отношенію къ возможности здѣсь метастазовъ эпителиальнаго новообразованія. Лимфатическія железы оказались воспалительно инфильтрированными, разраженій эпителиальныхъ элементовъ нигдѣ не оказалось. Тромбъ не представляетъ никакихъ признаковъ организаціи и скорѣе всего принадлежитъ къ посмертнымъ, какъ это можно было предполагать и раньше на основаніи того, что свертокъ тромба легко отдѣлялся отъ сосудистой стѣнки.

Такимъ образомъ, микроскопическимъ изслѣдованіемъ половыхъ органовъ констатируется атипическое разраженіе эпителия, выходъ его за предѣлы фізіологическаго распространенія, вѣдреніе въ подлежащія ткани въ ущербъ ихъ жизни, а потомъ и своей, вслѣдствіе обильнаго размноженія, затрудняющаго притокъ питательнаго матеріала. Принимая во вниманіе такіе результаты и вмѣстѣ съ тѣмъ данныя анамнеза и макроскопическаго осмотра, мы въ правѣ заключить, что передъ нами находится раковое новообразованіе съ послѣдующимъ распаденіемъ и образованіемъ описанной въ протоколѣ вскрытія полости съ икорознымъ содержимымъ.

Вопросъ о томъ, есть-ли это истинный ракъ или канкроидъ, рѣшается въ пользу второго положенія. Истинный ракъ исключается на томъ основаніи, что при немъ раковыя клѣтки залегали-бы въ соединительно-тканной стромѣ, которая принимаетъ активное участіе въ процессѣ новообразованія и развивается самостоятельно одновременно съ раз-

витіємъ эпителия. Далѣе, истинный ракъ отличается большей злокачественностью въ смыслѣ способности къ метастатическому распространенію. Въ нашемъ случаѣ этихъ особенностей нельзя было замѣтить. Не смотря на обширность разрушенія половыхъ органовъ и соприкасающихся съ ними анатомическихъ частей, новообразованіе не теряетъ своего регіонарнаго характера: нигдѣ въ другихъ органахъ нѣтъ метастазовъ, инфильтрація клѣтками идетъ поступательно периферическимъ наслоеніемъ клѣтокъ *per continuitatem*. Эпителий, виѣдряющійся въ ткани и вытѣсняющій ихъ, не составляетъ съ соединительной тканью органоиднаго цѣлаго. Распространяющаяся соединительная ткань носитъ вполне пассивный характеръ и является частью какъ грануляціонное новообразованіе вслѣдствіе раздраженія отъ виѣдряющагося эпителия, частью (въ тѣлѣ матки) составляетъ остатокъ бывшаго хроническаго воспаленія, предшествовавшаго еще развитію неоплазмы. Что касается формы канкроида, то на основаніи присутствія клѣтокъ цилиндрическихъ и плоскихъ, слизистаго метаморфоза и рогового, мы должны признать его смѣшаннымъ, не забывая при томъ преобладанія цилиндрическихъ элементовъ. Распространеніе эпителия въ видѣ стержней, напоминающихъ собою до нѣкоторой степени строеніе ацинозныхъ железъ, позволяетъ опредѣлить его какъ ацинозный: *carcinoma acinosum mixtum*. Исходнымъ пунктомъ новообразованія послужилъ скорѣе всего эпителий слизистой оболочки шейки.

Патогонезъ даннаго заболѣванія представляется такимъ. До начала новообразовательнаго процесса больная страдала воспаленіемъ тѣла матки и слизистой оболочки ея. Частыя боли и кроветеченія являлись раздражающимъ агентомъ для эпителия, выстилающаго слизистую оболочку шейки. Вызванная этимъ усиленная пролиферація эпителиальныхъ элементовъ принимаетъ потомъ злокачественный характеръ. Но обширныя разраженія потребовали и соотвѣтственно большаго подвоза питательнаго матеріала; когда послѣдняго стало недостаточно, то вслѣдъ за распространеніемъ новообразованія пошло и распаденіе его. Новообразованіе инфильтрировало тазовую клѣтчатку, процессъ омертвѣнія ее разрушалъ; такимъ образомъ получилась ихорозная полость, свищи въ прямую кишку и въ мочевою пузырь.

При изслѣдованіи пренератовъ изъ почекъ мы прежде всего обращаемъ вниманіе на сильное развитіе соединительной ткани около сосудовъ, мочевыхъ канальцевъ и клубочковъ. Едва замѣтная въ нормальномъ органѣ и требующая тамъ для обнаруживанія спеціальной обработки, она здѣсь рельефно выступаетъ, составляя главную, въ количествен-

номъ отношеніи часть препарата. Возрастъ ея не вездѣ одинаковъ. Мѣстами замѣчается и не старая ткань, что видно по присутствію еще хорошо окрашивающихся ядеръ; на ряду съ круглыми клѣтками попадаются и веретенообразныя съ продолговатымъ ядромъ. Но преобладаетъ всетаки старая склерозированная ткань, представляющаяся гомогенной. Располагается она неравномѣрными тяжами. Мочевые каналцы ею иногда сильно раздвинуты одинъ отъ другого и сдавлены, такъ что отъ нѣкоторыхъ изъ нихъ остаются лишь узкія полосочки. Баумановскія капсулы сильно утолщены и состоятъ иногда изъ богатой ядрами волокнистой, мѣстами концентрически расположенной, соединительной ткани. Полость многихъ капсулъ растянута. Нѣкоторые изъ Мальпигіевыхъ клубочковъ волокнисто запылены, нѣкоторые сморщены, уменьшены. Эпителій большинства клубочковъ не измѣненъ, рѣдко представляется нѣсколько набухшимъ, зернистымъ. Равнымъ образомъ и эпителий въ мочевыхъ каналцахъ, въ прямыхъ и извитыхъ трубкахъ большею частью сохранился; въ очень немногихъ мѣстахъ онъ находится въ состояніи пролифераціи и дегенераціи. Попадаютъ каналцы, наполненные распавшимися или сохранившимися еще кровяными шариками. Стѣнки сосудовъ измѣнены. Наблюдается утолщеніе *intimae*, доходящее иногда до облитераціи просвѣта. *Media* въ нѣкоторыхъ сосудахъ фиброзно перерождена; иногда утолщена и *adventitia*.

Въ легкихъ мы видимъ развитіе межальвеолярной соединительной ткани. Сосуды въ отдѣльныхъ мѣстахъ расширены, выполнены красными кровяными тѣльцами съ примѣсью бѣлыхъ. *Adventitia* и *intima* сосудовъ утолщены; *media* въ большинствѣ случаевъ фиброзно перерождена. Въ сосѣдствѣ съ сосудами замѣчается клѣточная инфильтрація, располагающаяся кольцеобразно по периферіи центрально лежащей и не окрашивающейся творожистой массы. Инфильтрирующія клѣтки снабжены хорошо окрашивающимися ядрами, вокругъ которыхъ лежитъ узкимъ ободкомъ слегка зернистая протоплазма. Опредѣляя характеръ этихъ клѣтокъ, мы ихъ должны сравнить съ блуждающими клѣтками или съ клѣтками грануляціонной ткани. Среди клѣточныхъ гнѣздъ нигдѣ нѣтъ сосудовъ. Между такими узлами, а мѣстами и въ периферическихъ частяхъ узловъ встрѣчаются круглой или слегка вытянутой формы большія клѣтки съ зернистой протоплазмой и огромнымъ количествомъ круглыхъ пузырькообразныхъ ядеръ, располагающихся внутри клѣтокъ кольцеобразно или скученно. Нельзя усомниться въ томъ, что передъ нами такъ называемыя гигантскія клѣтки. Въ районѣ каждаго узла такихъ клѣтокъ можно отыскать двѣ, три—не больше; лежатъ онѣ разбросанно одна отъ другой,

заложены въ окружающихъ частяхъ свободно: между периферіей клѣтокъ и окружающими частями остаются свободныя пространства. Описываемые узлы занимаютъ иногда половину поля зрѣнія микроскопа, нѣкоторые и больше. Составляющіе узелъ круглые элементы по направленію къ центру, т. е. къ творожистой массѣ, уменьшаются въ количествѣ, уступая мѣсто клѣткамъ большихъ размѣровъ. Эти послѣднія имѣютъ болѣе угловатую форму, напоминаютъ собой эпителиальные элементы, почему имъ и дается обыкновенно названіе эпителиоидныхъ. Мелкозернистая ихъ протоплазма сильно преломляетъ свѣтъ, плохо окрашивается. Гнѣзда инфильтраціи иногда близко подходятъ одно къ другому, почти сливаясь въ периферическихъ своихъ частяхъ. Нѣкоторыя легочныя альвеолы сдавлены разросшеюся интеральвеолярной соединительной тканью, просвѣтъ ихъ сильно уменьшенъ. Сдавленные альвеолы встрѣчаются преимущественно въ окружности казеозныхъ узловъ. Мѣстами въ сохранившихся еще альвеолахъ можно найти значительное количество слущившихся эпителиальныхъ клѣтокъ, которыя располагаются здѣсь группами, рядами, парами. Массы десквамативнаго эпитеція иногда пронизываются большимъ количествомъ вторгающихся изъ альвеолярныхъ перегородокъ грануляціонныхъ элементовъ. Другія альвеолы содержатъ въ себѣ фибринъ, располагающійся въ видѣ сѣтки съ залегающими внутри ея лимфоидными элементами. На нѣкоторыхъ препаратахъ въ межальвеолярныхъ перегородкахъ, въ нѣкоторыхъ альвеолярныхъ клѣткахъ замѣчается отложеніе черного пигмента, который при обработкѣ сѣрной кислотой не исчезаетъ и не измѣняется.

Кромѣ обыкновеннаго способа обработки и окраски органовъ, употребленъ былъ еще и спеціальный для отысканія предполагаемыхъ здѣсь бациллъ Коха. Освобожденные отъ парафина срѣзы красились сначала фуксиномъ Циля, а затѣмъ, послѣ промывки въ азотной кислотѣ 1:4 и въ спиртѣ, растворомъ анилиновой синьки. Бациллы были найдены только въ легкихъ и притомъ въ большомъ количествѣ. Онѣ помѣщаются болѣею частью въ центральныхъ частяхъ бугорковъ, иногда въ гигантскихъ клѣткахъ. Скопленія ихъ такъ велики, что онѣ ясно видны подъ простой, не масляной системой.

Приведенныхъ данныхъ относительно легкихъ совершенно достаточно, чтобы констатировать *pneumonia interstitialis desquamativa et tuberculosis pulmonum* — процессы, въ основѣ которыхъ лежитъ болѣзнетворное дѣйствіе поселившихся въ легкихъ специфическихъ микроорганизмовъ, Коховскихъ палочекъ или вырабатываемыхъ ими химическихъ продуктовъ.

Заболѣваніе почекъ состоитъ, очевидно, въ связи съ существовавшей у больной чахоткой, которая должна была затруднять прохожденіе крови черезъ легкія. Созданный такимъ образомъ условія для венозной гипереміи почекъ послужили причиной гиперплазіи соединительной ткани съ равномернымъ увеличеніемъ всѣхъ структурныхъ частей, входящихъ въ составъ ея. Процессъ, слѣдовательно, можетъ быть разсматриваемъ, какъ nephritis cyanotica съ исходомъ въ индурацию. Въ правой почкѣ присоединился кромѣ того гидронефрозъ, какъ проявленіе застоя мочи, вызваннаго карциноматозной и воспалительной инфильтраціей стѣнки мочевого пузыря возлѣ отверстія соотвѣтствующаго мочеточника. Сильное довольно уменьшеніе объема этой почки и есть выраженіе atrophiae hydronephroticae.

Уяснивъ себѣ характеръ патолого-анатомическихъ измѣненій въ различныхъ органахъ, мы должны разрѣшить вопросъ о томъ, какой изъ процессовъ послужилъ непосредственной причиной смерти. Вопросъ этотъ можетъ быть разрѣшенъ путемъ сравненія тѣхъ границъ, до которыхъ дошелъ каждый изъ процессовъ въ своемъ прогрессивномъ развитіи, равно какъ фізіологическаго значенія пораженныхъ органовъ. Какъ ракъ матки, такъ и туберкулезъ легкіхъ въ отдѣльности одинаково могутъ оказаться смертельными. При комбинаціи двухъ страданій одно изъ нихъ можетъ доминировать предъ другимъ, произвести такое разрушеніе органовъ, при которомъ жизнь для организма становится невозможной, въ то время какъ другое отстаетъ, такъ сказать, въ интензивности подавленія жизненныхъ функцій и, безъ осложненія первымъ, въ данный моментъ еще допускало-бы продленіе жизни. Уже на основаніи макроскопическихъ данныхъ разсматриваемаго нами случая не остается никакихъ сомнѣній, что такое именно отношеніе существуетъ между язвеннымъ ихорознымъ распаденіемъ тазовыхъ органовъ съ прободеніемъ прямой кишки, мочевого пузыря и, съ другой стороны, сравнительно небольшими измѣненіями въ легкіхъ. Такимъ образомъ больная умерла отъ нарушеній жизнедѣятельности организма, причиненныхъ ракомъ матки съ его послѣдствіями.