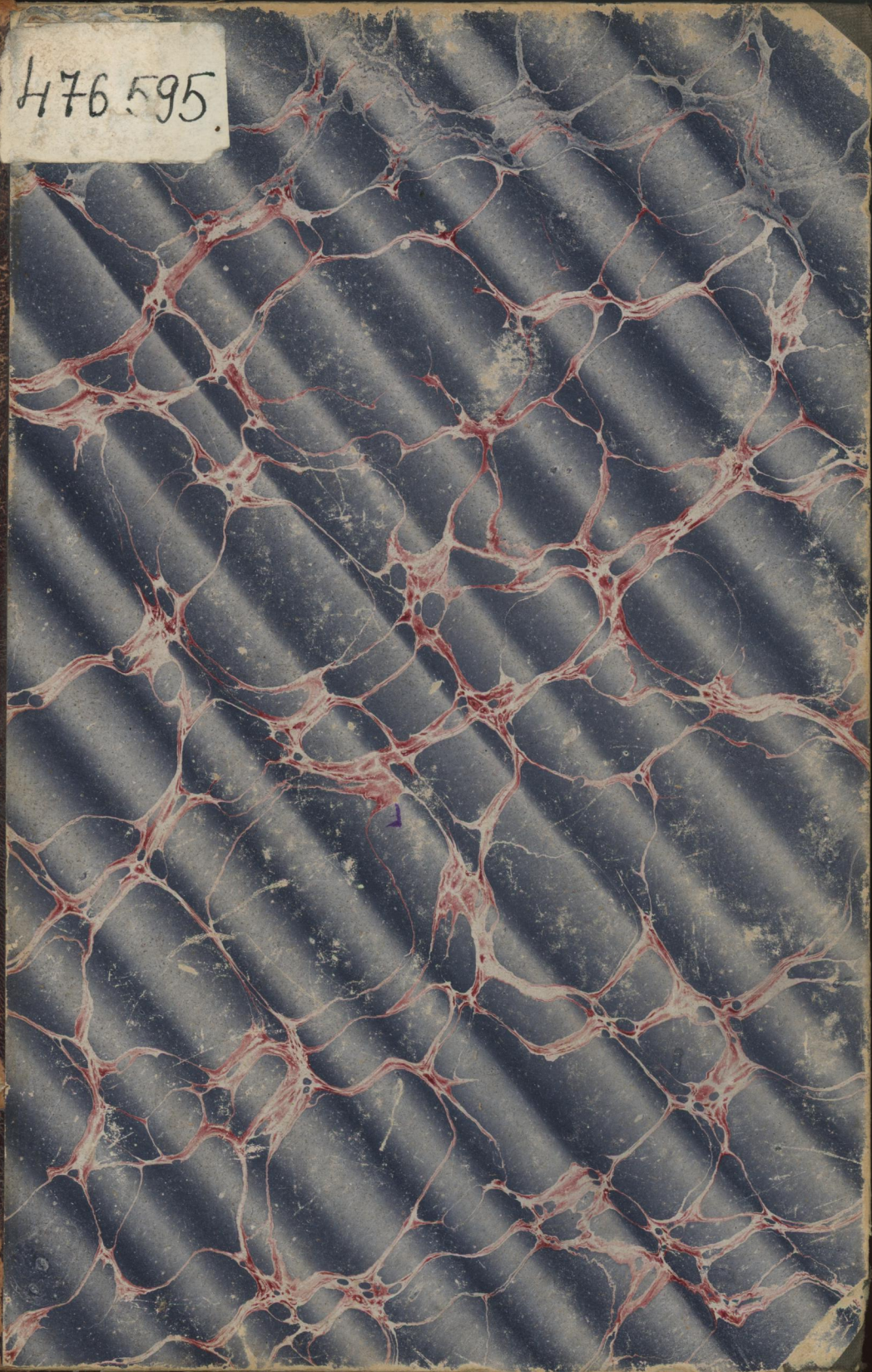


476 595.



2484(2)711[222]

4448.4(444p)708p3112

ПРОПЕД
1966

1888
1888

1888

1888

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЯ
ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКІЯ
ИЗСЛѢДОВАНІЯ

СТУДЕНТОВЪ МЕДИКОВЪ
ИМПЕРАТОРСКАГО ХАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

выпуска 1890 г.

XLII—LXXII.

ШКОЛЬНАЯ ХРОНИКА.

Издание Проф. Крылова.

Центральна наукова бібліотека
ХНУ імені В. Н. Каразіна
2013р.

ХАРЬКОВЪ.

Типографія В. С. Бирюкова. Рыбная ул., № 30.
1891.

565941

~~IV-1898~~

~~1894~~

99
58

46 84 89 08

78

~~IV-1898~~



ОГЛАВЛЕНИЕ.

ПЕРВАЯ СЕРІЯ.

	Стр.
I. Аптекарь. Echinococcus hepatis	1
II. Игнатовъ. Pseudarthrosis costarum	3
III. Шатуновскій. Carcinoma corneum planum	7
IV. Вольфплерцъ. Carcinoma corneum papillomatodes	10
V. Навецкій. Carcinoma corneum polymorphe acinosum	16
VI. Ридель Николай. Carcinoma cylindro-epitheliale acinosum ventriculi	22
VII. Шапиро. Carcinoma verum diffusum ventriculi	29
VIII. Данюшевскій. Carcinoma papillomatodes portionis vaginalis uteri	36
IX. Морейнесъ. Carcinoma corneum acinosum uteri	38
X. Крамникъ. Carcinoma mucosum villosum colli uteri	52
XI. Пясецкій. Carcinoma fibrosum ovarii	57
XII. Безчинскій. Cystofibroma papillare ovarii psammomatodes	65
XIII. Гарбузовъ. Cystoma ovarii multiloculare adenopapillare proliferum	71
XIV. Ноганъ. Carcinoma fibrosum s. scirrhous mammae	79
XV. Вороновъ. Sarcoma fusocellulare telangiectodes cruris	83
XVI. Малюженко. Sarcoma alveolare telangiectodes testiculi	94
XVII. Дочевскій. Enchondroma myxomatodes	103
XVIII. Блидштейнъ. Noma	106
XIX. Тусновъ. Arthritis fungosa tuberculosa	112
XX. Лapidусъ. Tuberculosis testis	116
XXI. Нацъ. Anaemia perniciosa	119
XXII. Раевскій. Dermoid-cystoma palpebrae	127
XXIII. Портной. Carcinoma corneum planum palpebrae	129
XXIV. Розенблюмъ. Carcinoma corneum planum oesophagi	133
XXV. Поляновъ. Adenocarcinoma cylindrocellulare colloides pylori	138
XXVI. Ленбергъ. Carcinoma corneum acinosum uteri	145
XXVII. Ключовъ. Carcinoma medullare mammae	151
XXVIII. Омельченко. Adenocarcinoma fibrosum mammae	165
XXIX. Бруднякъ. Sarcoma melanoticum	170
XXX. Грековъ. Cystofibrosarcoma phyllodes mammae	173
XXXI. Монтаковъ. Gumma cerebri	178
XXXII. Хайкинъ. Syphilis inveterata	184
XXXIII. Тарнапольскій. Pneumonia caseosa cum enteritide folliculari	190
XXXIV. Поповъ Михаилъ. Vitium cordis e mesoendaortitide vasculosa	194
XXXV. Гроссманъ. Carcinoma mixtum cervicis uteri et thrombopylephlebitis carcinomatosa cystica	201

	Стр.
XXXVI. Гамаринъ. Sarcoma magnicellulare fasciculare femoris	208
XXXVII. Косминскій. Ulcus ventriculi perforans	214
XXXVIII. Бабенко. Gummata pulmonis sinistri et pneumonia catarrhalis dextra	218
XXXIX. Горбачевичъ. Phthisis syphilitica caseosa	225
XL. Абрамовъ. Pneumonia caseosa lobaris sine tuberculosi	231
XLI. Селиховскій. Phthisis tuberculosa	237

ВТОРАЯ СЕРІЯ.

XLII. Слѣпянъ. Carcinoma corneum planum nasi	245
XLIII. Гольбергъ. Carcinoma corneum planum oesophagi	247
XLIV. Альшулеръ. Carcinoma cylindro-cellulare acinosum flexurae coli sinistrae	251
XLV. Верейскій. Carcinoma parvicellulare pancreatis	258
XLVI. Вайсманъ. Carcinoma acinosum colloides prostatae	265
XLVII. Айнбергъ. I Carcinoma mixtum, II Adenoma cervicis uteri	271
XLVIII. Мизучъ. Fibromyoma uteri mixtum et pyosalpinx, thrombosis atrii sinistri cordis	275
XLIX. Богопольскій. Cysto-adenocarcinoma ovarii proliferum	284
L. Городецкій. Teratoma ovarii	289
LI. Θεοδоровичъ. Myxosarcoma trigoni Scarpae	295
LII. Фридманъ. Sarcoma alveolare manus	299
LIII. Дарагановъ. Fractura cranii	302
LIV. Орбантъ. Typhus abdominalis	306
LV. Зурабовъ. Typhus abdominalis	314
LVI. Эдельманъ-Левинъ. Carcinoma corneum planum malae	317
LVII. Крацбарштъ. Carcinoma verum uteri	321
LVIII. Вартановъ. Ulcus ventriculi rotundum	323
LIX. Юффе. Insufficiencia valvularum aortae	328
LX. Поповъ Митрофанъ. Vitium cordis complicatum	331
LXI. Ридель Константинъ. Pernio et combustio. Meso-endaortitis hyperplastita et endarteriitis parenchymatosa acuta	338
LXII. Сахнинъ. Melanaemia	345
LXIII. Гофманъ. Pneumonia desquamativa	349
LXIV. Лещинскій. Pneumonia interstitialis desquamativa caseosa	354
LXV. Штернбергъ. Cirrhosis et apoplexia pulmonis sinistri e pneumonia desquamativa genuina cum arthritide hyperplastica genu sinistri	358
LXVI. Трандафиловъ. Bronchitis putrida et gangraena pulmonum	369
LXVII. Ускалъ. Bronchitis tuberculosa et dysenteria catarrhalis	374
LXVIII. Гурари. Phthisis pulmonum tuberculosa localisata e bronchitide et peribronchitide tuberculosa	379
LXIX. Заблудовскій. Phthisis pulmonum interstitialis fibrosa tuberculosa	388
LXX. Свердловъ. Phthisis pulmonum et spondylitis tuberculosa	396
LXXI. Поповъ Алексѣй. Syphilis inveterata—morbus Brightii	402
LXXII. Рѣзниченко. Syphilis inveterata—morbus Brightii e nephritide cica- tricola	405

Что касается своеобразнаго измѣненія гладкихъ мышечныхъ элементовъ, лежащихъ подъ дномъ язвы—скопленіе вблизи ядеръ безцвѣтныхъ съ яснымъ блескомъ и темными очертаніями капель, растворяющихся въ эфиръ, но не растворяющихся въ уксусной кислотѣ,—то это, очевидно, есть жировое перерожденіе ихъ—явленіе обычное при туберкулезныхъ кишечныхъ язвахъ.

Сопоставляя теперь данныя макро- и микроскопическаго изслѣдованія, мы должны установить слѣдующій трупный діагнозъ: *ependymitis chronica, endocarditis fibrosa, endarteriitis chronica, pleuritis serofibrinosa dextra, —haemorrhagica sinistra, phthisis pulmonum tuberculosa, tuberculosis disseminata renum, ulcera tuberculosa ilei, hyperaemia passiva hepatis, dilatatio vesicae urinariae.*

XLII. Carcinoma corneum planum nasi.

М. Слѣпянь.

Больной 60 лѣтъ, средняго роста, съ слабо развитой подкожной жировой клѣтчаткой и умѣренно развитой мускулатурой. Слизистыя оболочки блѣднаго цвѣта, лимфатическія железы нигдѣ замѣтно не увеличены. Изслѣдованіе грудныхъ и брюшныхъ органовъ не представляетъ ничего аномальнаго, какими-нибудь конституціональными заболѣваніями до сихъ поръ не болѣлъ. Жалуется на изъязвившуюся опухоль, занимающую правое крыло носа. О появленіи этой опухоли больной рассказываетъ, что осенью 1888 года появился у него на правомъ крылѣ носа прыщикъ, который имъ былъ сорванъ; образовалась небольшая язвочка и покрылась струпиномъ, который также былъ сорванъ больнымъ. Послѣ этого язвочка не заживала, начала углубляться и, въ послѣднее время распространяясь главнымъ образомъ вверхъ, заняла все правое крыло носа. Опухоль при надавливаніи безболѣзненна. 26 марта 1890 года опухоль удалена, а оставшійся дефектъ прикрытъ лоскутомъ кожи, взятымъ со щеки.

При наружномъ осмотрѣ опухоль представляется изъязвленной, края язвы неровны, тверды, приподняты, дно уплотнено, сухо, темно-бураго цвѣта. Микроскопическіе препараты, приготовленные соскабливаніемъ и расщипываніемъ вскорѣ послѣ удаленія опухоли, показали множество плоскихъ эпителиальныхъ клѣтокъ полигональной формы, имѣющихъ одно довольно большое круглое ядро; рѣже попадались клѣтки съ двумя и тремя ядрами, были также роговыя чешуйки безъ ядеръ и скопленія эпителиальныхъ клѣтокъ въ видѣ молодыхъ жемчужинъ, расположенныхъ въ соединительной ткани.

На разрѣзахъ изъ уплотненныхъ препаратовъ подъ микроскопомъ кожные сосочки имѣютъ неправильную форму и неравнобѣрную величину, rete Malpighii утолщено и очень богато ядрами, клѣтки среднихъ слоевъ epidermidis частію пузырькообразны, частію полиморфны, рыхло связаны между собою. Долинки между сосочками увеличены въ объемѣ и посылаютъ отростки въ видѣ стержней въ подлежащую ткань. Эти отростки дѣлятся виллообразно до совершенно древовидныхъ развѣтвленій съ колбовидно утолщенными концами, которые глубоко вѣдряются въ corium и тамъ располагаются между пучками соединительной ткани. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ находимъ отшнуровавшіеся отростки, которые являются въ видѣ отдѣльныхъ гнѣздъ, состоящихъ изъ плотно спаянныхъ между собою крупныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ; гнѣзда эти на препаратахъ, окрашенныхъ пикрокарминомъ и метиленовой синью, оказываются окрашенными въ желтый цвѣтъ. Въ центральныхъ частяхъ эпителиальныхъ отростковъ встрѣчаемъ шары, состоящіе изъ эпителиальныхъ роговыхъ клѣтокъ, наслоенныхъ одна на другую въ видѣ скорлупокъ. Между тѣмъ какъ, при окрашиваніи пикрокарминомъ и метиль-фіолетомъ, всѣ остальные эпителиальныя клѣтки окрашиваются въ синій цвѣтъ, роговыя клѣтки остаются неокрашенными, представляются темными, имѣютъ неправильную пластинчатую форму и не обнаруживаютъ ядеръ. Слоистость луковицъ не особенно ясно выражена. Въ соединительной ткани corii замѣчается новообразованіе: разращеніе клѣтокъ и новообразованные сосуды.

Сальные железы представляются сильно гипертрофированными, другихъ измѣненій въ нихъ не находимъ, рядомъ съ ними на препаратахъ замѣчаемъ массу волосъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣчаемъ неправильный ростъ волоса: центральныя клѣтки, образуя, путемъ размноженія, мелкоклѣточные скопленія, не подвергаются обратному развитію. Потовыя железы нисколько не измѣнены.

На границѣ съ подкожно-жирной клѣтчаткой, въ мѣстахъ, гдѣ соединительная ткань инфильтрирована эпителиемъ, находится инфильтрація блуждающими клѣтками поверхностныхъ долекъ жирной клѣтчатки. Отношеніе эпителиальныхъ клѣтокъ къ подлежащей ткани таково, что первыя оттѣсняють ее и располагаются между ея пучками, въ которыхъ замѣчается огромное количество ядеръ.

Итакъ, изъ микроскопическаго изслѣдованія видно атипическое расположение эпителия: вращаніе его въ глубокіе слои кожи клѣточными стержнями, древовидно вѣтвящимися между пучками волокнистой соединительной ткани, образованіе жемчужинъ, въ центральныхъ частяхъ стержней, вслѣдствіе рогового метаморфоза и одновременное разращеніе гра-

нуляціонной ткани съ новообразованными сосудами. Слѣдовательно, въ нашемъ случаѣ, имѣемъ дѣло съ канкроидомъ. Что касается формы канкроида, то въ нашемъ случаѣ имѣемъ большую частью плоскія полигональныя эпителиальныя клѣтки съ рѣзко выраженнымъ роговымъ перерожденіемъ, но безъ участія сальныхъ и потовыхъ железъ, и безъ раздраженія *corporis papillaris*, а потому заключаемъ, что раковыя раздраженія начались съ эпителія, покрывающаго кожу носа. Слѣдовательно, мы имѣемъ простѣйшую форму кожного канкроида—*carcinoma corneum planum, superficiale*.

Развитіе этого рака можно объяснить себѣ слѣдующимъ образомъ: кожный эпителий, разрастаясь въ долинахъ между сосочками, производитъ давленіе на нихъ и распространяется въ подлежащую соединительную ткань, клѣтки которой, вслѣдствіе затрудненія кровообращенія, начинаютъ также разрастаться и доставляютъ частью грануляціонную, частью рубцовую ткань. Эпителиальные отростки частью составляютъ прямое продолженіе поверхностнаго эпителія, частью, новообразованною соединительною тканью, отшнуровываются отъ него и залегаютъ въ глубокомъ слоѣ кожи. По мѣрѣ роста опухоли эпителий, все больше и больше размножаясь, сдавливаетъ кровеносные сосуды и, превращаясь въ роговое вещество, задерживаетъ дифференцированіе грануляціонной ткани въ стойкую ткань, и такимъ образомъ получается язва, съ характеристическими, вышеописанными признаками. Имѣя въ виду, что у нашего больного канкроидная язва тянется уже около двухъ лѣтъ и метастазовъ за это время не послѣдовало, можно думать, что и при послѣдующихъ рецидивахъ опухоль еще долго останется регіонарною.

XLIII. Carcinoma corneum planum oesophagi.

Т. Гольбергъ.

Больной, крестьянинъ Курской губерніи, Алексѣй Марьяновъ, 62 лѣтъ, дворникъ, поступилъ въ Александровскую больницу 18 іюня 1890 года съ жалобой на затрудненіе при глотаніи и кашель. Пробывъ нѣсколько дней въ больницѣ, больной выписался и поступилъ вторично 31 іюля того же года.

Больной блѣдный, съ атрофированной подкожной клѣтчаткой, *fossae supra et intraspinatae* сильно запади, лимфатическія паховыя железы нѣсколько увеличены. Перкуссія легкихъ не дала отступленій отъ нормы. Границы сердца заходятъ нѣсколько за *linea mamillaris sinistra*. Печень опущена, нижній край ея гладкій, не бугристый, ясно прощупывается. Передне-задній діаметръ грудной

клетки увеличенъ. Тоны сердца ясны и чисты. Въ легкихъ слышно слабое везикулярное дыханіе, въ которомъ принимаютъ участіе и мышцы шеи.¹

Больной уже въ теченіе четырехъ мѣсяцевъ не можетъ принимать твердой пищи, вслѣдствіе того, что она тотчасъ по проглатываніи выносятся обратно рвотой. При этомъ больной указываетъ на *processus ensiformis*, какъ на мѣсто остановки пищевого комка.

Все время, отъ начала заболѣванія, больной питается молокомъ. Въ больницѣ, при быстро увеличивающемся маразмѣ и прогрессирующей инаниціи, больной 3-го сентября умеръ. Диагнозъ: *emphysema pulmonum et stenosis oesophagi*.

Черепъ косою справа налѣво; на внутренней поверхности затылочной кости замѣчается отложеніе спонгіознаго вещества. Кости свода склерозированы, твердая мозговая оболочка слегка утолщена, мягкая—умѣренно отечна, отдѣляется легко. Ткань мозга желтовато-бѣлаго цвѣта, пронизана многочисленными красными полосками и точками. Желудочки мозга растянуты, въ особенности задній рогъ лѣваго; эпендима желудочковъ размягчена, *striae acusticae* сильнѣе выражены на правой, чѣмъ на лѣвой сторонѣ. Артеріи основанія диффузно склерозированы, на *arter. vertebrali* маленькія склерозированныя аневризмы съ тонкими омѣлотовренными стѣнками. Сердце мало, правильно конической формы, съ бѣлыми сухожильными пятнами и съ склеротическими узелками на *arter. coronar.* Полости сердца пусты, мускулатура довольно плотна, темно-краснаго цвѣта; стѣнка лѣваго желудочка утолщена; клапаны аорты умѣренно сморщены вслѣдствіе склероза. Грудная аорта умѣренно диффузно расширена, съ многочисленными атероматозными язвами и известковыми бляшками. Правое легкое сращено съ грудною стѣнкою по всей поверхности; лѣвое свободно; оба легкія эмфизематозны, въ верхнихъ доляхъ пушисты и сухи, въ нижнихъ—умѣренно отечны; оба всюду и равномерно окрашены въ аспидный цвѣтъ. При верхушкѣ праваго легкаго находится обширное гнѣздо аспиднаго затвердѣнія.

Въ пищеводѣ, на границѣ средней трети съ нижнею, на протяженіи четырехъ поперечныхъ пальцевъ, находится суженіе съ бляшкообразными утолщеніями слизистой оболочки, лакунообразными на задней стѣнкѣ язвами, величиной въ миндальный орѣхъ, проникающими до уплотненной клѣтчатки задняго *mediastini*; язвы эти покрыты сѣровато-бѣлымъ слизистымъ отдѣлимымъ, съ отрубевидными, перламутро-бѣлыми зернами въ немъ.

Желудокъ и кишки въ состояніи сокращенія. Слизистая оболочка желудка сѣро-аспиднаго цвѣта; слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишекъ, за исключеніемъ малокровія, особенныхъ измѣненій не представляетъ. Селезенка мала, плотна, въ разрѣзѣ блѣдно-краснаго цвѣта, имѣетъ трабекулярный видъ. Печень мала, кожиста, въ разрѣзѣ темно-краснаго цвѣта. Почки малы, капсулы отдѣляются съ трудомъ; при поверхности разсѣяны мелкія серозныя кисты; ткань кожиста, корковый слой истонченъ, пирамиды умѣренно венозно гиперемированы. Мочевой пузырь сильно растянутъ прозрачною желтоватою мочей. *Prostata*, *penis* и оба *testes* представляютъ рѣзко выраженную атрофію.

Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты: 1) кусокъ изъ стѣнки пищевода изъ центра язвы; 2) кусокъ изъ утолщенной бляшки той же слизистой оболочки; 3) кусокъ изъ печени; 4) кусокъ изъ почки, и 5) кусокъ изъ сердца.

Всѣ эти куски уплотнялись въ Мюллеровской жидкости въ продолженіе 7 дней. Послѣ суточной промывки водой они были перенесены для обезвоженія въ слабый спиртъ на 1 сутки и на 2 сутокъ въ абсолютный спиртъ. Затѣмъ послѣдовательно: въ терпентинъ, терпентинъ съ парафиномъ (термостатъ 35,5°) и, наконецъ, въ твердо-мягкій парафинъ (термостатъ 51°). Изъ залитыхъ такимъ образомъ въ парафинъ кусковъ дѣлались, при посредствѣ микротомъ, тонкіе срѣзы, которые подвергались двойной окраскѣ, частью цикрокарминомъ и метиленовой синью Лёфлера, частью гематоксилинъ-эозинномъ.

На свѣжемъ препаратѣ сокъ изъ изъязвленной поверхности пищевода далъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи, слѣдующее: отдѣльныя довольно однообразныя клѣтки, напоминающія мостовидный эпителий, такія же клѣтки болѣе скученныя,—иныя изъ нихъ содержатъ одно—два ядра, иныя—въ состояніи дегенеративнаго метаморфоза. Во многихъ мѣстахъ поля зрѣнія усматриваются скопленія клѣтокъ въ видѣ концентрическихъ образованій съ отчетливо выдѣляющимися и хорошо сохранившимися центральными большими клѣтками; послѣднія какъ бы окутаны полулунными, наложенными одна надъ другою клѣтками. Все это плаваетъ въ мелкозернистомъ распадѣ. На препаратахъ расщепленіемъ множество круглыхъ небольшой величины клѣтокъ съ ядромъ, то въ видѣ отдѣльныхъ образованій, то въ видѣ кучъ, беспорядочно заложенныхъ между пучками тонковолокнистой соединительной ткани, пронизывающими всѣ эти образованія въ различныхъ направленіяхъ. Эти пучки образуютъ полости, въ которыхъ заложены луковичы и свободныя эпителиальныя клѣтки, располагающіяся по направленію проходящихъ въ соединительно-тканной основѣ сосудовъ.

Препараты, надлежащимъ образомъ обработанные и окрашенные, дали еще болѣе отчетливыя картины процессовъ, имѣвшихъ мѣсто въ тканяхъ, составляющихъ стѣнку пищевода. Срѣзы изъ этихъ препаратовъ дѣлались параллельно и перпендикулярно продольной оси его. При маломъ увеличеніи можно было довольно ясно различить послѣдовательно слизистую оболочку, поперечные и продольные мышечные слои и, на нѣкоторыхъ препаратахъ, также и окружающую пищеводъ рыхлую соединительную ткань. Слизистая оболочка (изъ препарата, взятаго изъ центра язвы) почти потеряла свое нормальное строеніе; на мѣстѣ ея оказались многочисленныя клѣтки мостовиднаго эпителия, неправильно сгруппированныя, то въ видѣ луковичъ, то въ видѣ полосъ, облегающихъ сосуды (эпителий окрасился преимущественно пикриновой кислотой). Тонкія

волокна соединительной ткани съ сосудами образуютъ какъ бы полости, набитыя эпителиальными клѣтками различной фармаціи и луковицами. Во многихъ мѣстахъ видны свѣжія, начинающія только формироваться луковицы, чаще же, однако, наблюдаются большія сформированныя уже луковицы. Повсюду разсѣяны въ большомъ количествѣ молодыя грануляціонныя клѣтки въ различныхъ стадіяхъ дифференцірованія. Найти отчетливо выраженную слизистую железу не удалось ни на одномъ препаратѣ, зато, передвигая препаратъ, легко замѣчается поперечно перерѣзанный циркулярный мышечный слой. Въ немъ на нѣкоторыхъ препаратахъ удалось найти мѣста, гдѣ эпителиальныя клѣтки, большею частью по стѣнкамъ сосудовъ, проникали между поперечно перерѣзанными пучками мышечныхъ волоконъ; здѣсь же попадались и луковицы небольшой величины и съ незначительнымъ сравнительно количествомъ периферическихъ клѣтокъ. Въ продольномъ мышечномъ слоѣ и въ окружающей пищеводъ рыхлой соединительной ткани не удалось ни на одномъ препаратѣ найти эпителиальныхъ образований. Интересно, что вездѣ ясно получалось впечатлѣніе поперечной исчерченности мышечныхъ волоконъ, особенно хорошо выраженной на нѣкоторыхъ препаратахъ въ круговомъ слоѣ, тамъ, гдѣ сохранились волоконца на протяженіи.

Въ печени бросается въ глаза огромное количество ядеръ и малая протоплазматическая часть клѣтокъ; повидимому имѣются явленія пролифераціи, а мѣстами накопленіе пигмента; при этомъ имѣется расширеніе печеночныхъ венъ и капиллярной сѣти. Въ почкахъ найдено утолщеніе капилляровъ мальпигіевыхъ клубочковъ, разращеніе тонко-волокнистой соединительной ткани и венозная гиперемія; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, кромѣ утолщенія капсулы, замѣчается также запусканіе мальпигіевыхъ клубочковъ. Мышцы сердца представляются тонкими, слабыми; въ волоконцахъ вокругъ ядеръ замѣчается значительное количество пигментныхъ зернышекъ.

Изъ всѣхъ найденныхъ измѣненій язва въ пищеводѣ, очевидно, является главнымъ болѣзненнымъ процессомъ. Разсматривая строеніе дна язвы и взаимное отношеніе входящихъ въ составъ его тканей, не трудно замѣтить значительныя отступленія отъ физиологической нормы въ смыслѣ распредѣленія ихъ, роста, степени дифференцірованія, группировки и т. д.

Эпителий въ днѣ и по краямъ язвы глубоко врастаетъ въ подлежащую ткань. Атипическимъ расположеніемъ и своими дегенеративными измѣненіями онъ вызываетъ грануляціонные процессы въ подлежащей соединительной ткани и такимъ образомъ представляетъ главную часть опухолевиднаго образованія. Хотя послѣднее и распадается, однако, эпителиальные элементы (въ большинствѣ препаратовъ) довольно плотно свя-

заны какъ съ соединительно-тканной основой, такъ и между собою. Этимъ свойствомъ эпителія опредѣляется злокачественность новообразованія, такъ какъ, при этомъ условіи, эпителиальные элементы труднѣ отдѣляются другъ отъ друга и не такъ легко могутъ разноситься по окружающей соединительной ткани и проникать въ лимфатическіе и кровеносные пути. Поэтому нужно отнести данное новообразование къ такъ называемымъ канкроидамъ, а не къ истиннымъ ракамъ. Въ истинныхъ карциномахъ эпителиальныя кѣтки, въ силу слабой связи между собою и съ соединительной тканью легко прорастаютъ въ щели окружающей ткани не въ видѣ непрерывно связанныхъ отростковъ съ первичнымъ гнѣздомъ, а въ видѣ отдѣльных, такъ сказать, отшнуровавшихся кѣтокъ.

Такимъ образомъ здѣсь имѣется злокачественное новообразование въ видѣ атипически разросшейся эпителиальной ткани—„атипическая эпителиома“. Принимая во вниманіе мѣсто развитія новообразованія, отношеніе эпителія къ подлежащей ткани, преобладаніе рогового метаморфоза и отсутствіе признаковъ органоиднаго строенія (acini, papillae etc.), нужно отнести его къ простымъ канкроидамъ—*carcinoma corneum planum*.

XLIV. Carcinoma cylindro-cellulare acinosum flexurae coli sinistrae.

Я. Альтшулеръ.

Больной Иванъ Кругленниковъ, крестьянинъ Курской губерніи,—49 лѣтъ отъ роду,—явился 18 августа 1890 года въ Александровскую больницу, жалуясь на сильную тупую боль въ области живота, на общую слабость, потерю аппетита, запоры, тошноты и рвоты.

Больной среднего роста, кожа грязновато-желтого цвѣта, легко захватывается въ складки; подкожно-жирный слой и мышечная система атрофированы. Костный скелетъ никакихъ измѣненій собою не представляетъ. Перкуссія и аускультатія легкихъ ничего ненормальнаго не обнаруживаютъ. Сердце нормальной величины; тоны его не совсѣмъ ясны, слабы, но чисты. Животъ сильно вздутъ; при перкуссіи и пальпаціи представляется очень болѣзненнымъ, при чемъ у больного часто является головокруженіе и рвота. У больного постоянные запоры, которые съ трудомъ поддаются даже различнымъ слабительнымъ средствамъ и клизмамъ. Послѣ принятія твердой пищи у больного черезъ нѣкоторое время появляется рвота пищевыми веществами. Жидкая пища, какъ напр. молоко, первое время переносилась сравнительно хорошо, но за нѣкоторое время до смерти и таковая немедленно послѣ принятія извергалась наружу. Кромѣ того, у больного часто и безъ всякой видимой причины появляется рвота, окра-

шенная въ темно-коричневый цвѣтъ, вслѣдствіе примѣси крови. Температура больного по большей части нормальна, 37° — $37,5^{\circ}\text{C}$, по вечерамъ же часто она поднимается до 38° — $38,3^{\circ}$. Пульсъ среднего наполненія, 68—84 удара въ минуту. Мочеотдѣленіе все время было нормально, только за нѣкоторое время до смерти оно стало задержаннымъ и весьма болѣзненнымъ, такъ что приходилось выпускать мочу посредствомъ катетера. Суточное количество мочи 800—1000 кубическихкихъ сантиметровъ; реакція мочи кислая, удѣльный вѣсъ 1016—1024; бѣлка, сахара и форменныхъ элементовъ не содержитъ.

Больной женатъ, имѣетъ 5 дѣтей, всѣ здоровы. До послѣдняго времени онъ пользовался хорошимъ здоровьемъ; въ іюнѣ мѣсяцѣ сего года онъ сталъ чувствовать боль въ области живота; вскорѣ послѣ того у него стали появляться отрыжки, тошноты, рвоты и запоры. Всѣ эти явленія на ряду съ общей слабостью и постояннымъ возрастающимъ исхуданіемъ заставили его обратиться за врачебной помощью въ Александровскую больницу, куда онъ и поступилъ 18 августа, а умеръ 24 сентября 1890 г.

Кости свода умѣренно склерозированы. Твердая мозговая оболочка утолщена; мягкая-тонкая, отдѣляется легко. Извилины сближены и приплюснуты. Ткань мозга плотнѣе нормальной, желтовато-бѣлаго цвѣта, малокровенна. Сердце мало, правильной конической формы; мускулатура плотна, бурого цвѣта. Клапаны безъ измѣненій. Endocardium предсердій, особенно лѣваго, съ многочисленными фибринозно-бѣлаго цвѣта пятнами. Большіе сосуды широки. Pulmonalis тонкостѣнная, эластичная. Aorta толстостѣнная, мало эластична. Оба легкія сращены съ грудной стѣнкой и діафрагмой, правое больше лѣваго; въ верхнихъ доляхъ эмфизематозны, въ нижнихъ—тѣстоваты; въ разрѣзѣ даютъ большое количество отечно-серозной жидкости.

Селезенка сильно сращена съ діафрагмой, имѣетъ неправильную пирамидальную форму; при чемъ верхушку пирамиды образуетъ hylus. Здѣсь имѣются плотныя сращенія caudae pancreatis, дна желудка и крутого изгиба flexurae coli sinistr., на которой замѣчается аспиднаго цвѣта кольцевидная перетяжка. Верхняя полуокружность толстой кишки на мѣстѣ перетяжки не можетъ быть отдѣлена отъ селезенки безъ нарушенія цѣлости. По отдѣленіи hylus'a селезенки, позади caudae pancreatis открывается пирамидальной формы углубленіе съ ихорозными, аспиднаго цвѣта, плотными стѣнками и мелкими сѣроватыми узелками въ нихъ. При разрѣзѣ съ свободной поверхности селезенки въ верхушкѣ этого углубленія замѣчаются сѣрые полулунные узлы, мелко-бородавчатые въ разрѣзѣ, величиной въ кедровый орѣхъ. Cauda и тѣло pancreatis грязно-мозговидно-бѣлаго цвѣта, сращены съ окружающими частями плотными перепонками, въ которыхъ замѣчаются преимущественно при основаніи малаго и большаго сальника дольчатые хрящевой плотности желтовато-бѣлые узлы, дающіе при соскабливаніи бѣловатый сокъ, величиной отъ вишневой косточки до лѣснаго орѣха. Серозный покровъ дна желудка на мѣстѣ сращенія съ селезенкой утолщенъ и представляетъ такія же дольчатые и бляшкообразныя уплотненія. Печень увеличена слегка въ толщину; какъ на поверхности, такъ и въ глубинѣ пронизана многочисленными неправильнаго очертанія узлами, величиной отъ просианого зерна до лѣснаго орѣха и болѣе; при разрѣзѣ дольчатые, также дающіе сокъ, узлы эти на периферіи пред-

ставляют стѣну мелкихъ расширенныхъ сосудовъ, въ центрѣ—красныя втянутыя точки въ видѣ рубца. Печеночная ткань уплотнена, темно-коричневаго цвѣта; границы долекъ изглажены. Почки нормальнаго объема; ткань кожиста, блѣдно-краснаго цвѣта; капсула отдѣляется легко. Въ правой почкѣ между пирамидами находится узелокъ величиною въ горошину. Мочевой пузырь растянутъ прозрачной мочей. Prostata увеличена, въ разрѣзѣ студениста. На слизистой оболочкѣ тонкихъ кишекъ, въ складкахъ, разсыяны многочисленные узелки мозговидно-бѣлаго цвѣта, величиной до коноплянаго зерна и болѣе, которые въ верхнихъ петляхъ тощей кишки становятся настолько многочисленными, что вызвали общее утолщеніе слизистой оболочки, синебагровое окрашиваніе и неравномерную узловатость и плотность. Стѣнки слѣпой кишки гипертрофированы во всѣхъ слояхъ; такое же измѣненіе представляетъ восходящая часть толстой кишки до упомянутаго выше суженія, въ видѣ перехвата на лѣвой flexura coli. Въ этомъ мѣстѣ слизистая оболочка представляетъ валикообразное плотное утолщеніе сѣро-аспиднаго цвѣта, непосредственно переходящее на мышечный слой, серозный покровъ и въ упомянутое выше сращеніе сосѣднихъ органовъ.

Для микроскопическаго изслѣдованія были вырѣзаны куски изъ слѣдующихъ органовъ: 1) край язвы ободочной кишки; 2) кусокъ изъ мѣста сращенія опухоли съ селезенкой; 3) кусокъ изъ pancreas на мѣстѣ сращенія; 4) кусокъ печени на мѣстѣ узла; 5) кусокъ изъ правой почки вмѣстѣ съ узелкомъ; 6) брыжжечная железа; 7) кусокъ тонкой кишки; 8) узелокъ изъ cavum recto-vesicale; 9) кусокъ прямой кишки.

Для приготовленія препаратовъ изъ вышеозначенныхъ кусковъ было употреблено соскабливаніе, расщипываніе иглами и ручные разрѣзы. Для полученія болѣе тонкихъ разрѣзовъ, вырѣзанные куски были положены на педѣлю въ Мюллеровскую жидкость; промытые въ водѣ, они были положены затѣмъ на 4 сутокъ въ абсолютный алкоголь, который ежедневно перемѣнялся, отсюда въ oleum terebinthinae при постоянной температурѣ въ 36°, на сутки, потомъ въ смѣсь терпентина съ парафиномъ при той же температурѣ на сутки. Послѣ этого куски были положены въ смѣсь мягкаго и твердаго парафина, на сутки, при температурѣ 50°C, и, наконецъ, задѣланы въ ту же смѣсь твердаго и мягкаго парафина. Изъ задѣланныхъ такимъ образомъ кусковъ дѣлались срѣзы микротомомъ. Срѣзы эти освобождались затѣмъ отъ парафина въ скипидарѣ, промывались въ спиртѣ и окрашенные пикрокарминомъ и метиленовой синью, задѣланы въ канадскій бальзамъ.

При изслѣдованіи пораженной части ободочной кишки въ свѣжемъ состояніи, на соскобленныхъ препаратахъ можно было видѣть на ряду съ соединительно-тканными волокнами массу клѣточныхъ элементовъ преимущественно цилиндрической формы, а также клѣтки круглой, овальной, многоугольной и грушевидной формы; въ протоплазмѣ многихъ изъ этихъ клѣтокъ замѣчались свѣтлыя вакуолы, указывавшія очевидно на слизистый метаморфозъ; ядра въ этихъ клѣткахъ ясно были видны, они имѣли форму пузырькообразную, или шаровидную. При соскабливаніи съ поверхности

печени на границѣ съ однимъ изъ вышеописанныхъ узловъ, мы получили желтовато-бѣлую массу, которая подъ микроскопомъ оказалась состоящей изъ клѣтокъ, по величинѣ нѣсколько меньшихъ обыкновенныхъ печеночныхъ, а также изъ массы клѣтокъ различной величины и формы съ пузырькообразнымъ ядромъ, расположенныхъ рядами или отдѣльными гнѣздами; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ преобладающими являются клѣтки цилиндрической формы; здѣсь также, какъ и на препаратахъ изъ толстой кишки, мы находимъ многія клѣтки слизисто перерожденными.

Разсматривая уплотненные вышесказаннымъ образомъ и окрашенные пикрокарминомъ и метиленовой синью препараты изъ пораженной части ободочной кишки, мы получили подъ микроскопомъ различныя картины, смотря по мѣсту, откуда препаратъ былъ взятъ: такъ напр. на препаратахъ, взятыхъ изъ мѣста, лежавшаго неподалеку отъ изъязвленной части кишки (разрѣзы микротомомъ дѣлались отвѣсно черезъ всю толщъ стѣнки), ясно еще различались всѣ слои кишки: Либеркюновы железы оказались здѣсь увеличенными и на ихъ слѣпомъ концѣ удлинненными; эпителиальныя цилиндрическія клѣтки, выстилающія ихъ, отчасти сохранили еще свою форму, отчасти же измѣнились, превратившись въ мелкія многоугольныя и шаровидныя клѣтки. во многихъ мѣстахъ свободно лежащія въ просвѣтахъ этихъ железъ; *mucosa* также усѣяна гнѣздами эпителиальныхъ клѣтокъ различной формы и величины; по периферіи этихъ гнѣздъ клѣтки имѣли преимущественно цилиндрическую форму; *submucosa* также инфильтрирована этими клѣтками; мышечный слой здѣсь значительно гипертрофированъ, но въ немъ, равно какъ и въ ниже лежащихъ слояхъ кишечной стѣнки инфильтраціи вышеописанными клѣтками не замѣчалось. На другихъ препаратахъ, взятыхъ очевидно изъ болѣе стараго, пораженнаго участка кишки, мы находимъ слѣдующую картину: слизистой оболочки и *muscularis mucosae* нѣтъ, Либеркюновы железы также отсутствуютъ, а на мѣсто этого слоя находится соединительная ткань, имѣющая характеръ плотной рубцовой ткани, въ которой мѣстами ближе къ поверхности замѣчаются грануляціонные элементы; *submucosa* вся инфильтрирована эпителиальными клѣточными элементами; далѣе по направленію къ мускульному слою попадаютъ поперечно перерѣзанные лимфатическіе сосуды, переполненные такими же эпителиальными элементами. Мускульный слой гипертрофированъ; въ немъ также замѣчаются группы эпителиальныхъ клѣтокъ различной формы, расположенныхъ преимущественно внутри соединительно-тканыхъ перегородокъ, пронизывающихъ этотъ слой въ различныхъ направленіяхъ и дѣлящихъ его на отдѣльные мышечные пучки. Въ подсероз-

номъ слоѣ* замѣчается также масса эпителиальныхъ клѣтокъ, расположенныхъ въ видѣ ацинозной железы; преобладающими здѣсь также являются клѣтки цилиндрической формы, протоплазма которыхъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ плохо окрашена, вѣроятно, вслѣдствіе слизистаго ея перерожденія.

На препаратѣ, взятомъ изъ мѣста сращенія опухоли съ селезенкой, виденъ слой соединительной ткани, въ которомъ имѣются въ большомъ количествѣ эпителиальные элементы, расположенные въ видѣ цуговъ; здѣсь также замѣчаются лимфатическіе расширенные сосуды, переполненные эпителиальными клѣтками. Въ самой селезенкѣ никакихъ измѣненій не найдено.

На препаратѣ, взятомъ изъ pancreas на мѣстѣ ея сращенія, на вѣкоторыхъ мѣстахъ ясно замѣчается правильное железистое строеніе органа (видны неизмѣненныя дольки съ ихъ выводными протоками), въ другихъ же мѣстахъ оказывается ненормальное развитіе соединительной ткани, въ которой тамъ и сямъ расположены въ видѣ стержней эпителиальныя клѣтки различной формы и величины; на самомъ же мѣстѣ сращенія pancreatis отдѣльныя волокна соединительной ткани трудно различить: они какъ бы слились въ одну массу желтоватаго цвѣта, въ щеляхъ которой залегаютъ эпителиальные элементы.

На препаратѣ, взятомъ изъ узла въ печени, уплотненномъ и окрашенномъ вышеописаннымъ образомъ, уже простымъ глазомъ можно было замѣтить по периферіи препарата желтую полосу, соответствовавшую нормальной паренхимѣ печени и интенсивнѣе окрашенную часть (ближе къ центру препарата), соответствовавшую самому узлу. Подъ микроскопомъ по периферіи препарата найдена нормальная печеночная ткань, состоящая изъ печеночныхъ клѣтокъ, расположенныхъ въ радіальномъ направленіи; за ними ближе къ центральной части препарата печеночныя клѣтки уменьшены въ объемѣ, протоплазма ихъ мутна, ядра незамѣтны или плохо окрашены; форма клѣтокъ большею частью веретенообразная; на границѣ съ самымъ узломъ замѣтна полоска соединительной ткани, наполненная круглыми мелкими клѣтками; затѣмъ слѣдуетъ и самый узелъ, состоящій изъ эпителиальныхъ клѣтокъ различной формы, расположенныхъ отдѣльными группами и рядами и окруженныхъ тонкими слоями соединительнотканной основы и густою сѣтью капилляровъ; многія изъ этихъ группъ, имѣющихъ характерное расположеніе, на подобіе ацинозныхъ железъ, состоятъ почти исключительно изъ эпителиальныхъ клѣтокъ цилиндрической формы. На препаратѣ изъ почки на границѣ съ узломъ видно, какъ нормальная почечная ткань корковаго слоя непосредственно переходитъ въ часть, состоящую исключительно изъ эпителиальныхъ клѣтокъ, распо-

ложенныхъ въ рядъ или цѣлыми группами и пронизанныхъ значительнымъ количествомъ соединительной ткани. На препаратахъ изъ прямой кишки мы находимъ железы увеличенными и переполненными эпителиальными клѣтками; кромѣ того, инфильтрація такими же клѣтками наблюдается здѣсь также на протяженіи всей *mucosae*, *muscularis mucosae*, а также въ подслизистомъ, мышечномъ и подсерозномъ слояхъ. На препаратахъ, взятыхъ изъ узла въ *saco recto-vesicali* и лимфатической брыжеечной железы, замѣчается вездѣ на ряду съ ненормальнымъ развитіемъ соединительной ткани присутствіе обильнаго количества полиморфныхъ эпителиальныхъ элементовъ. На препаратахъ изъ тонкой кишки замѣчается во многихъ мѣстахъ отпаденіе эпителия слизистой оболочки и пролиферація круглыхъ клѣтокъ аденоидной ткани вокругъ мѣшчатыхъ (Либеркюновыхъ) железъ. Въ подслизистомъ слоѣ замѣчается инфильтрація клѣтками веретенообразной формы; мышечный слой нѣсколько гипертрофированъ; другихъ же какихъ-либо измѣненій здѣсь не найдено.

Принимая во вниманіе все вышеизложенное, мы приходимъ къ заключенію, что заболѣваніе, послужившее въ данномъ случаѣ причиною смерти, наступившей вслѣдствіе общей кахексіи, заключается въ злокачественномъ новообразованіи, которое, повидимому, первично началось въ толстой кишкѣ на мѣстѣ найденнаго суженія, а затѣмъ уже тѣмъ или другимъ путемъ распространилось также и на другіе органы. Что же касается способа происхожденія данного новообразованія, то, какъ мы видѣли выше, оно произошло главнымъ образомъ, вслѣдствіе чрезмѣрнаго разрастанія эпителиальныхъ клѣтокъ внѣ предѣловъ ихъ нормальнаго распространенія на ряду съ ненормальнымъ развитіемъ соединительной ткани; все это вмѣстѣ съ злокачественнымъ характеромъ данного новообразованія является весьма характернымъ для такъ называемыхъ карциноматозныхъ опухолей. Судя, наконецъ, по формѣ клѣтокъ этого новообразованія, въ которомъ преобладающими являются клѣтки цилиндрическаго эпителия, и по ихъ расположенію большей частью въ видѣ ацинозной железы, мы можемъ сказать, что передъ нами имѣется *carcinoma cylindro-epitheliale acinosum*.

Суммируя все видимое на препаратахъ, взятыхъ какъ изъ такихъ мѣстъ пораженной части кишки, гдѣ процессъ, повидимому, недавно начался, такъ и изъ мѣстъ, подверженныхъ уже регрессивному метаморфозу, мы можемъ представить себѣ здѣсь слѣдующій способъ развитія данного новообразованія. Первоначально, повидимому, процессъ начался изъ трубчатыхъ (Либеркюновыхъ) железъ, заложенныхъ въ толщѣ слизистой оболочки кишки, и заключался въ размноженіи главнымъ образомъ эпителия (цилиндрическаго)

этихъ железъ; эпителий, размножаясь по направленію книзу и пробивъ *muscularem mucosae*, попалъ въ рыхлую подслизистую ткань, гдѣ онъ нашель себѣ весьма удобное мѣсто для дальнѣйшаго своего развитія; отсюда онъ затѣмъ перешель въ мышечный слой по соединительно-тканымъ перегородкамъ, находящимся между отдѣльными мышечными пучками, а затѣмъ уже по лимфатическимъ сосудамъ распространился далѣе внизъ также и въ подсерозную ткань; что въ данномъ случаѣ дѣйствительно играли роль лимфатическіе сосуды, доказываетъ то, что мы ихъ находили здѣсь расширенными и переполненными вышеописанными раковыми эпителиальными клѣтками. Итакъ, попавъ въ серозную полость клѣточные элементы вызвали воспаленіе серозной оболочки, которая въ свою очередь вызвала такое же воспаленіе въ противолежащихъ серозныхъ оболочкахъ сосѣднихъ органовъ, благодаря чему раковыя разраженія, распространяясь и на нихъ, вызвали сращенія большого мѣста съ серозной оболочкой желудка, селезенкой, *pancreas* и т. д. Что же касается раковыхъ узловъ, найденныхъ въ печени, правой почкѣ и т. д., то происхожденіе ихъ можетъ быть объяснено переселеніемъ раковыхъ зародышей въ эти органы путемъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ; зародыши эти, попавъ напр. въ печень, могли здѣсь путемъ размноженія и дѣленія образовать вышеупомянутые узлы, производившіе по мѣрѣ своего увеличенія давленіе на сосѣднія печеночныя клѣтки, которыя въ свою очередь должны были поэтому подвергнуться атрофіи.

Переходя теперь къ объясненію найденныхъ другихъ измѣненій, какковы:склерозъ черепныхъ костей, утолщеніе *aortae* и *endocardii*, въ которомъ обнаружены многочисленныя фиброзно-бѣлаго цвѣта пятна и т. д., мы должны сказать, что, хотя эти измѣненія могутъ быть отчасти отнесены на счетъ преклоннаго возраста больного, однако скорѣе всего они объясняются конституціей больного, извѣстной подъ названіемъ *fibromatosis*. Подтвержденіемъ такого мнѣнія могутъ служить въ данномъ случаѣ и многіе другіе признаки, характерные для фиброматознаго тѣлосложенія, какъ-то: высокій ростъ больного, длинная шея, длинная цилиндрическая грудь, длинныя конечности, также малое сердце, сравнительно широкая *aorta* и *ar. pulmonalis* и т. д.

Резюмируя все вышесказанное, мы приходимъ къ тому заключенію, что въ данномъ случаѣ, вѣроятно, на конституціональной почвѣ (*fibromatosis*), склонной, какъ извѣстно, къ различнымъ склеротическимъ процессамъ и раковымъ новообразованіямъ, развилось первично изъ цилиндрическаго эпителия толстой кишки раковое новообразованіе извѣстнаго строенія (*carcinoma cylindro-epitheliae acinosum*), охватившее кольцевидно

flexuram coli sinistram, вызвавшее тѣмъ суженіе ея просвѣта и давшее затѣмъ отчасти *per contiguitatem*, отчасти путемъ лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудовъ, вышеописанные метастазы.

Итакъ, здѣсь имѣется интересный и довольно рѣдкій случай—*stenosis carcinomatosa et carcinosis metastatica*.

XLV. Carcinoma parvicellulare pancreatis.

М. Вере́йскій.

Афанасій Казаковъ, 57 лѣтъ отъ роду, умеръ въ 6½ час. утра, 4-го сентября 1890 года, подъ диагнозомъ *carcinoma glandularum mesenterii*.

Первые признаки болѣзни Казаковъ почувствовалъ четыре мѣсяца тому назадъ, т. е. въ началѣ мая мѣсяца текущаго 1890 года. Болѣзненные явленія выразились въ гастрическихъ расстройствахъ, рвотѣ, боли подъ ложечкой и т. п. Въ скоромъ времени послѣ появленія болѣзни, именно, въ половинѣ мая, Казаковъ поступилъ въ Александровскую больницу, гдѣ ему были оказаны пособія, умѣрившія бурные припадки. Прележавъ недѣли три въ больницѣ, Казаковъ выписался. 12-го августа, сильно истощенный болѣзною, Казаковъ вторично поступилъ въ ту же больницу. Къ этому времени рѣзко выразилось общее кахектическое состояніе, исхуданіе мышцъ и подкожнаго жирнаго слоя. Въ области живота справа, вблизи срединной линіи замѣчалось вздутіе, величиною въ ладонь взрослого человѣка. При пальпаціи области живота прощупывалась справа на мѣстѣ вздутія опухоль. Болѣе точно мѣстоположеніе опухоли опредѣлялось областью *epigastrii dextri*, при чемъ опухоль направлялась въ *mesogastrium*. Опухоль твердой консистенціи, наощупъ бугриста. Величина опухоли опредѣлялась размѣромъ головы взрослого человѣка. Опухоль и крупныя отдѣльныя на ней узлы представлялись подвижными. Вся масса опухоли легко смѣщается вверхъ, внизъ и влѣво. Отъ печени опухоль отдѣлялась полоскою тимпанического тона. Перкуторный тонъ надъ опухолью притупленно-тимпаническій. Верхняя граница печени въ нормальныхъ предѣлахъ. Книзу печень не выходитъ изъ-за края ложныхъ реберъ, желудокъ сильно расширенъ, нижняя граница его заходитъ на два поперечныхъ пальца ниже пупка. Въ собранномъ выкачиваніемъ желудочномъ сокѣ повторными изслѣдованіями соляной кислоты никакими реакціями не обнаружено, молочной кислоты въ этомъ сокѣ также очень мало. Со стороны кишечника наблюдаются постоянные запоры; со стороны легкихъ никакихъ отступленій отъ нормы не обнаружено, кромѣ явленій старческой эмфиземы. Границы сердца нормальны, тоны сердца чисты, но глуховаты. На крупныхъ артеріяхъ артерioskлерозъ. Моча не представляетъ ничего ненормальнаго. Съ 12-го по 21-е августа общее состояніе больного съ каждымъ днемъ становилось хуже и хуже. Истощеніе прогрессировало, опухоль замѣтно увеличивалась. 21-го августа произведена была *laparotomia*. Вскрытіе брюшной полости показало: во-первыхъ, опухоль покрыта отчасти желудкомъ, отчасти тонкими кишками, во-вторыхъ, опухоль лежитъ въ забрюшинномъ пространствѣ и находится въ тѣсной связи

съ окружающими ее органами. По тщательномъ осмотрѣ опухоли обнаружилась невозможность оперативнаго пособия. Дѣло окончилось пробной лапаротоміей. Рана была зашита и на оперируемую область наложена повязка. Температура тѣла больного во время болѣзни стояла въ нормальныхъ границахъ; таковой температура оставалась первые дни послѣ операціи. На третій день къ вечеру у больного появилась упорная рвота. На четвертый день, 24-го августа температура была 39,8°. Животъ при изслѣдованіи оказался вздутымъ, при пальпаціи области живота болѣзненности не замѣчалось. По временамъ появляется рвота. Въ эти дни больному давали до двухъ гранъ въ сутки *opii puri*. 25-го августа температура была нормальной. Тоны сердца при выслушиваніи оказались глуховатыми. Рана подъ повязкой прекрасно заживала. Къ 31-му августа можно было констатировать заживленіе раны *per primam*. 1—3 сентябри температура тѣла оставалась въ предѣлахъ 36,5°—37,2°, рвота стала не такъ часта, хотя появилась ежедневно. Слабость достигла своего *maximum'a*, сердце работало очень плохо. Вечеромъ 3-го сентября пульса не было, 4-го—утромъ больной скончался.

Кости свода утолщены, *diploë* исчезло, черепныя кости малокровны; твердая мозговая оболочка утолщена, ворсиста, плотно сращена съ костями свода; мягкая мозговая оболочка умѣренно отечна, отдѣляется легко. Ткань мозга плотнѣе нормальной, желтовато-бѣлаго цвѣта, блеститъ на поверхности разрѣза. Сосуды основанія умѣренно склерозированы. Сердце увеличено въ объемѣ, съ мелкими сухожильными пятнами, разбросанными по поверхности; правая половина сердца переполнена полусвернувшюся кровью, стѣнка праваго желудка; истончена, дрябля; *endocardium* предсердія утолщено, *tricuspidalis* также утолщена, *art. pulmonalis* расширена, тонкостѣнна; лѣвая половина сердца пуста; *endocardium* предсердія сухожильно перерождено. *Bicuspidalis* натягивается въ видѣ хорды, папилярныя мышцы утолщены, при верхушкахъ сухожильно перерождены; полость желудочка мала, стѣнки дряблы, бурого цвѣта, восходящая аорта диффузно расширена, въ дугѣ аорты мелкія склеротическія гнѣзда съ известковыми бляшками. Оба легкія пушисты, пятнисто пигментированы, по удаленіи воздуха кожисты; нижняя доля праваго легкаго объемиста, мало спадается. Плевра мѣстами покрыта серозно-клеточнымъ экссудатомъ въ видѣ перепонки сѣровато-бѣлаго цвѣта. При переднемъ краѣ лѣвое легкое содержитъ гнѣздо красной гепатизаціи, величиною въ куриное лицо, съ многочисленными, мелкими темнаго цвѣта пятнами, величиною въ горошину; такія же гнѣзда разсѣяны по заднему краю. Подобное же гнѣздо сѣрой гепатизаціи находится въ нижней долѣ праваго легкаго; проходима для воздуха ткань праваго легкаго всюду отечна. Въ полости брюшины незначительное количество зеленовато-желтаго, слизистаго, тянущагося въ нити гноя; такой же гной находится въ полости малаго таза въ количествѣ трехъ унцій. Правое подреберье и верхняя половина лямбальной области выполнены долъчатой опухолью, величиною въ голову взрослого человѣка, которая на пространствѣ ладони сращена съ передней брюшной стѣнкой. Кнутри и кверху отъ верхняго конца раны опухоль передней поверхностью и верхнимъ краемъ рыхло склеена съ нижней поверхностью печени, по наружному и нижнему краю плотно сращена съ *flexura coli* и поперечною частью ободочной кишки. Опухоль эта окружаетъ выходную часть желудка и

начало двѣнадцатиперстной кишки, и проникаетъ въ видѣ узловъ, величиною въ голубиное яйцо въ забрюшинную клѣтчатку на мѣстѣ pancreas Aselli. Опухоль эта въ разрѣзѣ мозговидной консистенціи, желтовато-бѣлаго цвѣта, съ рубцовыми втягиваніями сѣровато-бѣлаго цвѣта, съ гнѣздами размягченія, нерѣзко ограниченными, кашецеобразными, съ разсѣянными мелкими, неправильнаго очертанія, темнокрасными пятнами. При соскабливаніи даетъ непрозрачную, вязкую желтовато-бѣлаго цвѣта массу.

Желудокъ сильно растянутъ, сдвинутъ книзу и въ лѣвую сторону; выходная часть его и двѣнадцатиперстная кишка довольно свободно пропускаютъ два пальца, на слизистой оболочкѣ, кромѣ сильнаго аспиднаго окрашиванія, какъ въ антро, такъ въ duodeno замѣчаются узелки бѣловатаго цвѣта, гладкіе, дольчатые, величиною до кедроваго орѣха и болѣе. *Valvula pylori* ясно выражена. *Caput pancreatis* теряется въ опухоли, *cauda pancreatis* уплотнена, желтаго цвѣта, слабо дольчатая. Сальникъ сморщенъ, въ видѣ валика. Печень меньше нормальной, плотна, кожиста, въ разрѣзѣ свѣтло-коричневаго цвѣта, зерниста, границы долекъ изглажены; желчный пузырь растянутъ; при переднемъ краѣ правой доли печени замѣчается зеленовато-желтое возвышеніе, величиною въ лѣсной орѣхъ. Обѣ почки слегка дольчаты, правая меньше нормальной—кожиста, лѣвая нѣсколько увеличена, блѣдна, плотна, съ мелкими серозными кистами; лоханки малы, клѣтчатка около лоханокъ уплотнена. Селезенка сильно уменьшена въ объемѣ, дрябла, кожиста, въ разрѣзѣ блѣдна и имѣетъ трабекулярный видъ. Слизистая оболочка желудочно-кишечнаго канала аспидно-пигментирована, истѣнена.

Анатомическій препаратъ, полученный послѣ вскрытія, заключалъ многіе органы, находящіеся въ связи съ опухолью и сращенные съ нею или путемъ воспалительной реакціи, или путемъ узурпированія стѣнокъ. Централно въ препаратѣ располагалась опухоль, а ее окружали печень, желудокъ, двѣнадцатиперстная кишка, хвостъ поджелудочной железы и большіе сосуды. Сама по себѣ опухоль, величиною въ голову взрослого человѣка, представляла бугристый узелъ, фиброзной плотности, на однихъ мѣстахъ опухоль плотнѣе, на другихъ значительно мягче. Поверхность разрѣза давала возможность замѣтить, что опухоль состоитъ изъ двухъ частей: изъ плотной, на подобіе завитковъ, располагающейся стромы и мягкой залегающей въ ней массы. Вторую изъ этихъ частей можно удачно сравнивать съ мозговымъ веществомъ какъ по цвѣту, такъ и по консистенціи. Строма всюду отличается отъ располагающагося внутри ея мозгового вещества. Она прозрачнѣе и желтѣе, чѣмъ мозговидная масса раковыхъ клѣтокъ. Въ соединительно-тканыхъ завиткахъ стромы можно замѣтить различіе отдѣльныхъ пучковъ. Одни изъ нихъ прозрачнѣе, сочнѣе и имѣютъ сѣровато-бѣлый оттѣнокъ, другіе менѣе прозрачны, блестящи, съ желтымъ оттѣнкомъ, послѣдніе значительно плотнѣе первыхъ. Опухоль заключена въ соединительно-тканной капсулѣ, изъязвленій на поверхности

не замѣчается. Внутри опухоли разрѣзами обнаруживаются отдѣльные, размягченные фокусы; содержимое этихъ фокусовъ въ видѣ густыхъ сливокъ стекаетъ по поверхности ножа.

Если вырѣзать кусочекъ опухоли и стараться въ пробиркѣ взбалтываніемъ отмывать раковый сокъ, то можно получить сѣроватую массу, состоящую почти изъ одной соединительной ткани. Для болѣе точнаго изученія анатомическихъ отношеній опухоли къ окружающимъ ее частямъ, необходимо дать препарату такое положеніе, какое онъ занималъ на трупѣ. Въ такомъ видѣ мы будемъ имѣть сверху надъ опухолью печень, съ нижней поверхностью которой опухоль рыхло склеена соединительно-тканными перепонками, съ правой стороны опухоль была сращена съ переднею брюшною стѣнкою, налѣво отъ опухоли хвостъ поджелудочной железы и селезенка, книзу желудокъ и двѣнадцатиперстная кишка, которые на мѣстѣ перехода другъ въ друга окружаются опухолью и инфильтрируются ею.

Всѣ прилежащія къ опухоли органы въ большей или меньшей степени подвергались постоянному давленію, что отражалось на специфическихъ функціяхъ. Наибольшему давленію подвергались печень, двѣнадцатиперстная кишка и желудокъ. Давленіе на печень ограничивалось главнымъ образомъ областью желчнаго пузыря. Пузырь поэтому увеличенъ въ объемѣ, стѣнки пузыря толсты, пузырь на препаратѣ представляется мало наполненнымъ. При давленіи на желчный пузырь можно замѣтить, что, находящееся при переднемъ краѣ правой доли печени, зеленовато-желтое возвышеніе сильно напрягается; это обстоятельство даетъ возможность предполагать непосредственную связь возвышенія съ желчнымъ пузыремъ. При надрѣзываніи вздутія мы попадаемъ непосредственно въ желчный пузырь, черезъ разрѣзъ вытекаетъ темно-зеленая желчь. Осматривая выходную часть желудка, мы замѣчаемъ, что слизистая оболочка мягка и подвижна, но при переходѣ въ *valvula pylori* по задней поверхности замѣчается мѣсто, величиною въ трехкопѣечную мѣдную монету отличающееся своею твердостью; напоминающее мозоль мѣсто какъ бы лишено слизистой оболочки, на поверхности зернисто, по краю уплотнено. Оплотнѣвшая ткань не заходитъ далѣе подслизистаго слоя, который повидимому служитъ граничащей перепонкою между опухолью и стѣнкою желудка. Двѣнадцатиперстная кишка нормальной толщины, по верхнему краю сращена съ опухолью, выводное отверстіе *ductus choledochus* ясно выражено, при значительномъ давленіи на желчный пузырь изъ отверстія хода показывается желчь. *Ductus Wirsungianus* даетъ отверстіе тотчасъ позади *ductus*

choledochus; оно становится замѣтнымъ только послѣ вскрытія ductus choledochus, который при этой операціи оказался всюду проходимымъ. При попыткѣ ввести зондъ въ отверстіе d. pancreaticus оказалось, что зондъ проходилъ по каналу только до того мѣста, гдѣ послѣдній вступаетъ въ мышечный слой кишки; далѣе этого мѣста зондъ даже самый тонкій не проходитъ. Вскрывая постепенно d. pancreaticus, было опредѣлено, что съ того мѣста, гдѣ зонды останавливались, проходъ оказывается перерожденнымъ и измѣненнымъ настолько, что отыскать слизистую оболочку его уже не удалось. Хвостъ pancreas остается не тронутымъ новообразованиемъ, при разрѣзѣ получается характерная картина железы. V. porta сдавлена опухолью безъ измѣненія стѣнокъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи ракового сока видно было въ полѣ микроскопа множество клѣтокъ. Величина клѣтокъ немногимъ превышала бѣлое кровяное тѣлце. Клѣтки неправильно круглой формы содержали незначительное количество протоплазмы; центрально въ клѣткахъ располагается большое на подобіе пузырька ядро, въ ядрѣ по большей части можно замѣтить одно, рѣже два и больше ядрышекъ. Въ зернистой протоплазмѣ клѣтокъ находится много капелекъ жира, при различныхъ установкахъ микроскопа капельки эти становятся то темнѣе, то свѣтлѣе, величина капель весьма различна. Иногда клѣтки въ полѣ микроскопа располагаются въ видѣ полосокъ, образуя какъ бы эпителиальные цилиндры; въ такомъ случаѣ границъ между клѣтками не удавалось опредѣлить. Помимо клѣтокъ при изслѣдованіи ракового сока были найдены свободно плавающія ядра, жировыя капельки и самой разнообразной величины зернышки. Изслѣдованіе выбитой и промытой стромы показало, что она состоитъ изъ тонкихъ волокнистыхъ пучковъ, между которыми залегаютъ веретенообразныя клѣтки, сильно вытянутыя. Веретенообразныхъ клѣтокъ очень много. Препараты готовились расщипываніемъ и при помощи просвѣтляющихъ средствъ.

Для болѣе точнаго микроскопическаго изслѣдованія употребленъ былъ общій методъ уплотненія. Способъ, примѣняемый нами, состоялъ въ томъ, что отдѣльные кусочки препарата лежали въ мюллеровской жидкости около 5-ти дней, послѣ чего поставлены на сутки подъ струю холодной воды, наконецъ, по возможности обезвоженные, задѣланы обычными приемами въ парафинъ. Окрашивание примѣнялось пикрокарминомъ и метиленовою синью.

Изъ центральной части опухоли картина послѣ уплотненія носила всюду одинъ и тотъ же характеръ. Различіе въ интенсивности окраски раковыхъ клѣтокъ на разныхъ препаратахъ находилось, повидимому, въ зависимости отъ неодинаковой продолжительности дѣйствія краски. Въ препаратахъ,

полученныхъ изъ болѣе старой части опухоли замѣтны большія полости, окруженныя толстыми соединительно-тканными перекладинами. Отъ соединительно-тканныхъ перекладинъ начинаются слои клѣтокъ, тѣсно другъ возлѣ друга лежащихъ; клѣтки представляются какъ бы втиснутыми въ полости и прижатыми къ стѣнкамъ. Окрашиваніе клѣтокъ въ этихъ препаратахъ различно, тамъ гдѣ ясно выражена протоплазма, она окрашивается или въ красновато-фіолетовый или въ чисто фіолетовый цвѣтъ. Ядра всюду окрашены въ синій цвѣтъ различной интенсивности. Центральнѣе въ раковой полости располагается масса, окрашенная въ желтый цвѣтъ. Масса эта представляется гомогенно-зернистою или стекловидною; разобрать строеніе и форму элементовъ въ ней не удастся. Въ нѣкоторыхъ препаратахъ, вблизи подобныхъ гнѣздъ перерожденія, замѣтны экстравазаты съ значительнымъ сдавливаніемъ ткани форменными элементами крови.

Препараты изъ болѣе молодой части опухоли отличаются, главнымъ образомъ тѣмъ, что на нихъ легко изучается новообразованная соединительная ткань. Типъ развитія опухоли и взаимное отношеніе главныхъ составныхъ частей ея также могутъ быть прослѣжены на молодыхъ узлахъ. Соединительная ткань въ этихъ препаратахъ имѣетъ весьма нѣжное строеніе, ростъ новой ткани повидимому начинается съ того, что соединительно-тканная клѣтка образуетъ сѣть, которая, постепенно развиваясь, переходитъ въ зрѣлое состояніе. Въ нѣжную сѣть по щелямъ врастаютъ эпителиальныя клѣтки новообразованія, которыя, прійдя на новое мѣсто, даютъ множество незрѣлыхъ продуктовъ дѣленія, благодаря чему получается полость, туго набитая клѣтками; клѣтки раздвигаютъ ткань и образуютъ раковыя полости. Въ центрѣ этихъ полостей располагаются упомянутыя выше гнѣзда распада. Самое важное, что можно замѣтить на препаратахъ изъ молодыхъ частей опухоли, такъ это то, что новообразование соединительной ткани идетъ рука объ руку съ внѣдреніемъ размножающагося эпителия. Ростъ опухоли преимущественно периферическій, при чемъ все, что встрѣчается на пути, захватывается опухолью. Каждый малѣйшій промежутокъ соединительной ткани, каждая малѣйшая щель *ad maximum* выполняется клѣтками.

Препараты изъ стѣнки желудка на мѣстѣ уплотненія слизистой оболочки и по окружности его даютъ слѣдующую картину.—Одна сторона препарата, соответствующая рубцу, представлялась сплошь состоящей изъ волоконъ соединительной ткани. Идя въ глубину по направленію къ мышечному слою, наталкиваемся на раковую инфильтрацію подслизистаго слоя, при чемъ картина получается приблизительно такую же, какую мы

могли наблюдать на препаратахъ изъ самой опухоли, однако здѣсь раковая ткань не образуетъ значительныхъ полостей. Между прочимъ на этихъ же препаратахъ легко изучалось отношеніе раковой ткани къ мышечной; разсматривая отдѣльныя мышечныя группы кое-гдѣ можно видѣть, какъ между пучками втиснулись раковыя клѣтки; эту картину можно наблюдать только въ прилегающихъ непосредственно къ опухоли пучкахъ. Препараты изъ отдѣльныхъ узелковъ, прощупываемыхъ черезъ слизистую оболочку двѣнадцатиперстной кишки показываютъ то же отношеніе—раковую инфильтрацію. Ближайшія лимфатическія железы также инфильтрованы новообразованиемъ. Въ легкихъ были найдены отдѣльныя гнѣзда, величиною до кедроваго орѣха сплошь инфильтрированны распадающимися зернистыми клѣтками, похожими на раковыя.

Если собрать всѣ данныя, полученныя изъ краткой исторіи болѣзни, протокола вскрытія и микроскопическаго изслѣдованія, то ихъ можно свести къ слѣдующему: 1) опухоль несомнѣнно принадлежитъ къ злокачественнымъ новообразованиямъ, извѣстнымъ подъ названіемъ раковъ; 2) новообразование представляется въ видѣ бугристаго узла и имѣетъ мозговидную консистенцію; 3) опухоль относится къ весьма быстро растущимъ, почему видъ эпителиальной ткани съ большимъ трудомъ можетъ быть распознанъ; 4) въ развитіи опухоли равное участіе принимаетъ соединительная и эпителиальная ткань; 5) раковыя клѣтки отличаются своимъ незначительнымъ объемомъ и высокой степенью дегенеративныхъ измѣненій; 6) въ опухоли всюду наблюдаются разрывы сосудовъ съ изліяніемъ въ ткань крови; 7) опухоль, исходя изъ головки поджелудочной железы не даетъ метастазовъ въ отдаленные органы, но всюду инфильтрируетъ близлежащія лимфатическія железы.

На основаніи всего вышесказаннаго мы можемъ высказать предположеніе, что въ нашемъ случаѣ мы имѣли дѣло съ истиннымъ ракомъ, и именно съ мелкоклѣточной формою его, телянгіектазическою и геморрагическою, при чемъ строма мѣстами подвергается слизистому перерожденію,—*carcinoma medullare parvicellulare telangiectodes haemorrhagicum*.

XLVI. Carcinoma acinosum colloides prostatae.

В. Вайсманъ.

Больной, Михаилъ Макогоновъ, Харьковскій мѣщанинъ, портной, явился 10 июня 1890 года въ Александровскую больницу съ жалобой на частые позывы къ мочеиспусканию и на упадокъ силъ.

Больной 36 лѣтъ, высокаго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, подкожно-жирный слой и мускулатура атрофированы. Мочеиспускательный каналъ едва проходитъ для катетера средней величины; моча окрашена въ красный цвѣтъ, содержитъ прозрачные хлопья слизи, медленно осѣдающіе на дно сосуда, и много бѣлка, количество ея уменьшено. Изъ разсказовъ больного видно, что онъ всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ. 9 лѣтъ тому назадъ у него былъ триперъ. Съ марта мѣсяца настоящаго года, безъ всякой видимой причины, появились частые позывы къ мочеиспусканию, въ апрѣлѣ—появились красные хлопья въ мочѣ, одно время она была совершенно красной. Съ мая мѣсяца крови въ мочѣ уже не появлялось. Одновременно съ этимъ появился небольшой отекъ лица и на тылѣ обѣихъ стопъ, исхуданіе и слабость сильно увеличивались. 29 августа больной умеръ.

Сердце мало, правильно конической формы, стѣнки его нѣсколько утолщены, бурого цвѣта. Endocardium обоихъ предсердій покрыто сѣроватыми фиброзными полосками. Края valvulae bicuspidalis утолщены. Aorta и arteria pulmonalis широки. Легкія объемисты, малокровны, пушисты и мало спадаются, поверхность ихъ сѣро-асинднаго цвѣта, сращены по заднему краю съ грудной стѣнкой. Ткань легкихъ подъ ножомъ хруститъ, и на поверхности разрѣза даетъ небольшое количество пѣнистой, кровянистой жидкости. Верхушки легкихъ сморщены, плотны и на поверхности разрѣза видны узелки, величиною до просіянаго зерна и болѣе, заложенные въ уплотненной пигментированной ткани, частью сѣрые и мягкіе, частью желтые и пропитанные известковыми солями. Селезенка сильно уменьшена, кожиста, капсула сморщена, ткань малокровна. Печень нормальнаго объема, кожиста, въ разрѣзѣ темно-бурого цвѣта. Почки нѣсколько больше нормальныхъ, правая немного больше лѣвой. Capsula adiposa лишена жира, фиброзно перерождена и плотно сращена съ capsula fibrosa. Последняя утолщена и весьма трудно снимается. Поверхность почекъ грязно-сѣраго цвѣта; на разрѣзѣ корковый слой представляется утолщеннымъ, сѣро-желтаго цвѣта. Граница между нимъ и пирамидальнымъ слоемъ изглажена. Сосочки атрофированы. Какъ на поверхности, такъ и на разрѣзѣ правая почка устлана маленькими точечными пятнышками желтаго цвѣта, изъ которыхъ при надрѣзѣ выдавливается сѣровато-желтая гноевидная масса отдѣльными каплями, консистенціи густыхъ сливокъ. Чашечки и лоханки сильно расширены. Слизистая оболочка лоханки фиброзно перерождена, клѣтчатка около нея атрофирована.

Мочеточники растянуты и достигаютъ толщины указательнаго пальца, стѣнки ихъ просвѣчиваютъ, при надавливаніи изъ устьевъ ихъ выходитъ бѣловатая, мутная жидкость. Въ пузырьной части извилисты, а потому

зондъ съ трудомъ проходить въ устья мочеточниковъ, которые сужены и теряются въ опухоли пузыря. Полость мочевого пузыря уменьшена, стѣнки его утолщены, мышечный слой гипертрофированъ. Въ полость пузыря вдается новообразованіе, занимающее заднюю стѣнку его и весь *trigounum Lieutaudii*. Новообразованіе это сидитъ въ толщѣ слизистаго и подслизистаго слоевъ, мышечный слой утолщенъ, бураго цвѣта, въ немъ макроскопически узловъ не видно. Опухоль представляетъ разлитое утолщеніе стѣнки до $\frac{1}{2}$ дюйма въ толщину, полупрозрачна, сѣраго цвѣта, поверхность ея студениста и мелко-бородавчата. По вскрытіи пузыря опухоль состоитъ изъ отдѣльныхъ узловъ различной величины, которые сидятъ тѣсно другъ около друга и раздѣлены глубокими бороздками въ видѣ расщелинъ, плотность ихъ различная. Большіе узлы представляются мягкими и полупрозрачными, а меньшіе болѣе плотными, изъязвленій на нихъ нигдѣ незаметно. Устья мочеточниковъ и *orificium urethrae* окружены узлами этого новообразованія. Изъ *pars sphincterica* прямой кишки въ *pars membranacea urethrae* ведетъ фистулезный ходъ толщиной въ гусиное перо; края хода слегка зазубрены и окрашены черновато-краснымъ цвѣтомъ.

Изъ всѣхъ органовъ взяты были для микроскопическаго изслѣдованія слѣдующіе: сердце, легкія, печень, почки, мочевой пузырь и предстательная железа, при чемъ куски изъ верхушекъ легкиихъ, почекъ, пузыря и средней доли простаты были задрѣланы въ парафинъ, остальные же органы изслѣдовались только въ свѣжѣмъ состояніи на расщипанныхъ препаратахъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи сердца мышечныя волокна представляются нѣсколько уменьшенными, сравнительно съ нормальными, поперечная исчерченность ихъ ясно замѣтна, въ отдѣльныхъ волокнахъ замѣтно присутствіе довольно большого количества бурыхъ зернышекъ, не исчезающихъ при обработкѣ уксусной кислотой.

Изслѣдованіе печени обнаруживаетъ мѣстами уменьшеніе объема печеночныхъ клѣтокъ, ядро въ нихъ сохранено, протоплазма содержитъ бурныя и желтоватыя зернышки.

На препаратахъ, взятыхъ изъ верхушекъ легкиихъ и окрашенныхъ никрокарминомъ и метиленовой синькой, мы видимъ, что мѣстами какъ въ стѣнкахъ альвеолъ, такъ и въ полости ихъ, находится большое количество частичекъ угля; альвеолярныя перегородки представляются утолщенными, вслѣдствіе инфильтраціи мелкими, круглыми, съ сильно окрашенными ядрами, грануляціонными клѣтками, легочныя альвеолы сильно сужены; въ просвѣтѣ нѣкоторыхъ альвеолъ замѣчается крупно-зернистая масса, окрашенная никрокарминомъ въ желтоватый цвѣтъ, мѣстами попадаютъ сосуды съ утолщенными и инфильтрированными мелоклѣточными элементами стѣнками и суженнымъ просвѣтомъ. Плевра также сильно утолщена и пропитана большимъ скопленіемъ такихъ же черныхъ частичекъ, какъ и въ легкомъ.

При изслѣдованіи почекъ на свѣже-расщипанныхъ препаратахъ мальпигіевы клубочки оказываются большею частью сморщенными, атрофированными, рѣже увеличенными. Боумановскія капсулы слонисты и утолщены вслѣдствіе новообразованія окружающей ихъ соединительной ткани, инфильтрированной густо, въ видѣ небольшихъ очаговъ, мелкими круглыми клѣточными элементами. Мочевые каналцы сильно сдавлены разросшеюся соединительной тканью, пронизанной диффузно маленькими фокусами мелкоклѣточныхъ элементовъ, мѣстами же, напротивъ, каналцы представлялись нѣсколько расширенными. Эпителий мочевыхъ канальцевъ не вездѣ одинаково сохранился, въ иныхъ канальцахъ онъ почти совершенно нормаленъ, въ другихъ же подвергся мутному набуханію, при чемъ протоплазма содержала въ себѣ темныя зернышки, такъ что съ трудомъ можно было замѣтить присутствіе ядра. Препараты изъ уплотненныхъ кусочковъ почекъ окрашивались пикрокарминомъ съ метиленовой синью и гематоксилиномъ съ эозиномъ. На такихъ препаратахъ картина измѣненій представлялась еще рельефнѣе. Adventitia сосудовъ была значительно утолщена и инфильтрирована также мелкими, круглыми, бѣдными протоплазмой, грануляціонными элементами. Межканальцевая соединительная ткань мѣстами была густо пронизана подобными грануляціонными элементами, мѣстами же представлялась плотной, фиброзной и сильно разросшеюся. Извитые каналцы, окруженные ею вмѣстѣ съ клубочками, были сдавлены, сжаты; кое-гдѣ видна была полная облитерація ихъ. Изрѣдка только попадались между полосами волокнистой соединительной ткани хорошо сохранившіеся мочевые каналцы и нормальной величины мальпигіевы клубочки. Эпителий извитыхъ канальцевъ мѣстами представлялся нормальнымъ, съ хорошо окрашенными ядрами, мѣстами же—подвергся мутному набуханію и зернистому перерожденію. Въ просвѣтѣ нѣкоторыхъ канальцевъ были видны гіалиновые цилиндры. Кое-гдѣ встрѣчались и такіе каналцы, въ которыхъ эпителий вовсе не было, такъ что осталась только одна утолщенная мембрана propria, ограничивающая пустую полость. Что же касается прямыхъ канальцевъ пирамидъ, то, кромѣ незначительнаго расширенія ихъ, зернистаго перерожденія эпителия и присутствія гіалиновыхъ цилиндровъ, ничего особеннаго не замѣчалось.

При микроскопическомъ изслѣдованіи средней доли предстательной железы на уплотненныхъ препаратахъ, окрашенныхъ пикрокарминомъ съ метиленовой синью, внутренняя часть ея, обращенная къ мочевому пузырю, оказалась совершенно утратившею железистое строеніе. Вмѣсто свойственныхъ простатѣ железистыхъ трубокъ, выстланныхъ однослойнымъ низкимъ цилиндрическимъ (кубическимъ) эпителиемъ, здѣсь находятся тѣсно расположенные другъ около друга, какъ между отдѣльными волокнами, такъ и между пучками соединительной ткани, клѣточные элементы пузырькообразной, сферической формы съ безцвѣтной, прозрачной, сильно преломляющей свѣтъ протоплазмой съ большимъ ядромъ полулунной или круглой формы, расположеннымъ либо на периферіи клѣтки, либо ближе къ центру; при чемъ ядра полулунной формы отодвинуты къ периферіи, а круглыя

ядра лежать преимущественно центрально. Попадаютъ мѣстами клѣтки съ двумя и даже съ тремя ядрами. Всѣ описанныя здѣсь клѣтки, очевидно, находятся въ состояніи рѣзко выраженнаго коллоиднаго метаморфоза. Кромѣ одиночныхъ, изолированныхъ клѣтокъ, мы всюду встрѣчаемъ группы соединенныхъ между собой какъ бы межучочнымъ веществомъ, находящимся въ состояніи слизистаго метаморфоза, коллоидно перерожденныхъ клѣтокъ въ видѣ небольшихъ гнѣздъ круглой или же неправильно шаровидной формы. Окружающая гнѣзда эти соединительная ткань, представляется то нормальной, окрашенной пикрокарминомъ въ розовый цвѣтъ, то слизисто перерожденной, окрашенной метиленовой синью въ интенсивно-голубой. Кое-гдѣ въ окружающей соединительной ткани находимъ небольшое разращеніе ея, начиная отъ грануляціонной ткани до образованія стойкой волокнистой соединительной ткани. На ряду съ этимъ мѣстами попадаетъ свѣтло-синяя масса, которая при внимательномъ изслѣдованіи оказывается состоящей изъ отдѣльныхъ различной величины (большой и малой) коллоидныхъ шаровъ съ нерѣзкими контурами. Мѣстами эти шары, слившись въ большіе комки, образуютъ участки, окрашенные диффузно въ синій цвѣтъ. По мѣрѣ приближенія къ периферіи видимая нами картина нѣсколько измѣняется. Регрессивный метаморфозъ въ клѣткахъ постепенно слабѣетъ, такъ что на ряду съ пузырькообразными клѣтками мы видимъ вполне сохранившіеся. Здѣсь группы клѣтокъ достигаютъ значительныхъ размѣровъ и идутъ въ видѣ большихъ продолговатыхъ, вѣтвящихся стержней, напоминающихъ собой строеніе трубчатыхъ железъ. Въ этихъ стержняхъ периферическіе слои заключаютъ въ себѣ клѣтки неправильно-цилиндрической формы съ мелко-зернистой протоплазмой и съ хорошо окрашеннымъ ядромъ, между тѣмъ какъ центрально расположенныя клѣтки представляются коллоидно перерожденными и по своей формѣ приближаются уже къ вышеописаннымъ пузырькообразнымъ клѣткамъ. Въ окружности этихъ стержней лишь изрѣдка встрѣчаются изолированно лежащія небольшія, шаровидной формы, кучки клѣтокъ, находящіяся въ состояніи рѣзко выраженнаго коллоиднаго метаморфоза. Стержни эти непосредственно врастаютъ въ соединительную ткань, которая вокругъ стержней представляется то совершенно здоровой, то слизисто перерожденной. Въ соединительной ткани мѣстами попадаютъ сосуды съ значительно утолщенными стѣнками и суженнымъ просвѣтомъ. На нѣкоторыхъ препаратахъ видно было въ сосудахъ присутствіе тромба съ гіалиновымъ перерожденіемъ.

При изслѣдованіи мочевого пузыря на свѣже расщипанныхъ препаратахъ на ряду съ небольшими кучками жировыхъ зернышекъ и комками

вязкаго однороднаго вещества, сильно преломляющаго свѣтъ и не мутнѣющаго отъ укусовой кислоты, находимъ клѣточные элементы различной формы и величины. Одни изъ нихъ представляются пузырькообразными, довольно крупными съ большимъ полудунной формы ядромъ, расположеннымъ по периферіи. Эти клѣтки попадаются то отдѣльно, то соединенными въ группы, посредствомъ небольшого количества однороднаго, гомогеннаго вещества. Другія клѣтки имѣютъ многоугольную форму, мелкозернистую протоплазму и небольшое ядро. Мѣстами попадались въ очень ограниченномъ количествѣ также клѣтки цилиндрической формы. На уплотненныхъ препаратахъ изъ мочевого пузыря мы находимъ при микроскопическомъ изслѣдованіи слѣдующее. На мѣстѣ слизистой оболочки находится коллоидная масса, диффузно окрашенная метиленовой синью въ интенсивно голубой цвѣтъ; кое-гдѣ здѣсь замѣтны уцѣлѣвшія ядра и большіе круглые участки, состоящіе изъ слившихся между собой коллоидныхъ шаровъ. Клѣточныхъ элементовъ здѣсь не видно.

Въ подслизистой ткани, на ряду съ уцѣлѣвшими ядрами и совершенно перерожденными коллоидно клѣтками, находимъ группы вышеописанныхъ пузырькообразныхъ клѣтокъ, расположенныхъ въ видѣ гнѣздъ и стержней, проникающихъ непосредственно въ подлежащую ткань. Окружающая гнѣзда и стержни соединительная ткань находится либо въ состояніи слизистаго метаморфоза, либо густо инфильтрирована грануляционными элементами; нормальной соединительной ткани вокругъ стержней попадалось лишь немного.

На нѣкоторыхъ препаратахъ въ соединительной ткани встрѣчались поперечно перерѣзанные гіалиново перерожденные сосуды. Въ мускульномъ слое, состоящемъ изъ поперечно и продольно перерѣзанныхъ мышечныхъ пучковъ, находятся также незначительныя гнѣзда вышеописанныхъ клѣтокъ; продольно перерѣзанная мускулатура находится въ состояніи ясной гипертрофіи. Въ подсерозномъ слое кое-гдѣ можно было также видѣть между соединительно-тканвыми пучками и волокнами изолированныя коллоидно перерожденныя клѣтки.

Разсматривая данныя, констатированныя нами путемъ микроскопическаго изслѣдованія, мы приходимъ къ тому заключенію, что главное заболѣваніе локализируется въ предстательной железѣ. Сущность его сводится къ патологическому новообразованію, главной составной частью котораго является эпителиальная ткань; она постепенно распространяясь за предѣлы своего нормальнаго мѣстонахожденія, утерала правильное расположеніе своихъ элементовъ. Слѣдовательно, здѣсь мы имѣемъ дѣло съ ати-

пическимъ новообразованіемъ. Принимая во вниманіе прочное соединеніе клѣтокъ между собой и съ подлежащей соединительной тканью, въ которую клѣтки врастаютъ въ видѣ гнѣздъ и стержней, затѣмъ пассивную роль, которую принимаетъ соединительная ткань въ данномъ новообразованіи, мы имѣемъ полное право остановиться на канкроидѣ. Что же касается формы его, то на основаніи старыхъ участковъ, подвергшихся полному коллоидному метаморфозу, конечно, трудно рѣшить этотъ вопросъ; но на основаніи болѣе молодыхъ гнѣздъ, въ которыхъ регрессивный метаморфозъ очень слабо развитъ, а, стало быть, клѣточные элементы сохранили еще свою первоначальную кубическую форму, затѣмъ на основаніи характернаго вращанія ихъ въ видѣ стержней, напоминающихъ собою строеніе нормальныхъ трубчатыхъ железъ, мы съ полнымъ правомъ можемъ отнести его къ ацинозному канкроиду, исходной точкой котораго послужилъ эпителий железистыхъ трубокъ простаты, по продуктамъ метаморфоза—коллоидному. Присутствіе здѣсь такого метаморфоза объясняется тѣмъ, что эпителий предстательной железы обладаетъ большою склонностью къ подобному перерожденію. Итакъ въ данномъ случаѣ мы имѣемъ *carcinoma colloides acinosum prostatae*.

Послѣдовательность даннаго заболѣванія можно себѣ представить слѣдующимъ образомъ. У больного нѣсколько лѣтъ тому назадъ было гонорейное зараженіе моченспускательнаго канала, которое повело къ стриктурѣ, вызвавшей въ свою очередь воспаленіе мочевого пузыря и предстательной железы. Послѣдствіемъ этого было разрыхленіе соединительной ткани съ послѣдовательнымъ разращеніемъ эпителия железистыхъ трубокъ, которое, не встрѣчая большого препятствія со стороны разрыхленной соединительной ткани, распространялось сначала типически, а затѣмъ уже атипически. Такимъ образомъ развился, повидимому, ракъ простаты, который затѣмъ уже распространился по протяженію—регионарно на мочевой пузырь, инфильтрируя заднюю стѣнку его и весь *trigonum Lieutaudii*; метастазовъ въ другихъ органахъ не далъ. Раннему появленію раковаго новообразованія, въ 36 лѣтъ, не мало, надо думать, способствовало также фиброматозное тѣлосложеніе больного, на что указываетъ какъ наружный видъ его: высокій ростъ, длинная цилиндрическая грудная клѣтка, длинныя конечности, такъ и внутренніе органы: малое сердце, широкія *aorta* и *arteria pulmonalis*. На почвѣ этой конституціональной особенности, по всей вѣроятности, развились также констатированныя нами старая измѣненія въ почкахъ, именно, *pyelonephritis chronica fibrosa*. Что же касается *nephritis purulenta miliaris dextra*, то ее можно разсматривать

какъ послѣдовательное явленіе, обусловливаемое внѣдреніемъ въ почку возбудителей воспаленія, микроорганизмовъ, занесенныхъ сюда чрезъ мочевые пути вслѣдствіе застоя мочи, который объясняетъ намъ также двустороннюю hydronephrosin. Найденныя измѣненія въ сердцѣ (бурая атрофія), а также измѣненія въ печени и селезенкѣ (простая атрофія) мы должны разсматривать какъ послѣдовательныя явленія раковой кахексін.

XLVII. Carcinoma mixtum et Adenoma cervicis uteri.

I. Айнбергъ.

I. Больная Щетинская явилась въ гинекологическую клинику 5 апрѣля 1890 года съ жалобами на боли въ крестцѣ, нижней части живота, чувство давленія въ тазу, постоянныя кровотеченія и истеченія (иногда непріятнаго запаха) изъ половыхъ органовъ.

Больная вышесредняго роста съ хорошо развитой мускулатурой и подкожно-жирнымъ слоемъ. Костная система правильно развита. Видимыя слизистыя оболочки слегка анемичны. Наружные половые органы вполне нормальны. Изъ половыхъ органовъ выделяется блѣое сукровичное отдѣленіе, а по временамъ и чистая кровь. При изслѣдованіи per vaginam палецъ ощущиваетъ значительно измѣненную *portionem vaginalem*, которая непосредственно прилегаетъ къ задней стѣнкѣ влагалища, такъ что приходится насильно ее отодвигать, чтобы пробраться въ задній сводъ. Своды свободны и податливы. Измѣненіе влагалищной части, какъ это видно при изслѣдованіи зеркаломъ, сводится исключительно на измѣненіе въ задней губѣ, которая представляется бугристой, неравномѣрной консистенціи и изъязвленной по направленію канала шейки. Тѣло матки свободно и подвижно. Железы паховыя не увеличены. Объективное изслѣдованіе грудныхъ и брюшныхъ органовъ ничего ненормальнаго не обнаруживаетъ. Температура нормальна. Больной 41 годъ. Начало заболѣванія больная считаетъ съ ноября, такъ какъ тогда у нея стали являться частыя кровотеченія изъ половыхъ органовъ (почти ежедневно), сопровождавшіяся сильными болями, при чемъ бѣли, которыми она страдаетъ уже 15 лѣтъ, сдѣлались обильнѣе съ непріятнымъ запахомъ. Замужемъ 23 года, три раза рожала. На основаніи данныхъ изслѣдованія объективнаго и анамнеза было диагностировано злокачественное новообразованіе шейки матки, въ частности задней губы, которая и была удалена.

На удаленной задней губѣ видно, что язва, помѣщаясь у наружнаго отверстія канала шейки, больше углубляется по направленію канала шейки, чѣмъ по направленію влагалища. На днѣ этой язвы находится отдѣленіе, нѣсколько тягучее, окрашенное въ кровянистый цвѣтъ. При изслѣдованіи этого отдѣленія оказывается, что оно состоитъ изъ многочисленныхъ клѣточкыхъ элементовъ съ большимъ пузырькообразнымъ ви-

кругловатымъ ядромъ. Между этими клѣтками нѣтъ интерцеллюлярнаго промежуточнаго вещества. Форма клѣтокъ крайне разнообразна. Здѣсь встрѣчаются частію плоскія клѣтки, нѣкоторыя съ неясно выраженнымъ роговымъ метаморфозомъ, частію правильныя и неправильно-цилиндрическія клѣтки съ однимъ, иногда двумя ядрами, окруженными протоплазмой. Попадаются и красные кровяные шарики. Кромѣ того въ полѣ зрѣнія видны отдѣльныя ядра, гнойныя тѣльца и зерна молекулярнаго распада. Нѣкоторыя изъ клѣтокъ подвергаются слизистому перерожденію, какъ это подтверждаетъ микрохимическая реакція съ уксусной кислотой. Почти тоже самое видно и на препаратахъ, полученныхъ какъ расщепленіемъ кусочковъ губы, такъ и соскабливаніемъ съ поверхности язвы.

Съ цѣлю изученія взаимнаго отношенія отдѣльныхъ частей, входящихъ въ составъ пораженной ткани, были сдѣланы разрѣзы въ разныхъ мѣстахъ—язвы и сосѣдней съ нею части. Кусочки эти уплотнялись, а затѣмъ отдѣльные препараты подвергались частію простому окрашиванію (пикрокарминомъ), частію двойному (пикрокарминомъ и метиленовой синью).

При разсматриваніи препаратовъ, полученныхъ болѣе сложной обработкой, бросаются прежде всего въ глаза многочисленныя кучки или гнѣзда клѣтокъ, носящихъ характеръ эпителиальныхъ, заложенныхъ какъ бы въ отдѣльныхъ полостяхъ. Между клѣтками нѣтъ промежуточнаго вещества. Эти большія группы или гнѣзда клѣтокъ отдѣлены другъ отъ друга стромой, въ которой кромѣ развитой соединительной ткани съ заложенными въ ней веретенообразными клѣтками можно видѣть гипертрофированныя гладкія мышечныя волокна. Не вездѣ, однако, эпителиальныя клѣтки представляются расположенными въ видѣ кучекъ въ особыхъ, какъ бы замкнутыхъ пространствахъ; на нѣкоторыхъ препаратахъ видно, какъ эпителий врастаетъ съ поверхности въ глубину, раздвигая подлежащую ткань, въ видѣ отдѣльныхъ отростковъ, стержней, дающихъ иногда отъ себя отпрыски, такъ что получается картина, напоминающая ацинозную железу. Однако, болѣею частью, эпителиальныя клѣтки расположены гнѣздами въ особыхъ полостяхъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга перекартинами соединительной ткани. Что касается формы эпителия, то главнымъ образомъ выдѣляется эпителий цилиндрическій и плоскій, при чемъ количество того и другого эпителия неодинаково на различныхъ препаратахъ. На препаратахъ изъ кусковъ, взятыхъ у краевъ язвы ближе къ наружной поверхности *portionis vaginalis* значительно больше плоскихъ клѣтокъ, среди которыхъ попадаются небольшія луковичы, состоящія изъ ороговатѣвшихъ клѣтокъ, располагающихся концентрически въ видѣ особыхъ шаровидныхъ образований. На препаратахъ, окрашенныхъ пикрокарминомъ они пред-

ставляютъ желтую окраску, при чемъ слоистость луковицъ не рѣзко выражена. По мѣрѣ удаленія отъ влагалищной части и углубленія язвы въ каналъ шейки, преобладаетъ больше цилиндрическій эпителий, клѣтки котораго имѣютъ то правильную форму, то неправильную и снабжены пузырькообразнымъ ядромъ. Что касается другой составной части, стромы, то она представляетъ сильно развитую соединительную ткань съ гипертрофіей заключающихся въ ней мышечныхъ волоконъ, при чемъ мѣстами, особенно по периферіи язвы замѣтна инфильтрація соединительной ткани круглоклѣточными элементами, небольшими, такъ что получается картина грануляціонной ткани. Въ стромѣ же встрѣчается много кровеносныхъ сосудовъ, изъ нихъ часть, вѣроятно, новообразованныхъ. Сосуды эти наполнены красными кровяными шариками.

Такимъ образомъ при изученіи препаратовъ прежде всего обнаруживается нарушеніе нормальной границы эпителия. Такое атипическое разращеніе эпителия ясно указываетъ на то, что предъ нами ракъ изъязвившійся. Отсутствіе въ нашемъ случаѣ равномернаго разращенія эпителия и соединительной ткани, сохраненіе эпителиемъ въ днѣ язвы первоначальныхъ свойствъ мѣста и то, что новообразованіе удерживаетъ регионарный характеръ, говоритъ противъ истиннаго рака. Напротивъ, одновременное присутствіе роговаго и слизистаго метаморфоза, смотря по формѣ эпителиальныхъ клѣтокъ, расположеніе эпителиальныхъ стержней на подобіе ацинозныхъ железъ и самое мѣсто появленія новообразованія позволяютъ заключить, что мы, вѣроятно, имѣемъ здѣсь смѣшанную форму ацинознаго канкронда *carcinoma acinosum mixtum*. Что касается роста опухоли, то въ виду того, что преобладаетъ цилиндрическій эпителий, врастающій въ разрыхленную гиперплазією подлежащую ткань, что язва представляется углубленной болѣе по направленію канала шейки, можно думать, что вслѣдствіе хроническаго катарра шейки и постоянного раздраженія бѣлами, которыя у больной выдѣляются много лѣтъ,—началь раньше разрастаться эпителий канала шейки, а затѣмъ уже началось разращеніе эпителия наружной поверхности *portionis vaginalis*, послѣ изъязвленій на рыльцѣ.

II. 16-го марта явилась въ земскій родильный домъ Евдокія Лаптева съ жалобой на погугообразныя боли въ животѣ. Ей 29 лѣтъ,—общее состояніе удовлетворительно. Регулы начались на 14-мъ году, повторялись неправильно: черезъ двѣ недѣли, чрезъ мѣсяцъ и два мѣсяца; всегда были обильны, продолжаясь недѣлю. Въ послѣдній разъ регулы были 27-го іюля прошлаго года. Настоящая беременность первая. При изслѣдованіи между прочимъ обнаружено, что изъ маточнаго отверстія, пропускающаго свободно палецъ, виситъ на маленькой ножкѣ стебельчатая опухоль, небольшой величины, шаровидной формы. Опухоль эта была удалена, а ножка прижжена термокаутеромъ Пакелэна.

Опухоль мягкая, поверхность ея гладкая, сѣровато-краснаго цвѣта, покрыта весьма тонкимъ слоемъ студенистой массы, которая содержитъ, какъ показываетъ микроскопическое изслѣдованіе, слизистые и коллоидные шары, эпителиальныя клѣтки различной формы съ пузырькообразнымъ ядромъ и свободныя ядра, при чемъ нѣкоторыя изъ клѣтокъ представляются сморщенными. Главную массу опухоли составляютъ кистовидныя полости, величина которыхъ различна. Нѣкоторыя изъ полостей наполнены прозрачною студенью, безцвѣтной. Всѣ полости имѣютъ тонкія стѣнки изъ соединительной ткани и выстланы однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, находящимся мѣстами въ состояніи слизистаго и коллоиднаго перерожденія. Свободная поверхность опухоли покрыта цилиндрическимъ эпителиемъ, свойственнымъ слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала. Мѣстами этотъ эпителий подвергается такому же слизисто-коллоидному метаморфозу, какой претерпѣваетъ эпителий железистыхъ полостей. Свободные тупые концы клѣтокъ дѣлаются зернистыми, набухаютъ, округляются, и отдѣляясь, наконецъ, отъ остальной части клѣтки, даютъ слизистые и коллоидные шары, которые замѣчаются въ большомъ количествѣ въ тонкомъ слоѣ студенистой массы, покрывающей опухоль. Клѣтка, претерпѣвшая такія измѣненія или остается на мѣстѣ или отпадаетъ и погибаетъ, замѣняясь новой клѣткой, которая, вѣроятно, подвергается такому же измѣненію, какъ первая и т. д. Въ промежуточной ткани между полостями попадаютъ кровеносные сосуды, набитые красными кровяными шариками. Такимъ образомъ мы имѣемъ предъ собою ограниченное новообразованіе, сидящее на ножкѣ и состоящее изъ пузырькообразныхъ полостей растянутыхъ въ видѣ кистъ слизистымъ и коллоиднымъ содержимымъ, какъ продуктомъ дегенеративнаго измѣненія железистаго эпителия. *Adenoma polyposum cysticum cervicis uteri colloides*.

Что касается способа происхожденія этой опухоли, то исходною точкою вѣроятно были обыкновенныя кисты слизистой оболочки канала шейки, *ovula Nabothi*. Закрытіе просвѣта одной или нѣсколькихъ цервикальныхъ железъ подъ вліяніемъ различныхъ причинъ, какъ то: катаррального состоянія слизистой оболочки, набуханія перигландулярной ткани, расширенія сосудовъ и пр., стесненіе содержимаго железъ и отпаденіе эпителия, подвергающагося въ нихъ слизистому или коллоидному метаморфозу могутъ быть причиною не только отдѣльныхъ мелкихъ кистъ, но и разлитой гипертрофіи слизистой оболочки. По мѣрѣ разрыхленія ткани и кистовиднаго растяженія железокъ полипозныя складки слизистой оболочки могутъ выпадать чрезъ рыльце матки и вытягивать за собой мало-по-малу подлежащую ткань въ формѣ ножки, съ удлиненіемъ которой увеличится застой крови и усилится перерожденіе и отпаденіе эпителия. Таково, вѣроятно, происхожденіе данной опухоли, аналогичной и по строенію слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала.

XLVIII. Fibromyoma uteri mixtum et pyosalpinx,—thrombosis atrii sinistri cordis.

П. Мизучъ.

Больная Екатерина Обрѣзанова поступила въ Александровскую больницу 29-го августа 1890 года съ жалобой на сильную одышку и отекъ ногъ.

Больная среднего роста, слабого тѣлосложенія, нѣсколько анемична. Перкуссія легкихъ обнаруживаетъ уменьшеніе ихъ объема. Граница съ правой стороны: по стернальной линіи—верхній край 4 ребра, по мамиллярной—нижній край четвертаго ребра, по аксиллярной на пятомъ ребрѣ. Сердечная тупость начинается на 3 ребрѣ, верхушечный толчокъ прощупывается въ шестомъ межреберномъ промежуткѣ. Правая граница сердца на стернальной линіи, лѣвая заходитъ нѣсколько за лѣвую мамиллярную линію. При аускультациі въ легкихъ не слышно ничего ненормальнаго; въ сердцѣ при верхушкѣ систолическій шумъ и ясный второй тонъ. На *arter. pulmonal.* слышенъ также систолическій шумъ и акцентуація второго тона. Пульсъ въ высшей степени аритмиченъ; частота 140. Печень сильно увеличена, по средней линіи доходитъ до пупка, справа по мамиллярной линіи на два пальца ниже, а по передней аксиллярной линіи еще ниже. Слѣва нижняя граница печени поднимается косо вверхъ. Животъ имѣетъ выпуклую, почти конусообразную форму. Въ нижней части его прощупывается шаровидная опухоль величиною въ дѣтскую головку, твердой консистенціи. На нижнихъ конечностяхъ имѣется отекъ, больше выраженный на лѣвой сторонѣ, чѣмъ на правой. Температура нормальна. Суточное количество мочи очень незначительное: моча красная, мутная, съ большимъ количествомъ осадка. Въ такомъ состояніи съ незначительными перемѣнами она оставалась до утра 15-го сентября. Вечеромъ того же дня температура повысилась до 39,6°; пульсъ сдѣлался нитевиднымъ. Одышка значительно усилилась. Ночью былъ сильный припадокъ сердцебиенія и кашля. Сильный ціанозъ. Отекъ на конечностяхъ увеличился; животъ также сдѣлался больше. 17-го сентября при явленіяхъ коллапса скончалась. Діагнозъ при жизни *vitium cordis.*

Сильно выраженный отекъ нижнихъ конечностей и задней части туловища, трупное окрашиваніе по направленію венъ, болѣе выраженные на лѣвой сторонѣ, чѣмъ на правой. Правая половина грудной клѣтки меньше лѣвой. Кости свода склерозированы; лобная кость утолщена, внутренняя поверхность шероховата. Твердая мозговая оболочка особенностей не представляетъ; мягкая отдѣляется легко; сосуды основанія безъ измѣненій. Сердце увеличено въ объемѣ, въ особенности въ ширину, дрябло, покрыто жиромъ; полость праваго желудочка растянута, стѣнки нормальной толщины; правое венозное устье растянуто; *tricuspidalis* низка, какъ бы сморщена, лѣвое предсердіе также сильно растянуто. Лѣвое ушко величиною въ голубиное яйцо, содержитъ выполняющій, плотно соединенный съ стѣнкою тромбъ, въ разрѣзѣ представляющій наиболѣе узкое периферическое черное кольцо, наиболѣе широкую среднюю желтовато-бѣлаго цвѣта мозговидной консистенціи часть и центральную часть, размягченную въ

Проф. Крыловъ. Школьная хроника. 1890 г.

кашицеобразную красновато-желтую массу. Лѣвое устье сужено, воронкообразной формы вслѣдствіе сращенія створокъ между собою, едва пропускаетъ верхушку мизинца; полость лѣваго желудка шаровидной формы; стѣнка равномерной толщины, около 1 снт., дряблая, трупно-темнокраснаго цвѣта; клапаны аорты склерозированы при основаніи; аорта и *arteria pulmonalis* широки; въ интимѣ аорты разсѣяны мелкія склеротическія гнѣзда. Оба легкія сращены съ грудной стѣнкой, — правое на большемъ протяженіи, чѣмъ лѣвое, легкія въ разрѣзѣ всюду сильно отечны, при соскабливаніи даютъ большое количество пѣнистой кровянистой жидкости. Нижняя доля лѣваго легкаго карпифицирована вслѣдствіе прижатія сердцемъ, въ разрѣзѣ суха съ переполненными крупными венами, изъ которыхъ выступаетъ черноватаго цвѣта густая-кровь. Селезенка мала, каучукообразной плотности, черновато-краснаго цвѣта, въ разрѣзѣ ткань съ трудомъ выскабливается. Печень мала, плоская, неправильной формы съ поперечной бороздой, кожиста; въ разрѣзѣ мраморнаго цвѣта вслѣдствіе расширения мелкихъ сосудовъ и бѣловато-желтыхъ анемическихъ бляшекъ. Почки малы, кожисты; капсулы отдѣляются съ разрывомъ корковаго слоя, ткань кожиста; границы между пирамидальнымъ и корковымъ слоями слабо выражены. *Columnae Bertini* избыточно развиты. Сосочки пирамидокъ сморщены. Клѣтчатка лоханокъ фиброзно перерождена. Матка съ ея придатками сращена съ брыжейкой подвздошной кишки, съ нижнимъ концомъ *flexurae sigmoideae* и сальника, такъ что полость таза совершенно отдѣлена отъ брюшной полости. Въ правой широкой связкѣ находится киста, содержащая густой зеленаго цвѣта гной, величиною болѣе кулака, правильно шаровидной формы. Матка отклонена влѣво, плотно сращена съ кистой правымъ рогомъ, слегка увеличена, фиброзно перерождена, съ эрозіями около рыльца, аспиднаго цвѣта и морщинистой слизистой оболочкой. Къ дну матки съ правой стороны приращена опухоль, величиною въ грецкій орѣхъ, мягкой эластической консистенціи, въ разрѣзѣ представляющая кровяную кисту, величиною до лѣснаго орѣха. Позади этой опухоли въ задней стѣнкѣ лѣваго рога находится, величиною въ персикъ, фиброзная опухоль, въ разрѣзѣ обнаруживающая периферическую темно-красную мягкую часть крупно-волокнуватаго строенія и меньшую, величиною въ волошскій орѣхъ, центральную плотную часть мелко-волокнуватаго строенія, бѣлаго цвѣта, сильно выдающуюся надъ поверхностью разрѣза. Подобная опухоль, но гораздо меньшей величины, находится въ полости матки около маточнаго отверстія Фаллопиевой трубы, совершенно закрывающая собою вышеупомянутое отверстіе. На слизистой оболочкѣ желудка разсѣяны многочисленные экстравазаты. Слизистая оболочка кишокъ истончена, сѣро-аспиднаго цвѣта, малокровна, особенностей не представляетъ.

Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты стѣнка кисты Фаллопиевой трубы, фиброзная опухоль матки, стѣнка кровяной кисты, яичникъ, тромбъ сердечнаго ушка, центральная размягченная масса тромба, селезенка, матка и гной изъ кисты яйцепровода. Изъ нихъ послѣдніе два органа изслѣдовались только въ свѣжемъ состояніи на препаратахъ, полученныхъ путемъ соскабливанія и расщепленія. Остальные органы были обычнымъ путемъ зафлааны въ парафинъ. Срѣзанные микротомомъ препараты подвергались двойному окрашиванію пикрокарминомъ съ *methylen-blau* и гематоксилинъ-эозиномъ.

Микроскопическое изслѣдованіе гноя показало, что онъ состоитъ изъ небольшого количества гнойныхъ тѣлецъ. Отъ прибавленія воды, въ особенности уксусной кислоты, они разбухаютъ, дѣлаются совершенно прозрачными, сферическими и въ нихъ выступаетъ одно или нѣсколько ядеръ. Въ нѣкоторыхъ гнойныхъ тѣльцахъ содержатся мелкія жировыя зернышки, рѣзко выступающія при обработкѣ уксусной кислотой. Между гнойными клѣтками встрѣчаются мѣлиновые и жирно-зернистые шары круглой формы и болѣе значительной величины, состоящіе изъ мелкихъ жировыхъ капелекъ. Кромѣ гнойныхъ клѣтокъ въ гнойной жидкости встрѣчаются мелкія жировыя и бѣлковинныя зернышки, красныя кровяныя шарики и эпителиальныя клѣтки. На препаратахъ, окрашенныхъ фуксиномъ и метиленовой синькой, найдены стрептококки, свободно плавающіе въ жидкости въ видѣ отдѣльныхъ колоній или поглощенные гнойными тѣльцами. На препаратахъ, полученныхъ путемъ соскабливанія, изъ слизистой оболочки кисты Фаллопиевой трубы, видны были отдѣльныя эпителиальныя клѣтки въ состояніи жирового перерожденія, группы жировыхъ зернышекъ, соединенныхъ между собою въ видѣ угловатыхъ фигуръ, величиною въ кровяной шарикъ; зернышки въ такихъ клѣткахъ мутны, не такъ блестящи, какъ жировыя зернышки, находящіеся отдѣльно. Кромѣ того, видны на такихъ препаратахъ гнойныя шарики въ состояніи жирового перерожденія и распада. Въ маткѣ замѣтно разращеніе соединительной ткани и увеличеніе въ объемѣ мышечныхъ элементовъ. Препараты изъ уплотненныхъ кусковъ стѣнки кистовидно расширенной Фаллопиевой трубы окрашивались пикрокарминомъ съ methylen-blau и гематоксилинъ-эозиномъ. Разрѣзы микротомомъ дѣлались чрезъ всю толщю стѣнки. На всѣхъ препаратахъ ясно различались всѣ слои стѣнки. Слизистая оболочка мѣстами цѣликомъ, мѣстами частью разрушена; тамъ, гдѣ уцѣлѣла, она представляется утолщенной и гнойно инфильтрированной. Эпителий повсюду отсутствуетъ. Подслизистый слой гипертрофированъ и состоитъ изъ крупноволокнистой соединительной ткани, также гнойно пропитанной. Инфильтрація гнойными клѣтками непосредственно продолжается и въ мышечный слой, состоящій изъ поперечно и продольно перерѣзанныхъ мышечныхъ пучковъ. Мускулатура сильно гипертрофирована; въ промежуткахъ между отдѣльными мышечными пучками замѣчается значительное разращеніе соединительной ткани. Въ подсерозномъ и серозномъ слояхъ замѣчается разрыхленіе соединительной ткани, обусловленное отекомъ состояніемъ этихъ слоевъ. Въ послѣднихъ также встрѣчаются гнойныя клѣтки, только въ меньшемъ количествѣ. Такимъ образомъ мы имѣемъ здѣсь значительную гипертрофію

всей стѣнки кистовидно расширенной Фаллопиевой трубы вслѣдствіе обильнаго въ ней разращенія соединительной ткани и гипертрофіи мышечныхъ слоевъ.

Разрѣзы яичника, проведенные отъ периферіи къ центру его, подвергались какъ простому (пикрокарминомъ), такъ и двойному окрашиванію гематоксилинъ-эозиномъ и пикрокарминомъ съ methylen-blau. На этихъ препаратахъ видно, что бѣлочная оболочка (*tunica albuginea*) утолщена и состоитъ изъ плотной крупно-волокнистой соединительной ткани. Коровый слой характеризуется воспалительной инфильтраціей соединительной ткани, мѣстами встрѣчаются ясно выраженные маленькіе фолликулы, состоящіе изъ простого слоя низкихъ эпителиальныхъ клѣтокъ и одного яйца, находящагося въ центрѣ и совершенно выполняющаго свободное пространство, которое остается между эпителиальными клѣтками. Ближе къ центру яичника, въ такъ называемомъ мозговомъ слоѣ, видна масса сосудовъ, которые представляются склерозированными, расширенными и наполненными кровяными шариками. Между этими сосудами по различнымъ направленіямъ идутъ соединительно-тканые пучки.

Разсматривая подъ микроскопомъ препараты изъ стѣнки кровяной кисты, можно было убѣдиться, что эта кровяная киста есть ничто иное, какъ гематома яичника (*haematoma ovarii sinistri*). Въ ея стѣнкѣ видны только бѣлочная оболочка и корковый слой. Первая представляетъ вышеописанныя измѣненія. Коровый слой значительно утолщенъ вслѣдствіе увеличенія массы соединительной ткани. Въ этомъ слоѣ замѣчается, кромѣ маленькихъ фолликуловъ, еще одинъ большой, довольно зрѣлый Граафовъ пузырекъ. Въ немъ ясно можно различить всѣ составныя части. Отъ стромы яичника онъ ограничивается соединительно-тканною оболочкой (*theca folliculi*), которая состоитъ изъ наружнаго, плотно волокнистаго (*tunica fibrosa*) и внутренняго сосудистаго слоя (*tunica propria*). Полость фолликула выполнена многослойнымъ эпителиемъ, такъ называемой, *membrana granulosa*, въ которой лежитъ яичевая клѣтка. Въ ней ясно можно различить зародышевый пузырекъ (*vesicula germinativa*) и зародышевое пятно (*macula germinativa*). Въ томъ же корковомъ слоѣ видны слѣды бывшаго кровоизліянія въ фолликулы. Въ нѣкоторыхъ изъ послѣднихъ излившаяся кровяная масса уже успѣла какъ бы превратиться въ соединительную ткань, которая представляется въ видѣ тончайшихъ волоконцевъ, между которыми залегаютъ въ большомъ количествѣ сосуды. Послѣдніе также по периферіи проникаютъ въ полость фолликула изъ стромы яичника. Въ центрѣ фолликула виденъ желтый кровяной пигментъ. Въ другихъ фолликулахъ на

препаратахъ, окрашенныхъ гематоксилинъ-эозиномъ, полость фолликула представляется расширенной и выполненной окрашеннымъ въ розовый цвѣтъ фибриномъ въ видѣ гомогенной блестящей массы. Въ другихъ мѣстахъ строма яичника представляется пронизанной геморрагическими очагами. Мѣстами попадаются незначительныя колоніи стрептококковъ; они же выполняютъ собою просвѣтъ маленькихъ сосудовъ и капилляровъ.

Препараты изъ уплотненныхъ кусковъ тромба сердечнаго ушка также подвергались двойному окрашиванію. Разрѣзы микротомомъ дѣлались чрезъ всю толщу стѣнки ушка и плотно соединеннаго съ нимъ тромба. Разсматривая препараты, окрашенные пикрокарминомъ съ methylen-blau, начиная съ периферіи, можно было замѣтить, что epicardium представляется утолщеннымъ и инфильтрированнымъ круглыми клѣточными элементами, окрашенными въ синій цвѣтъ. Въ этомъ словѣ повсюду замѣтны разной величины и формы полости, вслѣдствіе чего получается картина, напоминающая альвеолярное строеніе. Эти полости были выполнены жировыми клѣтками, которыя при обработкѣ препарата были уничтожены. По всей вѣроятности, здѣсь была жировая инфильтрація соединительной ткани. Сосуды epicardii расширены, стѣнки утолщены; просвѣтъ ихъ выполненъ кровяными шариками, между которыми замѣтны маленькія тѣльца, окрашенные въ синій цвѣтъ. При изслѣдованіи послѣднихъ подъ микроскопомъ, съ иммерсіонной системой, въ нихъ не трудно узнать колоніи стрептококковъ. Подъ микроскопомъ съ малымъ увеличеніемъ въ томъ же словѣ наблюдаются маленькіе, тоненькіе сосудцы, окрашенные въ синій цвѣтъ и извивающіеся на подобіе змѣйки. Изслѣдованіе подъ микроскопомъ съ иммерсіей показало, что сосудцы эти выполнены стрептококками. Разсматривая myocardium, можно было видѣть ту же клѣточную инфильтрацію. Мышечныя волокна представляются нѣсколько увеличенными, сравнительно съ нормальными. Поперечная исчерченность волоконъ ясно сохранена. Въ отдѣльныхъ волокнахъ обнаруживается присутствіе овальныхъ ядеръ. Между мышечными волокнами замѣтно сильное разращеніе соединительной ткани, мѣстами преобладающей въ этомъ словѣ надъ мышечной. Endocardium также гипертрофировано; клѣточная инфильтрація выражена здѣсь въ большей степени. Въ этомъ словѣ также, какъ и въ предыдущемъ, попадаютъ отдѣльныя колоніи стрептококковъ. Эндотелій повсюду отсутствуетъ. При изслѣдованіи самаго тромба, можно замѣтить, что онъ мѣстами отстаётъ отъ endocardii, мѣстами плотно соединенъ съ нимъ. Въ этихъ мѣстахъ хорошо видно, какъ новообразованные капилляры и съ ними пучки веретенообразныхъ мелкихъ клѣточекъ врастаютъ въ gia-

линовую часть тромба. Самый тромбъ на периферіи представляется частью въ видѣ равномерной зернистой, частью волокнистой свернувшейся массы фибрина, содержащей нѣкоторое количество круглыхъ элементовъ. Мѣстами наблюдается гіалиновое перерожденіе фибрина въ видѣ длинныхъ блестящихъ глыбокъ, окрашенныхъ въ желтый цвѣтъ. Ближе къ центру тромба виденъ въ большомъ количествѣ кровяной пигментъ. Микроскопическое изслѣдованіе центральной размягченной массы показало, что она состоитъ изъ гнойныхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Рядомъ съ ними находится большое количество мелко-зернистаго вещества, состоящаго частью изъ жирового распада, частью изъ стрептококковъ.

Куски изъ фиброзныхъ опухолей матки такимъ образомъ были за-
дѣланы въ парафинъ, что на каждомъ препаратѣ, срѣзанномъ микротомомъ, получались одновременно обѣ его части: мягкая периферическая и плотная центральная. Препараты изъ обѣихъ опухолей подъ микроскопомъ давали одну и ту же картину. Центральная часть состоитъ изъ болѣе или менѣе толстыхъ, идущихъ въ различныхъ направленіяхъ пучковъ веретенообразныхъ мышечныхъ элементовъ съ палочковидными ядрами. Пучки эти располагаются также въ видѣ концентрическихъ дугъ, образуя маленькіе узелки, соединяющіеся между собою слоемъ рыхлой соединительной ткани, въ которой залегаютъ кровеносные сосуды. Веретенообразные мышечные элементы въ кускахъ лежатъ такъ тѣсно одинъ подлѣ другого, что на продольныхъ разрѣзахъ границы ихъ еле видны. Поперечные же разрѣзы пучковъ представляются въ видѣ группъ кругловатыхъ тѣлецъ съ круглыми ядрами или безъ ядеръ, смотря по тому, какъ прошелъ разрѣзъ, чрезъ середину тѣла мышечной клѣтки—на уровнѣ ядра или же чрезъ одинъ изъ ея концовъ. Всѣ эти маленькіе узелки, соединяясь между собою, образуютъ одинъ большой, плотный узелъ, величиною въ волошскій орѣхъ, занимающій центральную часть опухоли. Макроскопически узелъ этотъ бѣлаго цвѣта и мелко-волокнистаго строенія. Кровеносные сосуды содержатся здѣсь въ незначительномъ количествѣ. Изъ различныхъ мѣстъ периферіи узла входятъ въ массу его артеріальные стволы, которые переходятъ въ капиллярную сѣть. Периферическая мягкая часть опухоли, которая уже макроскопически представляется крупно-волокнистой, состоитъ изъ пучковъ волокнистой соединительной ткани, соединенныхъ между собою помощью ареоларной ткани. Вокругъ пучковъ видно большое количество веретенообразныхъ мышечныхъ элементовъ, которые здѣсь нѣрѣдко гипертрофированы какъ въ беременной маткѣ. Здѣсь кровеносные сосуды, напротивъ того, развиты очень значительно. Артеріи встрѣчаются здѣсь

въ меньшемъ количествѣ; преобладаютъ капилляры и вены. Послѣднія очень расширены; стѣнки ихъ утолщены. Разсматривая мѣсто перехода периферической мягкой части въ центральную плотную, можно видѣть, что обѣ части соединяются между собою рыхлою соединительною тканью, состоящей изъ чрезвычайно тонкихъ, блѣдныхъ и слегка волнистыхъ волоконъ. Эти тончайшія волокна соединяются въ тонкіе и толстые пучки, которые проходятъ въ различныхъ направленіяхъ, пересѣкаются между собою и образуютъ сѣть, промежутки которой выполняются перекладинами другихъ сѣтей. Теперь является вопросъ, что это за опухоль? Присутствіе въ этой опухоли большого количества волокнистой соединительной ткани, веретенообразныхъ мышечныхъ элементовъ, ясно обрисовывающейся палочковой формы ядеръ этихъ послѣднихъ, равно какъ самая почва (матка), на которой развилась эта опухоль,—все это говоритъ въ пользу фиброміомы (fibromyoma). Мягкая периферическая часть этой опухоли, состоящая преимущественно изъ волокнистой соединительной ткани, называется *fibromyoma fasciculare*; плотная центральная часть—*fibromyoma fibrillare*. Въ виду того, что опухоль сидѣла въ самой толщѣ задней стѣнки, не выдаваясь ни внутрь, ни наружу, и развилась въ интерстиціальной ткани мышечной стѣнки, ее можно назвать *fibromyoma interstitiale, s. intraparietale*. Итакъ, въ данномъ случаѣ имѣемъ: *Fibromyoma uteri interstitiale fasciculare et fibrillare*. Она представляется здѣсь не одиночной, а двойной, при чемъ другая часть ея, сидящая у маточнаго отверстія Фаллопіевой трубы, скорѣе можетъ быть названа подслизистой, такъ какъ она выпячивается внутрь въ полость матки, закрывая собою маточное отверстіе яичепровода.

Изъ всего вышеописаннаго видно, что въ данномъ случаѣ имѣются различные болѣзненные процессы въ разныхъ органахъ. Является вопросъ, имѣютъ ли они между собою какую-нибудь связь или нѣтъ? На это можно безошибочно дать положительный отвѣтъ. Заболѣваніе яичепровода въ данномъ случаѣ надо считать вторичнымъ, вслѣдствіе перехода заболѣванія со слизистой оболочки матки, при чемъ дѣло шло здѣсь о непосредственномъ вирулентномъ зараженіи. Вирулентныя заболѣванія слизистой оболочки половой сферы особенно часто производятъ въ Фаллопіевыхъ трубахъ непоправимое опустошеніе въ видѣ отпаденія эпителия и заращенія просвѣта. Здѣсь съ увѣренностью можно констатировать, что причину заболѣванія слизистой оболочки половой сферы было гоноррейное зараженіе, воспаленіе мочеиспускательнаго канала и влагалища. Отсюда развился острый бленорейный эндометритъ, перешедшій въ правосторонній сальпингитъ съ послѣдовательными явленіями, которые очень часто имѣютъ мѣсто

при острыхъ заболѣваніяхъ Фаллопѣевой трубы и заключаются въ изліяніи въ брюшную полость. Вступленіе гноевидной жидкости въ полость *peritonei* вызвало ограниченную *pelvipерitonitidem*, вслѣдствіе чего произошло сращеніе трубы съ брюшными внутренностями, а также заращеніе брюшного отверстія трубы. Впослѣдствіи, когда фиброзная опухоль закрыла маточное отверстіе яичепровода, истеченіе отдѣленія этого органа было воспрепятствовано и это задержанное отдѣленіе, накопляясь все болѣе и болѣе, расширило полость трубы, превратившейся въ ретенціонную гнойную кисту. Такимъ образомъ образовалась *pyosalpinx*. Микроскопическое изслѣдованіе яичника показало, что въ немъ имѣется хроническое воспаленіе и гематома (*haematoma ovarii sinistri et oophoritis fibrosa*). Весьма замѣчательно, что одновременно съ пораженіемъ Фаллопѣевыхъ трубъ часто появляется заболѣваніе яичниковъ. Главную возбуждающую причину его составляетъ хроническое воспаленіе внутренней оболочки матки и яичепровода, которое распространяется на брюшину и яичники. Почти на всѣхъ изслѣдованныхъ мною препаратахъ ясно можно было замѣтить, что кровеизліяніе произошло не только въ полости Граафовыхъ фолликуловъ, но и въ ихъ ближайшемъ сосѣдствѣ и нѣтъ сомнѣнія, что свойственная хроническому воспаленію яичника венозная гиперемія сосудовъ составляетъ важную причину кровеизліянія или такъ называемой гематомы яичника. Измѣненія, найденныя въ сердечномъ ушкѣ, берутъ свое начало также изъ половой сферы. Судя по тому, что въ сосудахъ стѣнки кисты повсюду замѣчаются *streptococci*, надо полагать, что послѣдніе послужили здѣсь возбудителями воспаленія. Первоначальнымъ мѣстомъ развитія микрококковъ была *pyosalpinx*, такъ какъ масса стрептококковъ была найдена въ гноѣ, находившемся въ кистѣ яичепровода. Отсюда они поступили въ лимфатическіе и кровеносные сосуды. Проникнувъ въ кровь, они были занесены въ различные органы, тамъ застряли въ капиллярахъ и произвели закупорку ихъ. Въ стѣнки сердца они попали чрезъ *arteriae conapiae*. Здѣсь стрептококки встрѣчаются не только въ капиллярахъ и въ широкихъ венозныхъ стволахъ, но и въ самой ткани, гдѣ они образуютъ колоніи между клѣтками, либо въ нихъ самихъ. Попадъ въ сердечное ушко, они произвели некрозъ эндотелія. Послѣднимъ измѣненіемъ и обусловливается здѣсь образованіе тромба, который затѣмъ въ центральной своей части подвергся гноевидному размягченію подъ вліяніемъ тѣхъ же микрококковъ.

Разсмотримъ, какія разстройства въ маткѣ произвела *fibromyoma*. Во-первыхъ, мы находимъ гипертрофію мышечной ткани матки. Таковая

наблюдается въ тѣхъ случаяхъ, если фиброидъ сидитъ въ самой толщѣ стѣнки. Размѣры маточной полости также не остались безъ измѣненій. Мы замѣчаемъ здѣсь нѣкоторое уменьшеніе ея, вслѣдствіе выпячиванія субмукознаго узла въ полость матки. Отклоненіе послѣдней въ лѣвую сторону обусловливается здѣсь не самою опухолью, а тѣмъ болѣзненнымъ процессомъ, который локализируется въ правой Фаллопиевой трубѣ. Если бы наклоненіе матки было произведено опухолью, то послѣдняя скорѣе наклонила бы ее назадъ. Здѣсь же мы видимъ, что матка отклонена въ лѣвую сторону. Это объясняется тѣмъ, что киста правой Фаллопиевой трубы давила на матку и на фиброидъ, которые вслѣдствіе этого отклонились въ лѣвую сторону. Этимъ явленіемъ и обусловливается неравномерное распредѣленіе отековъ, которые больше выражены на лѣвой ногѣ и на лѣвой большой губѣ (половой), такъ какъ матка и ея фиброидъ, отклонившись на лѣвую сторону, сдавили вены въ лѣвой сторонѣ таза. Сращеніе матки съ сосѣдними органами произошло отчасти вслѣдствіе поступленія гноевидной жидкости изъ Фаллопиевой трубы въ брюшную полость, вызвавшей ограниченное воспаленіе брюшины, отчасти вслѣдствіе тѣхъ измѣненій, которыя произвела въ маткѣ данная опухоль. Обыкновенно, заложенный въ стѣнкѣ матки фиброидъ, какъ только увеличивается въ объемъ, достигнувъ, напримѣръ, величины голубинаго лица, производитъ въ существѣ матки замѣтныя измѣненія тканей. Здѣсь постоянное растяженіе брюшного покрова, особенно сильное при быстромъ ростѣ опухоли, чаще всего ведетъ за собою выпотѣніе на поверхность матки и послѣдовательныя склеиванія ея съ сосѣдними органами и со стѣнкой таза. Имѣетъ ли здѣсь какую-нибудь связь фиброміома съ pyosalpinx трудно сказать. По мнѣнію Вирхова, причину развитія имѣютъ служить часто воспалительное раздраженіе, такъ какъ обыкновенно при нихъ наблюдаются хроническіе катарры и гиперпластическіе процессы въ соответственныхъ слизистыхъ оболочкахъ.

XLIX. Cysto-adenocarcinoma ovarii proliferum.

Б. Богопольскій.

Больная Палагея Волиахина 46 лѣтъ, крестьянка, замужемъ, явилась въ акушерскую клинику 18 марта 1890 года съ жалобой на постепенное увеличеніе живота, на боль распространяющуюся по всему животу, на постоянное чувство опоясыванія, на невозможность лежать на боку (какъ на правомъ, такъ и на лѣвомъ) и на общую слабость. При изслѣдованіи ея оказалось слѣдующее: больная росту 153 с., вѣсу 142 ф. анемична, сильно исхудала, кожа лица имѣетъ грязноватый цвѣтъ, кожа всего тѣла легко собирается въ складки, на ней мы нигдѣ не замѣчаемъ ни пятенъ, ни рубцовъ; подкожный жирный слой атрофированъ; мускулатура дрябла и плохо развита, костная система не представляетъ никакихъ уклоненій отъ нормы; слизистая оболочка вѣкъ, губъ и полости рта анемична; грудные железы отвислы, плохо развиты, подкожный жирный слой ихъ атрофированъ. Перкуссія и аускультация легкихъ не даютъ ничего ненормальнаго; печень и сердце представляются немного приподнятыми и не увеличены въ объемъ; толчокъ сердца ощущивается въ 4-мъ межреберномъ промежуткѣ (слѣва) и представляется слабымъ; тоны у верхушки сердца, при основаніи его, на *arteria pulmonalis* и на *aortѣ* слабы и глуховаты; пульсъ представляется слабымъ, легко сдавливаемымъ и аритмичнымъ, число ударовъ его въ минуту=74; t-га=37°; селезенка не увеличена въ объемъ; мочи 350 к. с., уд. в. 1025, реакція слабо-кислая, бѣлка, сахара и форменныхъ элементовъ нѣтъ, но большой осадокъ моче-кислого натра. Животъ представляется сильно увеличеннымъ въ объемъ; кожа на животѣ сильно напряжена и не собирается въ складки; изслѣдованіе его даетъ: окружность основанія грудной кѣтки=78 с., наибольшая окружность живота (черезъ пупокъ)=96 сантим. (измѣненіе это было сдѣлано въ стоячемъ положеніи больной); разстояніе: отъ *symphysis ossium pubis* до мечевиднаго отростка=35 с., отъ *symphysis ossium pubis* до пупка=18 с. и отъ пупка до мечевиднаго отростка=17 с. (это измѣненіе было сдѣлано въ лежачемъ положеніи больной). Перкуссія живота дала измѣненіе перкуторнаго звука при измѣненіи положенія больной, производя легкіе удары пальцемъ по одной изъ боковыхъ стѣнокъ живота, убѣдились въ присутствіи флюктуации. Пальпация живота даетъ намъ слѣдующее: надъ *symphysis ossium pubis* мы ощущаемъ плотное тѣло, баллотнирующее, идя вправо по этому тѣлу мы наталкиваемся на тупой край (какъ будто бы неровный) этого тѣла, а идя влѣво (по этому тѣлу), мы не въ состояніи ощупать края этого тѣла. Тѣло это занимаетъ, на лѣвой сторонѣ (живота) всю *fossam iliacam*, направо, надъ *symphysis ossium pubis*, заходитъ за *lineam albam* на 4 поперечныхъ пальца, а вверху поднимается пальца на 3 выше пупка. Изслѣдованіе наружныхъ половыхъ органовъ не даетъ ничего ненормальнаго; при изслѣдованіи внутреннихъ половыхъ органовъ мы убѣждаемся, что *portio vaginalis* отклонена вправо, *orificium externum* смотритъ вправо, матка отклонена влѣво, въ правомъ сводѣ выпячивается опухоль, матка не имѣетъ связи съ вышеописанной опухолью, длина матки=6 сант.

Больная никогда ничѣмъ особеннымъ не болѣла; менструаціи начались у нея на 16-мъ году и были все время правильны (черезъ каждыя 3 недѣли, продолжительность 4—6 дней) и безболѣзненны. О заболѣваніи своемъ она рассказываетъ слѣдующее: мѣсяца два тому назадъ она, сходя съ лѣстницы, оступилась и сразу почувствовала сильную боль въ нижней части живота, при этомъ не было ни головокруженія, ни обморочнаго состоянія, ни повышенія температуры; съ теченіемъ времени боль постепенно распространялась по всему животу, наконецъ, недѣли три тому назадъ она замѣтила появленіе опухоли въ нижней части живота слѣва и одновременно съ этимъ она замѣтила, что животъ ея съ каждымъ днемъ становится все больше и больше; больная говоритъ, что за послѣднія 3 недѣли она сильно исхудала; менструаціи за время заболѣванія нисколько не измѣнились. Клиническій діагнозъ: злокачественная опухоль лѣваго яичника, а также присутствіе асцитической жидкости въ брюшной полости. 23-го марта была сдѣлана laparotomia.

Въ брюшной полости оказалось около 10 литровъ асцитической жидкости и многокамерная киста съ коллоиднымъ, густымъ кровянистаго цвѣта содержимымъ. Киста эта брала свое начало изъ лѣваго яичника и имѣла массу перепончатыхъ сращеній съ сальникомъ и съ тонкими кишками. Разсматривая наружную поверхность кисты, можно было убѣдиться что она не гладкая, а бугристая, и кромѣ того мы замѣчаемъ на ней какія-то разраженія, исходящія изнутри ея. Принимая во вниманіе эти данныя мы можемъ сказать, что имѣемъ пердъ собой опухоль, состоящую какъ бы изъ конгломерата мѣшковъ, наполненныхъ густымъ содержимымъ, т. е. сложную кисту, или многогнѣздную кистому (*cystoma multiloculare*), такъ какъ наша опухоль состоитъ изъ множества такихъ мѣшеччатыхъ пузырей или, какъ мы только что сказали, кистъ. Поэтому намъ нужно рѣшить два вопроса: 1) какую форму кистомы мы имѣемъ и 2) является ли она доброкачественною или злокачественною опухолью. Положительный отвѣтъ на эти вопросы можетъ намъ дать только микроскопическое изслѣдованіе кистомы. 1) Разсматривая стѣнку кисты, мы замѣчаемъ, что наружные ея слои состоятъ изъ плотной бѣдной клѣтками волокнистой соединительной ткани, а внутренніе ея слои состоятъ изъ нѣжной волокнистой соединительной ткани, въ которой замѣчается большое количество сосудовъ; внутренняя поверхность стѣнки кисты выстлана цилиндрическимъ эпителиемъ. 2) Дальше, разсматривая стѣнку кисты на различныхъ препаратахъ, мы замѣчаемъ, что въ ней находятся какія-то замкнутыя пространства, похожія на железистыя трубки и выстланныя на своей внутренней поверхности цилиндрическимъ эпителиемъ аналогичнымъ тому, какой выстилаетъ внутреннюю поверхность стѣнки кисты, очевидно, мы имѣемъ предъ собой разраженіе (или, лучше сказать, вра-

станіе въ глубину) цилиндрическаго эпителія въ видѣ железистыхъ трубокъ. 3) Особенно характерно, что намъ бросается въ глаза, это то, что на многихъ препаратахъ на внутренней поверхности стѣнки кисты мы замѣчаемъ какія-то сосочковыя разраженія, вдающіяся въ просвѣтъ кисты; разсматривая составныя части этихъ сосочковыхъ разраженій, мы убѣждаемся, что каждый изъ этихъ сосочковъ состоитъ изъ: а) волокнистой соединительной ткани, составляющей непосредственное продолженіе волокнистой соединительной ткани самой стѣнки кисты, б) цилиндрическаго эпителія, покрывающаго наружную поверхность сосочка и составляющаго непосредственное продолженіе цилиндрическаго эпителія покрывающаго внутреннюю поверхность стѣнки кисты, и с) сосуда, проходящаго въ центрѣ сосочка. Сравнивая эти сосочки между собою, мы замѣчаемъ, что одни изъ нихъ небольшіе, другіе очень большіе, такъ что нетолько занимаютъ все поле зрѣнія, но даже приходится передвигать препаратъ на довольно значительное разстояніе, чтобъ прослѣдить весь сосочекъ, и, наконецъ третьи изъ нихъ (и притомъ большинство) занимаютъ по величинѣ своей средину между первыми и вторыми. Составныя части всѣхъ этихъ сосочковъ однѣ и тѣ же; на нѣкоторыхъ (и притомъ большихъ) изъ этихъ сосочковъ можно замѣтить, что сосочекъ однимъ своимъ концомъ (обращеннымъ къ стѣнкѣ кисты) сидитъ на довольно длинной ножкѣ, служащей соединеніемъ между стѣнкой кисты и сосочкомъ. 4) Кромѣ того мы замѣчаемъ, что на нѣкоторыхъ мѣстахъ стѣнки кисты въ волокнистой соединительной ткани находятся мѣста, наполненные цилиндрическимъ эпителиемъ—на периферіи однороднымъ съ цилиндрическимъ эпителиемъ, выстилающимъ внутреннюю поверхность стѣнки кисты,—а ближе къ центру и въ самомъ центрѣ—полиморфнымъ; при этомъ всюду замѣчается новообразованіе сосудистой соединительной ткани.—Сейчасъ указанное нами измѣненіе говоритъ за то, что мы имѣемъ передъ собой вторичное и атипическое въ толщѣ стѣнки разраженіе цилиндрическаго эпителія, выстилающаго внутреннюю поверхность кисты.

Описавъ составныя части нашей опухоли, мы можемъ перейти теперь къ опредѣленію того, какую форму кистомы мы имѣемъ въ нашемъ случаѣ. Кистома представляетъ железистое новообразованіе (аденому) съ послѣдовательнымъ развитіемъ кистъ изъ железистыхъ мѣшечковъ; но, микроскопическія изслѣдованія послѣдняго времени показали, что нужно различать двѣ главныя формы кистомъ: а) железистую (*cysto-adenoma proliferum glandulare* и б) сосочковую (*cysto-adenoma proliferum papillare*. Это дѣленіе основано на томъ, преобладаетъ ли въ кистомѣ развитіе, расту-

щих во внутрь сосочковъ (papillae) или образованіе замкнутыхъ трубчатыхъ или мѣшеччатыхъ полостей (acini),—въ первомъ случаѣ мы будемъ имѣть сосочковую форму, а во второмъ—железистую форму. Примѣняя только что сказанное къ нашему случаю, мы находимъ во-первыхъ весьма характерное вращаніе въ глубину стѣнки кисты цилиндрическаго эпителія въ видѣ железистыхъ трубокъ, во-вторыхъ особенно въ замкнутыхъ мѣшечкахъ, заложенныхъ въ толщѣ стѣнокъ большихъ кистовидныхъ полостей, разращеніе богатой клѣтками и сосудами соединительной ткани въ видѣ сосочковъ, покрытыхъ цилиндрическимъ эпителиемъ, древовидно вѣтвящихся и вдающихся въ просвѣтъ мѣшечковъ. Эта находка можетъ привести насъ къ убѣжденію, что въ нашемъ случаѣ имѣется смѣшанная кистома, то есть glandular'ная и papillar'ная. Однако отношенія перваго порядка, т. е., разращеніе цилиндрическаго эпителія, выстилающаго внутреннюю поверхность стѣнки кисты въ видѣ железистыхъ пузырьковъ и трубокъ, въ нашей опухоли является преобладающимъ и вѣроятно первичнымъ измѣненіемъ. Слѣдовательно, первоначальная киста состоитъ изъ сумки, представляющей не что иное, какъ утолщенный остовъ яичника, изъ эпителія, выстилающаго кисту снаружки и представляющаго собой прежній эпителий железистыхъ трубокъ и, наконецъ, изъ содержимаго продукта дегенеративныхъ метаморфозовъ эпителія. Образованіе вторичныхъ кистъ происходитъ такимъ образомъ, что цилиндрическій эпителий врастаетъ въ глубину стержнями на подобіе зачатковъ железъ; изъ этихъ стержней совершенно по типу нормальнаго образованія фолликуловъ чрезъ отшнуровываніе образуются мелкіе пузырьки, которые, когда полости ихъ, по мѣрѣ коллоиднаго перерожденія клѣтокъ и трансудата изъ сосудовъ стѣнки, увеличиваются, превращаются въ болѣе, или менѣе значительныя кисты, въ стѣнѣ которыхъ можетъ повторяться тотъ же процессъ, такъ что рядомъ съ одной большой кистой находятъ огромное количество мелкихъ кистъ на самыхъ различныхъ ступеняхъ развитія. Въ дальнѣйшемъ теченіи перегородки, отдѣляющія мелкія кисты другъ отъ друга, могутъ уничтожаться и содержимое сливается въ одно цѣлое, такимъ образомъ всѣ мелкія кисты постепенно соединяются между собою и образуютъ многополостную или даже однополостную кистому. Что касается происхожденія сосочковыхъ разращеній, то они представляютъ въ нашей опухоли вторичное образованіе, которому предшествуетъ неравномѣрное и атипическое для яичника разращеніе эпителія. Внутри вполне сформированныхъ и растянутыхъ коллоиднымъ веществомъ железистыхъ мѣшечковъ разрастается прежде всего эпителий, выстилающій внутреннюю поверхность

стѣнки во внутрь кисты и образуетъ маленькія утолщенія и сосочковыя разраженія, которыя иногда состоятъ исключительно изъ мелкихъ эпителиальныхъ клѣтокъ безъ сосудовъ и соединительно-тканныхъ стержней, но стѣнка подъ ними обыкновенно какъ бы разрыхлена, клѣточно инфильтрирована и часто содержитъ растянутые кровью тонкостѣнные капилляры. Только потому эти составныя части стѣнки врастаютъ въ эпителиальныя бородавочки и ускоряютъ ихъ ростъ, такъ что послѣднія превращаются въ древовидно вѣтвящіяся сосочки и выполняютъ всю полость мѣшечка. Разъ начавшись, такой процессъ поддерживается самъ собою: 1) сосочковыя разраженія, увеличиваясь въ объемѣ, легко подвергаются застою крови въ новообразованныхъ капиллярахъ, кровянистой инфильтраціи и некрозу, 2) въ сосѣднихъ участкахъ опухоли вслѣдствіе этого возникаютъ коллатеральныя гипереміи, клѣточные инфильтраты волокнистыхъ стѣнокъ железистыхъ мѣшечковъ и новыя бородавчатые разраженія эпителия на внутренней поверхности ихъ и проч. Чѣмъ чаще этотъ процессъ повторяется, тѣмъ быстрѣе будетъ ростъ опухоли и тѣмъ скорѣе нарушаются физиологическія границы между эпителиемъ и подлежащей тканью. Съ истонченіемъ стѣнокъ аденоматозныхъ кистъ первичнаго новообразованія эпителиальныя разраженія могутъ проникать на наружную поверхность кисты, вызывать воспалительное раздраженіе брюшины и водянку, при чемъ эпителий легко прививается къ ворсистымъ разраженіямъ брюшины и инфильтрируетъ рыхлую новообразованную соединительную ткань. Такимъ образомъ сравнительно доброкачественныя *cystoadenomata proliferata glandularia ovarii* могутъ переходить въ злокачественныя *adenocarcinomata*, доказательствомъ чему можетъ служить и нашъ случай. Между тѣмъ какъ первичныя *adenomata glandularia* и *fibrinosa papillaria* отличаются высокою степенью дифференцированія эпителия и соединительной ткани и медленнымъ накопленіемъ продуктовъ дегенерации, осложненія ихъ карциноматозными инфильтраціями и виллезными разраженіями совершенно измѣняютъ характеръ первоначальнаго новообразованія и вслѣдствіе быстрого размноженія эпителия и грануляціоннаго процесса въ подлежащей соединительной ткани, превращаютъ ихъ въ злокачественныя опухоли.