

L. Teratoma ovarii.

И. Городецкий.

Опухоль, взятая нами для изслѣдованія, принадлежитъ молодой дѣвушкѣ 16 лѣтъ. Исторія болѣзни вкратцѣ такова: въ началѣ февраля 1890 г. больная катаясь на конькахъ, упала на правый бокъ, при чемъ почувствовала очень сильную боль. Появившіяся за два дня до этого *menstrua*, всегда обильныя и болѣзненные, сдѣлались еще обильнѣе и болѣзненнѣе и протекали въ теченіе недѣли, послѣ чего прекратились и ужъ больше не появлялись. Впервые же онѣ появились у больной на 15 году. Со времени паденія больная начала замѣчать, что животъ постепенно увеличивался. Въ апрѣлѣ онъ представлялъ уже довольно сильное увеличеніе. Вмѣстѣ съ тѣмъ появились сильныя боли, преимущественно въ правой сторонѣ живота. 11 апрѣля больная прибыла въ Харьковъ и была помѣщена въ гинекологическое отдѣленіе при земскомъ родильномъ домѣ, гдѣ она пробыла съ 12 по 21-е апрѣля. На взглядъ животъ, особенно въ правой половинѣ, представлялся увеличеннымъ. Ощупать опухоль оказалось невозможнымъ, потому что при малѣйшемъ прикосновеніи больная испытывала чрезвычайно сильныя боли. Съ 12 по 18 боли въ животѣ не прекращались. Больную всегда тошнило; рвоты бывали по 4—5 разъ въ день; стулъ былъ задержанъ и вызывался только промывательнымъ. Благодаря отвлекающимъ и наркотическимъ средствамъ боли ослабли. Съ 18-го рвоты не было. Вздутіе живота не исчезло. Черезъ напряженные брюшные покровы прощупывалась въ правой половинѣ живота опухоль упругой, эластической консистенціи, косо-овальной формы, неподвижная. Границы ея ощупывались сверху и слѣва. При перкуссіи въ области опухоли получался тупой звукъ. Изслѣдованіе *per vaginam* не давало ничего ненормальнаго: своды были свободны. Температура за все время пребыванія больной въ отдѣленіи колебалась по утрамъ между 37,5 и 38,2, по вечерамъ между 38,5 и 39,2, а два раза достигала и 40°. Распознаваніе колебалось между инкапсулированнымъ брюшиннымъ экссудатомъ и кистовидной опухолью яичника. Въ концѣ концовъ остановились на кистѣ и было рѣшено сдѣлать овариотомію. 21-го апрѣля операція была произведена. Подъ наркозомъ оказалось, что опухоль имѣетъ почти шаровидную форму, занимаетъ правую половину живота, и ее можно было передвигать. Послѣ вскрытія брюшной полости была извлечена опухоль, которая сидѣла на ножкѣ, слегка перекрученной, и исходила изъ праваго яичника. Въ полости живота оказалось значительное количество свободной жидкости. Опухоль была сращена, хотя и не сильно, съ сальникомъ и передней брюшной стѣнкой. На другой день послѣ операціи больная умерла. Вскрытіе не было произведено.

Опухоль почти шаровидной формы, величиною приблизительно въ голову взрослого человѣка, покрыта бѣловатымъ покровомъ, чрезъ который просвѣчиваютъ сосуды. Стѣнки этой кисты толщиною больше $\frac{1}{2}$ сантиметра. Внутренняя поверхность стѣнки покрыта въ большомъ количествѣ саломъ. Повсюду видны пучки волосъ, сидящихъ на сальномъ основаніи.

Проф. Крыловъ. Школьная хроника. 1890 г.

Содержимое опухоли представляет какую-то жирную массу, которая распределяется как бы дольками. Мѣстами попадаются участки кости, мѣстами плотные участки на подобіе печеночной ткани. Какъ въ стѣнѣ, такъ и во многихъ другихъ мѣстахъ находятся маленькіе опухоли то плотныя, то флюктуирующія. Послѣднія при разрѣзѣ обнаруживали серозно-кровянистое содержимое. Повсюду въ содержимомъ опухоли попадаютъ волосы. Вся опухоль пронизана экстравазатами.

На препаратахъ, уплотненныхъ и окрашенныхъ пикрокарминомъ, можно было наблюдать слѣдующее: самый крайній слой на препаратахъ изъ стѣнки кисты состоитъ изъ ороговѣвшаго эпителія въ видѣ прослоекъ, затѣмъ слѣдуетъ два слоя эпидермоидальныхъ клѣтокъ, лежащихъ неправильными горизонтальными рядами и состоящихъ изъ плоскаго эпителія; клѣтки верхняго слоя представляются сплюсненными съ довольно крупными хорошо окрашенными ядрами. Далѣе слѣдуетъ слой цилиндрическихъ клѣтокъ съ ясно окрашенными ядрами и сидящій на сосочкахъ. Затѣмъ сосочки, вѣдряющіеся въ эпидермоидальный покровъ. Сосочки не вездѣ одинаковой величины; мѣстами они утолщены, какъ бы гипертрофированы. За ними тонкій слой соединительной ткани, а снаружи толстый соединительно-тканый слой. Изъ препаратовъ, сдѣланныхъ изъ различныхъ мѣстъ опухоли, на однихъ повторялось еще полнѣе строеніе кожи со всѣми ея составными придаточными частями: многослойный плоскій эпителій, соединительная ткань, волосы, то въ косомъ, то въ поперечномъ разрѣзѣ, при чемъ мѣстами не замѣтно у волосъ образованія сальныхъ железъ, мѣстами же въ связи съ ними находятся поперечные разрѣзы сальныхъ железъ съ характернымъ для нихъ эпителиемъ: пристѣнный слой состоитъ изъ хорошо окрашенныхъ клѣтокъ, которыя въ нижнемъ отдѣлѣ волоса переходятъ въ его влагалище. На другомъ препаратѣ, въ глубинѣ ткани замѣчается пространство, окруженное какъ бы капсулой; въ этомъ участкѣ видны ограниченныя тонкими перегородками круглыя пространства, которыя къ периферіи дѣлаются меньше, а къ центру больше. Повидимому это сальная железа, клѣтки которой подверглись фізіологическому жировому перерожденію и обратились въ сало. Попадающіеся въ продольномъ разрѣзѣ волосы имѣютъ всѣ свои составныя части и заключены въ волосовые мѣшки, а эти послѣдніе снабжены, хотя и не вездѣ, сальными железами. Кое гдѣ видны эпителиальныя прорости, которыя представляютъ, вѣроятно, задержанное развитіе потовыхъ железъ. Мѣстами, въ срединѣ препарата видны сосочки, врастающіе въ какую-то полость. Строма ихъ состоитъ изъ веретенообразныхъ клѣточныхъ элементовъ. Сосочки покрыты много-

слойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ эпителий какъ бы каемчатый. Образованіе это по строенію напоминаетъ слюнные железы. На нѣкоторыхъ препаратахъ за кожными образованиями слѣдуетъ жирная клѣтчатка, за ней ретикулярная соединительная ткань съ большимъ количествомъ лимфоидныхъ элементовъ, затѣмъ опять железистыя образованія (поперечно перерѣзанныя), выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ, въ центрѣ они заткнуты слизистой пробкой, дальше опять ретикулярная соединительная ткань. Есть препараты, почти исключительно состоящіе изъ слизистой ткани съ звѣздчатыми клѣточными элементами и гомогеннымъ интерцеллюлярнымъ веществомъ.

Попадаются на многихъ препаратахъ отдѣльные участки хрящевой ткани, богатой клѣточными элементами то эллипсоидной, то круглой формы и бѣдной интерцеллюлярнымъ веществомъ. Въ другихъ мѣстахъ хрящевая ткань выступаетъ яснѣе: клѣтки больше заключены въ капсулы, имѣютъ свѣтлую протоплазму и однородное промежуточное вещество. Эти участки хрящевой ткани ограничены капсулой изъ волокнистой соединительной ткани (перихондръ). Въ другихъ мѣстахъ, рядомъ съ хрящевыми участками, а мѣстами и въ связи съ ними, находятся участки остеонидной ткани. Въ одномъ мѣстѣ мы видимъ участокъ хрящевой ткани въ видѣ полукольца съ довольно большими клѣтками. Въ той части кольца, которая обращена къ полости, клѣтки имѣютъ наибольшую величину и окрашены въ синій цвѣтъ, а промежуточное вещество въ красный. Въ полость, образуемую этимъ полукольцомъ, врастаетъ ареоларная соединительная ткань съ сосудами. По мѣрѣ вращенія въ хрящъ соединительной ткани, хрящевыя клѣтки уничтожаются, послѣ того какъ промежуточное вещество приняло характеръ костнаго вещества, окрасившагося карминомъ въ красный цвѣтъ. Боковыя части этого полукольца почти совсѣмъ приняли характеръ остеонидной ткани, клѣтки по своей формѣ приближаются къ костнымъ и заключены въ лакунахъ. По краямъ этихъ остеонидныхъ пластинокъ рядами располагаются такъ называемыя остеобласты, имѣющія приблизительно кубовидную форму и происшедшія изъ клѣточныхъ элементовъ той соединительной ткани, которая внѣдрилась въ хрящъ. Участокъ того же полукольца по периферіи также принимаетъ характеръ остеонидной ткани. Эта часть, повидимому, образовалась изъ соединительно-тканнаго слоя перихондра, клѣточные элементы котораго изъ веретенообразныхъ мало-по-малу превращаются въ звѣздчатые, которые и располагаются рядами, промежуточное же вещество окостенѣваетъ. Въ другомъ мѣстѣ того же препарата довольно широкая, неправильной формы пластинка

остеоидной ткани, промежуточное вещество которой уже приняло характер костного вещества, клѣтки же не повсюду имѣютъ форму костныхъ тѣлецъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ этого участка находятся выемки (узуры), въ которыя врастаетъ соединительная ткань съ сосудами, клѣточные элементы которой отлагаются по краямъ въ видѣ остеобластъ. Въ другомъ мѣстѣ того же участка замѣтна полость, въ которой находится соединительная ткань съ сосудами. Это есть, повидимому, зачатокъ костно-мозговой полости.

Въ промежуткахъ между участками остеоидной ткани (а ихъ довольно много) находится ареолярная соединительная ткань. Дальше мы находимъ довольно большой участокъ хрящевой ткани эллипсоидной формы. Въ центрѣ клѣтки не велики, заключены въ капсулахъ, промежуточное вещество однородно. Въ направленіи къ периферіи находится слой клѣтокъ въ состояніи пролифераціи, за этимъ слоемъ находится слой гипертрофированныхъ клѣтокъ, заключенныхъ въ большихъ хрящевыхъ полостяхъ и располагающихся колонками. Клѣтки имѣютъ различную форму: то круглы, то эллипсоидны, то какъ-будто звѣздчатыя, мѣстами онѣ сморщены. Въ мѣста, занятые гипертрофическимъ слоемъ клѣтокъ, врастаетъ соединительная ткань съ сосудами. Эта соединительная ткань какъ бы отдѣлила длинныя пластинки въ видѣ балокъ, принявшія уже видъ остеоидной ткани съ окрашеннымъ въ красный цвѣтъ промежуточнымъ веществомъ и клѣточными элементами, близко подходящими по формѣ къ костнымъ тѣльцамъ. Наконецъ еще на одномъ препаратѣ видны геморрагическія полости съ массой пигмента. Мѣстами встрѣчаются отдѣльные хрящевые островки въ состояніи слизистаго перерожденія.

Такимъ образомъ мы нигдѣ не находимъ вполне развитой костной ткани, а повсюду только въ періодѣ роста, при чемъ вездѣ находится преформирующий ее хрящъ. Мы видѣли, что хрящевыя клѣтки сначала находятся въ состояніи пролифераціи, затѣмъ въ состояніи гипертрофіи. Образовавшаяся полость, въ которой мы находимъ соединительную ткань съ сосудами, занимаетъ, повидимому, мѣсто хрящевыхъ клѣтокъ, претерѣвшихъ дегенеративный метаморфозъ. Соединительная ткань дифференцируется въ двухъ направленіяхъ: одна часть ея даетъ такъ называемыя остеобласты, изъ которыхъ путемъ постепеннаго дифференцированія протоплазмы образуются костныя тѣльца, а другая часть послужитъ для образованія костного мозга. Надо замѣтить, что изъ клѣточныхъ элементовъ врастающей соединительной ткани часть превращается въ звѣздчатыя клѣтки, другая часть склерозируется и при амальгамоподобномъ соединеніи съ извест-

ковыми солями даетъ промежуточное вещество кости. Возможно также, что звѣздчатое костное тѣлце образуется изъ центральной части остеобласты, а периферическая склерозируется. Итакъ, хрящъ постепенно разрушается, а на его мѣстѣ появляется новая ткань костная. Кромѣ того, мы встрѣчаемся еще съ другого рода неопластическимъ способомъ развитія костной ткани изъ соединительно-тканнаго слоя (перихондра): клѣточные элементы соединительной ткани постепенно переходятъ въ звѣздчатые, а промежуточное вещество ихъ, импрегнировавшись известковыми солями, переходитъ въ промежуточное вещество кости. Мѣстами намъ казалось, что хрящевыя клѣтки прямо переходятъ въ звѣздчатыя, при чемъ интерцеллюлярное вещество импрегнируется известковыми солями, т. е. здѣсь костная ткань образуется путемъ метаплазії. Во всякомъ случаѣ преобладаетъ неопластическій способъ развитія костной ткани. При этомъ послѣднемъ способѣ развитія кости (какъ изъ хряща, такъ и изъ соединительной ткани) источникомъ образованія ткани служить соединительная ткань; изъ нея образуются клѣточные элементы и промежуточное вещество. Хрящъ только преобразуетъ кость, онъ находится повсюду тамъ, гдѣ впоследствии образуется кость. Находимую въ большомъ количествѣ слизистую ткань можно разсматривать, какъ раннюю ступень развитія ареоллярной соединительной ткани или жирной клѣтчатки, ибо тамъ, гдѣ со временемъ будутъ эти послѣднія ткани, находится ткань, состоящая изъ звѣздчатыхъ клѣточныхъ элементовъ, заложенныхъ въ гомогенномъ, содержащемъ муцинъ, интерцеллюлярномъ веществѣ. Видѣнные нами геморрагическія полости нужно разсматривать, какъ результатъ бывшаго, по всей вѣроятности, кровоизліянія въ опухоль. Попадающійся въ нихъ (полостяхъ) пигментъ есть результатъ распаденія красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Такимъ образомъ мы имѣемъ предъ собой опухоль, въ составъ которой входятъ разнообразныя ткани: кожа съ ея составными частями, костная ткань, хрящевая, слизистая. Правда, не всѣ эти ткани представляются вполне развитыми, въ отношеніи другъ къ другу не вездѣ занимаютъ такое положеніе, какъ въ нормальномъ состояніи. Эпидермоидальный слой кожи не вполне развитъ: вмѣсто трехъ рядовъ клѣтокъ, изъ которыхъ состоитъ обыкновенно мальпигіевъ слой, мы встрѣчаемъ только одинъ. Кость находится только въ ранней стадіи развитія. Развитыхъ потовыхъ железъ мы не видимъ, а только эпителиальныя прорости, которыя можно разсматривать какъ недоразвитыя железы. Слѣдовательно, отъ нормальныхъ входящихъ въ опухоль ткани отличаются неполнымъ развитіемъ и ненормальнымъ расположеніемъ. Итакъ, мы имѣемъ выросшее изъ яичника ново-

образованіе, въ которомъ воспроизведены преимущественно кожный органъ, хрящевая и костная ткань, никакого отношенія къ яичнику не имѣющіе; другими словами, мы имѣемъ органоидную или тератоидную опухоль—тератому. Образованіе такого рода опухолей нужно отнести еще къ зародышевой жизни: ихъ нужно разсматривать какъ порокъ развитія. Такія опухоли образуются, повидимому, путемъ дальнѣйшаго развитія элементовъ наружнаго и внутренняго листковъ, случайно попавшихъ при развитіи яичника въ его зачатокъ изъ осевой пластинки. Изъ наружнаго листка образуется главнымъ образомъ эпителиальный покровъ кожи съ его заворотами въ ея основу (кожныя железы, волосы), а изъ внутренняго листка образуется средній, который даетъ мышцы, кости. По мнѣнію Гиса, зачатокъ половыхъ органовъ образуется изъ осевого пучка. Въ образованіи этого послѣдняго участвуютъ части, соотвѣтствующія всѣмъ листкамъ зачатка зародыша. Поэтому въ яичникъ попадаютъ иногда части, соотвѣтствующія роговому или среднему зародышевому листку. Вальдейеръ считаетъ эти новообразованія гетеротопическими, но не гетерогенными. По его мнѣнію, эпителиальныя клѣтки яичника, генетически однозначныя съ клѣткой яйца, въ исключительныхъ случаяхъ могутъ доставить, вмѣсто эпителиальныхъ клѣтокъ, продукты другого рода.

Усиленный ростъ этихъ опухолей яичника начинается обыкновенно съ наступленіемъ половой зрѣлости, съ появленіемъ менструаціи. Изслѣдуемая опухоль извлечена на 16-мъ году жизни больной, а менструаціи наступили на 15-мъ. Опухоль медленно росла, не причиняя пока никакихъ разстройствъ. Но въ февралѣ 1890 г. больная упала на правый бокъ, и съ этого времени опухоль начала быстро расти. Причину такого быстраго роста нужно повидимому искать въ этомъ фактѣ. При паденіи, надо думать, произошло кровоизліяніе въ небольшую еще опухоль. Послѣ этого ростъ опухоли быстро усилился вѣроятно на счетъ рыхлой, соединительной и въ особенности, богатой сосудами слизистой ткани, въ которой повторялись самопроизвольныя геморрагіи. Это видно изъ того, что мы повсюду въ мягкихъ участкахъ опухоли находили слизистую ткань и экстравазаты.

Примѣчаніе. Помимо окраски карминомъ и метиленовой синью, мы употребляли еще двойную окраску по способу Стрѣльцова—гематоксилиномъ и карминомъ для яснаго разграниченія хрящевой и костной ткани: все, что носитъ на себѣ характеръ костной ткани, окрашивалось карминомъ въ красный цвѣтъ, хрящевая ткань—гематоксилиномъ въ синій.

Уплотненіе вырѣзанныхъ изъ опухоли кусочковъ производилось слѣдующимъ образомъ: 6 дней въ Мюллеровской жидкости, сутки промывались водой,

сутки въ слабomъ, сутки въ крѣпкомъ алкогольѣ, сутки въ смѣси ксилола съ oleum ligni cedri, сутки въ смѣси парафина съ хлороформомъ въ термостатѣ при $t^{\circ} 37^{\circ}$, сутки въ смѣси твердаго парафина съ мягкимъ въ термостатѣ при $t^{\circ} 52^{\circ}$, затѣмъ заливка въ парафинъ, срѣзы микротомомъ и окраска.

LI. Myxosarcoma trigoni Scarpaе.

В. Θεодоровичъ.

Разсматриваемая нами опухоль получена отъ больной 22 лѣтъ, замужней женщины—мѣщанки Богодуховскаго уѣзда, Харьковской губ. Василисы Кондратенковой, которая явилась 3-го ноября 1889 года въ университетскую хирургическую клинику съ жалобой на повторно явившуюся опухоль на правой ногѣ въ верхней ея части. Относительно времени и причины первичнаго появленія опухоли больная не могла дать почти никакихъ указаній. Она помнитъ, что опухоль обратила ея вниманіе, когда она была еще дѣвушкой 17 лѣтъ. Безболѣзненность опухоли и едва замѣтная величина неособенно тревожили сначала больную; но послѣ замужества и въ особенности послѣ первыхъ родовъ, опухоль начинаетъ замѣтно расти, а послѣ вторыхъ родовъ (въ декабрѣ 1888 года) опухоль, постепенно увеличиваясь въ своемъ ростѣ, достигаетъ величины дѣтской головки и дѣлается болѣзненной. Это обстоятельство заставляетъ больную обратиться, въ маѣ 1889 года въ клинику, гдѣ опухоль при діагнозѣ—*myxo-sarcoma*—верхней трети бедра, на передне-внутренней поверхности его, была экстирпирована. Къ сожалѣнію, это все, что можно было узнать, какъ изъ разспросовъ самой больной, такъ и изъ сохранившихся клиническихъ свѣдѣній относительно первичной опухоли.

По выходѣ изъ клиники, мѣсяца черезъ 2, больная замѣчаетъ на томъ же мѣстѣ появленіе небольшого узелка опухоли, который началъ постепенно увеличиваться, къ нему не замедлилъ присоединиться другой такой же, расположившись нѣсколько выше. Оба они безболѣзненны и быстро растутъ, вслѣдствіе чего больная 3-го ноября 1889 года является опять въ клинику съ просьбой удалить вновь появившуюся опухоль. Родители, а также и близкіе родственники больной подобнаго рода заболѣваніемъ никогда не страдали.

При осмотрѣ больной конечности оказалось, что въ верхней трети праваго бедра на передне-внутренней поверхности его въ области *trigoni Scarpaе* имѣется линейный рубецъ длиной въ 15 сант., расположенный почти параллельно паховой складкѣ на 5—6 сант. ниже ея. У внутренней половины этого рубца замѣчаются два нароста, величиной съ грецкій орѣхъ каждый, одинъ подъ рубцомъ, другой надъ нимъ. Наросты эти, приподнимая округляющій рубецъ поверхности, придаютъ ему видъ глубокой щели въ этомъ мѣстѣ. Кожа надъ наростами, равно какъ и всей конечности нормальна, t° —не повышена. Вся конечность при сравненіи

съ здоровой увеличена въ объемѣ. Измѣренія показали, что въ верхней трети бедра непосредственно подъ опухолью окружность больной конечности превышаетъ окружность здоровой на 7 сант.; на срединѣ бедра на 5 сан. и надъ *patella* на 4 сан. (58—51; 51—46; 43—39). Кожа надъ опухолью подвижна, поднимается въ складки. Наростъ ниже рубца, какъ бы напряженъ, боковыя границы его легко опредѣлимы, подойти подъ него не удавалось. Наружная граница нароста, расположеннаго выше рубца, не поддается точному опредѣленію; здѣсь онъ мягокъ и слегка флюктуируетъ; неподалеку отъ этого мѣста прощупываются отдѣльные плотные узлы, величиной съ горошину и больше; далѣе, идя снаружи кнутри, замѣчаемъ, что плотность нароста, какъ и его величина возрастаютъ, на внутренней поверхности бедра онъ круто заканчивается, переходя въ подлежащія ткани, и здѣсь занимаетъ все почти пространство между рубцомъ и паховой складкой. Подвижность опухоли довольно ограничена.

Такимъ образомъ имѣется узловатая опухоль, представляющая бугры величиной отъ горошины до грецкого орѣха, расположенная въ окружности рубца и помѣщающаяся какъ подъ кожей, такъ и въ межъ-мышечной фасціи. При ощупываніи болевой реакціи не замѣчалось. Активные и пассивныя движенія больной конечности сохранены. Лимфатическія железы не увеличены. Больная на видъ не старше своихъ лѣтъ; роста средняго, неправильности и асимметріи въ строеніи тѣла не наблюдалось, мышечная система и подкожная жировая клѣтчатка умѣренно развиты. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ уклоненій отъ нормы не обнаружило. При операціи было вылущено множество узловъ въ опухоли, каждый изъ нихъ заключенъ былъ въ отдѣльную капсулу довольно напряженную, изъ которой вылущался совершенно свободно. Опухоль находилась *in trigono Scarpaе* и подлежащихъ тканяхъ и распространялась по направленію наименьшаго сопротивленія, располагаясь продольной осью параллельно кровеноснымъ сосудамъ и пучкамъ волокнистой ткани апоневротическихъ растяженій, фасцій, сосудистыхъ влагалищъ. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что опухоль множественна, заключена въ отдѣльныя капсулы; капсулы узловъ опухоли, расположенныя болѣе поверхностно, плотно сращены съ прилежащей жировой клѣтчаткой. Величина узелковъ опухоли отъ горошины до грецкого орѣха. Цвѣтъ опухоли сѣрый. Мѣстами она умѣренно плотна, мѣстами какъ бы студениста, мягка, слизистая, скользкая, стекловидная. Поверхность разрѣза однородна, гладка, пронизана расширенными сосудами. Съ поверхности разрѣза соскабливается тянущаяся въ нити, слизистая жидкость. При дѣйствіи уксусной кислотой на эту

жидкость обнаружилось присутствіе муцина. Отъ прибавленія самаго незначительнаго количества слизи къ большому количеству воды получали тягучую жидкость и даже слегка студенистую, что показывало великую способность слизистаго вещества къ разбуханію.

При микроскопическомъ изслѣдованіи данной опухоли оказалось, что она мѣстами состоитъ изъ сплошнаго ряда веретенообразныхъ клѣточныхъ элементовъ, вытянутые концы которыхъ переходятъ въ длинныя тонкіе склерозированныя отростки. Клѣточные элементы спаяны незначительнымъ, едва замѣтнымъ количествомъ волокнистаго интерцеллюлярнаго вещества. Расположеніе клѣточныхъ элементовъ таково, что они, располагаясь продольными осями параллельно другъ другу, складываются въ пучки. Пучки эти идутъ то параллельно, то перекрещиваются другъ съ другомъ. Въ силу такого расположенія клѣточныхъ элементовъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ на микроскопическомъ препаратѣ можно было видѣть какъ бы круглыя клѣтки то съ ядрами, то безъ нихъ, эти кажущіяся круглыя клѣтки представляли изъ себя, конечно, не что иное, какъ поперечные разрѣзы веретенообразныхъ клѣтокъ. И въ зависимости отъ того, какъ прошелъ разрѣзъ чрезъ веретенообразныя клѣтки,—прошелъ ли онъ чрезъ ядро, или нѣтъ—на препаратѣ замѣчались: то круглыя, ядра содержащія клѣтки, то безъ ядерныя куски протоплазмы. Веретенообразныя клѣтки заключаютъ въ себѣ округло-удлиненное ядро безъ ядрышекъ и состоятъ изъ мелкозернистаго вещества. Сосуды встрѣчаются довольно часто, имѣютъ широкій просвѣтъ и направленіе, общее съ направленіемъ пучковъ клѣтокъ, собственныя ихъ стѣнки состоятъ изъ эндотеліальной трубки. На нѣкоторыхъ мѣстахъ въ окружности сосудовъ замѣчалась геморрагическая инфильтрація. Идя дальше въ микроскопическомъ изслѣдованіи, мы замѣчаемъ болѣе или менѣе обширныя участки полужидкаго, гомогеннаго, стекловиднаго вещества, въ которомъ заложены главнымъ образомъ звѣздчатыя клѣтки, соединяющіяся протоплазматическими отростками и образующія такимъ образомъ сѣтку; звѣздчатыя клѣтки эти находятся на болѣе или менѣе далекомъ разстояніи другъ отъ друга; далѣе находимъ клѣтки неправильно звѣздчатыя, не соединяющіяся своими отростками съ другими клѣтками, частью неправильной, частью овальной или круглой формы. Это—незрѣлые элементы опухоли на пути ихъ перехода въ звѣздчатые; и наконецъ круглыя клѣточные элементы величиной съ лимфатическое тѣльце, или нѣсколько больше съ зернистой протоплазмой съ блѣднымъ гомогеннымъ или зернистымъ ядромъ—это, быть можетъ, вселившіеся въ опухоль, блуждающіе элементы изъ сосѣднихъ тканей, или вышедшіе изъ сосудовъ бѣлые шарики.

Кромѣ этого, въ слизистыхъ участкахъ часто попадаются капилляры и геморрагическія инфильтраціи ткани. Наконецъ нѣкоторыя мѣста препарата характеризовали дегенеративный метаморфозъ опухоли,—ея слизистое перерожденіе. Эти мѣста при первомъ взглядѣ легко было смѣшать съ миксоматозной тканью; но, вглядываясь, находили существенную разницу. Тогда какъ въ мѣстахъ слизистаго перерожденія, какъ процесса регрессивнаго, клѣточные элементы и промежуточное вещество разрушаются и продуктомъ ихъ разрушенія является безформенное слизистое вещество, не содержащее въ себѣ никакихъ форменныхъ элементовъ,—въ мѣстахъ, характеризующихъ миксоматозную ткань слизь является только промежуточнымъ веществомъ, кромѣ котораго находились также клѣточные образованія.

Итакъ, принявъ во вниманіе объективныя изслѣдованія, макроскопическія и микроскопическія, мы приходимъ къ заключенію, что данная опухоль принадлежитъ къ классу смѣшанныхъ опухолей и есть—Мухо-Sarcoma (состоящая изъ слизистой ткани и незрѣлой соединительной ткани, задержанной на низкой стадіи дифференцированія); что данная опухоль обладаетъ въ высшей степени злокачественнымъ характеромъ, на это указываетъ уже и то, что въ данномъ случаѣ она является рецидивирующею опухолью въ видѣ большого количества вторичныхъ узловъ, въ рубцѣ и подъ рубцомъ, а потому нѣтъ достаточной причины утверждать, что опухоль эта не появится вновь на мѣстѣ операціи и не перейдетъ на отдаленныя части тѣла метастатическимъ путемъ.

Что касается развитія этой опухоли, то для данного случая, мнѣ кажется, безъ колебаній можно предположить, что источникомъ рецидива послужили разбросанные узелки первичной опухоли, которые, прорастая въ окружающія ткани, вовлекли ихъ въ патологическій процессъ и образовали вторичные узлы опухоли на томъ же мѣстѣ. Операціей первичной опухоли, по всей вѣроятности, были удалены не всѣ фокусы патологическаго новообразованія.

Въ заключеніе вкратцѣ изложу тѣ способы, которыми я пользовался при изготовленіи препаратовъ для микроскопическихъ изслѣдованій. Препараты были приготовляемы двоякимъ путемъ: или послѣ уплотненія опухоли—путемъ микротомныхъ срѣзовъ, или же путемъ срѣзовъ изъ свѣжей опухоли острой бритвой.

Для уплотненія небольшіе кусочки были положены въ Мюллерову жидкость на 8 дней, жидкость чрезъ каждые два дня мѣнялась. Потомъ кусочки опухоли, послѣ промывки въ водѣ, были перенесены на сутки въ абсолютный алкоголь, а отсюда въ ксилолъ съ гвоздичнымъ масломъ на 24 часа при постоянной t° термостата 53° . Вынувъ ихъ оттуда и нѣсколько просушивъ, пропускной бумагой, клали въ теплую смѣсь ксилола съ гвоздичнымъ масломъ и парафиномъ. Чрезъ

24 часа снова вынули и положили въ расплавленный парафинъ на 24 часа. Послѣ этого кусочки заливались въ парафинъ въ четырехугольной мѣдной гильзѣ и, по охлажденіи парафина, изъ нихъ были приготовлены тонкіе разрѣзы микротомомъ. Для растворенія заливной массы срѣзы помещались въ чистый терпентинъ, чрезъ 5—6 минутъ въ ксилолъ, потомъ въ абсолютный алкоголь, изъ алкоголя въ воду и потомъ въ окрашивающую жидкость. Изъ красящихъ веществъ были употреблены: карминъ, пикрокарминъ, гематоксилинъ и для двойной окраски карминъ съ пикриновой кислотой и гематоксилинъ съ эозиномъ. Второй способъ приготовленія микроскопическихъ препаратовъ былъ гораздо проще: кусочекъ свѣжей опухоли заключался въ разрѣзѣ уплотненной печени и острой бритвой дѣлались срѣзы, которые потомъ окрашивались пикрокарминомъ и для сохраненія препарата переносились въ глицеринъ.

Нельзя пройти молчаніемъ того обстоятельства, что при второмъ способѣ приготовленія препаратовъ микроскопическая картина опухоли была выражена несравненно яснѣе. Въ препаратахъ, приготовляемыхъ первымъ способомъ веретенообразные клѣточные элементы являлись сморщенными, протоплазматическіе отростки и зернистость клѣтокъ неясно выраженными, а участки со слизистой тканью совсѣмъ скрадывались, контуры звѣздчатыхъ клѣтокъ не были почти замѣтны, а видѣлись только клѣточные ядра. Въ препаратахъ, приготовляемыхъ вторымъ способомъ, равно какъ и на предварительныхъ препаратахъ, приготовленныхъ путемъ расщипыванія свѣжей опухоли, микроскопическая картина получалась въ ясно выраженной формѣ: обширные участки опухоли со слизистой тканью и характерными для ней звѣздчатыми клѣтками выступали совершенно рельефно.

LII. Sarcoma alveolare manus.

М. Фридманъ.

Больной Федоренко, крестьянинъ, 28 лѣтъ, поступилъ въ февралѣ 1890 г. въ больницу, съ жалобой на опухоль на ладони правой руки. При объективномъ изслѣдованіи оказалось слѣдующее:

На ладони правой руки въ области пястныхъ костей замѣчается величиною въ дѣтскую головку опухоль. Она неравномѣрной консистенціи (мѣстами плотной, мѣстами мягкой). На передней периферіи опухоли, какъ сверху, такъ и снизу замѣчается легкая пульсація. Опухоль окрашена въ желтый цвѣтъ, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ темно-красный.

Больной высокаго роста, правильнаго тѣлосложенія, цвѣтъ кожи лица блѣдноватый, волосы на головѣ черные. Кожа, подкожный жирный слой и муску-

Проф. Крыловъ. Школьная хроника. 1890 г.

латура плохо развиты, кости конечностей тонки и пропорціональны. Печень, селезенка, почки и кишечникъ здоровы; въ легкихъ же разсыяны крупныя, сухіе и влажныя хрипы. Обѣ верхушки легкихъ притуплены, въ правой изъ нихъ несовсѣмъ ясный выдохъ; второй тонъ сердца акцентуированъ. Въ дѣтствѣ больной перенесъ корь и скарлатину, два года тому назадъ у него было кровохарканіе. О началѣ болѣзни больной рассказываетъ слѣдующее: 1½ года тому назадъ больной упалъ съ лошади, и оперся ладонью на осколки стекла. Засѣвшіе между головками I и II пястныхъ костей осколки скоро были вынуты. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ на этомъ мѣстѣ образовался наростъ, величиною въ лѣсной орѣхъ. Онъ обратился за помощью къ мѣстному фельдшеру, который вырѣзалъ ему этотъ наростъ. Черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ вырѣзки образовался другой наростъ, который сталъ все больше и больше увеличиваться, разрасталось все больше и больше узловъ и, наконецъ, достигъ такого размѣра, который мы описали въ st. graes. Ему предложили мѣсяцъ тому назадъ въ мѣстной больницѣ ампутацію, но онъ отказался. Теперь онъ рѣшился на ампутацію, которая произведена была 20 марта 1890 года.

Поверхность разрѣза опухоли, сдѣланнаго послѣ операціи, имѣла пестрый видъ: блѣдноватые участки перемежались съ темнокрасными; какъ на поверхности, такъ и на разрѣзѣ опухоль представляла неправильную долъчатость. При соскабливаніи съ поверхности мы получили небольшое количество сока, содержавшаго немного голыхъ ядеръ съ большими блестящими ядрышками. Кромѣ того, замѣчаются на разрѣзѣ многочисленныя геморрагическія гнѣзда, разсыянныя по всей опухоли, а также мелкія — съ кровянистымъ содержимымъ кисты.

Для уплотненія взяты куски изъ плотныхъ и мягкихъ частей опухоли и положены на недѣлю въ Мюллеровскую жидкость. Затѣмъ будучи промыты въ водѣ, положены на 2 дня въ спиртъ, отсюда въ ol. terb. при $t^{\circ} 36^{\circ}$ на сутки. Послѣ этого въ насыщенный растворъ парафина въ терпентинѣ при той же t° на сутки. Затѣмъ препараты были положены въ смѣсь мягкаго и твердаго парафина на сутки при $t^{\circ} 50^{\circ}$ С. и, наконецъ, задрѣзаны въ ту же смѣсь твердаго и мягкаго парафина. Разрѣзы сдѣланы были микропомомъ и окрашены метиленовой синькой и микрокарминомъ. Препараты послѣ этого задрѣзаны въ канадскій балзамъ.

На микроскопическихъ препаратахъ мы встрѣчаемъ различныя отношенія составныхъ частей. На однихъ мы видимъ широкія тяжи волоконъ, состоящихъ изъ фасцикулярной ткани, тамъ гдѣ эти тяжи расходятся, промежутки выполняются круглоклѣточной тканью. Затѣмъ идутъ волокна ареоларной ткани. На другихъ видно большое число или несовсѣмъ круглыхъ или болѣе или менѣе овальныхъ, расположенныхъ рядами клѣтокъ съ большими круглыми ядрами, съ блестящими ядрышками и небольшимъ количествомъ промежуточнаго, гомогеннаго, слегка зернистаго, съ слабо замѣтными волокнами вещества. При обработкѣ 33% КНО

промежуточное вещество всюду растворялось. Контурь клѣтокъ отъ окрашиванія ясно выступаютъ. Нѣкоторые препараты представляютъ намъ слѣдующую картину: круглыя клѣтки большей или меньшей величины лежатъ группами въ промежуткахъ волокнистой сѣти, которая представляетъ альвеолярное строеніе; но при вымываніи кисточкой эти клѣточные элементы не выпадали. Всюду замѣчается большое развитіе кровеносныхъ сосудовъ съ очень тонкими стѣнками, равно какъ разрывы сосудовъ и кровеизліяніе въ ткань. Излившаяся кровь, повидимому, подвергалась измѣненіямъ. Пигментъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, отлагаясь мелкими зернышками въ тканевыхъ элементахъ, окрашивалъ ихъ въ бурокрасный цвѣтъ. На поперечныхъ разрѣзахъ сосудовъ замѣчено, что *intima* нерѣдко непосредственно окружена саркоматозными элементами. Капилляры въ разрѣзѣ часто оканчиваются въ видѣ овальныхъ или веретенообразныхъ съ ядрами элементовъ, не канализированныхъ еще кровяными шариками. Болѣе развитые кровеносные сосуды образуютъ широкопетлистую сѣть, въ промежуткахъ которой заложены круглоклѣточные элементы. Между уцѣлѣвшими мышечными волокнами также пучки и гнѣзда веретенообразныхъ и круглыхъ большихъ клѣтокъ. Нѣкоторыя волокна атрофировались и подвергались жировому перерожденію. Нигдѣ въ опухоли остеобласты и міелоплаксы не найдено.

Принимая во вниманіе круглыя, ясно контурованныя клѣтки, съ большими ядрами и ядрышками, присутствіе небольшого количества волокнистаго межклѣточного вещества, мы видимъ, что имѣемъ здѣсь дѣло съ опухолью соединительно-тканнаго типа, представляющей собою одинъ изъ періодовъ развитія эмбриональной соединительной ткани, которая не достигаетъ зрѣлости, нормальной для взрослого, соединительной ткани. Мы знаемъ, что соединительно-тканныя опухоли носятъ названіе по промежуточному веществу. Если промежуточное вещество встрѣчается въ большомъ количествѣ, то это—фиброма, если преобладаютъ клѣтки съ небольшимъ количествомъ соединительнаго вещества, то это—саркома, такъ какъ у насъ клѣтки превалируютъ надъ плотной соединительной тканью, то и у насъ *sarcoma*.

Микроскопическая реакція (отъ 33% раствора КНО ткань растворялась) исключаетъ міому. Далѣе значительное количество сосудовъ, множество геморрагическихъ гнѣздъ и ареолярное расположеніе пучковъ соединительной ткани говорятъ за то, что предлежитъ *sarcoma telangiectodes alveolare*.

Опредѣлить исходную точку новообразованія въ нашемъ случаѣ очень трудно; потому что опухоль заняла уже всю ручную кисть и узурировала кости, кромѣ того въ ней лишь немногіе участки уцѣлѣли отъ кровянистыхъ инфильтрацій и дегенеративныхъ измѣненій. По альвеолярному расположенію, богатству сосудами и нѣжными зернистыми клѣтками различной величины она всего болѣе напоминаетъ костно-мозговья, міелогенныя саркомы. Этиологическимъ моментомъ для новообразованія въ нашемъ случаѣ, несомнѣнно, былъ ушибъ съ раненіемъ верхнихъ покрововъ и межкостныхъ мышцъ, а можетъ быть также и пястныхъ костей. Кромѣ того, *habitus gracilis* нашего больного позволяетъ предположить у него усиленное предрасположеніе къ гиперплазіямъ гематогенныхъ тканей, тѣмъ болѣе, что въ анамнезѣ есть указаніе на кровохарканіе.

LIII. Fractura cranii.

Н. Дарагановъ.

18 сентября 1890 года въ городскую Александровскую больницу былъ доставленъ при полномъ отсутствіи сознанія Антонъ Загорюкинъ. Антонъ Загорюкинъ еще утромъ 18 сентября былъ на работѣ, но здѣсь упавшимъ тяжелымъ бревномъ на область затылка былъ сбитъ съ ногъ, такъ что упалъ лицомъ на землю, потерялъ сознаніе, послѣ чего и былъ отправленъ въ больницу.

Температура у больного—40,4, пульсъ—70, число дыханій—74. Зрачки сужены и слабо реагируютъ на свѣтъ. Чейнъ-Стоксово дыхательное явленіе. Туловище и конечности вытянуты. Мышцы ихъ напряжены. Тѣло больного стремится выпрямиться, что особенно рѣзко выдается, если больному придають сидячее положеніе. На лѣвой ногѣ иногда замѣчаются подергиванія. Пателлярные рефлексы повышены; имѣется явленіе голенно-стопаго клонуса.

На слѣдующій день, 19 сентября, больной опять безъ сознанія; t° 40,4; остальные симптомы исчезли. 20 сентября, при температурѣ 37,8 и при слабомъ и частомъ пульсѣ, послѣдовалъ exitus letalis. Вскрытіе—22 сентября.

Черепъ долихоцефалической; кости свода черепа утолщены, сильно склерозированы. На правой лобной кости, впереди соединенія съ чешуей височной кости, находится продолжающаяся до верхней полуокружности *fissurae orbitalis superioris* трещина. Такая же трещина, но меньшей величины, имѣется и на лѣвой половинѣ лобной кости; эта трещина расположена симметрично первой. Шовъ между лобной и правой височной костями зияетъ. Твердая мозговая оболочка напряжена, плотно сращена съ костями, подъ правой половиной лобной кости сѣровато-краснаго цвѣта и ворсиста на поверхности; такого же сѣровато-краснаго цвѣта она и на лѣвомъ полушаріи впереди *art. meningeae* близъ распила чешуи височной кости и на правомъ полушаріи въ области теменной доли. Вездѣ на упомянутыхъ частяхъ между *dura mater* и *arachnoidea* находятся

кровенные свертки*толщиною въ $1\frac{1}{2}$ мм. и менѣе. На границѣ лобной и темянной долей изъ вѣнь, при ихъ отдѣленіи отъ sinus falciformis вытягиваются тесьмовидные рыхлые кровяные свертки. На нижней поверхности лѣваго полушарія, на границѣ височной и затылочной долей мягкая мозговая оболочка покрыта клочковатымъ черно-краснаго цвѣта сверткомъ, при разрѣзѣ чрезъ который извилины мозга оказываются пропитанными кровью, въ видѣ темно-красныхъ точекъ и полосокъ. Всюду мягкая мозговая оболочка напряжена, венозно инъецирована, трудно отдѣляется; субъарахноидальные промежутки изглажены. Ткань мозга тѣстоватой консистенціи и въ лѣвомъ полушаріи ближе къ поверхности всюду пронизана красными полосками и точками. Твердая мозговая оболочка на основаніи черепа въ лѣвой половинѣ покрыта свертками. Передняя часть средней ямки черепа представляетъ рѣзкое темно-красное окрашиваніе костей. Въ періостѣ нижней стѣнки правой глазницы кнаружи отъ общаго влагалища сосудовъ и нерва находится въ видѣ темно-краснаго пятна кровензліаніе, величиною болѣе кедроваго орѣха. Сосуды основанія безъ измѣненій. Ткань мозжечка за исключеніемъ большаго малокровія лѣваго порушарія измѣненій не представляетъ.

Оба легкія плотно сращены съ грудной стѣнкой старыми ложными перепонками. Въ околосердечной сумкѣ небольшое количество прозрачной серозной жидкости. Нижняя доля лѣваго легкаго по заднему краю покрыта желтоватымъ фибринознымъ гнойнымъ налетомъ. Оба легкія мало спадаются, въ нижнихъ доляхъ синевато-краснаго цвѣта, въ верхнихъ—при переднихъ краяхъ слегка вздуты. Въ разрѣзѣ нижняя доля праваго легкаго представляетъ множественныя, величиною до лѣснаго орѣха и болѣе гнѣзда красной гепатизаціи, между которыми залегающая ткань венозно гиперемирована; при соскабливаніи съ поверхности разрѣза получается вязкая темно-краснаго цвѣта безъ пузырьковъ воздуха жидкость. Такія же гнѣзда, но меньшей величины, находятся и въ нижней долѣ лѣваго легкаго. Лѣвая верхняя доля при нижнемъ краѣ представляетъ въ разрѣзѣ гнѣздо сѣрой гепатизаціи, величиною въ ладонь, съ зеленоватымъ оттѣнкомъ, и дающее при соскабливаніи крошковатую сѣрую слизисто-гнойную, безъ пузырьковъ воздуха массу. Вездѣ на поверхности разрѣза лѣваго легкаго изъ бронховъ выступаютъ слизисто-гнойныя каили. Въ лѣвой верхней долѣ при переднемъ краѣ находится абсцессъ, величиною въ лѣсную орѣхъ.

Селезенка увеличена въ объемѣ. Капсула напряжена, тонка. Ткань въ разрѣзѣ довольно плотна, черно-краснаго цвѣта, при соскабливаніи даетъ незначительное количество крови.

Печень нормальнаго объема, кожиста, плотна. Поверхность темнокраснаго цвѣта съ сѣрымъ оттѣнкомъ. Границы долекъ изглажены. Почкіи малы. Капсула утолщена. Ткань кожиста, блѣдно-краснаго цвѣта. Граница между корковымъ и пирамидальнымъ слоемъ изглажена. Лоханки сжужены; около нихъ находится большое количество атрофированной зеленовато-желтаго цвѣта клѣтчатки.

Сердце въ правой половинѣ слегка увеличено въ объемѣ, умѣренно ожирѣвшее. Правая половина сердца растянута частью желтоватыми, частью кровянистыми фибринозными свертками. Правое венозное устье расширено. Pulmonalis широка, безъ измѣненій. Лѣвое предсердіе также растянuto свернувшейся

кровью. Endocardium фиброзно перерождено. Bicuspidalis натянута въ видѣ хорды. Стѣнки желудочковъ утолщены, темно-краснаго цвѣта. Клапаны аорты безъ измѣненій. Аорта при корнѣ сильно расширена, съ выпячиваніемъ въ правую сторону, съ мелкими бѣлыми склеротическими гнѣздами на студенистыхъ полупрозрачныхъ плоскихъ бляшкахъ интимы.

Желудокъ сжатъ. Тонкія кишки содержатъ густую слизь, смѣшанную съ большимъ количествомъ желчи. Слизистая оболочка тонка, бѣдна складками, сѣроватаго цвѣта. Толстыя кишки растянуты частью каловыми массами, частью газами. In recto на слизистой оболочкѣ находятся аспиднаго цвѣта пятна съ бѣловатыми узелками, величиною въ маковое зерно и болѣе.

Для микроскопическаго изслѣдованія было взято два кусочка изъ мозга, именно изъ нижней поверхности лѣваго полушарія на границѣ височной и затылочной долей; три—изъ легкихъ—изъ гнѣзда сѣрой гепатизаціи, красной и вблизи абсцесса, и одинъ кусочекъ былъ выпиленъ изъ лобной кости, въ мѣстѣ излома, вблизи соединенія ея съ чешуей височной кости, такъ что захваченъ былъ и шовъ.

Одинъ кусочекъ мозга былъ фиксированъ въ алкоголь, другой—въ Мюллеровской жидкости.

На разрѣзахъ препаратовъ изъ мозга, фиксированнаго въ Мюллеровской жидкости, найдены слѣдующія измѣненія:

Подпаутинныя пространства растянуты и набиты красными кровяными шариками. Изрѣдка здѣсь встрѣчаются безразличныя клѣтки. Такія же клѣтки повсюду встрѣчаются и въ веществѣ мозга. Въ послѣднемъ периваскулярныя пространства расширены и мѣстами наполнены красными кровяными шариками. Перичеллюлярныя пространства также расширены. Начиная съ поверхности мозга до слоя большихъ пирамидъ находимъ массу мелкихъ очаговъ, состоящихъ изъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Въ центрѣ очаговъ часто встрѣчаемъ просвѣтъ сосуда.

На препаратахъ, фиксированныхъ въ алкоголь, та же картина. Тѣмъ не менѣе здѣсь, вслѣдствіе того, что кровяные шарики обезцвѣчивались, а ткань мозга сморщилась, выступаютъ нѣкоторыя особенности, какихъ мы не видѣли въ предыдущихъ препаратахъ. На мѣстѣ очаговъ замѣчается густая сѣть фибринозно-волокнутого вещества. По периферіи очаговъ ткань мозга сдавлена, ганглиозныя клѣтки сморщены, безъ отростковъ, съ слабо окрашенными ядрами. Основное вещество мозга всюду имѣетъ зернисто-волокнутой видъ.

Кусочки изъ легкихъ фиксированы въ алкоголь.

При микроскопическомъ изслѣдованіи легкихъ найдено слѣдующее:

Альвеолы наполнены клѣточно-фибринознымъ экссудатомъ, состоящимъ, главнымъ образомъ, изъ безразличныхъ клѣтокъ и фибринозныхъ волоконъ, далѣе, изъ небольшого количества красныхъ кровяныхъ тѣлецъ,

большихъ кѣтокъ, наполненныхъ чернымъ пигментомъ, и эндотеліальныхъ кѣтокъ. На однихъ препаратахъ выступаютъ, главнымъ образомъ, кѣчочные элементы, на другихъ—фибринные волокна; далѣе, на однихъ препаратахъ альвеолы плотно набиты экссудатомъ, на другихъ—просвѣтъ альвеолъ наполненъ только на половину и даже менѣе; въ послѣднемъ случаѣ перегородки оказываются кѣточно-инфильтрированными. Бронхи также наполнены кѣточно-фибринозной массой. Ихъ цилиндрической эпителий всюду отслоенъ и мѣстами находится въ экссудатѣ. Составъ экссудата тотъ же, что и въ альвеолахъ. Въ просвѣтѣ нѣкоторыхъ бронховъ находимъ зернисто-волокнистыя неокрашенные массы или безъ кѣтокъ, или только съ небольшимъ количествомъ послѣднихъ. Въ альвеоларныхъ перегородкахъ и въ перибронхіальной ткани встрѣчается небольшое количество черного пигмента. При изслѣдованіи на бактеріи найдены стафилококки, разсѣянные въ большомъ количествѣ и въ ткани легкаго и въ содержимомъ альвеолъ.

Кусочекъ изъ кости сначала былъ положенъ на семь дней въ Мюллеровскую жидкость, а затѣмъ перенесенъ въ декальцинирующую жидкость.

На препаратахъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи, шовъ представляется въ видѣ фасцикулярной соединительной ткани, проходящей чрезъ длину всего препарата; мѣстами въ ткани шва разбросаны въ небольшомъ числѣ очаги красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Вблизи поверхности излома костныя тѣльца слабо окрашены; между тѣмъ по мѣрѣ удаленія отъ этой поверхности окраска костныхъ тѣлецъ отличается особою интенсивностью. Въ костномъ мозгу находимъ звѣздчатыя кѣтки, кѣтки, ничѣмъ не отличающіяся отъ лимфатическихъ тѣлецъ, большія зернистыя кѣтки, кѣтки желтовато-зеленаго цвѣта съ ядромъ и жировыя кѣтки, имбибированныя кровянымъ пигментомъ. Кромѣ того, здѣсь имѣются небольшіе очаги красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, кѣточно-фибринозные массы и сосуды гіалиновоперерожденные. Костныя пластинки какъ въ компактномъ, такъ и въ губчатомъ веществѣ измѣненіи, повидимому, не представляютъ.

Итакъ, на основаніи данныхъ макроскопическаго и микроскопическаго изслѣдованія мы должны поставить здѣсь слѣдующій діагнозъ: *Fractura cranii, haemorrhagia cerebri traumatica, pneumonia fibrinopurulenta lobularis.*

LIV. Typhus abdominalis.

Б. Орбантъ.

Больной Корнѣй Харьковченко, 38 лѣтъ, сапожникъ, поступилъ въ Александровскую больницу 18 сентября 1890 года съ жалобой на общую слабость, головную боль и повышенную температуру. Больной выше средняго роста, съ хорошо развитымъ костнымъ скелетомъ, мышечной системой и порядочно выраженной жировой клѣтчаткой. Въ легкихъ кромѣ сухихъ, свистящихъ хриповъ ничего не обнаруживается; сердце также не даетъ никакихъ измѣненій. Селезенка начинается отъ 8 ребра и продолжается до 11-го, выходя пальца на два за переднюю аксиллярную область; при пальпаціи не прощупывается. Печень нѣсколько поднята вслѣдствіе метеоризма и правое hypogastrium болѣзненно при давленіи. При пальпаціи на правую ileo-coecal-ную область имѣется ясно выраженный gargouillement и болѣзненность. Животъ вздутъ и чувствителенъ. Языкъ сухой, обложенъ сѣро-желтымъ налетомъ; аппетитъ отсутствуетъ; стулъ задержанъ. Т. 39°; пульсъ слабый, частый; общее состояніе угнетенное. Въ такомъ положеніи больной находился до 21 числа; во все это время температура держалась между 39°—40°. Въ ночь съ 21 на 22-е больному сдѣлалось чрезвычайно плохо; появилась разлитая острая боль по всему животу, сильная рвота, а 22 утромъ больной скончался.

Черепъ долихоцефалической, кости утолщены и склерозированы; мягкая мозговая оболочка венозно гиперимирована, отдѣляется съ трудомъ; ткань мозга желтоватаго цвѣта, блеститъ на поверхности разрѣза; въ правомъ полушаріи нѣсколько малокровнѣе, чѣмъ въ лѣвомъ. Сердце слегка увеличено въ поперечномъ размѣрѣ; правое венозное устье расширено; bicuspidalis слегка утолщена; полость лѣваго желудочка мала; стѣнка нормальной, почти одинаковой толщины какъ при верхушкѣ, такъ и при основаніи. Клапаны аорты при основаніи склерозированы; мускулатура дряблая, темно-краснаго цвѣта. Большіе сосуды тонкостѣнны, сильно эластичны; аорта при корнѣ слегка расширена; intima трупно имбибирована. Правое легкое сращено съ грудной стѣнкой, лѣвое свободно; оба объемисты, мало спадаются. На разрѣзѣ въ верхнихъ доляхъ даютъ кровянистую, мало пѣнистую, серозную жидкость; въ нижнихъ—жидкую, полусвернувшуюся кровь, въ особенности въ лѣвомъ легкомъ. Ткань всюду дряблая, кожистая; въ нижнихъ доляхъ пропитана въ видѣ обширныхъ черновато-красныхъ пятенъ. Нижняя доля праваго легкаго въ центральной части содержитъ уплотненіе неправильнаго очертанія, величиной болѣе лѣснаго орѣха, черновато-краснаго цвѣта. Въ верхушкѣ праваго легкаго замѣчаются втянутые рубцы, подъ которыми находится полуразмягченное казеозное гнѣздо, величиной болѣе лѣснаго орѣха, дающее кашицеобразную, полууплотнившую массу и окруженное меньшими гнѣздами волокнистаго заустѣнія, аспидно-чернаго цвѣта. Бронхіальныя железы верхней доли уплотнены, аспиднаго цвѣта, при соскабливаніи даютъ похожую на чернило жидкость. Articulatio sternoclavicularis (правое) въ состояніи полуанкилоза вслѣдствіе фибрознаго метаморфоза хрящей. Первый реберный хрящъ омѣловотворенъ. Селезенка увеличена въ объемѣ; капсула напряжена, тонкая; pulpa

равномѣрно чернаго цвѣта, легко выскабливается. Печень нормальной величины, кожиста въ разрѣзѣ, красновато-глинистаго цвѣта, безъ слѣда долекъ. Почки малы, плоски, слегка дольчаты; капсула тонкая, мѣстами отдѣляется съ трудомъ; ткань въ разрѣзѣ кожиста, свѣтло-краснаго цвѣта. Граница между корковымъ и пирамидальнымъ слоями слабо выражена. Лоханки слегка расширены, окружены атрофированной, грязно-желтаго цвѣта клѣтчаткой. *Peritoneum parietale et viscerale* всюду покрыто фибриознымъ налетомъ, смѣшаннымъ съ каловыми массами, по удаленіи которыхъ замѣчается сильно выраженное налитіе мелкихъ сосудовъ, частью въ видѣ мраморныхъ, частью въ видѣ сплошныхъ красныхъ пятенъ; въ полости *peritonei* находится умѣренное количество грязно-сѣраго, жидкаго эксудата. На свободномъ краѣ подвздошной кишки, на разстояніи около одного фута отъ слѣпой, находится отверстіе въ толщину гусиного пера съ грязными сѣро-красными некротическими краями, слегка отвороченными. Пальца на три надъ нимъ замѣчается на серозной оболочкѣ обширный желтый струпу; на слизистой оболочкѣ подвздошной кишки, начиная отъ *ileo-coecalis* складки до верхняго конца ея разсѣяны многочисленныя, частью правильнаго очертанія, величиной въ вишневу кочточку, частью неправильныя, полупоясныя язвы съ вывороченными мозговидно-сѣрыми краями. Нѣкоторыя изъ язвъ проникаютъ до мышечнаго слоя и глубже, имѣютъ гладкое дно; другія покрыты клочковатыми сѣровато-желтаго цвѣта струпами; между язвами разсѣяны такого же очертанія мозговидно-инфильтрированныя полупрозрачныя сѣрыя кучки солитарныхъ фолликуловъ. Слизистая оболочка тощей кишки отличается высокими, полупрозрачными, окрашенными въ равномѣрно желтый цвѣтъ складками. Желудокъ растянутъ грязно-черноватой жидкостью съ мелкими клочками, приставшими къ зернистой, лишенной складокъ сѣроватой слизистой оболочкѣ. Толстая кишки содержатъ жидкія каловыя массы. Въ брыжейкѣ находятся узлы до лѣснаго орѣха съ красными пятнами на серозномъ покровѣ и мелкими зеленовато-желтыми сухими гнѣздами подъ ними.

Для микроскопическаго изслѣдованія были предложены слѣдующіе органы, какъ имѣющіе наиболѣе близкое отношеніе къ главному заболѣванію: сердце, почки, печень, селезенка, стѣнка кишки, взятая въ области *coecum*, съ находящимися на ней язвами и лимфатическія железы изъ брыжейки, соответственно пораженной части кишки. Изъ первыхъ трехъ препараты дѣлались исключительно лишь расщипываніемъ; послѣдніе же, а равно куски изъ печени были предназначены къ уплотненію и заклѣлкѣ въ парафинъ; при чемъ, имѣя въ виду изслѣдованіе этихъ органовъ на микроорганизмы, куски были положены прямо въ абсолютный спиртъ. Пробывъ въ послѣднемъ двое сутокъ (спиртъ нѣсколько разъ обновлялся), они затѣмъ были перенесены на сутки въ кедровое масло, затѣмъ на сутки въ смѣсь ксилыла съ парафиномъ, оставаясь въ термостатѣ при $t^{\circ} 37^{\circ}$ и, наконецъ, опять на сутки въ смѣси туго и легко плавкаго парафина въ термостатѣ при температурѣ 52° . Затѣмъ они были заклѣпаны въ парафинъ.

Изслѣдованіе сердца на расщипанныхъ препаратахъ показало, что здѣсь имѣется легкая степень зернистаго помутнѣнія мышечныхъ волоконъ; зернышки эти представляются темными, сильно преломляющими свѣтъ и

находятся въ мышечныхъ волокнахъ, главнымъ образомъ около ядеръ. Поперечная полосатость выражена слабѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи; въ тѣхъ же мѣстахъ, гдѣ зернистость выражена гораздо значительнѣе, тамъ поперечная полосатость совершенно исчезаетъ и дѣлается невидимой.

Въ печени при изслѣдованіи можно было видѣть клѣтки, потерявшія частью зернистое помутнѣніе, частью жировое перерожденіе. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ зернистость до того рѣзко выражена, что ядра становятся невидимыми. Контуры отдѣльныхъ клѣтокъ различаются хорошо; сами клѣтки представляются слегка уменьшенными въ объемѣ.

При разсматриваніи препаратовъ изъ почекъ найдено, что мочевые каналыцы какъ кортикальнаго, такъ и пирамидальнаго слоевъ сильно растянуты, увеличены въ объемѣ; эпителий мочевыхъ каналцевъ содержитъ въ протоплазмѣ жировыя зернышки, мѣстами же подвергся лишь мутному набуханію. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ ядра съ трудомъ различались, въ другихъ же совсѣмъ не были видимы; контуры отдѣльныхъ клѣтокъ какъ бы ступевались; въ нѣкоторыхъ каналыцахъ можно было видѣть, что просвѣтъ ихъ сплошь выполненъ отпавшими подобными клѣтками; нѣкоторые же каналыцы, будучи совершенно лишены эпителия, состоятъ изъ однихъ лишь голыхъ *membrana propria*, представляясь въ видѣ слегка волнистыхъ, двухконтурныхъ линій, ограничивающихъ пустые просвѣты. Такія же явленія мутности, набуханія, ожирѣнія, десквамаціи можно было наблюдать въ эпителии клубочковъ.

Далѣе изслѣдованіе велось на препаратахъ, полученныхъ уплотненіемъ. Окраска дѣлалась или однимъ лишь метилен-блау или однимъ фуксиномъ, такъ какъ здѣсь имѣлась въ виду кромѣ изслѣдованія гистологической картины еще возможность констатировать присутствіе тифозныхъ бациллъ, которыя, какъ извѣстно, при способахъ двойной окраски дѣлаются невидимыми. Разрѣзы микротомомъ при приготовленіи препаратовъ изъ кишки дѣлались чрезъ всю толщю ея стѣнки перпендикулярно къ продольной оси кишки. При такихъ срѣзахъ удалось прослѣдить послойно всѣ тѣ измѣненія, которыя были вызваны этимъ патологическимъ процессомъ вообще и язвой въ частности.

Топографія язвы въ подвздошной кишкѣ подъ малымъ увеличеніемъ была такова: слизистая оболочка на большомъ протяженіи отсутствуетъ, въ другихъ мѣстахъ она представляется какъ бы изгрызенной и лишенной ворсинокъ; напротивъ по периферіи язвы можно было видѣть слизистую оболочку и сохранившіяся на ней ворсинки сильно инфильтрованными и набухшими. Здѣсь же у основанія ворсинокъ видны либеркиновы железы, которыя, будучи раздвинуты клѣточнымъ инфильтратомъ,

измѣнили свое нормальное положеніе и представляются поэтому поперекъ перерѣзанными съ видимыми одной—двумя клѣточками. Далѣе подслизистый слой представляется также мѣстами распавшимся; уцѣлѣвшія же сосѣднія части его также сильно инфильтрированы. Здѣсь же можно видѣть фолликулы, которые представляются расширенными во всѣхъ направленіяхъ съ сильно выраженной мозговидной инфильтраціей. Последняя проникаетъ глубже въ мышечный слой, проникая въ промежутки между волокнами, и идетъ еще дальше, инфильтрируя и serosam. Сосуды представляются сильно расширенными; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ имѣются экстравазаты.

Переходя затѣмъ къ изслѣдованію этихъ же препаратовъ подъ микроскопомъ съ большимъ увеличеніемъ, мы съ большою точностью могли рассмотреть явленія мозговидной инфильтраціи. Последняя не ограничивается исключительно фолликулярнымъ аппаратомъ кишки, но занимаетъ интерфолликулярную ткань слизистой оболочки, проникаетъ также и въ ткани подслизистаго и мышечнаго слоевъ и вплоть до серознаго покрова. Клѣтки эти большей частію походятъ на нормальныя клѣтки фолликулярной ткани; кромѣ однако численнаго увеличенія лимфатическихъ клѣтокъ, здѣсь можно было также наблюдать клѣтки большихъ размѣровъ, которыя значительно превосходятъ нормальныя лимфатическія клѣтки, содержать по нѣсколько ядеръ; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ препарата, главнымъ образомъ въ области фолликуловъ, встрѣчается то большое число свободныхъ ядеръ въ зернистомъ веществѣ, то распавшіяся, безъядерныя клѣтки. Мѣста эти плохо окрашиваются, почти сѣрыя и значительно разнятся по цвѣту отъ прочаго темно-синяго фона; эти мѣста суть некротическія гнѣзда. Сосуды, въ особенности волосные, сильно расширены, нѣкоторые изъ нихъ запружены красными кровяными шариками, другіе большимъ количествомъ бѣлыхъ тѣлецъ, волокнами фибрина; попадаютъ наконецъ и такіе, просвѣтъ которыхъ совершенно сдавленъ кучками находящихся снаружы бѣлыхъ тѣлецъ. Вотъ приблизительно та микроскопическая картина, которую намъ пришлось наблюдать при изслѣдованіи стѣнки кишки съ находящейся на ней язвой.

Совершенно аналогичную картину съ вышеописанной я находилъ также и при изслѣдованіи брыжеечныхъ железъ. Здѣсь также, какъ и въ фолликулахъ кишки, все дѣло сводилось къ усиленному развитію лимфатическихъ тѣлецъ въ фолликулярномъ веществѣ; здѣсь также, какъ и тамъ, можно было видѣть существованіе большихъ клѣтокъ (вслѣдствіе скучиванія этихъ клѣтокъ онѣ имѣютъ полиэдрическую форму; больше

всего я наблюдалъ ихъ въ лимфатическихъ синусахъ); наконецъ и здѣсь имѣлись ишемическія мѣста, гдѣ клѣтки представлялись въ видѣ безъядерныхъ глыбокъ, блѣдными, мутными, однимъ словомъ и здѣсь имѣлись участки коагуляціоннаго некроза. Соединительно-тканная основа железы за гиперплазіей клѣточныхъ элементовъ была невидима; въ тѣхъ же мѣстахъ, гдѣ, вслѣдствіе выпаденія лимфоидныхъ элементовъ, удавалось ее наблюдать, *reticulum* представлялось какъ бы слегка утолщеннымъ, гипертрофированнымъ; крупные сосуды также представляются сильно расширенными, съ большимъ скопленіемъ въ полости ихъ отпавшихъ клѣтокъ эндотелія, красныхъ кровяныхъ шариковъ, волоконъ фибрина и пр.

Говоря о микроскопической картинѣ препаратовъ селезенки, мнѣ приходится повторить то же, что я выше сказалъ относительно лимфатическихъ железъ и кишки. И здѣсь все дѣло сводится къ гиперпластическому процессу, къ явленіямъ размноженія и дѣленія селезеночныхъ клѣтокъ.

Сосуды также расширены, просвѣтъ ихъ также выполненъ тѣми же клѣточными элементами, какіе мы видѣли на вышеописанныхъ препаратахъ; трабекулы утолщены; здѣсь также имѣются громадныя клѣтки съ нѣсколькими ядрами, иногда же попадаются эти же большія клѣтки, но мутныя, совсѣмъ безъ ядра.

При изслѣдованіи препаратовъ печени найдено было, что вены печени, именно *venae centrales*, равно какъ и непосредственно прилегающіе къ нимъ капилляры расширены; столбики печеночныхъ клѣтокъ раздвинуты расширенными сосудами, а сами клѣтки представляются немного уменьшенными въ объемѣ; контуры отдѣльныхъ клѣтокъ хорошо различаются; клѣтки содержатъ въ себѣ зелено-желтыя зерна пигмента. Соединительная ткань, заложенная въ промежуткахъ долекъ, большей частью не измѣнена, мѣстами же можно видѣть въ ней блуждающія тѣльца и мелкоклѣточную инфильтрацію.

Кромѣ изслѣдованія патологическихъ измѣненій, въ тканяхъ насъ также еще интересовало обнаруженіе въ органахъ бактеріальныхъ формъ.

Срѣзы для этой цѣли окрашивались либо Лёффлеровскимъ растворомъ метиленовой синьки, будучи оставляемы въ немъ на 24 часа, либо слабымъ растворомъ карболь-фуксина по Цилю. При подобномъ способѣ окраски легче всего обнаруживаются, какъ извѣстно, тифозныя бациллы. Раньше однако изъ свѣжихъ органовъ (мозговидно инфильтрированнаго солитарнаго фолликула, изъ язвы кишки) были приготовлены препараты для изслѣдованія на тѣ же тифозныя бациллы. Препараты эти готовились слѣдующимъ образомъ: хорошо стерилизованнымъ ножомъ разрѣзывался фолликулъ или язва по срединѣ и содержимое,

взятое оттуда, размазывалось тонкимъ слоемъ на покровныя стеклышки. Послѣднія высушивались и подвергались окрашиванію метилен-блау или фуксиномъ; затѣмъ хорошо промытыя въ водѣ, они задѣлывались въ канадскій бальзамъ. Само собою разумѣется, что столь грубой манипуляціей, какъ вскрытіе фолликула или бляшки, хотя бы и хорошо стерилизованнымъ ножомъ, мы заносимъ съ поверхности кишки не мало чуждыхъ микроорганизмовъ, тѣмъ не менѣе для насъ было важно констатировать, хотя бы вмѣстѣ съ другими бактеріями, присутствіе также и тифозныхъ бациллъ.

Изслѣдуя эти препараты, мы находили на ряду съ массой другихъ бактеріальныхъ формъ, также характерныя тифозныя палочки. Замѣчательно то, что на препаратахъ, которые были приготовлены изъ язвы кишки, мнѣ не удалось наблюдать такихъ палочекъ, между тѣмъ какъ таковыя въ большемъ или меньшемъ числѣ находились на препаратахъ, сдѣланныхъ изъ мозговидно инфильтрированной бляшки или фолликула. Также точно, просматривая всѣ препараты [полученные уплотненіемъ] изъ кишки (препараты были сдѣланы изъ язвы кишки), я также ни разу не находилъ здѣсь описанныхъ палочекъ. Надо думать, что въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ процессъ зашелъ такъ далеко, что развились уже язвы и распадъ тканей, одновременно исчезаютъ и бациллы. Въ огромномъ количествѣ можно было наблюдать эти палочки на препаратахъ изъ селезенки, а въ особенности въ лимфатическихъ железахъ. Въ первой онѣ лежали безъ определенной локализаци, то цѣлыми группами, по ходу сосудовъ, то разбросанными отдѣльно между трабекулами; во второй онѣ большей частью занимаютъ лимфатическіе синусы. Микроорганизмы эти имѣютъ видъ палочекъ, которыя по величинѣ составляютъ $\frac{1}{3}$ краснаго кровяного шарика человека, тогда какъ длина ихъ въ 3 раза больше ихъ ширины. Концы ихъ отчетливо закруглены. Палочки эти, будучи открыты впервые Клебсомъ и Эбертомъ, считаются специфическими для брюшнаго тифа.

Такимъ образомъ изъ всей суммы данныхъ, которыя намъ удалось получить, для насъ наиболѣе важнымъ является послѣдній признакъ (присутствіе *Bacillus typhosus*), такъ какъ онъ намъ позволяетъ признать здѣсь случай брюшнаго тифа. Всѣ же другія измѣненія врядъ ли могутъ имѣть какое-либо рѣшающее значеніе въ этомъ вопросѣ, такъ какъ гистологическія картины, соотвѣтствующія тифозному процессу, не представляютъ никакихъ характеристичныхъ элементовъ для него. Дѣйствительно явленія клѣточной инфильтраціи, расширенія сосудовъ и пр. могутъ быть находимы и при простыхъ сильныхъ воспаленіяхъ кишечнаго канала, и при сильно выраженномъ фолликулярномъ энтеритѣ, могутъ быть наблюдаемы и язвы, которыя также могутъ проникать до мышечнаго слоя и даже глубже, доходя до перфораци. То же самое должно быть сказано и о селезенкѣ; послѣдняя можетъ давать одинаковую гистологическую картину при многихъ другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ. Что же касается тѣхъ

большихъ клітокъ, которыя я находилъ при изслѣдованіи и въ селезенкѣ, и въ лимфатическихъ железахъ, и въ кишкѣ, то и онѣ врядъ ли могутъ считаться специфическими для брюшного тифа, какъ это считаетъ Риндфлейшъ, называя ихъ даже тифозными клітками. Справедливость подобнаго воззрѣнія оспаривается многими другими наблюдателями, которые встрѣчали такія же клітки и при другихъ гиперпластическихъ и воспалительныхъ состояніяхъ лимфатическихъ аппаратовъ.

Совокупность всѣхъ этихъ данныхъ, какъ то: одновременное пораженіе всѣхъ лимфатическихъ аппаратовъ (селезенка, лимфатическіе аппараты слизистой оболочки кишки, брыжеечныя железы), сильно выраженная мозговидная инфильтрація въ особенности лимфатическихъ аппаратовъ слизистой оболочки кишки и, что самое главное, нахожденіе *bacillus typhosus*, даютъ намъ полное право заключить, что мы имѣли здѣсь дѣло съ брюшнымъ тифомъ. Большое подтвержденіе высказываемому нами мнѣнію мы найдемъ, если обратимся къ макроскопическому виду язвъ, локализациі пораженія кишечника и къ контрольнымъ изслѣдованіямъ на другія бактеріи. Извѣстно, что брюшной тифъ гнѣздится главнымъ образомъ въ подвздошной кишкѣ, откуда даже синонимъ для *typhus abdominalis*—*ileothyphus*; затѣмъ края тифозныхъ язвъ большей частью выворочены надъ дною; дно ихъ большей частью гладкое. Всѣ эти описываемыя измѣненія имѣются въ нашемъ случаѣ. Наконецъ, чтобы исключить туберкулезныя язвы, были приготовлены препараты специально для изслѣдованія на Коховскія бациллы и результаты получились отрицательные.

Гистологическая картина измѣненій во всѣхъ упомянутыхъ лимфатическихъ органахъ отличается крайнимъ однообразіемъ и по всей вѣроятности вызывается одной и той же причиной, каковою здѣсь можно считать *bacillus typhosus*. Послѣдній, попадая въ организмъ именно въ кишечникъ (я придерживаюсь того взгляда, что инфекція брюшного тифа вступаетъ въ организмъ не чрезъ дыхательные пути изъ атмосферы), укрѣпляется въ его стѣнѣ, поражая ту часть кишечника, гдѣ особенно развитъ лимфатическій аппаратъ. Играя въ организмѣ роль чужого и вмѣстѣ съ тѣмъ вреднаго начала, эти бактеріи вызываютъ въ фолликулахъ картину воспаления, сопровождающуюся сильно выраженнымъ гиперпластическимъ процессомъ, чрезмѣрнымъ развитіемъ и размноженіемъ ихъ кліточныхъ элементовъ (паренхимныхъ клітокъ). Послѣднія необыкновенно быстро растутъ и подвергаются дѣленію послѣ предварительнаго размноженія ихъ ядеръ. Благодаря этому увеличенію и громадному размноженію клітокъ, фолликулы растягиваются по всѣмъ направленіямъ. Процессъ новообразованія не ограничивается железистыми органами, зна-

чительные отдѣлы сосѣдней слизистой оболочки также вовлекаются въ эти измѣненія и инфильтрируются размножающимися клѣтками; фолликулы растягиваются и въ глубину, оттѣсняя на пути встрѣчающіяся ткани, и одновременно съ тѣмъ новообразованныя клѣтки проникаютъ чрезъ мускульный слой въ подсерозную ткань и даже въ серозную оболочку.

Затѣмъ въ фолликулахъ возникаютъ отдѣльныя некротическія гнѣзда, появленіе которыхъ можетъ быть объяснено или вообще нарушеннымъ кровообращеніемъ, или же дѣйствіемъ химически вредныхъ для клѣточныхъ элементовъ продуктовъ жизнедѣятельности бактерій, или же просто тѣмъ, что бактеріи, вѣдряясь въ клѣтки, начинаютъ питаться на счетъ ихъ клѣточного вещества. Надо думать, что въ этомъ направленіи скорѣе всего дѣйствуетъ совокупность всѣхъ этихъ трехъ вышепоименованныхъ факторовъ. Вслѣдствіе такихъ гнѣздъ образуются струны, которые, отпадая уже чисто механическимъ путемъ даютъ начало язвѣ. Само собою разумѣется, что въ тѣхъ случаяхъ, когда некротическій процессъ имѣетъ мѣсто во всѣхъ слояхъ кишки, легко появляются благоприятныя условія для образованія перфораціоннаго отверстія, что и имѣло мѣсто въ нашемъ случаѣ.

Начавъ свое разрушительное дѣйствіе прежде всего въ стѣнкѣ кишки, бактеріи затѣмъ съ соковымъ потокомъ проникаютъ въ мезентеріальныя железы. Оттуда уже онѣ попадаютъ въ кровь, а чрезъ нее и въ другіе органы, изъ которыхъ предпочитаютъ главнымъ образомъ селезенку. Дѣйствительно на препаратахъ я могъ отлично наблюдать, что въ лимфатическихъ железахъ бациллы группируются главнымъ образомъ по лимфатическимъ ходамъ, лимфатическимъ синусамъ, въ то время какъ въ селезенкѣ онѣ находятся исключительно по ходу кровеносныхъ сосудовъ.

Что касается тѣхъ измѣненій, которыя были наблюдаемы въ прочихъ органахъ (сердце, печень, почка), то они могутъ быть разсматриваемы, какъ явленія послѣдовательныя, находящіяся въ зависимости отъ высокой температуры, теченія болѣзни. Дѣйствительно такія измѣненія (*nephritis desquamativa*, *parenchymatosa*, зернистое перерожденіе сердца, печени) могутъ быть наблюдаемы при многихъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ.

LV. Typhus abdominalis.

И. Зурабовъ.

Изъ краткой „исторіи болѣзни“ мы узнаемъ, что больной Анфимъ Малыгинъ поступилъ въ Александровскую больницу 31 августа 1890 г. съ жалобой на жаръ, ознобъ и слабость, которые продолжались уже семь дней. Относительно лихорадочныхъ явленій больной передавалъ, что утромъ бываетъ ознобъ, не особенно впрочемъ сильный, а затѣмъ жаръ. Объективное изслѣдованіе обнаружило слѣдующее. Больной выше средняго роста, съ хорошо развитой костной и мышечной системами и подкожнымъ жирнымъ слоемъ. Въ легкихъ, кромѣ небольшого количества сухихъ хриповъ, не найдено ничего. Сердце въ нормальныхъ предѣлахъ; шумовъ не имѣется. При перкуссии живота замѣчается притупленно-тимпанический звукъ въ ileosocoal'ной области; тамъ же имѣется боль и ileosocoal'ный шумъ. Печень увеличена. Селезенка прощупывается, представляется увеличенной. Кожа горяча и суха. На животѣ и груди находятся высыпанія (розеолы). Температура повышена. Пульсъ слабый и частый. На основаніи приведенныхъ данныхъ былъ поставленъ діагнозъ брюшного тифа. Въ продолженіе болѣзни температура колебалась между $39,3^{\circ}$ — 41° . Теченіе болѣзни представлялось въ такомъ видѣ, что со 2-го сентября больному, повидимому, стало легче, въ смыслѣ улучшенія его самочувствія и уменьшенія боли въ ileosocoal'ной области, хотя жаръ и головная боль продолжались, а стулъ былъ жидокъ. Седьмого и восьмого числа температура вечерняя доходила до 41° безъ особыхъ угрожающихъ симптомовъ. Съ 9-го сентября наступило, повидимому, рѣзкое измѣненіе къ худшему: „сильныя боли во всемъ животѣ, животъ напряженъ и въ высшей степени болѣзненъ при дотрогиваніи: всюду получается тимпанический звукъ. Были четыре жидкихъ стула и позывы на рвоту. Температура значительно повышена. Пульсъ слабый и частый. Больной жалуется на головную боль“. 11 сентября, сверхъ того, были замѣчены кровянистыя испраженія. Сильныя боли въ животѣ. Большой упадокъ силъ. 12-го вечеромъ больной скончался.

Кости свода истончены, малокровны; diploë слабо развито. Мягкая мозговая оболочка умѣренно венозно гиперемирована, отдѣляется легко. Ткань мозга плотнѣе нормальной, съ многочисленными красными точками и полосками на поверхности разрѣза. Сосуды основанія безъ измѣненій. Сердце нормальнаго объема, плоско; правая половина умѣренно растянута, содержитъ черновато-красные кровяные свертки; endocardium сѣро-пенельнаго цвѣта; стѣнка желудочка дряблая, также трудно окрашена въ черновато-красный цвѣтъ; pulmonalis тонкостѣнна; стѣнка лѣваго желудочка дряблая, малокровная. Аорта узкая, тонкостѣнна. Діафрагма сильно приподнята. Оба легкія объемисты, не спадаются; при переднихъ краяхъ пушисты и малокровны; по переднему краю въ разрѣзѣ даютъ умѣренное количество пѣнистой, кровянистой жидкости. Periton. pariet. и visceral. мутно, покрыто сѣровато-желтымъ, гноевиднымъ, съ каловымъ запахомъ экссудатомъ, преимущественно между петлями кишекъ. На разстояніи около 2-хъ футовъ отъ слѣпой кишки, на свободномъ краѣ ilei, находятся щелевидныя отверстія,

толщиною въ* гусиное перо, освобождающія жидкія каловыя зеленовато-сѣраго цвѣта массы. Слизистая оболочка желудка аспиднаго цвѣта, бородавчата. Слизистая оболочка тощей кишки также аспиднаго цвѣта, съ высокими полупрозрачными складками. На слизистой оболочкѣ ilei по всему протяженію разсыяны въ верхнихъ частяхъ мозговидно-припухшія, сѣровато-бѣлаго цвѣта, съ отдѣльными фолликулярными язвами, Пейеровы бляшки. Въ средней части язвы—на Пейеровыхъ бляшкахъ—частію прикрыты зеленовато-желтыми сухими струпами и обширныя, величиною до кедроваго орѣха, какъ бы фолликулярныя язвы, съ мозговиднымъ сѣрымъ дномъ и развороченными краями; а въ нижней части такія же, какъ въ средней части, язвы, проникающія до мышечнаго слоя. Уцѣлѣвшая слизистая оболочка припухшая, сѣроватаго цвѣта, съ темно-красными пятнами по верхушкамъ складокъ по окружности язвъ. Брыжеечныя железы сильно увеличены. Изъ нихъ ближайшія къ ileosocoal'ной складкѣ черновато-краснаго цвѣта, съ просвѣчивающими сквозь брышину желтыми некротическими струпами. Толстая кишка на всемъ протяженіи растянута газами и каловыми массами, которыя въ нисходящей части перемѣшаны съ кровью. Селезенка увеличена, дряблая, черновато-краснаго цвѣта, съ такими же звѣздчатыми пятнами на поверхности разрѣза. Печень увеличена въ толщину, края закруглены, на разрѣзѣ грязнаго, сѣро-коричневаго цвѣта, безъ слѣда долекъ, съ аспиднаго цвѣта пятнами по окружности сосудовъ. Почки увеличены въ объемѣ, слегка дольчаты, капсула легко отдѣляется, ткань въ разрѣзѣ тѣстоватой плотности, равномерно блѣдно-краснаго цвѣта. Лоханки умѣренно расширены; сосочки сглажены. Въ лоханкахъ содержится сѣровая, эмульсивная жидкость. Мочевой пузырь полусжатъ, содержитъ незначительное количество прозрачной мочи темнаго цвѣта. Мышцы туловища и конечностей сухи, темно-краснаго цвѣта.

Микроскопическому изслѣдованію подвергались пораженныя части кишечника, печень, брыжейка и селезенка. На свѣжихъ органахъ сдѣлано изслѣдованіе на бациллы, каковыя и были найдены. Была произведена культура этихъ бациллъ въ цѣляхъ доказательства тождественности ихъ съ бациллами брюшного тифа и дала положительные результаты. На уплотненныхъ и окрашенныхъ на бациллы метиленовой синькой препаратахъ изслѣдованіе показало слѣдующее. Въ препаратахъ изъ кишечника бациллы не были найдены; по крайней мѣрѣ намъ не удалось ихъ тамъ обнаружить, что не представляется особенно удивительнымъ, такъ какъ при образованіи язвъ и распада тканей, по признанію авторовъ, временно погибаютъ и бациллы. Зато намъ удалось найти цѣлыя агрегаты подобныхъ бациллъ въ брыжейкѣ, въ печени и селезенкѣ. Эти бациллы, какъ мы убѣдились по собственному опыту, не окрашиваются въ двойныя краски, но хорошо воспринимаютъ метиленовую синьку. Кучки подобныхъ бациллъ подъ микроскопомъ при маломъ увеличеніи представляются намъ болѣе интенсивно окрашенными, сравнительно съ окружающимъ блѣдно-синимъ фономъ. Подъ иммерсіонной системой мы замѣ-

чаемъ, что кучки эти неправильнаго очертанія, какъ бы сѣтчататаго строе-
нія, при чемъ бациллы до того густо сплочены въ центрѣ, что лишь на
периферіи кучекъ возможно бываетъ различать ихъ въ отдѣльности. Ба-
циллы эти по величинѣ своей равны, приблизительно, одной трети крас-
наго кровяного шарика и во всякомъ случаѣ значительно меньше сосѣд-
нихъ лимфоидныхъ клѣтокъ; имѣютъ палочкообразную, цилиндрическую
форму, съ длиною, вдвое или втрое превосходящей ширину. Въ кучекъ
бациллы попадаютъ рѣдко. Самыя кучки располагаются въ нѣкоторомъ
отдаленіи другъ отъ друга.

Относительно собственно микроскопической картины органовъ,
уплотненныхъ и соотвѣтственно окрашенныхъ, нужно сказать слѣдующее.
Въ препаратахъ изъ кишечника замѣчается: отпаденіе эпителія со слизи-
стой оболочки, плохая окраска послѣдней и, повидимому, омертвѣніе ея
вокругъ язвъ. Язвы проникаютъ чрезъ слизистую и частью подслизистую
ткани; подъ язвами замѣчается нерѣдко густое скопленіе темно окрашен-
ныхъ клѣтокъ, похожихъ на гнойные шарики, расширение сосудовъ, наби-
тыхъ красными кровяными шариками, и иногда тромбозъ сосудовъ, а во-
кругъ сосудовъ инфильтрація клѣтками. Вообще инфильтрація клѣточ-
ными элементами (лимфоидными) занимаетъ почти все слои кишечной
стѣнки: въ особенности въ подслизистой, частію межмышечной, а равно
и serosam. На поверхности serosae мѣстами видно, сверхъ того, отложе-
ніе фибрина. Въ препаратахъ изъ брыжейки замѣчается гиперплазія клѣ-
токъ на ряду съ плохо окрашенными, повидимому, некрозирующимися
участками ткани. Въ печени видимъ альбуминное набуханіе печеночныхъ
клѣтокъ, увеличеніе ихъ ядеръ. Въ интерстиціальной ткани грануляціон-
ные процессы въ видѣ большихъ скопленій лимфоидныхъ клѣтокъ, осо-
бенно вокругъ сосудовъ. Въ печеночныхъ клѣткахъ находятся вакуолы,
которыя можно разсматривать, какъ признаки бывшей жировой инфиль-
траціи. Въ селезенкѣ, повидимому, увеличеніе мальпигіевыхъ тѣлецъ вслѣд-
ствіе гиперплазіи: лучше окрашенные клѣтки суть, вѣроятно, молодыя
клѣтки, принадлежащія мальпигіевымъ тѣльцамъ, плохо окрашенные—
суть клѣтки старыя.

Итакъ, принимая во вниманіе результаты микроскопическаго, макро-
скопическаго и частью клиническаго изслѣдованій, мы должны признать
предстоящій случай за брюшной тифъ (*typhus abdominalis*, осложнившійся
въ заключеніе перфоративнымъ перитонитомъ. Данныя микроскопическаго
изслѣдованія сводятся въ главныхъ чертахъ къ нахожденію: характерныхъ
бациллъ брюшнаго тифа (бациллы Эберта), язвъ въ кишечникѣ съ ин-

филтраціей слоевъ, альбуминнаго набуханія печеночныхъ клѣтокъ съ увеличеніемъ ядеръ, жировой инфильтраціи въ печени и гиперпластическихъ процессовъ въ селезенкѣ и брыжейкѣ. Изъ данныхъ же, полученныхъ макроскопически, при вскрытіи трупа обращаютъ на себя вниманіе: мозговидно-припухшія, сѣровато-бѣлаго цвѣта Пейеровы бляшки, съ отдѣльными фолликулярными язвами въ верхней части ilei, многочисленныя язвы частью прикрыты зеленовато-желтыми струпами (средняя часть ilei), частью обнаженныя, съ мозговиднымъ сѣрымъ дномъ и развороченными краями язвы, которыя въ нижней части ilei доходятъ до мышечнаго слоя и изъ которыхъ нѣкоторыя повели даже къ прободенію кишечника съ опорожненіемъ содержимаго въ брюшную полость и послѣдовательнымъ воспаленіемъ брюшины, отъ котораго зависитъ упомянутое отложеніе фибрина на serosa.

LVI. Carcinoma corneum malae.

С. Эдельманъ-Левинъ.

Большой Яковъ Гусаковъ, поступилъ въ клинику 13 сентября 1890 года, жалуясь на опухоль въ области лѣвой щеки. При объективномъ изслѣдованіи оказалось: на лѣвой щекѣ опухоль, не рѣзко ограниченная, занимаетъ пространство приблизительно отъ задняго края m. masseter до угла рта спереди, и отъ m. levator anguli oris сверху, почти до нижняго края maxillae inferioris снизу. Кожа на всемъ протяженіи опухоли сине-багроваго цвѣта. По срединѣ опухоли находится грибовидное возвышеніе съ рѣзко очерченными высоко поднятыми краями. Оно въ центрѣ лишено кожицы и при надавливаніи выдѣляетъ гноевидную жидкость съ примѣсью крови; по окраинамъ этого грибовиднаго нароста разбросаны многочисленные сосочки бѣлаго цвѣта, которые выступаютъ яснѣе при сдавливаніи съ краевъ. Нѣсколько ниже расположено еще одно такое же возвышеніе, только слабѣе выраженное. На разстояніи одного пальца влѣво замѣчается бугоръ, мѣсто происхожденія и распространенія всей опухоли (по словамъ больного). In vestibulo oris, мы находимъ на слизистой оболочкѣ бляшкообразную припухлость краснаго цвѣта и бугристость. Наощупъ опухоль оказывается довольно плотной консистенціи съ неровной поверхностью. Она почти не болѣзненна, вполне подвижна и не сращена съ maxilla inf., тѣмъ не менѣе больной съ трудомъ раскрываетъ ротъ и то не совсѣмъ. Опухоль метастазовъ еще не дала. Больной здороваго тѣлосложенія, съ хорошо развитой мускулатурой. Внутренніе органы вполне нормальны; отравленія физиологическія—тоже. У больного, не смотря на его преклонный возрастъ, волосы хорошо сохранились и даже не посѣдѣли.

Больному 60 лѣтъ отъ роду, служить кочегаромъ. Въ маѣ мѣсяцѣ 1890 г. появилась у него на лѣвой щекѣ шишка, величиною съ грецкій орѣхъ, совершенно не болѣзненная. Онъ обратился въ Люботинскую желѣзно-дорожную больницу, гдѣ ему удалили почему-то два послѣднихъ коренныхъ зуба, которые ему

Проф. Крыловъ. Школьная хроника. 1890 г.

не причиняли никакой боли. Въ юнѣ мѣсяцѣ шишка сдѣлалась болѣзненной. Онѣ обратился въ ту же больницу, и ему тамъ сдѣлали разрѣзъ шишки и наложили какой-то пластырь зеленого цвѣта. Облегченія, однако, больной не чувствовалъ. Видя, что боли не унимаются, а шишка все продолжаетъ расти, больной самъ мазалъ ее деревяннымъ масломъ, которое доставляло ему облегченіе. Затѣмъ въ августѣ мѣсяцѣ опухоль достигла такой величины, что замѣтно мѣшала ему принимать пищу и сильно его беспокоила. И вотъ онѣ, по совѣту своего начальства, отправился въ хирургическую клинику профессора Грубе, куда и поступилъ 13 сентября. Больной чувствуетъ себя вообще очень хорошо; болѣзней никакихъ не переносилъ, за исключеніемъ 10-недѣльной лихорадки въ 1855 г. во время Севастопольской кампаніи. Больной заявилъ, что въ теченіе послѣдняго мѣсяца у него часто болитъ голова. Родители его, братья, сестры, жена совершенно здоровы и ничѣмъ не болѣли. Операция произведена 4 октября.

Макроскопически опухоль представляется плотной, неправильной формы, бугристой, величиною почти въ куриное яйцо. Поверхность разрѣза блѣдно-краснаго цвѣта, мѣстами желтаго. Съ поверхности разрѣза соскабливается весьма небольшое количество мутнаго сока.

При микроскопическомъ изслѣдованіи препаратовъ, полученныхъ соскабливаніемъ съ поверхности разрѣза сейчасъ послѣ операции, мы нашли массу плоскихъ эпителиальныхъ клѣтокъ, многія изъ нихъ содержатъ по 2—3 ядра, что можетъ служить доказательствомъ быстрого размноженія. Мѣстами эти клѣтки скучены въ видѣ жемчужинъ съ ясно выраженнымъ концентрическимъ наслоеніемъ. Помимо этихъ эпителиальныхъ клѣтокъ, имѣлась въ полѣ зрѣнія цѣлая масса мелкихъ круглыхъ клѣтокъ, величиною въ обыкновенное бѣлое кровяное тѣлце; далѣе, красные кровяные шарики, изъ которыхъ многіе хорошо сохранились.

Для изслѣдованія взяты были кусочки опухоли, какъ со стороны слизистой оболочки, такъ и со стороны кожи щеки на границѣ съ здоровой кожей и изъ узловъ.

При разсматриваніи подъ микроскопомъ задѣланныхъ въ парафинъ и окрашенныхъ (пикрокарминомъ [и метиленовой синькой]) препаратовъ, взятыхъ со стороны слизистой оболочки, намъ представилась слѣдующая картина: эпителий слизистой оболочки мѣстами только гипертрофированъ, мѣстами же атипически разрастается, вѣдряясь глубоко въ видѣ эпителиальныхъ стержней. Кромѣ этихъ стержней, имѣющихъ непрерывную связь съ эпителиемъ слизистой оболочки, встрѣчаются также изолированные эпителиальные стержни, которые, равно какъ и вышеупомянутые стержни, состоятъ больше всего изъ крупнаго полиморфнаго плоскаго эпителия. Въ этихъ эпителиальныхъ стержняхъ встрѣчаются часто луковицы, въ которыхъ концентрически располагаются слои эпителия, большая часть ко-

торыхъ подверглась роговому метаморфозу. Эти эпителиальныя образованія на препаратахъ, окрашенныхъ какъ сказано, рѣзко отличаются своимъ желтымъ цвѣтомъ отъ окружающей ткани. Что же касается степени разраженія, то въ нѣкоторыхъ мѣстахъ можно видѣть, что группы клѣтокъ вращались не только въ подслизистую соединительную ткань, но и въ мышечную, раздвигая мышечныя волокна. Послѣднія вслѣдствіе давленія со стороны эпителиальныхъ разраженій и расстройства кровообращенія подверглись атрофіи съ жировымъ перерожденіемъ, почему эти волокна и оказываются мѣстами уменьшенными въ поперечникѣ, исчерченность и ядро ихъ отсутствуютъ, и волокна набиты жировыми зернышками (эфиръ и спиртъ). *Glandulae buccales* измѣнены: просвѣтъ ихъ какъ бы исчезъ, расположеніе клѣтокъ не такое правильное, какъ въ нормальной железнѣ, клѣтки железистыя начинаютъ приближаться къ формѣ клѣтокъ, заложенныхъ въ соединительной ткани.

На препаратахъ, взятыхъ со стороны кожи щеки, эпителий кожи мѣстами не измѣненъ, мѣстами же гипертрофированъ, такое же впечатлѣніе производятъ и слюнные железы, гипертрофія ихъ замѣчается только въ нѣкоторыхъ железахъ и то незначительная. Потовыя железы не представляютъ отступленій отъ нормы. Во многихъ мѣстахъ встрѣчаются волосы съ ихъ корнями, перерѣзанными въ продольномъ и поперечномъ направленіи, при чемъ они нисколько не измѣнены и, повидимому, не участвуютъ въ процессѣ. Около слюнныхъ железъ и глубже мы находимъ массу эпителиальныхъ гнѣздъ, при чемъ эти гнѣзда на препаратахъ окрашенныхъ представляются желтыми и содержатъ эпителиальныя луковичи. Нѣкоторыя изъ этихъ эпителиальныхъ гнѣздъ какъ бы заключены въ полости, выстланныхъ веретенообразными клѣтками, ядра которыхъ окрашены, между тѣмъ какъ эпителиальныя клѣтки, залегающія въ полостяхъ, не окрашиваются и своимъ желтымъ цвѣтомъ рѣзко отличаются отъ периферического слоя. Эпителиальныя клѣтки, входящія въ составъ этихъ луковичъ, имѣютъ различную величину и форму, въ центрѣ онѣ приблизительно круглыя, а къ периферіи все болѣе или менѣе плоски, что можетъ быть объяснено вліяніемъ давленія, обусловленнаго съ одной стороны ростомъ, а съ другой—виѣшнимъ сопротивленіемъ. Вокругъ этихъ эпителиальныхъ разраженій происходитъ гиперпластическій процессъ соединительной ткани съ инфильтраціею грануляціонными элементами, а также новообразованіе въ ней сосудовъ.

Изъ микроскопическаго изслѣдованія видно, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ новообразованіемъ, происшедшимъ путемъ разраженія эпителия

слизистой оболочки полости рта, при чемъ этотъ эпителий разросся за предѣлы своихъ нормальныхъ границъ, въѣдраясь глубоко въ видѣ стержней, состоящихъ, главнымъ образомъ, изъ плоскихъ клѣтокъ и заключающихъ въ центрѣ, такъ называемыя, луковичы съ ясно выраженнымъ роговымъ метаморфозомъ. Рядомъ съ атипическимъ развитіемъ эпителиальныхъ элементовъ находится новообразованная соединительная ткань. Эти данныя, равно какъ и макроскопическія измѣненія, даютъ намъ право предполагать здѣсь канкроидъ, а именно *carcinoma corneum planum*. Этотъ видъ карциномъ, хотя доброкачественнѣ истинныхъ карциномъ (онъ не даетъ метастазовъ въ отдаленныхъ органахъ), тѣмъ не менѣ принадлежитъ къ злокачественнымъ новообразованіямъ, потому что въ большинствѣ случаевъ уже въ теченіе года рубецъ дѣлается мѣстомъ новаго аналогичнаго опухолеваго новообразованія, или близлежащія лимфатическія железы вовлекаются въ страданіе.

Исторію развитія этой болѣзни у нашего больного, на основаніи рассмотрѣнныхъ препаратовъ, мы себѣ представляемъ въ слѣдующемъ видѣ: дѣло началось съ гипертрофіи и раздраженія эпителия слизистой оболочки полости рта. Эпителиальные клѣтки, увеличиваясь въ числѣ, стали раздражать подлежащую соединительную ткань, вызывая въ послѣдней прогрессивные процессы, состоящіе въ инфильтраціи круглыми клѣтками. Это, производя разрыхленіе подлежащей ткани, благопріятствовало росту эпителиальныхъ стержней. При такихъ условіяхъ началось атипическое раздраженіе эпителия. Этотъ послѣдній всталъ въ видѣ стержней, которые мѣстами еще непрерывно связаны съ поверхностнымъ слоемъ, мѣстами же отшнуровались и лежатъ свободно,—между пучками соединительной ткани,—и проникъ до наружной поверхности щеки. Вслѣдствіе постепеннаго роста эпителия произошло сдавленіе окружающей соединительной ткани, а вмѣстѣ съ ней и сдавленіе сосудовъ—разстройство кровообращенія, что повлекло за собой обратныя превращенія и изъязвленія.

LVII. Carcinoma verum uteri.

М. Крацбарштъ.

Большая Парасковья Маргунова крестьянка, 50-ти лѣтъ отъ роду, явилась въ Александровскую больницу съ жалобой на кроветеченія и боли, появившіяся два мѣсяца тому назадъ. Кроветеченія эти явились послѣ шестилѣтняго отсутствія регулъ. До климактерическаго періода регулы были правильнаго типа. Имѣлось 2-ое родовъ, выкидышей не было. Больная средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, съ признаками анеміи. Лимфатическая система въ предѣлахъ нормы. Признаковъ lues'a не имѣется.

Со стороны внутреннихъ органовъ ничего аномальнаго не замѣчается. Животъ податливъ, черезъ брюшные покровы ничего не ощущивается. Давленіе въ паховыхъ областяхъ вызываетъ ощущеніе боли въ соответственныхъ мѣстахъ. Со стороны наружныхъ половыхъ органовъ ничего аномальнаго не замѣчается. На передней стѣнкѣ влагалища на разстояніи 2-хъ сант. въ глубь отъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала по обѣимъ сторонамъ отъ средней линіи находятся два полипообразныхъ разраженія, покрытыхъ частью блѣдной гладкой слизистой оболочкой, а частью красной мелкобугристой сочной, кабъ бы гранулирующей тканью. Влагалищная часть матки цилиндрической формы и сильно увеличена. Наружный зѣвъ пропускаетъ палецъ, края зѣва истончены. Въ каналѣ шейки прощупывается бугристое тѣло, повидимому, не связанное со стѣнками влагалищной части. Края наружнаго отверстія можно подвигать на тѣло такъ, что послѣднее выдается изъ канала шейки.

Дно матки при двойномъ комбинированномъ изслѣдованіи прощупывается подъ лобкомъ. Все тѣло матки, повидимому, отклонено вправо. Подвижность ея слабо ограничена. При болѣе глубокой пальпациі въ области дна матки констатируется сѣдло-образная ямка, ограничивающая лежащее въ правой половинѣ подвздошной области, шаровидное тѣло, въ нижнихъ частяхъ вполнѣ сливающееся съ тѣломъ матки. Придатковъ матки прощупать не удастся. 24 апрѣля сего года подъ хлороформомъ изъ матки была удалена при помощи большой острой ложки бугристая, мѣстами распавшаяся, величиной въ половину кулака новорожденнаго опухоль; при чемъ той же ложкой было сдѣлано послѣдовательное выскребаніе дна матки въ томъ мѣстѣ, откуда исходила опухоль. Затѣмъ ножницами были срѣзаны разраженія, находившіяся на передней стѣнкѣ влагалища. Оправившись нѣсколько, больная выписалась изъ больницы 13-го мая. Но черезъ три недѣли снова явилась въ больницу съ прежними жалобами — съ жалобами на боли въ низу живота и кроветеченія изъ матки. При изслѣдованіи оказалось слѣдующее. Тѣло матки увеличено замѣтно, болѣзненно реагируетъ при пальпациі. На передней стѣнкѣ влагалища имѣется величиной съ пятикопеечную серебряную монету, покрытая грануляціями язва. Далѣе въ глубь по линіи мочеиспускательнаго канала по той же стѣнкѣ vaginae замѣчается бугристая опухоль, напоминающая прежнія разраженія. Экстирпація въ іюнѣ мѣсяцѣ, микроскопическія изслѣдованія были произведены подъ опухолью, извлеченной изъ матки при первой операціи (въ апрѣлѣ).

Проф. Крыловъ. Школьная хроника. 1890 г.

При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась язва слизистой оболочки; въ днѣ язвы граница между эпителиемъ и подлежащей тканью была не рѣзко выражена, но непосредственнаго прорастанія его сюда констатировать не удалось ни на одномъ препаратѣ. Въ *submucosa* были разбросаны тамъ и сямъ альвеолы то круглой, то овальной формы, занимающія мѣстами цѣлое поле микроскопа и содержащія гнѣздами довольно крупныя клѣтки съ большими свѣтлыми пузырькообразными ядрами. Клѣтки эти разнообразной формы: круглой, цилиндрической и неправильно угловатой, протоплазма ихъ окрашивалась довольно хорошо. Онѣ не спаяны никакимъ промежуточнымъ веществомъ и лежали свободно въ альвеолахъ, стѣнки которыхъ состоятъ изъ плотной соединительной ткани съ большимъ количествомъ веретенообразныхъ элементовъ. Въ промежуткахъ между альвеолами соединительная ткань болѣе рыхла съ вросшими въ нее низко дифференцированными эпителиальными клѣтками различной формы, тутъ же попадались въ довольно значительномъ количествѣ грануляціонныя клѣточки и ближе къ поверхности въ 2—3 мѣстахъ сосуды, непосредственно покрытые эпителиемъ. Далѣе, можно было констатировать въ очень большомъ количествѣ железы, поперечно и продольно перерѣзанныя, такъ называемыя *glandulae utriculares*, въ которыхъ эпителий то однослойный, то выполняетъ весь просвѣтъ железы. Мускульный слой былъ почти совершенно не затронутъ.

Сравнивая найденное распредѣленіе тканей съ здоровой маткой, находили альвеолярное строеніе соединительной ткани *submucosae*, развитіе грануляціонной ткани между альвеолами, непосредственное распредѣленіе эпителия по стѣнкамъ сосудовъ и проч.; мы съ полнымъ правомъ можемъ заключить, что распредѣленіе тканей въ нашей опухоли вполне атипичное, характерное для новообразованій изъ карциноматозной группы.

Въ отношеніи натуры опухоли, очень важно рѣшить, какого характера видѣнныя подъ микроскопомъ клѣтки, представляютъ ли онѣ собой гнойныя или грануляціонныя, или клѣтки какого-либо карциноматознаго новообразованія. Гнойныя клѣтки имѣютъ шаровидную форму, ясныя контуры и маленькое неправильное круглое ядро; при чемъ, нужно замѣтить, всѣ онѣ одинаковой величины. Наши же клѣтки, какъ явствуетъ изъ вышесказаннаго, совсѣмъ не подходятъ къ только что описанному типу клѣтокъ. Эти клѣтки не грануляціонныя, такъ какъ онѣ полиморфны, не имѣютъ межучточного вещества, и между ними нигдѣ совершенно не удастся подмѣтить веретенообразныхъ элементовъ въ различныхъ фазахъ своего развитія.

Къ какому же новообразованію нужно отнести наши клѣтки, къ раковому или же саркоматозному. Клѣтки наши: 1) полиморфны, 2) залегаютъ въ альвеолахъ совѣтъ свободно, 3) не будучи связаны какимъ бы то ни было промежуточнымъ веществомъ. Все это характеризуетъ съ достаточной полнотой клѣтки раковаго характера. Саркоматозныя же клѣтки, напротивъ, отличаются одинаковой величиной и формой и всегда болѣе или менѣе связаны между собой. Принимая во вниманіе, что на ряду съ гиперплазіей клѣточныхъ элементовъ намъ удалось констатировать еще гиперплазію и соединительной ткани, мы принимаемъ новообразование за *carcinoma verum*.

Въ пользу такого діагноза, кромѣ микроскопическаго изслѣдованія, говоритъ, съ одной стороны, престарѣлый возрастъ больной, въ которомъ раковыя опухоли нерѣдко встрѣчаются, и быстрый ростъ опухоли, а съ другой, и главнымъ образомъ рецидивъ, съ которымъ больная вторично, черезъ три недѣли послѣ выписки, явилась въ больницу съ настоящими жалобами на боли и кроветеченія.

LVIII. Ulcus ventriculi rotundum.

А. Вартановъ.

Больной Сафронъ Остаховъ, 24 лѣтъ, торговецъ, 23 сентября 1890 года поступилъ въ городскую Александровскую больницу, съ жалобой на появленіе кровавой рвоты, на сильныя головныя боли, головокруженіе, слабость и тупую боль подъ ложечкою. Осмотръ обнаружилъ, что какъ кожныя покровы, такъ и видимыя слизистыя оболочки представляются очень блѣдными и анемичными. Больной атлетическаго тѣлосложенія, подкожно-жирный слой, мышечная и костная системы развиты очень хорошо. Больной обнаруживалъ сильную слабость, выражающуюся тѣмъ, что при стоячемъ положеніи у него появлялись головная боль, головокруженіе. Спокойное состояніе наступало тогда, когда больной лежалъ въ постели. Легкія ничего ненормальнаго не представляютъ. Сердце нормальной величины. Сердечные тоны слабы, у верхушки сердца и на *arter. pulmonalis* прослушиваются анемичныя шумы. Пульсъ слабый, легко сдавливаемый и частый. Печень болѣзненна. Селезенка нѣсколько увеличена и болѣзненна. За два дня до поступленія больного въ больницу, два часа спустя послѣ ѣды, у него появились головная боль, головокруженіе, тошнота, за которыми послѣдовала кровавая рвота. Фекальныя массы были окрашены въ густой черный цвѣтъ, напоминающій деготь. Больной постоянно страдалъ желудкомъ и часто у него бывали рвоты, состоящія изъ пищевой массы и появляющіяся обыкновенно послѣ ѣды. Черезъ семь дней послѣ поступленія въ больницу у него появилась кровавая рвота, повлекшая за собою смерть.

Проф. Крыловъ. Школьная хроника. 1890 г.

Кости свода нормальной толщины. Diploë хорошо развито. Бороздки сильно развиты и мѣстами достигаютъ до наружной компактной пластинки. Твердая мозговая оболочка совершенно безкровна. Мягкая—истончена, также совершенно безкровна, при отдѣленіи разрывается. Ткань мозга безкровна, сѣровато-бѣлаго цвѣта. Желудочки умѣренно растянуты серозной жидкостью. Сосуды основанія необыкновенно тонкостѣнны, сильно эластичны. Околосердечная сумка содержитъ незначительное количество серозной жидкости. Сердце конически плоской формы съ заостреннымъ правымъ краемъ, умѣренно покрыто жиромъ. Стѣнки желудочковъ нормальной толщины блѣдно-краснаго цвѣта, восковидно полупрозрачны. Endocardium лѣваго предсердія слегка утолщено. Папиллярныя мышцы желудочковъ гипертрофированы. Aorta и a. pulmonalis тонкостѣнны, при чемъ pulmonalis значительно расширена и эластична въ значительной степени. При корнѣ аорты на интимѣ, отличающейся желтоватымъ цвѣтомъ, замѣчаются расходящіяся отъ мѣста приклѣпенія клапановъ желтовато-бѣлыя полосы. На правой полуокружности замѣчается незначительное выпячиваніе въ правую сторону. Грудная аорта узка. На мѣстѣ перегиба дуги замѣчается поперечно-полулунное стягиваніе интимы. Правое легкое сращено въ видѣ перемычки съ грудною стѣнкою на мѣстѣ третьяго ребра. Оба легкія очень объемисты, блѣдно-сѣровато-пепельнаго цвѣта, не спадаются. Въ разрѣзѣ верхнія доли сухи, нижнія умѣренно отечны. На поверхности разрѣза въ нижнихъ доляхъ видны частью красноватаго, частью грязно-сѣроватаго цвѣта пятна, на мѣстѣ которыхъ легочная паренхима легко разрывается.—Селезенка слегка увеличена въ ширину, очень плотна. Въ разрѣзѣ ткань съ трудомъ выскабливается. Трабекулы сильно развиты. Печень мала, лѣвая доля представляется едва замѣтнымъ придаткомъ, капсула съ разсѣянными и утолщенными въ видѣ сѣрыхъ пятенъ участками. Ткань въ разрѣзѣ плотнѣе нормальной, слегка зерниста, малокровна, свѣтло-коричневаго цвѣта съ салнымъ блескомъ. Почки нормальнаго объема. Капсула съ трудомъ отдѣляется, тонка. Ткань плотнѣе нормальной, малокровна. Сосочки при давленіи даютъ эмульсивную жидкость. Лоханки слегка расширены. Мочевой пузырь умѣренно растянутъ. Prostata мала, плотна.

Желудокъ и верхняя часть тощей кишки значительно растянуты газомъ. Малый сальникъ сморщенъ желтоватаго цвѣта вслѣдствіе серозной инфильтраціи и атрофическаго измѣненія жира. При натяженіи ligament. hepato-duodenalis тянется рубцовое утолщеніе малаго сальника отъ porta hepatis, въ видѣ тесмовидной складки, къ срединѣ малой кривизны желудка. Serosa желудка при основаніи этой складки сѣровато-бѣлаго цвѣта, мало прозрачна и уплотнена. Измѣненіе это переходитъ съ передней на заднюю поверхность желудка, гдѣ замѣчается плотное сращеніе serosae съ верхнимъ краемъ передней поверхности тѣла pancreatis. При вскрытіи желудка на соотвѣтствующемъ описанному измѣненію мѣстѣ замѣчается углубленіе, сидящее на малой кривизнѣ; углубленіе это правильно-овальной формы, величиною въ половину грецкаго орѣха съ гладкими хрящевой плотности валикообразными краями, которые мѣстами

какъ бы пропитаны мелкими кровеизліяніями, слегка ворсисты, и съ желтовато-бѣлымъ гладкимъ дномъ, при переходѣ котораго въ лѣвую окружность въ глубинѣ складки замѣчается аспидно-сѣраго цвѣта пятно. Слизистая оболочка желудка и верхней части тощей кишки покрыта мелкими клочками свернувшейся крови. Просвѣтъ подвздошной кишки полунаполненъ свернушеюся черновато-красною кровью, а ободочная кишка содержитъ дегтеобразную, слизистой консистенціи массу. Слизистая оболочка кишекъ особенныхъ измѣненій не представляетъ.

Брюшная аорта, а также артеріи второго и третьяго порядка узки, тонкостѣнны, послѣднія при поперечномъ разрѣзѣ сокращаются болѣе, чѣмъ на сантиметръ. Сквозь тонкую интиму по вскрытіи хорошо просвѣчиваютъ кольца мышечной ткани.

Микроскопическое изслѣдованіе сердечной мышцы обнаружило бѣловое набуханіе, исчезновеніе поперечной полосатости, равно какъ частичное жировое перерожденіе мышцы.

Микроскопическое изслѣдованіе печени, при расщепленіи свѣжихъ препаратовъ, обнаружило въ печеночныхъ клѣткахъ бѣловое перерожденіе въ видѣ мелкихъ зернышекъ; ядра клѣтокъ видны.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзанныхъ и окрашенныхъ пикрокарминомъ и метиленовой синью препаратовъ изъ стѣнки желудка обнаружило подъ дномъ язвы рубцовую ткань и сильное разраженіе промежуточной соединительной ткани. Некротизированный край язвы плохо окрашенъ. Сосуды особенныхъ измѣненій не представляютъ, замѣчается только незначительное утолщеніе стѣнокъ ихъ; просвѣты не содержатъ кровяныхъ шариковъ. Мѣстами видны новообразованные сосуды. На мѣстѣ сращенія желудка съ рапсгеас имѣется старая рубцовая ткань. Слизистая оболочка желудка, захваченная разрѣзомъ, клѣточно-инфильтрирована. Верхушки железъ плохо окрашены, повидимому, некротизированы. Здѣсь имѣется также утолщеніе стѣнокъ сосудовъ. Мышцы желудка мѣстами атрофированы.

Патологія круглой язвы желудка обширна. Большей распространенностью пользуется теорія Ферстера и Вирхова, которые объясняли происхожденіе круглой язвы склерозомъ и утолщеніемъ интимы артерій съ дегенеративнымъ метаморфозомъ. Этотъ послѣдній ведетъ къ тромбу, который и служитъ причиною ишемического некроза въ области развѣтвленій артеріальнаго ствола съ послѣдовательнымъ распаденіемъ ткани, которое разсматривается какъ эффектъ переваривающаго дѣйствія кислотнаго содержимаго желудка. Противъ этой теоріи существуютъ возраженія:

во-первыхъ, по статистическимъ даннымъ извѣстно, что артеріальный склерозъ бываетъ чаще у мужчинъ, а круглой язвой заболѣваютъ чаще женщины, во-вторыхъ, круглая язва является въ большинствѣ случаевъ въ раннемъ возрастѣ или въ среднихъ лѣтахъ, а артеріальный склерозъ свойственъ пожилому возрасту, въ-третьихъ, у умершихъ отъ круглой язвы артеріальный склерозъ часто отсутствуетъ въ органахъ. Вторая теорія (Риндфлейшъ и Л. Мюллеръ) состоитъ въ томъ, что причина язвы сводится на тромботическую закупорку венознаго ствола вслѣдствіе существующей геморрагической инфильтраціи слизистой оболочки желудка. Инфильтрація послѣдовательно вызываетъ непроходимость капилляровъ и образованіе тромбовъ по продолженію изъ капилляровъ до венозныхъ корешковъ, слѣдствіемъ чего является ишемія и распадъ ткани. Возраженіемъ противъ этой теоріи служитъ частота геморрагическихъ эрозій сравнительно съ рѣдкостью круглой язвы. Третья теорія, такъ называемая спастическая, принадлежащая Клебсу, который видитъ исходную точку образованія язвы желудка въ разстройствѣ вазомоторныхъ нервовъ, вслѣдствіе чего происходитъ спазмъ артерій со сморщиваніемъ просвѣта ихъ до полной непроходимости такъ долго, что легко вызывается самоперевариваніе желудка. Но рядомъ съ этимъ эта теорія предполагаетъ еще особенную патологическую остроту (*saburra*, *acrimonia* древнихъ) желудочнаго сока. Существуетъ четвертая теорія, объясняющая образованіе язвы, какъ результатъ или слѣдствіе кистовидно-перерожденныхъ железокъ. Несостоятельность теоріи заключается въ томъ, что кистовидно-перерожденные железки, подобно геморрагическимъ эрозіямъ, множественны, а круглая язва обыкновенно одиночна и слизистая оболочка часто никакихъ подобныхъ измѣненій не представляетъ. Есть наконецъ пятая теорія, сводящая образованіе круглой язвы на микроорганизмы (Бѣттхеръ). Рокитанскій считалъ исходной точкой круглой язвы струпъ (*Brandchorf*), отъ какихъ бы причинъ онъ ни происходилъ. По Бирхъ-Гиршфельду имѣютъ значеніе вообще разстройство кровообращенія и *hyperaciditas*. Чтобы болѣе или менѣе удовлетворительно объяснить патологию круглой язвы нашего случая, нужно коснуться нѣкоторыхъ существующихъ особенностей печени и сосудистой системы вообще.

Печень уродлива, съ полнымъ недоразвитіемъ лѣвой доли. *Porta hepatis* и *sulcus venae cavae inferioris* имѣютъ эксцентрическое расположеніе. Также эксцентрически расположено *lig. teres*. Поэтому печень должна была низко опускаться въ правое подреберье. Расположеніе *v. cavae infer.* способствовало суженію этой вены вслѣдствіе перегибаванія ея

вокруг своей оси, поэтому стѣнка вены въ этомъ мѣстѣ имѣетъ молочно-бѣлый цвѣтъ по причинѣ диффузнаго утолщенія. Слѣдовательно привычное положеніе печени было опущеніе передняго края косо слѣва направо, сверху внизъ. Подобное положеніе печени должно было неизбѣжно измѣнить положеніе сосудовъ, съ которыми печень находится въ анатомической связи. Каждый разъ, какъ лѣвый край печени приподнимался, происходило натяженіе аг. coeliacae, что вызывало высокое стояніе выходной части желудка и pylori. Съ этимъ измѣнялось также положеніе v. cava infer, равно какъ и v. portae. Всякій разъ, какъ печень занимала глубокое положеніе въ правомъ подреберьи, являлось воспрепятствованное кровообращеніе и въ v. portae и vena cava inferior.

Въ сердцѣ имѣются утолщеніе волокнистыхъ слоевъ, сморщиваніе val. mitralis и гипертрофія папилярныхъ мышцъ. Далѣе существуетъ гипертрофія лѣваго желудочка, что указываетъ на застой и увеличенное сопротивленіе въ артеріальной системѣ. Aorta и art. pulmonalis узки, тонкостѣнны, имѣютъ значительную эластичность. Этими свойствами обладаютъ также артеріи второго и третьяго порядка. Слѣдовательно имѣется врожденное суженіе сосудовъ. Узость и повышенная эластичность аорты должны быть признаны за причину гипертрофіи стѣнки желудочка. Если сопоставить все вышеизложенное, то патологія круглой язвы можетъ быть сведена на особенность строенія артеріальныхъ стволовъ и на недостаточную компенсацію со стороны центрального органа кровообращенія по причинѣ относительной узости лѣваго венознаго устья.

Нашъ случай показываетъ зависимость происхожденія круглой язвы отъ прирожденныхъ особенностей артеріальныхъ стволовъ: отъ узости и повышенной эластичности ихъ, при существующей уродливости печени. Все это дѣлало возможнымъ появленіе спазматическихъ сокращеній артерій желудка, сокращеній, создающихъ наихудшія условія для наполнимости артерій малой кривизны, а подъ вліяніемъ разложенія ingesta при содѣйствіи помогающихъ обстоятельствъ даны были условія для хронической ишеміи, которая и вызвала некрозъ и распадъ ткани и образованіе круглой язвы. Эта послѣдняя, достигнувъ опредѣленной глубины, произвела на пути разрушенія артеріальной вѣтви, повлекшее за собою повторныя кроветеченія вслѣдствіе непрочности и распада тромбовъ. Эти кроветеченія вызвали анемію, отъ которой и умеръ больной.

LIX. Insufficiencia valvularum aortae.

I. Иоффе.

Больной Иванъ Ермолаевъ, отставной бомбардиръ, 63 лѣтъ, поступилъ въ Александровскую больницу 26 мая, умеръ 24 сентября 1890 года.

Больной явился въ больницу съ жалобой на одышку, не дававшую ему спать по ночамъ, и на отеки ногъ. Заболѣлъ онъ съ годъ тому назадъ, при чемъ болѣзненные припадки то исчезали на время, то появлялись вновь. Въ началѣ мая явились отеки ногъ, которые не поднимались выше колѣнъ. Одышка беспокоила его только по ночамъ, а днемъ ему было легче. Страдалъ раньше изрѣдка лихорадкой. Въ молодости много пилъ. До этого заболѣванія всегда отличался полнымъ здоровьемъ. Больной выше средняго роста, съ правильной костной системой. Мышцы дряблы; подкожнаго жирнаго слоя мало. Кожа блѣдна, холодна наощупь. Губы цианотичны; видимыя слизистыя оболочки блѣдны и малокровны. На кожѣ ногъ мѣстами бѣлые атрофическіе рубцы. На груди и на ногахъ ниже колѣнъ незначительныя отеки. На тыльной поверхности стопы при надавливаніи пальцемъ остаются слѣды надолго. Зубовъ на правой сторонѣ нижней челюсти нѣтъ. Видны пульсаціи артерій: carotis, brachialis, radialis и друг. Толчокъ сердца разлитой. Сердце влѣво заходитъ на палецъ за мамиллярную линію, а вправо на палецъ за стернальную. Дыханіе ускорено. При аускультациі легкихъ получается жесткое, везикулярное дыханіе. При аускультациі сердца у верхушки замѣчается систолическій шумъ, на аортѣ—діастолическій шумъ, на arteria pulmonalis—акцентуація 2-го тона. Кишки и желудокъ не вздуты. Печень слегка болѣзненна и на одинъ палецъ выдается изъ-за края ложныхъ реберъ. Селезенка не увеличена. Пульсъ слабый—pulsus celer. Мочи отдѣляется мало: 250 к. с. въ сутки; моча—мутна, желтаго цвѣта, у. в.=1,020, бѣлка и сахара нѣтъ. Diagnos: insuf. v. bicuspid. et v. aortae et aneurysma aortae ascenden.

Кости черепа умѣренно склерозированы; diploë неравномѣрно развито. Твердая мозговая оболочка неравномѣрно утолщена, мало прозрачна; мягкая—тонка, отечна, отдѣляется легко. Ткань мозга желтовато-бѣлаго цвѣта, блеститъ на поверхности разрѣзовъ. Сосуды основанія слегка склерозированы. Сердце сильно увеличено въ объемѣ, особенно въ лѣвой половинѣ; верхушка закруглена. На поверхности незначительное количество атрофированнаго жира и сухожильныя пятна. Полость праваго желудочка слегка увеличена, стѣнка утолщена, блѣдна, плотнѣе нормальной. Conus arteriosus сильно расширенъ. Art. pulmonal. широка, тонкостѣнна. Лѣвое предсердіе сильно расширено. Endocardium утолщено; v. bicuspid. бугриста по краю и натягивается въ видѣ хорды. Полость лѣваго желудочка величиной болѣе кулака, шаровидна, стѣнка равномѣрно утолщена, почти одинаковой толщины какъ у верхушки, такъ и у основанія, желтоватаго цвѣта. Endocardium утолщено, особенно на перегородкѣ, трабекулы плоски. Клапаны аорты сморщены, отворочены въ полость желудочка; фиброзное кольцо мѣстами омѣлотоврено съ атероматозными язвами.

Въ полостяхъ сердца находится полусвернувшаяся кровь и свертки фибрина блѣдно-краснаго цвѣта, которые расположены большей частью между трабекулами.

При микроскопическомъ изслѣдованіи разрѣзовъ, взятыхъ изъ перегородки между предсердіями, предварительно декальцинированной въ соляной кислотѣ, мы находили утолщеніе соединительно-тканныхъ пучковъ и волоконъ, между которыми изрѣдка встрѣчаются сосуды, окруженные большимъ количествомъ похожихъ на бѣлые шарики, круглыхъ, мелкихъ клѣтокъ. Мѣстами попадаются отложенія известковыхъ солей въ видѣ гнѣздъ и разращеніе грануляцій. Почти подобную же картину представляютъ утолщенные клапаны аорты. По краямъ изъязвленнаго клапана замѣчается масса бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Все это ясно говоритъ намъ, что мы имѣемъ дѣло съ *endocarditis chronica*. Мышечныя волокна сердца мѣстами представляютъ неясно-выраженную поперечную полосатость и слегка увеличены въ объемѣ; периваскулярная соединительная ткань мѣстами пронизана кругловатыми клѣтками.

Восходящая аорта расширена, съ мѣшковидными выпячиваніями въ правую сторону; стѣнка неравномѣрно утолщена, *intima* усыяна частью полупрозрачными возвышеніями, въ видѣ бляшекъ, частью такими же желтоватыми бляшками, между которыми уцѣлѣвшіе участки представляются безцвѣтными, полупрозрачными, какъ бы студенистыми. Въ дугѣ аорты при общемъ расширеніи находится выпячиваніе стѣнки величиной въ куриное яйцо.

Подъ микроскопомъ въ *intima* находили большое количество сосудовъ, которые на поперечныхъ разрѣзахъ мѣстами закупорены и окружены широкимъ кольцомъ бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Мѣстами *intima* лишена эндотелія; кое-гдѣ встрѣчается гнѣздное разращеніе грануляцій. *Media* атрофирована: количество гладкихъ мышечныхъ волоконъ въ ней уменьшено; вмѣсто нихъ мѣстами встрѣчается фиброзная ткань. *Adventitia* утолщена, представляетъ широкую петлистую сѣть волоконецъ, между которыми встрѣчаются жировыя капельки и масса мелкихъ сосудовъ. По всей длинѣ аорты мы встрѣчаемъ почти одну и ту же картину, съ тою только разницей, что въ нисходящей части аорты *intima* всюду равномѣрно утолщена, *media* толще, *adventitia* также утолщена, сочна, пронизана многочисленными сосудами.

Правое легкое сращено съ грудной стѣнкой въ видѣ перемычекъ у верхушки, лѣвое—основаніемъ нижней доли. Оба легкія пушисты, пятнисто-пигментированы, мало спадаются, въ разрѣзѣ умѣренно отечны, за исключеніемъ сдавленной сердцемъ лѣвой нижней доли. Въ верхушкѣ праваго легкаго находится узелъ волокнистаго запусѣнія въ грецкій орѣхъ съ гнѣздомъ казеознаго перерожденія, величиной въ кедровый орѣхъ.

Подъ микроскопомъ мы замѣчаемъ массу черныхъ зеренъ, которыя расположены въ периваскулярной соединительной ткани и особенно по ходу лимфатическихъ сосудовъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ эти зерна расположены кучками такъ густо, что мѣшаютъ рассмотреть строеніе подлежащей ткани. Это угольная пыль *anthracosis*. Стѣнки альвеолъ утолщены на счетъ новообразованной соединительной ткани. Мѣстами стѣнки бронховъ и перибронхіальная соединительная ткань утолщены и инфильтрированы клѣтками—*peribronchitis*. На препаратахъ, обработанныхъ пикрокарминомъ, мѣстами попадаются крупнозернистыя, матовоблестящія массы желтоватаго цвѣта. Кругомъ этихъ казеозныхъ гнѣздъ въ видѣ широкаго пояса замѣчается клѣточная инфильтрація. Эти казеозныя гнѣзда расположены въ бронхахъ и отчасти альвеолахъ.

Селезенка мала, капсула утолщена съ бѣловатыми полосками въ видѣ стѣнки; въ разрѣзѣ ткань плотна, темно-краснаго цвѣта, при соскабливаніи даетъ серозно-кровянистую жидкость. Печень мала, кожиста, въ разрѣзѣ слегка зерниста, свѣтло-коричневаго цвѣта; границы долекъ изглажены. Почки малы, капсула отдѣляется легко, ткань кожиста, блѣдна, въ разрѣзѣ граница между корковымъ и пирамидальнымъ слоемъ слабо выражена. Пирамиды увеличены въ объемѣ. Клѣтчатка около лоханокъ фиброзно перерождена и серозно инфильтрирована.

Мочевой пузырь сжатъ; стѣнка его утолщена, слизистая оболочка блѣдна. Слизистая оболочка желудочно-кишечнаго канала особенныхъ измѣненій не представляетъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи мальпигіевы клубочки оказываются атрофированными, стекловидно прозрачными. Мѣстами капсулы этихъ клубочковъ утолщены на счетъ интерстиціальной соединительной ткани. Капилляры мѣстами расширены и переполнены кровяными шариками.

Итакъ, въ данномъ случаѣ имѣется одновременно два однородныхъ процесса: хроническое страданіе эндокардія—*endocarditis chronica* и такое же хроническое страданіе сосудовъ—*arterio-sclerosis* или *endarteriitis chronica*. За артеріосклерозъ говоритъ диффузная аневризма восходящей части аорты, а также какъ макроскопическій видъ сосудовъ, такъ и микроскопическое изслѣдованіе ихъ. Въ аортѣ мы встрѣчаемся съ цѣлымъ рядомъ измѣненій: мѣстами попадаются гнѣзда омѣлотовренія, атероматозныя язвы и желтоватыя бляшки, большей частію плотныя, какъ хрящъ, а иногда только студенистыя. При началѣ данного заболѣванія происходитъ гиперплазія *intimae*. Гиперплазированные участки подвергаются жировому перерожденію, къ которому обыкновенно присоединяется еще омѣлотовреніе. Надъ большими мѣстами, на поверхности *intimae*, происходитъ потеря вещества, и такимъ образомъ происходятъ атероматозныя язвы. Съ другой

стороны постепенно развивается сморщиваніе, на подобіе рубцовой ткани, преимущественно на мѣстѣ клѣточныхъ инфильтрацій въ adventitia² и въ рыхлой ткани, соединяющей между собою листки endocardii на клапанахъ. У нашего больного имѣются на лицо недостаточность клапановъ аорты, обусловленная хроническимъ эндокардитомъ, и относительное суженіе двустворчатого клапана. За ними послѣдовала эксцентрическая гипертрофія лѣваго желудочка, которая въ свою очередь вызвала, при уменьшенной упругости стѣнокъ, разлитое расширеніе восходящей части аорты, aneurysma aortae ascendents и мѣшковидныя выпячиванія въ восходящей части и въ дугѣ аорты. Внутри этихъ аневризматическихъ мѣшковъ находятся предсмертные пристѣночные тромбы, происхожденіе которыхъ можно объяснить отчасти шероховатостью внутренней поверхности, отчасти замедленіемъ кровообращенія. Подъ микроскопомъ тромбы эти обнаруживаютъ большое количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, расположенныхъ въ сверткахъ фибрина. Это послѣднее измѣненіе указываетъ на разстройство компенсаціи.

Гипертрофированная мышца сердца сильно предрасположена къ заболѣванію, которое ведетъ рано или поздно къ ослабленію сердечной дѣятельности и нарушенію компенсаціи. У нашего больного разстройство компенсаціи стало обнаруживаться давно (больше года) въ видѣ застоевъ въ большомъ и маломъ кругѣ кровообращенія: это обнаруживалось въ видѣ одышки и катарра бронховъ, а затѣмъ въ видѣ отека ногъ и кожи живота, съ возрастающею постепенно водянкою и уменьшеніемъ мочеотдѣленія.

LX. Vitium cordis complicatum.

М. Поповъ.

Больная Татьяна Симченкова, 30-ти лѣтъ, поступила въ Александровскую больницу 28 декабря 1889 года.

Больная средняго роста съ слаборазвитой подкожной жирной клѣтчаткой, блѣдными слизистыми оболочками. Кожа съ желтой окраской. При аускультациі легкихъ въ правой подключичной области слышно жесткое везикулярное дыханіе съ немного удлиненнымъ выдохомъ. Тоны сердца аритмичны и слабы; у верхушки пресистолическій шумъ. Второй пульмональный тонъ немного акцентуированъ, иногда расщепленъ. Верхняя граница сердца съ 3-го ребра, правая—съ праваго края грудины, лѣвая--на 2 поперечныхъ пальца кнутри отъ мамиллярной линіи. Толчокъ сердца въ 4-мъ межреберномъ промежуткѣ, кнутри отъ мамиллярной линіи на 1½ поперечныхъ пальца. Пульсъ слабый, частый, арит-

Проф. Крыловъ. Школьная хроника. 1890 г.

мичеѣ, Печень начинается по парастеральной линіи на 5-мъ ребрѣ, по мамиллярной съ 7-го, по аксиллярной съ 9-го, нижняя граница печени по срединной линіи на $2\frac{1}{2}$ пальца выше пупка, по мамиллярной совпадаетъ съ горизонтальной линіей чрезъ пупокъ; вѣво заходитъ почти до мамиллярной линіи. Наощупъ печень гладка и очень плотна. Нижняя часть живота даетъ притупленіе, не достигающее до пупка на 3 поперечныхъ пальца. Лѣвая половина грудной клѣтки даетъ тупой звукъ спереди, начиная, съ 4-го ребра, по аксиллярной линіи съ 6-го и сзади съ 8-го ребра. Селезенка увеличена, начинается съ 7-го ребра. Ноги до колѣнъ немного отечны. Субъективныя жалобы сводятся на головную боль, одышку, кашель, боли въ поясницѣ. Мочи мало съ незначительнымъ количествомъ бѣлка. Диагнозъ: *stenosis ostii atrio-ventric. sin.* 5 апрѣля 1890 года больная была выписана по собственному желанію, но 14-го апрѣля снова явилась въ больницу съ жалобой на одышку, кровянистую мокроту и умѣренно развитую общую водянку, въ ночь на 15-е апрѣля умерла.

Черепъ малъ, косою сирава налѣво и спереди назадъ. Кости умѣренно склерозированы. Твердая мозговая оболочка утолщена; пазухи почти безкровны. Мягкая мозговая оболочка истончена, сочна, при отдѣленіи легко разрывается. Ткань мозга совершенно безкровна, плотнѣ нормальной, блеститъ на поверхностяхъ разрѣзовъ. Задніе рога желудочковъ заращены, сосуды основанія безъ измѣненія. Околосердечная сумка растянута прозрачно-желтоватою серозною жидкостью. Въ правой полости плевры находится такая же мутная съ фибринозными клочками жидкость. Лѣвое легкое сращено съ грудною клѣткою нижней долею, которая отгѣснена до передней аксиллярной линіи, кожиста, величиною не болѣе кулака, въ разрѣзѣ желто-краснаго цвѣта. При соскабливаніи съ гладкой поверхности даетъ кровянистую, безвоздушную, слегка крошковатую жидкость. Верхняя доля викарно эмфизематозна, пятнисто пигментирована, пушиста, мало спадается, при соскабливаніи даетъ пѣнистую серозно-кровянистую жидкость. Верхняя доля праваго легкаго представляетъ тѣ же измѣненія съ менѣе выраженной гипереміей; средняя доля карнифицирована, подобна нижней лѣвой долѣ. Нижняя доля мала, сдавлена, кожиста, въ верхней части на плеврѣ перламутрово-сѣраго цвѣта съ бѣлыми узелками, величиною въ горошину, мутна, по нижнему краю покрыта перепончатымъ фибринознымъ налетомъ, мѣстами плотно приросшимъ въ видѣ звѣздчатыхъ сѣровато-бѣлыхъ пятенъ. Ткань въ разрѣзѣ кожиста, свѣтло-краснаго цвѣта, даетъ крупно-пѣнистую красную жидкость. Сердце сильно увеличено въ объемѣ; имѣетъ форму плоско-неправильнаго конуса съ сильно расширенной верхушкой и увеличено въ поперечномъ размѣрѣ при основаніи. Правое предсердіе величиною болѣе кулака. Стѣнка утолщена; *endocardium* непрозрачно, съ желтоватыми пятнами. *Val. tricuspidalis* представляетъ сращеніе створокъ въ видѣ кольца, едва пропускающаго верхушку мизинца, сухожилие-бѣлаго цвѣта. *Chordae tendineae* укорочены. Изъ папиллярныхъ мышцъ достаточно развита одна передняя. Полость желудочка увеличена. Стѣнка нормальной толщины. *Con. arter.* расширенъ до ширины ладони, а *pulmonal.* шириною болѣе 4-хъ пальцевъ, тонкостѣнна, умѣренно эластична съ утолщеною стѣнкою и слегка бородавчатой *intim'ой*, безъ зеркальнаго блеска. Въ правомъ ушкѣ находится приросшій пристѣночный желтовато-бѣлаго цвѣта тромбъ. Лѣвое

предсердіе также увеличено, стѣнка также утолщена, endocardium фиброзно утолщено. Большая часть предсердія занята мѣшечатымъ кирпично-краснаго цвѣта тромбомъ, который состоитъ изъ периферической перепончатой, на наружной поверхности имѣющей трабекулярный видъ части и изъ центрального крошковатаго, кирпично-краснаго цвѣта полуразмягченнаго свертка. Тромбъ этотъ коренится въ устьѣ ушка, которое достигаетъ величины куриного яйца и выполнено мѣшечатымъ, въ периферическихъ частяхъ желтовато-бѣлаго цвѣта и плотно приросшимъ къ стѣнкѣ, а въ центральныхъ частяхъ содержащимъ кровяныя кисты, величиною отъ горошины до лѣснаго орѣха тромбомъ. Устье ушка увеличено соотвѣтственно величинѣ самого ушка. Створки v. bicuspidalis сращены между собою, превращены въ плотную, хрящеватой консистенціи, рубцовую ткань, сморщены такъ, что устье едва пропускаетъ верхушку мизинца. Chordae tendin. укорочены, сращены между собою въ общіе пучки, толщиною въ мизинецъ. Папиллярныя мышцы тоже утолщены и укорочены. Стѣнка желудочка нормальной толщины; полость слегка растянута, почти шаровидна, при чемъ толщина стѣнки всюду равномерной ширины. Мышца дряблая, темно-краснаго цвѣта. Аортальное устье сужено. Клапаны аорты утолщены, сращены между собою, сморщены по свободному краю, такъ что вполне прикрываютъ входъ въ sinus Valsalvae, которые также сужены. Вѣнечныя артеріи малы. Аорта не превышаетъ ширины 2-хъ поперечныхъ пальцевъ при корнѣ, тонкостѣнна съ выпячиваніемъ въ правую сторону. Въ дугѣ представляетъ суженіе въ видѣ перехвата; въ нисходящей части не достигаетъ ширины 2-хъ поперечныхъ пальцевъ. Стѣнка аорты мало эластична. Intima утолщена, безъ зеркальнаго блеска, отличается красноватымъ цвѣтомъ и имѣетъ бархатистый видъ преимущественно при корнѣ и нисходящей части. Селезенка мала; капсула сморщена; ткань плотная; въ разрѣзѣ представляетъ множество различной величины клиновидныхъ плотныхъ гнѣздъ, въ периферическихъ частяхъ черно-пигментированныхъ, въ центральныхъ темно-краснаго, кирпично-краснаго или сѣровато-желтаго цвѣта. Печень мала, на поверхности зерниста, хруститъ подъ ножомъ, въ разрѣзѣ зерниста, мускатна, вслѣдствіе расширенія центральныхъ венъ на желтовато-зеленомъ фонѣ. Портальные вѣтви сужены, печеночныя расширены; стѣнки утолщены; на ножѣ остается легкій салыный налетъ. Почки малы, капсула отдѣляется легко, поверхность ціанотически окрашена съ пигментированными, разсѣянными рубцовыми втягиваніями на правой почкѣ и съ желтоватыми гнѣздами, клиновидной формы, на лѣвой почкѣ. Ткань въ разрѣзѣ кожиста, корковый слой зернистъ, неравномерной толщины. Пирамиды черновато-краснаго цвѣта, также неравномерной величины. Сосочки сплюснуты; клѣтчатка лоханокъ утолщена. Лоханки сужены. Мочеточники узки съ толстыми стѣнками, устья ихъ извилисты. Въ мочевоомъ каналѣ бородавчатая разраженія и рубцовыя стягиванія. Матка мала, дѣвической формы, сращена съ прямой кишкой старыми пигментированными ложными перепонками; стѣнка нормальной толщины. Слизистая оболочка красноватая, бархатиста съ мелкими бородавчатыми разраженіями въ каналѣ шейки и по окружности рыльца; vagina узка, съ хорошо выраженными складками. Caputcula асидно пигментированы, при основаніи рубцово сморщены. Слизистая оболочка желудочно-кишечнаго канала, за исключеніемъ сѣроватаго цвѣта, особенныхъ

измѣненій не представляеть. Подкожный жирный слой умѣренно развитъ. Стопа и кисть короткія.

Микроскопическое изслѣдованіе было произведено на препаратахъ изъ органовъ, которые послѣ уплотненія были задрѣланы въ парафинъ и изъ нихъ были сдѣланы разрѣзы, окрашены потомъ гематоксилинь-эозиномъ или пикрокарминомъ и метиленовою синью.

На препаратахъ изъ сердца видно увеличеніе межмышечной соединительной ткани и разращеніе кровеносныхъ сосудовъ, *epicardium* неравномѣрной толщины, въ мышечныхъ волокнахъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, замѣтна только продольная полосатость, поперечной же не замѣтно, сами же мышечныя волокна представляются очень тонкими, ядра въ нихъ отсутствуютъ; въ другихъ мѣстахъ видно увеличеніе числа мышечныхъ ядеръ, округленная ихъ форма и большая величина; между этими ядрами попадаются большой величины, круглой формы, окрашенные въ синій цвѣтъ ядра, имѣющія ядрышки.

На препаратахъ изъ мѣшечатаго тромба, приросшаго къ стѣнкѣ лѣваго ушка, который былъ взятъ вмѣстѣ со стѣнкою, даже макроскопически видно, что онъ состоитъ изъ нѣсколькихъ слоевъ. При микроскопическомъ же изслѣдованіи мы находимъ, что первый слой состоитъ изъ поперечно-полосатыхъ мышечныхъ волоконъ сердца, представляющихъ раньше описанныя измѣненія, 2-й слой представляетъ утолщенное *endocardium*, состоящее изъ соединительной ткани съ заложенными въ ней клѣточными элементами и кровеносными сосудами въ большомъ количествѣ, которые наполнены красными кровяными тѣльцами; 3-й слой составляетъ новообразованная соединительная ткань, содержащая въ большомъ количествѣ кровеносные сосуды. Ткань эта состоитъ изъ соединительно-тканевыхъ волоконъ, въ которыхъ находятся звѣздчатые и веретенообразныя клѣтки; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ этомъ слоѣ попадаютъ небольшіе участки, окрашенные въ красный цвѣтъ, представляющіе однородную массу—гіалиновое перерожденіе фибрина; 4-й слой состоитъ изъ однородной массы, окрашенной въ красный цвѣтъ—гіалиновое перерожденіе фибрина; 5-й слой составляютъ красныя кровяныя тѣльца съ незначительнымъ количествомъ фибрина, и 6-й слой состоитъ изъ большого числа фибринозныхъ волоконъ, съ заключающимися между ними красными и бѣлыми кровяными шариками.

На препаратахъ изъ тромба, который взятъ изъ полости мѣшечатаго тромба, видно большое количество волоконъ фибрина, идущихъ по разнымъ направленіямъ, и красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, заключающихся между этими фибринозными волокнами. Фибринозныя волокна въ нѣкоторыхъ мѣстахъ представляются зернистыми.

Изъ разрёзовъ *v. bicuspidalis* хорошихъ препаратовъ не получено, потому что послѣ декальцинаціи кусочка, препараты рассыпались. На полученныхъ препаратахъ видна только рубцовая соединительная ткань. На препаратахъ аорты, изъ мѣста суженія, видно, что интима особыхъ измѣненій не представляетъ; между интимой и медіей находятся клѣтки, занимающія почти все поле микроскопа, круглой формы, различной величины, окрашенные въ красный цвѣтъ, безъ ядеръ; вокругъ этого скопленія клѣтокъ находится рубцовая соединительная ткань; въ которой съ одной стороны, параллельно интимѣ, идетъ щель; въ медіи и адвентиціи замѣчается большое количество кровеносныхъ сосудовъ.

На препаратахъ легкаго видно, что легочныя альвеолы наполнены отпавшими эпителиальными клѣтками, которыя представляются зернистыми, а также и измѣненными красными и бѣлыми кровяными тѣльцами. Кровяной пигментъ частью лежитъ свободно въ легочныхъ пузырькахъ, частью связанъ съ легочнымъ эндотеліемъ, частью въ промежуточной соединительной ткани. Межальвеолярная соединительная ткань увеличена; кровеносные сосуды утолщены, извилисты, наполнены красными кровяными тѣльцами. *Pleura pulmonalis* утолщена и въ ней замѣчается большое количество кровеносныхъ сосудовъ, наполненныхъ кровью; въ соединительной ткани находится большое количество черныхъ зеренъ, заложенныхъ, повидимому, въ лимфатическихъ пространствахъ—угольная пыль.

На препаратахъ печени видно, что печеночныя клѣтки, по направленію кровеносныхъ сосудовъ, представляются безъядерными, наполненными болѣе или менѣе крупными жировыми каплями; клѣтки эти различной величины и очертанія. Соединительная ткань около сосудовъ увеличена. На препаратахъ селезенки видно большое количество лимфоидныхъ клѣтокъ и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ; соединительная ткань увеличена. На расщипанныхъ въ водѣ препаратахъ изъ селезенки, уплотненной въ Мюллеровской жидкости, видны селезеночныя клѣтки, лимфоидныя клѣтки, красныя кровяныя тѣльца, жирно перерожденные клѣтки, мелкія жировыя зернышки, фибринозныя полосы, желтовато окрашенные и полости съ буроватымъ содержимымъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи расщипанныхъ въ водѣ препаратовъ почки, эпителиальныя клѣтки мочевыхъ канальцевъ и клубочковъ представляются зернистыми, помутнѣвшими и наполненными жировыми капельками, соединительная ткань между мочевыми канальцами увеличена.

Такимъ образомъ микроскопическое изслѣдованіе показало, что въ сердцѣ увеличено количество соединительной ткани и кровеносные сосуды

переполнены кровью—*myocarditis fibrosa*, въ мышечныхъ же волокнахъ, въ которыхъ исчезла поперечная полосатость и которыя тоньше нормальныхъ—атрофія. Тромбъ въ предсердіи уже старый. Какъ извѣстно, тромбъ образуется тамъ, гдѣ стѣнка измѣнена. Пока продолжается циркуляція крови, всегда образуется фибринозный бѣлый или, въ крайнемъ случаѣ, смѣшанный тромбъ, а когда наступаетъ застой крови, образуется красный тромбъ. Всякій тромбъ, просуществовавъ нѣкоторое время, подвергается извѣстному метаморфозу. Одинъ изъ самыхъ частыхъ метаморфозовъ, касающійся красной части тромба,—обесцвѣчиваніе. Оно происходитъ такимъ образомъ, что красныя кровяныя тѣльца частью сморщиваются, частью совершенно погибаютъ, тогда какъ красящее вещество ихъ диффузируетъ въ окружающія части и всасывается, зернистое же фибринозное вещество стягивается и всасывается. Въ этомъ измѣненіи принимаетъ главное участіе новообразованіе богатой сосудами соединительной ткани. Въ пристѣночной части тромба мы замѣчаемъ многочисленныя вѣтвящіяся полоски хорошо воспринимающихъ краски, веретенообразныхъ клѣтокъ, а внутри полосокъ красныя кровяныя шарики, расположенные въ видѣ столбиковъ—новообразованные кровеносные сосуды, которые глубоко проникаютъ въ гіалиновую часть тромба. *Endocardium* пронизано большимъ количествомъ клѣтокъ, разнообразной формы и величины, кровеносныхъ сосудовъ, которые хорошо наполнены кровью, сопровождаются состоящими преимущественно изъ клѣтокъ, различной толщины пучками соединительной ткани и соединяются съ упомянутыми выше полосками. Слѣдующій слой тромба представляетъ въ гіалиновомъ веществѣ и между полосками фибрина сморщенные кровяныя шарики и рубиново-красныя зернышки пигмента, а центральныя его части не представляютъ почти никакихъ отличій отъ свѣжихъ тромбовъ трупнаго происхожденія. *Valvula bicuspidalis* обнаружила только рубцовое перерожденіе и отложеніе солей. Въ аортѣ, при сильномъ утолщеніи наружной оболочки съ видимыми простымъ глазомъ сосудами, на границѣ между *intima* и *media*, мы встрѣтили гнѣзда рубцовой соединительной ткани съ обширными, въ видѣ щелей, группами, частью веретенообразныхъ и звѣздчатыхъ, частью похожихъ на грануляціонныя, мелкихъ круглыхъ клѣтокъ и съ кучками черного и бураго пигмента. Мѣстами въ щеляхъ замѣтны тонкостѣнные капилляры, выполненные сѣтчатыми и гіалиновыми свертками фибрина и сморщенными кровяными шариками, при чемъ грануляціонныя клѣтки подвергаются распаденію, обращаясь въ мелкозернистую массу—жировой детритъ. Въ другихъ мѣстахъ видны наполненные кровью капилляры и неправильнаго очертанія грануляціонныя

гнѣзда съ хорошо сохранившимися клѣтками. Такимъ образомъ мы убѣдились въ присутствіи *meso-endarteriitidis vasculosae chronicae* въ періодѣ дегенераціи.

Описанныя измѣненія въ сердцѣ, клапанахъ и аортѣ обыкновенно вызываютъ цѣлый рядъ измѣненій въ другихъ органахъ. Вслѣдствіе суженія лѣваго венознаго устья въ легкихъ произошло утолщеніе соединительной ткани, десквамація эпителія легочныхъ альвеолъ, переполненіе и расширеніе кровеносныхъ сосудовъ, выходженіе въ ткань красныхъ кровяныхъ шариковъ и отложеніе пигмента въ ней—бурое затвердѣніе легкихъ, *induratio fusca*, особенно въ нижнихъ доляхъ, что повлекло за собою викарную эмфизему верхнихъ долей. Вслѣдствіе застоя крови въ печени, произошло расширеніе кровеносныхъ сосудовъ и утолщеніе ихъ стѣнокъ, до центральныхъ венъ печеночныхъ долекъ, что привело къ дегенеративному метаморфозу печеночныхъ клѣтокъ. Въ центральныхъ частяхъ долекъ, около сосудовъ, клѣтки слегка зернисты, часто не содержатъ ядеръ, а набиты мелкими зернышками желтаго и бурога пигмента—*atrophia cyanotica*. Такъ какъ атрофія клѣтокъ лишь вторично присоединяется къ эктазиі центральныхъ венъ и волосныхъ сосудовъ, то печень въ первомъ періодѣ измѣненія не уменьшена, а, напротивъ, увеличена (застойная гиперемія), что было обнаружено у нашей больной, при изслѣдованіи ея въ декабрѣ 1889 года. Въ селезенкѣ, гдѣ находятся разновременные инфаркты и эмболическіе рубцы, было обнаружено утолщеніе соединительно-тканыхъ перекладинъ съ явленіями застоя и затвердѣнія самой мягкости, т. е. хроническая гиперплазія паренхимы и гипертрофія промежуточной ткани. Въ почкахъ мы находимъ зернисто-жировое перерожденіе клѣтокъ и утолщеніе стѣнокъ канальцевъ съ размноженіемъ ядеръ въ капиллярахъ клубочковъ.

Ко всѣмъ этимъ хроническимъ заболѣваніямъ въ послѣдніе дни жизни больной присоединилось выпотѣніе въ околосердечную сумку громаднаго количества серозной жидкости. Это выпотѣніе вызвало одышку, понудившую больную снова явиться въ больницу, изъ которой она вышла за недѣлю предъ этимъ. Выпотъ этотъ произвелъ окончательное разстройство компенсаціи сердечной дѣятельности и былъ ближайшею причиною смерти.

LXI. Pernio et combustio. Meso-endaortitis hyperplastica et endarteriitis parenchymatosa acuta.

К. Ридель.

Титъ Шанинъ, крестьянинъ Курской губерніи, 56 лѣтъ, поступилъ съ жалобами на частыя болѣзненные испражненія, на боль большого пальца правой ноги и на боль правой половины груди. Принятъ 20 октября 1890 года.

Разспросы и изслѣдованія показали, что Титъ Шанинъ, будучи легко одѣтъ, отморозилъ себѣ большой палецъ правой ноги и вообще сильно продрогъ; возвращаясь домой, по дорогѣ онъ зашелъ въ трактиръ и сильно выпилъ. Придя на квартиру, онъ будучи сильно пьянъ, свалился правымъ бокомъ на горячую плиту и сильно пожегъ себѣ кожу праваго бока. Поносы у него продолжаются десять дней, при чемъ позывы очень часты съ болѣзненными тенезмами, въ послѣднее время къ испражненіямъ примѣшивалась въ обильномъ количествѣ кровь, такъ что испражненія принимали видъ черноватой жидкой массы.—Кожица большого пальца поднята въ видѣ пузыря. На правомъ боку, на обожженномъ мѣстѣ, кожица отстала и подъ ней открылась черная, мокнущая поверхность.

Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ показало, что границы сердца нормальны, тоны сердца нормальны, но значительно слабы; границы селезенки нормальны. Границы легкихъ немного увеличены, перкуссія и аускультация легочной ткани показали существованіе эмфиземы легкихъ, особенно нижнихъ долей. Перкуссія живота болѣзненна, даетъ тимпаническій тонъ. Большой представляется истощеннымъ съ значительно атрофированными мускулатурой и жирноклѣточнымъ слоемъ.

Поносы до 20 разъ въ сутки, болѣзненны, примѣсь крови незначительна. На отмороженныхъ и обожженныхъ мѣстахъ почти никакой реакціи. Кожа большого пальца приняла темно-синеватую окраску, кожица разорвана и мѣстами отворочена—на правомъ боку черновато-синеватаго цвѣта мокнущая поверхность—какъ бы стерта и виситъ клочьями на границѣ съ здоровой тканью. Пульсъ слабый, малый, легко теряется подъ пальцемъ. Въ 5½ часовъ по полудни 5-го октября больной скончался. Прижизненный діагнозъ: enteritis acutissima, pernio et combustio.

Наружный осмотръ показалъ, что, начиная съ четвертаго ребра до 8-го между передней и задней аксиллярной линіями имѣется почернѣвшая, мокрая поверхность, кожица этой поверхности содрана и виситъ клочьями на границѣ съ здоровой тканью. Кожа большого пальца правой ноги суха, черновато-синеватаго цвѣта, кожица отстала и окружаетъ палецъ въ видѣ манжетки или разорванной перчатки. Ноготь держится очень слабо и легко могъ быть вырванъ. Покойникъ высокаго роста съ длиннымъ туловищемъ и сравнительно короткими ногами. Лѣвое яичко скрыто въ паховомъ каналѣ, мало, кожисто. Общее исхуданіе сильно выражено. Кости свода истончены, склерозированы; стекловидныя пластинки истончены, spongiosa блѣдна и порозна. Твердая мозговая оболочка суха съ тусклымъ отблескомъ, мягкая оболочка отечна, при чемъ въ заднихъ

отдѣлахъ трупно имбибирована. Ткань мозга блѣдна, отечна; въ правомъ желудкѣ оказалось заращеніе задняго рога. Поверхности разрѣза мозга покрываются сукровичной водянистой жидкостью. Легкія въ нижнихъ доляхъ пушисты, при чемъ на разрѣзѣ выступаетъ кровянистая смѣшанная съ пузырьками воздуха жидкость. Верхнія доли отечны и кожисты, сильно пигментированы. Сердечный мускулъ дряблый, при чемъ стѣнки обоихъ желудочковъ истончены. Полости обоихъ желудочковъ немного увеличены. Печень слегка увеличена въ объемѣ блѣднѣ нормальной, при разрѣзахъ хруститъ. Селезенка синеватаго цвѣта, увеличена въ объемѣ, при разрѣзѣ мальпигіевы тѣла рѣзко увеличены въ объемѣ и выстоять надъ поверхностью. Почки немного увеличены, дольчаты, корковый слой венозно гиперемированъ съ синеватымъ отблескомъ на разрѣзѣ. Капсула почки легко снимается. Почечныя лоханки расширены, при чемъ въ ней найдено небольшое количество гноевидной слизи. Мочевой пузырь тонкостѣнный и расширенный. Стѣнки желудка истончены, слизистая оболочка въ состояніи атрофіи, кромѣ того въ нижней части желудка, приблизительно на срединѣ разстоянія между привратникомъ и cardia, найдена небольшая опухоль величиною въ горошину, лежитъ эта опухоль тотчасъ подъ слизистой оболочкой. При разрѣзѣ опухоль эта оказалась довольно твердой съ желтовато-сѣрыми поверхностями разрѣза. Двѣнадцатиперстная кишка, тощая и подвздошная кишки, кромѣ истонченія стѣнокъ и значительной атрофіи слизистой оболочки, другихъ измѣненій не представили. Толстыя кишки въ своей восходящей и поперечной частяхъ представляли измѣненія, аналогичныя тонкимъ. Нисходящая же часть, S-romanum и прямая кишка представили значительныя измѣненія. Поверхность слизистой оболочки почти сплошь чернаго цвѣта съ буро-желтоватыми пятнами, складки слизистой оболочки мало замѣтны. На поверхности слизистой оболочки всѣхъ этихъ частей замѣчались разбросанныя язвы различной формы и величины. Язвы были большею частью продолговатыя и своимъ длинникомъ соответствовали поперечному сѣченію кишки. Глубина язвъ была различна: нѣкоторыя представлялись поверхностными, другія же проникали до muscularis intestini и даже далѣе, доходя до subserosam. Язвы имѣли не чистое и не гладкое дно: края язвъ были узурированы и какъ бы подрыты, ткань возлѣ язвъ находилась въ состояніи разрыхленія. Содержимое здѣсь было жидкое, слизисто-кровянистаго характера съ сильнымъ, противнымъ, зловоннымъ запахомъ, количество этого содержимаго очень незначительно. Intima артерій легко сдиралась послыно, рыхла и имбибирована. Наружная оболочка была значительно истончена.

Трупный діагнозъ: dysenteria haemorrhagica subacuta, emphysema pulmonum, combustio et pernio. Смерть отъ паралича сердца.

Микроскопическое изслѣдованіе велось такимъ образомъ, что наиболѣе интересующіе органы были залиты въ парафинъ и изслѣдовались окрашенными; другіе же, въ которыхъ мы не надѣялись найти особенныхъ измѣненій, изслѣдовались расщипанными послѣ предварительнаго уплотненія въ муллеровской жидкости. Въ число первыхъ вошли препараты, взятые изъ кожи большого пальца правой ноги, гдѣ было ознобленіе, кожа праваго бока, гдѣ былъ ожогъ, кусокъ прямой кишки и кусокъ толстой кишки, гдѣ наблюдалось наибольшее пораженіе ткани, селезенка и, наконецъ, два куска изъ крупныхъ артеріальныхъ стволовъ: aorta thoracica et art. femoralis dextra, гдѣ мы надѣялись найти измѣненія,

которых макроскопически нельзя было констатировать. Расщипанные препараты готовились из легкого, печени, почек и из опухоли, которая была найдена на дне желудка.

Легкое представляло картину сильно расширенных альвеолъ съ обильно разросшейся по периферіи альвеолъ соединительной тканью; эпителий, покрывающій внутреннюю поверхность альвеолъ, мѣстами сохранился, мѣстами выпалъ; сосуды, окружающіе альвеолы въ видѣ сѣти, расширены и набиты красными кровяными тѣльцами съ ясными контурами ихъ; стѣнки легочныхъ сосудовъ значительно утолщены, просвѣтъ сосудовъ увеличенъ; бронхиальныя трубки найдены съ сохранившимся эпителиемъ, выстилающимъ внутреннюю поверхность бронховъ, и съ обильнымъ развитіемъ соединительной ткани по периферіи бронха. Печень на расщипанныхъ препаратахъ оказалась мало измѣненной. Печеночныя клѣтки нормальной величины и формы, въ нихъ можно было замѣтить одно или два ядра, кромѣ того въ нѣкоторыхъ мѣстахъ мы замѣчали присутствіе желчнаго пигмента, между клѣтками и въ самихъ клѣткахъ, при чемъ зернышки его стягивались конусомъ въ какомъ-нибудь мѣстѣ на периферіи клѣтки. Дольчатость печени хорошо сохранилась. Сосуды и желчные ходы ничего особеннаго не представляли. Почки представляли только расширение просвѣта мочевыхъ канальцевъ. Опухоль изъ дна желудка состояла изъ волокнистой соединительной ткани съ примѣсью гладкихъ мышечныхъ элементовъ и имѣла свою собственную соединительно-тканную оболочку, поэтому надо думать, что это не что иное, какъ маленькая фибро-миома, явленіе, кстати замѣтить, не частое въ данномъ мѣстѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе залитыхъ въ парафинъ препаратовъ производилось послѣ двойной ихъ окраски пикрокарминомъ и воднымъ растворомъ метиленовой сини.

Мы ожидали встрѣтить важныя измѣненія въ большихъ сосудахъ, такъ на самомъ дѣлѣ и оказалось. Поэтому цѣлесообразнымъ оказывается подробнѣе остановиться на измѣненіяхъ, какія были найдены въ сосудахъ. Аорта изслѣдовалась на поперечныхъ и продольныхъ разрѣзахъ. На продольныхъ разрѣзахъ найдено, что *intima* вездѣ раздѣлена на три слоя, при чемъ внутренній слой къ просвѣту сосуда представляетъ гладкую ровную поверхность, а поверхностью, обращенною къ среднему слою *intim'y*, представляетъ волнистую линію, соотвѣтственно такому волнистому поднятію, какое наблюдается въ среднемъ слоѣ *intim'y*. Внутренній слой *intim'y* состоитъ изъ тѣсно сплоченныхъ клѣтокъ эндотеліальнаго типа, полиморфныхъ съ довольно толстыми продолговатыми ядрами. Мѣстами можно было замѣтить пролифераціонныя гнѣзда, гдѣ клѣтки были меньше

и гдѣ ядра находились скученными на небольшомъ пространствѣ въ большемъ количествѣ, при чемъ эти ядра были разнообразны по своей формѣ, то они были загнуты на подобіе серпа, то они были S-образно свернуты, но во всякомъ случаѣ длина ихъ была въ общемъ меньше, нежели тѣхъ ядеръ, которыя попадались лежащими отдѣльно. Внутренній слой *intim'ы* отдѣленъ отъ средняго почти непрерывно на всемъ протяженіи бѣлою различной ширины полоскою, въ видѣ просвѣта; этотъ просвѣтъ въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ средній слой былъ истонченъ, а внутренний, наоборотъ, болѣе толстъ, почти совсѣмъ исчезалъ, оставаясь въ видѣ едва замѣтной полоски. Въ тѣхъ же мѣстахъ, гдѣ средній слой поднимался сосочко-образно по направленію къ внутреннему слою, а внутренний слой представлялся довольно тонкимъ, просвѣтъ, находящійся между двумя этими слоями, былъ сравнительно широкъ; въ этихъ мѣстахъ просвѣтъ этотъ былъ заполненъ лимфоидными клѣтками и какими-то звѣздчатыми съ круглымъ ядромъ клѣтками, въ двухъ мѣстахъ въ подобномъ расширенномъ просвѣтѣ попались поперечные разрѣзы кровеносныхъ сосудовъ съ набитыми въ нихъ красными кровяными шариками, хорошо сохранившими свои контуры. Средній слой *intim'ы*, какъ мы уже сказали, представлялъ собою сосочко-образныя возвышенія по направленію къ внутреннему слою, наоборотъ, соприкосновеніе средняго слоя съ наружнымъ имѣло совершенно прямую линію. Сосочки средняго слоя довольно широки и мѣстами напоминаютъ сосочки кожи, только поверхность такого сосочка болѣе овальна, нежели въ сосочкахъ кожи. Средній слой *intim'ы*, въ мѣстахъ, расположенныхъ между двумя такими сосочками, представляется весьма незначительнымъ по своей толщинѣ, кромѣ того наблюдается различіе этой истонченной части средняго слоя съ сосочкомъ того же слоя. При разсматриваніи такого сосочка мы видимъ, что онъ имѣетъ волокнистое строеніе, при чемъ волокна въ безпорядкѣ сплетаются между собой. Между такими волокнами находятся полости, по всей вѣроятности лимфатическія, различной величины, округлой формы. Въ пространствахъ этихъ замѣтно скопленіе лимфоидныхъ клѣтокъ и полиморфныхъ клѣтокъ съ палочкообразнымъ ядромъ. Вокругъ этихъ пространствъ наблюдается энергическій пролифераціонный процессъ. Мѣстами волокна такого сосочка раздвинуты цѣлымъ рядомъ лимфоидныхъ элементовъ, помѣстившихся въ видѣ столбика, въ другихъ мѣстахъ лимфоидные элементы попадаютъ отдѣльно. На границѣ между среднимъ слоемъ и наружнымъ *intim'ы* можно замѣтить разрѣзы кровеносныхъ сосудовъ, съ довольно широкимъ просвѣтомъ. Кромѣ этого, можно замѣтить пропитываніе почти всего средняго слоя въ мѣстахъ выпячивания,

при чемъ пропитываніе проникло дальше по направленію къ внутреннему слою и произвело раздвиженіе элементовъ этого слоя. Средній слой отдѣляется отъ наружнаго также весьма тонкой прозрачной полостью. Полость эта однако не такъ непрерывна и прерывается вступленіемъ волоконъ наружнаго слоя въ средній въ видѣ мостиковъ. Наружный слой *intim'ы* состоитъ изъ продольно расположенныхъ слоевъ волоконъ съ тремя рядами ядеръ, расположенныхъ на подобіе шахматныхъ квадратовъ, ядра эти длинны, палочкообразны, прямы. Пролифераціонныхъ гнѣздъ констатировать не удалось. Приблизительно такое же строеніе имѣли и тѣ мѣста средняго слоя, находившіяся между двумя сосочками, съ тѣмъ отличіемъ, что въ этихъ мѣстахъ были соковыя щели и пространства, гдѣ можно было замѣтить скопленіе лимфoidныхъ клѣтокъ и звѣздчатыхъ элементовъ съ круглымъ ядромъ. *Media* представлялась разрыхленною въ наружной своей части, при чемъ возлѣ сосудовъ, которые въ этой части *mediae* проходили въ значительномъ количествѣ, можно было наблюдать пролифераціонныя гнѣзда съ размноженіемъ ядеръ. Мѣстами попадались въ толщѣ *mediae* плохо окрашенные пространства, при чемъ продольная исчерченность, присущая *mediae*, исчезала. Въ своемъ внутреннемъ слоѣ *media* представлялась склерозированной и плотно сжатой; ядеръ въ этой части почти нельзя было констатировать. *Adventitia* истончена, мѣстами, на границѣ съ слоемъ *mediae*, *adventitia* была клѣточно инфильтрирована, мѣстами же можно было замѣтить воспалительный процессъ; волокна *adventitiae* были раздвинуты до образованія полости, въ которой произошло скопленіе лимфoidныхъ элементовъ съ примѣсью красныхъ тѣлецъ, сосуды по окружности этого воспалительнаго гнѣзда были расширены и затромбозированы красными тѣльцами, потерявшими свои контуры. Такіе очаги наблюдались въ *adventitia* на границѣ ея съ *media*, при чемъ ткань *mediae* не участвовала въ процессѣ.

Изслѣдованіе поперечныхъ разрѣзовъ аорты, какъ нельзя болѣе, соответствовало той картинѣ, которую мы находили при изслѣдованіи на продольныхъ разрѣзахъ. *Intima*, какъ и тамъ, состояла изъ трехъ слоевъ, при чемъ средній слой также сосочкообразно возвышался по направленію къ внутреннему, а внутренний слой соответственно этому то заходилъ вглубь ткани аорты, то истончался до незначительнаго размѣра. Какъ средній, такъ и внутренний слой оказались имbibированными серозной жидкостью, раздвинувшей волокна, при чемъ сами волокна оказались разбухшими. Средній слой *intim'ы* содержалъ въ себѣ полости, набитыя лимфoidными клѣтками, при чемъ по окружности этихъ полостей можно было

наблюдать пролифераціонный процессъ съ размноженіемъ ядеръ. Media склерозирована, мѣстами клѣточно инфильтрирована. Adventitia истончена, съ расширенными лимфатическими путями, на границѣ adventitia съ media наблюдались очаги съ лимфоидными клѣтками и расширенными сосудами по окружности, при чемъ одни изъ сосудовъ были набиты красными тѣльцами съ ясными контурами, другіе же были затромбированы красными тѣльцами, слившимися въ одну массу безъ ясныхъ границъ.

Продольный разрѣзъ art. femoralis показалъ почти аналогичныя аортѣ измѣненія, съ тою только разницею, что въ art. femoralis оказалась меньше измѣненною intima, чѣмъ въ аортѣ, зато adventitia представляла собою гораздо сильнѣйшую степень воспалительнаго процесса въ ней, нежели adventitia аорты. Intima femoralis была тоже, какъ и intima аорты, раздѣлена на три части, она была сильно утолщена, пролифераціонный процессъ наблюдался рѣже, скорѣе слои intim'ы были склерозированы. Средній слой intim'ы femoralis былъ также сосочкообразно приподнятъ по направленію кнутри, только полости были меньше и болѣе сжаты и пролифераціонный процессъ наблюдался какъ рѣдкость. Media была склерозирована, почти совсѣмъ безъ ядеръ. Adventitia была на большую, чѣмъ въ аортѣ, глубину клѣточно инфильтрирована, воспалительные очаги были значительнѣе.

Такимъ образомъ мы можемъ прийти къ заключенію, что большіе артеріальные стволы поражены процессомъ, который гнѣздится главнымъ образомъ въ intim'ѣ сосудовъ. Процессъ этотъ занимаетъ средний слой intim'ы и повелъ къ утолщенію всей intim'ы; процессъ этотъ воспалительнаго характера, онъ состоитъ въ накопленіи лимфоидныхъ элементовъ съ расширеніемъ лимфатическихъ щелей, въ новообразованіи сосудовъ съ проростаніемъ ихъ до внутренняго слоя intim'ы и въ серозной инфильтраціи стѣнки чрезъ всю толщу. Поэтому мы въ правѣ назвать его endarteriitis hyperplastica parenchymatosa; если бы мы захотѣли точнѣе указать на начало локализациіи процесса и мѣсто происхожденія его, то въ такомъ случаѣ мы имѣли бы право сказать, что въ нашемъ случаѣ мы имѣемъ meso-endarteriitis chronica.

Исслѣдованіе селезенки показало, что мы имѣемъ въ ней обширное разращеніе соединительной ткани по ходу кровеносныхъ сосудовъ, кромѣ того стѣнки сосудовъ найдены сильно утолщенными, reticulum утолщено, содержитъ часто сморщенные клѣточки и кучки желтаго пигмента.

Исслѣдованіе кусковъ, взятыхъ изъ кожи ноги послѣ ознобленія, показало слѣдующее. Кожица вся отстала, stratum Malpighii кое-гдѣ

осталось на сосочкахъ кожи и между ними, эпителий потерялъ свое строение, ядра исчезли и мѣстами превращены въ зернистую массу, пропитанную серозной жидкостью; эта зернистая масса пронизана по всѣмъ направленіямъ волокнами фибрина. Собственно *coni*um состоитъ изъ раздвинутыхъ соединительно-тканыхъ пучковъ и волоконъ, между которыми помѣщаются лимфoidныя клѣтки и красныя кровяныя тѣльца, сосуды *coni*ii сильно расширены и по большей части затромбозированы, венные стволы также мѣстами непроходимы. Содержатъ сѣтчатыя ржаво-бураго цвѣта свертки. Почти тѣ же измѣненія представились и на кожѣ, взятой послѣ ожога. То же разрушеніе эпителия и превращеніе его въ однородную зернистую массу, пронизанную сѣтью фибрина, та же клѣточная инфильтрація бѣлыми и красными кровяными тѣльцами рыхлой части *coni*ii, то же расширение и тромбозъ кровеносныхъ сосудовъ. Но кромѣ этого попадались мѣста, гдѣ эпителий былъ болѣе или менѣе сохраненъ и отодвинутъ вверхъ отъ *coni*um; а между ними находилась округлой формы полость, наполненная серознымъ выпотомъ, — эти мѣста сооветствуютъ пузырямъ, которые появляются при ожогѣ.

Исслѣдованіе прямой кишки и нисходящей части толстой кишки дали одну и ту же картину, съ тѣмъ различіемъ, что процессъ въ прямой кишкѣ былъ нѣсколько обширнѣе въ глубину. Слизистая оболочка почти вся разрушена, некротизирована и превращена въ зернистую массу, поверхностный эпителий не существуетъ, кое-гдѣ остались нижнія части железъ съ сохранившимися ядернымъ эпителиемъ. Подслизистая ткань густо инфильтрирована, главнымъ образомъ красными тѣльцами съ примѣсью лимфoidныхъ. *Muscularis* раздвинута, густо инфильтрирована также большею частью красными кровяными шариками съ примѣсью гнойныхъ тѣлецъ, кромѣ того *muscularis* пронизана по всѣмъ направленіямъ волокнистою соединительною тканью; инфильтрація эта вездѣ геморрагическаго характера и доходитъ мѣстами до *subserosam*. Такимъ образомъ мы имѣемъ въ данномъ случаѣ дизентерію геморрагическаго характера съ полнымъ почти разрушеніемъ слизистой оболочки кишекъ.

Принимая во вниманіе данныя, добытыя клиническими методами изслѣдованія, а также данныя макро- и микроскопическаго патолого-анатомическаго изслѣдованія, мы можемъ поставить діагнозъ: *emphysema pulmonum, dysenteria haemorrhagica chronica, meso-endarteriitis chronica hyperplastica, pernio hallucis dextri et combustio acuta secundi ordinis*.

Причиною смерти нужно считать острое измѣненіе состава крови вслѣдствіе поступленія продуктовъ распаденія тканей изъ кишки и отмо-

роженных и обожженных участков кожи, которое, обостривъ существовавшую раньше meso-endarteritidem, осложнилось паренхиматознымъ воспаленіемъ внутренней оболочки артерій и окончилось параличомъ сердца. Бактеріоскопическое изслѣдованіе содержимаго кишечника и самихъ кишечника, на бактеріальныя формы, произведенное д-ромъ Грабовскимъ, не дало никакихъ результатовъ.

LXII. Melanaemia.

М. Сахнинъ.

Больной Алексѣй Панькинъ, 42 лѣтъ. Кожа всего туловища горяча. Языкъ обложенъ сѣро-желтымъ налетомъ и сухъ. Кожные и сухожильные рефлексы никакихъ измѣненій не представляютъ. Зрачки нормально реагируютъ и равномерной величины. Животъ умеренно вздутъ. При давленіи на животъ—небольшая болѣзненность въ обоихъ подвздошныхъ областяхъ. Со стороны легкихъ нѣтъ никакихъ замѣтныхъ измѣненій, кромѣ сухихъ и влажныхъ хриповъ. Граница праваго сердца нѣсколько заходитъ за лѣвую парастернальную линію. Тоны сердца слабы и глухи. Печень не выдается изъ-за реберной дуги. Селезенка начинается съ 7-го ребра и прощупывается. Пульсъ частый и слабый; t^0 повышена— 40^0 . На тѣлѣ никакихъ знаковъ насилія нѣтъ. Мочится больной подъ себя. Бредитъ.

6-го сентября 1890 года больной былъ доставленъ въ Александровскую больницу въ безсознательномъ состояніи и съ повышенной температурой— 40^0 . 7-го утромъ онъ пришелъ въ сознание и жаловался на головную боль и жаръ; страданіе свое больной приписывалъ простудѣ; боленъ онъ 4 дня. Рвоты у него не было; стулъ имѣлъ твердый. 8-го больной въ безсознательномъ состояніи, бредитъ; губы покрыты сухой коркой; t^0 утромъ 38 ; вечер. 40^0 ; пульсъ частый и слабый; стулъ имѣлъ послѣ клизмы. Мочится подъ себя. Въ легкихъ сухіе и влажные хрипы. Селезенка прощупывается. Голову свободно можно приблизить къ груди. 9 сентября 1890 г. въ 4 часа утра больной умеръ.

Кости свода истончены; внутренняя поверхность шероховата. Твердая мозговая оболочка ворсиста на наружной поверхности; мягкая оболочка отдѣляется легко, венозно гиперемирована. Ткань мозга плотнѣ нормальной, всюду розоваго цвѣта и прорѣзана многочисленными красными полосками, сосуды безъ измѣненій. Грудная клѣтка плоская; нижнее отверстіе расширено; клѣтчатка mediastini атрофирована. Сердце умеренно покрыто атрофированнымъ жиромъ, плоское, съ бѣлыми сухожильными пятнами на правомъ желудочкѣ. Правое предсердіе умеренно растянато кровяными свертками; стѣнка желудочка дряблая, темно-краснаго цвѣта, тонка. Arteria pulmonalis тонкостѣнна, сильно эластична. Endocardium лѣваго предсердія утолщено; bicuspidalis по краю бугриста, натягивается въ видѣ хорды; стѣнка желудочка также дряблая, темно-коричневаго цвѣта; полость мала. Клапаны аорты при основаніи умеренно смор-

Проф. Крыловъ. Школьная хроника. 1890 г.

щены, утолщены. Aorta при основаніи расширена съ выпячиваніемъ въ правую сторону; intima желтаго цвѣта съ нѣжными продольными бороздками. Оба легкія объемисты, мало спадаются, при переднихъ краяхъ пушисты, всюду пятнисто пигментированы, въ нижнихъ доляхъ черновато-краснаго цвѣта, тѣстоватой плотности, при разрѣзѣ даютъ большое количество пѣнистой, темнаго цвѣта жидкости. Въ верхней долѣ праваго легкаго при передней поверхности находится гнѣздо волокнистаго заустѣнія, величиною въ грецкій орѣхъ, которое при соскабливаніи освобождаетъ вязкую слизисто-гнойную, зеленовато-сѣраго цвѣта массу. Въ остальныхъ частяхъ верхнія доли въ разрѣзѣ всюду аспидно пигментированы и при соскабливаніи даютъ черноватую серозную жидкость. Селезенка увеличена, умѣренной плотности, капсула напряжена, поверхность разрѣза равномернаго черновато-краснаго цвѣта. Pulpa выскабливается въ видѣ крошковатой массы. Печень нормальнаго объема, кожиста, въ разрѣзѣ равномернаго сѣро-пенельнаго цвѣта; границы долекъ изглажены. Почки малы, кожисты; капсула отдѣляется съ трудомъ: ткань въ разрѣзѣ блѣдно-краснаго цвѣта; граница между корковымъ слоемъ и мозговымъ неясно выражена, особенно въ лѣвой. Желудокъ въ состояніи спаденія; слизистая оболочка аспиднаго цвѣта, имѣетъ бородавчатый видъ, по малой кривизинѣ покрыта многочисленными мелкими экстравазатами въ видѣ пятенъ и полосъ. Тонкія кишки содержатъ слизистую, сильно окрашенную желчью кашицеобразную массу и нѣсколько экземпляровъ *ascaris lumbricoides*; in ileo разсѣяны такіе же мелкіе кровеподтеки, какъ и въ желудкѣ, желтовато-бурого цвѣта, величиною съ чечевичное ядро. Толстыя кишки въ верхнихъ частяхъ вздуты газами и наполнены вязкими, кашицеобразными каловыми массами, въ нижнихъ наполнены плотными, представляющими точные слѣпки съ *haustra*, сильно окрашенными желчью каловыми кусками. *Flexura sigmoidea* сильно удлинена, образуетъ изгибъ вверхъ въ видѣ петли, длиною около одного фута, приращенной наружнымъ колѣномъ къ нисходящей части толстой кишки и имѣющей рубцово сморщенную брыжейку. Мочевой пузырь растянутъ до объема головки годового ребенка. Мышцы передней брюшной стѣнки и грудныя сухи, блѣднаго темно-краснаго цвѣта.

Селезенка. На микротомныхъ разрѣзахъ селезенки, окрашенныхъ пикрокарминомъ, видно, какъ капсула, состоящая изъ соединительной ткани и отдѣльныхъ гладкихъ мышечныхъ элементовъ, отсылаетъ въ глубину ткани перекладины. Капсула инфильтрирована красными кровяными шариками; далѣе видны сосуды, сильно растянутые красными и бѣлыми кровяными шариками. Мальпигіевы тѣльца окрашены болѣе интенсивно сравнительно съ мякотью селезенки; имѣетъ нормальное аденоидное строение: состоитъ изъ *reticulum*, въ петляхъ котораго заложены многочисленные лимфоидные элементы. Особенное вниманіе обращаетъ на себя обильное количество пигмента, именно: все поле микроскопа устѣяно многочисленными тѣльцами, представляющими собою то отдѣльные крупныя или мелкія зернышки, то цѣлыя глыбки весьма неправильной формы и чернаго цвѣта; величина этихъ тѣлецъ меньше величины краснаго кровяного ша-

рика; нѣкоторыя же изъ нихъ больше. Черныя эти зернышки и глыбки въ особенно большомъ количествѣ лежатъ въ межсосудистыхъ тяжахъ, но ихъ также много внутри полости сосудовъ; лежатъ они или свободно, или заключены въ бѣлыхъ кровяныхъ шарикахъ; въ самой же пульпѣ селезенки такихъ пигментныхъ частицъ не находится.

Печень. Клѣтки печени не измѣнены; протоплазма ихъ представляетъ нормальную очень мелкую, густую зернистость; межклѣточное вещество развито въ нѣсколько большемъ, сравнительно съ нормою, количествѣ; въ капиллярахъ, наполненныхъ красными и бѣлыми кровяными шариками, находится большое количество совершенно такой же формы и цвѣта, какъ въ селезенкѣ, пигментныхъ зернышекъ, лежащихъ въ капиллярахъ, между печеночными клѣтками до самыхъ *v. centrales*; пигментированный эндотелій этихъ сосудовъ имѣетъ ясныя ядра. На другихъ препаратахъ при маломъ увеличеніи видно, что пигментныя зернышки большею частью плотно сидятъ въ *vv. interlobulares*. Всюду въ капиллярахъ замѣтно наслоеніе пигмента, который, однако, не выполняетъ просвѣта сосудовъ. Нигдѣ въ паренхиматозныхъ элементахъ—печеночныхъ клѣткахъ присутствія этого пигмента не замѣчается.

Почки. На многочисленныхъ препаратахъ изъ почки представляется все одна и та же картина: паренхиматозное набуханіе эпителія мочевыхъ канальцевъ; клубочки представляютъ рѣзко выраженное размноженіе ядеръ; капсула мѣстами утолщена; всего же болѣе обращаетъ на себя вниманіе все тотъ же пигментъ, выполняющій какъ сосуды, такъ и мальпигіевы клубочки—чудныя сѣти ихъ; здѣсь этотъ пигментъ представляется въ видѣ черныхъ точекъ и полосокъ.

Легкія. Легочныя альвеолы отдѣлены одна отъ другой нормальнымъ количествомъ интерстиціальной соединительной ткани; полость ихъ выполнена большимъ количествомъ безцвѣтныхъ кровяныхъ шариковъ; имѣется сильно выраженная *anthracosis*; въ расширенныхъ кровеносныхъ сосудахъ наблюдается точно также, какъ и въ предыдущихъ органахъ, пигментъ, то свободный, то заключенный въ бѣлыхъ кровяныхъ шарикахъ.

Слизистая оболочка тонкой кишки имѣетъ совершенно нормальное строеніе, и въ ней находится все тотъ же пигментъ—въ сосудахъ, но не въ ткани.

Въ костномъ мозгѣ, взятомъ изъ реберъ, наблюдается очень рѣзкое развитіе лимфoidныхъ тѣлецъ на ряду съ очень небольшимъ количествомъ жировыхъ элементовъ; пигмента въ немъ мало.

Выдающимся явленіемъ во всей микроскопической картинѣ любого изъ перечисленныхъ органовъ и всѣхъ вмѣстѣ, очевидно, является присутствіе обильнаго, чернаго цвѣта и неправильной формы пигмента. Пигментъ этотъ находится какъ въ крови, на ряду съ нормальными составными частями ея, такъ и въ самыхъ органахъ (въ межсосудистыхъ тяжахъ пульпы селезенки напр.). Такое обиліе пигмента есть, во всякомъ случаѣ, явленіе аномальное, и такого рода измѣненіе крови, когда въ ней замѣчается большое содержаніе пигмента, называется *melanaemia*: слѣдовательно, прежде всего мы имѣемъ дѣло съ явленіями меланеміи. Такъ какъ, съ одной стороны, пигментъ этотъ находится почти исключительно внутри кровеносныхъ сосудовъ или вообще элементовъ крови, или въ межсосудистыхъ тяжахъ селезенки (въ этихъ послѣднихъ кровь течетъ очень медленно и легче можетъ подвергаться измѣненіямъ), а съ другой стороны, онъ обнаруживаетъ характерное отношеніе къ реагентамъ: не растворяется ни въ водѣ, ни въ спиртѣ, ни въ эфирѣ, ни въ уксусной кислотѣ, а растворимъ въ кипящемъ КОН, азотной и соляной кислотѣ,—то этими двумя моментами опредѣляется натура пигмента, происхожденіе его изъ крови: другіе извѣстные намъ пигменты, извнѣ могущіе поступить въ кровь, такого отношенія къ реагентамъ не оказываютъ. Такое патологическое образованіе пигмента происходитъ или вслѣдствіе растворенія, или вслѣдствіе перерожденія красныхъ кровяныхъ шариковъ; слѣдовательно, и въ данномъ случаѣ передъ нами имѣется процессъ, соединенный съ разрушеніемъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, а такъ какъ такое разрушеніе красныхъ кровяныхъ шариковъ, соединенное съ образованіемъ пигмента, происходитъ почти исключительно при перемежающейся лихорадкѣ, то остается заключить, что въ данномъ случаѣ меланеміи, при увеличенной гиперемированной селезенкѣ, есть выраженіе бывшаго страданія маляріей, которое осложнялось еще и привычными запорами, можетъ быть, разрушительнымъ вліяніемъ на кровяные шарики развивавшагося въ кишкахъ сѣроводорода, какъ объ этомъ позволительно судить на основаніи указаннаго аномальнаго состоянія *flexurae sigmoideae*, образовавшей длинный изгибъ, приращенный къ толстой кишкѣ.
