

CCCXXV. Pneumonia crouposa, endocarditis ulcerosa, meningitis purulenta embolica.

А. Штейнбергъ.

Больная, Ульяна Бутенкова, 42 лѣтъ, поступила въ Александровскую больницу 13 ноября 1892 года съ жалобой на колотье въ правомъ боку и общее недомоганіе. Больная сильно исхудала, съ плоскою грудною кѣткой и запавшими надключичными пространствами. На лицѣ и губахъ ціанозъ. Мышцы шеи принимаютъ участіе въ актѣ дыханія. Перкуссія легкихъ дала съ правой стороны притупленіе, начинающееся съ IV-го ребра по *lin. mamillaris*, V-го по *l. axill.* и середины длины лопатки сзади. Притупленіе сливается съ тупостью печени. На мѣстѣ легочнаго притупленія *fremitus pectoralis* повышенъ. Спереди по *lin. axill.* дыханіе неясно, а сзади слышны бронхіальное дыханіе и крепитирующие хрипы. Въ лѣвомъ легкомъ слышны *ronchi sonori*. Мокроты больная не отхаркиваетъ. Границы сердца не выходятъ изъ нормы; тоны его слабы, пульсъ слабый—98, дыханіе 32 въ минуту; t° 38,2. Печень увеличена и болѣзненна. Болѣзнь началась, по словамъ больной, шесть дней тому назадъ внезапнымъ ознобомъ. Поступивши въ больницу, больная въ теченіе слѣдующихъ двухъ недѣль оставалась въ одномъ и томъ-же приблизительно состояніи; t° держалась типа *febris continuæ*, иногда съ ремиссіями почти до нормы; все время былъ запоръ. 27 ноября состояніе больной вдругъ ухудшилось, пульсъ сталъ слабъ, дыханіе поверхностно. Не поправляясь, Б—ва пребыла въ такомъ состояніи двѣ недѣли и умерла 11 декабря въ безсознательномъ состояніи и колюнцѣ. Диагнозъ клиническій—*pneumonia crouposa*.

Кости свода утолщены, твердая мозговая оболочка непрозрачна, при отдѣленіи отъ костей разрывается. Мягкая мозговая оболочка сильно отечна, утолщена, съ разсѣянными, зеленовато-желтыми, полупрозрачными бляшко-образными инфильтраціями на поверхности полушарій и сплошнымъ помутнѣніемъ на основаніи. На основаніи черепа значительное скопленіе легко-подвижной, съ желтыми клочками, гноевидной жидкости. Сосуды основанія умѣренно расширены, сине-вато-чернаго цвѣта влѣдствіе содержанія пристѣночныхъ кровяныхъ свертковъ. Сердце увеличено въ объемѣ, плоско, съ обширнымъ, бѣлымъ сухожильнымъ пятномъ; правая половина сердца растянута, стѣнки истончены, дряблы; *foramen ovale* свободно пропускаетъ сложенный пинцетъ. *Pulmonalis* широка, эластична, тонкостѣнна. На *tricuspidalis*, на мѣстѣ соприкосновенія фиброзныхъ колець, мелкія, мясистыя, красноватая нарощенія. *Endocardium* лѣваго предсердія фиброзно перерождено; *bicuspidalis* утолщена на краю; вся полость желудочка заполнена рыхлымъ, фибринознымъ, кровянымъ сверткомъ, который коренится мясистой ножкой въ отверстіи полулуннаго клапана аорты, примыкающаго къ перепончатой части перегородки; отверстіе это свободно пропускаетъ верхушку мизинца, со стороны желудочка усажено дольчатыми, бородавчатыми, желтовато-сѣраго цвѣта нарощеніями; отъ самаго клапана остается верхній край съ *nodulus*, въ углахъ соприкосновенія съ сосѣдними клапанами утолщенный и отвороченный книзу. Полость желудочка слегка увеличена, мускулатура дряблая, *trabe-*

Проф. Крыловъ. Школьная хроника 1893 г.

culae истончены, стѣнка тоньше нормальной, одинаковой толщины какъ при верхушкѣ, такъ и при основаніи. Аорта очень широка, толстостѣнная, съ выпячиваніемъ въ правую сторону при корнѣ, со склеротическою полоскою на мѣстѣ перегиба дуги, утолщеною и желтоватою интимой. Лѣвое легкое сращено съ грудною стѣнкою при верхушкѣ и по заднему краю, правое—по всей поверхности и съ діафрагмой; оба объемисты, не спадаются, тяжелы. Лѣвое въ верхушкѣ при разрѣзѣ пронизано многочисленными фиброзными полосами и гнѣздами сѣро-аспиднаго цвѣта съ казеозными узелками въ нихъ; нижняя доля въ состояніи силинизации, мясиста, свѣтло-оранжеваго цвѣта, даетъ большое количество жидкости съ крупными пузырьками воздуха. Правое въ разрѣзѣ плотно, поверхность гладкая, при соскабливаніи даетъ кровянистую, безвоздушную жидкость съ мелкими, красноватыми, въ очень маломъ числѣ, похожими на кровяные свертки клочками, которые въ большемъ количествѣ получаются въ мясистой желто-красной нижней долѣ, чѣмъ въ фиброзно-перерожденной, аспиднаго цвѣта, верхней долѣ. Селезенка сильно увеличена, верхнимъ концомъ сращена съ діафрагмой; здѣсь находится клиновидное, размягченное, легко разрывающееся, темно-краснаго цвѣта гнѣздо, величиною болѣе куринаго яйца, съ обезцвѣченной, блѣдно-красной верхушкой. Печень сращена съ діафрагмой, совершенно неправильной формы, плоска, дрябля, кожиста, въ разрѣзѣ суха, глинистаго цвѣта, съ расширенными по мѣстамъ желчными протоками. Почки нормальнаго объема, дряблы, капсула очень трудно отдѣляется, поверхность зерниста, съ разсѣянными черновато-красными пятнами, изъ коихъ нѣкоторыя кольцевидно окружаютъ желтыя и кирпично-красныя клиновидныя гнѣзда, величиною въ разрѣзѣ до кедроваго орѣха; ткань дрябля, кожиста, граница между мякотнымъ и корковымъ слоемъ изглажена; лоханка правой почки расширена; стѣнки пузыря утолщены; въ каналѣ налитыя varices. Матка увеличена, мясиста; слизистая оболочка канала шейки богата складками; полость содержитъ полъ-чайной ложки кровянистой жидкости. На задней стѣнкѣ тѣла находится фиброзный, длиною въ полъ-дюйма, легко подвижный, на широкой ножкѣ, полипъ черновато-краснаго цвѣта. Яичники малы сморщены, плоски; сосуды лѣвой связки варикозно расширены; правая труба приращена къ mesocolon на разстояніи дюйма отъ кишечнаго края нижней петли ilei. Слизистая оболочка желудочно-кишечнаго канала, за исключеніемъ атрофіи и сѣро-аспиднаго цвѣта, измѣненій не представляетъ.

Взятые для микроскопическаго изслѣдованія кусочки уплотнились въ Мюллеровской жидкости, промывались водою, обезвоживались спиртомъ и просвѣтлялись затѣмъ въ смѣси кедроваго масла и ксилола (3:1). Прозрачные кусочки выдерживались послѣдовательно сутки въ смѣси хлороформа съ парафиномъ въ термостатѣ при 40° С. и въ чистомъ парафинѣ при 50° С. Приготовленные такимъ образомъ кусочки заплывали въ парафинъ; дѣлались разрѣзы микротомомъ и затѣмъ подвергались двойной окраскѣ гематоксилиномъ и эозиномъ. Подъ микроскопомъ препараты разсматривались въ канадскомъ бальзамѣ.

Микроскопическій разрѣзъ аортальнаго клапана представляетъ слѣдующее. Клапанъ (въ отвѣсномъ разрѣзѣ) извилистъ, въ одномъ мѣстѣ сильно утолщенъ. На поверхности клапана, обращенной къ желудочку, большое скопленіе фибринозныхъ массъ, состоящихъ изъ двухъ, почти от-

дѣльныхъ другъ* отъ друга, частей. Одна хрупче (на препаратѣ разломалась на большое количество кусочковъ), сильнѣе окрашена, не содержитъ въ себѣ полостей и лимфоидныхъ клѣтокъ; другая окрашена свѣтлѣе, состоитъ изъ комьевъ фибрина, связанныхъ въ одно цѣлое фибринозными-же волокнами въ видѣ пучковъ и сѣтокъ. По окружности этой фибринозной массы (бородавки) замѣтно довольно густое скопленіе лимфоидныхъ элементовъ, которые отчасти проникаютъ и въ самое вещество бородавки и образуютъ тамъ кучки, расположенныя въ отдѣльныхъ полостяхъ и щеляхъ. Кромѣ лимфоидныхъ элементовъ и зернистаго распада, въ этихъ полостяхъ при иммерзійной системѣ и увеличеніи около 800 можно замѣтить въ незначительномъ количествѣ группы диплококковъ овальной формы. Описываемая часть бородавки довольно тѣсно связана посредствомъ фибринозныхъ нитей и перекладинъ съ клапаномъ, особенно тамъ, гдѣ клапанъ утолщенъ и образуетъ выпуклость. Вся граница между клапаномъ и бородавкой густо инфильтрирована лимфоидными клѣтками; въ этой пограничной области фибринъ, размягченный, образуетъ такъ-же, какъ и на окружности, полости, наполненныя клѣтками, зернистымъ распадомъ и диплококками. Самъ клапанъ при разрѣзываніи микротомомъ крошится подъ микроскопомъ его строенія нельзя разобрать,—можно только отличить по болѣе свѣтлой окраскѣ эозиномъ часть *endocardii*, обращенную къ синусу; весь клапанъ пронизанъ густой и толсто-волокнистой фибриновой сѣткой, въ петляхъ которой заключено небольшое количество круглыхъ ядеръ, сильно-окрашенныхъ. Со стороны синуса клапанъ покрытъ густымъ слоемъ лимфоидныхъ клѣтокъ; далѣе въ просвѣтѣ аорты замѣтны сгустки крови, состоящіе изъ тонко-волокнистой сѣти, въ петляхъ которой находится большое количество неразрушенныхъ красныхъ кровяныхъ кружковъ.

Сводя вмѣстѣ результаты макро-и микроскопическаго изслѣдованія, имѣемъ право предположить, что въ сердцѣ, на почвѣ старой *endocarditidis fibrosae* (утолщенія фиброзныя на *endocardio* и митральномъ клапанѣ), развилось острое злокачественное воспаление—*endocarditis ulcerosa*. Язвенный процессъ поразилъ аортальный клапанъ; изъязвленная и истонченная перегородка выпятилась въ полость желудка (*aneurysma valvulae acutum*), а потомъ и прорвалась, образовалась *ruptura*, края которой усажены разновременными тромботическими отложеніями. Подъ микроскопомъ видно, что клапанъ на этихъ мѣстахъ совершенно омертвѣлъ (его строенія не видно, ядра стромы не окрашиваются), на некротизированныхъ мѣстахъ отложился фибринъ; но микроорганизмы, вызвавшіе

весь процессъ, размягчаютъ эту фибринную бородавку со всѣхъ сторонъ, и, немного погодя, она можетъ оторваться, попасть въ общій кругъ кровообращенія и вызвать септическія эмболіи, а на мѣстѣ отрыва останется язвенная поверхность съ дифтеритическимъ дномъ.

Микроскопическіе препараты изъ аорты были сдѣланы изъ стѣнки дуги ея, гдѣ была найдена известковая бляшка. Оказалось, что известковые конкременты въ видѣ глыбокъ находятся на границѣ между интимой и средней оболочкой, раздвигая ихъ; обызвествленіе простирается и дальше, захватывая наружную (ближе къ периферіи) часть *intimae* и большую часть средней оболочки; кромѣ того, небольшой известковый конкрементъ выдается въ одномъ мѣстѣ въ просвѣтѣ аорты, покрытый лишь тонкимъ слоемъ *intimae*. Обызвествленная ткань внутренней и средней оболочки, послѣ предварительнаго выщелачиванія, окрасилась, въ противоположность остальной части стѣнки, въ синій цвѣтъ, состоитъ изъ волоконъ, раздвинутыхъ другъ отъ друга, и ядеръ не содержитъ. Остальная часть *intimae* утолщена, особенно надъ конкрементомъ; ея эндотельного покрова большею частью видѣть нельзя; въ ткани ея лежатъ удлиненыя, остроконечныя и узкія ядра (соединительно-тканнаго типа) и небольшое количество палочковидныхъ ядеръ, принадлежащихъ гладко-мускульнымъ волокнамъ. *Media* содержитъ большое количество упругихъ волоконъ. *Adventitia* утолщена, отчасти склерозирована. Во всѣхъ трехъ слояхъ аортальной стѣнки замѣтна мѣстами инфильтрація лимфоидными элементами; кромѣ того, въ этихъ слояхъ находятся щелевидныя пространства, занятыя большимъ или меньшимъ количествомъ клѣточныхъ элементовъ съ ядрами либо круглыми, либо остроконечными и удлинеными; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ можно различить, что ядра располагаются въ два ряда, образуя какъ бы стѣнку капилляра кровеноснаго или лимфатическаго; просвѣтъ иныхъ щелей наполненъ окрашенной массой, въ которой заключены ядра. Въ *adventitia* можно прослѣдить постепенные переходы между подобными щелями и несомнѣнными сосудами, венозными и артеріальными; въ послѣднихъ изрѣдка встрѣчаются фибринозные тромбы.—На основаніи этой картины, вѣроятно, что тутъ имѣется *meso-endocarditis vasculosa* съ послѣдующимъ застоемъ, запустѣніемъ и тромбозомъ грануляціонныхъ сосудовъ, съ регрессивнымъ метаморфозомъ новообразованной ткани и лейкоцитовъ въ атероматозное гнѣздо и затѣмъ обызвествленіе.

Микроскопическіе препараты почки взяты изъ нѣсколькихъ кусочковъ. На разрѣзѣ изъ перваго кусочка видно, что интерстиціальное ве-

щество всюду какъ въ корковомъ, такъ и мозговомъ слоѣ утолщено, состоитъ изъ небольшого количества блестящихъ волоконъ (склерозъ) и клѣточныхъ ядеръ, соединительно-тканныхъ и эндотеліальныхъ; клубочки сморщились и отстали отъ Баумановой капсулы, которая утолщена и склерозирована. Сосуды расширены, стѣнки ихъ, особенно внутренняя и средняя оболочка, утолщены и нѣсколько блестящи, количество ядеръ очень мало, за исключеніемъ mediae, гдѣ хорошо видны палочковидныя ядра. Эпителій извитыхъ канальцевъ почти вездѣ зернистъ, отсталъ отъ membranae propriae и безпорядочно выполняетъ просвѣтъ канальцевъ; ядеръ эпителія почти нигдѣ не видно. Эпителій трубочекъ въ Феррейновыхъ пирамидахъ и мозговомъ слоѣ, кромѣ Генлевскихъ петель, сохранился лучше; въ нѣкоторыхъ прямыхъ канальцахъ количество клѣтокъ кажется увеличеннымъ и сплошь выполняетъ весь просвѣтъ трубки. Въ нѣкоторыхъ канальцахъ видно небольшое количество зернистаго, буро-желтаго пигмента, въ эпителіѣ этихъ трубочекъ ядеръ не видно. Ближе къ соску количество интерстиціальной ткани увеличивается, въ ней видно небольшое количество эндотеліальныхъ ядеръ сосудовъ, соединительно-тканныхъ и отчасти лимфoidныхъ клѣтокъ. Въ большей части канальцевъ эпителіѣ вымытъ при обработкѣ, частью, повидимому, подвергся десквамативному процессу и сплошной массой выполняетъ просвѣтъ трубочекъ. Въ корковомъ слоѣ замѣтно клиновидное, основаніемъ расположенное къ периферіи гнѣздо, занимающее приблизительно одну дольку, величиною до кедроваго орѣха. Паренхима этого участка сохранила свое строеніе, но блѣдно окрашена и не содержитъ ядеръ; клубочки, въ противоположность остальной части препарата, не сморщены и выполняютъ всю полость Баумановой капсулы; интерстиціальныя промежутки, такъ-же какъ и въ другихъ участкахъ, нѣсколько расширены и выполнены слабо волокнистой соединительной тканью. По окружности этого некротизированнаго участка интерстиціальныя промежутки инфильтрированы большимъ количествомъ гнойныхъ тѣлецъ. За поясомъ инфильтраціи сверху, непосредственно подъ капсулой и снизу, со стороны мозгового слоя находятся геморрагическіе участки; интерстиціальныя промежутки выполнены красными кровяными кружками, которые во многихъ мѣстахъ прорвались и въ самые просвѣты канальцевъ; капилляры расширены и набиты красными кружками; сосудистыя петли Мальпигіевыхъ клубочковъ тоже наполнены красными кровяными шариками. Далѣе къ периферіи видны расширенныя интерстиціальныя промежутки, набитые сначала красными и бѣлыми кровяными тѣльцами въ перемежку, а затѣмъ одними только блуждающими клѣтками; въ Мальпи-

тѣвыхъ клубочкахъ этого пояса большое количество ядеръ, а полость капсулы иныхъ клубочковъ выполнена слабо-зернистой массой. Въ этомъ же поясѣ у верхушки клина замѣтны просвѣты расширенныхъ сосудовъ, выполненные сѣтчато-зернистой массой, содержащей круглыя, неодинаковой величины, ядра; при изслѣдованіи на микробы окрашеннаго метиловою синькой препарата замѣтны какъ въ этихъ скопленіяхъ, такъ и въ интерстиціальныхъ промежуткахъ на всей периферіи некротическаго клина мелкія, круглыя зернышки темно-синяго цвѣта, расположенныя большею частью по-парно.

Изъ другого разрѣза на томъ же предметномъ стеклѣ (часть почки, непосредственно соедѣняя съ предыдущимъ препаратомъ) видны тѣ же самыя измѣненія. Часть корковаго слоя, непосредственно прилегающаго къ капсулѣ, инфильтрирована блуждающими клѣтками. Въ сосочкѣ въ значительномъ большинствѣ канальцевъ эпителий вымытъ при обработкѣ, въ остальныхъ не видно ядеръ, и только въ немногихъ сохранился эпителий, содержащій ядра. Интерстиціальные промежутки сильно расширены, содержатъ небольшое количество слабо-волокистой, склерозированной ткани съ рѣдко попадающимися фиксированными и лимфоидными тѣльцами. Мочевые каналцы въ сосочкѣ во многихъ мѣстахъ раздвинуты и образуютъ щелевидныя пространства.

Второй препаратъ почки, состоящій только изъ корковаго слоя, представляетъ въ общихъ чертахъ тѣ же самыя измѣненія, что и предыдущій: утолщеніе и отчасти склерозъ интерстиціальной ткани, эпителий (особенно извитыхъ канальцевъ) зернистъ, отслоенъ отъ мембраны propriae, легко вымывается изъ препарата, не содержитъ ядеръ; Баумановы капсулы утолщены, волокнисты; стѣнки сосудовъ утолщены, склерозированы, количество соединительно-тканыхъ клѣтокъ повсюду не увеличено. Кромѣ этихъ общихъ, разлитыхъ измѣненій, существуютъ нѣкоторыя мѣстныя, ограниченныя. Во всю толщу корковаго слоя проходитъ сильно окрашенная въ гематоксилинъ полоска. Подъ микроскопомъ видно, что она состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани съ обильнымъ, но неравномернымъ распредѣленіемъ лимфоидныхъ клѣтокъ, которыя преимущественно распредѣлены подъ капсулой почки (теперь снятую), въ окружности мелкихъ сосудовъ, *vasorum afferentium* и *deferentium* клубочковъ и Баумановыхъ капсулъ; въ этихъ же областяхъ и еще особенно между собирательными канальцами находится большое количество эндотелиальныхъ овальныхъ ядеръ. Около половины Мальпигіевыхъ клубочковъ описываемой корковой дольки заустѣли и представляютъ собою сморщенные,

блѣдные, зернистые комки въ нѣсколько разъ меньше нормальнаго клубочка; въ полости капсулы находится слабо-окрашенное, слабо-слоистое, иногда содержащее отдѣльныя лимфoidныя клѣтки, вещество; капсула утолщена и сморщена, съ небольшимъ количествомъ ядеръ; въ одномъ мѣстѣ видна глыбка величиною съ Мальпигіевъ клубочекъ, буро-желтаго цвѣта, грубозернистая, съ одной стороны окруженная рядомъ клѣтокъ, содержащихъ круглыя ядра. На поверхности коркового слоя описываемаго участка видно углубленіе, образовавшееся отъ насильственнаго отрыва въ этомъ мѣстѣ почечной капсулы. Въ нижнихъ, болѣе близкихъ къ мякотному слою, частяхъ Феррейновыхъ пирамидъ мѣстами находится буро-желтый пигментъ, заключающійся какъ въ просвѣтѣ сосудовъ, такъ и въ просвѣтѣ мочевыхъ канальцевъ; эпителиальныя ядра этихъ канальцевъ не видны. Поверхностная часть коркового слоя (непосредственно подъ капсулой) содержитъ увеличенное количество ядеръ, частью сохранившихся эпителиальныхъ, частью эндотелиальныхъ и лимфoidныхъ; подобныя-же, богатыя ядрами, полосы видны на границѣ коркового и мозгового слоя и оттуда распространяются лучеобразно въ корковый слой. Что касается вышеописанной рѣзко-окрашенной полосы, то ея средняя треть значительно блѣднѣе, и здѣсь сосредоточены запустѣвшіе Мальпигіевы клубочки, а сверху и снизу находятся участки съ болѣе значительнымъ содержаниемъ ядеръ эпителиальныхъ, соединительно-тканныхъ, эндотелиальныхъ, сосудистыхъ и лимфoidныхъ. На третьемъ препаратѣ измѣненія приблизительно тѣ же, что и на второмъ; только запустѣвшіе Мальпигіевы клубочки не составляютъ группы, занимающей одинъ участокъ, а распределены въ нѣсколькихъ мѣстахъ по одиночкѣ. Остальные препараты не представляютъ ничего новаго.

Такимъ образомъ, во всѣхъ трехъ препаратахъ почки существуютъ измѣненія какъ общія, разлитыя, такъ и мѣстныя, ограниченныя. Последнія наиболѣе ясно выражены на первомъ препаратѣ; здѣсь имѣется отчетливая картина геморрагическаго инфаркта почки вслѣдствіе эмболии. Клиновидный участокъ, обращенный основаніемъ къ поверхности почки, совершенно некротизированъ; часть капилляровъ налилась обратно со стороны венъ капсулы и прямыхъ междольковыхъ, вслѣдствіе чего образовались геморрагіи; значительное количество блуждающихъ клѣтокъ наполнили интерстиціальныя промежутки по периферіи некротизированнаго гнѣзда; кругомъ имѣется незначительное продуктивное воспаление. Въ нѣсколькихъ, довольно широкихъ просвѣтахъ междольковой прямой артерій, находящейся у верхушки клина, видны закрывающія просвѣтъ сплошныя

массы, съ вкрапленными въ нихъ ядрами—по всей вѣроятности эмболы—причина инфаркта. Какъ въ эмболѣ, такъ и во всемъ воспалительномъ поясѣ вокругъ эмболическаго клина, найдены образованія, напоминающія тѣхъ диплококковъ, которые были замѣчены на аортальномъ клапанѣ сердца. Однако, судя по малой инфильтраціи некротическаго гнѣзда, по сохранившемуся его строенію, по малому реактивному поясу вокругъ инфаркта, надо думать, что эмболъ не былъ злокачественнымъ. Это же подтверждаютъ и данныя вскрытія, причемъ не было найдено въ коркѣ почки узелковъ гнойнаго размягченія. Во второмъ препаратѣ видны слѣды стараго инфаркта. Некротическая паренхима разсосалась, и только сморщенные, уменьшенные вдвое клубочки еще замѣтны. Продуктивное воспаленіе затянулось, разрослись сосуды и соединительная ткань, и воспалительныя измѣненія распространились по интерстиціальной промежуткамъ съ одной стороны на капсулу, вслѣдствіе чего и можно наблюдать на всѣхъ трехъ препаратахъ мѣстами подкапсулярную инфильтрацію, съ другой—на медулярный слой, откуда воспалительные процессы снова пошли кнаружи въ корковый слой, отчего и видать, какъ лучи съ обильнымъ количествомъ ядеръ поднимаются изъ мозгового слоя въ корковый. Въ третьемъ препаратѣ видно тоже, что и во второмъ, только здѣсь инфаркты занимали, повидимому, еще болѣе ограниченное пространство, чѣмъ въ предыдущемъ. Въ первомъ препаратѣ инфарктъ занимаетъ всю толщу корковаго слоя, такъ что затромбировалась междольковая прямая артерія въ самомъ началѣ, возлѣ отхода отъ дугообразныхъ артерій (на границѣ двухъ слоевъ почки); во второмъ препаратѣ находятся заустѣвшіе клубочки только въ наружной половинѣ корковаго слоя, а въ третьемъ препаратѣ находятся одиночные разсѣянные *glomeruli*, такъ что эмболія произошла въ ихъ приносящихъ сосудахъ. Желто-бурый пигментъ, который найденъ въ трубкахъ прямыхъ и отчасти въ Генлевскихъ петляхъ, произошелъ, вѣроятно, изъ кровеизліяній въ капсулы клубочковъ и въ просвѣты мочевыхъ канальцевъ; красные кровяные кружки распались и остался только, преимущественно въ трубкахъ мозгового слоя, кровяной пигментъ. Но его происхожденіе могло быть и другое. Кромѣ описанныхъ ограниченныхъ измѣненій, повсюду въ препаратахъ почекъ видна гиперплазированная интерстиціальная ткань и расширенные сосуды съ утолщенными стѣнками. Измѣненія эти предшествовали инфарктамъ, такъ какъ и самый инфарктъ на первомъ препаратѣ имѣетъ тѣ же измѣненія, что и вся почка. Слѣдовательно, эти патолого-анатомическія явленія произошли раньше и должны быть приписаны хроническому венозному застою.

Къ этому присоединились передъ смертью инфаркты, воспалительное состояніе капсулы и общій маразмъ. Вѣроятно, всѣмъ этимъ, а отчасти, вѣроятно, и размягченіемъ почекъ послѣ смерти обусловлены коагуляціонныя измѣненія всего почечнаго эпителія.

Въ разрѣзѣ, взятомъ изъ селезенки, видно слѣдующее: капсула утолщена, въ ней находится нѣкоторое количество маленькихъ компактныхъ узкихъ ядеръ. Капсулярныя перекладины утолщены, мало содержатъ ядеръ, склерозированы; проходящіе въ нихъ сосуды расширены. Часть селезеночной паренхимы непосредственно подъ капсулой очень блѣдно окрашена, содержитъ очень мало ядеръ, которыя принадлежатъ преимущественно эндотелію капилляровъ. Въ остальной части препарата видны артеріи съ склерозированными и утолщенными болѣе или менѣе стѣнками; во многихъ Мальпигіевыхъ тѣлахъ замѣтна гиперплазія лимфоцитовъ. Расширенные просвѣты сосудовъ набиты красными кровяными и бѣлыми тѣльцами, въ другихъ мѣстахъ въ просвѣтахъ сосудовъ заключается только фибринозная сѣточка съ небольшимъ количествомъ ядеръ. Мякотное вещество наполнено большимъ количествомъ красныхъ кровяныхъ кружковъ, среди которыхъ во многихъ мѣстахъ лимфоидныхъ клѣтокъ почти не видно; красные кружки сохранили свои контуры. Мальпигіевы тѣльца, которыя находятся въ этихъ мѣстахъ, инфильтрированы гнойными элементами; reticulum одного Мальпигіева тѣла отстало отъ mediae соответствующаго сосуда, и образовавшееся такимъ образомъ пространство наполнено гнойными клѣтками. Такимъ образомъ и здѣсь, какъ и въ почкахъ, есть измѣненія общія, старыя, состоящія въ гиперплазіи и склерозѣ селезеночной стромы, и кромѣ того видны признаки замедленнаго и даже остановленнаго кровообращенія въ сосудахъ (ихъ просвѣтъ расширенъ, набитъ красными кровяными кружками, въ иныхъ мѣстахъ фибринозными сѣтками), кровезилинія въ мякотное вещество и, наконецъ, послѣдовала инфильтрація Мальпигіевыхъ тѣлъ гнойными клѣтками. Часть селезенки, прилегающая непосредственно къ капсулѣ, некротизирована, можетъ быть, отъ сдавливанія соседними частями. Сопоставляя микроскопическое изслѣдованіе съ данными вскрытія, и здѣсь слѣдуетъ предположить эмболію одной изъ конечныхъ селезеночныхъ артерій съ послѣдующимъ обратнымъ налитіемъ и геморрагическимъ инфарктомъ.

Въ разрѣзѣ изъ печени ясно видно дольчатое строеніе ея, venaе centrales нѣсколько расширены; у большинства долекъ центральный и средній пояса клѣтокъ не имѣютъ ядеръ, или же ядра окрашены очень блѣдно. Печеночныя клѣтки наполнены большимъ или меньшимъ количе-

ствомъ желто-бурого зернистаго пигмента; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, въ клѣткахъ периферическаго пояса долекъ встрѣчаются свѣтлыя пятна, какъ бы вакуолы, которыя или занимаютъ почти всю клѣтку, или бываютъ меньше клѣточного ядра. Ряды печеночныхъ клѣтокъ разставлены рѣдко, оставляютъ между собою широкіе промежутки, въ которыхъ замѣтны то ряды, то отдѣльныя, сильно уменьшенныя печеночныя клѣтки. Прослойки Глиссоновой капсулы нѣсколько утолщены.—Описанная картина представляетъ собою бурую атррфію печени.

На препаратахъ изъ мозжечка видно слѣдующее. Pia и arachnoidea утолщены и сильно инфильтрированы блуждающими клѣтками, подпаутинное пространство расширено, и его петли набиты гнойными тѣльцами. Сосуды оболочекъ расширены, набиты красными и небольшимъ количествомъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; стѣнки артерій и венъ инфильтрированы гнойными тѣльцами; въ просвѣтѣ нѣкоторыхъ капилляровъ или мелкихъ венъ находится густое скопленіе гнойныхъ клѣтокъ въ видѣ почти сплошной массы; вокругъ такихъ тромботическихъ образований инфильтрація ткани особенно обильна. Ткань коркового слоя мозжечка имѣетъ сѣтчатый видъ, сосуды или расширены, или пусты и спались, ихъ периваскулярныя пространства широки; въ нѣкоторыхъ сосудахъ замѣтно снаружи пристѣнное расположеніе выселившихся лейкоцитовъ. Вся ткань мозжечка нѣсколько инфильтрирована гнойными клѣтками; наиболѣе густа инфильтрація въ слое клѣтокъ Purkinje. На препаратѣ изъ коркового слоя полушарій видно то-же приблизительно, что и въ мозжечкѣ, *mutatis mutandis* гистологическаго строенія. Мягкая оболочка утолщена, густо инфильтрирована гнойными тѣльцами; ея сосуды расширены, набиты красными и небольшимъ количествомъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Ткань мозга имѣетъ сѣтчатый видъ; сосуды мозга или расширены и набиты форменными элементами крови, или пусты, спались, а въ ихъ широкихъ периваскулярныхъ пространствахъ замѣтны мѣстами выселившіеся наружу лейкоциты; въ одномъ мѣстѣ видно, какъ сплошной слой гнойныхъ тѣлецъ настолько плотно присталъ къ поверхности мозговой корки, что не отмылся даже во время обработки препарата (по Граму). При изслѣдованіи обработанныхъ этимъ способомъ препаратовъ корки мозга и обрывковъ мягкой оболочки, содержащихъ сосуды, найдены при погружной масляной системѣ $1/12$ черно-окрашенныя зернышки, расположенныя какъ между, такъ и въ самихъ гнойныхъ тѣльцахъ, иногда въ одиночку, а то попарно или, рѣже, кучками. Инфильтрація гнойными тѣльцами проникаетъ и въ корку, особенно съ поверхности. Такимъ образомъ, изъ препаратовъ

мозга видно, что имѣется *menigo-encephalitis purulenta* съ тромбозомъ мелкихъ сосудовъ фибринозно-гнойными массами.

Препаратъ изъ средней доли лѣваго легкаго даетъ слѣдующую картину. Плевра сильно утолщена, до полутора миллиметровъ, пронизана какъ крупными сосудами съ утолщенными стѣнками, такъ и мелкими съ расширеннымъ просвѣтомъ, который часто заполненъ форменными элементами крови. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ вокругъ сосудовъ видна гнойно-клеточная инфильтрація, которая становится больше ближе къ легочной ткани. Въ самихъ легкихъ междольковая и перибронхіальная соединительная ткань утолщена, состоитъ изъ глубоко волокнистой ткани, сильно пигментированной, съ малымъ количествомъ ядеръ. Отъ плевры также отходятъ вглубь легкаго толстыя соединительно-тканныя прослойки. Альвеолы расширены; межалвеолярныя стѣнки истончены, атрофированы, мѣстами исчезли, причемъ двѣ сосѣднія альвеолы сливаются въ одну. Межалвеолярныя перегородки, примыкающія къ плеврѣ, нѣсколько утолщены, инфильтрированы гнойными тѣльцами; эпителий этихъ альвеолъ, состоящій изъ полигональных клетокъ съ пузырчатымъ ядромъ, въ которомъ иногда можно различить ядрышко, увеличенъ въ количествѣ, а частью отпалъ и лежитъ въ просвѣтѣ альвеолъ. Такимъ образомъ, здѣсь видно: утолщеніе плевры, гнойная инфильтрація на границѣ плевры и легочной ткани и десквамація альвеолярнаго эпителия въ подплевральныхъ альвеолахъ; затѣмъ утолщеніе междольковой ткани, переходящее съ плевры, и разращеніе ткани перибронхіальной; наконецъ, расширеніе легочныхъ пузырьковъ, соединенное съ атрофіей межалвеолярныхъ перегородокъ (*emphysema alveolare*).

Разрѣзъ изъ нижней доли праваго легкаго даетъ другую картину. Плевра тоже утолщена, но много меньше, чѣмъ въ предъидущемъ случаѣ. Въ ней также можно замѣтить нѣсколько послѣдовательныхъ слоевъ соединительной ткани различной плотности, съ просвѣтами тонкостѣнныхъ сосудовъ, которые размѣщены преимущественно въ опредѣленныхъ слояхъ. Въ самомъ легкомъ перегородки альвеолъ сильно утолщены, въ нихъ замѣтны компактные, веретенообразныя ядра. Въ перибронхіальной и междольковой ткани находится громадное количество чернаго зернистаго пигмента, расположеннаго то разсыянно, то кучками, особенно въ окружности просвѣтовъ междольковыхъ сосудовъ; ихъ стѣнки утолщены. Легочные пузырьки значительно уменьшены, ихъ полость занята частью безцвѣтнымъ мелко-зернистымъ распадомъ, частью зернышками пигмента; далѣе находится значительное количество кругло-клеточныхъ элементовъ съ

компактнымъ ядромъ; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ можно видѣть прослойки въ полость альвеолы нѣжной соединительной ткани, а также проростаніе капилляровъ; во многихъ альвеолахъ такая организація альвеолярнаго эксудата дошла до того, что съ трудомъ можно было различить, гдѣ альвеолы и гдѣ перегородки между-альвеолярныя. Тамъ, гдѣ содержимое альвеолъ было рыхлѣе, оно выпало при обработкѣ, и тамъ мѣстами видны пристѣночныя клѣтки, похожія на эпителиальныя, съ относительно большимъ протоплазменнымъ тѣломъ, съ пузырьковиднымъ ядромъ, въ которомъ можно иногда различить ядрышко. Такимъ образомъ, здѣсь находится картина, напоминающая хроническую пневмонію (по Орту); анатомическая картина тоже соотвѣтствуетъ такому діагнозу.

Возстановляя теперь картину болѣзни по даннымъ клиники, по вскрытію и микроскопическому изслѣдованію, получаемъ слѣдующій вѣроятный патогенезъ. У больной былъ хроническій верхушечный процессъ, что доказывается картиною аспидно-фибрознаго уплотненія обѣихъ верхушекъ и казеозными узелками въ лѣвой долѣ. Этотъ хроническій процессъ вызвалъ плевритъ, который выразился въ наиболѣе подвижныхъ частяхъ легкаго и сопровождался утолщеніемъ междудольковой ткани; съ другой стороны — хроническій бронхитъ, запусѣніе значительной части легкаго и ограниченность движеній обусловили эмфизему и *peribronchitis*; все это и видно на разрѣзѣ изъ средней доли. Въ нижней долѣ, вѣроятно, была хроническая катарральная бронхопневмонія, которая должна была еще усиливаться вслѣдствіе застоя, вызваннаго процессами въ легкихъ, истощеніемъ больной отъ хронической болѣзни и, наконецъ, порокомъ сердца: фибрознымъ эндокардитомъ (ослабленіе мышцъ сердца), сохранившимъ *foramine ovali* и утолщеніемъ по краю *valvulae mitralis*. Все это должно было усилить венозный застой какъ въ легкихъ, такъ и во всѣхъ остальныхъ органахъ (селезенкѣ, почкѣ, маткѣ); общее истощеніе больной еще больше содѣйствовало этому. На такой, благоприятной для развитія болѣзни, почвѣ въ послѣднее время развилась *pneumonia suppurosa*, которая приняла вялое и затяжное теченіе, стала переходить въ вышеописанную хроническую пневмонію. Въ это время вдругъ появился, повидимому, на третьей недѣлѣ пребыванія больной въ Александровской больницѣ, язвенный эндокардитъ, который могъ быть вызванъ вселеніемъ диплококковъ въ кровеносное русло изъ легкихъ. Эндокардитъ далъ эмболіи въ селезенкѣ, почкахъ и мозговыхъ оболочкахъ; слѣдствіемъ послѣдней эмболіи была гнойная *meningitis*, которая и повела къ коллапсу и смерти.

CCCXXVI. Phthisis tuberculosa—peripleuritis diaphragmatica et fistula oesophagea.

М. Полозовъ.

23 января 1892 г. въ терапевтическую клинику явилась Екатерина Кобзарева, 29 лѣтъ, жена хлѣбопашца, Воронежскаго уѣзда, съ жалобой на сильную одышку, боль и стѣсненіе въ груди при дыханіи, колотье въ бокахъ и кашель съ трудно отдѣляемой мокротой; больная харкала кровью съ самаго начала болѣзни, которое относитъ къ февралю 1891 г. и свое заболѣваніе объяснила простудой, а именно тѣмъ, что будучи въ разгоряченномъ видѣ и потная съѣла будто-бы нѣсколько холодныхъ яблоковъ; ранѣ этого заболѣванія она ничѣмъ не хворала; родители ея живы и всегда были здоровы; больная имѣетъ двухъ сестеръ и двухъ братьевъ, которые тоже всегда были здоровы. Замужемъ 11-й годъ, дѣтей и выкидышей не было. Тѣлосложеніе въ общемъ крайне слабое, атрофія мышцъ, уничтоженіе подкожно-жирно-клеточнаго слоя, слизистыя оболочки анемичны. Перкуторныя и аускультаторныя явленія слѣдующія: справа до 4-го ребра притупленный тимпанизмъ; справа сзади ослабленное *inspirium*, въ *fossa supragaspinata* удлинненное *expirium* и на высотѣ его *ronchi sibilantes*; справа спереди: въ *fossa supraclavicularis* ослабленное *inspirium*, *expirium* съ бронхіальнымъ отдѣнкомъ; подъ ключицей въ концѣ вдоха влажные хрипы; ниже во 2-мъ и 3-мъ межреберныхъ промежуткахъ дыханія почти не слышно, но есть *ronchi sonori et sibilantes*; на лѣвой сторонѣ тоже, но слабѣе выражены; въ *fossa supragaspinata sinistra* жесткое *inspirium*, слегка удлинненное *expirium* и въ умѣренномъ количествѣ *ronchi sonori*; въ межлопаточномъ пространствѣ, подъ угломъ лопатки и въ области лопатокъ *ronchi sonori et sibilantes*. Далѣе, у больной была сухость горла, боль отдавалась въ ухо и съ трудомъ производимо было глотаніе. Изслѣдованная мокрота была *sputum globosum et fundum petens*; микроскопически дала эластическія волокна и нѣсколько Коховскихъ палочекъ. Моча кислой реакціи, былъ бѣлокъ, хотя немного, сахара не было;—уд. вѣсъ: 1027—1030; больная сильно потѣла по утрамъ. Вѣсъ тѣла при поступленіи въ клинику 47,500 grm. и все время держался около этого, подъ конецъ же жизни нѣсколько уменьшился. Количество мочи было въ предѣлахъ 300—800 к. сан., а подъ конецъ жизни упало до 200 и даже до 100 и ниже. Пульсъ при поступленіи 120—140, за 3—4 дня до смерти былъ даже 160; дыханіе вначалѣ около 32, а подъ конецъ 55 въ минуту. Температура колебалась между 39,5 вечеромъ и 38,5 утромъ, подъ конецъ около 40 и даже 40,5; по временамъ наблюдаемъ былъ *typus inversus*. Умерла 4 февраля 1892 года.

Кости свода тонки, *diplœ* слабо развиты. Твердая мозговая оболочка—съ бѣлыми сухожильными пятнами; мягкая мозговая оболочка венозно гиперемирована, истончена, при отдѣленіи разрывается; ткань мозга плотнѣе нормальной, малокровна; задніе рога желудочковъ заращены; сосуды основанія тонкостѣнны, безъ измѣненій. Лѣвое легкое спрятано за краемъ костяныхъ реберъ, а правое переходитъ срединную линію; клетчатка *mediastini* уплотнена. Между внутренней поверхностью нижней доли лѣваго легкаго и

pericardium, взади отъ верхушки сердца находится величиной въ голубиное яйцо полость, съ ихорознымъ, черновато-краснымъ содержимымъ, сообщающаяся съ желудкомъ вслѣдствіе дефекта стѣнки пищевода, который въ нижнемъ концѣ окруженъ поясомъ инфильтраціи такой-же ихорозно-кровянистой жидкостью. Инфильтрація эта впереди lig. pulmonale проникаетъ на заднюю поверхность нижней доли лѣваго легкаго и по рыхлымъ сращениямъ переходитъ на заднюю поверхность грудной стѣнки въ видѣ черновато-краснаго пятна въ области 5—6—7 реберъ. Лѣвое легкое сращено съ грудной стѣнкой по всей поверхности; въ нижней долѣ по заднему краю содержитъ каверну, величиной немного меньше голубинаго яйца, съ густымъ, клочковатымъ, слизисто-гнойнымъ содержимымъ, желтовато-бѣлаго цвѣта, сообщающуюся съ мелкими бронхами; кромѣ того въ проходимой для воздуха ткани разсыяны зеленовато-желтые узлы, величиной до лѣснаго орѣха; такіе же узлы меньшей величины, въ видѣ перибронхитическихъ гнѣздъ, находятся и въ верхней долѣ. Правое легкое очень объемисто, сращено съ грудной клѣткой при верхушкѣ и по заднему краю; въ разрѣзѣ легкое повсюду пронизано шаровидными и овальными, четкообразными, мягкими, желтовато-бѣлаго цвѣта узлами, между которыми, особенно въ нижней долѣ и на переднемъ краѣ верхней, проходятъ четкообразныя расширения, содержащія слизистогнойную, вязкую массу; перепончатые бронхи оканчиваются при заднемъ краѣ нижней доли мелкими кавернами; у верхушки легкаго находится бухтообразная въ куриное яйцо каверна, съ гладкой, сѣраго цвѣта, внутренней поверхностью и такимъ-же содержимымъ, какъ и въ кавернѣ нижней доли лѣваго легкаго. На плеврѣ разсыяны многочисленные, желтовато-бѣлаго цвѣта, бляшкообразные узелки, величиною отъ просіянаго зерна до малой горошины. Околосердечная сумка содержитъ умѣренное количество кровянистой жидкости. Сердце плоско коническое, круглое у верхушки, въ правой половинѣ умѣренно ожирѣвшее. Полости праваго предсердія и желудочка умѣренно расширены, trabeculae плоски, мускулатура тонка, блѣдно-краснаго цвѣта. Pulmonalis тонкостѣнна. Endocardium лѣваго предсердія и bicuspidalis съ молочно-бѣлыми рубцовыми пятнами. Стѣнка лѣваго желудочка тоньше нормальной и дрябла. Аорта тонкостѣнна и выпячена въ правую сторону. Селезенка увеличена, дрябла, кожиста, блѣдно-краснаго цвѣта съ разсыянными, неправильными, кирично-краснаго цвѣта, пятнами. Печень слегка увеличена въ продольномъ размѣрѣ правой доли, плоская, кожиста, въ разрѣзѣ свѣтло-коричневаго цвѣта, слегка мускатна. Почки нормальнаго объема, дольчаты, капсула легко отдѣляется, ткань кожиста, корковый слой сѣровато-краснаго цвѣта, зернистъ на поверхности разрѣза; сосочки въ верхушкахъ обезцвѣчены. Лоханки слегка расширены; слизистая оболочка лѣвой лоханки сѣровато-аспиднаго цвѣта. Пузырь сжатъ. Матка мала, перегнута напередъ, лѣвой широкой связкой и задней поверхностью дна сращена съ салникомъ въ видѣ перемычекъ; стѣнка ея дрябла, кожиста, истончена; слизистая оболочка сѣро-аспиднаго цвѣта, мелкобородавчата. Правый яичникъ увеличенъ, морщинистъ на поверхности, при разрѣзѣ содержитъ кровяную кисту, съ грязно-краснымъ въ видѣ свертка содержимымъ, величиной съ вишневу кочточку. Лѣвый яичникъ вмѣстѣ съ Фаллопиевой трубой заращенъ въ ложныхъ перепонкахъ, малъ, волокнисто-перерожденъ. Брюшной конецъ Фаллопиевой трубы трубчато-расширенъ и содержитъ черновато-красную, кровянистую жидкость. Желудокъ

умѣренно растянута слизистой жидкостью, цвѣта кофейной гущи, которая свободно изливается черезъ отверстіе при нижнемъ концѣ пищевода; слизистая оболочка блѣдна, рыхла, блѣдна складками на днѣ и около *cardia* представляетъ обширный дефектъ, ворсистыя пятна зеленовато-сѣраго цвѣта съ древовидными, черновато-красными развѣтвленіями сосудовъ. Вправо отъ *cardia* на малой кривизнѣ находится разсѣяныя геморрагическія эрозіи и такія же мелкія пятна размягченія слизистой оболочки дна, проникающія до мышечнаго слоя, по окружности которыхъ слизистая оболочка отслоена отъ подлежащихъ слоевъ въ видѣ карманообразныхъ углубленій; слизистая оболочка тощей и 12-ти перстной кишки малокровна, сочна, окрашена желчью; слизистая оболочка тонкихъ кишекъ сѣро-аспиднаго цвѣта, блѣдна складками, усѣяна до *valvula ileocecalis* многочисленными, овальными, съ плоскими краями и аспиднаго цвѣта дномъ, язвами. Язвы эти мѣстами покрыты грязновато-красными, мелкобугорчатыми грануляціями, имѣютъ утолщенные края и переходятъ въ полупоясныя язвы. Слизистая оболочка восходящей части толстой кишки, кромѣ отека и трупныхъ пятенъ, измѣненій не представляетъ. Слизистая оболочка нисходящей части толстой кишки и recti обильно покрыты густою, блѣдно-розоваго цвѣта слизью, по удаленіи которой складки оказываются неправильными и прерываются вслѣдствіе разсѣянныхъ, неправильнаго очертанія, бляшкообразныхъ, ворсистыхъ утолщеній блѣдно-краснаго цвѣта.

Прежде всего мною вторично была изслѣдована мокрота, взятая изъ легкихъ трупа. Микроскопъ показалъ существованіе Коховскихъ палочекъ въ полѣ зрѣнія до S и болѣе.

Кусочки для изслѣдованія были взяты: изъ праваго и лѣваго легкаго по нѣсколько изъ разныхъ мѣстъ, нѣсколько кусочковъ изъ тонкихъ кишекъ въ мѣстахъ язвы, затѣмъ изъ яичника для изслѣдованія кисты, далѣе изъ печени, селезенки и почекъ. Изъ нихъ послѣ соответственной обработки были приготовлены *lege artis* разрѣзы микротомомъ и послѣ соответствующихъ послѣдовательныхъ окрасокъ изслѣдованы подъ микроскопомъ.

Въ легкихъ прежде всего были найдены бугорки, въ составъ которыхъ входятъ: лимфоидная, соединительная и эпителиоидная ткани; въ нихъ оказались и гигантскія клѣтки. Какъ на дальнѣйшую ступень процесса можно указать на казеозный процессъ: бугорки начинаютъ въ центрѣ опалесцировать и съ этой точки начинается мелкозернистое распаденіе и какъ бы высыханіе съ превращеніемъ въ казеозное вещество. Далѣе на препаратахъ не трудно было видѣть бронхи, стѣнки которыхъ были воспалительно утолщены и инфильтрированы, а просвѣты наполнены частію казеозными массами, частію слизью, окрашенною въ препаратахъ въ синій цвѣтъ. Такимъ образомъ была на лицо *peribronchitis*. Кромѣ того на нѣкоторыхъ препаратахъ можно было видѣть запруженные форменными элементами и отслоившимся эпителиемъ альвеолы,—такъ называемый десквамативный процессъ. Далѣе на препаратахъ, окрашенныхъ

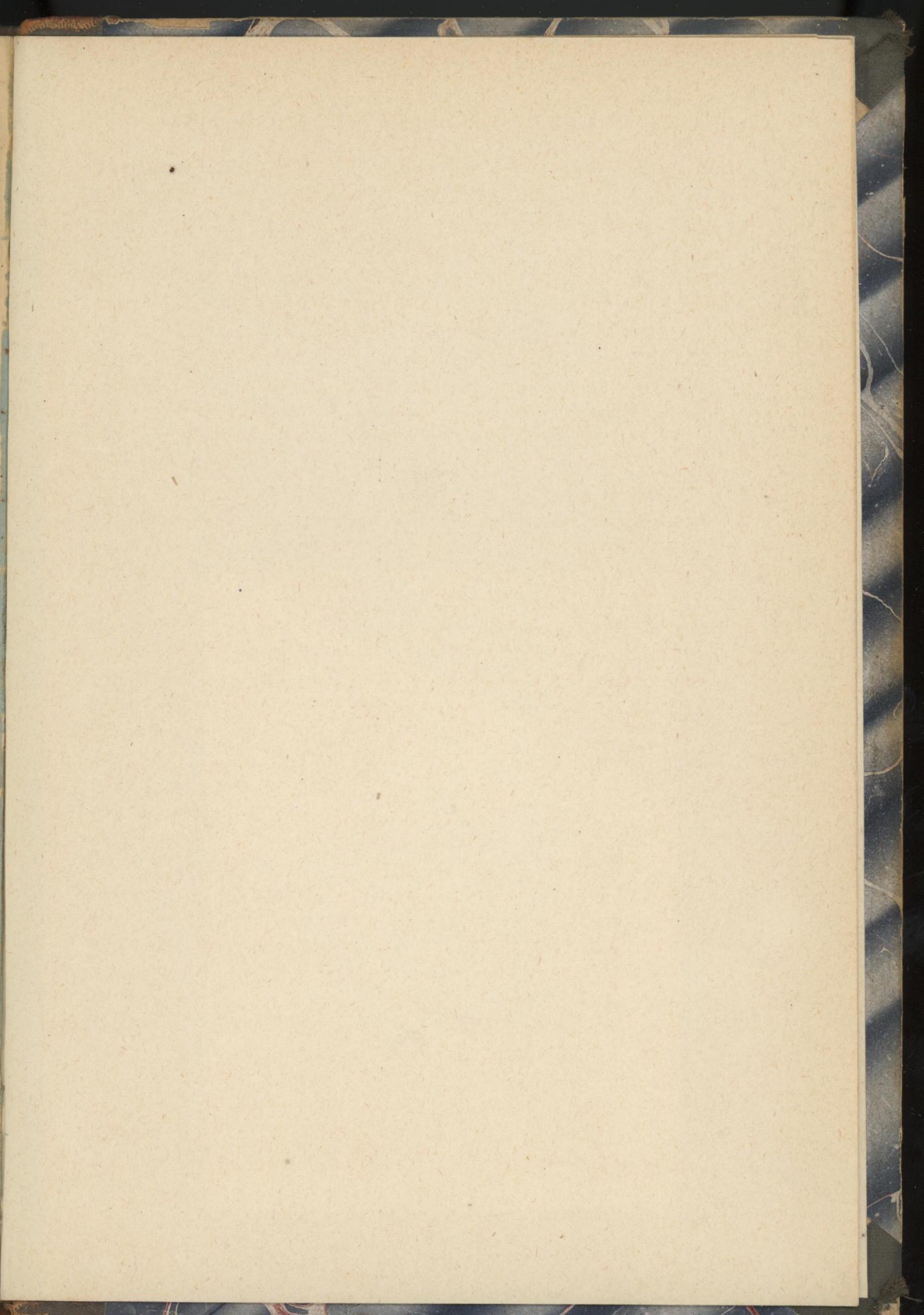
на туберкулезныя палочки, мы нашли въ самихъ срѣзахъ ткани туберкулезныя палочки, залегающія въ большомъ количествѣ въ казеозныхъ массахъ.

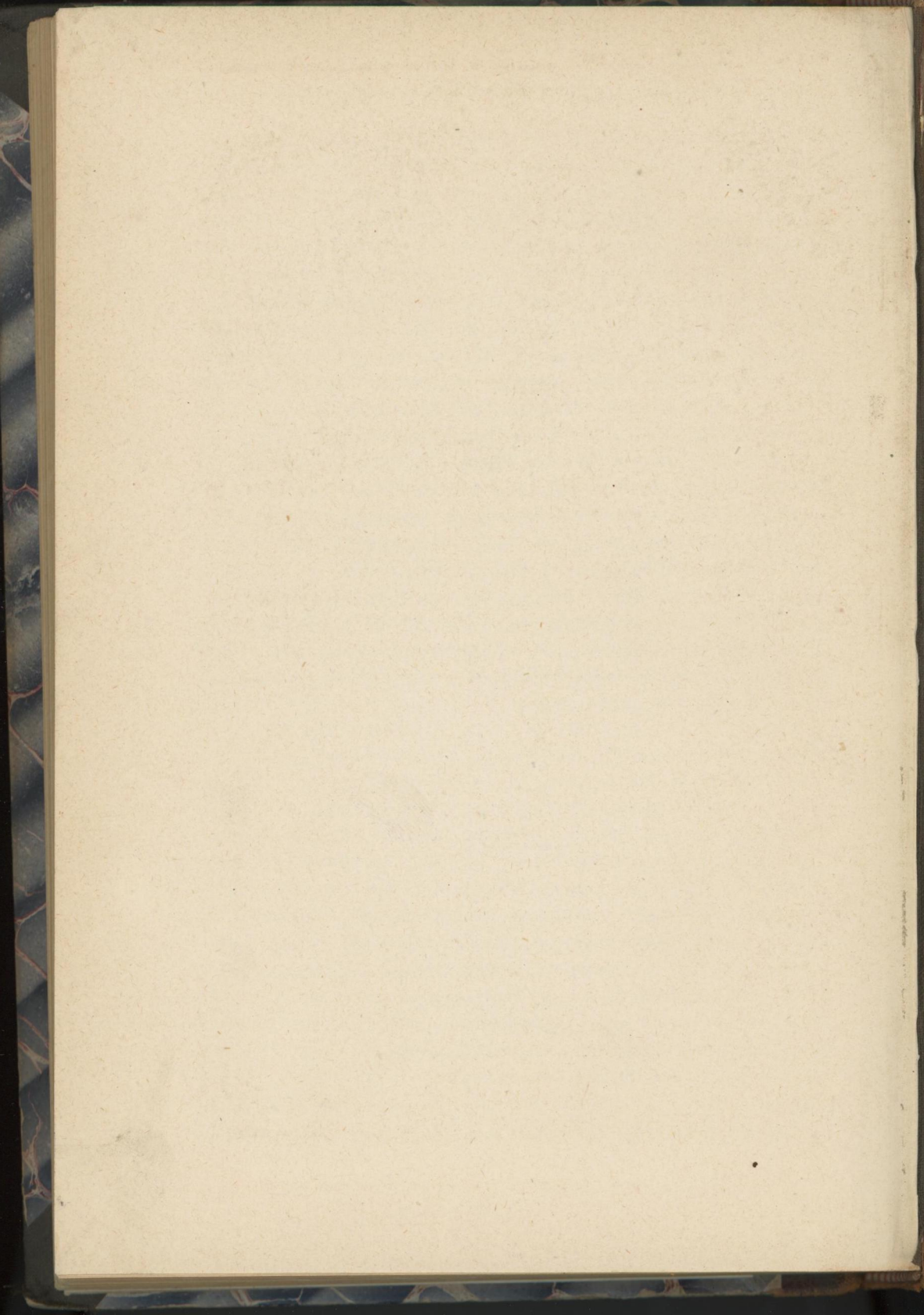
Затѣмъ по порядку были изслѣдованы срѣзы, взятые изъ кусочковъ тонкой кишки, а именно въ тѣхъ ея мѣстахъ, гдѣ грубо анатомически были видны полупоясныя извы. Изслѣдуя добытые препараты, легко можно было убѣдиться, что бугорки, которые въ данномъ случаѣ выступали весьма отчетливо, гнѣздились, какъ обыкновенно и случается, въ подслизистой ткани; когда дѣло доходитъ до некроза, казеознаго метаморфоза и изъязвленія бугорковъ, то прежде всего полости размягченія и образуются здѣсь, въ подслизистой ткани, потомъ уже распаденіе проникаетъ въ слизистую оболочку и только тогда вызываетъ въ ней прободеніе и образованіе язвы. Этотъ подготовительный процессъ къ образованію язвъ макроскопически сказывается тѣмъ, что части, набухшія вслѣдствіе клѣточной инфильтраціи и благодаря образованію въ нихъ туберкуловъ, становятся желтовато-бѣлыми въ центрѣ. Разъ язва образовалась, она обыкновенно послѣдовательно увеличивается далѣе, путемъ прогрессивнаго распада пораженныхъ тканей: обыкновенно язвы, какъ и въ нашемъ случаѣ, представляются съ неровными, извилистыми краями вслѣдствіе неравномѣрной инфильтраціи, мѣстами усѣяны сѣрыми и желтыми узелками; язвы даютъ обширныя разрушенія и чаще гнѣздятся въ области Баугиновой заслонки, какъ и въ нашемъ случаѣ; дно язвъ подчасъ бугристо. Язвы въ данномъ случаѣ имѣли продолговатый видъ, такъ что продольная ось ихъ совпадала съ окружностью кишки—такъ называемая поясныя язвы, характерныя для туберкулеза кишекъ. Далѣе, кое-гдѣ на препаратахъ замѣтна была инфильтрація слизистой оболочки воспалительнымъ экссудатомъ—ея набуханіе; на мѣстѣ язвъ слизистая оболочка разрушена; также разрушены ворсинки и кое-гдѣ только замѣтны основанія Либеркюновыхъ железъ, и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ препарата казеозный метаморфозъ—распадъ бугорковъ. Въ дополненіе были приготовлены срѣзы изъ препаратовъ кишекъ и окрашены на туберкулезныя палочки и въ полѣ зрѣнія микроскопа находились, хотя и въ небольшомъ количествѣ, палочки. Все это подтверждало несомнѣнно туберкулезъ кишекъ.

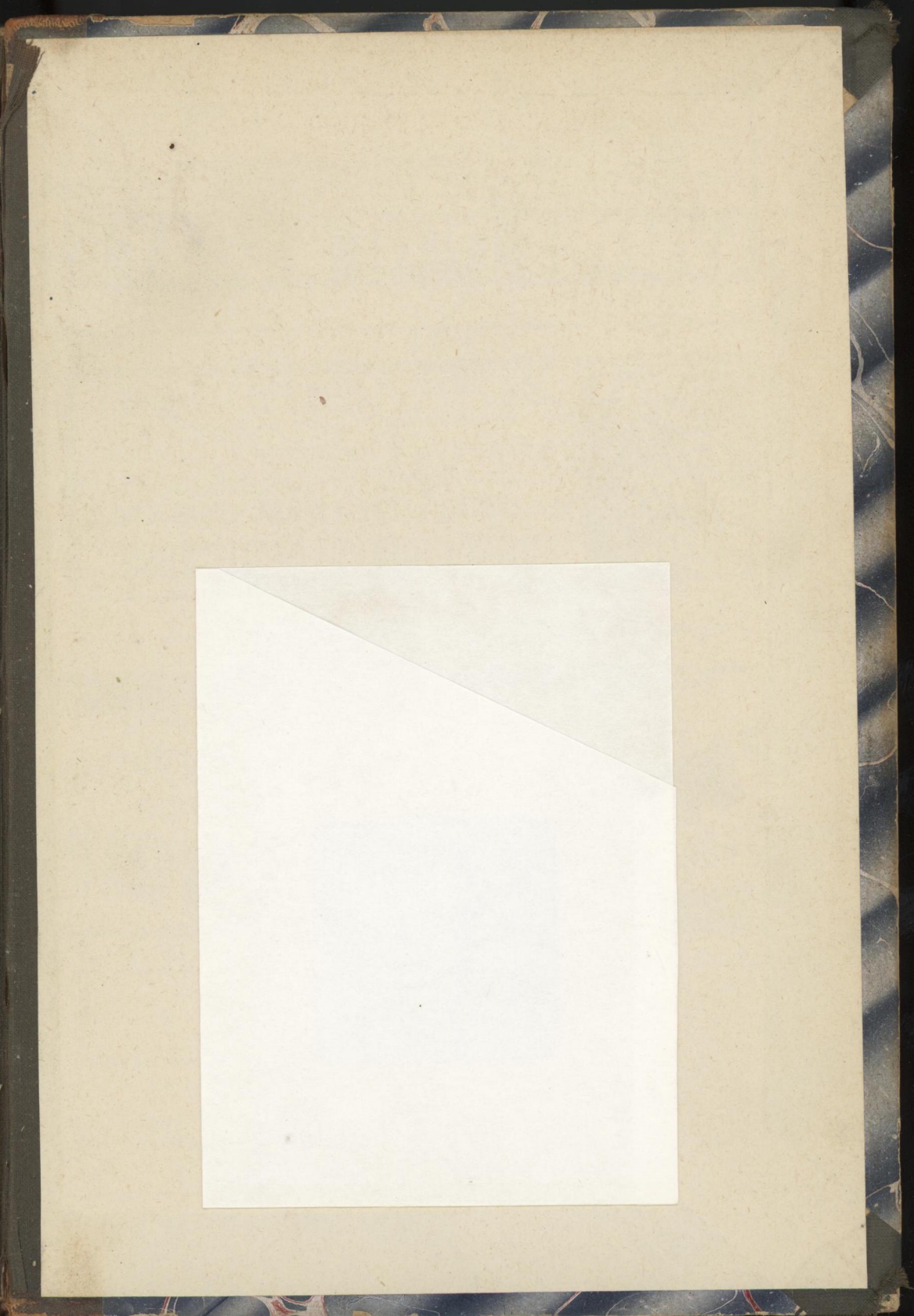
Въ препаратахъ изъ праваго яичника можно было наблюдать гидроническое расширеніе Графовыхъ пузырьковъ и значительное развитіе плотной волокнистой соединительной ткани; кое-гдѣ попадались остатки пузырьковъ безъ яцевыхъ клѣтокъ, иногда стекловидные рубцы въ Графовомъ пузырькѣ съ капиллярами. Препараты изъ лѣваго яичника показывали тоже скле-

розъ промежуточной ткани. Изслѣдуя селезенку, мы нашли въ ней разрыхленность ткани и кое-гдѣ кровензліянія. Печень въ нѣкоторыхъ мѣстахъ представляла бурую атрофію и только грубо анатомически была слегка увеличена, кожиста и нѣсколько мускатна. Помня, что при жизни больной находился бѣлокъ въ мочѣ, мы ожидали встрѣтить въ почкахъ амилоидъ, но этого не оказалось; виденъ былъ кое-гдѣ застой крови, отчасти помутнѣніе и бѣлковое перерожденіе эпителиевъ; сосуды пирамидъ были расширены; иногда попадались гіалиновые цилиндры. Попытки найти на приготовленныхъ срѣзахъ туберкулезныя палочки изъ препаратовъ селезенки, печени и почекъ и соотвѣтствующія окраски на туберкулезныя палочки не увѣнчались успѣхомъ. Амилоиднаго перерожденія кишечной трубки, которое могло бы объяснить истощающіе поносы, также не оказалось.

Больная жаловалась на горло, заявляя, что чувствуетъ какое-то непріятное ощущеніе въ видѣ царапанья, щекотанія, боли, садненія и невозможности глотать: при вскрытіи оказалась периплевритическая гнойно-ихорозная полость съ прободеніемъ стѣнки пищевода, съ послѣдовательными геморрагическими эрозіями и *gastromala'ціею*, чѣмъ и объясняются сказанные припадки. Итакъ, въ нашемъ случаѣ предлежитъ *phthisis pulmonum e bronchitide et peribronchitide tuberculosa* съ рѣдкимъ осложненіемъ *peripleuritide diaphragmatica cum arrosione oesophagi*. Это послѣднее пораженіе и нужно считать ближайшею причиною быстро нараставащаго истощенія и летальнаго исхода.







V.N. Karazin Kharkiv National University



00673664

4