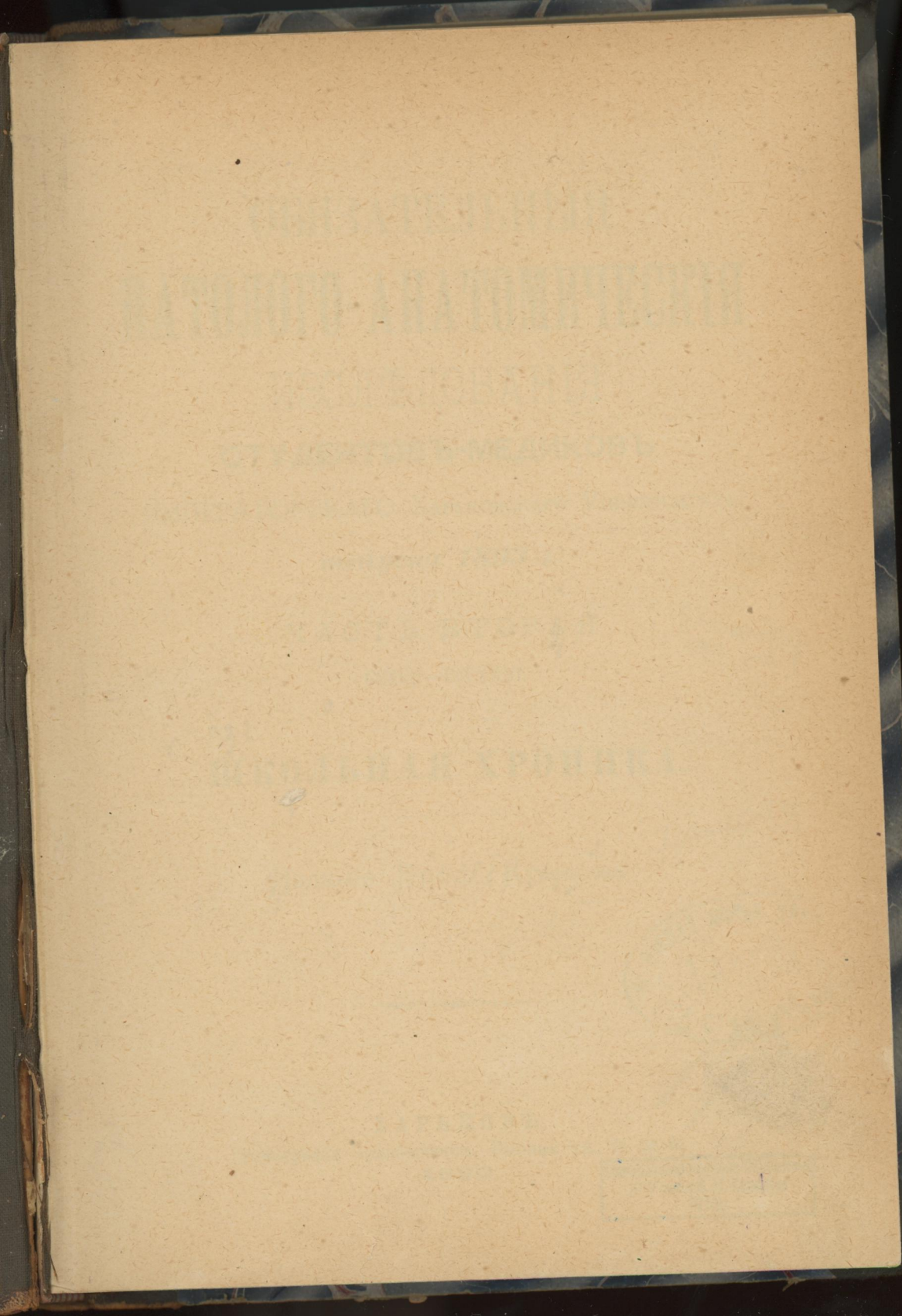


476592



2484(2)711[22]

4448.4(44Kp)708p 31.3



ОБЯЗАТЕЛЬНЫЯ
ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКІЯ
ИЗСЛѢДОВАНІЯ
СТУДЕНТОВЪ-МЕДИКОВЪ

ИМПЕРАТОРСКАГО ХАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

выпуска 1893 г.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

ССХСН—ССХХVІ.

ШКОЛЬНАЯ ХРОНИКА.

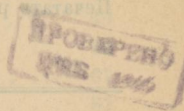
Издание Проф. Крылова.

ХАРЬКОВЪ.

Типографія Зильберберга, Рыбная ул., № 25-й.
1893.

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

476592



~~1893~~

~~145~~



~~1893~~

99
58
08

60 84 89

ОБЪЯВЛЕНІЕ
ПАТОЛОГІИ-АНАТОМІИ
НАСТАВНИКОВЪ
СТАДЕНТОВЪ-МЕДИКОВЪ

ИМПЕРАТОРСКАГО ХАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

выдана 1893 г.

Печатать разрѣшается по опредѣленію Медицинскаго факультета Императорскаго Харьковскаго университета 1-го мая 1893 года.

Деканъ П. Ковалевскій.

ИЗВЕЩАНІЕ

Назначеніе Проф. Ковалевскаго



ХАРЬКОВЪ

Библиотечка Императорскаго Харьковского университета. Книжка № 22-я.

1893

Харьковская медицинская библиотека
ХИМ. № 11. Н. Ковалевскій
20130

18

67

ОГЛАВЛЕНІЕ.

СЕРІИ ОДИННАДЦАТАЯ И ДВѢНАДЦАТАЯ.

ССХСII. Климовъ. Phthisis pulmonum tuberculosa	1
ССХСIII. Андріевскій. Marasmus senilis, pneumonia lobularis et nephritis haemorrhagica	6
ССХСIV. Сибирцевъ. Stenosis ostii venosi sinistri cordis	9
ССХСV. Начновъ. Tuberculosis miliaris chronica	14
ССХСVI. Егіазарьянцъ. Enchondroma myxomatodes osteoides	19
ССХСVII. Балтрушайтесъ. Sarcoma fasciculare telangiectodes femoris sinistri	26
ССХСVIII. Поповъ. Phthisis pulmonum fibrosa tuberculosa	34
ССХСIX. Федотовъ. Gangraena pulmonum	39
ССС. Макарскій. Syphilis inveterata—endocarditis maligna	44
СССII. Сансаганскій. Tubercula solitaria cerebri et cerebelli	49
СССII. Грановскій. Tuberculosis chronica	55
СССIII. Комаровскій. Pneumonia caseosa desquamativa et tuberculosa . . .	61
СССIV. Гойеръ. Phthisis fibrosa tuberculosa	67
СССV. Масловъ. Pachymeningitis haemorrhagica interna	73
СССVI. Мелешко. Tuberculosis miliaris chronica—meningitis tuberculosa .	96
СССVII. Огородниковъ. Cysto-adenoma proliferum papillare multiloculare ovariorum dextrae et sinistae carcinomatodes	111
СССVIII. Шапиро. Carcinoma corneum papillomatodes vesicae urinariae .	126
СССIX. Нейлинъ. Tuberculosis intestinorum et phthisis caseosa tuberculosa .	132
СССX. Турьянскій. Carcinoma villosum recti et phthisis circumscripta pulmo- nis dextrae catarrhalis	140
СССXI. Перцевъ. Adeno-fibro-sarcoma cysticum mammae dextrae	145
СССXII. Гуленко. Hepatoadenoma disseminatum	149
СССXIII. Автандиловъ. Pneumonia desquamativa caseosa sine tuberculosi .	165
СССXIV. Маршандъ. Carcinoma villosum telangiectodes ventriculi et hepatis, atrophia granularis renum—tuberculosis obsoleta	169
СССXV. Эрлихъ. Carcinoma acinosum mucosum ventriculi cum degeneratione hyalina vasorum	178
СССXVI. Голяховскій. Carcinoma acinosum mixtum uteri—tuberculosis pul- monum	202
СССXVII. Лебедевъ. Phthisis bronchiectatica tuberculosa	210
СССXVIII. Стрѣльцовъ. Phthisis laryngea tuberculosa et tuberculosis miliaris chronica	214
СССXIX. Розенталь. Morbus Brightii—lymphangoitis pleuralis nodosa chronica	220

CCCXX. Силевицкий. Polypus placentaris, endometris ichorosa, thrombophlebitis et pneumonia metastatica	229
CCCXXI. Итальянский. Septicopyaemia—oedema malignum pulmonis dextri	239
CCCXXII. Любашевский. Scarlatina—enteritis follicularis et dysenteria chronica	251
CCCXXIII. Плохинский. Pustula maligna glandularum bronchialium	260
CCCXXIV. Толочиновъ. Pustula maligna intestinalis	270
CCCXXV. Штейнбергъ. Pneumonia crouposa, endocarditis ulcerosa, meningitis purulenta embolica	279
CCCXXVI. Полозовъ. Phthisis tuberculosa — peripleuritis diaphragmatica et fistula oesophagea	291

CCXCII. Phthisis pulmonum tuberculosa.

И. Климовъ.

Больная В. М., 46 лѣтъ, поступила въ Александровскую больницу, 29 декабря 1892 года, жалуясь на сильную слабость, одышку, кашель, обильную мокроту грязноватаго цвѣта, боль въ правомъ плечѣ и сильное общее исхуданіе. Заболѣла около 5 лѣтъ назадъ. Появились колики особенно въ лѣвой сторонѣ груди, вскорѣ присоединился кашель и одышка. Боли въ боку прошли, но кашель и слабость остались. Въ настоящее время она представляется сильно исхудавшей, съ дряблой мускулатурой и анемичными наружными покровами. Перкуссія легкихъ показала: въ верхушкѣ лѣваго легкаго слышенъ легочный тонъ съ довольно сильнымъ тимпанитомъ, въ нижнихъ доляхъ замѣтно притупленіе. Аускультация обнаруживаетъ присутствіе крупно и мелко-пузырчатыхъ хриповъ, вездѣ *ronchi sonori et sibilantes*. Сердце немного увеличено, тоны слабоваты. Аппетитъ плохой, сонъ тоже. Въ такомъ состояніи пребыла въ больницѣ 3 дня и подъ 2-е января умерла.

Кости свода сильно утолщены, особенно лобная, *diploë* сдвинута кнутри. Твердая мозговая оболочка также утолщена, мягкая малокровна, отечна, отдѣляется легко; ткань мозга плотнѣе нормальной, безкровна, задніе рога желудочковъ заращены, сосуды основанія безъ измѣненій. Сердце увеличено въ объемѣ, правая половина растянута, стѣнки истончены, дряблы. Лѣвое предсердіе фиброзно перерождено, *endocardium* на стѣнкѣ желудочка и на перегородкѣ также помутнено, полость желудочка слегка увеличена, стѣнка тоньше нормальной, буровато-краснаго цвѣта, дрябла. Клапаны безъ измѣненій, аорта узка, малоэластична. Оба легкія сращены съ грудной стѣнкой почти по всей поверхности, при переднихъ краяхъ умѣренно эмфизематозны, блѣдны, въ верхушкахъ содержатъ гнѣзда волокнистаго запустѣнія, аспиднаго цвѣта, съ казеозными узелками и бронхо-эктазическими расширеніями; въ верхушкѣ лѣваго легкаго при передней поверхности кромѣ того сидитъ каверна величиною не много менѣе куриного яйца съ клочковатымъ сѣровато-желтымъ содержимымъ на аспидно окрашенной гладкой стѣнкѣ; въ нижней долѣ разсыяны узелки, частью долочатые сѣро-аспиднаго цвѣта, частью сплошные желтые и зеленовато-желтые. Селезенка сильно увеличена въ объемѣ, консистенціи застывшаго сала, съ гладкой поверхностью разрѣза, при давленіи на которую остаются ямки. Печень сращена съ диафрагмой въ видѣ тонкихъ перемычекъ, мала, капсула утолщена, ткань кожиста, поверхность разрѣза темно-коричневаго цвѣта, на воздухѣ быстро краснѣетъ, при чемъ появляются сѣровато-красныя пятна, западающія ниже поверхности разрѣза, величиною отъ горошины до лѣснаго орѣха. Почки увеличены прибли-

Проф. Крыловъ. Школьная хроника 1893 г.

зительно втрое, капсула легко отдѣляется, поверхность дольчата, восковидна, сѣровато-бѣлаго цвѣта, плотность увеличена, корковый слой утолщенъ, салоподобной консистенции, съ гладкой просвѣчивающей поверхностью разрѣза, пирамиды цианотически окрашены, пронизаны сѣровато-бѣлыми полосками, сходящимися на сосочкахъ. Лоханки умѣренно расширены, клѣтчатка около нихъ сильно развита, отечна. Мочевой пузырь съ сильно отечной слизистой оболочкой и разсѣянными свѣтло-красными пятнами въ днѣ. Матка сильно увеличена, плоская, дряблая, каналъ шейки расширенъ, на задней стѣнкѣ тѣла и на днѣ ближе вправо находится мелкобугристый, плоскій, сидящій на широкомъ основаніи и покрытый на поверхности уплотненной сѣровато-желтой гноевидной слизью наростъ неправильно треугольнаго очертанія, величиною въ половину грецкаго орѣха, въ разрѣзѣ губчатый, мягкій и блѣдно-красный. Стѣнки матки нормальной величины, кожисты, сѣровато-краснаго цвѣта. Клѣтчатка при основаніи широкихъ связокъ, особенно правой, уплотнена. Слизистая оболочка влагалища гладкая, сухожильно-бѣлаго цвѣта. На задней стѣнкѣ въ сводѣ и въ правой складкѣ рыльца находятся рубцовыя стягиванія, изъ коихъ послѣднее представляетъ мелкія сѣровато-бѣлыя ворсистыя разраженія. Яичники нормальнаго размѣра, въ разрѣзѣ волокнисты, отечны. Фаллопеевы трубы безъ измѣненій. Въ брюшной полости значительное количество мутной сѣрой жидкости, съ клочковатымъ желто-сѣраго цвѣта осадкомъ въ полости малаго таза. Желудокъ сильно расширенъ, растянутъ большимъ количествомъ кашицеобразной пищевой смѣси. Слизистая оболочка его сѣро-аспиднаго цвѣта, съ грязными темно-красными пятнами въ днѣ и на лѣвой кривизнѣ. Слизистая оболочка пищевада также сѣровато-аспиднаго цвѣта, но съ отдѣляющимися клочками эпителиальнаго покрова, вслѣдствіе чего при растяженіи его являются сухожильно-бѣлыя полосы и пятна. Слизистая оболочка тонкихъ кишекъ по всему протяженію плотно сращена съ подлежащими слоями, съ неправильными складками, полупрозрачнаго, студенисто-сѣраго цвѣта съ разсѣянными блѣдно-красными поверхностными, ворсистыми эрозіями и въ отдѣльныхъ петляхъ съ мелко-бородавчатыми величиною до просянаго зерна, темно-красными разраженіями. Отдѣльныя солитарныя железы in ileo мѣстами увеличены, представляются въ видѣ узелковъ, зеленовато-желтаго цвѣта. Пейеровы бляшки имѣютъ сѣтчатый видъ, сѣро-аспиднаго цвѣта, западаютъ ниже поверхности. Брыжеечныя железы атрофированы. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ тоже утолщена, блѣдно-студениста; въ слѣпой кишкѣ такія же эрозіи, какъ и въ тощей, а въ сигмовидной кривизнѣ мелкія, бородавчатыя разраженія на гладкой, какъ бы сухожильной, поверхности. Надпочечныя железы увеличены, плоски, плотны. Раксгаас увеличена, уплотнена, студенисто полупрозрачна, на поверхности разрѣза мелкодольчата. Между сухожилиями m. bicipitis праваго плеча находится полость величиною немного болѣе лѣснаго орѣха, вскрытая свищевымъ, расширеннымъ ножомъ, ходомъ, съ темно-красною ворсистой волокнистою стѣнкою, непосредственно сообщающаяся съ правымъ плечевымъ суставомъ. Суставная головка brachii почти лишена хряща, мелко бородавчата, грязно-краснаго цвѣта, съ мелкими ворсистыми темно-красными разраженіями, по краю прикрѣпленія суставной капсулы. Superf. glenoidalis scapulae мѣстами тоже лишена хряща, шероховата на ощупь, грязно-сѣраго цвѣта. Костный мозгъ плечевой кости темно-краснаго цвѣта, студенистый, полупрозрачный, какъ бы вслѣдствіе отека.

Для микроскопическаго изслѣдованія взяты кусочки изъ стѣнки каверны и плевры и изъ нижней доли легкаго, кусочекъ изъ сердца, селезенки, печени, почек, кишекъ и матки. Уплотнялись обыкновеннымъ способомъ: въ Мюллеровской жидкости, потомъ промыты водой, положены въ спиртъ, кедровое масло, парафинъ съ хлороформомъ и чистый парафинъ.

Изъ селезенки, печени и почек нѣкоторые кусочки послѣ Мюллеровской жидкости были промыты водой и изъ замороженныхъ съ помощью эфира кусочковъ были получены микротомомъ разрѣзы. Окраска этихъ препаратовъ метиль-виолетомъ дала довольно значительную реакцію, указывающую на амилоидное перерожденіе сосудовъ (особенно въ селезенкѣ и слабѣ всего въ печени). Вся ткань окрасилась въ синій цвѣтъ, а амилоидно-перерожденные сосуды въ розовый.

Клочковатое гноевидное содержимое каверны было намазано на покровныя стеклышки и окраска Цилевскимъ фуксиномъ и метиленовой синькой показала присутствіе массы Коховскихъ палочекъ. Такія же палочки были найдены и на препаратахъ изъ легкаго, срѣзанныхъ микротомомъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи препаратовъ изъ легкихъ, окрашенныхъ гематоксилиномъ и эозиномъ оказалось, что легочная ткань далеко не вся проходима для воздуха и первое, что бросается въ глаза — это масса патологическихъ узелковъ; очень многія альвеолы представляются заполненными волокнистыми бугорковидными массами. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ массы эти находятся въ межъ-альвеолярной соединительной ткани. Подъ малымъ увеличеніемъ видно, что массы эти имѣютъ по большей части круглую или овальную форму, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, сливаясь между собою, они представляются имѣющими неправильное очертаніе. Простымъ глазомъ видно, что эти бугорковидныя массы очень небольшой величины, не больше просяного зерна. Подъ большимъ увеличеніемъ обнаруживается слѣдующее строеніе этихъ бугорковъ. На периферіи они окрашены гораздо сильнѣе, ядра клѣтокъ съ мелкозернистой протоплазмой выступаютъ рѣзче, здѣсь-же встрѣчаются эпителиоидныя клѣтки, заложенныя въ густой сѣти волоконъ. На периферіи бугорковъ встрѣчаются гигантскія клѣтки съ зернистой протоплазмой, содержащія много ядеръ, расположенныхъ по периферіи клѣтокъ то въ видѣ кольца, то въ видѣ подковы, иногда же сгруппированныхъ въ одномъ мѣстѣ. По мѣрѣ приближенія къ центру бугорка клѣтокъ встрѣчается все меньше и, наконецъ, въ самомъ центрѣ бугорка только одна сѣть фиброзныхъ волоконъ. Окраска здѣсь очень слабая, почти бѣловатая съ матовымъ оттѣнкомъ. Въ центрѣ нѣкоторыхъ бугорковъ замѣтно пустое пространство неправильной формы, образовавшееся, вѣроятно, вслѣд-

ствіе выпаденія казеозной массы. Сосудовъ въ бугоркахъ нигдѣ не встрѣчается. Эти бугорки, совершенно безсосудистые, не превышающіе известной величины, содержащіе гигантскія клѣтки, надо считать вполне характерными для туберкулеза, т. е. туберкулами. Соединительная ткань между отдѣльными бугорками, довольно увеличенная въ объемѣ, во многихъ мѣстахъ инфильтрирована воспалительными продуктами, бѣлыми кровяными шариками. Этотъ-то интерстиціальный процессъ и служитъ мѣстомъ перехода одного бугорка въ другой и имѣетъ своимъ послѣдствіемъ слитіе этихъ бугорковъ въ одну массу. Въ окружности кровеносныхъ сосудовъ встрѣчаются кое-гдѣ такія же инфильтраціи. Проходимыя для воздуха альвеолы представляются сдавленными и кое-гдѣ замѣтно отпаденіе эпителія альвеолъ. На препаратахъ изъ стѣнки каверны и плевры видно: плевра сильно утолщена разрастающейся соединительной тканью, просвѣтъ сосудовъ ея немного уменьшенъ. Подъ плеврой лежитъ слой проходимой для воздуха легочной ткани въ видѣ ряда сильно сдавленныхъ альвеолъ; дальше идетъ слой сильно инфильтрированной соединительной ткани и, наконецъ, самая стѣнка каверны состоитъ изъ слоя соединительной ткани съ массой молодыхъ и старыхъ распадающихся бугорковъ и гигантскихъ клѣтокъ. Кромѣ всего этого въ различныхъ мѣстахъ легкаго находятся отложенія частицъ угля и пыли — anthracosis, которыя въ нѣкоторыхъ мѣстахъ представляютъ черныя массы, совершенно затемняющія структуру подлежащей ткани.

На препаратахъ изъ сердца видно, что прослойки соединительной ткани между отдѣльными мышечными пучками немного шире нормальныхъ. Въ этихъ прослойкахъ заложены кровеносные сосуды; нѣкоторые изъ сосудовъ наполнены кровяными шариками. Сами мышечныя волокна представляются слегка атрофированными (уменьшены въ объемѣ) съ слабо выраженной поперечной полосатостью, съ малыми ядрами то палочковидными, то овальными. Кромѣ того кое-гдѣ замѣтно слабое отложеніе бурого пигмента у полюсовъ ядеръ. Въ общемъ-же сердце ничего особенно патологическаго не представляетъ.

Въ печени явленія атрофіи выражены гораздо рѣзче: клѣтки ея уменьшены въ объемѣ, въ нихъ замѣтно отложеніе бурого пигмента. Протоплазма и ядра многихъ клѣтокъ совсѣмъ исчезли, клѣтки потеряли свою полигональную форму и представляются сильно растянутыми и совершенно круглой формы. Это указываетъ на довольно значительную жировую инфильтрацію. Круглыя, растянутыя клѣтки совершенно пустыя, такъ какъ жиръ подъ вліяніемъ обработки спиртомъ и скипидаромъ исчезъ.

Ткань печени въ такихъ мѣстахъ представляется дырчатой. Стѣнки сосудовъ печени немного утолщены и совершенно гомогенны, амилоидно-перерождены. Селезенка также сильно патологически измѣнена: аденоидная ткань атрофирована, замѣтно сильное разращеніе кровеносныхъ сосудовъ съ гомогенными блестящими стѣнками. Возлѣ нѣкоторыхъ сосудовъ видно скопленіе аденоиднаго вещества. Амилоидъ селезенки разлитой.

Въ почкахъ, кромѣ амилоиднаго перерожденія сосудовъ, замѣтно еще такое же перерожденіе мочевыхъ канальцевъ: стѣнки ихъ утолщены и гомогенны, метиль-віолетомъ окрашиваются въ розовый цвѣтъ. Сосудистыя петли Мальпигіевыхъ клубочковъ, изъ которыхъ нѣкоторые увеличены, не всѣ перерождены: однѣ петли нормальны, другія же утолщены и гомогенно блестящи. Въ просвѣтахъ мочевыхъ канальцевъ встрѣчаются кое-гдѣ гіалиновые цилиндры и отпадающій эпителий въ просвѣтъ канальцевъ. Кромѣ всего этого есть еще и интерстиціальныи процессъ, очевидно, давняго происхожденія, выражающійся разращеніемъ соединительной ткани.

Что касается кишекъ, то на препаратахъ изъ нихъ видно, что слизистая оболочка ихъ довольно атрофирована, ворсинки въ нѣкоторыхъ мѣстахъ изглажены, подслизистая ткань исчезла, замѣтно довольно сильное разращеніе соединительной ткани. Все это составляетъ, вѣроятно, исходъ давняго хроническаго воспаленія. Стѣнки кровеносныхъ сосудовъ и здѣсь утолщены и гомогенно блестящи. Ни въ печени, ни въ селезенкѣ, ни въ почкахъ, ни въ кишкахъ, нигдѣ нѣтъ такихъ бугорковъ, какъ въ легкихъ.

На препаратахъ изъ матки, начиная съ слизистой оболочки и идя постепенно въглубь, видно слѣдующее: эпителий слизистой оболочки отсутствуетъ, и кое-гдѣ только видны отпадающія эпителиальныя клѣтки; мѣсто его занято слоемъ слизи. Непосредственно подъ этимъ слоемъ находится сильно инфильтрованная бѣлыми кровяными шариками узкая полоса соединительной ткани. Дальше все занято разрастающейся мышечной тканью со многими кровеносными сосудами, просвѣты которыхъ въ однихъ мѣстахъ сдавлены и имѣютъ неправильную форму, въ другихъ они круглы. Кое-гдѣ они наполнены кровяными шариками. Кромѣ этого здѣсь замѣтно довольно значительное разращеніе маточныхъ железъ. Железы эти представляются въ видѣ простыхъ или развѣтвляющихся трубочекъ. Просвѣты ихъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ велики съ ясно выраженнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, въ другихъ-же мѣстахъ железы эти сдавлены, такъ что представляются въ видѣ полосокъ.

Резюмируя все вышеизложенное, надо сказать слѣдующее: въ легкихъ имѣется фтизическій процессъ туберкулезнаго характера, въ плеврѣ исходъ давняго воспаленія, въ печени, селезенкѣ атрофическія явленія и амилоидъ, въ почкахъ амилоидъ и старый интерстиціальныи процессъ, въ кишкахъ тоже остатки прежняго воспаленія и, наконецъ, въ маткѣ подслизистая міома съ разращеніемъ железъ. Связь между всѣмъ этимъ такова: очевидно, началомъ всего послужило воспаленіе плевры, потомъ воспалительный процессъ перешелъ на легкія и они явились *locus minoris resistentiae*, гдѣ произошла инвазія Коховскихъ бациллъ и гдѣ онѣ начали свою разрушительную дѣятельность. Такимъ образомъ измѣненія эти болѣе старыя, а на почвѣ уже этой хронической, истощающей болѣзни развился амилоидъ и другія атрофическія явленія. Міома матки отъ этого нисколько не зависитъ и является вполне самостоятельной.

ССХСIII. *Marasmus senilis, pneumonia lobularis et nephritis haemorrhagica.*

В. Андріевскій.

Больной Николай Афанасьевъ, 70-ти лѣтъ, чернорабочій, поступилъ въ Александровскую больницу 20-го ноября 1892 года, съ жалобой на одышку, стѣсненіе и боли въ груди. Боленъ двѣ недѣли. Больной выше средняго роста съ слабо развитой мускулатурой и подкожной жирной клѣтчаткой. Дыханіе поверхностное; ціанозъ лица и верхнихъ конечностей. Грудная клѣтка укорочена въ переднезаднемъ діаметрѣ. Лѣвый бокъ нѣсколько выпяченъ. Брюшные покровы дряблы, вялы. При изслѣдованіи найдено, что аорта увеличена въ діаметрѣ. На лѣвой сторонѣ, начиная со 2-го ребра притупленіе, переходящее книзу въ абсолютную тупость. При перемѣнѣ положеній границы тупости мѣняются. При аускультации на аортѣ систолическій шумъ. Тоны сердца чисты, но глухи. Печень выдается изъ-подъ края ложныхъ реберъ на 3 поперечныхъ пальца, болѣзненна при перкуссии. Селезенка въ предѣлахъ нормы. Больной умеръ 2 декабря. Клиническій діагнозъ: *Aneurysma aortae et hydrothorax sinister.*

Кости свода склерозированы. Твердая мозговая оболочка утолщена, мягкая тонка, отечна, легко отдѣляется. Ткань мозга малокровна, тянется за ножомъ, желтоватаго цвѣта. Правый задній рогъ заращенъ, лѣвый расширенъ. Сосуды основанія расширены. Клѣтчатка *mediastini* отечна. Правое легкое вздуто, передній край его переходитъ за срединную линію, пятнисто пигментированъ. Лѣвое спрятано за костяными концами реберъ, покрыто перепончатыми, фибринозными слоистыми отложениями сѣровато-бѣлаго цвѣта, которые имѣются также на діафрагмѣ, и отсюда переходятъ на внутреннюю поверхность легкаго и около-

сердечную сумку. Между отложениями находится значительное количество интарно-прозрачной желтого цвета жидкости. Pleura pulmonalis сѣровато-бѣлого цвѣта, мелко-бородавчата, утолщена. Около-сердечная сумка растянута кровянистой, мутной жидкостью. Сердце увеличено въ объемѣ, лѣвый край у верхушки сильно закругленъ. Правое предсердіе и венозное устье сильно растянуто. Стѣнка желудочка тонка, плотна, темно-краснаго цвѣта. Bicuspidalis натянута въ видѣ хорды. Полость лѣваго желудочка увеличена, шаровидна, содержитъ рыхлыя кровяныя свертки. Endocardium утолщено. Мускулатура дряблая, легко разрывается. Аорта при корнѣ диффузно расширена; intima съ мелкими складками. Стѣнки неравномѣрно утолщены, мало эластичны. При началѣ нисходящей части, на задней и верхней стѣнкѣ замѣчается выпячиваніе, вслѣдствіе чего просвѣтъ получаетъ форму конуса, обращеннаго основаніемъ вверхъ. Въ нисходящей части аорта также расширена, мало эластична, разбѣяны склеротическія бляшки и желтоватыя пятна. Правое легкое мѣстами сращено съ грудной стѣнкой, всюду проходимо для воздуха. При заднемъ краѣ отчетно, венозно гиперемировано. Лѣвое въ разрѣзѣ мясисто, сѣровато-краснаго цвѣта, по заднему краю съ черновато-красными пятнами, зернистыми, выдающимися надъ поверхностью разрѣза узлами генатизации, неправильнаго очертанія. Селезенка слегка увеличена, капсула утолщена, аспидно пигментирована, при разрѣзѣ ткань плотна, съ сильно развитыми трабекулами, темно-краснаго цвѣта. При соскабливаніи даетъ мякоть, смѣшанную съ темною кровью. Печень мала, кожиста, зерниста, мелко-дольчата, темно-коричневаго цвѣта, около lig. susp.—двѣ группы известковыхъ узелковъ величиной въ маковое зерно и болѣе, бляшкообразнаго очертанія. Большая изъ нихъ въ половину кедроваго орѣха. Почки уменьшены, разрыхлены отъ отека, капсула отечна, отдѣляется легко. Поверхность дольчата, ткань кожиста. Кортикальнй слой въ разрѣзѣ краснаго цвѣта, пирамиды черновато-краснаго. Экстравазаты въ клубочкахъ и милиарныя кисты. Клтчатка около лоханки студениста. Пузырь безъ измѣненій. Prostata увеличена. Въ правой почкѣ находятся обширныя геморрагическія гнѣзда въ видѣ пятенъ и полосъ черновато-краснаго цвѣта. Слизистая оболочка желудочно-кишечнаго канала, кромѣ отека слизистой оболочки въ тощей кишкѣ и разсѣянныхъ красноватыхъ пятенъ въ подвздошной и ободочной, особенныхъ измѣненій не представляетъ.

Изъ органовъ взяты для изслѣдованія: аорта, сердце, легкія, почки, печень, селезенка и фибринозный свертокъ. Всѣ эти органы подвергались обычнымъ путемъ уплотненію и закланы были въ парафинъ. Затѣмъ препараты изъ уплотненныхъ такимъ образомъ кусковъ окрашивались гематоксилиномъ съ эозиномъ.

Въ почкахъ при осмотрѣ корковаго слоя мы видимъ, что подъ капсулой имѣется рядъ канальцевъ и сосудовъ, совершенно выполненныхъ красными кровяными шариками. Тамъ-же видны геморрагически инфильтрированные клубочки. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ имѣется кровоизліаніе въ сосудистомъ отдѣлѣ, спускаются по направленію внизъ, къ мякотному веществу, клубочки и канальцы геморрагически инфильтрированные. Въ отдѣлѣ прямыхъ канальцевъ имѣется сплошное кровоизліаніе въ видѣ

выполненныхъ кровью трубокъ, въ нѣкоторыхъ изъ этихъ каналцевъ, именно въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ нѣтъ кровеизліяній, эпителий сохранился (въ видѣ неокрашенной части), но ядра не выступаютъ. Внутри сосудовъ находятся красные кровяные шарики. Сосуды имѣютъ утолщенную *intim'у* и стѣнки ихъ инфильтрированы бѣлыми кровяными тѣльцами. Не только въ этихъ мѣстахъ, но и въ промежуточной соединительной ткани и вокругъ клубочковъ находится инфильтрація бѣлыми тѣльцами. На границѣ между корковымъ и пирамидальнымъ слоемъ расположены крупныя артеріи, съ хорошо видимыми слоями стѣнокъ, и лимфатическіе сосуды. Стѣнки ихъ запружены бѣлыми тѣльцами. Мѣстами видна гиперемія клубочковъ, въ другихъ мѣстахъ замѣчается волокнистое заустѣніе ихъ. Въ корковомъ слоѣ, въ той части, гдѣ находятся кровянистыя инфильтраціи, замѣчается свертываніе крови. На нѣкоторыхъ препаратахъ подѣ капсулой можно видѣть кистовидныя расширенія, съ серознымъ содержимымъ. Стѣнки этихъ кистъ выстланы плоскимъ эпителиемъ.

Легкое представляетъ рѣзко выраженную красную гепатизацію. Въ сосудахъ находимъ пристѣнное свертываніе крови. Альвеолы не только наполнены кровью, но и растянуты ею. Въ промежуточной ткани вокругъ стѣнокъ сосудовъ находится кровь, такъ что стѣнки мелкихъ сосудовъ совершенно сжаты ею. Стѣнки крупныхъ сосудовъ инфильтрированы кровью. Замѣчается въ значительномъ количествѣ антракозъ и отложеніе фибрина на плеврѣ.

При изслѣдованіи печени, въ долькахъ находимъ желтоватаго цвѣта зернистость, т. е. бурую атрофію, и расширеніе капилляровъ. Рядомъ съ атрофіей клѣтокъ находимъ викарную гипертрофію съ размноженіемъ ядеръ. На мѣстѣ атрофіи печеночныхъ клѣтокъ находимъ экстазію сосудовъ. Стѣнки сосудовъ склерозированы. Желчный протокъ нормаленъ. Капсула морщиниста и склерозирована.

При изслѣдованіи селезенки находимъ, что сосуды расширены, стѣнки ихъ склерозированы. Кровеизліянія изъ сосудовъ. Мальпигіевы тѣла ясно выступаютъ. Трабекулы сильно развиты, утолщены, съ новообразованіемъ соединительной ткани.

При изслѣдованіи препаратовъ изъ сердца какъ праваго, такъ и лѣваго, находимъ ясную бурую атрофію, въ видѣ желтоватаго цвѣта зеренъ. Сосуды, особенно вены въ нѣкоторыхъ мѣстахъ расширены, и содержатъ красные кровяные шарики. Артеріи извилисты и содержатъ кровь. Капилляры расширены и содержатъ красные кровяные шарики. Мѣстами замѣчаются склерозированные прослойки соединительной ткани. Ядра малы,

мышечныя волокна атрофированы и мѣстами инфильтрированы кровью. Аорту находимъ слегка склерозированной. Стѣнки ея утолщены на счетъ intimaе. Ядра плохо выступаютъ.

Изслѣдованіе препаратовъ изъ фибринознаго свертка, какъ свѣже приготовленныхъ, такъ и изъ кусочковъ, задрѣанныхъ въ парафинъ, и окрашенныхъ гематоксилиномъ съ эозиномъ, кромѣ фибрина ничего не обнаружило. Такимъ образомъ, изъ вышеописаннаго видно, что въ почкахъ хроническое интерстиціальное воспаленіе, въ печени атрофическій процессъ, въ селезенкѣ и сердцѣ индуративный. Въ легкихъ геморрагическая инфильтрація, въ аортѣ склерозъ.

Суммируя данныя микроскопическаго изслѣдованія и данныя протокола вскрытія, мы должны признать за начальное заболѣваніе хроническое воспаленіе почекъ—*Nephritis interstitialis chronica*, въ связи съ измѣненіемъ стѣнокъ сосудовъ. Какъ послѣдствіе хроническаго воспаленія почекъ, явилось расширеніе аорты и гипертрофія лѣваго желудочка.

CCXCIV. Stenosis ostii venosi sinistri cordis.

О. Сибирцевъ.

Агафья Иванова, 28 лѣтъ, поступила 15 октября 1892 года, въ Александровскую больницу съ слѣдующими явленіями—сердце увеличено въ поперечномъ размѣрѣ, при аускультациі у верхушки систолическій шумъ, на аортѣ первый токъ съ глухимъ шумомъ. Пульсъ очень слабый—96 ударовъ въ минуту. Въ легкихъ мѣстами бронхіальное дыханіе, мелкопузырчатые хрипы, всюду дыханіе жесткое. Животъ сильно растянутъ жидкостью, ноги отечны. Моча изслѣдована не была. Больная съ подобными-же явленіями была въ больницѣ въ апрѣлѣ 1892 г., въ продолженіи двухъ недѣль оправилась и выписалась изъ больницы. Двѣ недѣли назадъ у больной снова опухли ноги и животъ и она легла въ больницу. Занималась больная набивкой напирсы; имѣла троихъ дѣтей; регулы прекратились четыре года тому назадъ. *Diagnosis*—*insufficiencia valvulae mitralis*. При усиливающихся явленіяхъ расстройства дыханія и сердечной дѣятельности больная умерла 29 октября.

Кости свода безъ измѣненій, мягкая мозговая оболочка сильно истончена, при отдѣленіи разрывается, ткань мозга безкровна. Сердце величиной въ два кулака, правое венозное устье и полость желудочка сильно расширены, створки клапановъ низки, мускулатура каучукообразной плотности. *Endocardium* лѣваго предсердія фиброзно перерождено,—створки *bicuspidalis* сращены между собою, устье едва пропускаетъ сложенный пинцетъ, полость желудочка сильно увеличена, стѣнки желудочка тонки дряблы. Аорта узка тонкостѣнна. Бронхіальныя

Проф. Крыловъ. Школьная хроника 1893 г.

железы образуютъ темно-красныя плотныя узлы, обхватывающіе вѣтви *pulmonalis*. Легкіе сращены съ грудной стѣнкой, сильно отечными ложными перепонками, въ верхнихъ доляхъ по нижнему краю и въ нижнихъ по заднему содержатъ обширныя гнѣзда кирпично-краснаго цвѣта каучукообразной плотности, между которыми находятся эмфизематозныя островки, сильно малокровныя, проходимыя для воздуха. Селезенка мала, кожиста, темно-краснаго цвѣта. Печень мала, кожиста, зеленовато-коричневаго цвѣта. Почки нормальнаго объема, капсула трудно отдѣляется, поверхность зерниста, ткань каучуко-образной плотности. Слизистая оболочка желудка и кишечнаго канала за исключеніемъ малокровія какихъ либо измѣненій не представляетъ. Матка мала, шейка рубцово перерождена. Яичники плотны и сморщены.

Для изслѣдованія были взяты кусочки изъ праваго желудочка (кусокъ мышца и папиллярная мышца съ хордой), изъ лѣваго (мышца и клапанъ), изъ легкихъ, печени, почки, яичника и бронхіальной железы. Всѣ эти кусочки были положены въ Мюллеровскую жидкость на 10 дней, при чемъ первые три дня жидкость мѣнялась каждый день, а потомъ черезъ день или два. Послѣ Мюллеровской жидкости куски промывались въ продолженіи сутокъ слабой постоянной струей воды. Промытые кусочки были перенесены на сутки въ 60% алкоголь, а потомъ на двои сутки въ абсолютный алкоголь. Послѣ уплотненія въ алкоголь куски, двои сутки просвѣтлялись въ смѣси ксилола съ кедровымъ масломъ. Когда куски приобрѣли темный цвѣтъ и просвѣтлявали по краямъ, ихъ тогда перенесли въ смѣсь хлороформа съ парафиномъ и продержали въ ней въ продолженіи сутокъ въ термостатѣ при $t^{56^{\circ}}$. Послѣ этого куски были перенесены въ чистый расплавленный парафинъ опять на сутки. Наконецъ, кусочки были залиты въ парафинъ. Изъ залитыхъ въ парафинъ кусковъ дѣлались разрѣзы микротомомъ, освобождались отъ парафина двукратной промывкой въ терпентинѣ, потомъ уплотнялись въ спиртъ и окрашивались слабымъ воднымъ растворомъ гематоксилина. Изъ гематоксилина срѣзы переносились въ водный растворъ эозина, обезжовивались въ спиртъ, послѣ спирта просвѣтлялись въ анилиновомъ маслѣ. Анилиновое масло отмывалось въ терпентинѣ и, наконецъ, разрѣзы, перенесенные и расправленные на предметномъ стеклѣ, задрѣзывались въ канадскій бальзамъ.

На препаратахъ изъ праваго желудочка сердца между мышечными волокнами промежутки очень широки. Сами мышечныя волокна неравномѣрной толщины, одні изъ нихъ очень толсты, другія менѣе толсты, третьи нормальной толщины, поперечная исчерченность волоконъ довольно слабо выражена, продольная выступаетъ яснѣе, волокна извилисты, мышечныя ядра удлиненной формы. *Endocardium* утолщено, представляется въ видѣ ткани однороднаго строенія, слабо окрашивающейся и содержащей мало ядеръ, эндотелій сохранился, хотя мѣстами отслоенъ отъ подлежащей ткани. *Pericardium* представляетъ широкопетлистую стѣтъ, состоящую изъ пучковой соединительной ткани. Сосуды, проходящіе въ самой сердечной мышцѣ, окружены тканью слабо окрашенной, блестящею и

содержащею мало ядеръ. Ткань эта широко раздвигаетъ пучки самихъ волоконъ. На препаратахъ изъ папиллярной мышцы вмѣстѣ съ хордой видны мышцы, мышечныя волокна утолщены, извилисты, неравнобѣрной толщины. Въ мышечныхъ волокнахъ виденъ мѣстами бурый пигментъ. На мѣстѣ перехода мышечной части въ сухожильную видны притупленные мышечныя пирамидки. Сосуды сопровождаются тканью, сильно преломляющей свѣтъ, плотной, слабо окрашенной, содержащей мало ядеръ. Endocardium утолщено, слабо окрашено, преломляетъ сильно свѣтъ и почти не содержитъ ядеръ. Въ лѣвомъ желудкѣ мышечныя волокна очень тонки, въ нихъ виденъ бурый пигментъ, мышечныя ядра слабо выражены и мало окрашены. Endocardium тоже утолщено, сильно преломляетъ свѣтъ и содержитъ мало ядеръ. Эндотелій сохраненъ, но, какъ и въ правомъ сердцѣ, отслоенъ отъ подлежащей ткани. Pericardium состоитъ изъ широкопетливой соединительной ткани, въ его висцеральной части, мѣстами попадаютъ кругловатыя пластинки, лежащія почти у самыхъ сердечныхъ мышцъ; эти пластинки состоятъ изъ отдѣльныхъ мелкихъ частей, какъ-бы перерѣзанныхъ поперечно стволиковъ. Около сосудовъ, проходящихъ въ самомъ мышечномъ слоѣ сердца, много соединительной ткани; ткань эта имѣетъ такой-же характеръ, какъ и въ правомъ сердцѣ. На интимѣ сосудовъ мѣстами находятся утолщенія въ видѣ бляшекъ, состоятъ изъ клѣточныхъ элементовъ интимы. Ткань двустворчатого клапана плотна, однороднаго строенія, сильно преломляетъ свѣтъ, очень слабо окрашена. Мѣстами попадаютъ полосы, сильно окрашенные въ синій цвѣтъ гематоксилиномъ. Ядерныхъ элементовъ въ ткани очень мало, мѣстами попадаютъ образованія съ тонкими отростками, они напоминаютъ собою костныя тѣльца. Ближе къ свободной поверхности попадаютъ сосуды.

На препаратахъ изъ легкихъ прежде всего бросается въ глаза небольшая величина альвеолъ, легочныя альвеолы напоминаютъ собою дѣтское легкое; это уменьшеніе просвѣта альвеолъ произошло на счетъ утолщенія самой альвеолярной стѣнки. Стѣнки альвеолъ положительно оплетены почти сплошной массой капиллярныхъ сосудовъ; сосуды эти набиты кровяными тѣльцами, растянуты и удлиннены такъ, что они не вмѣщаются на альвеолярныхъ стѣнкахъ и дѣлаютъ петли въ просвѣтъ альвеолъ, образуя какъ-бы полипообразныя выпячиванія. На нѣкоторыхъ разрѣзахъ, гдѣ они обнаружили самую альвеолярную стѣнку, можно видѣть, что альвеолярная стѣнка утолщена на счетъ сильнаго развитія соединительной ткани; между соединительно-тканными волокнами, которыя напоминаютъ волокнистую интерстиціальную соединительную ткань, и къ

которой примѣшаны упругія волокна, попадаютъ гладкія мышечныя волокна съ длинными палочкообразными ядрами. Эпителий, выстилающій альвеолы, вездѣ сохраненъ. Въ легочной ткани мѣстами попадаетъ черный, непрозрачный пигментъ. Въ другихъ мѣстахъ,—и такихъ мѣстъ гораздо больше,—находится коричневый, довольно прозрачный пигментъ. Такая пигментація расположена большею частью по ходу сосудовъ малаго калибра, но иногда она встрѣчается и вдали отъ этихъ сосудовъ. Въ другихъ мѣстахъ попадаютъ скопленія красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ самой ткани. Такія-же пигментныя зерна попадаютъ и въ просвѣтъ самихъ альвеолъ.

На препаратахъ изъ почки въ корковомъ слоѣ видны Мальпигіевы клубочки, сами клубочки небольшой величины, въ нихъ находятся красныя кровяныя шарики, Бауманновская капсула очень широка, между ней и клубочкомъ часто находится очень широкій и совершенно пустой промежутокъ, капсула выстлана свѣтлымъ плоскимъ эпителиемъ. Нѣкоторые клубочки не разобщены съ капсулой и представляются въ видѣ массы, окрашенной въ синій цвѣтъ, совершенно однородной; ткань эта, какъ-бы исходя отъ капсулы, подвигается на клубочки, у верхушки клубочка видны два сосуда; просвѣты этихъ сосудовъ не разнятся между собою; эпителий, выстилающій капсулу въ подобныхъ клубочкахъ, видѣтъ неудается. Извитые каналцы сильно расширены, эпителий канальцевъ сохранился, хотя вездѣ отслоился и лежитъ въ просвѣтъ канальца совершенно свободно. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ можно видѣтъ въ просвѣтъ канальцевъ мелкозернистую однородную массу, почти выполняющую просвѣтъ канальцевъ, мѣстами въ канальцахъ находятся красныя кровяныя шарики. Отводящіе каналцы сужены вслѣдствіе сильнаго расширенія капилляровъ, мѣстами въ отводящихъ канальцахъ нѣтъ эпителия, мѣстами эпителий отдѣлился отъ подлежащей ткани и находится въ просвѣтъ самихъ канальцевъ, образуя какъ-бы эпителиальные цилиндры. Нѣкоторые изъ этихъ цилиндровъ вывалились изъ канальцевъ и легли поперекъ просвѣта канальцевъ. Между канальцами находятся довольно широкія соединительно-тканныя прослойки, при чемъ волокна соединительной ткани довольно широки, такъ что интестинциальная соединительная ткань представляется какъ-бы припухшей. Въ соединительно-тканной стромѣ мѣстами попадаютъ пигментныя зерна, мѣстами въ ткани совершенно свободно небольшими кучками попадаютъ какія-то клѣточки, окрашенныя въ темный цвѣтъ. Всѣ сосуды какъ капилляры, такъ и болѣе крупныя, сильно расширены, особенно въ корковомъ слоѣ и набиты кровяными тѣльцами. Около сосудовъ

замѣчается ткань сильно преломляющая свѣтъ, плотная, съ малымъ количествомъ ядерныхъ элементовъ слабо окрашенная; ткань эта даетъ прослойки и въ самую паренхиму почки.

На препаратахъ изъ печени видны печеночныя дольки, центральныя вены расширены, стѣнки ихъ утолщены, сами печеночныя дольки пронизаны капиллярами; это пронизываніе неравномѣрно; мѣстами капилляры расширены и отъ этого печеночныя клѣтки имѣютъ неправильную форму; онѣ сдавлены. Около печеночныхъ долекъ, собственно между ними находится много соединительной ткани, такъ что дольки отдѣлены одна отъ другой широкими прослойками. Въ самихъ печеночныхъ клѣткахъ находится бурый пигментъ, содержаніе пигмента болѣе въ клѣткахъ лежащихъ ближе къ *vena centralis*. Около междолевыхъ сосудовъ замѣтно разращеніе соединительной ткани, ткань эта сильно преломляетъ свѣтъ, малоядерна, плотна и плохо окрашивается; сами стѣнки сосудовъ очень толсты, такъ что въ нѣкоторыхъ мѣстахъ почти вдвое превышаютъ просвѣтъ самихъ сосудовъ. Сосуды расширены. Въ одномъ мѣстѣ около междолевого сосуда, въ окружающей его соединительной ткани, можно видѣть двѣ круглыя пластинки, состоящія изъ нѣсколькихъ маленькихъ какъ-бы точечныхъ частей, напоминающихъ собою перерѣзанный поперекъ нервный стволѣкъ; одна изъ этихъ пластинокъ больше, другая меньше. Междолечные желчныя протоки видны какъ въ продольномъ, такъ и въ поперечномъ разрѣзахъ—эпителий ихъ окрашенъ въ темно-синій цвѣтъ, принадлежитъ къ цилиндрическому, оболочки самихъ протоковъ совершенно не измѣнены.

На препаратахъ изъ яичника прежде всего мы видимъ эпителий, покрывающій свободную поверхность яичника; эпителий этотъ низкій, цилиндрической. Въ корковомъ слоѣ находится масса пучковой волокнистой соединительной ткани, пучки ткани сходятся между собою, образуя какъ бы звѣздчатыя фигуры. Между соединительно-тканными пучками попадаются образованія круглой формы; эти образованія выстланы внутри эпителиальными клѣтками и внутри ихъ находится еще круглая клѣточка; такихъ образованій очень мало. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ попадаются продолговатыя неправильной формы пластинки серебристо-блестящаго цвѣта—рубцы на мѣстѣ разорвавшихся фолликуловъ. Вездѣ масса сосудовъ, сосуды эти расширены и выполнены кровью; они имѣютъ извилистую форму.

На препаратахъ изъ бронхиальной железы мы видимъ прежде всего *reticulum* съ массой лимфодныхъ элементовъ, капсулярныя перекладины утолщены, лимфатическіе синусы мѣстами окружены плотной, сильно пре-

ломляющей свѣтъ малоядерной, слабо-окрашенной тканью. Сосуды сильно расширены и переполнены кровью и около нихъ попадаются разращенія соединительной ткани, по своему характеру похожей на разращенія около синусовъ. Въ синусахъ попадаютъ глыбки черного пигмента.

Всѣ явленія, наблюдаемые нами, указываютъ на венозный застой. Застойныя явленія на столько сильны, что повлекли за собою индуративные процессы во всѣхъ органахъ. Застои образовались прежде всего въ маломъ кругу подъ вліяніемъ суженія лѣваго венознаго отверстія и это же суженіе повлекло за собою компенсаторную гипертрофію праваго желудочка. Но суженіе было слишкомъ велико и гипертрофія праваго желудочка не могла справиться съ такимъ препятствіемъ, вслѣдствіе чего образуется застой въ легкихъ. Но суженное отверстіе мало пропускаетъ крови въ лѣвый желудочекъ; лѣвый желудочекъ въ свою очередь мало посылаетъ ее въ большой кругъ кровообращенія, почему давленіе въ большомъ кругу уменьшается и начинаютъ образовываться застои въ паренхиматозныхъ органахъ. Получая мало крови, лѣвый желудочекъ сначала приноравливается къ объему крови и уменьшаетъ свою полость, но, получая мало крови, онъ плохо питаетъ само сердце, получается извѣстная дряблость мышцъ средца и расширеніе полости желудочка. Это ведетъ къ еще большей слабости сердечной мышцы, расширенная полость лѣваго желудочка, его истощенныя атрофическія мышцы не справляются даже съ тѣмъ небольшимъ количествомъ крови, которое они получаютъ черезъ суженное отверстіе. Разница въ давленіи между артеріальной и венозной системой все сглаживается, каждая новая систола должна быть сильнѣе, сердце истощается и, наконецъ, парализуется. Микроскопическимъ изслѣдованіемъ, кромѣ измѣненій въ сердцѣ, обнаружены: *induratio pulmonum rubra*, *atrophia cyanotica renum*, *atrophia lienis et hepatis cum induratione*.

ССXCV. Tuberculosis miliaris chronica.

Н. Качновъ.

Василій Парфенко, Харьковскій мѣщанинъ, сапожникъ, 28 лѣтъ, поступилъ въ Александровскую больницу 14-го декабря 1892 года, гдѣ, пролежавъ девять дней, скончался. Изъ прежней жизни больного извѣстно, что въ семействѣ его умерли отъ чахотки сестра и мать. Больной выше средняго роста, съ полнымъ отсутствіемъ подкожнаго жирнаго слоя, съ слабо развитыми костной и мышечной системами, кожей довольно блѣдной, малокровной, аномально эластичной. Боль-

ной жаловался на сильный кашель, одышку, сильное истощение и хриплость голоса. При перкуссии найдено надъ лѣвой верхушкой легкаго притупленіе, идущее внизъ почти до соска, сзади такое же притупленіе имѣется на *f. supraspinata scapulae*; на правой и лѣвой верхушкахъ слышится масса крепитирующихъ хриповъ, а сзади много влажныхъ хриповъ, неопредѣленное дыханіе съ усиленнымъ выдохомъ. Дыханіе доходить до 26 въ минуту, пульсъ 94, *t* 39,2, кашель сопровождается выдѣленіемъ гноевидной мокроты. Диагнозъ—*phtisis pulmonum*.

Кости свода слегка утолщены, *diploë* сдвинута кнутри, твердая мозговая оболочка истончена, малокровна, при отдѣленіи легко разрывается. Ткань мозга совершенно безкровна, желтовато-бѣлаго цвѣта, тягуча, сосуды основанія мозга безъ видимыхъ измѣненій. Въ полости около-сердечной сумки большое количество серозной жидкости. Сердце мало, дрябло, *endocardium* лѣваго предсердія утолщено, клапаны безъ измѣненій. Оба легкія сращены мѣстами съ грудной стѣнкой и по всей поверхности съ околосердечной сумкой, повсюду пронизаны множествомъ сѣрыхъ узелковъ величиною отъ маковаго зерна до коноплянаго, связанныхъ между собою асиднаго цвѣта затверденіями, величиной до лѣснаго орѣха и болѣе; у верхушки и при заднемъ верхнемъ краѣ нижней доли находятся каверны съ кашцеобразнымъ содержимымъ, въ которомъ замѣчается множество сѣровато-желтыхъ клочковъ, величиной до маковаго зерна и болѣе. Въ правомъ легкомъ также каверны при верхнемъ краѣ нижней доли; бронхиальныя железы увеличены и содержатъ казеозныя узлы, величиной до большой горошины. Селезенка увеличена въ объемѣ, капсула утолщена, пронизана множественными милиарными узелками; ткань плотнѣе нормальной, въ разрѣзѣ также содержитъ множество сѣрыхъ субмилиарныхъ узелковъ; *trabeculae* сильно развиты, *pulpa* темно-краснаго цвѣта, уплотнена. Печень увеличена въ объемѣ, ціанотически окрашена; въ капсулѣ и на поверхности разрѣза разсѣяны многочисленные зеленовато-желтаго цвѣта, неправильнаго очертанія узелки, границы долекъ изглажены; желчный пузырь безъ измѣненій. Почки малы, капсула отдѣляется съ трудомъ, ткань кожиста, въ корковомъ слоѣ сѣровато-краснаго цвѣта, въ пирамидахъ темно-краснаго цвѣта; на поверхностяхъ и на разрѣзахъ многочисленные величиной до просянаго зерна, частію одиночныя, частію же четкообразно расположенныя узелки. Сосочки притуплены, лоханки малы, стѣнки ихъ уплотнены. Мочевой пузырь малъ, полусжатъ. Слизистая оболочка желудка бѣдна складками, покрыта стекловидной слизью. На слизистой оболочкѣ тонкихъ кишекъ находятся разсѣянные, многочисленные, зеленовато-желтаго цвѣта, неправильной формы узелки, величиной до просянаго зерна, болѣе плотные, выдающіеся надъ поверхностью; равно какъ такой же величины, съ бородавчатыми темно-красными краями язвы, которыя при нижнемъ концѣ подвздошной кишки располагаются группами и соединяются между собой въ язвы розеткообразной формы, величиной до десятикопѣечника съ вазикообразнымъ, темно-краснаго цвѣта краемъ и рубцевымъ дномъ. Такія же язвы располагаются по краю *v. ileocecalis*, а также на складкахъ слизистой оболочки на мѣстѣ перехода слѣпой кишки въ восходящую, вслѣдствіе чего мѣшокъ слѣпой кишки растянутъ до объема кулака. Брыжейка сморщена, железы увеличены въ объемѣ до лѣснаго орѣха, бугристы и содержатъ сухія, сѣровато-желтаго цвѣта казеозныя массы.

Микроскопическому изслѣдованію подвергнуты: легкія, сердце, печень, почки, селезенка и кишки. Кусочки ихъ были положены на десять сутокъ въ Мюллеровскую жидкость, сутки промывались постоянной струей, три сутки лежали въ абсолютномъ спиртѣ, сутки въ кедровомъ маслѣ съ ксиоломъ, сутки стояли въ термостатѣ при $t\ 37,5$ въ смѣси парафина съ хлороформомъ и, наконецъ, сутки лежали въ чистомъ парафинѣ въ термостатѣ при $t\ 50,0$. Послѣ кусочки залиты были въ чистый парафинъ и изъ нихъ произведены были микротомомъ разрѣзы. Нарѣзанные микротомомъ препараты, освобожденные отъ парафина терпентиномъ и послѣдующимъ промываніемъ абсолютнымъ спиртомъ, подвергались двойному окрашиванію либо гематоксилиномъ съ эозиномъ, либо пикрокарминомъ и метиловой синькой, либо же на присутствіе туберкулезныхъ палочекъ Цилевскимъ растворомъ карболъ-фуксина и задыливались въ канадскій бальзамъ съ примѣсью незначительнаго количества ксилола.

Изъ жидкости, полученной со стѣнокъ кавернъ и сѣрыхъ узловъ, лежащихъ въ большомъ количествѣ въ верхушкахъ легкихъ, были сдѣланы препараты, въ которыхъ послѣ соответствующей окраски, можно было видѣть огромное количество туберкулезныхъ палочекъ, частью лежащихъ сплоченными массами, а частью разсѣянными. На уплотненныхъ препаратахъ, взятыхъ нами изъ верхнихъ и нижнихъ долей легкихъ, съ самаго начала прямо бросается въ глаза масса узелковъ, разсѣянныхъ по всему препарату, имѣющихъ своеобразное строеніе и различную форму по очертанію, начиная отъ круглой и овальной и кончая розеткообразной. Такого вида узелки располагаются единично, либо представляютъ изъ себя конгломератъ нѣсколькихъ, не болѣе четырехъ, слившихся между собой. Центральная часть такихъ узелковъ въ нижнихъ доляхъ легкихъ въ однихъ мѣстахъ представляется однородной, безструктурной, желтовато бѣлой, мелкозернистой и индифферентно относящеюся къ красящимъ веществамъ массой; въ другихъ мѣстахъ такая масса представляется волокнисто расщепленною, какъ-бы растрескавшеюся, и, наконецъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ такая масса легко выпадаетъ. Вокругъ центральной части находится второй слой кѣтокъ концентрически расположенныхъ, частью хорошо обрисовывающихъ свои контуры, частью-же не различающихся по своимъ контурамъ. Величина послѣднихъ кѣтокъ гораздо превышаетъ величину первыхъ. Въ этомъ-то концентрически лежащемъ слой кѣтокъ съ ядрами намъ удалось на препаратахъ видѣть довольно большія кѣтки хорошо контурированныя съ однороднымъ зернистымъ содержимымъ и многими ядрами (по числу доходящими до 15), периферически расположенными. За вторымъ слоемъ кѣтокъ, концентрически расположенныхъ по мѣрѣ приближенія къ периферіи узелка, лежитъ третій слой мелкихъ кѣтокъ съ хорошо окрашенными ядрами, лежащими въ зернистой прото-

плазмѣ. И, наконецъ, вокругъ этого третьяго слоя въ нѣкоторыхъ узелкахъ лежитъ соединительно-тканевое кольцо, хорошо обрисовывающееся. Такова въ общихъ чертахъ гистологическая картина узелковъ, тамъ и сямъ разбѣянныхъ на препаратахъ, взятыхъ нами изъ нижнихъ долей легкихъ. Принимая во вниманіе гистологическую картину такого рода узелковъ, мы можемъ считать послѣдніе за бугорки.

На препаратахъ, взятыхъ изъ верхнихъ долей легкихъ, мы не замѣчаемъ такой типичности въ строеніи бугорка. Послѣдній представляется въ большинствѣ случаевъ состоящимъ изъ двухъ слоевъ: центрального — съ казеознымъ веществомъ частью выпавшимъ, частью сохранившимся, и наружнаго, состоящаго изъ довольно плотнаго, толстаго слоя соединительной ткани съ примѣсью эластическихъ волоконъ. Бугорки залегаютъ въ бронхіолахъ, альвеолахъ и нерѣдко въ интеральвеолярныхъ и интерлобулярныхъ перегородкахъ. Кромѣ наблюдаемыхъ на препаратахъ бугорковъ довольно застарѣлыхъ, находящихся въ верхнихъ доляхъ легкихъ и болѣе молодыхъ въ нижнихъ доляхъ, замѣтна въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ альвеолярныхъ перекладинахъ, въ перибронхіальныхъ и переваскулярныхъ пространствахъ легочной ткани мелкоклѣточная инфильтрація, состоящая въ обильномъ скопленіи различной формы клѣточныхъ элементовъ въ смѣси съ кровяными форменными элементами.

Указавши на общую микроскопическую картину пораженія легкихъ, скажемъ еще объ измѣненіяхъ, которыя намъ приходилось наблюдать въ другихъ альвеолахъ и сосудахъ легкихъ. Въ одномъ изъ препаратовъ легкихъ намъ удавалось замѣтить въ бронхахъ отсутствіе эпителія и только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ сохраненіе послѣдняго; просвѣтъ ихъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ былъ суженъ и пустъ, а въ другихъ какъ-бы затампонированъ казеозно распавшимся зернистымъ веществомъ, гдѣ было трудно различать что либо въ отдѣльности. Соединительно-тканевой слой бронховъ гиперплазированъ и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ кровянисто инфильтрованъ. Не только вокругъ бугорковъ наблюдается обильное развитіе соединительной ткани, но и въ междольчатыхъ и межалвеолярныхъ перегородкахъ, такъ что въ нѣкоторыхъ мѣстахъ вслѣдствіе такого сильнаго разраженія соединительной ткани и происходитъ полная облитерация альвеолъ. Утолщенные межалвеолярныя перегородки въ нѣкоторыхъ мѣстахъ инфильтрированы еще круглыми клѣтками.

Что касается участи альвеолъ, то послѣднія по строенію и формѣ ближе подходятъ къ нормѣ, на мѣстахъ удаленныхъ отъ туберкулезныхъ гнѣздъ, а около нихъ стѣнки ихъ утолщены, полости уменьшены или

наполнены казеозными массами; нѣкоторыя изъ альвеолъ близъ туберкулезнаго гнѣзда облитерированы, спались и содержатъ отпавшій эпителий или зернистыя глыбки. Сосуды переполнены кровью, adventitia ихъ гиперплазирована и кое-гдѣ инфильтрована, intima разращена въ нѣкоторыхъ мѣстахъ до закрытія сосуда. Кромѣ этихъ измѣненій еще наблюдается въ нѣкоторыхъ мѣстахъ препаратовъ присутствіе незначительнаго количества аморфныхъ черноватыхъ частичекъ въ соединительной ткани между перегородками альвеолъ и вокругъ просвѣтовъ сосудовъ.

Описавши патолого-гистологическую картину препаратовъ изъ легкихъ, перейдемъ къ измѣненіямъ кишечнаго канала: язвы здѣсь, какъ видно на препаратахъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ доходили до циркулярнаго мышечнаго слоя, а въ нѣкоторыхъ только захватывали часть подслизистой ткани. Отличающіеся своей неровностью края язвъ представлялись сильно инфильтрированными кровяными форменными и грануляціонными элементами, такія-же самыя грануляціонныя кѣтки находились въ обильномъ количествѣ въ межмышечной соединительной ткани. Подслизистая ткань въ окрестности язвъ значительно утолщена, въ послѣдней наблюдаются бугорки, подвергшіеся казеозному метаморфозу. Слизистый слой въ окрестности язвъ утолщенъ, сосуды переполнены кровью, Люберкюновы железы кажутся то расширенными, то какъ-бы запустѣвшими; ворсинки частью обнажены, зернисты и не окрашиваются, частью совершенно отпали. Отысканные нами въ препаратахъ, взятыхъ изъ тонкихъ кишекъ и изъ мѣстъ около v. ileo-coecalis, вышеупомянутымъ способомъ туберкулезныя бацилы еще болѣе убѣждаютъ насъ въ томъ, что и въ кишкахъ мы никакого другого пораженія не имѣемъ кромѣ туберкулезнаго. Препараты, взятые изъ сердца, не дали намъ никакихъ указаній на существованіе какихъ либо гистологическихъ измѣненій въ смыслѣ отступленія отъ нормы. На препаратахъ, взятыхъ изъ корковаго слоя почки, наблюдается очень много бугорковъ, гистологическое строеніе которыхъ во многомъ напоминаетъ такое же строеніе бугорковъ въ легкихъ и кишкахъ. Здѣсь мы видѣли большой туберкулезный очагъ размягченія, центральная часть котораго представляется однообразной, трудно различимой массой, а по мѣрѣ приближенія къ периферіи такого большого туберкулезнаго гнѣзда зернистость кѣтокъ выступаетъ довольно рѣзко. Вокругъ этого туберкулезнаго гнѣзда, занимающаго довольно большую поверхность, наблюдается наполненіе канальцовъ кровяными форменными элементами и сильное набуханіе и отпаденіе эпителия, а Мальпигіевы клубочки сдавлены, какъ бы сдвинуты въ сторону наименьшаго сопротивленія и, въ нѣкото-

рых мѣстахъ облитерированные вслѣдствіе разращенія соединительной ткани, повсюду видимы на препаратахъ. Резюмируя все найденное микроскопическимъ путемъ въ почкѣ, мы можемъ сказать, что кромѣ метастатическихъ туберкулезныхъ заносовъ въ почкѣ имѣются указанія на интерстиціальное воспаленіе ткани. На препаратахъ, взятыхъ изъ печени и селезенки, мы наблюдаемъ также много бугорковъ, но уже не такихъ старыхъ и измѣненныхъ, какіе намъ пришлось наблюдать въ легкихъ, кишкахъ и отчасти почкахъ. Печень пронизана бугорками недавняго происхожденія, частью въ самыхъ доляхъ, отличающимися своей малой величиной и обиліемъ гигантскихъ клѣтокъ. Печеночныя клѣтки измѣнили присущую имъ форму, сморщены, буро пигментированы. Въ аденоидномъ веществѣ селезенки замѣтно также много бугорковъ болѣе свѣжаго происхожденія, въ трабекулахъ замѣтно разращеніе соединительной ткани и въ сосудахъ переполненіе кровью.

Въ заключеніе представленнаго микроскопическаго описанія найденныхъ измѣненій въ органахъ намъ остается указать еще на то: какиимъ образомъ постепенно шелъ туберкулезный процессъ? На основаніи глубокихъ измѣненій въ легочной ткани, особенно въ верхушкахъ легкихъ, мы можемъ сказать, что туберкулезный процессъ начался съ верхушекъ легкихъ, разрушалъ все болѣе и болѣе легочную ткань, произвелъ воспаленіе легкихъ и тѣ заболѣванія, которыя были найдены микроскопическимъ путемъ. Отдѣляемая мокрота, содержащая специфическій туберкулезный ядъ, проглатывалась больнымъ *per se* или съ пищею попадала въ кишечный каналъ, гдѣ произвела специфическое воспаленіе послѣдняго, слѣдствіемъ котораго явилось изъязвленіе. Что касается до туберкулезныхъ очаговъ, найденныхъ нами въ почкахъ, печени и селезенкѣ, то на послѣдніе нужно смотрѣть, какъ на вторичныя явленія, возникшія путемъ заноса кровянымъ токомъ.

CCXCVI. *Enchondroma myxomatodes osteoides*.

И. Егіазарьянцъ.

27 марта 1892 года въ факультетскую хирургическую клинику университета явился житель села Покровска, близъ Таганрога, Тихонъ Гончаровъ съ опухолью, расположенною на лѣвой щекѣ. При наружномъ осмотрѣ констатировано, что опухоль по величинѣ и формѣ походитъ на страусовое яйцо, удлинненно-эллиптической формы, при чемъ длинная ось овала со спинкой носа образуетъ

Проф. Крыловъ. Школьная хроника 1893 г.

*

уголъ приблизительно въ 45° . Границами опухоли служатъ: сверху—нижнеглазничный край верхней челюсти (*margo infraorbitalis*), снизу назолъабіальная складка и уголъ рта, внизу горизонтальная вѣтвь нижней челюсти; впрочемъ, опухоль здѣсь не помѣщается въ означенной границѣ, а спускается далеко внизъ и кнаружи. Снаружи границей служитъ восходящая вѣтвь нижней челюсти,—откуда опухоль отъ ушной сережки косвенно направляется къ *arcus zygomaticus*. Кожа надъ опухолью нормальной толщины, насыщено-краснаго цвѣта съ легкимъ ціанотическимъ оттѣнкомъ, сильно напряжена, но не сращена съ нею, а около назолъабіальной складки слегка инфильтрирована. На ошупь опухоль упруго-эластической консистенціи, мѣстами даже хрящевой и явственно состоитъ изъ отдѣльныхъ долекъ. Опухоль подвижна во всѣ стороны и даже немного скручивается у своего основанія. Вслѣдствіе тракціи, производимой опухолью, крыло носа и уголъ рта оттянуты кнаружи и внизъ. При разсматриваніи со стороны полости рта виденъ дефектъ внутренней стѣнки щеки съ неровными, зазубренными краями и біающимъ отверстіемъ неправильно четырехугольной формы, въ которое свободно входитъ палецъ. Изъ глубины отверстія выдаются окрашенные въ черныя цвѣтъ массы. По обѣ стороны дефекта тянется цѣлая гряда сосочкообразныхъ возвышеній слизистой оболочки. При изслѣдованіи пальцемъ изъязвленнаго мѣста можно прощупать отдѣльныя, твердыя, гребневидныя возвышенія, слабо кровоточащія. Вслѣдствіе изъязвленія и разложенія попадающей въ язву пищи существуетъ отвратительный *foetor ex ore*. *Palatum durum* на лѣвой сторонѣ значительно уже праваго,—оно сплющено въ вертикальномъ направленіи. Зубовъ въ верхней челюсти соотвѣтственной стороны кромѣ рѣзцовъ не осталось никакихъ; оба рѣзца отогнуты вверхъ, при чемъ наружный рѣзецъ какъ бы сидитъ на внутреннемъ; альвеолярный отростокъ представляется совершенно атрофированнымъ. Лѣвая половина нижней челюсти представляется вдавленною внутрь; *dens canina* лѣвой стороны сидитъ позади внутреннего рѣзца правой стороны, вслѣдствіе чего это мѣсто кажется имѣющимъ два ряда зубовъ, а наружный рѣзецъ выстоитъ въ видѣ мыса; альвеолярный отростокъ завороченъ внутрь, жевательная поверхность зубовъ тоже. Функція полости рта, кромѣ выпаденія зубовъ, пострадала только въ незначительной степени. Ни опухоль, ни язва не болѣзненны. Лимфатическія железы съ лѣвой стороны въ углу между восходящей вѣтвью нижней челюсти и *m. sterno-cleido-mastoideus* увеличены, мягки, слегка болѣзненны. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ ничего аномальнаго не открыло. Больной на видъ крѣпкаго тѣлосложенія, высокаго роста, съ умѣренно развитымъ подкожнымъ жировымъ слоемъ, 55 лѣтъ отъ роду. Опухоль, по словамъ больного, продолжаетъ существовать уже 15 лѣтъ. Въ началѣ у больного послѣ сильной зубной боли на щекѣ появился „прыщъ“ величиной въ копѣечную монету, мягкой консистенціи, ограниченный рѣзкой краснотой и сильно болѣзненный. Черезъ мѣсяць это мѣсто отвердѣло, болѣзненность исчезла, но зато на томъ же мѣстѣ стала расти исподоволь опухоль. Когда опухоль была величиной въ грецкій орѣхъ, она свободно могла быть сдвигаема подъ кожей во всѣ стороны, при чемъ было замѣчено, что опухоль постоянно возвращалась на одно мѣсто (указываетъ на *fossa canina*). Съ увеличеніемъ опухоли зубы верхней челюсти стали гнуться внутрь и лѣтъ пять тому назадъ, повидимому, безъ всякой причины выпали одинъ за другимъ совершенно здоровые зубы. Опухоль

оставалась неизмѣненной до второй недѣли великаго поста, до конца февраля 1892 года, когда появились сильныя жгучія боли во рту, продолжавшіяся три дня. Послѣ того боли утихли и на внутренней поверхности щеки образовалась изва, откуда больной языкомъ выковырялъ два твердыхъ, „какъ дерево“, мясистыхъ куса. Продолжительнаго насморка не имѣлъ; на мѣстѣ образованія опухоли бородавки или пигментныхъ пятенъ не было; возможность травмы больной отвергается.

31 марта опухоль вмѣстѣ съ сосочковыми возвышеніями слизистой оболочки щеки удалена подъ диагнозомъ *fibro-sarcoma chondroid*. Заживленіе краевъ раны *per primam intentionem* совершилось на 9-й день послѣ операціи; припухлость лимфатическихъ железъ шейной области исчезла, и больной выпущенъ 25 апрѣля вполне здоровымъ.

Опухоль, доставленная тотчасъ послѣ операціи въ патолого-анатомическій кабинетъ, подвергнута макро и микроскопическому изслѣдованію въ свѣжемъ видѣ. При этомъ найдено, что опухоль величиной въ страховое яйцо, овально-эллиптической формы, окружена собственной капсулой почти на всемъ протяженіи, только незначительная поверхность, величиной въ мѣдный пятакъ, свободна отъ послѣдней. Здѣсь, повидимому, находилась ножка опухоли, которая была перерѣзана во время операціи. Капсула, какъ это можно видѣть, изобилуетъ кровеносными сосудами. Съ одной стороны опухоль изъязвилась, изъ отверстія торчатъ некротизированные, почернѣвшіе куски опухоли, издающіе невыносимый запахъ. Отверстіе окружено остатками слизистой оболочки.

На разрѣзѣ опухоль явственно дольчата, узловата, желтовато-бѣлаго цвѣта, съ незначительно развитой кровеносной системой, мѣстами ткань желатинозно полупрозрачна; мѣстами попадаются бѣлыя, твердые, какъ бы сухожильные островки. Въ двухъ, трехъ мѣстахъ замѣтны отдѣльныя замкнутыя полости, свободно вмѣщающія верхушку мизинца. Некротизированная часть занимаетъ около $\frac{1}{5}$ опухоли и состоитъ изъ темно-бурой кашицеобразной массы, которая, однако, прочно остается въ связи съ остальной опухолью. Консистенція опухоли упруго-эластическая, хрящевая. Ножомъ можно соскоблить только немного желтовато-бѣлой желатинозной массы. При микроскопическомъ изслѣдованіи расщипанныхъ препаратовъ обнаружено, что опухоль состоитъ изъ волокнистаго и сѣтчататаго хряща съ сѣтью толстыхъ упругихъ волоконъ; промежуточное вещество мѣстами совершенно однородно, полупрозрачно, мѣстами слабо волокнисто, съ уксусной кислотой даетъ реакцію на муцинъ; мѣстами ткань опухоли претерпѣла полный слизистый метаморфозъ, такъ что производитъ впечатлѣніе зародышевой соединительной ткани или Вартоновой студени пупочнаго канатика. Центральная часть опухоли почти лишена кровеносныхъ

сосудовъ; эти послѣдніе изобилуютъ въ капсулѣ, состоящей также изъ хрящевой ткани. Кромѣ того мѣстами попадались отдѣльныя прослойки и скопленія клѣтокъ треугольной, звѣздчатой формы, характеръ которыхъ не могъ быть тогда точно установленъ. Содержимое полостей оказалось простымъ жировымъ детритомъ.

Для дальнѣйшаго микроскопическаго изслѣдованія на срѣзахъ взяты: часть капсулы, участки изъ глубины, ножка опухоли, стѣнка полости и кусокъ слизистой оболочки щеки. Одна часть этихъ кусковъ уплотнена обыкновеннымъ образомъ въ Мюллеровской жидкости, спиртѣ, задѣлана въ парафинъ и окрашена гематоксилиномъ и эозиномъ; другая часть, взятая для изслѣдованія пролифераціонныхъ мѣстъ съ клѣточными прослойками, обработана Флемминговой жидкостью и потомъ окрашена сафраниномъ и пикриновой кислотой.

Капсула на окрашенныхъ означеннымъ образомъ препаратахъ оказывается состоящей изъ плотно, безъ промежутковъ, правильно, параллельно другъ къ другу расположенныхъ, толстыхъ упругихъ волоконъ, которыя сохраняютъ связь съ окружающими частями посредствомъ фиброзной соединительной ткани, пронизанной большимъ количествомъ кровеносныхъ сосудовъ, мѣстами набитыхъ красными кровяными шариками. Болѣе внутри расположенъ такой же поясокъ изъ упругихъ волоконъ, но уже раздвинутыхъ массой мелкихъ отростчатыхъ клѣтокъ, веретенообразной, звѣздчатой, многоугольной и другихъ самыхъ разнообразныхъ, причудливыхъ формъ. Клѣтки эти съ небольшимъ количествомъ протоплазмы и яснымъ ядромъ часто анастомозируютъ своими отростками между собою. Отъ этого клѣточно-волокнуистаго кольца отходятъ внутрь, въ самый узелъ опухоли, въ видѣ толстыхъ трабекулъ, тѣсно скучившіяся скопленія, цуги тѣхъ же клѣтокъ; трабекулы окружаютъ довольно крупныя, кругловатыя участки, которые въ свою очередь раздѣляются на меньшія тонкими прослойками тѣхъ же клѣтокъ, отходящихъ отъ главныхъ крупныхъ перекладинъ. Вся картина, такимъ образомъ, походитъ на спонгиозное вещество кости, при чемъ остеопластическія клѣтки трабекулъ замѣняютъ остеонидныя пластинки.

Ткань этихъ ограниченныхъ участковъ состоитъ изъ вытянутыхъ звѣздчатыхъ клѣтокъ, которыя своими длинными, тонкими анастомозирующими отростками образуютъ красивую крупнопетливую сѣть, окрашенную въ синій цвѣтъ. Межклѣточного вещества здѣсь совсѣмъ нѣтъ; оно смыто во время мацерациі и дальнѣйшихъ манипуляцій, такъ что въ общемъ вся картина походитъ на зародышевую соединительную ткань. Преобладающею составною частью опухоли, такъ сказать, остовомъ ея служить

хрящевая ткань, являющаяся въ видѣ неправильныхъ прослоекъ и островковъ и образующая также внутри себя ограниченные участки слизистой ткани; хрящевая ткань въ началѣ, ближе къ капсулѣ, имѣетъ всѣ свойства волокнистаго хряща, который чѣмъ дальше отъ капсулы, тѣмъ больше теряетъ хрящевыя клѣтки; въ немъ появляются пучки упругихъ волокъ, которые также постепенно теряются въ окружающей слизистой ткани; мѣстами хрящевыя клѣтки какъ бы прямо переходятъ въ костныя, — именно нормально пузырькообразныя клѣтки сморщиваются, дѣлаются звѣздчатыми, при чемъ тутъ же находятся клѣтки безъ капсулъ, похожія на костныя; въ другихъ мѣстахъ этотъ переходъ совершается черезъ образованіе такъ наз. остеобластъ. Всѣ мѣста слизистаго метаморфоза заключаютъ въ себѣ и клѣтки трабекулъ то разбросанно, то болѣе или менѣе скученно. Ткань не лишена и сосудовъ, хотя въ незначительномъ количествѣ, но встрѣчаются поперечные перерѣзы довольно крупныхъ и мелкихъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ.

Срѣзы изъ периферіи опухоли при маломъ увеличеніи кажутся ноздреватымъ. Ноздреватость эта обусловливается поперечными, продольными и косыми разрѣзами какихъ-то трубчатыхъ образований, при чемъ въ просвѣтѣ мѣстами залегаетъ какая-то свернувшаяся, сильно окрашенная въ синій цвѣтъ, масса; въ другихъ мѣстахъ весь поперечный срѣзъ заполненъ эпителиоидными клѣтками, такъ что на продольныхъ разрѣзахъ получается нѣчто въ родѣ Бильротовскихъ цилиндромъ. Эти трубчатые образования заключены въ оболочки въ родѣ *membrana propria* и окружены рыхлой аденоидной соединительной тканью, богатой лимфоидными клѣтками. Во многихъ мѣстахъ на ряду съ эпителиоидными трубками встрѣчаются желтовато-окрашенные концентрическіе гіалиновые шары, весьма похожіе на *corpora amyloidea*, окруженные еще свѣтлымъ ободкомъ. Эти трубчатые, сильно окрашенные въ синій цвѣтъ, образования вдаются въ розовые участки хряща, въ которомъ, вслѣдствіе отложенія известковыхъ солей, появилась уже мелкая зернистость. Часто здѣсь можно видѣть и огромныя съ пальцевидными отростками, вдающимися въ хрящевую ткань, зернистыя протоплазматическія тѣла, содержащія до 30 и болѣе ядеръ, — міелоплаксы Робена. Остальная часть состоитъ изъ того-же волокнистаго и упругаго хряща, мѣстами претерѣвшаго слизистый метаморфозъ. Изрѣдка и здѣсь попадаютъ кровеносные сосуды, въ большемъ числѣ лимфатическіе сосуды, щели и полости, выстланныя эндотелиемъ.

На разрѣзахъ, взятыхъ изъ центрально расположенныхъ узловъ, обнаживается такое-же трабекулярное строеніе, какъ и въ капсулѣ; здѣсь

также пролифераціонныя остеонидныя пластинки окружають отдѣльные участки слизистаго перерожденія съ разбросанными тамъ и сямъ клѣтками трабекулъ. Въ нихъ также проходятъ кровеносныя и лимфатическіе сосуды, но попадаются и отдѣльныя пузырькообразныя полости — мѣста, гдѣ слизистый метаморфозъ давно закончился. Перегородки между сосѣдними узлами состоятъ изъ крупныхъ пучковъ упругихъ волоконъ и плотной соединительной ткани и всюду начинаются отъ капсулы. Стѣнка полости состоитъ опять-таки изъ толстыхъ пучковъ упругихъ волоконъ, которые путемъ расхожденія образуютъ въ самой стѣнкѣ полости меньшей величины; далѣе слѣдуетъ та-же хрящевая и слизистая ткань съ прослойками клѣтокъ трабекулъ.

Ножка опухоли тоже состоитъ изъ тѣхъ-же частей, что и центральныя части опухоли, только здѣсь слизистый метаморфозъ очень сильно выраженъ; видно затѣмъ, какъ клѣтки трабекулъ какъ-бы проникають въ слизистую ткань.

На разрѣзахъ со слизистой оболочки щеки видно, что многослойный плоскій эпителий посылаетъ длинныя отрпыски въ подлежащую соединительную ткань, но атипическихъ разраженій при этомъ не представляетъ. Подслизистая ткань содержитъ массу кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, обильно инфильтрированныхъ по окружности мелкими лимфоидными клѣтками; инфильтрація самой подслизистой ткани не такъ рѣзко выражена; мѣстами мышечныя волокна раздвинуты мелкимъ инфильтратомъ, мышечныя ядра обнаруживаютъ размноженіе. Кромѣ этого, не имѣющаго особаго значенія, измѣненія въ глубокихъ слояхъ подслизистой ткани встрѣчаются образованія, занимающія почти все поле микроскопа, по виду вполне сходныя съ эпителиальными жемчужинами съ характернымъ концентрическимъ расположеніемъ входящихъ въ нихъ элементовъ. Различной величины, узлы эти лежатъ какъ-бы въ преформированныхъ щеляхъ, окруженныхъ умѣреннымъ количествомъ сильно инфильтрированной соединительной ткани. Клѣтки узловъ представляются въ различныхъ стадіяхъ дегенеративнаго метаморфоза. Скопленія этихъ клѣтокъ не имѣютъ связи ни съ эпителиемъ слизистой оболочки, ни съ железами, которыхъ, кстати, на срѣзахъ не попадаетъ; за то эндотелій кровеносныхъ сосудовъ обнаруживаетъ пристѣнную пролиферацію, мѣстами даже весь просвѣтъ заполненъ новообразованными элементами.

На препаратахъ, окрашенныхъ пикриновой кислотой и сафраниномъ, всѣ части опухоли видны гораздо рѣзче. Здѣсь можно видѣть даже вкругъ костномозговой полости, въ видѣ бухтообразнаго синуса съ отдѣль-

ными мѣлопоясками, и неполное концентрическое расположеніе звѣздчатыхъ клѣтокъ, такъ что строеніе системы Гаверсовыхъ пластинокъ вполне отчетливо, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ хорошо замѣтны и Шарпейскія волокна, также цѣлые ряды остеобластъ, окруженные свѣтлымъ пояскомъ, отличнымъ отъ обшаривающихъ мѣстъ промежуточнаго вещества хряща, на ряду съ хорошо сформированными костными тѣльцами.

Такимъ образомъ ткань опухоли оказывается состоящею изъ различного вида хряща, слизистой и остеонидной ткани. Основною тканью по давности своего происхожденія и совершенному развитію должна считаться хрящевая ткань, являющаяся въ опухоли въ видѣ волокнистаго и сѣтчатаго хряща, которая путемъ разжиженія промежуточнаго вещества даетъ начало слизистой ткани и кистамъ. Костная ткань, какъ она представляется въ опухоли, наименѣе низко дифференцирована и потому можно думать и о сравнительно недавнемъ ея происхожденіи. Дѣйствительно, ни въ одной части опухоли нельзя видѣть нормально развитой кости, процессъ окостенѣнія останавливается на различныхъ стадіяхъ своего развитія; въ одной части окостенѣніе только что начинается, являются остеобласты, въ другихъ — уже находятся, повидимому, и костномозговая полость съ мѣлопоясками, даже какъ бы развитіе Гаверсовыхъ пластинокъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ костномозговая полость оказывается содержащей слизистую ткань, какъ это бываетъ въ молодыхъ, еще развивающихся костяхъ, гдѣ слизистая ткань находится какъ остатокъ отъ эмбриональнаго развитія. Процессъ окостенѣнія, какъ это видно, идетъ съ двухъ сторонъ: во-первыхъ, со стороны капсулы, что много напоминаетъ перихондральное развитіе костей, путемъ проникновенія остеопластическихъ клѣтокъ въ видѣ трабекулъ съ дальнѣйшимъ образованіемъ костныхъ пластинокъ; съ другой стороны — окостенѣніе совершается эндохондрально, но какъ бы путемъ метаплазии хрящевыхъ клѣтокъ въ костныя.

Въ общемъ, слѣдовательно, патолого-гистологическій діагнозъ даннаго случая можетъ быть формулированъ какъ *Enchondroma myxomatodes osteoides*.

Что касается жемчужныхъ образований, открытых на срѣзахъ слизистой оболочки щеки и цилиндрическихъ трубчатыхъ образований въ периферіи опухоли, то происхожденіе ихъ достаточно объясняется ясно выраженной пролифераціей эндотелія, которая, подвергаясь гіалиновому перерожденію, образуетъ слоистые гіалиновые шары, такъ что здѣсь, слѣдовательно, мы наталкиваемся еще на эндотелію.

Относительно материнской почвы опухоли могутъ быть сдѣланы многія предположенія, но судя по тканямъ, входящимъ въ ея составъ,—именно всѣ онѣ относятся къ соединительно-тканевому типу,—и анамнезу можно съ большой вѣроятностью предположить о періостальномъ происхожденіи опухоли изъ эмбриональныхъ остатковъ, которые, получивъ импульсъ къ размноженію при явленіяхъ воспаленія, слѣдовательно, при благопріятныхъ условіяхъ питанія, начали дѣятельно размножаться и въ концѣ концовъ образовали громаднхъ размѣровъ опухоль.

Что касается изъязвленія опухоли со стороны полости рта, то это обстоятельство можно, съ одной стороны, поставить въ связь съ незначительнымъ развитіемъ кровеносной системы опухоли, съ другой—тѣми травматическими вліяніями, которымъ подвергается всякое новообразование, выходящее въ полость рта; ущемленіе-же слизистой оболочки съ растянутыми кровеносными сосудами между альвеолярными отростками верхней и нижней челюсти представляетъ третье условіе, благопріятствующее изъязвленію и ограниченному некрозу. Съ этой-же точки зрѣнія—Вирхова, можетъ быть объяснено и развитіе эндотеліомы.

Предсказаніе при энхондромахъ, содержащихъ слизистую ткань, дѣлается обыкновенно сомнительное или неблагопріятное, потому что по наблюденіямъ Вирхова (Ученіе объ опухоляхъ, Люке. Руководство къ общей и частной хирургіи, Питы и Вильрота. Стр. 216 и 224) звѣздчатыя хрящевыя клѣтки, а въ слизистомъ хрящѣ веретенообразныя съ длинными отростками обладаютъ активной подвижностью, что при жидкомъ, легко расплывающемся межклѣточномъ веществѣ не безразлично въ смыслѣ диссеминаціи, образованія метастазовъ и рецидивовъ.

CCXCVII. Sarcoma fasciculare telangiectodes femoris sinistri.

Я. Балтрушайтесъ.

Сусанна Лагодина, крестьянка Екатеринославской губерніи, поступила въ факультетскую хирургическую клинику 17 апрѣля 1892 года, жалуясь на появляющуюся по временамъ боль и на случайно прощупанную, но не выдающуюся надъ поверхностью кожи опухоль на задней поверхности лѣваго бедра, въ задней половинѣ ягодичной области.

Лѣвое бедро, въ сравненіи съ правымъ, нѣсколько утолщено и увеличено въ объемѣ. На задней периферіи его виденъ не выдающійся надъ поверхностью кожи, сильно стянутый, пигментированный рубецъ, длиною

въ 24 и шириною въ $1\frac{1}{2}$ ст., идущій сверху вниз въ слегка косомъ направленіи черезъ всю толщѣ кожи и занимающій часть верхней трети бедра на внутренней поверхности его, всю среднюю треть на задней поверхности и часть нижней трети на передней поверхности. Рубецъ неподвиженъ, сращенъ съ подлежащими тканями, по краямъ его находятся утолщенія въ видѣ узелковъ. Въ окружности рубца кожа не повреждена, не измѣнена, окрашена въ нормальный цвѣтъ, подвижна, поднимается въ складку и имѣетъ ровную, гладкую поверхность. На задней поверхности лѣваго бедра замѣтно нѣсколько выдающееся надъ поверхностью кожи выпячиваніе; при пальпаціи въ этомъ мѣстѣ можно прощупать расположенные подъ рубцомъ три узла. Первый изъ нихъ, величиною съ голубиное яйцо, находится на внутренней поверхности бедра въ нижней половинѣ верхней трети его; второй—овальной формы, по величинѣ гораздо больше куриного яйца, занимаетъ на задней поверхности бедра почти всю верхнюю половину средней трети его; третій узелъ—шаровидной формы, величиною съ голубиное яйцо, расположенъ на передней поверхности бедра при переходѣ средней трети его въ нижнюю. Всѣ узлы непосредственно прилегаютъ къ внутренней поверхности рубца, надъ подлежащей костью они подвижны, въ отношеніи апоневротической бедренной фасціи подвижность ихъ ограничена. Узлы имѣютъ мягкую консистенцію, ровную и гладкую поверхность, при надавливаніи нѣсколько сжимаются, уменьшаются въ объемѣ, при этомъ больная не испытываетъ боли.

Больная среднего роста, крѣпкаго тѣлосложенія. На всемъ тѣлѣ кожа нормальнаго цвѣта; никакихъ сыпей и рубцовъ, кромѣ описаннаго, тамъ не замѣчается. Подкожная жировая кѣлѣчатка развита умеренно. Костная система не представляетъ никакихъ отступленій отъ нормы. Мышечная система развита у нея хорошо. Видимыя слизистыя оболочки полости рта, гѣла, глотки слегка гиперемированы; языкъ и рубцовъ, повидимому, тамъ нѣтъ. Лимфатическія железы нигдѣ не прощупываются. Изслѣдованіе легкихъ, сердца, печени, селезенки, брюшныхъ и мочеполовыхъ органовъ ничего патологическаго не обнаружило. Больная 23 лѣтъ, православнаго вѣроисповѣданія, замужемъ 5 лѣтъ, занимается домашнимъ хозяйствомъ, живетъ въ деревнѣ. Больная рассказываетъ, что въ сентябрѣ мѣсяцѣ 1891 года она случайно прощупала на задней поверхности бедра перемѣщающійся подъ кожей и непринимавшій ей никакихъ безпокойствъ узелокъ, величиною съ вишню. Она стала замѣчать, что послѣдній иногда, какъ будто сразу за одинъ день, значительно выросталъ и увеличивался въ объемѣ; подобное увеличеніе сопровождалось болью, продолжавшеюся приблизительно 4 дня. Затѣмъ узелокъ долгое время оставался при своей первоначальной величинѣ до наступленія слѣдующаго быстраго увеличенія; подобныя періодическія увеличенія больной до поступленія въ клинику удалось подмѣтить 3 раза. До появленія узелка больная чувствовала себя гораздо лучше; съ появленіемъ и постоян-

нымъ ростомъ послѣдняго общее состояніе ея стало постепенно ухудшаться; при работахъ она уставала скорѣе, чѣмъ когда была здоровой. До настоящаго заболѣванія больная, будучи 8-ми лѣтней дѣвочкой, перенесла корь, а на 19 году отъ роду у нея появилась на задней поверхности бедра опухоль величиною съ голубиное яйцо; послѣдняя черезъ два года достигла размѣровъ головы взрослого человѣка. Чтобы избавиться отъ опухоли, больная въ мартѣ мѣсяцѣ 1890 года пріѣхала въ г. Харьковъ и поступила въ факультетскую хирургическую клинику; тамъ былъ поставленъ діагнозъ *Fibro-sarcoma femoris sinistri*; 5 марта 1890 года опухоль была удалена. (Въ школьной хроникѣ изд. пр. Крылова „Обязательныя патолого-анатомическія изслѣдованія студентовъ-медиковъ Императорскаго Харьковскаго Университета“ 1891 года экстирпированная опухоль описана Гулублинымъ подъ діагнозомъ *Fibro-sarcoma telangiectodes*). Послѣ операціи больная пробыла въ клиникѣ три недѣли, затѣмъ выписалась и чувствовала себя вполнѣ здоровой до сентября мѣсяца 1891 года. Кромѣ этого, больная больше ничѣмъ не болѣла. Въ семьѣ у нея всѣ пользуются хорошимъ здоровьемъ; подобной болѣзни, какъ у нашей больной, между членами семьи не встрѣчалось. На основаніи данныхъ, полученныхъ при объективномъ изслѣдованіи, и субъективныхъ показаній больной въ клиникѣ было опредѣлено, что у нея появился рецидивъ экстирпированной раніше опухоли. 17 апрѣля 1892 года больная во второй разъ подверглась операціи; опухоль была удалена вмѣстѣ съ тканями, окружающими ее рубцомъ и фасціей.

При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено, что новообразованіе состоитъ изъ трехъ узловъ, изъ которыхъ средній овальной формы, по величинѣ гораздо больше куриного яйца, а верхній и нижній—шаровидной формы, величиною съ голубиное яйцо. Оно красновато-сѣраго цвѣта, имѣетъ ровную блестящую поверхность, мягкую консистенцію и легко рѣжется ножомъ. Новообразованіе на поперечномъ разрѣзѣ имѣетъ дольчатый видъ; границу долекъ составляютъ листки фасціи; дольки выполнены мягкой, превращающеюся при треніи пальцемъ въ кашицеобразную массу, тканью. Вся поверхность разрѣза пронизана большимъ количествомъ поперекъ срѣзанныхъ, растянутыхъ кровью сосудовъ, изъ которыхъ можно выдавить кровь. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ на общемъ сѣровато-красномъ фонѣ разрѣза обрисовываются заложенные среди ткани новообразованія, обособленныя геморрагическія гнѣзда различной величины и формы, въ видѣ пятенъ свѣтло-бурокраснаго цвѣта; послѣднія, перемежаясь съ сѣровато-красными участками ткани новообразованія, придаютъ поверхности разрѣза пестрый видъ. На кожѣ замѣтенъ идущій черезъ всю длину ея и непосредственно прилегающій къ новообразованію молодой рубецъ; онъ пигментированъ, плотно сращенъ и развитъ въ связи съ старымъ рубцомъ; по краямъ его находятся утолщенія въ видѣ узелковъ.

При соскабливаніи скальпелемъ на немъ съ поверхности разрѣза новообразованія осѣдаетъ мутная, кровянистая жидкость; при изслѣдова-

ни послѣдней подъ микроскопомъ видны отдѣльные клѣточные элементы яйцевидной и веретенообразной формы съ палочковиднымъ или овальнымъ ядромъ, множество кровяныхъ шариковъ, обломки клѣтокъ и отдѣльныя ядра.

Микроскопическое изслѣдованіе расщипанныхъ въ водѣ съ поверхности разрѣза свѣжей опухоли кусковъ показываетъ, что новообразованіе развилось изъ волокнистой соединительной ткани, богатой клѣточными элементами, расширенными сосудами и кровеизліяніями. Въ промежуткахъ ея залегаютъ короткія, толстыя съ большимъ поперечнымъ діаметромъ, веретенообразныя клѣтки, по формѣ приближающіяся къ яйцевиднымъ; кромѣ этихъ, находятся тамъ еще и вытянутыя веретенообразныя клѣтки. Всѣ онѣ имѣютъ гомогенную, или слабо зернистую протоплазму и содержатъ палочковидное или овальное ядро. Заостренные концы нѣкоторыхъ клѣтокъ даютъ отростки. Интеркеллюлярное вещество между клѣтками по большей части отсутствуетъ; только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ оно находится въ незначительномъ количествѣ. Межкеллюлярное вещество безструктурно, однородно, гомогенно. Микрохимическая реакція съ эфиромъ и спиртомъ на жиръ и уксуной кислотой на муцинъ даетъ отрицательные результаты, что указываетъ на отсутствіе въ клѣткахъ новообразованія жирового и слизистаго метаморфоза. Клѣтки располагаются преимущественно рядами, хотя изрѣдка попадаются и изолированно; въ послѣднемъ случаѣ онѣ распределены такъ, что длинныя діаметры ихъ идутъ въ одномъ направленіи, параллельно другъ другу.

На тѣхъ мѣстахъ, гдѣ расщепленіе не дошло до раздѣленія на первичныя клѣточные элементы, послѣдніе соединяются своими широкими сторонами подобно тому, какъ соединяются гладкія мышечныя волокна, и образуютъ ряды. При дѣйствіи 33% раствора ѣдкаго кали клѣточные элементы новообразованія разбухаютъ и черезъ нѣсколько минутъ растворяются; это указываетъ, что въ данномъ случаѣ имѣемъ дѣло съ клѣтками соединительной, а не мышечной ткани.

Новообразованіе содержитъ очень много расширенныхъ, наполненныхъ кровяными шариками, тонкостѣнныхъ сосудовъ; внутренняя стѣнка ихъ покрыта эндотеліемъ; въ нѣкоторыхъ сосудахъ она безструктурна. Окружающая сосуды ткань мѣстами инфильтрирована кровяными шариками; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ новообразованія находятся кровеизліянія.

Для болѣе подробнаго изслѣдованія были приготовлены уплотненные, крашенные препараты.

Вырѣзанные изъ опухоли кусочки были положены на 8 дней въ Мюллеровскую жидкость, которая была перемѣнена 3 раза (на 2-й, 5-й и 7-й день),

затѣмъ промывались въ теченіи двухъ сутокъ постояннымъ токомъ воды, послѣ чего были перенесены на сутки въ разведенный алкоголь (2 объема спирта и одинъ объемъ воды), а потомъ на двое сутокъ въ абсолютный алкоголь, отсюда помѣщены на 2 сутокъ въ терпентинъ, затѣмъ на сутки въ парафинъ съ хлороформомъ при $t^{\circ} 30^{\circ}$ и на двое сутокъ въ жидкій парафинъ при $t^{\circ} 51^{\circ}$, послѣ чего были затѣланы въ парафинъ. Приготовленные посредствомъ микронома срѣзы опускались въ алкоголь, послѣ этого въ теченіи сутокъ красились въ разведенномъ пикрокарминѣ, изъ пикрокармина переносились на нѣсколько минутъ въ 1% соляную кислоту въ 70% алкоголь, отсюда въ абсолютный алкоголь, затѣмъ красились въ продолженіи нѣсколькихъ минутъ въ метиленъ-блау, промывались спиртомъ, просвѣтлялись въ анилинѣ, наконецъ переносились на предметное стекло и, послѣ растворенія парафина терпентиномъ и промывки ксилоломъ, изслѣдовались въ канадскомъ балзамѣ.

На уплотненныхъ и окрашенныхъ тонкихъ срѣзахъ видно, что всѣ узлы новообразованія имѣютъ одинаковое строеніе; разница заключается только въ томъ, что въ верхнемъ и нижнемъ узлѣ ткань болѣе молодая, чѣмъ въ среднемъ.

Изъ какихъ бы мѣстъ новообразованія мы ни взяли препараты, микроскопическая картина какъ въ периферической, такъ и въ центральной части получается одна и таже: повсюду встрѣчаются сосуды и клѣточные элементы, различающіеся между собой въ длинѣ или величинѣ поперечнаго діаметра. Все новообразованіе почти исключительно состоитъ изъ короткихъ, толстыхъ съ большимъ поперечнымъ діаметромъ клѣтокъ, по формѣ приближающихся скорѣе къ яйцевиднымъ, чѣмъ веретенообразнымъ; концы нѣкоторыхъ изъ нихъ даютъ отростки. Въ гораздо меньшемъ количествѣ, преимущественно на периферіи новообразованія, попадаются вытянутыя съ длиннымъ продольнымъ діаметромъ веретенообразныя клѣтки съ отростками или безъ нихъ. Клѣтки содержатъ палочковидное или овальное ядро и имѣютъ гомогенную протоплазму.

Клѣточные элементы располагаются рядами одинъ возлѣ другаго такъ, что ихъ продольныя оси идутъ параллельно въ одномъ и томъ же направленіи; прилегая своими широкими сторонами другъ къ другу, они своими концами образуютъ промежутки, которые занимаютъ новыми рядами клѣтокъ; ряды клѣтокъ располагаются преимущественно параллельно другъ къ другу; въ немногихъ мѣстахъ они переплетаются между собой въ различныхъ направленіяхъ. Между клѣтками одного и того же очага интерцеллюлярнаго вещества по большей части совсѣмъ не замѣчается; клѣтки тамъ вплотную прилегаютъ другъ къ другу; только кое-гдѣ замѣтно, что онѣ раздѣлены незначительнымъ количествомъ гомогеннаго межклѣточного вещества.

Клѣточные элементы держатся неустойчиво, такъ что при малѣйшей микроскопической обработкѣ они выпадаютъ; поэтому, мѣстами встречаются пространства или только отчасти сохранившія внутри себя клѣтки, или совершенно не содержащія ихъ.

Сосуды новообразованія проходятъ какъ въ соединительно-тканной основѣ, такъ и между рядами клѣточныхъ элементовъ, сопровождаясь мѣстами слоемъ соединительной ткани, такъ что на поперечномъ разрѣзѣ представляютъ дольчатость; они телангіектазически расширены, сдавлены экстравазатомъ, канализированы, по большей части набиты кровяными шариками, мѣстами только отчасти наполнены или совершенно пусты. Попадаются и такія мѣста, гдѣ въ самомъ просвѣтѣ поперекъ перерѣзаннаго сосуда можно видѣть между кровяными шариками клѣтки новообразованія. Сосуды тонкостѣнны; внутренняя стѣнка ихъ покрыта эндотелиемъ, въ другихъ она безструктурна. Сосуды даютъ въ ткань новообразованія кровензліаніе въ видѣ широкихъ полосъ или пятенъ. Вокругъ сосуда мѣстами замѣтна инфильтрація ткани свободнолежащими кровяными шариками, которые произошли вслѣдствіе кровензліаній изъ расширенныхъ и переполненныхъ кровью сосудовъ. Какъ въ клѣткахъ новообразованія, такъ и въ соединительно-тканной основѣ его въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, въ особенности на пограничномъ поясѣ между рубцомъ и новообразованіемъ, замѣтна сплошная пигментація въ видѣ отдѣльныхъ участковъ и пятенъ-сростковъ содержаемаго желѣзо-пигмента, окрашенныхъ въ желтый или буро-красный цвѣтъ; сростки находятся внѣ клѣтокъ, отчасти въ нихъ самихъ. Желтый пигментъ обязанъ своимъ происхожденіемъ геморрагіямъ.

Для того, чтобы прослѣдить отношеніе новообразованія къ рубцу, разрѣзъ микротомомъ былъ сдѣланъ параллельно къ плоскости послѣдняго. На разрѣзѣ подъ микроскопомъ видна молодая рубцовая ткань, состоящая изъ волокнистой соединительной ткани съ плоскими веретенообразными клѣтками, идущими въ одномъ направленіи, параллельно другъ къ другу, съ большимъ числомъ широкихъ, эктазированныхъ сосудовъ, съ кровензліаніями и съ пигментаціей въ пограничномъ слое съ новообразованіемъ. Непосредственно подъ рубцовой тканью идутъ по большей части параллельно пучкамъ волоконъ послѣдней пучки клѣтокъ новообразованія, представляющихся въ пограничномъ слое и на периферіи болѣе вытянутыми, удлинненными, веретенообразными, а по мѣрѣ приближенія къ центру приближающимися и принимающими яйцевидную форму. Граница вездѣ между новообразованіемъ и рубцовой тканью ясно выражена; нигдѣ новообразо-

ваніе не инфильтрируетъ рубцовой ткани; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ оно только вытянуло, раздвинуло пучки волоконъ послѣдней и проросло въ видѣ гнѣздъ. Образующія пучками волоконъ пространства, по большей части клиновидной, иногда неправильной формы, частью вполне выполнены клѣтками, частью находятся въ нихъ свѣтлые промежутки, вслѣдствіе выпаденія клѣточныхъ элементовъ.

Точно такимъ же образомъ новообразование относится и къ фасціи. На препаратахъ, взятыхъ изъ середины опухоли (разрѣзъ перпендикулярно къ плоскости фасціи) въ строеніи новообразования ничего новаго не обнаружено; оно только болѣе бѣдно сосудами. Клѣточные пучки новообразования идутъ по большей части параллельно соединительно-тканнымъ пучкамъ фасціи, мѣстами пигментированной, содержащей сосуда и пластинчатыхъ веретенообразныхъ клѣтки. Соединительная ткань фасціи вполне изолирована; нигдѣ не замѣтно, чтобы клѣтки новообразования ее инфильтрировали.

Клѣточные пучки новообразования раздвигаютъ пучки фасціи и проникаютъ туда въ видѣ стержней, образуя вполне или отчасти выполненные пространства разнаго очертанія.

Что касается отношенія новообразования къ сосудамъ, то тамъ, гдѣ находятся послѣдніе продольно перерѣзанными, клѣтки новообразования обыкновенно располагаются такимъ образомъ, что ихъ длинныя оси идутъ параллельно направленію сосуда; инфильтраціи сосудной стѣнки не замѣтно; тѣ клѣтки, которыя имѣютъ тонкіе протоплазматическіе отростки на концахъ, посредствомъ ихъ не соединены съ эндотеліемъ сосудовъ.

И такъ, микроскопическое изслѣдованіе опухоли обнаруживаетъ, что она состоитъ изъ незрѣлой, содержащей одни только клѣточные элементы, почти безъ промежуточнаго вещества, и сосуда соединительной ткани, которая не успѣла еще сформироваться въ ту или другую изъ ея разновидностей, свойственныхъ зрѣлому организму, а находится на одной изъ раннихъ ступеней ея развитія. Форма клѣтокъ, отсутствіе спайнаго вещества между ними исключаютъ эпителиальное происхожденіе новообразования; при развитіи послѣдняго сосуда пронизываютъ только одну соединительно-тканную часть опухоли, эпителиальная часть остается свободной. Въ нашемъ случаѣ сосуда находятся какъ въ соединительно-тканной основѣ, такъ и между пучками клѣтокъ—чего не бываетъ при эпителиальныхъ новообразованіяхъ. Соединительно-тканная опухоль носятъ названіе по промежуточному веществу. Такъ какъ наше новообразование состоитъ изъ соединительно-тканныхъ клѣточныхъ элементовъ, находящихся на низ-

кой фазѣ развитія и превалирующихъ по своей массѣ надъ интерцеллюлярнымъ веществомъ, то оно будетъ саркомой. Фибро-саркома исключается тѣмъ, что клѣтокъ тамъ гораздо меньше, чѣмъ въ нашемъ новообразованіи, а промежуточное вещество между ними находится въ достаточномъ количествѣ и обнаруживаетъ волоконцевое строеніе, что клѣтки не имѣютъ такого правильнаго расположенія и что накопленіе ихъ является лишь въ отдѣльныхъ мѣстахъ опухоли, такъ что послѣдняя подвергается частичному саркоматозному перерожденію. Кромѣ этого, фибро-саркома болѣе плотна, содержитъ меньше сосудовъ и отличается болѣе медленнымъ ростомъ, чѣмъ наше новообразованіе. По характеру клѣтокъ разсматриваемое новообразованіе не можетъ быть названо—*Sarcoma globocellulare*; послѣдняя всецѣло состоитъ изъ мелкихъ или крупныхъ круглыхъ клѣтокъ съ круглымъ или овальнымъ пузырькообразнымъ ядромъ и имѣетъ почти всегда рѣзко выраженное альвеолярное строеніе; ни того, ни другого у нашего новообразованія нѣтъ. *Sarcoma fusocellulare* исключается тѣмъ, что она преимущественно состоитъ изъ мелкихъ или крупныхъ веретенообразныхъ клѣтокъ, пучки которыхъ переплетаются между собой и идутъ въ радіальномъ направленіи къ кожѣ; она болѣе плотна и имѣетъ умѣренно быстрый ростъ. Исключивъ все это, можно наше новообразованіе, на основаніи преобладанія въ немъ клѣточныхъ элементовъ надъ межклѣточнымъ веществомъ и на основаніи характера клѣтокъ и ихъ расположенія—назвать *Sarcoma fasciculare*, а на основаніи найденныхъ телѣктазически расширенныхъ сосудовъ и геморрагической инфильтраціи ткани его—*Sarcoma fasciculare telangiectodes*. Обиліе расположенныхъ между рядами клѣтокъ новообразованія сосудовъ можетъ дать поводъ принять его за ангиосаркому. Но отсутствіе въ немъ клѣтокъ съ ангиопластическими отростками, посредствомъ которыхъ онѣ были-бы соединены съ эндотеліемъ капилляровъ, т. е. отсутствіе эндотеліальныхъ клѣтокъ, играющихъ роль ангиопластовъ,—говоритъ противъ ангиосаркомы.

Саркомы вообще злокачественны, онѣ иногда образуютъ метастазы въ лимфатическихъ железахъ пораженной области и во внутреннихъ органахъ и часто даютъ рецидивы послѣ удаленія. Мѣстные рецидивы ихъ гораздо менѣе опасны, чѣмъ рецидивы въ лимфатическихъ железахъ; при рецидивѣ въ этихъ послѣднихъ надежды на долгосрочное выздоровленіе больного ничтожны; напротивъ, послѣ операціи, произведенной по поводу мѣстнаго рецидива, въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ наступить выздоровленіе. Въ нашемъ случаѣ предсказаніе въ смыслѣ окончательнаго излѣченія не можетъ быть благопріятнымъ, если принять во вниманіе

быстрый ростъ опухоли, мягкую консистенцію, низкую стадію дифференцированія опухоли, обильное содержаніе сосудовъ, какъ главное условіе, способствующее росту и появленію метастазовъ въ различныхъ органахъ. Подобная форма саркомъ часто осложняется кровензліяніями и ихорознымъ распаденіемъ опухоли и всегда даетъ рецидивы или метастазы по кровяному току во внутреннихъ органахъ, появленія чего у нашей больной и можно ожидать.

ССХСVIII. Phthisis pulmonum fibrosa tuberculosa.

Ил. Поповъ.

Василій Гудилловъ, мѣщанинъ Харьковской губ., 49 лѣтъ, портной, поступилъ въ Александровскую больницу 30 января 1892 года съ жалобой на сильный кашель и задышку. При изслѣдованіи найдено: больной сильно исхудалый, блѣдный; слизистая оболочка губъ ціанотически окрашена; надключичныя области запалы; въ актѣ дыханія принимаютъ участіе и мускулы шеи; дыханіе 28. Больной съ трудомъ стоитъ. Лѣвая половина груди сильнѣе запала, чѣмъ правая. Перкуссія легкихъ дала притупленіе въ надъ-и под-ключичныхъ областяхъ слѣва и въ лѣвой надлопаточной области. Границы сердца не выходятъ изъ предѣловъ нормы. Тоны сердца очень слабы. Пульсъ 108, слабый, едва ощущаемъ. Въ межлопаточной области, слѣва, слышны влажные хрипы съ жесткимъ бронхіальнымъ оттѣнкомъ дыханія. Больной сильно и часто кашляетъ; мокрота у него слизистогнойная. 3 февраля 1892 г. Василій Гудилловъ выпилъ изъ бутылочки, случайно поставленной возлѣ него, нашатырный спиртъ и 4 февраля умеръ. Прижизненный діагнозъ—Pneumonia chron.

Кости свода сильно утолщены на счетъ разраженія diploe, съ разсѣянными въ немъ пятнами темно-краснаго цвѣта. Твердая мозговая оболочка утолщена. Мягкая сильно утолщена, легко отдѣляется. Ткань мозга тѣстовата, покрывается многочисленными мелкими сукровичными пятнами. Боковые желудочки расширены; сосуды основанія умѣренно расширены и тонкостѣнны. Сердце увеличено въ объемѣ, кругло. Полости желудочковъ расширены; стѣнки тонки, дряблы; правое венозное устье сильно расширено. Endocardium лѣваго предсердія волокнисто перерождено; аорта при корнѣ умѣренно расширена. Оба легкія сращены съ грудной стѣнкой по всей поверхности плотными фибринозными перепонками, очень объемисты, тяжелы, совершенно не спадаются; въ разрѣзѣ пронизаны многочисленными гнѣздами аспиднаго затвердѣнія, въ которыхъ вкраплены мелкія казеозныя звѣздообразныя, сѣраго цвѣта гнѣзда величиной до горошины и болѣе. Уцѣлѣвшая между ними, проходимая для воздуха, ткань темно-краснаго цвѣта съ мелкими бородавчатыми, перибронхитическими аспиднаго цвѣта узелками. Въ верхушкѣ лѣваго легкаго находится каверна съ рубцовымъ стягиваніемъ стѣнки и съ желтымъ, слизистогнойнымъ, густымъ содержимымъ, величиной болѣе грец-

каго орѣха.. Селезенка мала, дрябла, темно-краснаго цвѣта, съ сильно развитыми трабекулами. Печень низдавлена, нѣсколько меньше нормальной, особенно въ толщину, кожиста, темно-красная, въ разрѣзѣ съ сильно расширенными сосудами. Почки слегка увеличены; капсула съ трудомъ отдѣляется; ткань кожиста, ціанопотически окрашена; сосочки пирамидъ слабо выражены; клѣтчатка около лоханокъ уплотнена. Языкъ сухъ, покрытъ толстымъ желтоватымъ роговымъ налетомъ. Слизистая оболочка верхней трети пищевода пятнисто гиперемирована, покрыта прерывисто тонкой, какъ бы слизисто-гнойной, легко отдѣляющейся перепонкой, подъ которой поверхностный слой слизистой оболочки нарушенія цѣлости не представляетъ. Слизистая оболочка желудка бородавчата; на малой кривизнѣ желудка двѣ эрозіи; большая изъ нихъ около сантиметра длиной съ черноватымъ дномъ и краями. Слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишекъ, за исключеніемъ атрофіи, никакихъ измѣненій не представляетъ.

Тотчасъ же послѣ окончанія вскрытія было произведено предварительное микроскопическое изслѣдованіе легкаго, печени и селезенки. На расщипанныхъ препаратахъ легкаго найдено чрезмѣрное количество волокнистой соединительной ткани, большое количество казеозныхъ массъ, небольшія частички угля (чернаго пигмента) и кровяные шарики. На препаратахъ изъ печени—клѣтки уменьшены въ объемѣ съ слегка зернистой протоплазмой, и въ нѣкоторыхъ изъ нихъ кучки желтаго пигмента.

Кромѣ этого еще было приготовлено нѣсколько препаратовъ изъ казеозныхъ массъ, взятыхъ изъ сѣраго цвѣта гнѣздъ; намазываніемъ ихъ на покровныя стекла и послѣ должной обработки и окраски произведено ихъ изслѣдованіе на Коховскія палочки, при чемъ въ каждомъ препаратѣ ихъ было огромное количество.

Потомъ, для болѣе точнаго и подробнаго изслѣдованія были вырѣзаны кусочки изъ стѣнки легочной каверны, изъ средины верхней доли праваго легкаго и изъ нижней доли лѣваго легкаго, изъ печени, почекъ, сердца и изъ пищевода. Кусочки эти послѣ предварительной мацерации въ Мюллеровской жидкости, уплотненія въ спиртѣ (впрочемъ, кусочки изъ пищевода были прямо уплотнены въ спиртѣ безъ мацерации ихъ въ Мюллеровской жидкости) и просвѣтленія были должнымъ образомъ задрѣланы въ парафинъ. Изъ всѣхъ этихъ кусочковъ были сдѣланы возможно тончайшіе разрѣзы, которые были окрашены пикрокарминомъ и метиленовой синькой, задрѣланы въ канадскій бальзамъ и тогда изслѣдованы.

При микроскопическомъ изслѣдованіи, на всѣхъ препаратахъ, взятыхъ изъ легкаго, прежде всего бросается въ глаза повсемѣстное сильное развитіе соединительной ткани и отсутствіе легочной паренхимы. Мѣстами это разращеніе соединительной ткани, выполняющей промежутки между альвеолами, до того обильно, что просвѣтъ этихъ послѣднихъ значительно уменьшенъ и альвеолы представляются: однѣ въ видѣ очень маленькихъ

полостей, другія же совершенно сдавленными, облитерированными, такъ что въ этихъ мѣстахъ подъ микроскопомъ видна почти сплошная волокнистая соединительная ткань. Вся эта ткань (соединительная) инфильтрирована въ большомъ количествѣ мелкими кругло-кѣточными элементами. Подобное же разращеніе и кругло-кѣточную инфильтрацію мы находимъ и въ периваскулярной и перибронхіальной соединительной ткани. Въ этой разросшейся соединительной ткани, т. е. въ перибронхіальной, периваскулярной, а также и интеральвеолярной на всѣхъ препаратахъ легкаго мы находимъ большое количество патологическихъ, круглой и неправильно-полигональной и весьма разнообразной формы узловъ, представляющихъ совершенно своеобразное строеніе. Центральная часть однихъ изъ этихъ узловъ представляется непрозрачной, зернистой, однородной, творожистой массой, окрашивающейся никрокарминомъ въ сѣро-желтый цвѣтъ или очень часто совсѣмъ неокрашивающейся; въ другихъ это творожистое вещество подверглось уже омѣлотовленію. Въ нѣкоторыхъ же узелкахъ, правда, очень и очень немногихъ (преимущественно на препаратахъ изъ праваго легкаго) въ центрѣ, вмѣсто казеозной массы, среди однородной, какъ бы фибринозной сѣтки находятся плоскія эпителиіоподобныя, неправильной формы, кѣтки съ гладкими, слабо окрашивающимися ядрами. Протоплазма этихъ кѣтокъ слегка зерниста.

Всѣ эти узелки окружены плотной волокнистой соединительной тканью, инфильтрированной мелкими кругло-кѣточными элементами. Впрочемъ, одни изъ пучковъ этой соединительной ткани бѣдны кѣтками, другіе же очень богаты ими, среди которыхъ попадаются тоже уже творожисто перерожденные. Среди соединительной ткани здѣсь попадаются пучки склерозированные. Возлѣ узелковъ, на границѣ между перерожденной и живой тканью, мѣстами встрѣчаются гигантскія кѣтки. Кѣтки эти весьма разнообразной величины. Всѣ онѣ представляются пузырькообразными и содержатъ массу ядеръ. Ядра расположены весьма разнообразно,—именно: въ кѣткахъ наименьшей величины онѣ расположены по периферіи; въ однихъ почти по всей окружности, въ другихъ только съ одной стороны; въ кѣткахъ средней величины эксцентрично (кучкой) и, наконецъ, въ кѣткахъ, встрѣчающихся на нашихъ препаратахъ, наибольшей величины—въ центральной части, въ однихъ просто кругомъ, въ другихъ на подобіе каріокинетической фигуры „diaster“. На препаратахъ изъ стѣнки каверны казеозныя массы представляются слиявшимися изъ многихъ бугорковъ. Здѣсь, сравнительно, на большомъ пространствѣ этой казеозной массы кое-гдѣ замѣтны слѣды волокнистой соединительной тка-

ни. На границѣ же перерожденной ткани и здоровой, кругомъ каверны, видна только сплошная соединительная ткань, слабо инфильтрированная мелко-кѣточными элементами. Особенность всѣхъ этихъ узелковыхъ образований — безсосудистость. Проходимые кровеносные сосуды встрѣчаются только въ окружающей ихъ соединительной ткани, да и то въ небольшомъ количествѣ. Полости сосудовъ наполнены кровяными свертками, стѣнки ихъ сильно утолщены на счетъ разращенія интимы и многіе изъ сосудовъ образуютъ складки интимы; нѣкоторые же и даже очень многіе изъ мелкихъ, а также и средней величины сосудовъ совершенно закрыты слонистымъ эндотелиемъ.

Стѣнки бронхіальныхъ вѣтвей значительно утолщены, вслѣдствіе концентрическаго разращенія гипертрофированной перибронхіальной соединительной ткани, и просвѣты нѣкоторыхъ изъ нихъ представляются въ видѣ небольшихъ щелей. Въ просвѣтѣ бронховъ часто попадаетъ небольшое количество экссудата, состоящаго изъ отгнавшаго и разбухшаго эпителия, гнойныхъ кѣточекъ, слизи, а въ нѣкоторыхъ съ примѣсью значительнаго количества кровяныхъ элементовъ. Альвеолы, какъ уже было сказано, мѣстами облитерированы, мѣстами представляются сдавленными; тамъ же, гдѣ интерстиціальный процессъ развитъ, сравнительно въ небольшой степени, онѣ представляются значительно расширенными (викарно). Въ полости альвеолъ очень часто попадаютъ отслоившіяся кѣтки альвеолярнаго эпителия. Протоплазма этихъ кѣточекъ мелко-зерниста, а въ нѣкоторыхъ изъ нихъ ясно видны вакуолы. Далѣе, въ нѣкоторыхъ изъ альвеолъ мы находимъ фибринозную сѣть съ кое-гдѣ заложенными въ ней эпителиоидными кѣтками.

Плевра на всѣхъ препаратахъ изъ легкаго является значительно утолщенной, вслѣдствіе новообразованія соединительной ткани. Въ этой новообразованной соединительной ткани находится громадное количество кровеносныхъ сосудовъ. Кромѣ этого, на нѣкоторыхъ препаратахъ изъ легкаго можно видѣть скопленіе маленькихъ черныхъ частичекъ различной формы.

Ислѣдованіе на туберкулезныя бациллы разрывовъ, послѣ окраски ихъ для этой цѣли Цилевскимъ фуксиномъ и метиленовой синькой, обнаружило присутствіе ихъ въ большомъ количествѣ. Палочки находились преимущественно въ казеозной массѣ бугорковъ. Расположеніе ихъ совершенно неопредѣленно и неправильно.

При изслѣдованіи другихъ органовъ найдено. —

Мускулатура сердца мало измѣнена, т. е. поперечная полосатость волоконъ вполне сохранена, волокна же представляются нѣсколько увеличенными противъ обыкновеннаго. Почечные сосуды всюду оказываются наполненными кровью, вены и капилляры значительно расширены; въ промежуткахъ между канальцами замѣчается избыточное развитіе соединительной ткани; въ канальцахъ находится большое количество гіалиновыхъ цилиндровъ; эпителий канальцевъ сохраненъ и кое-гдѣ въ немъ попадаются маленькія пигментныя зернышки. Клѣтки печени и печеночныя дольки значительно уменьшены въ объемѣ, клѣтки содержатъ въ значительномъ количествѣ кучки желтобураго пигмента; сосуды сильно расширены и наполнены кровью; количество соединительной ткани, окружающей влагалища сосудовъ, значительно увеличено. Селезенка представляетъ атрофическія измѣненія.

При изслѣдованіи препаратовъ изъ верхней трети пищевода найдено, что эпителий слизистой оболочки исчезъ почти по всему протяженію; тамъ же, гдѣ кусочки его уцѣлѣли, между слоями видны группы лимфoidныхъ клѣтокъ, сильно окрашенныхъ метиленовой синькой. Соединительно-тканная основа слизистой оболочки сильно инфильтрирована кругло-клѣточными элементами. Железы ясно-блестящи, окружность гнойно-инфильтрирована. Мышечные слои мало измѣнены.

На основаніи всего найденнаго при изслѣдованіи можно заключить, что первоначальное заболѣваніе въ данномъ случаѣ была болѣзнь бронховъ (*peribronchitis*) въ видѣ разраженія интерстиціальной соединительной ткани. Отъ этого могли произойти мѣстами закупорки лимфатическихъ ходовъ въ соединительной ткани легкаго; а попавшія сюда Коховскія палочки, найдя для своего развитія подходящую почву, своею жизнедѣятельностію вызвали образованіе бугорковъ. Бугорки эти, подобно инородному тѣлу, вызвали еще большее раздраженіе, а отсюда обильное разраженіе соединительной ткани. Вслѣдствіе такого развитія соединительной ткани произошло сдавливаніе и запусканіе альвеолъ и мелкихъ бронховъ, а главное—сдавливаніе нѣкоторыхъ средней величины и полное закрытіе очень многихъ мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ. Отсюда затрудненіе кровообращенія въ маломъ кругу и застой въ большомъ, и, какъ слѣдствіе этого, ціанотическая индуратія почекъ (*induratio cyanotica renum*) и красная атрофія печени (*atrophia hepatis rubra*). Суммируя всѣ микроскопически найденныя измѣненія въ легкихъ, мы діагносцируемъ *Phthisis pulmonum fibrosa tuberculosa*.

CCXCIX. *Gangraena pulmonum.*

Н. Федотовъ.

Крестянинъ Ив. Гуслевъ, 52 лѣтъ, каменщикъ, принятъ былъ 24 января 1893 года въ Александровскую больницу въ полубезсознательномъ состояніи. Больной средняго роста, съ правильно сформированнымъ скелетомъ, съ сильно атрофированной мускулатурой и подкожной жировой клѣтчаткой. Видимыя слизистыя оболочки цианотичны. Грудная клѣтка цилиндрическая съ ясно выраженными межреберными промежутками. Тонъ легкихъ съ едва замѣтнымъ коробочнымъ оттѣнкомъ. Тоны сердца глухи и слабы. Брюшные покровы значительно втунуты, т-га 40,1; дыханіе поверхностное. Пульсъ нитевидный, въ минуту 104. Периодически появляющіеся у больного кашлевые приступы сопровождались выдѣленіемъ сравнительно небольшого количества мокроты гнойнаго характера съ отвратительнымъ, вонючимъ запахомъ. Черезъ 6 часовъ послѣ поступленія въ больницу больной впалъ въ полное коматозное состояніе; часа чрезъ 1½ послѣдовала смерть. Диагнозъ—*gangraena pulmonum*.

Кости свода тонки и безкровны. Твердая мозговая оболочка утолщена, мягкая тонка, легко разрывается. Ткань мозга совершенно безкровна, тѣстоватой плотности. Сосуды основанія безъ измѣненій. Въ полости *pericardii* незначительное количество серозной жидкости. Сердце мало; мускулатура блѣдна, плотна. *Endocardium* лѣваго предсердія и *bicuspidalis* утолщены, клапаны и *intima aortae* безъ измѣненій. Оба легкія сращены съ грудною стѣною и въ переднихъ краяхъ умѣренно эмфизематозно вздуты. Правое — при переднемъ краѣ содержитъ два, прикрытые только плеврой, ихорозно-гнойныхъ абсцесса, величиною съ голубиное яйцо съ зеленовато-желтымъ, густымъ гноемъ и аспидно-черной, кашцеобразно размяченной, легочною тканью. При верхушкѣ — обширная гнѣзда волокнистаго запусьнія. Верхняя доля по заднему краю уплотнена, аспидно-чернаго цвѣта, съ сѣрыми полосками новообразованной ткани, достигающими поверхности плевры. Бронхи нижней доли содержатъ зеленовато-желтый жидкій гной. Лѣвое легкое въ верхней долѣ по переднему краю содержитъ въ тѣхъ же мѣстахъ, гдѣ абсцессы въ правомъ легкомъ, уплотненные, аспиднаго цвѣта, окруженные сѣрымъ ободкомъ узлы, величиною въ лѣсной орѣхъ и болѣе, сильно отечно, въ нижней — сморщено и содержитъ многочисленныя, перибронхитическія розеткообразной формы, бѣлаго цвѣта узелки. Селезенка сращена съ діафрагмой, мала, кожиста, въ разрѣзѣ цианотично окрашена. Печень мала, плотна; въ разрѣзѣ темно-коричневаго цвѣта. Желудокъ сжатъ, слизистая оболочка блѣдна. Слизистая оболочка тонкихъ кишекъ по всему протяженію сѣро-аспиднаго цвѣта, отечна. Въ верхней части подвздошной находятся различныя узелки величиною до маленькой горошины желтовато-бѣлаго цвѣта, почти хрящевой плотности, подъ мелкими ворсистыми разраженіями слизистой оболочки. Слизистая оболочка слѣпой кишки и восходящей части сѣро-аспиднаго цвѣта, истончена, усеяна многочисленными желтовато-бѣлаго цвѣта узелками, величиною до коноплянаго зерна и болѣе. Начиная съ правой *flexura coli* и до прямой кишки слизистая оболочка утолщена, бородавчата, аспиднаго цвѣта, съ неправильными складками и разсѣянными звѣздообразными, проника-

Проф. Крыловъ. Школьная хроника 1893 г.

ющими до подслизистаго слоя, съ чернымъ дномъ и гладкими краями язвами. Почка малы; капсула отдѣляется съ трудомъ. Въ правой при поверхности разсѣяны мелкія серозныя кисты; въ лѣвой при нижнемъ краѣ величиною до коноплянаго зерна желтовато-бѣлаго цвѣта узелки, при разрѣзѣ дающіе гноевидную массу. Ткань блѣднѣе нормальной, ціанотически окрашена, кожиста. Коровый слой неравномѣрной толщины. Лоханки и пузырь безъ измѣненій.

Для микроскопическаго изслѣдованія взято три куска изъ легкихъ: одинъ изъ области пограничной съ абсцессами другой изъ верхней доли лѣваго легкаго и третій изъ области, усѣянной гнѣздами новообразованной ткани; сверхъ того взято также нѣсколько кусочковъ изъ сердца, селезенки, толстой и прямой кишки и почекъ.

Приступая къ микроскопическому изслѣдованію патологическихъ процессовъ въ различныхъ органахъ, мы предварительно сдѣлали нѣсколько уплотненныхъ препаратовъ изъ легкихъ, почекъ и селезенки съ цѣлью отыскать специфическія бактеріальныя формы. Для этого пришлось воспользоваться Грамовскимъ способомъ окрашиванія, съ помощью котораго найденъ былъ въ гнойныхъ фокусахъ легкихъ и почекъ *staphylococcus aureus* въ видѣ мелкихъ круглыхъ шариковъ фіолетоваго цвѣта, разбросанныхъ кучками безъ всякаго опредѣленнаго порядка.

На ряду съ нормальной тканью въ легкихъ прежде всего попадаетъ масса бронховъ, запруженныхъ гнойными клѣтками различной формы и величины, съ распавшимися ядрами. Мѣстами въ этихъ гнойныхъ скопленіяхъ можно встрѣтить глыбки некротизированнаго эпителія, мѣстами тонкую фибринозную сѣть, постепенно исчезающую въ густомъ мелко-зернистомъ распадѣ. Большинство бронховъ значительно деформировано: стѣнки ихъ по большей части лишены эпителія, находящагося въ бронхіальномъ просвѣтѣ въ различныхъ стадіяхъ разрушенія, сильно утолщены на счетъ соединительной ткани и густо инфильтрированы мелкими гнойными шариками. Въ перибронхіальной ткани подобная-же инфильтрація, испещренная огромными полосами чернаго пигмента, не имѣющаго ни опредѣленной формы, ни структуры. Подобно бронхамъ, многія альвеолы и инфундибулы заполнены мелкозернистой массой, интенсивно окрашенной въ центральной части и въ меньшей степени—по периферіи. Въ иныхъ мѣстахъ альвеолы сдавлены до полного исчезновенія просвѣта, въ другихъ—сильно расширены, съ отслоившимся эпителиемъ, съ атрофированными промежутками, импрегнированными чернымъ пигментомъ. Въ интерстиціальной легочной ткани попадаютъ огромные участки диффузной мелко-клѣточной инфильтраціи, среди которой выступаютъ полуразрушенные пучки легочной ткани и разбросанныя, небольшія, желтовато-бурая кучки красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, подвергшихся въ большей или меньшей степени распаденію. На

ряду съ этими измѣненіями въ легочной ткани наблюдается сильная пигментация, состоящая то изъ отдѣльныхъ зеренъ, то изъ огромныхъ глыбъ, разбросанныхъ или въ полномъ безпорядкѣ или циркулярно въ периваскулярной и перибронхіальной ткани. Между глыздами пигментации попадаются разраженія соединительной ткани въ видѣ пучковъ или большихъ перекладинъ съ едва выраженной концентрической слоистостью и сильными склеротическими измѣненіями. Кровеносные сосуды мѣстами запустѣли, съ отпавшимъ зернисто-помутненнымъ эндотелиемъ, мѣстами сильно гиперемированы.

Поперечная исчерченность сердечной мышцы слабо выражена. Мышечныя волокна атрофированы, съ слабо контурированными ядрами. Въ межмышечныхъ промежуткахъ и периваскулярной области—сильное развитіе соединительной ткани, подвергшейся значительнымъ склеротическимъ измѣненіямъ. Кровеносные сосуды въ своемъ просвѣтѣ сужены, въ стѣнкахъ утолщены. Кровенаполненіе неравномѣрное. Въ нѣкоторыхъ артеріальныхъ сосудахъ просвѣтъ запруженъ гнойными клѣтками.

Селезеночная пульпа представляетъ изъ себя картину сильнаго скопленія клѣточныхъ элементовъ въ нѣжной сѣти аденоидной ткани. Трабекулы рѣзко увеличены. Мальпигіевы тѣльца густо набиты лимфоидными клѣтками. Капилляры сильно расширены, идутъ въ видѣ большихъ красныхъ полосъ. Сосуды средняго калибра утолщены насчетъ соединительной ткани.

Слизистая оболочка толстыхъ кишокъ во многихъ мѣстахъ или совершенно лишена Люберкюновыхъ железъ, или же удержала ихъ, но въ состояніи значительно видоизмѣненномъ. Въ видѣ исключенія, нѣкоторыя железки сохранили свой нормальный типъ. Выводные протоки большей части железокъ, лишенные эпителия, то сильно сужены, то вполне закрыты. Глубокая ихъ часть кистовидно расширена и выполнена гомогенной массой темно-синяго цвѣта. Въ мѣстахъ выпаденія гомогенной массы Люберкюновы железы представляютъ огромныя полости, совершенно потерявшія нормальную структуру. Въ межжелезистыхъ промежуткахъ—огромное развитіе соединительной ткани, мѣстами подвергшейся мелкоклѣточной инфильтраціи. Послѣдняя въ особенности рѣзко выражена въ мѣстахъ глубокаго разрушенія слизистой оболочки, доходящаго вплоть до submucosa. Кровеносные сосуды сильно расширены и запружены кровяными тѣльцами, мѣстно вдоль сосудовъ наблюдается выходеніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ прилежащую ткань. Въ областяхъ сильно разрушенныхъ встрѣчается масса разрушенныхъ кровяныхъ тѣлецъ, раз-

бросанныхъ кучками безъ опредѣленнаго порядка. Подслизистая ткань значительно уменьшена въ толщинѣ, сильно склерозирована. Мышечные слои гипертрофированы.

Наряду съ нормальной почечной паренхимой въ корковомъ слоѣ попадаются, беспорядочно разбросанные, гнойные очаги. Въ области послѣднихъ какъ Мальпигіевы клубочки, такъ и мочевые каналыцы съ прилежащей тканью подверглись различнымъ измѣненіямъ. Такъ Мальпигіевы клубочки частью совершенно исчезли вслѣдствіе огромнаго накопленія въ капсулахъ гнойныхъ клѣтокъ, частью удержались, подвергшись менѣе интенсивной инфильтраціи. Эпителій, выстилающій Баумановы капсулы и клубочки, во многихъ мѣстахъ находится въ состояніи зернистаго помутненія и отслоенія. Извилистые мочевые каналыцы по большей части запружены гнойными клѣтками; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ колбовидно растянуты, въ другихъ сильно сдавлены. Эпителій ихъ въ періодѣ набуханія, съ неясно выраженнымъ ядромъ, мѣстами некротизированный, въ состояніи отслоенія. Въ промежуточной почечной ткани наблюдается диффузная гнойная инфильтрація, совершенно скрывающая соединительно-тканную основу. По мѣрѣ приближенія къ периферіи гнойнаго фокуса интенсивность инфильтраціи уменьшается, вмѣстѣ съ тѣмъ начинаетъ постепенно проявляться интерстиціальная ткань. На границѣ инфильтрированныхъ мѣстъ попадаютъ сильно гиперемированные кровеносные сосуды. Въ медулярномъ слоѣ встрѣчаются всѣ вышеуказанныя микроскопическія измѣненія: *tubuli recti*, *ansae Henle* запружены мелкими гнойными клѣтками, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ подверглись полному разрушенію. Эпителій или совершенно исчезъ, или находится въ различныхъ стадіяхъ дегенераціи. Въ промежуточной ткани сплошная масса клѣточныхъ элементовъ, среди которой кое-гдѣ выступаютъ обрывки соединительной ткани. Вдали отъ гнойниковъ попадаютъ спавшіеся Мальпигіевы клубочки съ запустѣвшими мочевыми каналами. Интерстиціальная ткань въ состояніи довольно сильнаго разраженія.

Подводя итогъ всѣмъ вышеуказаннымъ микроскопическимъ даннымъ, мы должны подраздѣлить ихъ на двѣ группы, рѣзко отличающіяся одна отъ другой: одну, характеризующую хроническія, другую—острыя измѣненія. Какъ та, такъ и другая группа находится въ неразрывномъ соотношеніи и вліяніи другъ на друга, а посему наша задача сводится къ выясненію постепеннаго хода и связи старыхъ патологическихъ процессовъ съ новымъ острымъ измѣненіемъ, послужившимъ ближайшей причиной смерти нашего больного. Судя по микроскопической картинѣ, мы можемъ

установить съ большей долей вѣроятія, что центральный органъ кровообращенія въ числѣ первыхъ подвергся патологическимъ измѣненіямъ вслѣдствіе какой-нибудь специфической причины (сифилисъ и др.). Въ немъ наблюдаются самые характерные признаки хронической *myocarditis interstitialis chronica*: качественная и количественная атрофія мышечныхъ волоконъ, неясная исчерченность и сильное развитіе соединительной ткани по большей части склерозированной, по сосудамъ и въ межмышечныхъ промежуткахъ. Ясно, подобное сердце должно представлять изъ себя плохую рабочую силу, а посему должно дать цѣлый рядъ застойныхъ явленій въ органахъ большого и малаго круга кровообращенія. Дѣйствительно, селезенка индуративно измѣнена—микроскопически мала, кожиста, ціанотична, микроскопически увеличена насчетъ трабекулъ, уменьшена насчетъ пульпы. Подобнымъ цирротическимъ измѣненіямъ подверглась и печень, судя по одной лишь микроскопической картинѣ: она мала, плотна, темно-коричневаго цвѣта. Кишечникъ, въ частности толстыя кишки, очевидно, не могли избѣжать той-же участи. Долгіе венозные застои, повлекшіе за собою пониженіе жизнеспособности, дали первый толчекъ къ затяжному воспалительному процессу, а тѣмъ самымъ и подходящую почву для инфекціонныхъ началъ, вызвавшихъ постепенно *dysenteria follicularis*. Макроскопическія и микроскопическія данныя во всѣхъ деталяхъ представляютъ вышеуказанный патологическій процессъ: слизистая оболочка аспиднаго цвѣта, истончена, съ желтовато-бѣлыми узелками, съ довольно значительными язвами; подъ микроскопомъ—мѣстами полное отсутствіе или разрушеніе Люберкюновыхъ железъ, мѣстами кистовидное ихъ расширеніе, вокругъ дефектовъ слизистой оболочки сильная мелкокѣлочная инфильтрація; въ межжелезистыхъ промежуткахъ и *submucosa* склерозированіе соединительной ткани. Почки хотя и не сильно задѣты индуративнымъ процессомъ, все-же въ ограниченныхъ мѣстахъ сохранили слѣды застойныхъ явленій: развитіе интерстиціальной ткани и запустѣніе клубочковъ и мочевыхъ канальцевъ. Въ легочномъ аппаратѣ хроническія измѣненія по своей натурѣ немногимъ отличаются отъ вышеуказанныхъ. Венозные застои совмѣстно съ профессиональною *chalicosis* вызвали съ одной стороны хроническій бронхіальный катарръ (*bronchitis chronica*), судя по сильному раздраженію соединительной ткани въ бронхіальныхъ стѣнкахъ съ значительнымъ измѣненіемъ слизистой оболочки, съ другой стороны—образованіе фиброзныхъ пучковъ въ интерстиціальной легочной ткани (*pneumoно-сипіosis*), представляющихся подъ микроскопомъ въ видѣ склерозированныхъ узловъ съ неясной концентрической слоистостію и сильной пигмента-

цией по периферіи. Но кромѣ этихъ застарѣлыхъ явленій, въ легкихъ наблюдаются еще молодыя патологическія измѣненія: заполненіе альвеол гнойными клѣтками, деструктивные процессы въ бронхахъ и диффузная, устьянная *staphylococcus aur.*, мелкоклѣточная инфильтрація. Ясно, предъ нами *bronchitis purulenta et gangraena pulmonum*. Нужно думать, что гнойные микроорганизмы, попавшіе вмѣстѣ съ пылью въ воздухоносные пути, нашли для себя удобную почву, ослабленную предшествующими патологическими процессами. Но, какъ видно, гангренозный процессъ не ограничился одними легкими. Вмѣстѣ съ разрушеніемъ легочной ткани гнойеродное начало попало въ кровеносную систему и вызвало съ одной стороны метастазы въ почкахъ, разрушившіе ограниченные участки коркового и медуллярнаго вещества, съ другой стороны—септико-піемию, которая и послужила ближайшей причиной смерти нашего больного.

CCC. Syphilis inveterata—endocarditis maligna.

II. Макарекій.

Больной Илья Монастырскій, 25 лѣтъ отъ роду, столяръ, поступилъ въ Александровскую больницу 27 октября 1893 года. Больной высокаго роста, правильнаго и крупнаго тѣлосложенія; костный скелетъ правильно и хорошо развитъ, мышечная система и подкожная клѣтчатка также хорошо развиты. Больной жалуется на сильную слабость. Температура вечеромъ 38° , пульсъ слабый—89 ударовъ въ минуту. Языкъ обложенъ у корня желтоватымъ налетомъ. Больной холостъ, свѣдѣній о родителяхъ его и ближайшихъ родственникахъ получено не было, боленъ около 11 дней, а именно чувствовалъ сильную слабость, головныя боли и сильныя ознобы. На основаніи этихъ данныхъ у больного, по прибытіи въ больницу, былъ діагностированъ *typhus abdominalis*. 28 октября въ 3 часа ночи больной умеръ.

Кости свода утолщены. Diploë сдвинута кнутри, особенно на лобной кости. Твердая мозговая оболочка безкровна, напряжена, мягкая сильно отечна, отдѣляется легко. Ткань мозга плотнѣе нормальной, желтовато-бѣлаго цвѣта, задніе рога желудочковъ заращены, сосуды основанія безъ измѣненія. Сердце сильно увеличено въ объемѣ. Правый желудочекъ растянутъ, почти шаровидной формы. Стѣнка желудочка истончена, плотна. Венозное устье расширено, *art. pulmonalis* широкая, тонко-стѣнная, *endocardium* лѣваго предсердія и *val. bicuspidalis* утолщена, послѣдняя натягивается въ видѣ хорды. Клапаны аорты сморщены. Въ углу прикосновенія на одномъ изъ нихъ находится при верхушкѣ, похожая на атероматозную съ клочковатыми краями и дномъ красноватаго цвѣта, язва, отъ которой идетъ разрывъ клапана до основанія съ бахромчатымъ, тоже красноватымъ краемъ. Полость лѣваго желудочка увеличена, стѣнка тоньше нормальной,

сѣровато-краснаго цвѣта, дряблѣ. Оба легкія мѣстами сращены съ грудною стѣнкою, при верхушкахъ представляютъ втянутые, сѣровато-асиднаго цвѣта рубцы, подъ которыми находятся не рѣзко ограниченныя гнѣзда асиднаго затвердѣнія. Верхняя доля лѣваго легкаго въ разрѣзѣ кожиста, представляетъ различной величины коричнево-краснаго цвѣта пятна и отека. Нижняя доля кожиста, мала, въ разрѣзѣ темно-краснаго цвѣта, даетъ пѣнистую ржаво-краснаго цвѣта жидкость. Верхняя доля праваго легкаго уплотнена, эмфизематозна, отека, также съ разсѣянными черно-краснаго цвѣта пятнами. Правая нижняя доля уплотнена, на поверхности имѣетъ свѣтло-красный видъ, въ разрѣзѣ подобно лѣвой кожиста, темно-краснаго цвѣта съ черноватыми пятнами и отека. Селезенка въ длину болѣе 20 сантим., имѣетъ форму коровьяго языка, съ сильно-утолщеннымъ верхнимъ концомъ, съ закругленными краями; капсула напряжена, ткань дряблѣ, какъ-бы флюктуируетъ въ разрѣзѣ, грубо зерниста и при соскабливаніи даетъ темно-краснаго цвѣта массу консистенціи кофейной гущи. Печень въ ширину болѣе 35 цмтр., въ длину 20 цмтр., въ толщину также увеличена; капсула тонка, сильно напряжена, ткань въ разрѣзѣ темно-красновато-коричневаго цвѣта; границы долекъ ясно обозначены. Желчный пузырь малъ, почти пустъ, правая почка сильно увеличена въ объемѣ, капсула съ трудомъ отдѣляется. По передней поверхности и по свободному краю раздѣлена на двѣ почти равныя половины плоскимъ рубцовымъ вдавленіемъ, шириною больше поперечнаго пальца, гдѣ корковый слой фиброзно перерожденъ, въ разрѣзѣ представляется сѣровато-бѣлымъ; ткань плотнѣе нормальной, корковий слой неравномѣрно утолщенъ, пирамиды инъецированы, сосочки сморщены, лоханки расширены. Лѣвая почка также увеличена, капсула съ трудомъ отдѣляется, на поверхности разсѣяны рубцовыя втягиванія, по свободному краю въ нижнемъ концѣ корковаго слоя находится узелъ желтовато-бѣлаго цвѣта, величиною въ вишневу кочку, темный, немного волокнистый въ разрѣзѣ. Пирамиды плоски, пронизаны расширенными сосудами и отличаются дряблостью и темно-краснымъ цвѣтомъ. Остальная ткань представляетъ тѣже измѣненія, что и въ правой почкѣ. Мочевой пузырь яйцевидной формы, величиной въ кулакъ, содержитъ незначительное количество свѣтлой мочи, стѣнка его каучукообразной плотности, трудно растяжима, толщиной у верхушки до $\frac{1}{2}$ дюйма. Слизистая оболочка бѣдна, плотна, богата мелкими складками. Prostate уменьшена, кожиста. Слизистая оболочка желудка въ выходной части сѣропепельнаго цвѣта со множествомъ мелкихъ желтовато-бѣлыхъ пятнышекъ. Слизистая оболочка подвздошной кишки въ верхнихъ петляхъ представляетъ разсѣянныя геморрагическія инфильтраціи и покрыта кровянистой слизью. Въ нижнемъ концѣ ilei лишена эпителія, ворсинчата, съ мелкими разсѣянными красноватыми пятнами. Въ стѣнкѣ и восходящей части толстой кишки находятся многочисленные валикообразныя утолщенія складокъ въ видѣ темнокрасныхъ ворсинчатыхъ съ мелкими сѣрыми пятнами полосъ. Лѣвая верхняя кривизна ободочной кишки на протяженіи ладони представляется какъ бы суженной, слизистая оболочка здѣсь имѣетъ неправильныя складки, геморрагически инфильтрирована и покрыта мелкими ворсинчатыми разраженіями. Верхняя часть recti представляетъ подобныя же измѣненія, но гладка, какъ бы рубцово-сморщена, сѣровато-пепельнаго цвѣта. Въ лѣвомъ паху глубокой рубецъ. На первомъ и второмъ ребрахъ правой стороны мелкіе остеопиты съ внутренней поверхности и фиброзныя

утолщенія періоста почти хрящевой консистенціи на наружной поверхности 1-го ребра, плотно связывающія его съ груднымъ концомъ ключицы. Оболочки яичекъ сращены между собою, паренхима ихъ дряблая, желтого цвѣта, правый придатокъ утолщенъ, почти фиброзной плотности, лѣвый въ верхнемъ концѣ содержитъ казеозный узелъ величиною въ небольшую горошину. Паховыя железы представляютъ четкообразныя утолщенія.

Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты кусочки: изъ *val. bicuspr.* съ мѣста разрыва клапана, стѣнки лѣваго желудочка, по одному кусочку изъ восходящей и нисходящей частей аорты, изъ верхушки лѣваго легкаго вблизи плевры, изъ печени, селезенки, толстой кишки около Баугиніевой заслонки и тонкой кишки; изъ лѣвой почки былъ взятъ узелъ, а изъ правой кусочекъ изъ коркового слоя; одинъ кусочекъ былъ взятъ изъ лѣваго яичка. Всѣ эти кусочки были положены въ Мюллеровскую жидкость, а затѣмъ подвергались извѣстной обработкѣ, необходимой для ихъ уплотненія и разрѣзовъ микрономъ.

Въ свѣжемъ видѣ препараты были изслѣдованы изъ язвы *Val. bicuspidalis*, селезенки и печени. Вырѣзанный кусочекъ изъ язвы клапана былъ окрашенъ на бактеріи гематоксилиномъ и промытъ растворомъ соляной кислоты. Подъ микроскопомъ оказалось, что ткань клапана безцвѣтна, между тѣмъ какъ вездѣ имѣются участки, въ видѣ шаровъ неправильной формы, окрашенные въ темно-синій цвѣтъ и кромѣ того по всему полю микроскопа имѣется масса безпорядочно-разбросанныхъ темно-синихъ неправильной формы пятнышекъ. При изслѣдованіи съ иммерзійной системой оказалось, что пятнышки эти состоятъ изъ продолговатыхъ точекъ, неправильно расположенныхъ и также одиночно разсѣянныхъ по всему препарату. Все это даетъ возможность признать ихъ за *staphylococcus pyogenes aureus*. Изслѣдованіе свѣжихъ препаратовъ изъ печени и селезенки на амилоидное перерожденіе посредствомъ обработки ихъ іодомъ съ сѣрной кислотой не дали должной для амилоида окраски.

На препаратѣ изъ *Val. bicuspr.* при окраскѣ гематоксилиномъ съ эозиномъ оказывается, что *intima* одной поверхности клапана только утолщена; ткань же клапана представляется инфильтрированной кругло-кѣлочными элементами.

На противоположной поверхности клапана *intima* разрушена, имѣется сплошное скопленіе кругло-кѣлочныхъ элементовъ, среди которыхъ попадаются мѣстами большія круглыя кѣлки и веретенообразныя кѣлочныя элементы. При окрашиваніи препарата на бактеріи по способу Грама, оказывается, что вся ткань клапана пронизана вышеописанной формой бактерій, которыя по краю внутренней оболочки заложены въ видѣ значительной величины неправильной формы шаровъ. Такимъ образомъ изслѣдованіе кусочка изъ *Val. bicuspr.* указываетъ на существованіе

endocarditidis ulcerosae съ вѣдреніемъ стафилококковъ. При изслѣдованіи препаратовъ* изъ сердечной мышцы оказывается, что мышечныя волокна нѣсколько истончены, поперечная полосатость слабо выражена, мѣстами же мышечныя волокна представляются какъ бы раздробленными на мелкія зернышки, нерастворяющіяся въ уксусной кислотѣ. Слѣдовательно, имѣется атрофія сердечной мышцы и незначительное жировое перерожденіе. На препаратахъ изъ аорты оказывается, что intima значительно утолщена и склерозирована, обызвествленія и жирового перерожденія нигдѣ не наблюдается, adventitia также утолщена и склерозирована, въ media имѣется мѣстами скопленіе кругло-кѣлочныхъ элементовъ. Въ общемъ имѣется значительная endoarteriitis.

При изслѣдованіи препаратовъ легкаго оказывается, что просвѣтъ сосудовъ расширенъ. Стѣнки ихъ утолщены преимущественно на счетъ adventitia. Въ нѣкоторыхъ сосудахъ попадаетъ масса длинныхъ, тонкихъ, веретенообразныхъ кѣлокъ съ веретенообразными ядрами. Такія кѣлки располагаются преимущественно въ наружныхъ слояхъ стѣнки. Межальвеолярныя перегородки значительно утолщены, въ силу чего просвѣтъ бронховъ суженъ. Мѣстами имѣется отслойка эпителія и попадаютъ участки вблизи плевры, довольно густо инфильтрированные кругло-кѣлочными элементами. Мѣстами попадаютъ значительной величины участки продолговато-овальной формы, состоящіе изъ продольно расположенныхъ, гладкихъ мышечныхъ элементовъ. Такіе участки находятся среди легочной поренхимы и кое-гдѣ въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ сосудами. Въ легкихъ имѣется еще мѣстами anthracosis. Плевра утолщена, имѣется новообразование сосудовъ. Такимъ образомъ препаратъ изъ легкихъ указываетъ на существованіе peribronchitidis et perivasculitidis, т. е. на такъ называемую интерстиціальную пневмонію.

При изслѣдованіи печени оказывается, что контуры печеночныхъ кѣлокъ выражены не ясно. Ядра хорошо замѣтны, окраска ихъ неодинаково интенсивна; центръ ядра при окрашиваніи гематоксилиномъ имѣетъ большею частію свѣтло-розовый цвѣтъ, периферія темно-синій. Протоплазма кѣлокъ зерниста. Зернышки неравномѣрной величины, большія изъ нихъ болѣе блестящи и бѣловаты, отъ уксусной кислоты не растворяются. Существуютъ участки, гдѣ протоплазма кѣлокъ содержитъ значительное количество зеренъ коричнево-желтаго цвѣта. Стѣнки сосудовъ толще нормальныхъ. Такимъ образомъ въ печени имѣется жировая инфильтрація и незначительная бурая атрофія. Селезенка особенныхъ измѣненій кромѣ утолщенія перекладинъ и расширенія сосудовъ не пред-

ставляетъ. При изслѣдованіи препаратовъ изъ почекъ оказывается, что капсулы Мальпигіевыхъ клубочковъ вездѣ значительно утолщены. Клубочки почти вездѣ отслоены отъ капсулы и сжаты; мѣстами сжаты до $\frac{1}{4}$ своего объема. Свободное отъ нихъ мѣсто выполняется соединительной тканью съ веретенообразными ядрами. Попадаются клубочки, въ которыхъ произошло полное запустѣніе черезъ выполнение ихъ соединительной тканью. Мѣстами имѣется скопленіе кругло-кѣлочныхъ элементовъ. Эпителій канальцевъ зернистъ, выполняетъ весь просвѣтъ трубокъ, ядра не окрашиваются. Стѣнки сосудовъ сильно утолщены какъ на счетъ внутренняго, такъ и наружнаго слоевъ. Имѣется въ общемъ рѣзко выраженная картина *nephritidis interstitialis*.

На препаратахъ изъ толстой и тонкой кишекъ замѣчается, что слизистая оболочка ихъ совсѣмъ не окрашивается. Мышечный слой утолщенъ, сосуды его расширены, истончены и переполнены красными кровяными шариками, мѣстами имѣется скопленіе кругло-кѣлочныхъ элементовъ.

На препаратѣ изъ предстательной железы видно мѣстами расширение железистыхъ трубочекъ, а особенно рѣзко избыточное развитіе соединительной ткани съ веретенообразно-кѣлочными элементами, такъ что *prostate* имѣетъ видъ какъ бы саркоматознаго новообразованія. Затѣмъ имѣются десквамація эпителия и *corpora amylacea*.

На препаратахъ изъ яичка оказывается, что соединительно-тканнныя перегородки между канальцами утолщены до значительныхъ размѣровъ, мѣстами разрастающаяся соединительная ткань потеряла свою волокнистость и представляется какъ бы однородной. Сѣмянные канальцы сужены. Железистыя трубки набиты эпителиемъ, который кое-гдѣ находится въ стадіи жироваго перерожденія. Въ центрѣ сѣмянныхъ канальцевъ имѣется значительное количество сѣмянныхъ нитей. Разращеніе соединительно-тканнныхъ перегородокъ въ яичкѣ даетъ возможность признать *sarcocoele syphilitica*.

Микроскопическое изслѣдованіе органовъ трупа указало на существованіе почти вездѣ интерстиціального процесса, очень хорошо выраженного при 25-ти лѣтнемъ возрастѣ субъекта. За причину всего этого процесса нужно считать застарѣлый, протекавшій безъ леченія, сифилисъ. Главныя измѣненія принадлежатъ сердцу и почкамъ; первоначально, по всей вѣроятности, на *Val. bicuspr.* была гумма, подобная найденнымъ въ другихъ органахъ трупа, которая, распадаясь, повела къ образованію язвы на клапанѣ, повышеніе же кровяного давленія въ силу уремїи,

вызванной патологическимъ состояніемъ почекъ, повело къ разрыву обла-
дающаго меньшимъ сопротивленіемъ, по причинѣ язвы, клапана и смерть
послѣдовала отъ паралича сердца.

CCCI. Tubercula solitaria cerebri et cerebelli.

М. Саксаганскій.

Больная, Елена Шиболдасова, 20-ти лѣтъ, изслѣдована 18.XII.92. Больная
лежитъ на спинѣ съ сильно запрокинутой назадъ головой, причемъ приблизить
подбородокъ къ груди не можетъ (opisthotonus). Вѣки сжаты вслѣдствіе свѣто-
боязни; по раскрытіи ихъ—зрачки расширены. Конечности лежатъ, очевидно,
неудобно, но больная не исправляетъ ихъ положенія; да и къ окружающему
больная относится какъ-то безразлично, хотя находится въ сознаніи, отвѣчаетъ
правильно, т^о нормальна, пульсъ 84, умѣренного наполненія, дыханіе слегка
Чейнъ-Стоксовскаго типа. На внутренней поверхности бедеръ—анестезія (боль-
ше на лѣвой сторонѣ), въ остальныхъ мѣстахъ—скорѣе гиперестезія. Подошвен-
ные рефлексы повышены, немного—и сухожильные. Ощущеніе позвоночника
обнаруживаетъ распространенную чувствительность. Перкуссия и аускультация
не даютъ ничего особеннаго. Моча (добыта катетеромъ) свѣтлая, прозрачная,
уд. в. 1003. Изъ распросовъ удастся узнать только, что заболѣла послѣ родовъ,
которые были шесть недѣль тому назадъ и что за это время больную беспокоили
головныя боли и рвота. 19.XII—рвота; стулъ только послѣ слабительнаго и
клизмы. 20.XII—рвота три раза; развивается strabismus; пульсъ слабъ. 22.XII—
25.XII—субъективное улучшеніе. 25.XII—28.XII—головныя боли. 28.XII—
рвота, 29.XII—изслѣдованіе мочи не обнаруживаетъ въ ней бѣлка. 30.XII—
4.I.93—головныя боли и рвота. Съ 4.I—все ухудшеніе; 12.I—больная уже въ
безсознательномъ состояніи, пульсъ 92, полный, дыханіе Чейнъ-Стоксовское,
моча выпускается катетеромъ. Ночью замѣченъ какой-то припадокъ съ подерги-
ваніями во всѣхъ членахъ; на утро 13.I.93—смерть.

Кости свода утолщены, порозны. Твердая мозговая оболочка плотно
сращена съ костнымъ сводомъ; мягкая—сухая, умѣренно венозно гиперемирована.
Въ правой височной долѣ на наружной поверхности и въ лѣвой—на основаніи
замѣчаются плотные, бляшкообразные съ пупкообразными втягиваніями узлы
(по одному), розеткообразнаго очертанія, зеленовато-желтаго цвѣта, слегка
бугристые по периферіи, въ разрѣзѣ имѣющие неправильно клиновидную форму,
глубоко проникающіе въ бѣлое вещество, на поверхности разрѣза сухіе и мелко-
дольчатые, рѣдко зелено-желтые. Окружающая ихъ ткань, съ которою они не-
замѣтно сливаются, мягче нормальной, совершенно малокровна, при разрѣзѣ
какъ бы спадается. Ткань мозга плотнѣе нормальной, безкровна; боковые желу-
дочки содержатъ умѣренное количество кровянистой жидкости; задніе рога
зарашены, plexus choroidei малокровны. Въ нижней стѣнѣ праваго задняго
рога, впереди и снаружи отъ eminentia collateralis замѣчается клиновидной

формы, обращенное основаніемъ кнаружи, верхушкою къ *crus cerebri* — углубленіе сѣровато-краснаго цвѣта, на мѣстѣ котораго подѣ утолщенной эндемимой находится щелевидная полость съ желтоватыми зернистыми стѣнками. Въ правомъ полушаріи мозжечка, подѣ *flocculus* находится узелъ величиною въ маленький грецкій орѣхъ, почти хрящевой плотности, зеленовато-желтаго цвѣта, въ разрѣзѣ мелко-дольчатый, окруженный съ периферіи зубчатымъ краснымъ ободкомъ; сѣрое вещество *nuclei dentati* обезцвѣчено, вслѣдствіе чего края его на разрѣзѣ полушарія неясно выражены, какъ бы смыты. Въ ткани мозжечка кромѣ большаго, сравнительно съ большимъ мозжечкомъ, малокровія—ничего особеннаго; то же и въ сосудахъ основанія. Въ околосердечной сумкѣ значительное количество прозрачной серозной жидкости; правый желудочекъ въ состояніи расслабленія, лѣвый—сокращенъ, каучукообразной плотности; клапанъ безъ измѣненій; мускулатура праваго желудочка истончена, дряблая, темнокраснаго цвѣта; стѣнка лѣваго—утолщена, плотная и блѣдноокраснаго цвѣта; *endocardium* лѣваго предсердія и *bicuspidalis* утолщены. Большіе сосуды узки, тонкостѣнны, сильно эластичны; *aorta* при корнѣ имѣетъ выпячиваніе въ правую сторону. Лѣвое легкое мѣстами сращено съ грудной стѣнкой, особенно въ верхушкѣ; правое сращено частью и съ діафрагмой; оба легкія пушисты, мало спадаются, въ разрѣзѣ въ нижнихъ доляхъ умѣренно гиперемированы, въ верхнихъ отечны; въ верхушкѣ лѣваго легкаго у задняго его края находится каверна въ лѣсной орѣхъ, съ красноватыми зернистыми стѣнками; въ правомъ легкомъ на разрѣзѣ видны древовидныя фиброзныя разращенія ткани по мелкимъ бронхамъ. Селезенка нормальнаго объема, ткань мягкая и ціанотично окрашена. Печень слегка увеличена въ толщину и опущена, въ разрѣзѣ темно-коричневаго цвѣта, нормальной плотности. Почки малы, дольчаты, ціанотично окрашены, плотны; въ лѣвой—узелокъ съ чечевичное зерно, клиновидно опускающійся въ корковое вещество съ поверхности; кѣтъчатка около лоханокъ сильно развита, въ лоханкахъ по нѣсколько капель эмульсивной желтой жидкости. Пузырь безъ измѣненій; яичники—тоже; матка слегка увеличена. Желудокъ сжатъ, слизистая оболочка его бѣдна складками, мелко-бородавчата; въ тощей кишкѣ, начиная съ отвѣсной части *duodeni*, по складкамъ разбѣяны многочисленныя мелкобородавчатая, темнокрасныя разращенія. Въ подвздошной кишкѣ слизистая оболочка малокровна, атрофирована, съ неправильными мелкими складками, устѣяна многочисленными уплотненными сѣрыми лимфатическими узелками, величиною въ просиное зерно. Изгибы *coli* сильно выражены, просвѣтъ растянута каловыми массами и газами, слизистая оболочка малокровна. Три среднихъ поясничныхъ позвонка представляютъ рѣзко выраженный дефектъ тѣла съ соответствующимъ выпячиваніемъ кзади остистыхъ отростковъ. На обѣихъ квадратныхъ мышцахъ находятся анкистированныя мѣшковидныя скопленія кашицеобразныхъ казеозныхъ массъ, причемъ лѣвый мѣшокъ немного менѣ кулака, плотно связанъ съ поперечнымъ отросткомъ третьяго поясничнаго позвонка, а правый—больше куриного яйца и видѣруется въ тѣло втораго позвонка; наконецъ, въ четвертомъ позвонкѣ, на правой его полуокружности, замѣчаются бляшкообразныя, неправильнаго очертанія, бородавчатыя, желтыя разращенія, подѣ которыми находятся также скопленія казеознаго вещества, начинающіяся отъ нижняго межпозвоночнаго кружка.

Для гистологическаго изслѣдованія взяты были: части узловъ изъ правой височной доли и мозжечка и весь узелокъ изъ лѣвой височной доли; по кусочку изъ правой и лѣвой почки, печени, тощей кишки и верхушки лѣваго легкаго; кромѣ того, часть стѣнки лѣваго мѣшка, на которой оставалось еще немного его содержимаго и выпиленъ кусочекъ тѣла поясничнаго позвонка. Окрашивались разрѣзы почти исключительно гематоксилиномъ съ эозиномъ. Кость декальцинировалась въ смѣси 2-хъ частей фтороглюцина и 20-ти частей азотной кислоты съ 80 частями воды, отъ чего, впрочемъ, какихъ нибудь особенныхъ выгодъ не замѣчено (въ смыслѣ послѣдующей окраски).

Въ тонкихъ кишкахъ ворсинокъ мало, слизистая оболочка на большихъ протяженіяхъ гладка, эпителий входовъ въ железы безъ измѣненій, фолликулы кажутся значительно увеличенными, подслизистый слой безъ измѣненій; всѣ слои тоньше нормальныхъ и бѣдны сосудами. Въ виду большихъ фолликуловъ можно думать, что предъ нами атрофія стѣнки кишки послѣ давно протекашаго фолликулярнаго энтерита.

Въ стѣнкѣ абсцесса на поверхности, обращенной въ полость его, видны какія-то глыбки, при извѣстной установкѣ блестящія; нѣкоторыя изъ нихъ, большія, отливающія разными цвѣтами, лежатъ совсѣмъ свободно; другія, мелкія (неокристаллизованныя соли извести?) залегли въ ячейкахъ стѣты изъ довольно толстыхъ волоконцевъ, въ которой, кромѣ того, немало и элементовъ, похожихъ на сморщенные лимфатическія тѣльца. Далѣе кнаружи имѣемъ поясъ фасцикулярной соединительной ткани безъ всякихъ клѣтокъ, съ малымъ числомъ сосудовъ (и то крупныхъ), съ нервными пучками, у которыхъ *perineurium ext.* и *int.* утолщено, ядеръ Шванновыхъ оболочекъ очень мало, осевые же цилиндры окрашены довольно хорошо. Еще кнаружи попадаются уже и пучки поперечно-полосатыхъ мышцъ, но и тутъ промежуточная ткань фибриллярна, капилляровъ почти не замѣтно, стѣнки сосудовъ блестящи и разволокнены, нервы окружены толстымъ периневріемъ и слишкомъ рѣзко раздѣлены на отдѣльные волокна уплотненнымъ эндоневріемъ. Такимъ образомъ, содержимое абсцесса („холоднаго“) подверглось уже уплотненію и, вѣроятно, пропитыванію известковыми солями; стѣнка его представляетъ рубцовыя измѣненія, которыя постепенно ослабѣваютъ на периферіи; хотя въ ея внутреннихъ слояхъ и нѣтъ мышечныхъ волоконъ, но и по сохранившимся нервнымъ пучкамъ можно смѣло сказать, что и на ихъ мѣстѣ была межмышечная, т. е. рыхлая ареолярная ткань. По всему этому мы можемъ отнести начало образованія нашего абсцесса къ очень давнему времени, вѣроятно, одновременно или уже въ теченіи фолликулярнаго энтерита.

Уже при вскрытіи было замѣчено, что „мѣшки“ вѣдрили въ позвонки. На продольномъ распилѣ послѣднихъ можно было видѣть лосманые ходы, открывавшіеся въ полость абсцесса и выполненные такимъ же содержимымъ. Въ составъ взятаго для изслѣдованія кусочка входили концевые отрѣзки такихъ ходовъ, которые на срѣзахъ представлялись въ видѣ почти правильныхъ круговъ въ 0,5 сантиметр. діаметромъ. На препаратахъ въ ткани, выполнявшей костномозговые каналы, обращало на себя вниманіе обиліе зеренъ кровянаго пигмента; въ самыхъ перекладинахъ выдѣлялись мѣста, гдѣ помѣщенія для костныхъ тѣлецъ были явно расширены; здѣсь-же часто системы костныхъ пластинокъ были намѣчены рѣзче нормы: именно, при окраскѣ гематоксилиномъ съ эозиномъ перекладины приняли полосатый видъ (красный съ фіолетово-синимъ); костныя тѣльца видны были преимущественно въ синихъ системахъ. Далѣе, въ другихъ перекладинахъ часть ихъ представилась уже въ видѣ пучка параллельныхъ (синихъ) полосокъ, раздѣленныхъ почти равными промежутками; особенно въ стѣнкахъ упомянутыхъ круговъ получился правильный рисунокъ, такъ что даже приходило въ голову сравненіе съ частымъ транспарантомъ; фонъ его былъ обильно засыпанъ остатками красныхъ кровяныхъ шариковъ. Часть другихъ перекладинъ представляла еще большее разволокненіе, хотя извивающіяся волокна все еще сохраняли приблизительную взаимную параллельность. Часто попадались также участки изъ тонкихъ (синихъ) волоконъ, явно отличныхъ отъ ткани костномозгового канала, но не имѣвшие уже видимой связи съ несомнѣнными костными перекладинами. Наоборотъ, рѣдко можно было видѣть другой видъ развитія костотѣды: сближеніе сильно расширенныхъ помѣщеній для костныхъ тѣлецъ, при чемъ промежутки между ними заняты какъ-бы иставшими, слабо, но все-же розово окрашенными костными пластинками; некротическихъ-же участковъ кости совсѣмъ не встрѣтилось. Наконецъ, въ упомянутыхъ уже кругахъ видны были какіе-то обломки въ видѣ скопленія золотисто-желтыхъ глыбъ, пронизанныхъ сѣтью толстыхъ блѣдно-синихъ волоконъ. Ни бугорковъ, ни какихъ-нибудь грануляцій не замѣчено; все это позволяетъ намъ считать каріозный процессъ уже законченнымъ, во всякомъ случаѣ не прогрессирующимъ.

Изслѣдованіе легкаго и почекъ не доставило ничего особеннаго; въ легкихъ видны разсѣянные гнѣзда фибрознаго уплотненія съ викарною эмфиземою вокругъ; въ почкахъ немногіе клубочки подверглись фиброзному запустѣнію.

Болѣе плодотворнымъ оказалось изслѣдованіе печени, о которой во время секціи можно было только сказать, что она нѣсколько увеличена въ толщину. При взглядѣ на препараты это увеличеніе объясняется частью нѣкоторою формативною раздраженностью составныхъ частей ея: часто попадаются печеночныя клѣтки съ однимъ, сравнительно очень большимъ ядромъ или съ двумя—тремя ядрами въ одной клѣткѣ; желчныя капилляры являются много разъ перерѣзанными въ одномъ пучкѣ сосудовъ (извилистый ходъ—вѣроятно, вслѣдствіе гипертрофіи эпителія); главнымъ же образомъ, увеличеніе печени нужно отнести насчетъ многочисленныхъ маленькихъ очаговъ инфильтраціи ея ткани мелкими клѣтками. Смыслъ этихъ очаговъ станетъ намъ яснѣе, если мы обратимъ вниманіе на то, что на томъ-же препаратѣ виденъ одинъ очагъ побольше (съ половину поля зрѣнія подъ 7 сист. Hartnack'a), въ которомъ видны какія-то клѣтки съ вытянутыми ядрами, на подобіе клѣтокъ эндотелія капилляровъ; не-вдалекѣ-же имѣется бугорокъ (одинъ на всемъ срѣзѣ) съ тремя гигантскими клѣтками и т. д.; съ другой стороны, на послѣдующихъ срѣзахъ въ мѣстѣ, соотвѣтствующемъ этому бугорку, между эпителиоидными элементами (неправильнаго очертанія, съ вытянутыми ядрами) можно различить еще печеночныя клѣтки (многоугольныя очертанія, круглыя ядра), хотя онѣ тутъ гораздо блѣднѣе окрашены и болѣе грубозернисты. Это даетъ намъ возможность предположить, что въ дальнѣйшемъ на мѣстѣ теперешнихъ ограниченныхъ инфильтрацій появились-бы тоже бугорки, что, слѣдовательно, предъ нами начинающійся милиарный туберкулезъ печени.

Замѣтимъ здѣсь, что изслѣдованіе стѣнки абсцесса, легкаго, почки и печени на присутствіе туберкулезныхъ палочекъ, быть можетъ, не достаточно настойчивое, присутствія ихъ не обнаружило. Случайною причиною, давшей намъ возможность наблюдать столь раннюю стадію милиарнаго туберкулеза, нужно считать три узелка, найденныхъ въ мозгу и мозжечкѣ. Особенно узелокъ въ мозжечкѣ можно обвинять въ смерти больной, если только изъ частаго упоминанія въ *cursus morbi* о Чейнъ-Стоксовскомъ типѣ дыханія сдѣлать заключеніе о непосредственномъ давленіи на дыхательный центръ.

Гистологическая картина этихъ узелковъ оказалась столь-же красивою, сколько трудною для описанія. Удобнѣе всего, мнѣ кажется, это будетъ сдѣлать въ слѣдующей схемѣ. На всѣхъ препаратахъ изъ узелковъ можно было отличить слѣдующіе три типа микроскопическихъ картинъ. Во первыхъ, образованія, которыя нужно считать за бугорки разнаго возраста и разнаго уровня перерѣза; о первомъ я сужу по разному относительному

распространенію въ отдѣльномъ бугоркѣ съ одной стороны эпителиоидныхъ и гигантскихъ клѣтокъ, съ другой—продуктовъ ихъ метаморфоза; частью показателемъ, довольно рельефнымъ, служило мнѣ состояніе гигантскихъ клѣтокъ: въ то время какъ однѣ изъ нихъ велики, хорошо контурированы, ядра ихъ густо окрашены, идутъ правильнымъ вѣнкомъ, кругомъ, двумя полосками на концахъ вытянутого тѣла или одною пластинкою въ центрѣ, другія—едва отграничены отъ окружающей безформенной массы, ядра ихъ слабо окрашены, разбросаны, сравнительно съ величиною всей клѣтки—малочисленны. При соответствующей окраскѣ (фуксинъ съ обезцвѣчиваніемъ въ жидкости Эбнера) можно было доказать присутствіе туберкулезныхъ палочекъ, по одной и по двѣ на гигантскую клѣтку.

Второй типъ—сплошныя „безформенныя“ массы, сравнительно непрозрачны при проходящемъ свѣтѣ и потому легко опредѣлимые относительно своего распредѣленія даже и простымъ глазомъ. Въ нихъ мы имѣемъ, главнымъ образомъ, или участки изъ окрашенныхъ зоинонъ, грубо зернистыхъ (какъ бы ломкихъ) или безпорядочно тонко-волокистыхъ массъ (казеозные центры?), или участки, гдѣ въ сѣткѣ изъ тонкихъ волоконъ заложено много лимфатическихъ элементовъ и ихъ остатковъ, а также много сосудовъ въ различныхъ стадіяхъ перехода ихъ къ полному затромбированію,—а именно, въ однихъ мы еще встрѣчаемъ въ просвѣтѣ сѣточку изъ остатковъ красныхъ кровяныхъ шариковъ и нѣсколько ядеръ бѣлыхъ шариковъ, между тѣмъ какъ въ сѣткѣ уже почти нѣтъ мышечныхъ ядеръ или она уже превращена въ сѣтъ изъ тонкихъ волоконъ (особенно въ периферическихъ слояхъ), незамѣтно переходящую въ окружающую ткань; въ другихъ при томъ же видѣ сѣтки въ просвѣтѣ какая-то какъ будто ломкая розовая масса, или же просвѣтъ совсѣмъ закрытъ не то отпавшимъ эндотелиемъ, не то клочкомъ фибриллярной ткани.

Третій типъ, самый пестрый, дается намъ окраинами препаратовъ, т. е. переходными мѣстами къ ріа и мозговой ткани. Въ общемъ переходъ этотъ совершается весьма постепенно. Преобладающее мѣсто въ картинѣ занимаютъ здѣсь растянутые, набитые форменными элементами крови, сосуды съ сильною мелкоклѣточной инфильтраціею по ходу ихъ. Кромѣ того, мы видимъ здѣсь ткань съ разнообразными клѣтками въ ней; однѣ изъ нихъ походятъ больше всего на фиксированныя клѣтки соединительной ткани (веретенообразны, съ длиннымъ ядромъ), другія—на клѣтки невроглии (тѣла съ отростками, овальныя ядра).

Въ частности нужно замѣтить, что въ узелкѣ изъ лѣвой височной доли преобладаетъ первый типъ, изъ правой—второй, а на препаратахъ

изъ мозжечка—они приблизительно одинаково распространены. Къ этому отношенію можно приурочить объясненіе какъ различной величины узловъ, такъ и предположеніе о ихъ различномъ возрастѣ; узелокъ изъ правой доли я считаю самымъ старымъ.

Что касается до части ріае, проходящей надъ узломъ изъ мозжечка, а также прилежащей ткани мозжечка и мозга, то въ нихъ можно отмѣтить только состояніе нѣкотораго прилива и мелкоклѣточной инфильтраціи.

И такъ, у насъ имѣется enteritis follicularis, spondylitis tuberculosa (?) chronica, hepatitis tuberculosa miliaris incipiens, tubercula solitaria cerebri et cerebelli.

СССII. Tuberculosis chronica.

I. Грановскій.

Больной Василій Моргуновъ, 33 лѣтъ, поступилъ въ Александровскую больницу 20 октября 1892 года съ жалобами на колотье въ груди, кашель, общее недомоганіе и слабость, а также на ночные поты. Больной высокаго роста, съ слабо развитыми мускулатурою и подкожно-жирнымъ слоемъ. Fossa supraclavicularis правой стороны рѣзче выражена; правая лопатка стоитъ выше лѣвой и энергичнѣе движется при дыхательныхъ экскурсіяхъ. Грудная клѣтка плоская, впалая. Перкуссія легкихъ дала: съ правой стороны при верхушкѣ притупленіе, достигающее спереди до III межребернаго промежутка, а сзади ниже *spinae scapulae* на 2 пальца. Съ лѣвой же стороны имѣется также притупленіе, достигающее спереди до IV межребернаго промежутка, а сзади до уровня по линіи *spinae scapulae*. Аускультация спереди на лѣвой сторонѣ при верхушкѣ дала жесткое везикулярное дыханіе съ бронхиальнымъ выдохомъ; по всей же передней поверхности дыханіе нѣсколько ослаблено. Сзади, ниже угловъ лопатки, крепитирующіе хрипы. Съ правой же стороны, какъ спереди, такъ и сзади жесткое везикулярное дыханіе и разсѣянные мелкопузырчатые хрипы. Сердце въ предѣлахъ нормы. Тоны у верхушки нѣсколько глуховаты. Печень выдается на 4 поперечныхъ пальца изъ за края ложныхъ реберъ и болѣзненна при перкуссіи. Селезенка въ предѣлахъ нормы. Желудочно-кишечныя отравленія не нарушены. 8 ноября 1892 года больной умеръ.

Кости свода склерозированы; мягкая мозговая оболочка отечна, отдѣляется легко; ткань мозга безкровна, тѣстоватой плотности; сосуды основанія безъ измѣненія. Сердце мало, правое венозное устье расширено. Endocardium лѣваго предсердія утолщено, стѣнки истончены, дряблы, темно-краснаго цвѣта. Лѣвое сердце безъ измѣненій. Правое легкое сращено по всей поверхности съ грудною стѣнкою. Лѣвое оттѣснено кзади и кверху огромнымъ скопленіемъ красноватой серозной жидкости въ полости плевры и между внутренней поверхностью и околосердечной сумкой; при верхушкѣ сращено плотными, старыми, ложными перепон-

Проф. Крыловъ. Школьная хроника 1893 г.

ками; *pleura pulmonalis* утолщена, бородавчата, сѣро-пепельнаго цвѣта. *Pleura costalis* также утолщена, на внутренней поверхности блѣдно-краснаго цвѣта, ворсиста, въ толщѣ пронизана многочисленными, желтыми, плоскими узелками величиною въ горошину. Правое легкое въ разрѣзѣ въ верхней долѣ представляетъ множество гнѣздъ частью аспиднаго, частью волокнистаго запустѣнія съ мелкими казеозными узлами, расширенными бронхами и съ каверною при верхушкѣ величиною немного менѣе куринаго яйца. Стѣнка каверны фиброзной плотности; внутренняя поверхность ея сине-багроваго цвѣта, покрыта кровавистымъ содержимымъ съ плавающими въ немъ козеозными клочками. Въ нижней долѣ разсѣяны такіе же плотные перибронхитическіе узлы. Лѣвое легкое сжато, въ разрѣзѣ кожисто, проходимо для воздуха и въ малокровной ткани разсѣяны гнѣзда аспиднаго затвердѣнія съ мелкими козеозными узелками. Селезенка увеличена, блѣдно-краснаго цвѣта, кожиста. Печень увеличена, въ разрѣзѣ кожиста, блѣдно-коричневаго цвѣта. Почки нормальнаго объема, капсула съ трудомъ отдѣляется, ткань кожиста, цианотически окрашена, сосочки пирамидъ уменьшены въ объемѣ. Правая лоханка расширена, содержитъ мутную гноевидную жидкость. Надпочечныя железы увеличены. Въ лѣвой находится сухіе, желтые казеозные узлы величиною въ вишневую косточку. Простата увеличена; въ правой половинѣ находятся сѣрые узелки величиною въ небольшую горошину. Слизистая оболочка желудка покрыта стекловидною слизью, мелкобородавчата, сине-багроваго цвѣта. На слизистой оболочкѣ тонкой кишки разсѣяны многочисленные фолликулы величиною въ просіяное зерно. Толстая кишка въ состояніи сокращенія и въ нисходящей части слизистая оболочка сморщена, сѣро-аспиднаго цвѣта.

Для микроскопическаго изслѣдованія даннаго случая были взяты кусочки изъ слѣдующихъ органовъ: изъ плевры, изъ плевры съ легкимъ, изъ легкаго, изъ стѣнки каверны, изъ бронха, изъ почки, изъ надпочечной железы, изъ печени, изъ простаты и изъ тонкой кишки. Всѣ эти куски сперва были положены для уплотненія въ банку съ Мюллеровской жидкостью на девять дней, при чемъ въ первые три дня жидкость сливалась и замѣнялась свѣжею ежедневно, а послѣ этого уже черезъ день. Вынутые по истеченіи девяти дней изъ Мюллеровской жидкости кусочки промывались въ теченіи сутокъ подъ струей непрерывно-проточной воды изъ водопроводнаго крана. Послѣ этого они были положены на сутки въ 60° спиртъ и на двой сутки въ абсолютный, который перемѣнялся ежедневно. Изъ спирта куски были перенесены въ смѣсь кедроваго масла съ ксилоломъ (2:1). Вынутые отсюда, они были положены опять на сутки въ смѣсь парафина съ хлороформомъ и поставлены въ термостатъ, въ которомъ t -а поддерживалась все время на 42° С. Отсюда они были перенесены также на сутки въ смѣсь твердаго парафина съ мягкимъ (2:1) и поставлены въ термостатъ при t -рѣ 54° С. Наконецъ, послѣ всего этого всѣ куски были залиты, каждый отдѣльно, въ чистый, расплавленный на водяной банѣ, парафинъ. По охлажденіи его было приступлено къ нарѣзкѣ тонкихъ препаратовъ микротомомъ.

Всѣ препараты были окрашены гематоксилиномъ съ эозиномъ (двойнымъ окрашиваніемъ), при чемъ это было сдѣлано слѣдующимъ образомъ: тонкіе срѣзы еще въ парафинѣ клались минутъ на 10 на часовое стеклышко, наполненное терпентиномъ, который два раза сливался и замѣнялся свѣжимъ, отчего парафинъ совершенно растворялся. Послѣ терпентина срѣзы осторожно переносились

посредствомъ иглы на пять минутъ въ спиртъ, который также два раза перемѣнялся. Вынутые отсюда, они оставались на сутки въ слабомъ растворѣ гематоксилина. Послѣ этого они промывались сперва въ перегнанной водѣ, затѣмъ обезвоживались въ спиртѣ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ, а затѣмъ уже красились въ теченіе одной минуты въ слабомъ водномъ растворѣ эозина. Послѣ этой окраски срѣзы просвѣтлялись сперва въ дистиллированной водѣ, затѣмъ въ спиртѣ и послѣ этого переносились на минуту—двѣ въ анилиновое масло, затѣмъ въ терпентинъ и уже отсюда, расплавленные посредствомъ иглы на шпатель, переносились на предметное стекло и затѣмъ покрывались стеклышкомъ посредствомъ канадскаго балъзама и оставались для просушки на сутки.

Для отысканія Коховскихъ палочекъ были приготовлены препараты изъ легкаго, плевры и изъ стѣнки каверны, также вышеописаннымъ способомъ, только вмѣсто окрашиванія гематоксилиномъ съ эозиномъ они были окрашены по способу Циля-Неельсона.

Плебра сильно утолщена; мѣстами въ ней залегаютъ жировыя клѣтки, рѣзко ограниченные по периферіи волокнистой тканью. Въ толщѣ ткани залегаютъ расширенныя кровеносныя сосуды, наполненныя на разрѣзахъ красными кровяными тѣльцами. Мѣстами имѣется тонкая фибриллярная ткань и въ ней также залегаютъ масса сосудовъ, расширенныхъ и заполненныхъ кровяными шариками. Вокругъ сосудовъ замѣчается клѣточная инфильтрація то въ болѣе сильной, то въ болѣе слабой степени, при чемъ ядра хорошо окрашены гематоксилиномъ. Сама же ткань рыхла и какъ бы отечна. Субплеврально преобладаетъ новообразованіе интерстиціальной ткани вокругъ имѣющихся здѣсь бугорковъ. Сами бугорки имѣютъ ретикулярное строеніе. Они расположены то отдѣльно по одному, то соприкасаясь близко другъ къ другу, то сливаясь совсѣмъ между собой по два, по три, посредствомъ интерстиціальнаго процесса. Центръ большинства бугорковъ слабо окрашенъ, зернистъ—казеозно перерожденъ. Въ нѣкоторыхъ бугоркахъ залегаютъ гигантскія клѣтки, сильно разросшіяся, съ двумя, тремя и болѣе ядрами, хорошо окрашивающимися гематоксилиномъ. Нѣкоторыя клѣтки пускаютъ отъ себя нѣсколько, какъ бы лучеобразно, отростковъ, посредствомъ которыхъ онѣ соединяются между собой и заполняютъ собой почти весь центръ бугорка. Сосуды встрѣчаются только въ окружающей бугорки ткани, въ самыхъ же бугоркахъ ихъ нѣтъ. Кромѣ всего этого, въ подплевральной, плевральной и периваскулярной ткани находятся различной формы и очертаній кусочки черныхъ частичекъ. Эти черныя зерна залегаютъ то густымъ скопленіемъ, заслоняющимъ собой и дѣлающимъ мѣстами невозможнымъ различать строеніе ткани, въ которой они лежатъ, то болѣе разбросанно и рѣдко и частью залегаютъ то свободно въ ткани, то какъ

бы захвачены и измельчены клѣточными образованіями. Кромѣ всего вышеописаннаго имѣется на свободной поверхности плевры узкая полоска грязно-мѣднаго цвѣта съ стекловиднымъ перерожденіемъ фибрина.

Легкое мѣстами сохранило свое нормальное гистологическое строеніе, мѣстами же представляетъ плотную, сильно разросшуюся соединительную ткань съ свѣжими и старыми воспалительными гнѣздами, инфильтрированными клѣточными элементами. Мѣстами разращеніе соединительной ткани такъ сильно, что подъ увеличеніемъ IV-й системы нельзя узнать строенія легкаго; только при увеличеніи VII системы видны сдавленные разросшеюся соединительною тканью неправильной формы альвеолы частью уже запруженные, частью еще свободныя. Разращеніе волокнистой ткани между альвеолами мѣстами довольно значительно и потому перегородки между ними значительно утолщены и кромѣ этого инфильтрированы блуждающими и веретенообразными клѣтками и заполнены залегающими здѣсь расширенными кровеносными сосудами. Кромѣ этого здѣсь имѣется довольно сильная инфильтрація черными, непрозрачными частицами, очевидно угля—anthracosis, о расположеніи котораго можно сказать тоже, что было сказано выше. Мѣстами имѣются бугорки, особенно много ихъ на препаратахъ, взятыхъ изъ стѣнки каверны легкаго. Бугорки эти въ различныхъ стадіяхъ развитія: то съ гнѣздной клѣточной инфильтраціей—начальная стадія развитія бугорка, то съ зернистымъ центромъ, слабо окрашивающимся гематоксилиномъ—казеознымъ перерожденіемъ центра. Вокругъ однихъ бугорковъ имѣется интерстиціальны процессъ, вокругъ другихъ еще проходима для воздуха ткань альвеолъ. Одни бугорки лежатъ обособленно, другіе посредствомъ интерстиціального процесса соединяются между собой по два, по три. Въ бугоркахъ лежатъ гигантскія клѣтки съ нѣсколькими ядрами, хорошо окрашивающимися гематоксилиномъ. Форма этихъ клѣтокъ неправильна и отъ нихъ идутъ въ различныхъ направленія отростки. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ препаратовъ можно видѣть, что такіе бугорки, съ распадомъ въ центрѣ и безъ него, находятся группами и отдѣлены другъ отъ друга очень тонкой перегородкой, густо инфильтрированной мелкими клѣтками, или же прямо сливаются другъ съ другомъ и тогда центральное гнѣздо перерожденія имѣетъ развѣтвляющуюся форму. Бугорки находятся не только въ соединительной ткани перегородокъ между альвеолами, но и въ перибронхіальной и периваскулярной ткани легкихъ. На препаратахъ изъ бронха видно утолщеніе какъ стѣнки его, такъ и перибронхіальной ткани и инфильтрація ихъ мелкими клѣтками. Эпителій вездѣ отсутствуетъ, а также мѣстами и

слизистая оболочка. Въ разращенной соединительной ткани масса расширенныхъ сосудовъ, наполненныхъ на разрѣзахъ кровяными шариками. Мѣстами имѣется безсосудистая ретикулярная ткань—бугорокъ, то уже съ казеозно-перерожденнымъ центромъ, то еще въ свѣжемъ состояніи съ расположенными въ нихъ гигантскими клѣтками. Кромѣ этого имѣется много неправильно расположенныхъ въ подслизисто-соединительной ткани слизисто-перерожденныхъ железъ, интенсивно окрашенныхъ гематоксилиномъ, и хрящевыхъ клѣтокъ.

На разрѣзахъ изъ печени видны, на ряду съ нормальными печеночными клѣтками, ядра которыхъ хорошо окрашиваются, и такія, ядра которыхъ окрашиваются слабо—атрофическія клѣтки. Сосуды печени расширены. Цвѣтъ клѣтокъ бурый, число ядеръ во многихъ клѣткахъ увеличено. Мѣстами имѣется гнѣздная клѣточная инфильтрація, мѣстами уже созрѣвшій бугорокъ, съ слабо выраженнымъ въ центрѣ казеознымъ распадомъ. Въ бугоркѣ виденъ сдавленный, но еще не измѣненный желчный протокъ. Въ почкѣ довольно значительное разращеніе соединительной ткани. Подъ капсулой, въ корковомъ слоѣ виденъ слабо еще выраженный бугорокъ. Въ прилегающей къ нему почечной ткани имѣемъ слѣдующія измѣненія: мѣстами ціанотическое окрашиваніе, особенно въ мякотномъ веществѣ, ближе къ сосочкамъ, видное изъ того, что сосуды между мочевыми канальцами мѣстами выполнены красными кровяными тѣльцами. Эпителій увеличенъ въ объемѣ и ядра его слегка гипертрофированы. Мембраны канальцевъ утолщены. На препаратахъ, взятыхъ изъ надпочечной железы, уже макроскопически видно, что болѣе трехъ четвертей препарата занято довольно интенсивно окрашенной въ розовый цвѣтъ, очень слабо просвѣчивающей массой, въ сравненіи съ которой остальная периферическая часть кажется какъ бы сѣрѣе и прозрачнѣе. Микроскопическое изслѣдованіе даетъ безструктурную непрозрачную массу, хорошо окрашенную въ красивый розовый цвѣтъ эозиномъ, рядомъ же съ ней идетъ фиброзная ткань съ залегающею въ ней массой перерѣзанныхъ расширенныхъ сосудовъ, заполненныхъ кровяными тѣльцами, и инфильтрированная довольно сильно мелкими клѣтками, хорошо окрашенными гематоксилиномъ.

Такую же компактную безструктурную массу въ центрѣ препарата, какъ въ надпочечной железнѣ, имѣемъ и въ простатѣ, только здѣсь эта масса еще непрозрачнѣе и гораздо интенсивнѣе окрашена эозиномъ въ темно-красный цвѣтъ. Вокругъ этой массы видна волокнистая ткань, мѣстами ифильтрированная клѣточными элементами. Сосуды расширены и

заполнены кровяными тѣльцами. Кромѣ этого встрѣчаются изрѣдка желе-
зистыя трубочки въ старой рубцовой ткани безъ ядеръ.

Въ тонкой кишкѣ имѣемъ атрофію ворсинокъ и аденоиднаго веще-
ства, сильное истонченіе слизистой оболочки, въ подслизистой-же ткани—
расширеніе кровеносныхъ сосудовъ и заполненіе ихъ кровяными тѣльцами.
Въ окрашенныхъ по способу Циля-Неельсона препаратахъ удалось найти
Коховскія палочки только на срѣзахъ, взятыхъ изъ стѣнки каверны. Онѣ
расположены по одиночкѣ и лежатъ въ бугоркахъ, однѣ—какъ-бы надъ
адромъ гигантской кѣтки, другія на ея отросткахъ.

Изъ изслѣдованныхъ органовъ только тонкая кишка оказалась сво-
бодною отъ бугорковъ со всѣми слѣдующими за ними патологическими
измѣненіями. Всѣ же остальные органы содержатъ въ себѣ бугорки въ
различныхъ стадіяхъ развитія. Одни изъ нихъ, какъ мы выше видѣли,
сохраняютъ ретикулярное строеніе съ мелкозернистой протоплазмой и глад-
кими ядрами кѣтокъ, среди которыхъ встрѣчаются большія гигантскія
кѣтки съ сильно зернистой протоплазмой и съ нѣсколькими большими
ядрами, хорошо окрашивающимися гематоксилиномъ, и нѣсколькими, непра-
вильно расположенными, отростками, посредствомъ которыхъ кѣтки соеди-
няются между собой. Каждый бугорокъ окруженъ какъ бы поясомъ, въ
которомъ находится густое скопленіе маленькихъ кѣтокъ съ мелко-зер-
нистой протоплазмой, съ маленькими ядрами, очень хорошо окрашиваю-
щимися гематоксилиномъ—грануляціонныхъ кѣтокъ. Самый же бугорокъ
лишенъ сосудовъ. Поэтому каждый бугорокъ, достигнувъ извѣстной стадіи
развитія, перестаетъ увеличиваться и долженъ подвергнуться обратному
метаморфозу—казеозному перерожденію, каковое является типическимъ для
старыхъ бугорковъ. Описанныя выше въ надпочечной железнѣ и простатѣ
совершенно безструктурныя массы, очевидно, принадлежатъ старымъ бугор-
камъ, подвергшимся некрозу и распавшимся. Такимъ, образомъ во всѣхъ
изслѣдованныхъ органахъ: легкихъ, бронхахъ, плеврѣ, печени, почкахъ,
подпочечной железнѣ и простатѣ существуетъ анатомическое единство за-
болѣванія—бугорки, какъ молодые, такъ и старые, подвергшіеся козеоз-
ному перерожденію. Такъ какъ бугорокъ составляетъ типическое ново-
образованіе, то, слѣдовательно, заболѣваніе всѣхъ вышесказанныхъ органовъ
должно считать общею бугорчаткою. Если мы имѣемъ въ каждомъ органѣ
и другія измѣненія, кромѣ бугорковъ, то все-таки мы должны на нихъ
смотрѣть какъ на измѣненія, обусловленные одинаковой этиологіей съ
бугорчаткою, т. е. внѣдреніемъ Коховскихъ палочекъ, или же какъ на
явленія вторичныя. Что касается легкихъ, то здѣсь, кромѣ бугорковъ,

мѣстами имѣются заполненные крупнозернистыми массами альвеолы, — массами, въ которыхъ нельзя различить контуровъ кѣтокъ и ядеръ — казеозными массами. Кругомъ же идетъ кѣточная инфильтрація. Очевидно, здѣсь имѣется та форма заболѣванія, которая называется „*pneumonia interstitialis*“. Кромѣ интерстиціального воспаленія легкихъ, вышеописанныя явленія въ плеврѣ — утолщеніе ея вслѣдствіе новообразованія соединительной ткани и кѣточной инфильтраціи — показываютъ, что и она находится въ воспалительномъ состояніи. Упомянутое уже скопленіе черныхъ зеренъ въ легкихъ, въ подплевральной, плевральной и периваскулярной тканяхъ, безъ сомнѣнія, должно считать за *anthracosis*. Бурая окраска печеночныхъ кѣтокъ, комбинированіе нормальныхъ печеночныхъ кѣтокъ съ атрофическими и слабое окрашиваніе въ нихъ ядеръ показываетъ, что здѣсь, кромѣ уже описанныхъ бугорковъ, имѣется бурая атрофія печени. Описанныя, кромѣ бугорковъ, измѣненія въ почкѣ, выполненіе сосудовъ мочевыхъ канальцевъ красными кровяными шариками, набуханіе эпителія канальцевъ, гипертрофія ядеръ и утолщеніе мембраны канальцевъ — суть измѣненія гипертрофическаго и геморрагическаго характера и ихъ надо принять за явленія вторичныя при образованіи бугорковъ въ почкѣ. Описанныя же измѣненія въ тонкихъ кишкахъ указываютъ только на катарральное состояніе ихъ, которое часто предшествуетъ бугорковому пораженію.

Такимъ образомъ, на основаніи макро-и микроскопическаго изслѣдованія должно поставить слѣдующій діагнозъ: „*Pleuritis exudativa sinistra, phthisis bronchiectatica, tuberculosis pulmonum, pleurae, renum, hepatis, glandulae suprarenalis et prostatae, catarrhus intestinorum. Bronchitis et peibronchitis tuberculosa*“.

СССIII. *Pneumonia caseosa desquamativa et tuberculosa.*

М. Комаровскій.

Больная Пелагея Куликова, 41 года, явилась 3 января 1893 года въ Александровскую больницу съ жалобой на прогрессивное исхуданіе, на общую слабость, кашель, обильные ночные поты и поносы. Больная ниже средняго роста съ слабо развитой мускулатурой и почти атрофированной подкожно-жировой кѣтчаткой. Надключичныя и подключичныя впадины выражены рѣзко. Грудная кѣтка укорочена въ передне-заднемъ діаметрѣ. При перкуссіи легкихъ въ лѣвой верхушкѣ слышенъ тимпанитъ, усиливающийся при открываніи рта. При глубокой перкуссіи слышенъ *bruit de pôt felée*. Книзу во второмъ меж-

Проф. Крыловъ. Школьная хроника 1893 г.

реберномъ промежуткѣ имѣется притуплено-тимпаническій тонъ, переходящій книзу въ нормальный. Съ правой стороны въ верхушкѣ, въ Моренгеймовой ямкѣ — тимпаничь. Дыханіе въ верхушкахъ рѣзко бронхиальное, переходящее книзу въ жесткое съ мелкими хрипами. Границы другихъ органовъ нормальны. Со стороны кишечника наблюдаются частые поносы. Страдаетъ головными болями, по ночамъ потѣетъ. Температура лихорадочная, типа *subcontinua*. Умерла 9-го марта. Вскрытіе 10-го марта.

Кости свода склерозированы, безкровны. Мягкая мозговая оболочка истончена; при снятіи разрывается. Ткань мозга отечна, желтовато-бѣлаго цвѣта. Сосуды основанія безъ измѣненій. Сердце слегка увеличено. Мускулатура дрябла. *Endocardium* лѣваго предсердія и *bicuspidalis* утолщены. Полость лѣваго желудка слегка увеличена, стѣнки также утолщены и дряблы. Большіе сосуды тонкостѣнны, безъ особенныхъ измѣненій. Оба легкія мѣстами сращены съ грудной стѣнкой старыми ложными перепонками. Между ними по всей поверхности легкихъ находятся обильныя фибринозныя отложенія; въ разрѣзѣ въ верхушкѣ имѣются каверны величиною болѣе куриного яйца съ трабекулярными сѣро-аспиднаго цвѣта стѣнками и кровянистой жидкостью съ плавающими въ ней сѣрыми клочьями. Нижняя доля лѣваго легкаго пронизана сѣрыми фиброзными узелками съ желтыми бугорками. Въ нижней долѣ праваго легкаго при такихъ же узелкахъ замѣчается сплошная красная гепатизація. Селезенка увеличена въ объемѣ, въ разрѣзѣ блѣдно-краснаго цвѣта съ утолщенными трабекулами. Печень нормальнаго объема, хруститъ подъ ножомъ, въ разрѣзѣ слегка зерниста, темно-коричневаго цвѣта. Почки нормальнаго объема, капсула снимается легко. Корковый слой истонченъ, неравномѣрно краснаго цвѣта; сосочки притуплены, лоханки умѣренно расширены. Пузырь сильно растянутъ, безъ особенныхъ измѣненій. Матка мала. Влагалищная часть и шейка фиброзно перерождены. Слизистая оболочка желудка и тонкихъ кишки атрофированы, сѣро-аспиднаго цвѣта. Въ нижнихъ петляхъ подвздошной кишки разсѣяны казеозно-перерожденные фолликулы съ мелкими кратеровидными язвами. Въ восходящей части ободочной кишки нѣсколько, величиной до вишневой косточки, язвъ съ утолщенными бугристыми темно-краснаго цвѣта краями и такимъ же дномъ, на которыхъ разсѣяны мелкіе, желтые узелки. Нисходящая часть ободочной кишки въ состояніи сокращенія. *Muscularis* гипертрофирована, *mucosa* собрана въ неправильно бугристыя складки.

Для приготовленія микроскопическихъ препаратовъ кусочки изъ различныхъ органовъ были положены на недѣлю въ Мюллеровскую жидкость для уплотненія, причемъ жидкость эта мѣнялась два дня каждый день, а потомъ черезъ день; затѣмъ они были перенесены на сутки въ промывалку, подъ постоянной струей воды. Послѣ этого кусочки три дня обезжизнивались въ спиртѣ, послѣ чего они были перенесены въ смѣсь кедроваго масла съ ксилоломъ для просвѣтленія; отсюда кусочки были положены въ смѣсь хлороформа съ парафиномъ, гдѣ оставались сутки въ термостатѣ при $t=36^{\circ}$ C. Послѣ этого кусочки лежали еще сутки въ расплавленномъ чистомъ парафинѣ въ термостатѣ при $t=51^{\circ}$ C. и тогда уже окончательно залиты въ парафинъ. Тонкіе разрѣзы этихъ кусочковъ по удаленіи парафина изслѣдовались въ канадскомъ бальзамѣ послѣ предварительной двойной окраски гематоксилиномъ и эозиномъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи срѣзовъ, взятыхъ изъ различныхъ частей легкихъ, обнаруживаются слѣдующія измѣненія: сравнительно очень небольшое число легочныхъ альвеолъ заключаютъ въ себѣ нѣсколько большихъ, почти круглыхъ клѣтокъ съ зернистой протоплазмой и разбухшими ядрами, лежащими свободно въ полости альвеолъ; повидимому, это отслоившіяся клѣтки альвеолярнаго эпителія, такъ какъ кое-гдѣ видно, какъ эпителій легочныхъ альвеолъ отстаетъ отъ стѣнокъ; соединительно-тканныя перегородки альвеолъ представляются утолщенными. Далѣе, мы видимъ, что альвеолы заполнены этими отслоившимися клѣтками альвеолярнаго эпителія и кровяными тѣльцами, при чемъ бѣлыхъ больше, чѣмъ красныхъ; красныя рѣзко окрашены въ розовый цвѣтъ эозиномъ, а бѣлыя обнаруживаютъ гематоксилиновую окраску ядеръ, при чемъ альвеолярныя перегородки утолщены, но не очень. Элементы эти заложены въ сѣти фибрина. Дальнѣйшую стадію патологическаго процесса представляютъ альвеолы, въ которыхъ форменныхъ элементовъ очень мало, а вмѣсто нихъ клѣточный распадъ и отломки ядеръ; этотъ распадъ занимаетъ центръ альвеолы, а периферію занимаютъ форменные элементы, между которыми имѣются мелкія, круглыя клѣтки съ маленькими ядрами; эти клѣтки инфильтрируютъ альвеолярныя перегородки, которыя мѣстами разорваны. Всѣ эти измѣненія имѣются въ сравнительно небольшихъ участкахъ легкихъ. Большая часть легочной ткани представляется гомогенной, заполненной сплошной, плохо-окрашивающейся, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ слизистой массой. Вся эта масса окрашена въ розовый цвѣтъ, а мѣстами, болѣе центрально, сѣраго цвѣта. Перегородокъ въ этой массѣ не замѣтно; слѣды ихъ обнаруживаются полосчатой, болѣе интенсивной розовой окраской. На границѣ этой массы съ менѣе измѣненной легочной тканью имѣется инфильтрація мелкими, круглыми клѣтками. Во всей этой массѣ сосудовъ нигдѣ не видно. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видно, что эти массы выпали и образовали въ центрѣ полость съ бухтообразными выемками, къ периферіи этой массы, неправильной формы. Образованія съ подобными массами представляютъ собою казеозно-перерожденные гнѣзда.

На разрѣзахъ изъ нижней доли праваго легкаго видно, что альвеолы содержатъ въ себѣ фибринозныя сѣтчатые отложенія, въ петляхъ которыхъ находятся кровяныя тѣльца въ большомъ количествѣ, а альвеолярныя перегородки не измѣнены.

Мелкіе бронхи, гдѣ еще можно различить ихъ, представляются утолщенными насчетъ развитія перибронхіальной соединительной ткани, которая сплошь инфильтрирована мелкими, круглыми клѣтками. Тамъ, гдѣ

бронхъ прилегають къ казеозно-перерожденному гнѣзду, мы видимъ, что стѣнка бронха тоже подверглась казеозному перерожденію и просвѣтъ бронха закупорился казеозными пробками, которыя въ большей части легочной ткани настолько закупорили просвѣтъ и измѣнили стѣнки бронха, что о существованіи его можно только судить по концентрической слоистости и по остаткамъ стѣночекъ. На разрѣзахъ чрезъ крупный бронхъ и бронхіальную железу видимъ, что эпителий слизистой оболочки слущенъ, слизистая оболочка образуетъ складки, гиперемирована и инфильтрирована мелкими, круглыми клѣтками. Submucosa утолщена и инфильтрирована тѣми же клѣтками. Слизевыя железы, заложенные между хрящевыми сегментами, расширены; эпителий находится въ состояніи зернистаго перерожденія, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ эпителиальныя клѣтки разбухли и отслоились, заполнивши просвѣтъ железы. Соединительно-тканная строма всюду инфильтрирована мелкими, круглыми клѣтками, иначе называемыми грануляціонными клѣтками. Сосуды представляются закупоренными кровяными тѣльцами; стѣнки ихъ утолщены насчетъ развитія соединительно-тканнаго влагалища, которое также инфильтрировано мелкими, круглыми клѣтками. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ стѣнки сосудовъ, примыкающихъ къ казеозно-перерожденнымъ гнѣздамъ, также казеозно-перерождены, а просвѣтъ заполненъ этими массами. На препаратахъ изъ тѣхъ-же легкихъ, на отдѣльныхъ участкахъ видно, что внутри альвеолъ имѣется волокнистая сѣть, въ петляхъ которой заложены грануляціонные элементы.

Въ плевральной, периваскулярной и перибронхіальной ткани находятся различной формы глыбы и кусочки черныхъ частичекъ. Почти всюду вдоль сосудовъ и въ лимфатическихъ железахъ находится настолько густое скопленіе черныхъ частичекъ, что сквозь нихъ нельзя разсмотрѣть строенія той ткани, въ которой онѣ заложены—anthracosis. Бронхіальныя железы, гдѣ онѣ свободны отъ этихъ частичекъ, представляются казеозно-перерожденными, однородными, окрашенными въ розовый цвѣтъ. О строеніи этихъ желѣзъ даетъ понятіе розовая окраска различной интенсивности: капсула и капсулярныя перекладины представляются красными полосками, а фолликулы—розовыми мѣшечками. Кое-гдѣ замѣтны лимфоидные элементы, какъ остатки мякоти железы. Плевра при микроскопическомъ изслѣдованіи волокнисто-утолщена насчетъ развитія фиброзной ткани, изобилуетъ сосудами, переполненными кровяными тѣльцами.

На поперечныхъ разрѣзахъ изъ стѣнки каверны мы видимъ, что стѣнка каверны представляетъ собой волокнистую соединительно-тканную оболочку, которая отдѣляетъ омертвѣвшія ткани отъ сравнительно еще

здоровой легочной ткани. Эта ткань со стороны полости представляется изъѣденной, омертвѣвшей, такъ что никакихъ форменныхъ элементовъ не видно; слѣдующіе слои заключаютъ въ себѣ казеозно-перерожденные мѣста, сплошную инфильтрацію грануляціонными клѣтками, много новообразованныхъ сосудовъ, которые, вслѣдствіе творожистаго перерожденія ткани, обусловили большія кровеизліянія; эти мѣста окрашены эозиномъ въ розовый цвѣтъ. Передвигая препараты въ сторону легочной ткани, мы видимъ, какъ постепенно эта ткань переходитъ въ нормальную, гдѣ легочныя альвеолы представляются болѣе или менѣе сохранившимися съ характернымъ строеніемъ. Каверна лежитъ подъ плеврой, такъ какъ за тонкимъ слоемъ легочной ткани слѣдуетъ фиброзно-утолщенная плевра.

Кромѣ того въ *pleura costali*, въ легочной ткани, на границѣ перехода легочной паренхимы въ плевру, а главнымъ образомъ въ утолщенной *adventitia* венозныхъ сосудовъ имѣются особаго рода образованія, въ средней части которыхъ мы видимъ большія, круглой или вытянутой формы, клѣтки съ мелкозернистой протоплазмой, окрашенной въ розовый цвѣтъ, съ большимъ количествомъ пузырькообразныхъ ядеръ, лежащихъ эксцентрически и хорошо окрашивающихся гематоксилиномъ въ синій цвѣтъ. Эти клѣтки окружены гораздо меньшими круглыми клѣтками съ маленькими ядрами; эти-же клѣтки инфильтрируютъ окружающую ткань. При внимательномъ осмотрѣ можно видѣть, что клѣтки эти заложены въ тонкой густой сѣти. Сосудовъ въ подобныхъ образованіяхъ нѣтъ. Эти образованія съ большими или гигантскими клѣтками представляютъ собой бугорки, которые, вслѣдствіе отсутствія сосудовъ, подвергаются обратному метаморфозу съ исходомъ въ казеозное перерожденіе, при чемъ клѣточные элементы омертвѣваютъ, начиная съ центра, а потому мы и получаемъ при микроскопическомъ изслѣдованіи въ этомъ періодѣ слѣдующую картину: казеозно-перерожденное гнѣздо въ серединѣ вовсе неокрашено, сѣраго цвѣта; по направленію къ периферіи, имѣющей вообще неправильную форму, замѣчаются клѣточные элементы, заполняющіе окружающую ткань довольно густо. Такіе казеозно-перерожденные бугорки имѣются въ большомъ количествѣ въ легочной ткани. Сверхъ того на препаратахъ изъ содержимаго каверны и уплотненной ткани легкихъ, послѣ двойной окраски фуксиномъ и метиленовой синькой мы находимъ въ громадномъ количествѣ, какъ въ одиночку, такъ и группами туберкулезныя бациллы Коха, которые, находясь повсюду въ бугоркахъ, указываютъ, что мы имѣемъ здѣсь туберкулезный процессъ.

Такимъ образомъ микроскопическое изслѣдованіе легкихъ и плевры обнаруживаетъ, что здѣсь имѣются два процесса: десквамативная (а въ нижней долѣ праваго легкаго фибринозная) пневмонія съ исходомъ въ казеозное перерожденіе и бугорковый процессъ. Нужно думать, что былъ бронхитъ, который далъ удобную почву для вѣдренія туберкулезнаго бацилла, обусловившаго туберкулезныя изъязвленія слизистой оболочки; за бронхитомъ послѣдовалъ перибронхитъ тоже туберкулезнаго характера, который, влѣдствіе нарушенія кровообращенія въ интерстиціальной ткани легочной паренхимы, явился причиной десквамативной пневмоніи. Эта послѣдняя повела къ казеозному перерожденію опять-же благодаря туберкулезнымъ бацилламъ, въ каковомъ періодѣ мы и находимъ легкія, а потому трупный микроскопическій діагнозъ въ данномъ случаѣ—*Pneumonia caseosa tuberculosa*, а въ правой нижней долѣ мы имѣемъ *pneumonia fibrinosa*, какъ свѣжее осложненіе, повлекшее за собою омертвѣніе.

Микроскопическое изслѣдованіе препаратовъ изъ печени обнаружило умѣренный интерстиціальный процессъ: развитіе соединительной ткани главнымъ образомъ вдоль междольковыхъ сосудовъ. Печеночныя клѣтки вблизи этой ткани уменьшены, безъ свойственной имъ угловатости и содержатъ въ себѣ желто-бурыя зернышки красящаго вещества желчи; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ рядомъ съ атрофированными клѣтками имѣются жирно-перерожденные клѣтки. Въ отдѣльныхъ участкахъ печеночной паренхимы видны расширенныя капилляры, запруженные кровяными тѣльцами; печеночныя клѣтки отъ давленія также подверглись атрофіи. Рядомъ съ явленіями бурой и красной атрофіи имѣются бугорки: въ развившейся соединительной ткани видны атрофированныя печеночныя клѣтки вмѣстѣ съ мелкими, круглыми клѣтками и большія вытянутыя или сплюснутыя клѣтки—гигантскія клѣтки—съ большимъ количествомъ эксцентрически лежащихъ, пузырькообразныхъ ядеръ; бугорки эти рѣзко отдѣлены отъ печеночной паренхимы и имѣютъ почти правильную кругообразную форму. На срѣзахъ селезенки мы видимъ утолщеніе капсулярныхъ перекладинъ, переполненіе кровяными тѣльцами и вообще обиліе лимфатическихъ клѣтокъ. Кромѣ того имѣется очень много бугорковъ съ характернымъ для нихъ строеніемъ.

На поперечныхъ разрѣзахъ чрезъ край и дно одной изъ язвъ тонкой кишки видно, что болѣзненнымъ процессомъ разрушена слизистая оболочка тонкой кишки, а дно язвы составляетъ внутренній круговой слой гладкихъ мышечныхъ элементовъ кишки. Ткани краевъ и дна язвы густо инфильтрованы мелкими клѣтками. Въ окружности язвы въ ш-

cosa и submucosa имѣются бугорки, какъ въ легкихъ, плеврѣ, печени и селезенкѣ. Либержюновы железы расширены и запружены круглыми, мелкими клѣтками.

Исслѣдованіе почекъ обнаруживаетъ явленія застойной почки: соединительная ткань между мочевыми канальцами раздвинута, при чемъ она кажется состоящей изъ плотныхъ, тонкихъ волоконцевъ; развитіе этой ткани обусловило въ нѣкоторыхъ мѣстахъ фиброзное запустѣніе Мальпигіевыхъ клубочковъ. Прямые канальцы сдавлены; эпителий частью въ состояніи набуханія, частью отслоенъ и вслѣдствіе этого заполнилъ просвѣтъ; кое-гдѣ имѣется и зернистое перерожденіе эпителия. На разрѣзахъ сердца обнаруживаются въ мышечныхъ волокнахъ, преимущественно вблизи ядеръ, буроватыя зернышки пигмента; сами мускульныя волокна представляются уменьшенными, съ очень ясной поперечной исчерченностью; сосуды склерозированы, попадаются прослойки волокнистой соединительной ткани. Что касается механизма смерти, то онъ, при наличности вышеописанныхъ измѣненій, очень ясенъ: запустѣніе большей части легочной паренхимы вслѣдствіе казеознаго перерожденія обусловило замедленіе кровообращенія, застойныя явленія въ маломъ кругу, обѣднѣніе кровью большого круга, а потому и ослабленіе питанія и дѣятельности сердца; появившіеся въ послѣднее время изнурительные поносы повели организмъ къ быстрому истощенію, къ маразму, а острые воспалительныя измѣненія въ легкихъ и въ плеврѣ повлекли къ летальному исходу. Такимъ образомъ, на основаніи микроскопическаго изслѣдованія, мы должны поставить слѣдующій трупный діагнозъ: *Pneumonia caseosa tuberculosa, tuberculosis miliaris pleurae, hepatis, lienis et intestinorum, atrophia fusca cordis et induratio cyanotica renum.*

CCCIV. Phthisis fibrosa tuberculosa.

Ф. Гойеръ.

Николай Новиковъ, крестьянинъ Калужской губерніи, торговецъ, 42 лѣтъ отъ роду, былъ доставленъ 5 марта 1893 года въ Александровскую больницу въ безсознательномъ состояніи. Больной представлялся истощеннымъ, температура сильно повышена (40°), на кожѣ обильныя петехіи. Дальнѣйшихъ изслѣдованій, въ виду тяжелаго состоянія больного, не было произведено и онъ былъ отправленъ подъ діагнозомъ «typhus exanthematicus» въ сыпной баракъ. На слѣдующій день больной умеръ.

Проф. Крыловъ. Школьная хроника 1893 г.

*

Вскрытіе произведено 8 марта. Кости свода атрофированы, порозны, ціанотично окрашены. Твердая мозговая оболочка сильно утолщена, мягкая умѣренно отечна, при сниманіи легко отдѣляется, сочна въ отросткахъ. Ткань мозга малокровна, желтоватаго цвѣта, пронизана красноватыми полосками; сосуды основанія безъ измѣненій. Сердце мало, блѣдно, дрябло; клапаны безъ измѣненій. Околосердечная сумка водяночно растянута, сращена съ легкими. Оба легкія плотно сращены съ грудной стѣнкой старыми ложными перепонками. Въ верхушкѣ лѣваго легкаго разсѣяны фиброзные, перибронхитическіе узлы и находятся двѣ каверны величиною въ грецкій орѣхъ, изъ которыхъ одна имѣетъ кожистую, волокнистую стѣнку, другая—бородавчатую стѣнку и кашицеобразную массу. Проходимая для воздуха ткань сильно отечна, черновато-краснаго цвѣта, какъ бы вслѣдствіе кровянистой инфильтраціи, въ особенности въ нижней долѣ. Плевритическія сращенія, въ особенности *pleura costalis* и *diaphragmatica*, пронизаны многочисленными сѣрыми милиарными узелками, почти хрящевой консистенціи. Правое легкое содержитъ омѣловленные казеозные узлы въ верхушкѣ и разсѣянные, аспиднаго цвѣта, перибронхитическіе узлы; проходима ткань его представляетъ тѣ же измѣненія, что и въ нижней долѣ лѣваго легкаго, менѣе рѣзко выраженные. Селезенка мала, пульпа сильно размягчена, фіолетово-краснаго цвѣта. Печень увеличена, салоподобной консистенціи, желтовато-коричневаго цвѣта. Почки нормальнаго объема; капсула съ трудомъ отдѣляется; ткань кожиста, неравномѣрно гиперемирована. Кортикальный слой сѣраго цвѣта, зернистъ. Лоханки сужены, клѣтчатка около нихъ сильно развита. Пузырь малъ, *prostate* увеличена. Желудокъ сжатъ, въ выходной части трубчатой формы. Слизистая оболочка блѣдна складками, аспиднаго цвѣта. Тонкія кишки въ состояніи сокращенія. Ободочная кишка также въ состояніи сокращенія; слизистая оболочка, начиная со слѣпой, покрыта густой, бѣловатой слизью.

Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты кусочки изъ верхушекъ и нижнихъ долей легкихъ, плевры, діафрагмы, сердца, печени, почки и селезенки, при чемъ сердце и селезенка изслѣдованы на свѣжихъ расщипанныхъ препаратахъ. Остальные кусочки уплотнялись 9 дней въ Мюллеровской жидкости, послѣ чего промывались въ теченіе сутокъ проточной водой. Затѣмъ они были перенесены въ спиртъ на 3 дня для уплотненія и обезвоживанія; изъ спирта кусочки положены были въ смѣсь кедроваго масла и ксилола на сутки, затѣмъ въ смѣсь парафина съ хлороформомъ въ термостатъ при 37° и, наконецъ, въ жидкій парафинъ при 55°. Окраска препаратовъ производилась гематоксилиномъ и эозиномъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи, на большей части препаратовъ, приготовленныхъ изъ верхнихъ долей легкихъ, строеніе легочной ткани совершенно затемняется вслѣдствіе разросшей здѣсь волокнистой и фиброзной соединительной ткани. Бронхи и сосуды, находящіеся въ данныхъ участкахъ легкаго, окружены по большей части плотной соединительной тканью. Мѣстами встрѣчаются участки, гдѣ видна вновь образующаяся соединительная ткань: кромѣ сформировавшихся волоконъ встрѣчаются круглыя молодыя клѣтки, овальныя, веретенообразныя и звѣздчатыя. На

нѣкоторыхъ мѣстахъ, преимущественно на периферіи, замѣчаются еще кое-гдѣ оставшіяся альвеолы съ утолщенными на счетъ соединительной ткани перегородками. Тутъ же замѣчаются мелко-зернистыя массы неправильнаго очертанія и расположенныя въ разрушенныхъ альвеолахъ и промежуточной соединительной ткани. Массы эти не имѣютъ никакого строенія и плохо окрашиваются. На препаратахъ изъ нижнихъ долей легкаго, гдѣ строеніе его еще сохранено, альвеолярныя перегородки представляются нѣсколько утолщенными, вслѣдствіе инфильтраціи, круглыми клѣтками. Альвеолы сильно растянуты и заполнены красными и бѣлыми кровяными шариками, такъ что получается впечатлѣніе, какъ будто здѣсь произошло кровенизліяніе. На другихъ мѣстахъ альвеолы заполнены, впрочемъ не сплошь, фибриновымъ эксудатомъ съ примѣсью кровяныхъ тѣлецъ и отпавшимъ легочнымъ эпителиемъ.

Кромѣ всего вышеописаннаго, на многихъ препаратахъ, взятыхъ изъ верхнихъ долей, замѣчаются еще и другія образованія, представляющія характерное строеніе: всѣ эти образованія представляются въ видѣ узелковъ различной величины. Въ составъ этихъ узелковъ входятъ расположенныя въ центральной части довольно крупныя, неправильной формы клѣтки съ ядромъ овальной формы и зернистой протоплазмой (эпителіоидныя клѣтки). Далѣе, въ такихъ узлахъ находятся по одной, по двѣ и больше, значительной величины клѣтокъ съ массой ядеръ, расположенныхъ въ однѣхъ клѣткахъ по периферіи, въ другихъ — безъ всякаго порядка. Клѣтки эти имѣютъ различную форму: то овальную, то полулунную, то совершенно круглую. Располагаются онѣ въ указанныхъ узелкахъ или центрально, или, что въ данномъ случаѣ чаще, эксцентрически. Клѣтки эти носятъ названіе гигантскихъ. По периферіи узелковъ замѣчается большое количество мелкихъ, частью круглыхъ, частью вытянутыхъ, съ хорошо окрашивающимся ядромъ, клѣтокъ. Въ нѣкоторыхъ узелкахъ замѣчается ясно выраженная ретикулярная строма, въ которую заложены выше описанныя эпителіоидныя и гигантскія клѣтки. Не вездѣ, однако, эти узелки сохраняютъ подобное строеніе. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ въ центральной части замѣчаются, вмѣсто клѣтокъ съ ясными контурами, зернистыя массы, плохо окрашивающіяся (казеозныя массы). Въ другихъ узлахъ, которые похожи на только что описанныя только своей формой, строеніе значительно разнится, именно, вмѣсто клѣточныхъ элементовъ замѣчается ограниченная зернистая масса безъ всякаго намека на клѣтки и ядра. Мѣстами встрѣчаются, наконецъ, и такіе узелки, которые имѣютъ волокнистое строеніе, т. е. они сплошь состоятъ изъ во-

локнистой, фиброзной соединительной ткани, расположенной по слоямъ—концентрически. Иногда такіе узелки (съ волокнистымъ строеніемъ) собраны по нѣскольку вмѣстѣ и заключены въ общей соединительной капсулѣ. Величина узелковъ, какъ мы сказали, различна. Одни изъ нихъ подѣ 4 сист. Hartn. занимаютъ все поле зрѣнія, другіе незначительную только часть. Очень немногіе изъ нихъ занимаютъ большее пространство, такъ что приходится для полнаго обзора передвигать препаратъ. Всѣ вышеописанные узелки оказываются безсосудистыми. Заложены они или въ интерлобулярной или интеральвеолярной соединительной ткани.

Стѣнки бронховъ на большей части препаратовъ представляются утолщенными. Слизистая оболочка ихъ мѣстами сохранилась, мѣстами отслоилась, зернисто перерождена и густо инфильтрирована чернымъ пигментомъ. Перибронхіальная ткань является утолщенной, отчасти вслѣдствіе мелко-кѣлочной инфильтраціи, отчасти вслѣдствіе разраженія соединительной ткани. На одномъ препаратѣ разрѣзъ прошелъ черезъ бронхъ, стѣнки котораго представляются рѣзко утолщенными и совершенно фиброзно перерожденными. Сосуды почти всѣ растянуты и наполнены кровавыми шариками. Стѣнки ихъ утолщены насчетъ adventitiae, особенно тѣхъ, которые находятся вблизи вышеупомянутыхъ очаговъ съ зернистымъ распадомъ. Мѣстами можно видѣть расширенные vasa vasorum. Остается упомянуть еще объ одной аномаліи легкихъ: подѣ микроскопомъ во многихъ мѣстахъ видно болѣе или менѣе значительное скопленіе черныхъ частичекъ крайне неправильной формы, непронускающихъ свѣта. Частички эти находятся мѣстами въ такомъ большомъ количествѣ, что затемняютъ картину препарата. Частички эти расположены въ интерлобулярной, интеральвеолярной ткани; встрѣчаются онѣ также въ слизистой оболочкѣ бронховъ, въ перибронхіальной и периваскулярной ткани. На препаратахъ, взятыхъ изъ плевры, замѣчается, что ткань плевры плотна и наклонна къ фиброзному перерожденію. Въ основной ткани заложена масса узловъ фиброзно-перерожденныхъ и почти стекловидныхъ безъ кѣлочныхъ элементовъ и сосудовъ. Встрѣчаются здѣсь, какъ и въ легкихъ, узелки, собранные по нѣскольку вмѣстѣ. Сосуды также наполнены красными кровавыми шариками. Въ діафрагмѣ находятся тѣже измѣненія, что и въ плеврѣ.

На расщипанныхъ препаратахъ изъ сердца было найдено, что мышечныя кѣтки уменьшены въ объемѣ, поперечная полосатость ихъ сохранена. Въ центрѣ, около ядра протоплазма является рѣзко зернистой и имѣется незначительное скопленіе бурого пигмента.—На свѣже расщи-

панныхъ препаратахъ изъ селезенки оказалось, что строеніе ея измѣнено до неузнаваемости; на препаратѣ видна зернистая масса и кое гдѣ сохранившіеся лимфoidные элементы. При микроскопическомъ изслѣдованіи стойкихъ препаратовъ изъ печени было найдено, что печеночныя кѣтки находятся въ различной стадіи перерожденія. Большинство ихъ находятся въ стадіи набуханія, форма ихъ рѣзко измѣнена. Протоплазма мутно-зерниста, ядра плохо или совсѣмъ не окрашиваются. Мѣстами, въ центрѣ дольки, печеночныя кѣтки рѣзко атрофированы вслѣдствіе сдавленія ихъ расширенной веной и капиллярами. Въ такихъ участкахъ ясно видны расширенныя капилляры, наполненныя красными кровяными шариками. Такихъ участковъ, впрочемъ, встрѣчается немного.—При изслѣдованіи препаратовъ изъ почекъ найдено слѣдующее: клубочки частью безъ измѣненія, частью сморщены и отстаютъ отъ капсулы. Эпителий извитыхъ мочевыхъ канальцевъ представляется набухшимъ, мутно-зернистымъ; ядра его или совсѣмъ не окрашиваются, или крайне слабо. Просвѣтъ канальцевъ почти всюду заполненъ отслоившимся отъ стѣнокъ канальца эпителиемъ. Эпителий прямыхъ канальцевъ представляетъ тѣже измѣненія, но въ значительно меньшей степени; ядра хорошо окрашиваются.

Обращаясь теперь къ оцѣнкѣ найденныхъ нами измѣненій въ изслѣдованныхъ органахъ, мы видимъ, что главнѣйшія изъ нихъ касаются легочной ткани. Въ легкихъ имѣются, очевидно, два воспалительныхъ процесса: новообразовательный съ сильнымъ развитіемъ соединительной ткани (*pneumonia interstitialis, fibrosa*),—другой съ явленіями гипостаза и десквамаціей легочнаго эпителия (*pneumonia hypostatica*). Первый изъ названныхъ процессовъ старый, долго тянувшійся, судя по количеству развившейся повсюду соединительной ткани и гнѣздится только въ верхнихъ доляхъ легкихъ. Процессъ этотъ несомнѣнно специфическій, туберкулезный, что доказывается присутствіемъ характерныхъ палочекъ Коха, полученныхъ на препаратахъ, окрашенныхъ Цилевскимъ растворомъ, а также присутствіемъ характерныхъ для даннаго (туберкулезнаго) процесса узелковъ (*tubercula*). Присутствіе творожистыхъ массъ указываетъ, что здѣсь имѣется комбинація интерстиціального, бугорковаго воспаления съ творожистымъ. Второй процессъ, занимающій нижнія доли легкихъ, есть измѣненіе, по времени своего появленія, послѣдовательное, явившееся, вѣроятно, или вслѣдствіе аспираціи продуктовъ дегенераціи, или вслѣдствіе новой инфекціи. Описанное выше накопленіе въ интерлобулярной, интеральвеолярной, перибронхіальной и периваскулярной ткани черного пиг-

мента—есть ничто иное, какъ anthracosis.—Въ плеврѣ и діафрагмѣ процессъ носить, повидимому, также специфическій (туберкулезный) характеръ; здѣсь наиболѣе рѣзко выражено фиброзное перерожденіе узелковъ. Въ сердцѣ, на основаніи найденныхъ измѣненій, констатируется бурая атрофія (*atrophia fusca cordis*). Въ печени существуютъ два рода измѣненій. Одно изъ нихъ имѣетъ преобладающее значеніе и состоитъ въ паренхиматозномъ перерожденіи печеночныхъ клѣтокъ; другое измѣненіе ограничивается незначительными участками. Оно, какъ мы видѣли выше, состоитъ въ атрофіи печеночныхъ клѣтокъ, расположенныхъ въ долькѣ центрально. Атрофія эта произошла вслѣдствіе давленія расширившихся внутри дольныхъ сосудовъ на эти клѣтки. Такое измѣненіе носить названіе красной атрофіи. Въ почкахъ констатируются такіа-же паренхиматозныя измѣненія, какъ и въ печени. Мѣстами эпителий мочевыхъ канальцевъ, повидимому, некротизированъ. Всѣ вышеописанныя измѣненія въ сердцѣ, въ печени, селезенкѣ, можно считать послѣдствіями имѣющихся процессовъ въ легкихъ.

Что касается предположенія, высказаннаго при поступленіи Новикова въ больницу, о сыпномъ тифѣ, то высказаться утвердительно за правильно поставленный діагнозъ мы въ данномъ случаѣ не можемъ, ибо при сыпномъ тифѣ мы никогда не находимъ никакихъ характерныхъ патогномическихъ, анатомическихъ измѣненій. Мы постоянно встрѣчаемъ въ такихъ случаяхъ послѣдствія высокой лихорадочной t^0 , сопровождаемая нарушеніемъ питанія и склонностью къ мутному набуханію и жировому перерожденію различныхъ органовъ. Ни на одинъ органъ нельзя указать, какъ на особое, главное средоточіе болѣзненнаго процесса. Летальный исходъ въ данномъ случаѣ могъ одинаково произойти какъ отъ присоединившейся къ основному туберкулезному процессу гипостатической пневмоніи, такъ и отъ сыпного тифа вслѣдствіе развившейся *debilitatis cordis*.