

*Д. Мишенин*



# СБОРНИКЪ ТРУДОВЪ,

ПОСВЯЩЕННЫЙ

*АИИ*

ПРОФЕССОРУ ИМПЕРАТОРСКАГО НОВОРОССИЙСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

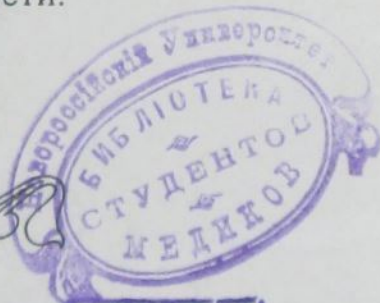
Дмитрію Павловичу

КИШЕНСКОМУ

въ день двадцатипятилѣтія его научно-преподавательской  
дѣятельности.

1952

2012



1972

ОДЕССА.  
1910.

ИНВЕНТАР

№ 1411

61

Печатано въ типогафіи газеты „Русская Рѣчь“.  
Клише приготовлены цинкографіей Новакъ и Побуда въ Одессѣ.  
Фототип. портретъ изготовленъ фирмой Meisenbach, Riffarth & Co.  
Leipzig.

ПЕРЕОБЛІК

Recte vivere, alterum non laedere,  
suum cuique tribuere.

21 Ноября 1910 г. исполняется 25-лѣтіе научной и преподавательской дѣятельности Ординарнаго Профессора Императорскаго Новороссійскаго Университета Дмитрія Павловича Кишенскаго.

По этому поводу въ тѣсномъ университетскомъ кружкѣ друзей, товарищей и учениковъ глубокоуважаемаго юбиляра возникла мысль издать въ его честь небольшой сборникъ работъ преимущественно патолого-анатомическаго характера.

Въ настоящее время этотъ „Сборникъ“ появляется въ печати благодаря содѣйствию слѣдующихъ лицъ:

*д-ра Г. И. Баджіева, прив.-доц. В. Д. Бранта, проф. В. В. Воронина, д-ра Б. К. Гогоберидзе, д-ра Н. О. Годзевича, проф. С. С. Головина, д-ра В. М. Емельянова, прив.-доц. М. Б. Зиле, проф. А. И. Игнатовскаго, д-ра И. Е. Корнмана, д-ра Ш. I. Криницкаго, проф. С. В. Левашова, д-ра М. И. Никольскаго, проф. В. Н. Орлова, прив.-доц. I. Ф. Пожарискаго, проф. Н. М. Попова, д-ра В. I. Потапенко, д-ра Р. П. Сапожникова, д-ра И. А. Соколова, д-ра М. Б. Станишевской, д-ра С. С. Станчева, прив.-доц. барона М. М. Тизенгаузена, прив.-доц. Г. И. Томсона, прив.-доц. Л. И. Ускова, прив.-доц. В. П. Филатова, проф. Н. А. Щеголева, д-ра К. А. Юдина.*

Окончивъ наше скромное дѣло, мы просимъ дорогаго Дмитрія Павловича принять эту книгу, какъ выраженіе объединяющаго насъ чувства уваженія къ его научной, учебной и общественной дѣятельности.

25 лѣтъ—большая доля изъ малаго числа годовъ, назначенныхъ въ удѣлъ человѣку. Но въ *этихъ* 25 годахъ слишкомъ много того, что „не въ количествѣ лѣтъ исчисляется“. Здѣсь не мѣсто входить въ оцѣнку результатовъ работы, которой посвящены были эти 25 лѣтъ. Не настало еще время подводить итоги трудовому пути, которому мы искренно желаемъ долгаго, долгаго продолженія.

Мы можемъ лишь съ почтеніемъ преклониться передъ тѣми идеалами честной жизни, которые свѣтятся для насъ въ нравственномъ обликѣ Д. П. Кишенскаго, — идеалами горячей любви къ родинѣ и наукѣ, самоотверженнаго служенія долгу, справедливаго отношенія къ каждому, и къ своему, и къ чужому.

*Проф. С. Головинъ.*

## Списокъ научныхъ трудовъ проф. Д. П. Кишенскаго.

---

Къ вопросу о водобоязни (по архивнымъ документамъ Московской Императорской Екатерининской больницы). Врачъ. № 45. 1887.

Опыты развонокъ чистой культуры актиномикоза. Медицинское Обозрѣніе. № 9 и 10. 1888.

Ueber Actinomycesreinculturen. Archiv für experimentelle Pathologie u. Pharmakologie. Bd. 26. 1888.

По поводу развонокъ чистыхъ культуръ актиномикоза. Медицинское Обозрѣніе. № 7. 1889.

Къ этиологіи столбняка и объ его отношеніи къ септицеміи новорожденныхъ. Медицинское Обозрѣніе. № 18. 1889.

Золотушныя страданія дѣтей и лѣченіе ихъ въ приморскихъ больницахъ во Франціи. Медицинское Обозрѣніе № 18. 1890.

Лионскія хирургическія клиники. Медицинское Обозрѣніе. № 4. 1891.

Экспериментальное изслѣдованіе вліянія чревосѣченія на бугорчатку брюшины у животныхъ. Хирургическая Лѣтопись. № 4. 1893.

Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Laparotomie auf die Bauchfelltuberculose der Tiere. Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie. Bd. IV. 1893.

О процессѣ излѣченія туберкулезныхъ образованій брюшины. Сообщено на IX съѣздѣ естествоиспытателей и врачей въ Москвѣ.

Вліяніе чревосѣченія на туберкулезъ брюшины. Диссертация. Москва. 1894.

Къ этиологіи цереброспинальныхъ менингитовъ. Медицинское Обозрѣніе. № 20. 1895.

Zur Aetiologie der cerebro-spinalen Meningitis. Centralblatt f. allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie. Bd. VII. 1896.

Къ вопросу о происхожденіи эозинофильныхъ клѣтокъ и кристалловъ Charcot-Leyden'a въ мокротѣ у страдающихъ бронхіальной астмой. Русскій Архивъ Патологіи. Т. I. Февраль. 1896.

Ein Verfahren zur schnellen mikroskopischen Untersuchung auf Bakterien in Deckglas- und Objectträgerpräparaten. Centralblatt f. Bakteriologie. Bd. 21. 1897.

Prophylaxie de la diphtérie. Annales de médecine et chirurgie infantiles. № 20. 1900.

Два случая внутренняго ущемленія кишекъ. Хирургія. № 42. 1900.

Объ отложеніи извести въ легкихъ и въ желудкѣ. Медицинское Обозрѣніе. Декабрь. 1900.

Ueber Kalkablagerung in den Lungen und dem Magen. Ауто-рефератъ. Centralblatt f. allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie. № 16. 1901.

Первичный плоскоклеточный рак лоханокъ и метаплазія эпителия слизистыхъ оболочекъ лоханокъ, таза и мочеточниковъ. Русскій Архивъ. Апрель. 1901.

Primärer Plattenepithelkrebs der Nierenkelche und Metaplasie des Epithels der Nierenkelche, des Nierenbeckens und des Ureters. Ziegler's Beiträge. Bd. 30. 1901.

Сморщенная почка и атрофія артерій и вены и мочеточника. Медицинское Обозрѣніе. Февраль. 1901.

Циркоидная аневризма селезеночной артерій. Медицинское Обозрѣніе. Апрель. 1901.

Современныя школы патологии въ Германіи. Ziegler—Freiburg и Marchand—Leipzig. Русскій Врачъ. № 6. Т. I 1902.

Zur Frage über die Resorption des Fettes im Darmkanal und über den Transport desselben in andere Organe. Предварительное сообщеніе. Centralblatt f. pathologische Anatomie. Bd. XIII. № 1. 1902.

Zur Frage über die Fettresorption im Darmrohr und den Transport des Fettes in andere Organe. Ziegler's Beiträge. Bd. 32. 1902.

Противобактеріальныя свойства надборноокислаго натрія и нѣкоторыя наблюденія надъ его примѣненіемъ съ терапевтическими цѣлями. Русскій Врачъ. № 1. 1905.

Тератома мозжечка и опухоль изъ нервной ткани большого серповиднаго отростка. Работа сдѣлана совмѣстно съ прозекторомъ барономъ М. М. Тизенгаузенемъ. Медицинское Обозрѣніе. 1910.

Миелосаркома. Работа отдана для печати.

Кромѣ перечисленныхъ работъ Д. П. Кишенскій помѣстилъ большое количество статей въ различныхъ повременныхъ изданіяхъ по университетскому вопросу. Въ совѣщаніяхъ, происходившихъ въ 1899 г. въ Московскомъ Учебномъ Округѣ по вопросамъ о средней школѣ, Дмитрій Павловичъ принималъ дѣятельное участіе (въ комиссіи по вопросу о физическомъ воспитаніи) и сдѣлалъ докладъ: „Наблюденія надъ физическимъ развитіемъ воспитанниковъ Московской 4-й гимназіи“, и др. Приложенія къ циркулярамъ по Московскому Учебному Округу. Выпускъ 1-й. 1899.

---

За время преподаванія Д. П. Кишенскимъ бактериологіи въ Московскомъ Университетѣ (1896—1897—1898 гг.) студентами его учениками были сдѣланы слѣдующія научныя работы (вышедшія изъ патолого-анатомическаго института проф. М. Н. Никифорова).

*В. В. Гейнъ.* О приготовленіи чистыхъ культуръ *gonococcus Neisseri*. Докладъ въ Обществѣ дерматологовъ и сифилитологовъ въ Москвѣ. Библіотека Врача. № 10. 1896.

*А. И. Синевъ.* Объ отысканіи тифозныхъ бациллъ въ экскрементахъ. Медицинское Обзорѣніе. № 12. 1896.

*А. И. Синевъ.* Распознаваніе тифозныхъ заболѣваній по способу Widal'я. Медицинское Обзорѣніе. № 22. 1896.

*В. А. Ивановъ.* О проникновеніи формалина въ глубину тканей. Медицинское Обзорѣніе. Іюль. 1897.

*В. А. Ивановъ.* Zur Frage über das Eindringen der Formalindämpfe in die organischen Gewebe. Centralblatt f. Bakteriologie. Bd. XXII. 1897.

*Л. В. Гусевъ.* Ein Fall einer dreifachen Infection des Organismus (mit Milzbrandbacillen, eitererregenden Streptokokken u. Fraenkel's Diplokokken). Centralblatt f. Bakteriologie. Bd. XXI. 1897.

*П. М. Невядомскій.* Къ патологіи и бактериологіи одного случая актиномикоза человѣка. Труды Терапевтическаго Общества при Импер. Моск. Универс.

*А. А. Вороновъ и А. И. Синева.* Zur pathologischen Anatomie u. Bakteriologie der bacillären Pseudotuberculose. Centralblatt f. allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie. Bd. VIII. 1897.

*В. М. Семеновичъ и Е. И. Марциновскій.* Новый способъ окраски микроскопическихъ препаратовъ. Труды Терапевтическаго Общества при Императорскомъ Московскомъ Университетѣ и также Centralblatt f. Bakteriologie. Bd. XXI. 1897.

*Е. И. Марциновскій.* Способъ дифференціальной окраски микроорганизмовъ челоуѣческаго и птичьяго туберкулеза, проказы и смегмы. Медицинское Обозрѣніе. Ноябрь. 1898.

*А. А. Алисовъ и М. А. Скворцовъ.* Къ бактериологіи и патологической анатоміи актиномикоза у челоуѣка. Медицинское Обозрѣніе. Октябрь. 1898.

*Я. Н. Петропавловскій.* Къ патологической анатоміи и бактериологіи чумы собакъ. Русскій Архивъ. Т. 7 Июль. 1899.

---

Въ Новороссійскомъ Университетѣ подъ руководствомъ  
Д. П. Кишенскаго вышли слѣдующія работы:

*Н. А. Соловьевъ.* Экспериментальное изслѣдованіе патогеннаго вліянія дрожжевыхъ грибковъ на организмъ. Медицинское Обозрѣніе, № 14. 1904.

*Баронъ М. М. Тизенгаузенъ.* Къ вопросу о пересадкѣ зародышевой ткани. Докладъ въ Обществѣ Русскихъ Врачей. напечатано въ Трудахъ Общества. 1907.

*К. Д. Бѣлинскій.* Процессъ отложенія солей кальція (магнія и желѣза) при обызвествленіи патологически измѣненныхъ тканей и органовъ. Докладъ въ Обществѣ Русскихъ Врачей. напечатано въ Трудахъ Общества. 1907.

*І. Ф. Пожарискій.* Случай дивертикула трахеи. Сборникъ Трудовъ въ честь В. К. Высоковича. 1907.

*К. Д. Бѣлинскій.* Процессъ отложенія солей кальція (магнія и желѣза) при окаменѣніи патологически измѣненныхъ тканей и органовъ. Русскій Врачъ. № 23. 1907.

*Л. Г. Папковъ.* Къ вопросу о пневмоніи при дифтеріи. Сообщено въ Обществѣ Русскихъ Врачей. 1907. (30 октября).

*Баронъ М. М. Тизенгаузенъ.* Къ вопросу о пересадкѣ зародышевой ткани. Русскій Врачъ, № 25, 1908.

*И. Ф. Пожарскій.* Къ вопросу о первичныхъ ракахъ печени. Харьковскій Медицинскій Журналь, № 5, 1908.

*И. Ф. Пожарскій.* О способахъ вскрытія головного мозга. Неврологическій Вѣстникъ. Т. XV. Выпускъ I. 1908.

*И. Ф. Пожарскій.* Гумма мозгового придатка. Опытъ изученія измѣненія осевыхъ цилиндровъ въ гуммозныхъ узлахъ центральной нервной системы. Сборникъ въ память В. П. Крылова, 1908.

*И. Ф. Пожарскій.* Къ казуистикѣ туберкулеза желудка. Докладъ въ Обществѣ Русскихъ Врачей въ Одессѣ, 1908.

*Баронъ М. М. Тизенгаузенъ.* Случай обызвествленія мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ большого мозга и мозжечка. Докладъ въ Обществѣ Русскихъ Врачей, 1908.

*Баронъ М. М. Тизенгаузенъ.* Zur Frage über die Implantation der Embryonalgewebe. Virchow's Archiv, B. 195, 1909.

*И. Ф. Пожарскій.* Регенерація и гипертрофія. Рѣчь въ годичномъ засѣданіи Общества Русскихъ Врачей въ г. Одессѣ. Напечатано въ Трудахъ Общества, 1909.

*Баронъ М. М. Тизенгаузенъ* (совмѣстно съ д-ромъ *Л. Бухштабомъ*). Zur Kasuistik der Perforation von Aortenaneurysma in die obere Hohlvene. Zeitschr. f. klinische Medizin, B. 68, N. 5/6, 1909.

*И. Ф. Пожарскій.* Induratio lienis fibrosa nodosa. Харьковскій Медицинскій Журналь, 1909.

*И. Ф. Пожарскій.* Induratio lienis fibrosa nodosa. Virchow's Archiv, B. 198, 1909.

*И. Ф. Пожарискій.* Случай остраго трихиноза у человѣка. Казанскій Медицинскій Журналъ. 1909.

*И. Ф. Пожарискій.* Ueber einige Veränderungen des intra-orbitalen Teiles des Sehnerven nach einmaligem Trauma (Zur Frage über De- und Regeneration der Nerven). Folia neurobiologica. B. III. 1909.

*И. Ф. Пожарискій.* О нѣкоторыхъ измѣненіяхъ внутри-орбитальной части зрительнаго нерва послѣ однократной травмы (къ вопросу о де- и регенераціи нервовъ). Неврологическій Вѣстн. т. XVI. 1909.

*К. Д. Вѣлинскій.* Первичныя опухоли почекъ надпочечниковаго типа (гипернефромы). Сообщено въ Обществѣ Русскихъ Врачей и помѣщено въ Трудахъ Общества. 1909. (Въ Институтѣ произведена патолого-анатомическая часть работы).

*Л. Г. Панковъ.* Къ вопросу о воспаленіи легкихъ при дифтеріи. Патолого-анатомическое изслѣдованіе. Диссертация. 1909. (Въ Институтѣ произведена патолого-анатомическая часть работы).

*Ш. И. Криницкій.* Къ вопросу объ абсцессахъ печени при амѣбной дизентеріи. Докладъ въ Обществѣ Русскихъ Врачей. Напечатано въ Трудахъ Общества. 1910.

*Баронъ М. М. Тизенгаузенъ.* Къ вопросу объ этиологіи опухолей. Опыты съ пересадкой зародышевой ткани. Диссертация. 1910. Помѣщена въ запискахъ Императорскаго Новороссійскаго Университета.

*И. Ф. Пожарискій.* Къ вопросу объ опухоляхъ спинного мозга. Журналъ Невропатологіи и Психіатріи имени С. С. Корсакова. Книж. 2, 3. 1910.

*И. Е. Корнманъ.* Патологическая анатомія чумы. Демонстрація макроскопическихъ препаратовъ. Докладъ въ Обществѣ Русскихъ Врачей въ гор. Одессѣ. 1910.

## О Г Л А В Л Е Н І Е .

	стр.
І. Ф. Пожарискій. Къ вопросу о множественномъ эхинококкѣ брюшной полости.....	1
Б. К. Гогоберидзе. Къ вопросу о патологiи сосочковыхъ опухолей яичника.....	47
Г. И. Томсонъ. Нѣкоторые пороки развитія женскихъ половыхъ органовъ и ихъ клиническое значеніе.....	79
К. А. Юдинъ. Случай саркомы верхней прямой мышцы глаза .....	85
И. Е. Корнманъ. Къ вопросу о ретроперитонеальныхъ липомахъ.....	97
В. Д. Брантъ. Къ вопросу о chondrodystrophia foetalis .....	129
Г. И. Баджіевъ. Два случая псаммомы оболочекъ спинного мозга .....	153
В. П. Филатовъ. Конъюнктивитъ Parinaud.....	175
Ш. І. Криницкій. Къ вопросу о первичныхъ опухоляхъ твердой мозговой оболочки головного мозга.....	193
І. Ф. Пожарискій. Два случая рѣзкой компенсаторной гипертрофіи лѣвой доли печени .....	237
Баронъ М. М. Тизенгаузенъ. Къ казуистикѣ первичныхъ раковъ печени .....	247
И. Е. Корнманъ. Къ казуистикѣ ложныхъ опухолей у куриць .....	283

# Къ вопросу о множественномъ эхинококкѣ брюшной полости.

І. Ф. Пожарискій.

Изъ патолого-анатомическаго института Императорскаго Новороссійскаго Университета: профессоръ Д. П. Кишенскій.

Множественный эхинококкъ брюшной полости не представляетъ особенно рѣдкаго явленія; однако не смотря на это, гистологическія измѣненія, вызываемыя имъ, изучены относительно мало. Въ доступной намъ литературѣ, цитируемой ниже, намъ удалось найти очень ограниченное число случаевъ, изслѣдованныхъ гистологически, и потому намъ кажется, что описаніе новыхъ трехъ случаевъ не является излишнимъ, тѣмъ болѣе, что въ одномъ изъ нихъ анатомическое наблюденіе поставлено въ условія опыта и точно извѣстенъ моментъ, когда брюшная полость была засѣяна эхинококкомъ. Помимо того намъ удалось подмѣтить нѣкоторыя интересныя особенности начального развитія эхинококка въ брюшной полости.

Краткій литературный обзоръ мы начнемъ съ разсмотрѣнія данныхъ о гистологическихъ измѣненіяхъ при эхинококкѣ вообще и затѣмъ перейдемъ къ тѣмъ особенностямъ, которыя наблюдали авторы при множественномъ эхинококкѣ брюшной полости въ частности.

Свѣдѣнія объ измѣненіяхъ перваго порядка основываются главнымъ образомъ на наблюденіи соотвѣтственныхъ картинъ въ органѣ, являющемся излюбленнымъ мѣстомъ эхинококка, именно

въ печени. Въ этой послѣдней реакція тканей носителя на паразита изучена достаточно подробно.

Ziegler (1905) говоритъ, что въ окружности хитиновой оболочки образуется соединительнотканная капсула. Паразитъ производитъ отдавливаніе ткани и мѣстныя воспалительныя измѣненія.

По Kaufmann'у (1904) вокругъ эхинококковаго пузыря развивается капсула изъ окружающей соединительной ткани, въ ней иногда встрѣчаются гигантскія клѣтки.

Askanazy (1909) указываетъ, что капсула носителя состоитъ изъ фиброзной ткани, въ которой нерѣдко можно встрѣтить одиночныя гигантскія клѣтки „der Echinokokkenmembran dicht angeschmiegen“.

Orth (1909) отмѣчаетъ, что эхинококкъ окруженъ соединительнотканной капсулой, образованной насчетъ органа; по краю оболочки паразита иногда попадаютъ большія гигантскія клѣтки (Fremdkörperriesenzellen).

Помимо этихъ краткихъ указаній въ учебникахъ существуютъ и спеціальныя изслѣдованія по этому вопросу.

Мы (1904), въ краткой замѣткѣ на основаніи изслѣдованія 17-ти случаевъ однокамернаго эхинококка въ печени, пришли къ заключенію, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ капсула носителя состоитъ изъ волокнистой, фиброзной въ ближайшихъ къ паразиту частяхъ, гіалиново-перерожденной, ткани, въ которой различныя части печеночной паренхимы исчезаютъ не одновременно; такъ желчныя пути атрофируются чрезвычайно медленно и въ большомъ количествѣ пронизываютъ толщу стѣнки. Только фиброзная капсула одного изъ пузырей (17-го случая) отличалась отъ всѣхъ остальныхъ тѣмъ, что содержала множество отрѣзковъ хитина, располагавшихся въ небольшихъ полостяхъ, причемъ какъ вокругъ хитина такъ и между его складками встрѣчались многочисленныя многоядерныя гигантскія клѣтки.

Массалитиновъ (1908) въ обширной работѣ (изъ 39-ти случаевъ эхинококкъ въ печени былъ въ 36-ти случаяхъ) занятъ изученіемъ капсулы носителя однокамернаго эхинококка. По этому автору она состоитъ кнаружи отъ непосредственной границы съ хитиновой оболочкой изъ грануляціонной ткани, то богатой, то бѣдной ядрами. Въ этомъ слоѣ встрѣчаются псевдогигантобласты и много желчныхъ сосудовъ. За этимъ слоемъ слѣдуетъ толстая волокнистая соединительная ткань. Мѣстами въ этой

послѣдней находятся грануляціонные очаги и мелкоклѣточная инфильтрація (въ 6-ти случаяхъ); мѣстами же ядра совѣмъ отсутствуютъ и капсула носителя состоитъ изъ безъядерныхъ гіалинизированныхъ пучковъ соединительной ткани (въ 21-мъ случаѣ). Этотъ слой граничитъ съ наружнымъ, въ которомъ, говоритъ авторъ, „мы встрѣчаемъ картину гистологическаго цирроза печени“.

Итакъ въ типичной своей формѣ однокамерный эхинококкъ вызываетъ слѣдующія измѣненія въ тканяхъ носителя: вокругъ паразита развивается постепенно фиброзная капсула, гдѣ, правда не во всѣхъ случаяхъ, встрѣчается въ слоѣ, пограничномъ съ капсулой паразита, большее или меньшее количество клѣточныхъ элементовъ вообще и гигантскихъ клѣтокъ въ частности.

Однако не всегда эти измѣненія имѣютъ такую простую форму и въ нѣкоторыхъ случаяхъ настолько отклоняются отъ указанной выше картины, что съ перваго взгляда кажутся чѣмъ то чуждымъ, несвойственнымъ однокамерному эхинококку.

Kr ü s k m a n n (1895) между прочимъ цитируетъ по Stie d a слѣдующій случай: частью въ *ria*, частью въ *dura* спинного мозга были вокругъ кусочковъ хитина узелки изъ гигантскихъ клѣтокъ. Послѣднія возникли изъ эндотелія кровеносныхъ и лимфатическихъ пространствъ. Подробнѣе тотъ же случай изучилъ Leh n e (1896) и нашель, что единственный во всемъ организмѣ эхинококкъ располагался въ мышцахъ спины и спинномозговомъ каналѣ. Мускулатура здѣсь была превращена въ „eine glasige“ пронизанную сѣроватыми полосками массу и напоминала полость абсцесса. Мѣстами же перимизій былъ ясно утолщенъ. Въ каналѣ позвоночника на уровнѣ II-го и III-го грудныхъ позвонковъ къ *dura mater* прилежатъ „bröckelige“ желтоватыя массы, то легко расплывающіяся, то имѣющія плотную консистенцію. Наконецъ, на высотѣ второго позвонка оказался спавшійся, складчатый пузырь. Во время операціи больного возникло подозрѣніе, что дѣло идетъ объ актиномикозѣ. Однако при осмотрѣ вырѣзанныхъ тогда кусочковъ, а также и при изслѣдованіи трупнаго матеріала оказалось, что полости въ межмышечной соединительной ткани содержали эхинококковыя мембраны. Множественные красновато-сѣрые узелки, сидѣвшіе на стѣнкахъ полостей, были микроскопически изслѣдованы и въ нихъ обнаружена грануляціонная ткань, богатая клѣтками, старымъ кровянымъ пигментомъ, содержавшая много большихъ многоядерныхъ гигантскихъ клѣтокъ. Послѣднія заключали внутри себя кусочки хитина, или же близко прилежали

къ эхинококковымъ оболочкамъ. Гигантскія клѣтки имѣли характеръ то Langhans'овскихъ, то „Knochenmarkriesenzellen; между ними встрѣчались эпителиоидныя клѣтки. Утолщенный перимизій состоялъ главнымъ образомъ изъ плотной, волокнистой соединительной ткани. Мышечные пучки раздвинуты то лейкоцитами, то эпителиоидными и гигантскими клѣтками. Твердая и мягкая оболочки спинного мозга также мѣстами были пронизаны достаточно богатой сосудами грануляціонной тканью съ многочисленными очень большими гигантскими клѣтками. Послѣднія нерѣдко содержали кусочки хитина эхинококка. Одни гиганты лежали кучками, образуя маленькіе узелки, другіе ясно располагались въ преформированныхъ щеляхъ. На основаніи всесторонняго изслѣдованія случая, авторъ заключаетъ, что у даннаго больного, вслѣдствіе имѣющейся въ анамнезѣ сильной травмы, разорвался уже существовавшей мѣшокъ однокамернаго эхинококка и въ настоящее время дѣло идетъ объ „ausgedehnte diffuse Fremdkörpertuberculose“; освободившіяся эхинококковыя мембраны проникли въ лимфатическія щели и вызвали сосудисто-грануляціонное воспаленіе съ гигантскими клѣтками, напоминающее въ общемъ, по мнѣнію Lehnе, соотвѣтственныя измѣненія при *echinococcus alveolaris*.

Отдаленное сходство со случаемъ Lehnе имѣетъ наблюдение Массалитинова: въ эхинококкѣ *musculi latissimi dorsi* у женщины 30-ти лѣтъ въ капсулѣ носителя были эпителиоидныя, лимфоидныя и гигантскія клѣтки, образовавшіяся въ мѣстахъ гибели хитина; клѣтки эти окружались кольцомъ склерозированной соединительной ткани. Авторъ считаетъ этотъ случай, „какъ бы переходной ступенью между истинными инфекціонными гранулемами и альвеолярнымъ, многокамернымъ эхинококкомъ, въ которомъ также ясно выражено гранулематозное строеніе“. Такимъ образомъ въ этихъ двухъ случаяхъ, особенно у Lehnе, на первый планъ выступаетъ образованіе гранулемъ вокругъ паразита или его остатковъ, наиболѣе же рѣзко это явленіе имѣетъ мѣсто въ нѣкоторыхъ случаяхъ множественнаго эхинококка брюшной полости, къ которымъ мы и обратимся. Одинъ такой случай сообщаетъ de Quervain (1897). У мужчины 19-ти лѣтъ за 4 недѣли до операціи эхинококкъ печени вскрылся въ брюшную полость. Въ ночь передъ операціей пузырь опять разорвался. При лапаротоміи изъ брюшной полости вылилось большое количество—нѣсколько литровъ—слегка мутной иктерически-серозной жидкости. Вблизи нижней поверхности печени въ

ткани послѣдней найденъ большой вскрывшійся эхинококковый пузырь съ характерной хитиновой оболочкой, имбибированный желчью. Помимо того на висцеральной брюшинѣ, на кишкахъ, брыжжейкѣ и сальникѣ оказались множественные узелки („hirse-bis hanfkorngrosse“) самые маленькіе изъ нихъ сѣровато прозрачны, большіе мутно-бѣловаты. Картина туберкулезнаго перитонита была настолько типична, что операторы нѣкоторое время колебались въ правильности діагноза. Для гистологическаго изслѣдованія былъ взятъ маленькій кусочекъ сальника, содержащій нѣсколько узелковъ. Въ этомъ кусочкѣ оказался одинъ большой (2 мм.) и нѣсколько значительно меньшихъ узелковъ. Ткань сальника состояла изъ очень богатой ядрами, мѣстами сильно васкуляризированной новообразованной соединительной ткани, только въ одномъ мѣстѣ содержащей нормальную жировую клѣтчатку. Самые мелкіе узелки состоятъ изъ немногихъ, иногда только двухъ, гигантовъ, опоясанныхъ богатой клѣтками соединительной тканью. Въ большихъ узелкахъ между гигантскими протоплазматическими тѣлами видны эпителиоидныя клѣтки, расположенныя поясомъ вокругъ первыхъ. Въ самыхъ маленькихъ узелкахъ не видно остатковъ паразита, въ нѣкоторыхъ же встрѣчаются его частицы въ состояніи разсасыванія. Въ большихъ же узелкахъ ясно видны эхинококковыя мембраны, къ которымъ гигантскія клѣтки обращены своими безъядерными полюсами. Въ маленькихъ узелкахъ участіе лимфоцитовъ минимально, въ большихъ же оно на первомъ мѣстѣ и эти клѣтки быстро умираютъ. Вокругъ конгломерата эхинококковыхъ мембранъ и умершихъ клѣтокъ постепенно образуются гигантскія клѣтки и постоянная васкуляризированная соединительная ткань. Эту разницу авторъ объясняетъ тѣмъ, что крупные куски оболочекъ производятъ большее раздраженіе, чѣмъ мелкіе.

Riemanп (1899) приводитъ четыре случая множественныхъ эхинококковъ брюшной полости, изъ которыхъ два являются для насъ интересными.

Въ первомъ случаѣ при вскрытіи мужчины 47-ми лѣтъ помимо нѣсколькихъ большихъ узловъ эхинококка въ брюшной полости оказалось, что на сальникѣ, на серозѣ кишекъ и на печени расположены разсѣянные узелки, напоминающіе по величинѣ сколексы. Въ центрѣ очаговъ на серозѣ кишекъ была расположена свернутая хитиновая оболочка и мелкозернистая масса съ многочисленными свободными крючьями; вблизи самихъ мем-

бранъ лежатъ по радіусамъ удлиненныя соединительнотканныя клѣтки. Этотъ центръ окруженъ поясомъ изъ гигантскихъ клѣтокъ, въ нѣкоторыхъ изъ нихъ до 50—60 ядеръ. За ними слѣдуетъ концентрически или радіально расположенная нѣжно волокнистая соединительная ткань съ длинными ядрами, и немногочисленные лимфоциты. Затѣмъ идетъ рѣзко очерченная зона грубо-волокнистой соединительной ткани, примыкающая къ тѣсно скученнымъ клѣткамъ съ крупными и удлинеными ядрами. Построенные такимъ образомъ узелки связаны ножкой со стѣнкой кишки. Узелки въ сальникѣ содержатъ немного гигантскихъ клѣтокъ. Въ узелкахъ на печени также оказались крючки и признаки эхинококковыхъ оболочекъ. Очаги были очень плотны и гигантскихъ клѣтокъ въ нихъ не оказалось. Процессъ резорбціи въ нихъ закончился.

Во второмъ случаѣ у мужчины 50 лѣтъ, въ ананезѣ имѣются приступы сильныхъ болей въ брюшной полости. При операціи, помимо различной величины эхинококковыхъ кистъ во внутрибрюшныхъ сращеніяхъ, было найдено въ сальникѣ безчисленное количество мельчайшихъ эхинококковыхъ пузырей. Они имѣли видъ сѣрыхъ узелковъ величиной съ булавочную головку и часто значительно меньше. Матеріалъ взятый при операціи, изслѣдованъ Ricker'омъ. Узелки въ сальникѣ оказались „als Fremdkörpertuberkel mit Riesenzellen“. Въ нихъ найдены хитиновые оболочки и даже хорошо сохранившійся сколексъ.

Измѣненія, повидимому, близкія къ цитированнымъ выше были также въ двухъ случаяхъ Lubarsch'a, о которыхъ, какъ предназначенныхъ къ изученію съ хирургически-клинической точки зрѣнія, глухо упоминаетъ Lehne. Подробнаго описанія этихъ случаевъ мы не нашли.

Такимъ образомъ изъ трехъ цитированныхъ выше случаевъ (мы не считаемъ случаевъ Lubarsch'a), только одинъ изслѣдованъ на секціонномъ столѣ, въ двухъ же другихъ микроскопическій анализъ произведенъ на небольшихъ кусочкахъ, взятыхъ при операціи. Кромѣ этихъ трехъ наблюденій намъ не удалось найти въ литературѣ еще подобныхъ указаній. Въ общераспространенныхъ руководствахъ по патологической анатоміи о подобныхъ явленіяхъ или совершенно не говорится или упоминается глухо (K a u f m a n n).

Наконецъ, ради полноты, мы должны упомянуть, что М а с с а л и т и н о в ъ въ двухъ случаяхъ множественнаго эхинококка

брюшины (случай № 7 операція у женщины 34-хъ лѣтъ и случай № 2 вскрытіе трупа женщины 51-го года) отмѣчаетъ слѣдующія два мѣста: въ первомъ случаѣ только въ препаратѣ № 1 изъ брыжжейки „въ лимфатическомъ сосудѣ находится хитиновый пузырекъ“, вокругъ котораго „находится группа гигантскихъ клѣтокъ и много лейкоцитовъ и эпителиоидныхъ клѣтокъ“. Этотъ узелокъ располагался недалеко отъ внутренней поверхности капсулы эхинококковаго узла въ брыжжѣйкѣ.

Въ другомъ случаѣ „въ одномъ кровеносномъ сосудѣ, находящемся по ту сторону капсулы носителя, стало быть за предѣлами полости эхинококка, виденъ однородный, песочнаго цвѣта хитиновый обломокъ съ гигантской клѣткой около послѣдняго“.

Этими немногочисленными случаями, сколько намъ удалось установить, исчерпываются небогатыя литературныя данныя занимающаго насъ вопроса и теперь мы перейдемъ къ нашимъ наблюденіямъ.

### С л у ч а й № 1-й.

Исторія болѣзни. Мы приведемъ изъ нея только самыя краткія данныя.

Ефимъ Ш. крестьянинъ Полтавской г. 58-ми лѣтъ поступилъ въ Х. Ф. Кл. И. Н. У. (Проф. К. М. Сапѣжко) 3. X. 09. 6 лѣтъ тому назадъ у больного появилась въ животѣ боль неопредѣленнаго характера и тогда же имъ была замѣчена въ правомъ подреберьи небольшая опухоль величиной съ яблоко. Первое время опухоль росла медленно, но послѣдній годъ начала сильно увеличиваться; появились одышка, слабость, а мѣсяцевъ 5—6 тому назадъ и полная потеря работоспособности. При клиническомъ изслѣдованіи у больного констатированъ множественный эхинококкъ брюшной полости.

13. X. Произведена операція, причемъ вскрыто четыре пузыря и вшиты въ кожныя раны, 1. XI. больной умеръ при явленіяхъ слабости сердечной дѣятельности.

Клинической діагнозъ: *Echinococcus cavi abdominis et hepatis disseminatus.*

Краткія данныя изъ протокола вскрытія № 28/335 3. XI. 1909 г.

На кожныхъ покровахъ живота нѣсколько операціонныхъ ранъ, частью зажившихъ частью же закрытыхъ введенными въ брюшную полость тампонами. Самая большая рана расположена

подъ правымъ подреберьемъ; она представляетъ начало большой полости, ведущей въ печень, гдѣ имѣется огромный, больше головы взрослога человѣка, выполненный марлей мѣшокъ. Нижнюю стѣнку этой полости составляетъ изъѣденная клочковатая поверхность печени, а верхнюю утолщенная діафрагма. Вблизи же печени видно, что въ составъ боковыхъ стѣнокъ входитъ ткань этого органа. Помимо того въ глубинѣ ткани печени расположено 4 большихъ, по два кулака каждый, не вскрытыхъ эхинококковыхъ пузыря съ прозрачнымъ содержимымъ; три изъ нихъ лежатъ въ правой и одинъ на границѣ правой и лѣвой доли.

Селезенка велика, плотно сращена съ діафрагмой; у наружнаго лѣваго края ея имѣется отверстіе, ведущее въ обширную полость, выполненную марлей. Края отверстія вшиты въ операціонную рану на брюшной стѣнкѣ. Выше этой полости въ селезенкѣ расположено два не вскрытыхъ эхинококковыхъ пузыря, одинъ величиною съ кулакъ, другой съ небольшое яблоко. Полости пузырями наполнены дочерними пузырьками.

Между селезенкой и почкой, частью за брюшиной, частью во внутри брюшинныхъ сращеніяхъ расположено нѣсколько, величиной до яблока, эхинококковыхъ пузырей. Въ маломъ сальникѣ, въ брыжжейкѣ тонкихъ кишекъ, въ брыжжейкѣ *fl. sigmoidea*, въ большомъ сальникѣ расположено множество, въ общемъ до 15 эхинококковыхъ пузырей. Величина ихъ отъ небольшого яблока до головы взрослога человѣка.

Полость большого и малаго таза выполнена пятью эхинококковыми пузырями, величиной до кулака; пузыри тѣсно прижаты другъ къ другу и плотно запаяны въ брюшинѣ.

Помимо того на серозной поверхности тонкихъ и толстыхъ кишекъ, на паріетальной брюшинѣ, особенно задне-боковыхъ и задне-нижнихъ стѣнокъ живота обнаружено громадное количество (свыше пятидесяти) узелковъ, изъ которыхъ большинство не превышаетъ размѣровъ булавочной головки; очаги эти имѣютъ сѣрый, или желтовато-сѣрый цвѣтъ и плотны на ощупь. Брюшинный покровъ надъ ними и вблизи ихъ едва замѣтно утолщенъ. Нѣкоторые изъ узелковъ имѣютъ видъ плоскихъ возвышеній надъ общей поверхностью, другіе же сидятъ на тонкой короткой ножкѣ. Такіе же узелки найдены въ большомъ количествѣ на брюшинѣ брыжжейки тонкихъ кишекъ и въ толщѣ большого сальника.

Капсула печени и селезенки, особенно нижней поверхности печени, покрыта большимъ количествомъ мельчайшихъ зернышекъ, такъ что имѣеть видъ, какъ бы посыпанной манной крупой.

Сердце велико, дрябло, полости широки, клапаны безъ измѣненій. Полости плевръ пусты. Оба легкія малы, особенно правое, рѣзко отечны и содержатъ мало воздуха. Стояніе діафрагмы—3-е и 4-е ребра. Почки умѣренной величины безъ видимыхъ измѣненій. На распилахъ трубчатыхъ и плоскихъ костей ничего особеннаго не обнаружено. Въ головномъ мозгу особенныхъ измѣненій нѣтъ.

Анатомическій діагнозъ: *Echinococcus cavi abdominis, hepatis, lienis, omenti minoris, mesenterii disseminatus. Peritonitis chronica productiva echinococcea. Marasmus. Operatio echinococcotomia. Oedema pulmonum.*

### Микроскопическое изслѣдованіе.

Изъ сальника брыжжейки, паріетальной брюшины и брюшины кишекъ былъ вырѣзанъ цѣлый рядъ мельчайшихъ узелковъ, замѣтныхъ частью простымъ глазомъ, частью же только при тщательномъ осматриваніи брюшины съ лупою; помимо того были взяты кусочки различныхъ органовъ; всѣ объекты фиксировались формалиномъ, заливались въ целлоидинъ и раскладывались на срѣзы. Послѣдніе окрашивались гематоксилиномъ + эозинномъ, гематоксилиномъ + van-Gieson'омъ, карминомъ и на упругую ткань orcein'омъ или по способу Weigert'a.

Сначала мы опишемъ гистологическій характеръ узелковъ, а затѣмъ тѣ особенности, которыя наблюдаются въ данномъ случаѣ въ различныхъ органахъ и тканяхъ.

Очаги имѣють круглую или овальную форму, нѣкоторые изъ нихъ настолько малы, что занимають 3, 5, 7 срѣзовъ толщиной 15  $\mu$ . каждый.

Самые маленькіе очаги, замѣтные только при увеличеніи лупы, имѣють слѣдующій видъ: центральная часть состоитъ изъ большихъ протоплазматическихъ тѣлъ, имѣющихъ отъ 3—4-хъ до громаднаго количества ядеръ. Въ нѣкоторыхъ очагахъ число гигантскихъ клѣтокъ не превышаетъ 10-ти, между ними залегаетъ небольшое количество эпителиоидныхъ клѣтокъ. Къ периферіи отъ этого слоя расположенъ слой грубо-волокнистой часто гомогенной, гіалиновой соединительной ткани, мѣстами совер-

шенно лишенной ядеръ; поясъ этотъ образуетъ вокругъ очаговъ толстую фиброзную капсулу. По направленію къ периферіи она дѣлается постепенно рыхлѣе и содержитъ значительное количество круглыхъ клѣтокъ.

Въ очагахъ бѣльшихъ размѣровъ, величиной до булавоочной головки, имѣется обыкновенно центральная часть, занятая то хорошо сохранившимися остатками паразита, то грубо-зернистой, или почти гомогенной, красящейся въ розовый цвѣтъ безструктурной массой.

Слѣдующій за этимъ поясъ состоитъ изъ неравномѣрной толщины слоя эпителиоидныхъ и гигантскихъ клѣтокъ. Послѣднія мѣстами непосредственно прилежатъ къ центрально-расположенной массѣ и остаткамъ паразита и повторяютъ на своемъ протоплазматическомъ тѣлѣ всѣ ихъ неровности. Вокругъ слоя эпителиоидныхъ клѣтокъ лежитъ толстая фиброзная капсула, такого же характера какъ уже указано.

Остановимся теперь подробнѣе на центральныхъ слояхъ узелковъ. Въ серединѣ нѣкоторыхъ очаговъ виденъ частью гомогенно-измѣненный, частью слоистый хитиновый шаръ, или же толстый одиночный отломокъ хитина въ формѣ S, сплошь окруженный какъ бы синтиціемъ многоядерными гигантскими клѣтками.

Хитинъ лежитъ то въ видѣ компактной слоистой пластинки, то имѣетъ гомогенный видъ, то какъ бы разволокненъ на отдѣльныя толстыя нити, или кусочки большей или меньшей толщины. Эти различныя измѣненія хитина встрѣчаются какъ въ различныхъ очагахъ, такъ и въ одномъ и томъ же, причемъ нерѣдко ближе къ одной поверхности хитинъ имѣетъ нѣжное слоистое, ближе къ другой гомогенное строеніе. Иногда гомогенно распавшійся хитинъ совершенно сливается съ тѣломъ прилежащей гигантской клѣтки; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ хитинъ на срѣзахъ представляетъ сплюснутые кружки, внутри которыхъ видны то мелкозернистая почти гомогенная масса иногда съ отдѣльными известковыми тѣльцами и крючьями, то тканевыя клѣтки.

Въ другихъ очагахъ видна прихотливо свернутая хитиновая оболочка, и 3—4 погибшихъ сколекса въ формѣ гомогенныхъ небольшихъ образований, въ которыхъ различается нѣсколько овальныхъ бурыхъ тѣлецъ и большое количество лежащихъ въ беспорядкѣ крючковъ. Помимо того въ складкахъ слоистаго хитина видна зернистая масса.

Въ нѣкоторыхъ очагахъ хитинъ хорошо сохраненъ и занимаетъ большое пространство, въ другихъ же видны его незначительные остатки въ формѣ нитей, наконецъ, кое-гдѣ хитинъ подвергся, какъ сказано, распаду и превратился въ зернистую или почти гомогенную массу. Тамъ, гдѣ хитина мало, полость узелка занята почти сплошь эпителиоидными клѣтками. Въ нѣкоторыхъ чрезвычайно плоскихъ очагахъ имѣются двѣ полости съ остатками паразита и такимъ образомъ мѣстами возникаетъ альвеолярное строеніе. Въ нѣкоторыхъ очагахъ фиброзная капсула образуетъ цифру 8, и каждая изъ этихъ рядомъ лежащихъ полостей представляетъ небольшой грануляціонный очагъ вокругъ хитина.

Наконецъ, очаги большихъ размѣровъ—величиной до мелкой горошины—представляютъ грануляціонныя гнѣзда съ кровеносными и лимфатическими сосудами и съ 4—5 альвеолами; каждая альвеола окружена плотной бѣдной ядрами капсулой, внутри же содержитъ многократно, прихотливо свернутый хитинъ, иногда въ формѣ сложнаго клубка. Часто по самому краю альвеолы мы видимъ тонкую полоску слоистаго хитина, плотно прижатую къ ткани, послѣдняя въ такихъ мѣстахъ казеозно перерождена.

Очаги, располагающіеся на кишкахъ, лежатъ приблизительно въ одинаковомъ разстояніи отъ свободной брюшинной поверхности, равномъ максимум 0,05 см. Это пространство занято волокнистой тканью, содержащей значительное количество веретенообразныхъ клѣтокъ, направленныхъ своимъ длинникомъ параллельно капсулѣ. Въ этихъ мѣстахъ ткань не имѣетъ сосудовъ. Со всѣхъ же другихъ сторонъ за фиброзной капсулой слѣдуетъ богатая клѣтками и мелкими кровеносными сосудами ткань. Клѣтки ея имѣютъ характеръ круглыхъ, отростчатыхъ, веретенообразныхъ фибробластовъ; сосуды чрезвычайно тонкостѣнные и вообще ткань носитъ всѣ признаки грануляціонной.

Брюшинный покровъ вдали отъ узелковъ въ общемъ утолщенъ, относительно бѣденъ клѣтками. Эндотелиальный покровъ какъ здѣсь, такъ и надъ очагами всюду потерянъ.

Мѣстами ткань сальника имѣетъ характеръ миксоматозной, мѣстами же плотной соединительной, почти не содержащей жировой клѣтчатки и пронизанной массой лейкоцитовъ и мелкихъ одноядерныхъ клѣтокъ, образующихъ иногда значительной величины скопленія, нерѣдко занимающія цѣлыя дольки сальника.

Помимо описанныхъ узелковъ на брюшинной поверхности кишекъ встрѣчается много очень мелкихъ ворсистыхъ разрастаній, состоящихъ изъ рыхлой богатой клѣтками и мелкими сосудами грануляціонной ткани. На нижней и боковыхъ поверхностяхъ печени, особенно вблизи передняго края расположено большое количество, величиной съ манную крупинку, узелковъ, состоящихъ изъ фиброзной ткани; остатковъ паразита въ этихъ очагахъ нигдѣ не обнаружено.

Въ заключеніе мы должны остановиться еще на одной особенноти. При просмотрѣ препаратовъ паріетальной брюшины бросается въ глаза, что просвѣтъ нѣкоторыхъ крупныхъ (до 0,4 см. въ діаметрѣ) артерій занятъ, за исключеніемъ небольшого пространства, плотной соединительной тканью, хорошо канализированной мелкими сосудами. Нѣкоторыя артеріи мелкаго калибра или облитерированы или же интима ихъ неравномѣрно утолщена. На препаратахъ изъ легкихъ также отмѣчается, что значительное количество мелкихъ вѣточекъ *art. pulmonalis* носить слѣды организациі, такъ какъ просвѣты многихъ изъ нихъ заняты совершенно, или за исключеніемъ центральной части, соединительно-тканними клѣтками. Въ остальныхъ органахъ намъ подобныхъ измѣненій обнаружить не удалось и сосуды въ нихъ измѣненій не представляютъ.

## С л у ч а й № II-й.

Этотъ случай въ видѣ готовыхъ гистологическихъ препаратовъ былъ любезно предоставленъ мнѣ для описанія глубокоуважаемымъ профессоромъ Димитріемъ Павловичемъ Кишенскимъ, которому считаю пріятнымъ долгомъ выразить здѣсь за это равно какъ и за переданныя мнѣ нѣкоторыя литературныя справки и протоколъ вскрытія, мою сердечную благодарность. Изъ обширнаго протокола вскрытія (№ 80. З. II. 1900, изъ патолого-анатомическаго института Московскаго Университета Проф. М. Н. Никифоровъ) я приведу только краткія выдержки. Факультетская хирургическая клиника Московскаго Университета. Іона Р. 43-хъ лѣтъ крестьянинъ, поступилъ въ клинику 26. I. 1900 г.

Клинической діагнозъ: *Echinococcus abdominis multiplex*. Умеръ 2. II. 1900 г.

На животѣ имѣются двѣ лапаротомическія раны, въ края которыхъ шиты фиброзныя капсулы оперированныхъ эхинокок-

ковыхъ пузырей. При операціи посредствомъ этихъ двухъ разрѣзовъ были вскрыты и очищены отъ содержимаго 4 эхинококковыхъ мѣшка: 1) пузырь, вмѣстимостью отъ 3 до 4 литровъ, развившійся въ селезенкѣ, спаянный съ діафрагмой и выступавшій въ лѣвую грудную полость; 2) пузырь, находившійся съ первымъ рядомъ; 3 и 4) двѣ кисты, находившіяся по сосѣдству съ мочевымъ пузыремъ.

Въ брюшной полости имѣются многочисленныя отъ просяного зерна до головы взрослого человѣка эхинококковые пузыри, помѣщающіеся (за исключеніемъ селезенки) на серозныхъ поверхностяхъ брюшныхъ органовъ, на паріетальной брюшинѣ, въ сальникѣ и брыжжейкѣ. Вся полость малаго таза занята однимъ большимъ пузыремъ (съ дѣтскую голову) и большимъ количествомъ маленькихъ (въ фиброзныхъ сращеніяхъ). Къ верхней поверхности печени (въ области *lig. coronarium*) приращенъ эхинококковый пузырь, величиной съ кулакъ взрослого человѣка, неправильной формы съ многочисленными боковыми мѣшками; этотъ пузырь проросъ діафрагму и выступилъ въ правую плевральную полость.

Съ правой стороны печени выступаетъ другой пузырь продолговатой формы (23 см. въ длину), приросшій къ ткани органа и атрофировавшій его въ этомъ мѣстѣ.

Нижней своей частью этотъ пузырь непосредственно переходитъ въ другой, меньшаго размѣра, сращенный съ правой почкой и непосредственно переходящій въ ея вещество. На задней поверхности печени, ниже *v. c. inferior*, между границей *l. Spig.* и *l. quadr.* имѣется другая опухоль величиною съ кулакъ ребенка, приращенная къ поверхности органа.

Эхинококковый пузырь продолговатой формы (длиной около 7 см.) находится въ правой половинѣ мошонки въ *tunica vaginalis communis testiculi et funic. spermatici* между наружнымъ паховымъ отверстіемъ и *epididymis*.

Околосердечная сорочка плотно приращена къ груди и къ лѣвому легкому. Между этими сращеніями, въ особенности между *pericardium* и легкимъ имѣются различной величины эхинококковые пузыри (отъ просяного зерна до боба).

Лѣвое легкое на всемъ протяженіи спаяно плотными сращеніями какъ съ грудной клѣткой, такъ и съ перикардіемъ и

съ діафрагмой. Всюду въ сращеніяхъ этого легкаго имѣются очень мелкіе эхинококковые узелки.

### Микроскопическое изслѣдованіе.

Для гистологическаго изслѣдованія я имѣлъ по нѣсколько срѣзовъ изъ различныхъ мѣстъ, а именно: изъ узелка, сидѣвшаго на *tunica propria testiculi* на внутренней поверхности наружнаго листка; изъ узелковъ на паріетальной брюшинѣ, изъ очаговъ въ легкихъ, въ сращеніяхъ между перикардомъ и плеврой, внутри брюшинныхъ сращеній около селезенки и, наконецъ, изъ узелковъ на кишкахъ.

Обратимся сначала къ полости живота.

Брюшинный покровъ въ общемъ рѣзко утолщенъ и чрезвычайно богатъ молодыми соединительнотканными клѣтками. По направленію къ свободной поверхности ткань эта постепенно переходитъ въ болѣе плотную, мѣстами гіалиново-измѣненную. Въ толщѣ же брюшины за слоемъ богатымъ клѣтками также расположена фиброзная, нерѣдко гіалиново перерожденная ткань, въ которой часто видно скопленіе мелкихъ круглыхъ клѣтокъ. Еще далѣе внутрь ткани идетъ уже рыхлая жировая клѣтчатка. Богатый клѣтками слой мѣстами прерывается фиброзными капсулами круглыхъ или овальныхъ узелковъ, въ которыхъ лежитъ хитинъ, окруженный гигантскими или эпителиоидными клѣтками.

Въ другихъ очагахъ слѣдовъ паразита не имѣется, а центръ ихъ состоитъ изъ казеозной массы, куда вдвигаются ядра лейкоцитовъ и эпителиоидныхъ клѣтокъ; затѣмъ слѣдуетъ слой эпителиоидныхъ клѣтокъ, между которыми видны гигантскія клѣтки и немного лейкоцитовъ. И эти очаги окружены соединительнотканной капсулой и въ общемъ напоминаютъ значительной величины бугорокъ съ казеознымъ центромъ. Внутри нѣкоторыхъ массъ видны съ трудомъ различимые остатки хитина. Нѣкоторые изъ узелковъ, лежащихъ во внутри брюшинныхъ сращеніяхъ и достигающихъ размѣровъ маленькой горошины, содержатъ внутри частью гомогенныя массы, частью хорошо сохранившійся какъ бы вѣтвистый многополостной хитинъ. По краямъ послѣдній кое-гдѣ внѣдряется въ окружающую капсулу, которая въ такихъ мѣстахъ казеозно перерождена.

Узелки въ сращеніяхъ плевры, перикарда и найденные въ самихъ легкихъ носятъ совершенно тотъ же характеръ, что и

въ брюшинѣ. Всюду внутри соединительнотканной капсулы лежать гигантскія и эпителиоидныя клѣтки, окружающія болѣе или менѣе сохранившійся хитинъ. Узелокъ на tunica яичка имѣетъ казеозный центръ съ эпителиоидными клѣтками вокругъ. Въ одномъ препаратѣ въ казеозномъ центрѣ видны два крючка. Въ этомъ очагѣ при окраскѣ по Ziehl'ю присутствія туберкулезныхъ бациллъ не обнаружено. Въ этомъ случаѣ мы тоже искали облитерированныхъ сосудовъ, но нашли только нѣсколько вѣтвей art. pulmonalis, просвѣтъ которыхъ былъ почти сплошь занятъ новообразованной соединительной тканью. Въ другихъ срѣзахъ мы признаковъ запустѣнія сосудовъ не встрѣтили.

### С л у ч а й № III-й.

Семень Ж. 40 лѣтъ крестьянинъ Херсонской губ. хлѣбопашецъ поступилъ въ одесскую старую городскую больницу 1. III. 1910 г. (№ скорбнаго листа 3780) съ жалобами на головную боль, боли въ конечностяхъ и въ области верхней части живота. Захворалъ недѣлю тому назадъ сразу. По правой axillar'ной линіи тупость, вибрація усилена. Слева надъ лопаткой тупость, бронхиальное дыханіе. Печень пальца на два выходитъ изъ-подъ реберъ. Селезенка не увеличена. Скончался 2. III. 1910 г. при явленіяхъ слабости сердца.

Больничныи діагнозъ. Pneumonia (?).

Краткая выдержка изъ протокола (№ 93 З. III. 1910 г.) вскрытія, произведеннаго черезъ 12 часовъ послѣ смерти.

Въ брюшной полости содержится до  $\frac{1}{2}$  литра густой темно-красной крови. Петли тонкихъ кишекъ рыхло кое-гдѣ спяны другъ съ другомъ сѣро-красными тонкими пленками. Брюшина, покрывающая правую заднебоковую стѣнку брюшной полости ниже печени и особенно брюшина малаго таза—между мочевымъ пузыремъ и прямой кишкой—покрыта толстой не снимающейся сѣро-красной пленкой, пронизанной громаднымъ количествомъ милиарныхъ, сѣрыхъ, почти прозрачныхъ узелковъ, окруженныхъ каждый темнокраснымъ поясомъ. Брюшина брыжжейки тонкихъ кишекъ съ лѣвой стороны и соотвѣтственной поверхности брыжжейки flexurae sigmoideae покрыта мельчайшими прозрачными точками и кажется какъ бы

шагреновой. При осмотрѣ печени на верхне-задней поверхности ея обнаруживается неправильный разрывъ (пропускаетъ руку взрослого человѣка), ведущій въ громадную полость (въ 3 кулака взрослого человѣка) въ правой долѣ печени. Между краемъ этой доли и діафрагмой расположенъ сгустокъ темнокрасной крови. Надъ нимъ частью въ щели разрыва, частью въ самой печени лежитъ набухшая спавшаяся оболочка эхинококка. Одна поверхность ея шагреновая, другая гладкая и покрыта фибриномъ и кровью. Длина печени 34 см., ширина 25 см. (дл. л. д. 15, дл. правой д. 19). Стѣнка полости въ ней неровная, покрыта частью сгустками крови, частью плотной фиброзной тканью, достигающей толщины до 5 мм. Остальная ткань печени плотна, красновато-бураго цвѣта.

Селезенка 12×7. На капсулѣ ея разсѣяно значительное количество мелкихъ розовыхъ узелковъ. Ткань ея безъ особенныхъ измѣненій.

Желудокъ пустъ и малъ. Слизистая кишекъ безъ особенныхъ измѣненій.

Почки одинаковой величины (13 см.). Кожный слой набухшій, красновато-сѣраго цвѣта.

Оба легкія, особенно лѣвое, плотно сращены съ грудной клѣткой. Задняя половина верхней доли лѣваго легкаго безвоздушна, красновато-сѣраго цвѣта, зерниста. Въ правомъ легкомъ верхняя доля гиперемирована, нижняя—эмфизематозна.

Сердце покрыто значительнымъ количествомъ жира; 2 створка и клапаны аорты слегка утолщены.

Въ трахеѣ и пищеводѣ особенныхъ измѣненій не замѣтно.

Анатомическій діагнозъ: *Echinococcus hydatidosus hepatis per traumam in cavum peritonei irruptus. Peritonitis productiva haemorrhagica. Pneumonia lobi superioris pulmonis sinistri.*

Р. С. По наведеннымъ послѣ вскрытія у родственниковъ покойнаго справкамъ оказалось, что онъ 19 февраля, т. е. за 12 дней до смерти, ѣхалъ изъ своей деревни въ Одессу. Дорогой лошади чего-то испугались и понесли, причемъ опрокинули повозку и протащили подъ ней покойнаго довольно значительное разстояніе.

## Микроскопическое изслѣдованіе.

Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ брюшина отмѣчена въ протоколѣ какъ особенно рѣзко неравномѣрно утолщенная, отложившійся на ней слой достигаетъ до 0,2 см.; свободная поверхность въ такихъ мѣстахъ покрыта пластомъ фибрина съ зажатými въ немъ многочисленными эритроцитами; за этимъ слѣдуетъ слой грануляціонной ткани съ большимъ количествомъ сосудовъ. Жировая подстилка въ такихъ мѣстахъ по границѣ ея съ мышцами рѣзко геморрагически инфильтрирована. Сосуды вездѣ расширены и наполнены кровью.

Въ грануляціонномъ слоѣ бросается въ глаза большое количество очаговъ, состоящихъ изъ сочныхъ эпителиоидныхъ клѣтокъ, въ которыхъ, правда очень рѣдко, ядра находятся въ состояніи каріокINETического дѣленія. Очаги эти безсосудисты, отграничены болѣе или менѣе рѣзко по окружности и имѣютъ величину мелкихъ милиарныхъ туберкуловъ. Часто въ нихъ между клѣтками лежатъ въ беспорядкѣ крючья, иногда въ большемъ количествѣ. Помимо того встрѣчаются часто узелки большей величины, состоящіе въ периферическомъ поясѣ изъ эпителиоидныхъ клѣтокъ съ гигантами между ними, а также попадаютъ здѣсь отдѣльные эритроциты, лейкоциты, фибринъ и значительное количество эозинофиловъ. Въ центрѣ этихъ очаговъ видно много полинуклеарныхъ лейкоцитовъ и мелкихъ соединительнотканыхъ клѣтокъ съ круглыми темно красящимися ядрами. Клѣтки эти окружаютъ нѣжную извилистую полоску хитина или разбросанную кучку крючковъ, или отдѣльныя известковыя тѣльца.

Изрѣдка въ центрѣ очаговъ расположены своеобразно измѣненные сколексы, размѣрами до 0,1 мм. Они имѣютъ почти правильно круглую форму и окружены относительно тонкой кутикулой до 0,008 мм. съ ясно сгущеннымъ периферическимъ слоемъ. Внутри сколекса видна паренхима, состоящая изъ мелкихъ клѣтокъ съ очень маленькими ядрами, скученными какъ вблизи кутикулы, такъ и въ центрѣ около крючковъ, расположенныхъ въ видѣ вѣнчика. Помимо этого очень часты рѣзко деформированные сколексы, инфильтрированные лейкоцитами, не менѣе часто встрѣчаются островки, какъ бы ячейки, гдѣ виденъ комочекъ протоплазмы сколекса и неправильная кучка крючьевъ его—все это инфильтрировано лейкоцитами. Иногда попадаютъ выпятившіеся сколексы, которые состоятъ изъ головки, вооружен-

ной крючьями, и членика съ массой мельчайшихъ ядеръ въ немъ. Все образованіе окружено обыкновенно густымъ кольцомъ молодыхъ соединительнотканыхъ клѣтокъ, къ которымъ примѣшано большее или меньшее количество полинуклеарныхъ лейкоцитовъ и изрѣдка небольшое количество эритроцитовъ. Вблизи поверхности геморрагическаго инфильтрата въ клѣточныхъ очагахъ встрѣчаются рѣзко измѣненныя зародышевыя капсулы. По периферіи послѣднія окружены тонкимъ слоемъ хитиновой оболочки; она мѣстами прервана и масса, расположенная внутри, граничитъ непосредственно съ тканью носителя, или же отдѣлена отъ нея ровной тонкой дорожкой, кажущейся пустой на фиксированныхъ препаратахъ; центральная же часть состоитъ изъ кучки сколексовъ или почти гомогенной массы, въ которой, особенно по периферіи, видно значительное количество лейкоцитовъ. Въ различныхъ мѣстахъ этой массы расположены крючья, какъ кучками, такъ и по одиночкѣ, видны также мелкія ядра клѣтокъ паразита, блѣдно окрашенныя гематоксилиномъ. На серозѣ толстыхъ кишекъ имѣются различныхъ размѣровъ плоскія бляшки изъ грануляціонной ткани. Въ ней видно много эпителиоидныхъ и гигантскихъ клѣтокъ; послѣднія непосредственно примыкаютъ къ многочисленнымъ отрѣзкамъ хитина и какъ бы обволакиваютъ ихъ. Кромѣ плоскихъ утолщеній на брюшинѣ имѣются еще ограниченные узелки въ видѣ бугорковъ, совершенно такого же строенія, какъ уже описано, въ центрѣ ихъ иногда видны различные остатки паразита—хитинъ, крючья, известковыя тѣльца. Нѣкоторые очаги особенно богаты гигантскими клѣтками, причемъ какъ между ними, такъ и въ нихъ самихъ видны крючья эхинококка.

Въ нѣкоторыхъ же очагахъ, сидящихъ на брюшинѣ, совершенно не удастся отмѣтить остатковъ паразита и эти узелки представляютъ небольшія грануляціонныя гнѣзда, мѣстами не отличимыя отъ типичныхъ эпителиоидныхъ и гигантоклѣточныхъ бугорковъ при туберкулезѣ.

Сколексы, крючья и вообще остатки паразита располагаются исключительно въ новообразованной ткани кнаружи отъ полосы эластической ткани кишекъ; на паріетальной брюшинѣ также всѣ паразитарные элементы помѣщаются въ новообразованной ткани. Подлежащая же старая ткань инфильтрирована круглыми клѣтками.

На капсулѣ селезенки мѣстами видны узелки, состоящіе въ самомъ поверхностномъ слоѣ изъ фибрина; подъ нимъ ближе къ

капсулъ видно много сочныхъ эпителиоидныхъ тѣлъ и круглыхъ соединительнотканыхъ клѣтокъ; среди этихъ элементовъ вблизи капсулы нерѣдко расположено нѣсколько крючьевъ. Въ самой селезенкѣ можно отмѣтить только значительную гиперемію пульпы.

Намъ остается указать еще то, что артеріальные сосуды паріетальной брюшины во многихъ мѣстахъ выполнены плотно спаянными со стѣнкой тромбами. Въ легкихъ соотвѣтственно отмѣченнымъ въ протоколѣ вскрытія измѣненіямъ оказалась типичная бронхопневмонія.

Помимо того въ обоихъ легкихъ цѣлый рядъ вѣтвей *arteriae pulmonalis*, самыхъ разнообразныхъ размѣровъ, содержитъ въ просвѣтахъ тромбы, которые только изрѣдка выполняютъ всецѣло сосуды, въ большинствѣ же они занимаютъ болѣе или менѣе значительную часть просвѣта и плотно связаны со стѣнкой. Изъ послѣдней кое-гдѣ начинается организациа свертка. Тромбы или бѣлые изъ лейкоцитовъ, или же состоятъ изъ фибрина со значительной примѣсью лейкоцитовъ въ периферическихъ частяхъ.

Кромѣ описанныхъ находокъ паразита больше нигдѣ, ни въ одномъ органѣ намъ не удалось встрѣтить какихъ-либо признаковъ его.

Такимъ образомъ наши три случая могутъ быть раздѣлены на двѣ группы: въ первую нужно отнести два первые случая, во вторую—третій случай. Въ самомъ дѣлѣ два первые случая представляютъ много аналогичнаго какъ между собой такъ и съ цитированными выше случаями de Quervain'a и Riemann'a. Въ обоихъ на первый планъ выступаетъ множественное пораженіе эхинококкомъ брюшной полости, причемъ на ряду съ обычными пузырями различной величины въ обоихъ случаяхъ имѣлась масса мелкихъ гранулемъ на поверхности брюшины, а во второмъ случаѣ кромѣ того на плеврѣ и серозной оболочкѣ яйца. Гранулемы эти представляютъ ограниченные очаги, окруженные плотной соединительной тканью, состоящіе изъ эпителиоидныхъ и гигантскихъ клѣтокъ и содержащіе различныя части паразита.

Въ первомъ случаѣ отмѣчены хитиновая оболочка въ видѣ различной величины отрѣзковъ и рѣже въ формѣ замкнутыхъ пузырьковъ, а также много крючьевъ.

Во второмъ случаѣ найдены тѣ же элементы паразита за исключеніемъ крючьевъ, которые встрѣтились въ узелкѣ оболочекъ яичка. Нѣкоторые очаги, содержащіе паразитъ, имѣютъ видъ простыхъ клѣточныхъ узелковъ, другіе же носятъ ясно выраженный альвеолярный характеръ. Въ соединительной ткани нѣкоторыхъ альвеолъ въ первомъ случаѣ встрѣчаются мѣстами казеозно перерожденные участки; во второмъ же случаѣ казеозный метаморфозъ въ нѣкоторыхъ очагахъ очень сильно выраженъ.

Въ третьемъ случаѣ мы имѣемъ по внѣшнему виду картины, рѣзко отличныя отъ первыхъ двухъ случаевъ. Въ немъ несомнѣнно, что за 12 дней до смерти, вслѣдствіе травмы произошла разрывъ эхинококковой кисты, содержавшей громадное количество мелкихъ дочернихъ пузырьковъ и сколексовъ; разрывъ сопровождался значительнымъ кровотеченіемъ; за 12 дней жидкость лопнувшего пузыря успѣла всосаться, а на брюшинѣ образовался продуктивный воспалительный процессъ съ ясно выраженнымъ очаговымъ характеромъ; очаги то состоятъ изъ мелкихъ соединительнотканыхъ клѣтокъ и лейкоцитовъ, то носятъ ясно выраженный характеръ эпителиоидныхъ гнѣздъ съ гигантскими клѣтками или безъ нихъ. Въ этихъ гнѣздахъ видны оболочка хитина, крючья, мелкія спавшіяся дочернія капсулы со сколексами, инфильтрированныя большимъ количествомъ клѣтокъ носителя, встрѣчается много одиночныхъ деформированныхъ сколексовъ, иногда превращенныхъ въ маленькіе комочки протоплазмы, которые также были инфильтрированы клѣтками. Наконецъ, относительно рѣдко встрѣчаются своеобразно измѣненные сколексы въ формѣ мелкихъ пузырьковъ, окруженныхъ тонкой оболочкой. По своимъ размѣрамъ эти пузырьки приблизительно равны инвагинированному сколексу, содержатъ внутри крючья и клѣтки, но отсутствіе щели на мѣстѣ впяченной головки и наличность ясно видной толстой оболочки на нихъ отличаютъ эти образованія отъ нормальныхъ сколексовъ. Вокругъ этихъ пузырьковъ также группируются клѣтки носителя, но не проникаютъ внутрь ихъ.

Такимъ образомъ въ этомъ случаѣ на первый планъ выступаютъ картины, свидѣтельствующія о томъ, что свѣжее обсеменение брюшной полости вызываетъ продуктивный узелковый воспалительный процессъ на ней, сопровождающійся гибелью громаднаго количества выпавшихся сколексовъ и дочернихъ пу-

зырьковъ. Что же касается только что упомянутой картины превращенія сколекса въ пузырекъ, то здѣсь несомнѣнно мы найдемъ прогрессивный процессъ и остановимся на немъ тогда, когда разберемъ вопросъ о родствѣ нашихъ случаевъ между собой—другими словами вопросъ объ этиологіи множественнаго эхинококка.

Возникновеніе въ организмѣ одиночной эхинококковой кисты объясняется развитіемъ одного попавшаго въ организмъ зародыша, на развитіе же множественнаго эхинококка въ одномъ или многихъ органахъ существуютъ различные взгляды: по одному —множественный эхинококкъ происходитъ первично вслѣдствіе внѣдрѣнія большого количества онкосферъ и развитія изъ нихъ многихъ пузырей; по другому взгляду множественные пузыри происходятъ вторично вслѣдствіе разрыва одиночной кисты и обсымененія ея содержимымъ другихъ органовъ; наконецъ, для тѣхъ случаевъ, гдѣ масса эхинококковыхъ пузырей скучена на небольшомъ пространствѣ, допускаютъ, что дѣло идетъ объ *echinococcus granulosus* или *hydatidosus exogenus*, въ которомъ дочерніе пузырьки образуются между слоями кутикулы матерняго пузыря изъ мелкихъ отдѣлившихся частицъ паренхимы и при ихъ ростѣ выступаютъ наружу. Наконецъ, также принимаютъ и возможность прониканія изъ первичной кисты зародышей въ кровеносную систему.

Что въ организмъ могутъ сразу поступать массы яицъ (одинъ зрѣлый членикъ содержать отъ 500 до 5000 яицъ) и развиваться, конечно отрицать нельзя; но главное возраженіе противъ этого то, что множественный эхинококкъ наичаще встрѣчается въ полости брюшины. У Алексинскаго на 103 случая множественнаго эхинококка только въ 11-ти кисты были внѣ брюшной полости. „При просмотрѣ“ говоритъ онъ о своихъ случаяхъ: „исторій болѣзни и протоколовъ вскрытія можно отмѣтить также тотъ любопытный фактъ, что именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ брюшной полости было поразительное множество кистъ, другія области тѣла были совершенно свободны отъ нихъ“ \*).

Мы не будемъ касаться подробно обширнаго матеріала, собраннаго по этому вопросу, но уже и изъ приведеннаго ясно, что очень трудно объяснить множественность эхинококка брюшной полости большимъ количествомъ поступившихъ и развившихся въ ней зародышей.

\*) Алексинскій, стр. 56.

Объясненіе, что множественный эхинококкъ развивается путемъ экзогеннаго образованія дочернихъ пузырей, какъ сказано, приложимо только къ тѣмъ случаямъ, гдѣ пузыри очень тѣсно расположены и плотно прижаты къ матерней кистѣ; этого также не бываетъ какъ правило при множественномъ эхинококкѣ. Наиболѣе распространенное сьбясненіе исключительной множественности эхинококка брюшной полости—это обсьмененіе ея зародышевыми элементами лопнувшей матерней кисты.

Одинъ изъ первыхъ на подобную возможность при проколѣ первичнаго пузыря указалъ Volkman (1877). Этотъ взглядъ имѣетъ очень много сторонниковъ (Krause 1889, Küster 1889, Bardeleben 1889 и многіе другіе, перечисленные у Алексинскаго), наблюдавшихъ какъ въ клиникѣ, такъ и на секціонномъ столѣ данныя, заставившія предположить, что матеріаломъ обсьмененія послужило содержимое лопнушаго эхинококка.

Клиническія наблюденія, говорящія за возможность обсьмененія, многочисленны. Есть цѣлый рядъ примѣровъ, указывающихъ на развитіе кистъ въ рубцѣ послѣ операціи (Billroth 1892, Courtin 1901, Madelung 1904). Развитіе кистъ вслѣдствіе изліянія эхинококковой жидкости при операціяхъ упоминается по Parlavescchio въ случаяхъ Réan-Ricard, Poulton, Boissard-Courdert и другихъ, тѣ же явленія послѣ пробныхъ проколовъ были въ случаяхъ Volkman'a, Rauchet, Letienne, Réan, Krause и другихъ; наконецъ, въ его статистикѣ мы имѣемъ цѣлый рядъ случаевъ развитія вторичныхъ пузырей послѣ разрыва эхинококка печени (напримѣръ, собственный случай Parlavescchio, случай Duprè-Devaux, Maucclaird и другіе); одинъ изъ такихъ случаевъ, сообщенный Peurot (1900), подалъ поводъ къ интереснымъ дебатамъ, во время которыхъ Quénu, Routier, Michaut, Broca и Tuffier привели рядъ случаевъ развитія множественнаго эхинококка вслѣдъ за операціей эхинококка печени.

Помимо клиническаго матеріала также цѣлый рядъ экспериментальныхъ работъ говоритъ за возможность развитія эхинококковыхъ кистъ изъ дочернихъ и внучатныхъ пузырьковъ и отдѣльных сколексовъ. Уже въ 1843 году Klencke впрыскивалъ въ брюшную полость кролика оболочки эхинококковаго пузыря и спустя 6 недѣль нашель, что вся брюшина была усѣяна маленькими пузырями.

Лебедевъ и Андреевъ (1889) сдѣлали два опыта введенія дочернихъ пузырей въ брюшную полость кролика. Въ

первомъ опытѣ пузыри долго лежали въ спиртѣ и затѣмъ были обмыты карболовой водой. Хотя введенный пузырь выросъ почти вдвое и заключалъ еще два дочернихъ, но сами авторы считаютъ этотъ опытъ не доказательнымъ. Въ другомъ случаѣ также въ одной капсулѣ оказался пузырь, и рядомъ съ нимъ два другихъ. Авторы допускаютъ, что и въ человѣческомъ организмѣ дочерніе и внучатные пузыри также могутъ пролиферировать послѣ разрыва матерняго пузыря. Продолжая опыты Лебедева, Стадницкій (1890) дѣлалъ пересадки эхинококковыхъ пузырей отъ быковъ кроликамъ: изъ 16 экспериментовъ только въ одномъ былъ найденъ черезъ 6 мѣсяцевъ эхинококковый пузырь, который лежалъ между тонкими кишками. Этотъ опытъ, по мнѣнію автора, не можетъ служить положительнымъ доказательствомъ и онъ считаетъ результатъ всѣхъ 16-ти отрицательнымъ. Въ другой серіи опытовъ изъ трехъ кроликовъ, которымъ были пересажены пузыри отъ человѣка, выжилъ одинъ. Онъ былъ убитъ черезъ 5 мѣсяцевъ, причемъ оказалось, что изъ пересаженныхъ девяти пузырей три не только уцѣлѣли, но значительно выросли и измѣнили свою форму. На основаніи этого одного положительнаго результата, авторъ устанавливаетъ, что дочерніе эхинококковые пузыри, попавши въ брюшную полость животнаго, вторично могутъ расти и развиваться.

Опыты Riemann'a (1899) дали различные результаты, но въ общемъ подтвердили опыты Лебедева, и указали, что хотя часть пузырей погибаетъ, но нѣкоторые продолжаютъ расти (опыты №№ 10 и 11) и образуютъ зародышевыя капсулы и внучатные пузырьки.

Алексинскій (1899) для своихъ опытовъ бралъ преимущественно жидкость эхинококка, содержащую только клѣтки зародышеваго слоя, зародышевые пузыри и scolices. Изъ 12 опытовъ въ 8 онъ получилъ положительный результатъ, причемъ всѣ развившіяся кисты лежали внѣбрюшинно. Изъ 4-хъ остальныхъ животныхъ одно погибло на третій день послѣ зараженія, у одного оказался бугорковый перитонитъ, у другого слѣды перитонита и гнойная инфильтрація стѣнки слѣпой кишки, третій былъ убитъ слишкомъ рано. Въ 6 опытахъ изъ восьми положительныхъ—эхинококковые пузыри были найдены на внутренней поверхности передней брюшной стѣнки или въ толщѣ ея, въ области разрѣза, сдѣланнаго для зараженія животнаго. Въ одномъ опытѣ кромѣ того найдены три эхинококковыя кисты на Фалло-

пиевой трубѣ и одна большая въ полости матки. Въ другомъ опытѣ 2 пузыря эхинококка развились въ сальникѣ, одинъ въ полости малаго таза, много на передней поверхности матки и въ толщѣ широкой связки. Въ четырехъ опытахъ въ пересаженныхъ пузыряхъ происходило энергичное образованіе головокъ. Алексинскій является полнымъ сторонникомъ теоріи обѣмененія брюшины зародышевыми элементами первичной эхинококковой кисты, базируясь частью на основаніи наблюденій различныхъ авторовъ (45 случаевъ), частью на основаніи собственныхъ экспериментовъ. Изъ этихъ 45 случаевъ (вскрытіе было произведено въ 30 случаяхъ) въ 31 отмѣчено нарушеніе цѣлости первичной эхинококковой кисты. Въ 14 были очевидныя доказательства предшествовавшего разрыва эхинококка; въ остальныхъ 7 случаяхъ ихъ не было.

Однако на ряду съ ученіемъ о возможности вторичнаго развитія множественнаго эхинококка нѣтъ недостатка въ указаніяхъ противорѣчиваго характера. Такъ несомнѣнное вскрытіе эхинококка въ брюшную полость въ рядѣ случаевъ не вело къ ея обѣмененію (случаи Giraldès, Maisonneuve, Finsen и другіе, цитированные Алексинскимъ).

Съ другой стороны нѣкоторые авторы, повторявшіе эксперименты съ введеніемъ эхинококка въ брюшную полость животнымъ, не могли подтвердить его развитія.

Reiper (1896) считаетъ опыты Лебедева и Андреева недоказательными. Въ своихъ экспериментахъ онъ пришелъ къ отрицательнымъ результатамъ. Его опыты были произведены на 5 кроликахъ, 1 собакѣ и 1 овцѣ. Черезъ 7—9 мѣсяцевъ животныя были убиты; только у двухъ кроликовъ въ брюшной полости оказались неизмѣненные эхинококковые пузыри, окруженные соединительнотканной капсулой. У другихъ они спались, а у собаки и овцы не оказалось никакого слѣда отъ введеннаго матеріала.

Ученіе о вторичной диссеминаціи разорвавшагося одиночнаго пузыря встрѣтило особенно сильную оппозицію спеціально въ русской литературѣ. Ратимовъ (1894), Склифасовскій (1895), Токаренко (1895) и другіе высказались на основаніи своихъ наблюденій противъ него. Главное возраженіе противъ теоріи обѣмененія Ратимовъ видитъ въ томъ, что дочерніе пузыри, попавъ въ брюшную полость, должны передвигаться среди кишекъ внизъ и располагаться внутрибрюшинно, укрѣпившись гдѣ-либо между складками брюшины. На самомъ же дѣлѣ

при множественномъ эхинококкѣ пузыри располагаются въ подбрюшинной клѣтчаткѣ, въ толщѣ брыжжейки, вообще подъ серознымъ покровомъ. На основаніи этого Ратимовъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

1) Ученіе о развитіи множественнаго эхинококка брюшной полости вслѣдствіе естественнаго или искусственнаго разрыва (прокола) первичной кисты какого-либо органа до сихъ поръ нельзя считать доказаннымъ, а потому и принять его нельзя.

2) Множественный эхинококкъ брюшной полости развивается только первично, вслѣдствіе попаданія зародышей.

3) Зародыши эхинококка имѣютъ паразитическое стремленіе распространяться по брюшинѣ, развиваясь во внѣбрюшинной клѣтчаткѣ.

Взглядъ Ратимова развитъ подробно въ работѣ Токаренко. Послѣдній исходилъ изъ положенія, что всѣ образованія, лежащія внѣ брюшины должны нести впереди себя эндотелиальный покровъ, являющійся единственнымъ анатомическимъ признакомъ, по которому можно судить о мѣстѣ развитія изслѣдуемыхъ кистъ. На основаніи изученія нѣсколькихъ опухолей отъ 6-ти больныхъ съ множественнымъ эхинококкомъ брюшной полости, Токаренко пришелъ къ выводамъ, что множественный эхинококкъ брюшной полости развивается обыкновенно изъ шестикрючныхъ зародышей, поступающихъ первично въ ткани изъ кишечника; иногда же онъ развивается вторично путемъ внѣшняго почкованія первичной кисты. Въ брюшной полости эхинококковые кисты располагаются всегда внѣбрюшинно. „Ученіе о происхожденіи множественныхъ эхинококковыхъ кистъ брюшной полости путемъ обѣмененія ея зародышевыми пузырями послѣ разрыва первичной кисты не подтверждается ни клиническими наблюденіями, ни результатомъ опытовъ, патолого-анатомическія же данныя скорѣе говорятъ противъ него“.

Склифасовскій готовъ предположить, „что множественная пузырчатая глиста является или вслѣдствіе повторнаго зараженія, или же вслѣдствіе того, что при происшедшемъ однажды зараженіи въ организмъ проникло сразу множество зародышей. Съ этимъ правдоподобнымъ и естественнымъ предположеніемъ стоитъ однако же въ противорѣчій наблюденіе, что множественная пузырчатая глиста наблюдается чаще въ странахъ, гдѣ эхинококкъ встрѣчается вообще рѣдко, она рѣже встрѣчается повидимому въ мѣстахъ, гдѣ человѣкъ вообще часто поражается

пузырчатой глистой“. Далѣ авторъ задается вопросомъ: „извергнутые послѣ разрыва пузырьчатой глисты въ полость брюшины дочерніе ея пузыри могутъ ли продолжать существованіе и даже развиваться?“. Опытныя изслѣдованія въ этомъ направленіи, по его мнѣнію, „должны быть обставлены точнѣе и строже, даже чѣмъ опыты профессора А. И. Лебедева и доктора Андреева“. Для опыта онъ предлагаетъ слѣдующую схему: „вскрыть брюшную полость у животнаго, страдающаго пузырьчатой глистой печени; убѣдиться въ присутствіи единичной глисты и отсутствіи какихъ либо образований въ полости брюшины, затѣмъ вскрыть пузырьчатую глисту, выпустить содержимое ея вмѣстѣ съ дочерними пузырями въ полость брюшины и прослѣдить за дальнѣйшей судьбой выпущенныхъ дочернихъ пузырей. Помимо того слѣдуетъ производить наблюденія надъ больнымъ человѣкомъ при обстановкѣ, приближающейся къ идеальнымъ требованіямъ научнаго фізіологическаго опыта“. Авторъ и приводитъ подобное наблюденіе, которое „не подтверждаетъ ученія объ обсмѣненіи брюшины зародышами пузырьчатой глисты; оно свидѣтельствуетъ противъ этого ученія“. Въ наблюдаемомъ случаѣ за три года до операціи глистный пузырь печени вскрылся въ полость брюшины; при операціи въ полости живота и таза найдено было множество пузырей, но всѣ они безъ исключенія лежали внѣ полости брюшины (*ultra cavum peritonei*).

Помимо этихъ возраженій, основанныхъ на опытахъ на животныхъ и наблюденіяхъ надъ человѣкомъ, теоріи обсмѣненія также противоставлялись и указанія на циклъ развитія паразита.

Такъ Potherat (1900) въ хирургическомъ обществѣ въ Парижѣ квалифицировалъ по поводу доклада Peurot теорію обсмѣненія, какъ зоологическую ошибку (*une hérésie, tout au moins une erreur zoologique*). Въ біологіи паразита различаются стадіи, слѣдующія другъ за другомъ, именно: яйцо, шестикрючный зародышъ, гидатида, сколексъ. Чтобы принимать, что сколексъ или дочерніе пузыри способны производить гидатиды, нужно допустить скачки въ развитіи червя—а это невозможно. Доктрина Volkmanп'а объ аутоинфекціи, принятая всѣми, говоритъ Potherat „est une doctrine, qui repose sur une hérésie zoologique et qui doit être conséquemment rejetée par la pathologie“.

Къ цитированнымъ выше источникамъ нужно присоединить еще рядъ работъ послѣдняго десятилѣтія, все болѣе и болѣе накопляющія данныя въ пользу теоріи обсмѣненія.

Parlavescchio (1909) располагалъ казуистическимъ матеріаломъ 95 случаевъ брюшного и грудинно-брюшного множественнаго эхинококка и является рѣшительнымъ сторонникомъ теоріи обсмѣненія. Здѣсь мы въ скобкахъ замѣтимъ, что статистика Parlavescchio никоимъ образомъ не можетъ претендовать даже на приблизительную полноту при очень поверхностномъ знакомствѣ съ литературой: такъ, сравнивая ее со статистикой, приведенной у Алексинскаго или Токаренко, мы находимъ въ ней не только почти полное отсутствіе русскихъ авторовъ (Жукъ, Павловъ, Лебедевъ, Бекманъ и многіе другіе), но въ ней также пропущенъ цѣлый рядъ случаевъ иностранныхъ авторовъ (Potocki, Elsvort, Moneger, Tillaux и другіе). Помимо того у Токаренко число случаевъ множественнаго эхинококка доведено къ 1895 г. до 160, Parlavescchio же къ 1909 г. собралъ ихъ только 95. Равнымъ образомъ и работы послѣднихъ годовъ цитированы Parlavescchio съ большими пробѣлами. Такъ намъ извѣстны случаи Кокалл'я (1901), Browd'a (1902), Каблукова (1905), пропущенные Parlavescchio.

Веберъ (1910) описываетъ случай, въ которомъ, по его мнѣнію, „не остается никакого сомнѣнія въ томъ, что исходной точкой множественнаго эхинококка брюшной полости былъ первичный эхинококкъ печени“.

Наконецъ, какъ работы Алексинскаго, такъ и появившіяся послѣ него экспериментальныя изслѣдованія Dévé (1901—3) и Perroncito (1902) заставили зоологовъ нѣсколько поколебаться въ убѣжденіи, что эхинококкъ развивается всегда въ строго опредѣленной послѣдовательности. Такъ Braun (1908) выражается слѣдующимъ образомъ: „so befremdend es klingt, dass ein fertig ausgebildeter scolex mit spezifisch differenzierten Geweben und Organen auf eine tiefere Organisationsstufe zurücksinken und selbst wieder zu einer proliferierenden Blase werden kann, so wenig ist mehr daran zu zweifeln, dass die älteren, eine solche Blasenmetamorphose betreffenden, Beobachtungen richtig sind“ (стр. 263).

Какъ доказали эксперименты Dévé (1901), опыты пересадки эхинококка кроликамъ удаются очень легко, причемъ гидатидозныя кисты развиваются не только изъ дочернихъ пузырьковъ, но и изъ зародышевыхъ капсулъ и сколексовъ; на 41-й день послѣ инокуляціи онъ видѣлъ много сколексовъ, превращающихся въ кисты (plusieurs scolex á des phases différentes de leur métamorphose kystique). Прививая кролику зародышевыя капсулы и ско-

лексы черезъ ушную вену, авторъ получалъ также метастатическій эхинококкъ легкиихъ (*échinococcose métastatique du poumon*). Подкожная и внутривлепвральная инъекція сколексовъ даетъ также положительный результатъ. Опыты эти удаются только съ кроликами, у морскихъ же свинокъ развиваются дальше только дочерніе пузырьки. Dévé приводитъ рисунокъ (смотри Вгауп, Fig. 228) срѣза черезъ сколексъ, привитый 26 дней назадъ въ полость плепвы и находящійся въ стадіи превращенія въ эхинококковый пузырь (мы лишены возможности имѣть работы Dévé въ оригиналѣ и цитируемъ нѣкоторыя изъ нихъ по Вгауп'у). Основываясь на своихъ опытахъ Dévé (1902) устанавливаетъ для эхинококка два цикла развитія: первый классическій циклъ, совершающійся въ двухъ хозяинахъ; второй „un petit cycle, que nous appellerons para-echinococcique, et dont les révolutions, s'accomplissant chez un seul hôte, sont susceptibles de se reproduire indéfiniment, avec cette particularité, qu'à la fin de chacune d'elles (stade scolex), le parasite peut, si les circonstances le permettent, retourner au cycle évolutif naturel“.

Опыты Пономаревой (1903) также дали большой процентъ положительныхъ: изъ 13-ти кроликовъ, которымъ въ брюшную полость были пересажены зародышевыя капсулы и сколексы у 11-ти наблюдалось развитіе гидатидознаго эхинококка.

Обращаясь къ нашимъ случаямъ мы должны сказать, что особенно цѣннымъ является третій случай, такъ какъ въ немъ намъ удалось отыскать картины, близкія къ тѣмъ, какія видаль въ своихъ экспериментахъ Dévé и по нашему мнѣнію описанные выше (стр. 17-ая) мелкіе пузырьки, окруженные оболочкой и представляютъ именно такіе сколексы, которые начинаютъ превращаться въ кисты; основаніемъ этому предположенію служить, по нашему мнѣнію, помимо сходства съ рисункомъ Dévé то, что эти пузырьки отдѣлились отъ тканей носителя оболочкой и въ то время, какъ другіе сколексы заняты мѣстами до неузнаваемости иммигрировавшими въ нихъ клѣтками носителя, эти пузырьки совершенно сохраняютъ свою обособленность и неприкосновенность.

Данный нашъ случай съ несомнѣнностью указываетъ, что послѣ разрыва первичной кисты нѣкоторыя изъ бывшихъ въ ней сколексовъ не только сохраняютъ свою индивидуальность и остаются совершенно интактными для клѣтокъ носителя въ теченіе 12 дней, но что помимо того въ нихъ наступаютъ измѣненія, могущія быть объясненными съ той точки зрѣнія, что сколексы

проявляютъ наклонность на новомъ мѣстѣ превращаться въ эхинококковыя кисты. Что касается перваго нашего случая, то въ немъ нѣтъ въ анамнезѣ никакихъ указаній на предшествовавшей разрывъ первичной кисты, не удалось установить ихъ и при вскрытіи. Ни въ печени, ни въ селезенкѣ—двухъ органахъ, пораженныхъ эхинококкомъ, не нашлось какихъ-либо признаковъ бывшаго разрыва, можетъ-быть, потому что на мѣстѣ стараго разорвавшагося пузыря допустимо образование новаго, выполнившаго постепенно опустѣвшую полость, разрывъ же зажилъ и сгладился отъ времени.

Во второмъ случаѣ, переданномъ намъ глубокоуважаемымъ профессоромъ Дмитріемъ Павловичемъ Кишенскимъ, анатомическая картина въ высшей степени оригинальна. Брюшная полость усѣяна громаднымъ количествомъ узловъ, тѣсно примыкающихъ другъ къ другу и напоминающихъ *echinococcus granulosus seu echinococcus hydatidosus exogenus*.

Съ этой точки зрѣнія, пожалуй, возможно объяснить тѣсно прижатые другъ къ другу пузыри, но остается непонятной отдаленная диссеминація ихъ по брюшной полости и по полости обѣихъ плевръ. Поэтому вѣроятнѣй, что и въ этомъ случаѣ имѣлъ мѣсто разрывъ эхинококковой кисты, причемъ часть содержимаго излилась въ брюшную, часть въ грудную полость. При этомъ второмъ объясненіи нужно непременно допускать возможность повторныхъ, неоднократныхъ нарушеній цѣлости пузырей, чтобы могло произойти засѣваніе брюшной и обѣихъ плевральныхъ полостей. Мы видимъ, что истолковать распространеніе эхинококка въ этомъ случаѣ очень трудно.

Еще труднѣе представить себѣ, какъ эхинококкъ расселился въ паренхимѣ легкихъ и какъ онъ попалъ въ серозныя оболочки яичка. Сама локализациія въ этихъ двухъ мѣстахъ является въ высшей степени рѣдкой. Такъ по статистикѣ Алексинскаго эхинококкъ въ печени встрѣчается въ 53,39%, въ брюшинѣ, сальникѣ, брыжжейкѣ и подбрюшинной клѣтчаткѣ 5,23%, въ мужскихъ половыхъ органахъ 0,31%, въ плеврѣ 1,18, въ полости малаго таза 6,05%. Изъ всѣхъ собранныхъ имъ 45 случаевъ множественнаго эхинококка присутствіе его внѣ брюшной полости отмѣчено только 4 раза: во влагалищѣ прямой мышцы живота и въ легкихъ. Токаренко на 160 случаевъ множественнаго эхинококка даетъ для печени 71,2%, для легкихъ 14,5%, для мужскихъ половыхъ органовъ онъ не приводитъ цифры. Въ собран-

ной Надеждинымъ (1895) статистикъ эхинококка въ Россіи на 269 случаевъ (среди нихъ 28 случаевъ множественнаго эхинококка) намъ не удалось найти ни одного случая развитія паразита въ мошонкѣ. Такимъ образомъ самое присутствіе его въ этомъ органѣ является чрезвычайно рѣдкимъ. Несомнѣнно, что какъ въ легкія, такъ и въ оболочки яичка эхинококковые зародыши проникли только по кровяному току. Это могло совершиться или первично, или же вторично путемъ прорыва первоначальной кисты въ кровеносный сосудъ. Что это дѣйствительно имѣетъ иногда мѣсто, показываетъ интересный случай, описанный Busch'емъ (1903): у 14-ти лѣтняго мальчика эхинококкъ печени вскрылся въ нижнюю полую вену и закупорилъ правое сердце. Изслѣдованіе легкихъ показало, что и раньше имѣли мѣсто прорывы, такъ какъ въ легкихъ найдено было много гнѣздъ хроническаго воспаленія, вызваннаго прежними эхинококковыми эмболіями.

Этотъ случай показываетъ, что прорывы въ кровеносную систему не только имѣютъ мѣсто, но и совершаются повторно и нѣтъ ничего невозможнаго, что и въ нашемъ случаѣ было что либо подобное, тѣмъ болѣе, что эхинококковые пузыри лежатъ очень близко къ *vena cava inferior*.

Какимъ образомъ эхинококкъ проникъ въ оболочки яичка, объяснить еще труднѣе, и въ этомъ отношеніи возможны, конечно, самыя разнообразныя предположенія, но мы отъ нихъ воздержимся.

За исключеніемъ этого чрезвычайно разлитого пораженія органовъ и серозныхъ оболочекъ легкихъ и яичка, наши первые два случая, какъ видно изъ ихъ описанія, представляютъ очень много общаго.

Изъ обзора литературныхъ данныхъ и различныхъ мнѣній о множественномъ эхинококкѣ ясно, что наши случаи наиболѣе вѣроятно и наиболѣе легко объясняются прорывомъ эхинококка и послѣдующимъ обстѣмененіемъ тѣхъ серозныхъ полостей, въ которыя вскрывается пузырь.

Пытаясь объяснить два первые случая, мы видали, что хотя на лицо ни въ томъ, ни въ другомъ нѣтъ несомнѣнныхъ остатковъ разрыва, но въ обоихъ въ нихъ таковой прорывъ весьма вѣроятенъ. Въ первомъ онъ произошелъ только въ брюшную полость; во второмъ же эхинококкъ, имѣющій, можетъ-быть, характеръ экзогеннаго, вскрывался въ кровеносную систему, въ брюшную и

грудную полость, о чем свидетельствует громадное обсеменение плевры и брюшины, совершенно аналогичное тому, которое мы видимъ въ первомъ случаѣ.

Такимъ образомъ всѣ наши три случая имѣютъ много общаго: самый молодой изъ нихъ третій, затѣмъ слѣдуетъ первый и, наконецъ, второй. Что второй случай является самымъ старшимъ, свидетельствуетъ то, что въ нѣкоторыхъ очагахъ совершенно не осталось никакихъ признаковъ бывшаго здѣсь паразита, тогда какъ въ первомъ случаѣ видно много остатковъ его—хорошо сохранившійся хитинъ, крючья и даже можно различать распавшіеся сколексы.

Изъ микроскопическаго описанія мы видимъ, что обсеменовавшая брюшину эхинококкъ вызываетъ въ ней воспалительный процессъ и постепенно окружается грануляціонною тканью и располагается *intra cavum peritonei*, о чемъ свидетельствуетъ его отношеніе къ эластической ткани. Впослѣдствіи же грануляціи старѣютъ, превращаются въ плотную соединительную ткань и при поверхностномъ изслѣдованіи кажется, что какъ мелкіе узелки, такъ и большіе пузыри располагаются *ultra cavum peritonei*.

Наконецъ, изъ нашего наблюденія съ несомнѣнностью слѣдуетъ, что въ самомъ началѣ своего развитія эхинококкъ вызываетъ вокругъ себя образованіе очага, состоящаго изъ эпителиоидныхъ и гигантскихъ клѣтокъ, очага свойственнаго инфекціоннымъ гранулемамъ.

По мнѣнію de Quervain'a въ образованіи бугорковъ участвуютъ исключительно нежизнеспособные элементы эхинококковой кисты—куски оболочекъ. Относительно того, можетъ ли брюшина осумковать и постепенно переварить жизнеспособные элементы эхинококковаго пузыря т. е. мелкіе дочерніе пузырьки, головки, зародышевые пузырьки, de Quervain не рѣшается высказать съ положительностью. Мы можемъ дополнить мнѣніе de Quervain тѣмъ, что бугорки образуются какъ вокругъ отдѣльныхъ крючьевъ и кусочковъ хитина, такъ и вокругъ сколексовъ и дочернихъ капсулъ. Клѣтки носителя пытаются проникнуть внутрь зародышевыхъ сумокъ и отдѣльныхъ сколексовъ и это имъ въ большинствѣ случаевъ удается.

Сколексы со своей стороны отгораживаются отъ носителя кутикулой и мы видали, что къ 12 дню они начинаютъ уже

превращаться въ пузырь, но и въ этихъ случаяхъ около нихъ образуется ограниченный клѣточный очагъ—своеобразная бессосудистая гранулема, нѣсколько похожая на специфическій туберкулезный бугорокъ.

Такимъ образомъ эта гранулема является необходимымъ этапомъ въ развитіи однокамернаго эхинококка. Въ тѣхъ случаяхъ, когда паразитъ развивается въ стадію пузыря, гранулема сглаживается совершенно, или отъ нея, какъ мы видали изъ очерка типичнаго строенія капсулы носителя, остаются только неясные намеки. Въ цѣломъ же рядѣ случаевъ тамъ, гдѣ узелки образуются вокругъ нежизнеспособныхъ частей или умершихъ паразитовъ, они являются реакціей на инородное тѣло т. н. ложнымъ туберкулезомъ.

Образованіе такихъ очаговъ вокругъ различныхъ инородныхъ тѣлъ въ организмѣ человѣка не рѣдкость. У Н и к и ф о р о в а (1897) собрано значительное количество подобныхъ примѣровъ: съ одной стороны, отжившія эластическія волокна, остатки кровяного пигмента, амилоидныя массы, продукты жирового распада, ороговѣвшія клѣтки, стержни волосъ, съ другой стороны, растительныя образованія, нити кетгута и волоски насѣкомыхъ. Вокругъ паразитовъ животного происхожденія отмѣчаютъ, какъ извѣстно, пышное образованіе грануляціонной ткани главнымъ образомъ при альвеолярномъ эхинококкѣ и въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ при цистицеркѣ, особенно, въ глазу Schröder u. Westphalen, Dolina, Юдинъ и многіе другіе.

Что же касается ложнаго туберкулеза полости брюшины, то здѣсь наблюденія относительно немногочисленны, причины же его разнообразны.

Въ рядѣ случаевъ образованіе гигантоклѣточныхъ гнѣздъ вызывалось различными остатками растительной пищи, проникшими въ брюшную полость при перфорации.

На п а u (1890) приводитъ такой случай: 37-ми лѣтній мужчина страдалъ круглой язвой желудка и перенесъ за 13 дней до смерти приступъ прободенія язвы. При вскрытіи въ сращеніяхъ и въ одномъ мѣстѣ паріетальной брюшины передней стѣнки живота оказались множественныя просовидныя бугорки изъ грануляціонной ткани, развившейся вокругъ остатковъ растительной пищи (Steinzellen aus Birnen).

Узелки подъ микроскопомъ имѣли видъ милиарныхъ бугорковъ, состоявшихъ изъ эпителиоидныхъ и Langhans'овскихъ гигантскихъ клѣтокъ; по периферіи были также круглые элементы и остатки фибрина. Творожистаго перерожденія не было.

По Askanazy (1896) у мужчины 48 л. причиной хроническаго перитонита съ образованіемъ просовидныхъ бугорковъ послужили каловыя массы, попавшія въ брюшную полость изъ перфорированной слѣпой кишки. Брюшинный покровъ стѣнокъ живота и отдѣльныхъ сращенныхъ между собой петель тонкихъ кишекъ оказался покрытымъ васкуляризированными плотными соединительнотканными ворсинками и пластинками, гдѣ были заложены бѣловато-сѣрые, иногда пигментированные узелки величиной отъ булавочной головки до чечевицы. Узелки состояли въ периферическихъ частяхъ изъ молодой соединительной ткани, построенной изъ веретенообразныхъ, большихъ эпителиоидныхъ и эндотелиальныхъ клѣтокъ съ гигантскими многоядерными тѣлами. Внутри въ узелкахъ были полинуклеарные лейкоциты, образовавшіе небольшіе абсцессы съ различными остатками въ нихъ растительной пищи. Мѣстами въ центральныхъ частяхъ встрѣчались некротизированныя клѣтки и отдѣльные отмершіе гиганты. Въ болѣе старыхъ узелкахъ были только веретенообразные и лимфоидные элементы и прекрасно развитыя гигантскія клѣтки (иногда до 15 рядомъ); въ тѣлѣ этихъ послѣднихъ или же между ними залегали остатки растительной паренхимы.

Петровъ (1900) у мужчины 42-хъ лѣтъ при лапаротоміи замѣтилъ между прочимъ въ сращеніяхъ, найденныхъ выше пупка, и на передней брюшной стѣнкѣ довольно плотные, частью гноевидные или творожисто-перерожденные узелки, похожіе на конгломераты туберкулезныхъ бугорковъ. Узелки состоятъ изъ круглыхъ и овальныхъ клѣточекъ; въ срединѣ нѣкоторыхъ узелковъ найдены вкрапленные кусочки растительной ткани; около послѣдней замѣчаются гигантскія клѣтки.

Въ случаѣ Соорег'а (1906) при чревосѣченіи у женщины средняго возраста оказалось, что ея брюшина какъ паріетальная, такъ и висцеральная покрыта милиарными туберкулезными бугорками. При вскрытіи же и послѣдующемъ изслѣдованіи установлено, что на желудкѣ располагалась раковая язва, „а узелки на брюшинѣ представляли собой ложный туберкулезъ“; въ центрѣ бугорковъ были найдены частички пищи, окруженныя гигантскими клѣтками.

Gyergyai (1907) нашель у 26-ти лѣтняго мужчины при секціи на передней стѣнкѣ colonis ascendentis чечевицеобразное отверстие, соединявшее просвѣтъ кишки съ большимъ каловымъ абсцессомъ; на брюшинномъ же покровѣ брыжейки тонкихъ и толстыхъ кишекъ и мочевого пузыря оказались множественные узелки, образовавшіеся вокругъ кусочковъ растительной пищи. Величина очаговъ была отъ маковаго зерна до горошины.

Деревенко (1907) сообщаетъ слѣдующій случай: мужчина 29-ти лѣтъ въ русско-японскую войну былъ раненъ пулей въ животъ, при чемъ была нарушена цѣлость кишечной петли и изъ просвѣта ея въ полость брюшины поступило нѣкоторое количество содержимаго; черезъ 14 мѣсяцевъ послѣ раненія больному была произведена операція. При извлеченіи петель кишекъ бросилось въ глаза, что на петляхъ кишекъ, на брыжейкѣ и сальникѣ разбросаны зерна, величиной до коноплянаго. Цвѣтъ нѣкоторыхъ зеренъ бѣловатый, другихъ красновато-бурый. При микроскопическомъ изслѣдованіи нѣсколькихъ взятыхъ зеренъ оказалось, что они являлись новообразованной тканью съ сосудами. Въ ткани этой лежали различные остатки растительной пищи, окруженные гигантскими клѣтками, фибробластами, отдѣльными экземплярами блуждающихъ клѣтокъ.

Наконецъ, въ случаѣ Brandes'a (1909) было прободеніе желудка, послѣ котораго больной погибъ черезъ 6 недѣль, и при вскрытіи его оказалось, что петли кишекъ почти всюду покрыты мелкими точками и плоскими узелками (höchstens bis linsengrossen) равномернo сѣраго цвѣта безъ казеознаго центра. Узелки состояли изъ различныхъ остатковъ растительной пищи, окруженныхъ гигантскими (иногда до дюжины) и эпителиоидными клѣтками; нѣкоторые изъ нихъ въ периферическихъ частяхъ были окружены лейкоцитами.

Кромѣ остатковъ растительной пищи вызываетъ образованіе бугорковъ и меконій.

Askapazy приводитъ такой случай, описанный имъ раньше совмѣстно съ Falkenheim'омъ; у новорожденной пятидневной дѣвочки оказался гнойный экссудатъ въ брюшной полости и соединительнотканная плотная мембрана, связывавшія петли кишки между собою и съ паріетальной брюшиной въ одинъ конволютъ. На flexura lienalis, на поверхности желудка, печени, селезенки и между соединительнотканными сращеніями располагалось множество омѣлоторенныхъ бѣлыхъ или желто-

ватыхъ узелковъ величиной отъ булавочной головки. Причиной перитонита послужила перфорация толстой кишки въ области *flexurae lienalis*. Узелки состояли изъ элементовъ меконія и прорасли нѣжной, содержащей сосуды, соединительной тканью съ одиночными гигантскими клѣтками въ ней. Случаи, подобные послѣднему, но менѣе характерные, описаны у новорожденныхъ дѣтей Dubler'омъ (1888) и Genersich (1891).

Рѣже узловатый перитонитъ вызывался продуктами распада опухолей или же оставленными въ послѣдней при операціи мельчайшими инородными частицами.

Такъ Meyer (1893) описываетъ у 47-лѣтней женщины гиганто клѣточные бугорки вокругъ кристалловъ холестеарина, выпавшихъ изъ дермоидной кисты въ полость малаго таза и вызвавшихъ тамъ перитонитъ. Бугорки какъ макро-, такъ и микроскопически имѣли чрезвычайное сходство (*eine auffallende Aehnlichkeit*) съ туберкулезными. Въ этой же работѣ авторъ упоминаетъ неопубликованный случай *Rescklinghausen*'а, въ которомъ на брюшинѣ женщины, перенесшей нѣсколько мѣсяцевъ назадъ лапаротомію и умершей отъ воспаления легкихъ, была картина разлитого милиарнаго туберкулеза. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что узелки, содержащіе массу гигантскихъ клѣтокъ, образовались вокругъ маленькихъ кусочковъ губки. Творожистое перерожденіе отсутствовало.

Pertik вкратцѣ сообщилъ случай, въ которомъ средину найденныхъ на брюшинѣ узелковъ занимали кусочки губки микроскопической величины, оставшіеся въ брюшной полости послѣ операціи.

Наконецъ, послѣдняя извѣстная намъ группа случаевъ *Fremdkörperriesenzellenperitonitis* вызвана животными паразитами или ихъ яйцами.

Miura (1889) нашель у умершаго 26-ти лѣтняго японца въ брюшной полости фиброзные бугорки съ гигантскими клѣтками, вызванные яйцами паразита (вѣроятно *distomum hepaticum*). Множественные сѣровато-бѣлые, плотные узелки располагались на большомъ сальникѣ, діафрагмѣ, брыжжейкѣ, на слѣпой кишкѣ, на поверхности печени и на брюшинѣ Дугласова пространства.

Helbing (1899) видалъ инкапсулировку безчисленнаго количества яицъ *taeniae* въ брюшной полости человѣка. Въ жировой клѣтчаткѣ оказалась грануляціонная ткань, состоявшая главнымъ образомъ изъ лимфоцитовъ, эпителиоидныхъ и множе-

ства гигантскихъ клѣтокъ. Мѣстами вокругъ яицъ паразита образовались ограниченныя узелки, центръ которыхъ состоялъ изъ гигантскихъ клѣтокъ, средняя зона изъ эпителиоидныхъ, а периферическая изъ лимфоцитовъ. Грануляціонная ткань имѣла большую склонность къ фибрознаму превращенію.

Kolb (1902) описываетъ у 42-хъ лѣтней женщины относительно плотныя, числомъ до 10, узелки, разсѣянныя на слегка утолщенной брюшинѣ таза и задней поверхности матки. Они были или плоскіе, или сидѣли на ножкѣ и напоминали зерна риса. Въ узелкахъ оказались самки охурисъ съ массой яицъ. Kolb предполагаетъ, что въ данномъ случаѣ паразиты проникли, вѣроятно, въ дѣтствѣ черезъ половой каналъ (vulva—vagina—uterus—tubae uterinae) въ брюшную полость и тамъ осумковались. Случай этотъ былъ въ свое время демонстрированъ Chiari въ Пражскомъ медицинскомъ обществѣ (Unterberger).

Наблюденія, подобныя описанному Kolb'омъ, опубликовали Schneider (1904), Strada (1907), Unterberger (1908). Въ первомъ случаѣ въ Дугласовомъ пространствѣ найденъ только одинъ узелокъ, содержавшій самку охурисъ съ яичками. Въ случаѣ Strada три такихъ же узелка съ зрѣлыми женскими особями охурисъ въ нихъ сидѣли на задней поверхности матки. Наконецъ, Unterberger кратко упоминаетъ подобное образованіе съ большимъ количествомъ яицъ охурисъ въ зернистой некротической массѣ.

Къ этой же категоріи хроническихъ узловатыхъ перитонитовъ съ характеромъ Fremdkörperriesenzellenperitonitis отчасти относятся и случаи множественнаго эхинококка брюшины, описанные de Quervain'омъ, Riemann'омъ, нами. Фактъ, что множественный эхинококкъ одна изъ причинъ ложнаго туберкулеза брюшины, извѣстенъ мало. Напримѣръ, въ цитированной выше работѣ Никифорова о возможности подобнаго явленія и не упоминается.

Между тѣмъ, мы думаемъ, что оно не такъ уже рѣдко, недостаточно же извѣстно потому, что наличность мельчайшихъ узелковъ, можетъ-быть, иногда остается незамѣченной при вскрытіи или операци, а въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ они отмѣчены, очаги эти не подвергаются микроскопическому изслѣдованію.

Просматривая, напримѣръ, статистику Алексинскаго, мы встрѣтили случай Duchassou (№ 12), въ которомъ большинство пузырей едва достигало величины просяного зерна, самый круп-

ный былъ величиной съ горошину; случай Froelich'a (№ 26), гдѣ, кромѣ большихъ кистъ, было множество маленькихъ отъ булавочной головки до горошины.

Далѣе, напримѣръ, Бекманъ (1894) видѣлъ въ своемъ случаѣ на брюшинѣ маленькія, бѣловатыя, выдающіяся пятна, величиной отъ конца булавки до булавочной головки. При вскрытіи отмѣчены въ брюшинѣ многочисленные пузырьки, величиной отъ горошины до грецкаго орѣха.

Холодковскій (1910) говоритъ, что во второмъ его случаѣ величина пузырей была отъ головы новорожденного до грецкаго орѣха и менѣе. Всѣ эти авторы ограничились только макроскопическимъ изслѣдованіемъ этихъ мельчайшихъ узелковъ и не задались цѣлью детально изучить ихъ строеніе.

Послѣ всего вышесказаннаго попытаемся установить, насколько аналогичны явленія осумкованія различныхъ инородныхъ тѣлъ въ брюшинѣ съ инкапсуляціей эхинококка въ нашихъ случаяхъ. Другими словами, являются ли безчисленные мелкіе очаги двухъ нашихъ первыхъ случаевъ только результатомъ взаимодѣйствія мертвыхъ частицъ паразита и клѣтокъ организма или эхинококкъ въ нѣкоторыхъ очагахъ жилъ и развивался и погибъ только потомъ вслѣдствіе неблагоприятныхъ условій, или даже жизнеспособенъ еще и теперь.

Къ рѣшенію этого вопроса намъ кажется возможнымъ приблизиться, насколько это вообще мыслимо при изученіи гистологическихъ препаратовъ, путемъ сравнительнаго изученія измѣненій, которыя вызываются мертвыми тѣлами, и измѣненій, которыя имѣются въ нашихъ случаяхъ.

Сравнивая описанія цитированныхъ выше случаевъ инородныхъ тѣлъ у человѣка, съ одной стороны, и тѣ картины, которыя наблюдаются въ опытахъ заживленія инородныхъ тѣлъ въ брюшинѣ животныхъ, съ другой стороны, съ нашими случаями, мы можемъ указать на существенную между ними разницу. Такъ во всѣхъ случаяхъ инородныя тѣла у человѣка осумковывались безъ того, чтобы въ ткани наблюдались явленія творожистаго перерожденія. Напаи прямо указываетъ, что творожистаго распада не было. Въ случаѣ Меуег'а также некрозъ отсутствовалъ. Askanazy видалъ въ маленькихъ абсцессахъ своего случая только отдѣльныя некротизированныя клѣтки. Относительно гигантскихъ клѣтокъ Меуегъ говоритъ, что отсутствіе ядеръ въ

части клѣтки указываетъ только на нѣсколько пониженную жизнедѣятельность клѣтки въ этомъ мѣстѣ (eine Reduction der Vitalität).

Brandes, упоминая о казеозномъ метаморфозѣ въ гигантскихъ клѣткахъ при туберкулезѣ, говоритъ: „dass Fremdkörper auch nur etwa ähnliche Nekroseformen innerhalb der Riesenzellen hervorrufen, nehme icʼ schon aus Ueberlegungsgründen nicht an“. Далѣе онъ указываетъ: „dass ich niemals in einer Fremdkörperriesenzelle Veränderungen gesehen habe, welche als Nekrose angesprochen werden könnten“.

Что касается экспериментальныхъ работъ, то заживленіе асептического инороднаго тѣла въ брюшинѣ хорошо изучено на основаніи громаднаго количества наблюдений. Эти опыты ставились различными авторами съ цѣлью изученія воспалительныхъ новообразованій соединительной ткани, участія въ нихъ различныхъ пришлыхъ и мѣстныхъ клѣточныхъ элементовъ; особое вниманіе было удѣлено участію въ этомъ процессѣ эндотелія брюшины, его активной дѣятельности, фагоцитарной способности и образованію изъ него соединительной ткани.

Въ нѣкоторыхъ же работахъ эти опыты служили матеріаломъ для сравненія съ другими процессами, на примѣръ, съ туберкулезомъ брюшины (Кишенскій). Вводились въ брюшную полость вещества самая разнообразная: кусочки губокъ, инъецированные кусочки легкихъ, сердцевина бузины (Marchand), ликоподій (Marchand, Кишенскій), впрыскивали Aleuronat (Сёенен) погружали шелковыя нити, пропитанныя фізіологическимъ растворомъ (Büttner), стерилизованные рыбіи пузыри (Borst), пшеничную крупу (Корес) и др..

При всѣхъ этихъ опытахъ наступаетъ постепенно „нормальное“ (Marchand) доброкачественное воспаленіе, которое ведетъ къ „Heilung, Abkapselung und im besten Fall mit der vollständigen Wiederherstellung endet“ (Marchand).

Marchand удѣлилъ много вниманія этимъ процессамъ и нигдѣ не отмѣчаетъ наличности казеознаго перерожденія. Нѣкоторая разница въ заживленіи зависѣла отъ природы вводимыхъ тѣлъ; такъ, на примѣръ, при опытахъ съ кусочками губки или легкихъ блуждающія клѣтки и нити фибрина обнаруживались во множествѣ внутри самого пересаженнаго кусочка и, спустя короткое время, инородное тѣло превращалось въ плотный узелокъ; интересная же разница заключалась въ томъ, что ги-

гантскія клѣтки почти всецѣло отсутствовали при заживленіи кусочковъ легкихъ, тогда какъ при прорастаніи губки ихъ было очень много. Кусочки сердцевины бузины отличаются отъ губки тѣмъ, что при первыхъ (до 16, 30, 56 дня) вращаніе и образованіе тканей не шло глубже поверхностной зоны и внутреннія части сердцевины оставались всегда свободными, прозрачными и влажными безъ слѣда фибрина и лейкоцитовъ.

Въ общихъ чертахъ приблизительно тѣ же данныя получили и другіе авторы и можно считать достаточно установленнымъ, что асептическія инородныя тѣла не вызываютъ вокругъ себя не только казеознаго метаморфоза, но даже некроза вообще.

Borst (1897), резюмируя выводы авторовъ о заживленіи инородныхъ тѣлъ, говоритъ что, „къ гиперемическимъ и экссудативнымъ явленіямъ и къ эмиграціи и иммиграціи полинуклеарныхъ лейкоцитовъ присоединяется появленіе большихъ одноядерныхъ блуждающихъ клѣтокъ. Почти одновременно съ послѣдними размножаются фиксированныя тканевыя клѣтки (соединительнотканныя и эндотеліальныя), наконецъ, появляются молодые сосуды, и въ концѣ концовъ инородное тѣло обрастаетъ и прорастаетъ крупноклѣточной съ гигантскими клѣтками богатой сосудами соединительной тканью, которая, наконецъ, превращается въ фибриллярную“.

К о р е с выставляетъ положеніе, что „Der Unterschied zwischen den Prozessen bei der Fremdkörpertuberkelbildung und den bei der Bildung der wahren Tuberkel besteht im wesentlichen darin, dass bei der Bildung der wahren Tuberkel der Organismus mit Fremdkörpern zu tun hat, die Gifte produzieren, welche die zelligen Elemente in ihrer Tätigkeit paralisieren und zugrunde richten“.

Насколько намъ извѣстно, изъ всѣхъ инородныхъ тѣлъ, которыя когда-либо вводились въ организмъ животнаго, сильно некротизирующее дѣйствіе на ткани имѣетъ только гвоздичное масло.

Такъ Ясинскій при введеніи подъ кожу собаки шариковъ ваты, пропитанныхъ гвоздичнымъ масломъ, обнаружилъ, что ближайшая къ нему ткань была сильно некротизирована. Этотъ некротическій участокъ на препаратахъ былъ виденъ простымъ глазомъ и имѣлъ яйцевидную форму. Его окружала веретенообразная соединительная ткань, между волокнами которой встрѣчались фибробласты и крупныя одноядерныя клѣтки.

Различныя интенсивно раздражающія неорганизованныя вещества (терпентинъ, іодоформъ) вызываютъ нагноеніе, образованіе абсцесса и вообще болѣе или менѣе разрушительно дѣйствуютъ на клѣтки (Büchner 1896).

Введеніе въ брюшную полость хитина, повидимому, обуславливаетъ тѣ же измѣненія, что и другія инородныя тѣла. Въ этомъ отношеніи цитированные выше авторы, экспериментировавшіе съ животными, вообще кратко указываютъ, что введенный матеріалъ со временемъ исчезалъ безъ слѣда.

Только Алексинскій упоминаетъ, что (опытъ № 7) у кролика, вскрытаго черезъ 7 мѣсяцевъ послѣ зараженія его сколексами, помимо хорошо развитыхъ эхинококковыхъ пузырей оказались на передней поверхности матки двѣ плоскія, бородавчатая опухоли величиною съ горошину. „На поверхностныхъ срѣзахъ можно было видѣть, что онѣ состоятъ изъ соединительнотканной стромы, въ которой находится большое количество эхинококковыхъ пузырей самыхъ неправильныхъ прихотливыхъ очертаній. Въ окружности пузырей было видно большое количество гигантскихъ клѣтокъ“. На болѣе же глубокихъ срѣзахъ были вполне нормальные эхинококковые пузыри. Объясняетъ это явленіе Алексинскій тѣмъ, „что попавшіе на переднюю поверхность матки сколексы укрѣпились здѣсь, осумковались и претерпѣли превращеніе въ эхинококковые пузыри; нѣкоторые изъ нихъ затѣмъ умерли и подверглись разсасыванію, другіе, находившіеся въ лучшихъ условіяхъ, продолжали развиваться“. „Микроскопическая картина“, говоритъ далѣе Алексинскій, „чрезвычайно напоминаетъ строеніе многокамернаго эхинококка“. Помимо того въ опытѣ № 8 были найдены толстостѣнные соединительнотканые мѣшечки, содержавшіе „какую-то крупноклѣточную массу, въ центральной части которой можно было видѣть кусочекъ какого-то гомогеннаго вещества, повидимому, оболочки эхинококка“. Алексинскій думаетъ, что въ этихъ кистахъ произошелъ процессъ разсасыванія погибшихъ эхинококковыхъ пузырей.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ Пономаревой въ сальникѣ оказались одиночныя бѣловатые узелки, состоявшіе изъ соединительной ткани, окружавшей части эхинококка.

Что же касается хитина, введеннаго подъ кожу животнаго, то описаніе вызванныхъ имъ измѣненій мы нашли только у Ясинскаго: „хитиновая оболочка въ видѣ сложенныхъ воло-

конъ находится среди многочисленныхъ фибробластовъ и крупныхъ клѣтокъ. Фибробластовъ въ полѣ зрѣнія больше всего и расположены они вокругъ хитиновыхъ волоконъ подобно железистому эпителию, благодаря чему они образуютъ какъ бы вмѣстилище для хитиновыхъ частицъ“. Мѣстами изъ фибробластовъ образовались гигантскія многоядерныя тѣла, они часто примыкаютъ къ хитину. Послѣдній въ этихъ мѣстахъ зернисто распался, въ то время какъ остальная часть его имѣетъ еще слоистость. Въ разныхъ мѣстахъ можно найти хитиновыя волокна, которыя отдѣлены отъ введеннаго кусочка тканевыми элементами и разнесены ими по ткани. Около такихъ тоненькихъ волоконъ находятся гигантскія клѣтки довольно большой величины. Хитиновыя волокна встрѣчаются и внутри гигантскихъ клѣтокъ, гдѣ они превращаются въ зернистую массу.

Сравнивая вышеописанныя особенности съ нашими случаями, мы видимъ, что въ послѣднихъ какъ въ первомъ, такъ и во второмъ цѣлый рядъ узелковъ представляетъ типичную картину заживленія инороднаго тѣла. Однако рядомъ съ этимъ имѣются такіе очаги, гдѣ по границѣ хитиновой оболочки прилежащая ткань казеозно перерождена. Это перерожденіе совершенно не входитъ въ рамки заживленія инороднаго тѣла вообще и въ заживленіе кусочковъ хитина въ частности. Наличие этого метаморфоза особенно важна, потому что здѣсь, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ очагахъ, мы видимъ не простую реакцію тканей на инородное тѣло (каковымъ является нѣкоторая часть узелковъ), но имѣемъ полное основаніе заключить, что паразитъ проявляетъ жизнедѣятельность и вызываетъ настолько сильное измѣненіе въ ткани, что въ исходѣ его ближайшіе слои некротизируются; а этого не будетъ при простой инкапсуляціи мертваго инороднаго тѣла.

Эти явленія внѣ всякаго сомнѣнія должны быть приписаны жизнедѣятельности эхинококка на томъ основаніи, что вокругъ болѣе или менѣе толстыхъ отломковъ мертваго хитина не встрѣчается перерожденія. Этотъ некрозъ также нельзя приписать какимъ-либо химическимъ вліяніямъ жидкости эхинококковыхъ пузырей. Въ нашемъ, на примѣръ, случаѣ 12-ти дневной давности, гдѣ въ брюшной полости излилось и всосалось громадное количество эхинококковой жидкости, мы нигдѣ не видали некроза ткани. Равно и нѣкоторые авторы, экспериментировавшіе съ эхинококковой жидкостью, отрицаютъ за ней всякую токсичность

вообще. Исслѣдованія Kobert'a, Loest'a и другихъ показали безвредность свѣжей, нераспавшейся эхинококковой жидкости для кроликовъ, мышей и морскихъ свинокъ при внутрибрюшинной, подкожной и внутривенной инъекціи. „Gegenteilige Angaben bezw. die klinischen Erfahrungen“, говоритъ Braun (1908), „müssen demnach auf anderen Momenten beruhen“.

Такимъ образомъ однокамерный, гидатидозный эхинококкъ, пузырчатая стадія *taeniae echinosocis* v. Sieboldt, при нѣкоторыхъ условіяхъ своего роста вызываетъ въ ткани носителя измѣненія, считающіяся характерными для многокамернаго альвеолярнаго эхинококка.

Въ самомъ дѣлѣ, во многихъ нашихъ очагахъ въ миниатюрѣ можно наблюдать всѣ тѣ особенности, которыя приписываютъ альвеолярному эхинококку, и которыя отмѣчены Мельниковымъ - Разведенковымъ для альвеолярнаго эхинококка подъ условными именами „каверна“, „альвеола“, „хитиновый клубокъ“.

Такъ въ нѣкоторыхъ изъ нашихъ узелковъ мы видимъ цѣлую систему альвеоль, соединяющихся между собой и часто имѣющихъ бухтообразный, зубчатый характеръ.

Отдѣльные узелки совершенно аналогичны изображенному Мельниковымъ - Разведенковымъ на рис. 26 (стр. 138). Также много разъ мы видѣли и „хитиновые клубки“, какіе изображены Мельниковымъ - Разведенковымъ на рис. 5 (стр. 5) и рис. 31, табл. IV. Эти клубки и на нашихъ препаратахъ имѣли массу полостей, представляли „сложное сплетеніе, съ многочисленными камерами, такъ что оно вполне заслуживаетъ названіе „многокамернаго“.

На основаніи этого и для нашихъ случаевъ мы можемъ выразиться заключительными словами Мельникова - Разведенкова, что при нихъ мѣстами „образуются гранулемы, аналогичныя по гистологическому строенію инфекціоннымъ гранулемамъ“. Эти гранулемы „состоятъ изъ лимфоидныхъ, эпителиоидныхъ и гигантскихъ клѣтокъ съ казеознымъ перерожденіемъ“ (стр. 308).

Приводя эти сравненія, мы, конечно, далеки отъ того, чтобы утверждать, что оба вида эхинококка тождественны, но мы хотимъ только отмѣтить, что въ нашихъ случаяхъ нѣкоторые очаги поразительно напоминаютъ альвеолярный эхинококкъ по

своему микроскопическому строенію. Эти же указанія дѣлали и другіе авторы (Lehne, Алексинскій, Массалитиновъ \*). Конечно, анатомическая разница въ обоихъ процессахъ колоссальна, она также велика, какъ, на примѣръ, разница между старой фиброзной чахоткой легкихъ съ кавернами, съ одной стороны, и свѣжимъ миліарнымъ туберкулезомъ легкихъ съ другой. Однако первоначальная причина обоихъ этихъ процессовъ одна.

Такова ли она для однокамернаго и альвеолярнаго эхинококка выяснять дальнѣйшія какъ анатомическія, такъ и экспериментальныя изслѣдованія.

## Указатель литературы.

Алексинскій. Эхинококкъ въ брюшной полости и его оперативное лечение. Диссертация. Москва, 1899.

Askanazy. Kann Darminhalt in der menschlichen Bauchhöhle einheilen. Virchow's Archiv. B. 146. p. 35. 1896.

Askanazy. Patholog. Anatom. her. v. Aschoff. 1909. p. 213.

Bardleben. Deutsch. med. Wochenschrift, 1889. p. 952.

Бекманъ. Множ. эхинококкъ. Хир. Вѣстн. 1894. p. 483.

Billroth. Wien. klin. Wochenschrift, 1892. p. 314.

Borst. Chronische Entzündung und pathologische Organisation. Ergebnisse d. allgem. Pathol. u. path. Anat. IV. 1897. p. 461.

Borst. Neue experim. Beiträge z. Fremdkörpereinheilung. Verhandl. d. d. p. Ges. 1899. II. Tag.

Brandes. Ein Beitrag zum Fremdkörpertuberkulose d. Peritoneums. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Medic. u. Chirurg. Bd. 19. p. 703. 1909.

Braun. Die tierischen Parasiten des Menschen. Würzburg. 1908.

Browd. Цит. по Jahresb. über die ges. Med. 1902. II. Bd. p. 716.

Busch. Lungenembolien durch Echinococcusblasen. I. D. цитиров. по Jahresbericht über die ges. Medicin. 1903. I. Bd. p. 294.

Büngner. Ueber die Einheilung von Fremdkörpern etc. Beitr. Ziegler's. Bd. 19. p. 33. 1896.

Büttner. Untersuchungen über das Verhalten der Pleuroperitonealepithelien bei der Entzündung. Ziegler's Beitr. Bd. 251. 1899.

Cheinissee. Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale par greffe échinococcique. La Semaine médicale. 1902. p. 305.

Холодковскій. Къ вопросу объ эхинококкъ въ брюшной полости. Хирургія. 1910. p. 277.

---

\*) *Примѣчаніе.* Миролобовъ въ работѣ, полученной нами уже послѣ того, какъ наше изслѣдованіе было закончено, выставляетъ слѣдующее положеніе: „Существеннаго, *качественнаго* различія между альвеолярнымъ и гидатидознымъ эхинококкомъ указать нельзя ни въ отношеніи гистологіи, ни въ отношеніи гистогенеза“. Миролобовъ. О развитіи альвеолярнаго эхинококка у человѣка. Томскъ. 1910.

Coënen. Die Aleuronatpl. d. Kaninchen. Virchow's Arch. Bd. 163. 1902.

Соорег. Цитированъ по Деревенко.

Деревенко. Къ вопросу объ отдаленн. измѣнен. въ брюшинѣ послѣ прободного перитонита. Рус. Хирург. Арх. 1907. p. 149.

Dévé. Цитиров. по Centralbl. f. Bakteriologie. Refer. 33. Bd. p. 717., по Брауни по Cheinisse.

Dévé. La Semaine médicale. 1901. p. 44, 95, 196; 1902. p. 44.

Dolina. Zur pathol. Anatomie des intraocularen Zysticercus. Ziegler's Beiträge. Bd. 5. 1889. p. 365.

Dubler. Eine eigentümliche Cyste in der Bauchhöhle eines Neugeborenen. Virch. Arch. Bd. III. 1888. p. 567.

Genersich. Bauchfellentzündung beim Neugeborenen in Folge v. Perforation d. Ileum. Virchow's. Arch. Bd. 126. 1891. p. 485.

Gyergyai. Ein Fall von Fremdkörpertuberkulose des Peritoneums. Ziegler's Beitr. Bd. 42. 1907. p. 464.

Нанау. Цитиров. по Meyer'у.

Helbig. Ueber Pseudotuberkulose d. Peritoneums durch Tänieneier. Deutsch. med. Wochenschr. 1900.

Ienckel. Ueber den Echinococcus multiloc. und seine Verhältnisse z. Echinoc. hydatid. Orthfestschr. 1903.

Ясинскій. Гигантскія клѣтки вокругъ инородныхъ тѣлъ. Отд. оттискъ изъ записокъ Харьк. Унив. годъ не указанъ.

Юдинъ. Ein Fall von Zysticercus unter der Netzhaut. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. B. 47. 1909.

Joest. Цит. по Браун.

Каблуковъ. Множественный эхинококкъ брюшной полости. Мед. Об. 1904. p. 211 и Arch. f. klin. Medic. LXXVIII p. I. 1905.

Kaufmann. Lehrbuch. 1904.

Кишенскій. Вліяніе чревосѣченія на туберкулезъ брюшины. Диссертация. Москва, 1894 г.

Klencke. Цит. по Токаренко.

Kobert. Цит. по Браун.

Kokall. Ein Beitrag zur Echinokokkenkrankheit. Wiener klin. Woch. 1901. № 4.

Kolb. Ueber den Befund von auf dem Peritoneum des Cavum Douglasii angewachsenen Oxyuriden. Centrblt. f. Bakteriologie. Originale. Bd. 31. 1902. p. 268.

Kopesc. Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung d. tuberkelähnlichen Gebilde in der Bauchhöhle von Meerschweinchen unter Einwirkung von Fremdkörpern. Beitr. Zieg. 1904. p. 562. Bd. 35.

Krause. Echinococcen der Bauchhöhle. Deutsch. med. Wochenschr. 1889. p. 952.

Krűckmann. Ueber Fremdkörpertuberkulose und Fremdkörperriesenzellen. Virchow's. Archiv. Bd. 138. Supplementheft. 1895.

Kűster. Deutsch. med. Wochenschr. 1889. p. 952.

Лебедевъ и Андреевъ. Transplantation von Echinococcusblasen vom Menschen auf Kaninchen. Virchow's Archiv. Bd. 118. p. 552. 1889.

Lehne. Ueber seltene Localisationen des uniloculären Echinococcus beim Menschen. Archiv f. klin. Chirurg. 52. Bd. p. 534. 1896.

Madelung. Ueber postoperative Pfropfung von Echinokokkencysten. Grenzgeb. der Medicin und Chirurgie. 13. Bd. p. 21. 1904.

F. Marchand. Untersuchungen über die Einheilung von Fremdkörpern. Beiträge Zieglers. IV Bd. 1889.

Массалитиновъ. Строеіе капсулы носителя гидатидознаго эхинококка. Харьк. мед. журналъ. 1908 г.

Merkel. Ueber entzündliche und infektiöse Neubildung und pathologische Organisation. Ergebnisse Lubarsch-Ostertag. IX. 2. p. 318. 1903.

Мельниковъ - Разведенковъ. Изслѣдованіе альвеолярнаго (мультилокулярнаго) эхинококка у человѣка и у животныхъ. Харьковъ. 1902.

Meyer. Ueber einen Fall von Fremdkörperperitonitis. Beitr. Ziegler's. Bd. 13. p. 76. 1893.

Miura. Fibröse Tuberkel, verursacht durch Parasiteneier. Virchow's Archiv. Bd. 116. p. 310. 1889.

Надеждинъ. Къ вопросу объ эхинококковой болѣзни въ Россіи. Русскій Хир. Архивъ. 1895. p. 42.

Никифоровъ. Матеріалы къ вопросу о такъ называемомъ ложномъ туберкулезѣ и гигантск. клѣткахъ, развив. вокругъ инородныхъ тѣлъ. Медиц. Обозрѣн. 1897. Отдѣльн. оттискъ.

Orth. Patholog.-anatomische Diagnostik. 1909.

Parlavescchio. Beitrag zur Kenntniss und Kasuistik der secundären abdominalen und thor.-abd. Echinokokkenkrankheit. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 101. Bd. p. 205. 1909.

Peiper. Taenia echinococcus von Siebold. Ergebnisse Lubarsch-Ostertag. VII. 1900—1 г., III-1. 1896 и частью цит. по Riemann'y.

Perroncito. Цитир. по Браун.

Pertik. Цитир. по Гуергуаі.

Петровъ. Цитир. по Деревенко.

Peuyrot. Bul. et mémoires de la soc. de chirurgie. T. 26. 1900. p. 262.

Пожарскій. О строеіи сумки носителя однокамернаго эхинококка въ печени. Патол.-анатом. казуистика. Хирургія. XV. т. 1904.

Пономарева. C.t.b. f. Bakter. Referate. Bd. 34 p. 623. 1904.

Potherat. Bull. et mém. de la soc. de chirurgie de Paris. T. 26. p. 287. 1900.

de Quervain. Ueber Fremdkörpertuberkulose d. Peritoneums bei uniloculärem Echinococcus. Centr. f. Chirurgie. I. 1897.

Ратимовъ. Къ вопросу о происхожденіи множественнаго эхинококка брюшной полости. Хир. Вѣстн. 1894. p. 917.

R i e m a n n. Ueber die Keimzersetzung des Echinococcus im Peritoneum. Beitr. z. klin. Chirurgie. 24. Bd. 1899.

S c h n e i d e r. Oxyuris vermicularis im Beckenperitoneum eingekapselt. Centr. f. Bakt. Bd. 36. 1904.

S c h r ö d e r u n d W e s t p h a l e n. Ein teilweise resorbierter Zysticercus. Arch. f. Ophthalm. Bd. 35. 1889 p. 97.

С к л и ф а с с о в с к і й. Развитие множественной пузырчатой глисты. Хирург. Лѣтопись. V. p. I. 1895.

С т а д н и ц к і й. Къ вопросу о пересадкѣ эхинококковыхъ пузырей кроликамъ въ брюшную полость. Диссерт. СПб. 1890.

S t r a d a. Цитир. по U n t e r b e r g e r.

Т о к а р е н к о. Множественный эхинококкъ брюшной полости и его развитие. Диссертация. СПб. 1895.

U n t e r b e r g e r. Oxyuris vermicularis in seiner Beziehung zur Darmwand und Appendicitis. Ct. b. f. Bakt. Origin. Bd. 47. p. 495. 1908.

В е б е р ь. Къ вопросу о множественномъ эхинококкѣ брюшной полости. Русскій Врачъ. 1910 № 7.

V o l k m a n n. Цитир. по А л е к с и н с к о м у.

Z i e g l e r. Lehrbuch. I. Bd. 1905.

### Обьясненіе рисунковъ.

Микрофотографіи сдѣланы мною при помощи апар. Zeiss'a, Рис. 1, 2—малое увеличеніе; Рис. 3, 4—среднее увеличеніе; Рис. 5, 6—большое увеличеніе.

Рис. 1. Случ. № 1. Узелокъ на брюшинѣ толстыхъ кишекъ. Видны четыре альвеолы съ хитиновыми клубками въ нихъ. Стѣнки альвеолъ мѣстами казеозно перерождены.

Рис. 2. Случ. № 1. Узелокъ на паріетальной брюшинѣ. Видна неправильной формы большая альвеола съ хитиновымъ клубкомъ въ ней. Мѣстами хитинъ отщепленъ отъ большого клубка и въ видѣ тонкой полоски плотно прижатъ къ стѣнкѣ альвеолы. Ткань въ этихъ мѣстахъ казеозно перерождена.

Рис. 3. Случ. № 2. Узелокъ на брюшинѣ тонкихъ кишекъ. Блѣдныя полоски хитина окружены гигантскими клѣтками, лежащими на внутренней поверхности фиброзной капсулы.

Рис. 4. Случ. № 2. Казеозно перерожденный узелокъ на паріетальной брюшинѣ.

Рис. 5. Случ. № 1. Часть узелка на брюшинѣ тонкихъ кишекъ съ слоистымъ и гомогеннораспавшимся хитиномъ, окруженнымъ гигантскими клѣтками.

Рис. 6. Случ. № 3. Изъ грануляціоннаго узла на паріетальной брюшинѣ. Сколексъ, превращающійся въ кисту.

Рис. 1.

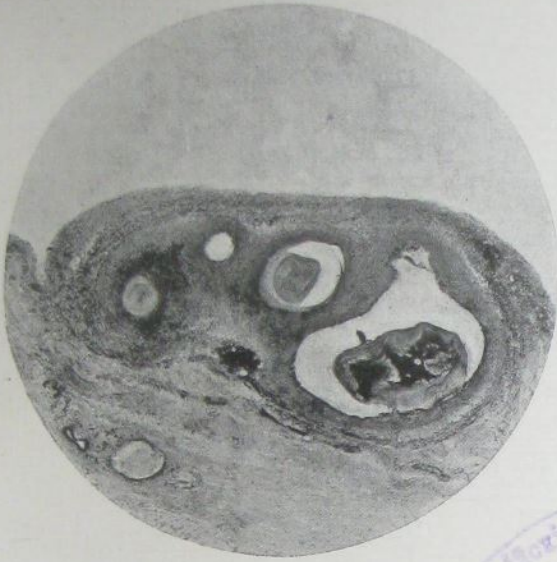


Рис. 2.



Рис. 3.



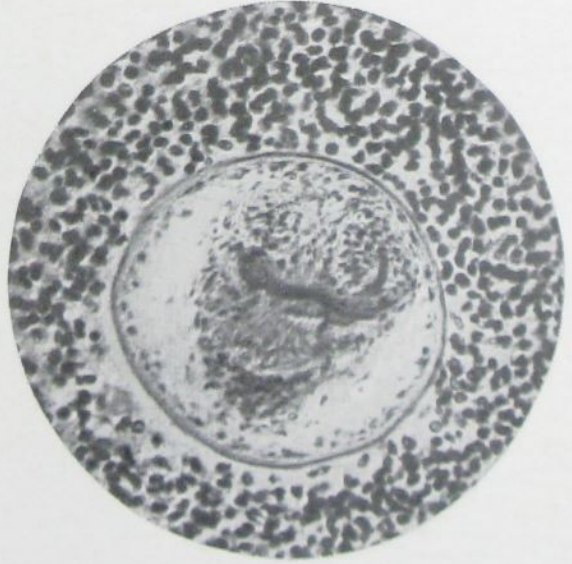
Рис. 4.



Рис. 5.



Рис. 6.



# Къ вопросу о патологіи сосочковыхъ опухолей яичника.

Б. К. Гогоберидзе.

Изъ акушерско-гинекологической клиники Императорскаго Новороссійскаго  
Университета; профессоръ В. Н. Орловъ.

Вопросъ о сосочковыхъ опухоляхъ яичника много разбира-  
лся, рассматривается и теперь какъ съ клинической, такъ и съ  
патолого-анатомической стороны. Особенно много труда для освѣ-  
щенія этого вопроса положилъ покойный Pfannenstiel, кото-  
рому рядомъ строго обоснованныхъ работъ удалось привести въ  
систему накопившійся до него въ литературѣ фактической мате-  
риаль, пополнивъ его многочисленными собственными наблюде-  
ніями, и освѣтитъ такимъ образомъ многія темныя стороны этого  
вопроса. Однако до сихъ поръ еще вопросъ о патологіи сосоч-  
ковыхъ опухолей яичника во многомъ не выясненъ. Въ виду  
этого, по предложенію Проф. В. Н. Орлова, я занялся изученіемъ  
клиническаго матеріала случаевъ папиллярныхъ опухолей. Къ  
сожалѣнію, клинической матеріаль въ этомъ отношеніи не осо-  
бенно обширенъ: онъ обнимаетъ всего 13 случаевъ папилляр-  
ныхъ опухолей, изъ которыхъ въ одномъ не могло быть произве-  
дено микроскопическое изслѣдованіе въ виду того, что опухоль  
вырѣзана не была, а была лишь произведена пробная лапарото-  
мія; въ этомъ случаѣ можетъ быть представлена лишь исторія  
болѣзни. Всѣ случаи были оперированы Проф. В. Н. Орло-  
вымъ въ акушерско-гинекологической клиникѣ Новороссійскаго

Университета, за исключеніемъ одного, оперированнаго въ частной лечебницѣ. Всего овариотомій произведено за это время 124, такъ что папиллярныя опухоли составляютъ около 10% всѣхъ овариальныхъ опухолей (включая сюда и воспалительныя опухоли яичника). Это процентное отношеніе немного ниже имѣющихся въ литературѣ; такъ Pfannenstiel (1) на 400 овариотомій имѣетъ 15% сосочковыхъ опухолей, Williams \*) — 11%, Soblenz (3) 10 — 15%. У Leopold'a и Freund'a \*\*) % нѣсколько выше, а именно, 22,4 — 26% и 21,6%.

Возрастъ нашихъ больныхъ колеблется въ довольно широкихъ предѣлахъ: 15 — 57 лѣтъ; въ половинѣ случаевъ заболѣваніе падаетъ на возрастъ отъ 30 — 40 лѣтъ включительно. Въ одномъ случаѣ папиллярная киста вырѣзана у дѣвочки 15 лѣтъ, у которой менструаціи появились за 2 года до этого. Въ климактерическомъ возрастѣ находилась лишь одна больная — 57 лѣтъ отъ роду, не менструировавшая уже въ теченіе 10 лѣтъ. Наконецъ, у одной изъ больныхъ (случай I) наблюдалась аменоррея въ теченіе послѣднихъ 5-ти мѣсяцевъ передъ операцией, но это былъ не климактерій, а аменоррея, обусловленная двухстороннимъ заболѣваніемъ яичниковъ.

Изъ общаго числа 13-ти больныхъ *virgo intacta*—1, остальные всѣ замужнія; изъ нихъ *nullipara* — 5, *II-para* — 1, многорожавшихъ — 4 и одна больная не рожала ни разу, но два раза абортировавала. Такой сравнительно выскай процентъ не рожавшихъ объясняется лишь случайностью тѣмъ болѣе, что другіе авторы на большемъ матеріалѣ такого соотношенія не наблюдали.

Прежде чѣмъ перейти къ описанію cadaго отдѣльнаго случая, я позволю себѣ привести нѣкоторыя данныя о классификаціи и группировкѣ ихъ. Относительно этого вопроса, несмотря на кажущееся разногласіе, я нахожу много общаго у различныхъ авторовъ. Такъ Soblenz (3) различаетъ, во-первыхъ, сосочки твердые и короткіе, сидящіе на широкихъ основаніяхъ и, во-вторыхъ, длинные и тонкіе, обладающіе наклономъ вѣтвиться. Всѣ папиллярныя опухоли онъ дѣлитъ на: 1) доброкачественныя папилломы, 2) гранулярныя карциномы и 3) цилиндроклѣточные аденомы; послѣднія стоятъ на границѣ между первыми двумя формами.

\*) Цитировано по Pfannenstiel'ю (1).

\*\*) Цитировано по Ширшову (2).

Pfannenstiel (1) устанавливает болѣе подробное дѣленіе папиллярныхъ кистъ по анатомическому ихъ строенію, не выдѣляя чистыя папилломы яичника въ особую группу. Дѣленіе это слѣдующее: 1) adenoma papillare: a) pseudomucinosum и b) simplex; 2) adenocarcinoma papillare и 3) смѣшанныя опухоли: a) adenosarcoma papillare и b) carcinosarcoma papillare. По происхожденію онъ отличаетъ еще: cystoma ovariale papillare и кисты Граафова пузырька. По макро- и микроскопическому виду сосочковъ онъ дѣлитъ ихъ на: adenoma papillare и fibroma papillare. Первыя сидятъ очень густо то на широкихъ основаніяхъ, то, чаще, на ножкахъ, сильно вѣтвятся, и такіе развѣтвленные сосочки могутъ достигать величины яблока. Вторыя имѣютъ видъ бородавчатыхъ разращеній, не такъ сильно вѣтвятся и расположены менѣе густо.

Такимъ образомъ дѣленіе Pfannenstiel'я сосочковъ на два вида есть въ общемъ повтореніе того же дѣленія, предложеннаго до него Сobleпz'омъ. Однако Ширшовъ (2) находитъ у этихъ авторовъ нѣкоторыя разногласія въ деталяхъ и предлагаетъ свое собственное дѣленіе сосочковъ. Въ основу дѣленія онъ кладетъ „анатомическое строеніе сосочка, именно—преобладаніе въ сосочкѣ въ количественномъ отношеніи той или другой составляющей его ткани: — соединительнотканной стромы, или эпителия“. Первый видъ Ширшовъ называетъ соединительно-тканнымъ типомъ сосочка, а второй — эпителиальнымъ. Отсюда уже ясно, что эта классификація не является новой, а есть повтореніе дѣленія Pfannenstiel'я. Даже названія, данныя послѣднимъ этимъ двумъ видамъ сосочковъ, fibroma papillare и adenoma papillare, Ширшовымъ оставлены. Анатомическаго же дѣленія сосочковыхъ опухолей, предложеннаго Pfannenstiel'емъ, Ширшовъ не придерживается, раздѣляя ихъ лишь по виду сосочковъ. Однако это дѣленіе сохранилось до сего времени у большинства авторовъ, особенно у нѣмецкихъ.

Всѣми авторами, изучавшими этотъ вопросъ, рѣзко различаются случаи сосочковыхъ опухолей съ явно злокачественнымъ микроскопическимъ строеніемъ отъ другой группы случаевъ, которые подъ микроскопомъ не представляютъ никакихъ злокачественныхъ особенностей. Поэтому, а также и на основаніи собственныхъ наблюденій, мнѣ казалось бы необходимымъ раздѣлить всѣ сосочковыя опухоли на двѣ, строго различныхъ между собою, группы, а именно, на доброкачественныя и злокачествен-

ныя опухоли. Последняя группа, какъ показываетъ само названіе, должна содержать злокачественныя опухоли: раковыя и саркоматозныя. Такимъ образомъ эта группа распадается на двѣ части или подгруппы, и хотя сосѣчковыхъ опухолей съ саркоматознымъ характеромъ намъ среди нашихъ случаевъ наблюдать не пришлось, однако я все же сохраняю это дѣленіе, какъ это сдѣлано авторами, наблюдавшими такія опухоли (Pfannenstiel).

Въ группу же доброкачественныхъ опухолей, естественно, должны входить тѣ случаи, въ которыхъ нигдѣ нѣтъ намека на злокачественность. Эта группа какъ макроскопически, такъ и подъ микроскопомъ распадается на 2 отдѣла по формѣ сосочковъ: fibroma papillare и adenoma papillare, особенности которыхъ указаны выше.

Единственное возраженіе, которое можетъ быть сдѣлано противъ такого дѣленія папиллярныхъ опухолей, то, что встрѣчаются такія формы, гдѣ вся опухоль представляется доброкачественною, а гдѣ-нибудь въ одномъ участкѣ ея будетъ найдена, на примѣръ, склонность эпителия къ атипическому росту. Куда отнести такія опухоли? Въ которую изъ двухъ группъ? На это нужно замѣтить, что такія опухоли встрѣчаются крайне рѣдко, и здѣсь можно предположить, что опухоль, будучи первоначально доброкачественной, начинаетъ злокачественно перерождаться.

Изъ классификаціи Pfannenstiel'я я позволю себѣ лишь исключить, по примѣру Ширшова, дѣленіе группы adenoma papillare на adenoma papillare pseudomucinosum и adenoma papillare simplex, такъ какъ особенно существенной разницы между этими двумя формами подъ микроскопомъ мы не наблюдаемъ.

Такимъ образомъ всѣ наши случаи раздѣляются на fibroma papillare, adenoma papillare и adenocarcinoma papillare. Послѣ этого краткаго отступленія перейдемъ къ описанію отдѣльныхъ случаевъ.

## Г р у п п а 1.

Доброкачественныя папиллярныя опухоли:

а) fibroma papillare.

*Случай I.* В. М. замужня, 40 лѣтъ, поступила въ клинику съ жалобами на сильныя боли внизу живота и опухоль, кото-

рую она замѣтила у себя 3 года тому назадъ. Беременна никогда не была, послѣдніе 5 мѣсяцевъ не менструируетъ. Большая умѣреннаго питанія, при изслѣдованіи поставленъ приблизительный діагнозъ: fibromyoma uteri subserosum et cystoma ovarii papillare. 11. III. 1907 г. произведена операція — чревосѣченіе. Сдѣлана надвлагалищная ампутація матки и двухсторонняя salpingo-oophorectomia. Опухоль матки выросла изъ дна и лѣвой стороны ея и вдавалась въ лѣвую широкую связку; матка была повернута вокругъ своей вертикальной оси на 90°. Послѣоперационный періодъ протекъ гладко, больная выписалась на 37-ой день здоровой; она совершенно здорова до настоящаго времени.

Опухоль матки представляетъ 2 узла, изъ которыхъ одинъ величиной съ мандаринъ, выросъ изъ дна, а другой слѣва и вдавался въ лѣвую l. latum. Опухоли плотныя, фиброматозныя. Особенностей никакихъ не представляютъ. Стѣнки матки плотны, не утолщены. Правая труба утолщена, извита, абдоминальный конецъ ея запаянъ. Книзу и влѣво отъ нея помѣщается плотная, круглая, величиной съ куриное яйцо опухоль, выросшая, по видимому, изъ яичника. Слева яичникъ превратился въ кисту, которая состоитъ изъ 2-хъ частей, каждая величиной въ мандаринъ. Получается впечатлѣніе, что медиальная часть яичниковая киста, латеральная же часть выросла изъ parovarium'a. Медиальная часть имѣетъ гладкія стѣнки, на болѣе же латерально лежащей части на поверхности находится множество плотныхъ бородавчатыхъ разраженій величиной до лѣснаго орѣха, сидящихъ большей частью на широкихъ основаніяхъ или же на ножкахъ. Разраженія эти группируются больше у hylus'a, верхняя же часть кисты свободна отъ нихъ. На внутренней поверхности кисты находятся такія же разраженія, но мелкія, величиной отъ булавочной головки до горошины, также сконцентрированны больше у hylus'a. Такія же разраженія найдены и на поверхности субсерозно выросшаго изъ матки фиброматознаго узла. На остальной серозной поверхности брюшины сосочковыхъ выростовъ больше нигдѣ нѣтъ.

Микроскопическое изслѣдованіе показало, что стѣнка кисты состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, мѣстами довольно грубой; клѣточные элементы разбросаны среди соединительной ткани въ очень небольшомъ количествѣ. Съ обѣихъ сторонъ стѣнки кисты видны сосочки, главную массу которыхъ составляетъ соединительная ткань. Эта послѣдняя представля-

ется грубой, состоитъ изъ толстыхъ тяжей, которые тѣсно переплетены между собою. Особенно груба соединительная ткань въ основаніи сосочковъ и въ болѣе старыхъ изъ нихъ. Въ болѣе же молодыхъ сосочкахъ соединительная ткань рыхлѣе; здѣсь встрѣчаются и молодые элементы въ видѣ круглыхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ. Въ сосочкахъ, болѣе выступающихъ въ просвѣтъ кисты, отмѣчается отекъ ткани. Строма здѣсь разрыхлена, мутновата, контуры клѣтокъ оказываются расплывчатыми. Мѣстами въ молодыхъ сосочкахъ встрѣчаются цѣлыя скопленія молодыхъ соединительнотканыхъ элементовъ веретенообразной формы съ густоокрашивающимися ядрами. Въ болѣе старыхъ сосочкахъ, особенно у основанія ихъ, соединительная ткань кое-гдѣ гіалиново перерождена. Сосудистая сѣть развита въ сосочкахъ не особенно значительно. Эпителій—однослойный кубическій - правильно въ одинъ рядъ выстилаетъ всю полость кисты и покрываетъ сосочки; мѣстами онъ нѣсколько уплощенъ, ядра въ немъ расположены центрально, мѣстами эпителій слущенъ. Пролиферація эпителія попадаетъ очень рѣдко. Она представляетъ обыкновенно скопленіе группы клѣтокъ, выступающихъ въ видѣ бугорка надъ поверхностью сосочка. Кое-гдѣ на внутренней поверхности стѣнки кисты, лишенной сосочковъ, отмѣчается особая складчатость. Складки эти представляютъ собою небольшія соединительнотканые возвышенія, сидяція рядомъ другъ около друга, содержація по маленькому сосуду и покрытыя эпителіемъ такимъ же, какъ и на остальной поверхности кисты.

*Случай II.* А. С. 46 лѣтъ, замужняя, IV-para. Больна 8 лѣтъ, жалуется на боли внизу живота и затрудненное мочеиспусканіе. Диагнозъ—*Fibromyoma uteri interstitiale*. Операция 17. XI. 1907 г. *Amputatio uteri supravag. cum tumore et adnex.* Послѣоперационное теченіе гладкое; выписалась на 28-ой день здоровой.

Изъ передней стѣнки матки выросла опухоль величиной съ дѣтскую головку—фибромиома; внутри опухоли находится полость величиной въ лимонъ, наполненная густой прозрачной жидкостью (кистовидное перерожденіе). Придатки въ сращеніяхъ. Правый яичникъ сморщенъ, на разрѣзѣ имѣетъ множество *corpora albicantia*. Лѣвая труба утолщена въ карандашъ, извита, плотна. Яичникъ нѣсколько увеличенъ, ниже - наружная часть его занята плотной опухолью, величиной въ небольшой лѣсной

орѣхъ. Опухоль эта отдѣлена отъ остальной ткани яичника нѣсколькими кистовидными полостями, въ самой большой изъ нихъ, величиной съ небольшую вишню, имѣется на стѣнкѣ плотное возвышеніе, величиной съ булавочную головку. Подъ микроскопомъ фиброміома оказывается саркоматозно перерожденной (*sarcoma fusocellulare*). Правый яичникъ склерозированъ. Въ лѣвомъ—мелкокистовидное перерожденіе фолликуловъ; примордіальныхъ фолликуловъ незначительное количество. Множество бѣлыхъ тѣлъ, склерозъ сосудовъ. Плотная опухоль, лежащая латерально, представляетъ чистый случай фибромы. Небольшое возвышеніе на стѣнкѣ одной изъ кистъ оказывается группой сосочковъ. Они состоятъ изъ плотной соединительной ткани, съ небольшимъ количествомъ сосудовъ. Сидятъ они на широкихъ ножкахъ. Вся стѣнка кисты покрыта однимъ рядомъ цилиндрическаго эпителия съ центральнымъ расположеніемъ ядеръ. Эпителий этотъ на сосочкахъ нѣсколько уплощается. Въ одномъ мѣстѣ видна группа эпителиальныхъ клѣтокъ (участокъ пролифераціи эпителия).

*Случай III.* Ө. К. 22 лѣтъ, замужняя, nullipara. Жалуется на боли внизу живота и въ поясницѣ, бѣли, болѣзненные дефекацію и coitus, запоры, отсутствіе аппетита. Послѣднее время регулы значительно уменьшились въ количествѣ. Больная удовлетворительнаго питанія. При изслѣдованіи обнаружены двухсторонняя киста и сальпингитъ. Диагнозъ подтвердился на операціи. Посредствомъ влагалищнаго чревосѣченія удалены: справа кистовидно-перерожденный яичникъ и однокамерная межсвязочная киста (пароваріальная) съ папиллярными разраженіями на внутренней поверхности. Слѣва расширенная труба непосредственно переходитъ въ кистовидно расширенную полость яичника. Кромѣ того, въ этомъ яичникѣ имѣется киста желтаго тѣла. Въ послѣоперационномъ періодѣ у больной было осложненіе въ видѣ *periparametritis bilateralis*. Больная пролежала въ клиникѣ около мѣсяца и затѣмъ, вслѣдствіе закрытія клиники на лѣто, переведена въ гор. больницу въ удовлетворительномъ состояніи. Дальнѣйшая судьба больной, къ сожалѣнію, намъ неизвѣстна, извѣстно лишь, что она поправилась.

Патолого анатомическій діагнозъ: *Cystoma ovarii dex. serosum et cystoma parovarii dex. intraligamentare papillare serosum, cystis tubo-ovarialis sin. et cystis corporis lutei ov. sin.* Пароваріальная киста величиной въ лимонъ, стѣнки ея весьма тонки. У

hylus'a на внутренней ея поверхности имѣются плотныя на ощупь папиллярныя разращенія, величиной до горошины. Разращенія эти не лежатъ кучкой, тѣсно одно возлѣ другого, какъ въ предыдущемъ случаѣ, а какъ бы разсыпаны по одиночкѣ; сосочки сидятъ большей частью на широкихъ ножкахъ, или же прямо безъ ножекъ. На сторонѣ противоположной hylus'у имѣются такіе же разращенія, но въ меньшемъ количествѣ и болѣе мелкія.

Микроскопическое изслѣдованіе показало въ стѣнкѣ кисты тонкія волокна соединительной ткани, мѣстами переходящей въ гиалиновую, бѣдную сосудами. Сосочки такіе же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Волокна соединительной ткани очень грубы, мѣстами гиалиново перерождены. Кое-гдѣ виденъ отекъ сосочковъ. Эпителій — кубическій, пролиферирующихъ островковъ въ немъ не видно. Кое-гдѣ въ стромѣ сосочковъ и подъ эпителиемъ, а также и въ стѣнкѣ кисты видны отложенія извести то въ видѣ кучекъ, то въ видѣ concentрическихъ наслоеній — псаммоматозныхъ тѣлецъ.

*Случай IV.* X. П. 38 лѣтъ, замужняя, многорожавшая. Жалуется на боли внизу живота слѣва и въ поясницѣ; 3 мѣс. назадъ было кровотеченіе. Считаетъ себя больной 15 лѣтъ, когда у нея впервые была констатирована врачомъ опухоль величиной съ яблоко. Больная умѣренно упитанная, при изслѣдованіи у нея обнаружена слѣва опухоль величиной съ дѣтскую головку, кистовиднаго характера. 8. X. 1907 г. произведено чревосѣченіе, вырѣзана кистовидная опухоль, развившаяся на ножкѣ изъ латеральной части лѣваго яичника. Опухоль представляется величиной съ дѣтскую головку; медиальная часть яичника сохранена, въ немъ сохранилось желтое тѣло. Киста наполнена свѣтлымъ серознымъ содержимымъ. Толщина стѣнокъ кисты 2 — 3 mm. Наружная поверхность ея гладкая, на внутренней же имѣются разбросанныя мелкія бородавчатыя разращенія, величиной до горошины. Бѣольшая часть сосочковъ расположена противъ hylus'a. При микроскопическомъ изслѣдованіи обнаруживается грубо-волокнистое строеніе стѣнки кисты съ небольшимъ количествомъ клѣточныхъ элементовъ. Сосочки состоятъ изъ такой же грубой соединительной ткани, среди которой множество гиалиново перерожденныхъ участковъ. Сосудистая сѣть развита слабо. Эпителій вездѣ однослойный кубическій, мѣстами уплощенъ; пролифераціи нигдѣ не видно.

Послѣоперационный періодъ протекъ у больной гладко и выписалась она изъ клиники здоровой. Дальнѣйшая судьба ея, къ сожалѣнію, намъ неизвѣстна.

*Случай V.* Т. И. 36 лѣтъ, замужняя, nullipara. Жалуется на боли внизу живота, особенно слѣва и въ поясницѣ, бѣли, болѣзненный coitus и дизурию. Больная хорошо упитана; по изслѣдованіи поставленъ діагнозъ: *cystoma ovarii sin.* 19. X. 1909 г. произведено чревосѣченіе. Ножка кисты перевязана и опухоль отрѣзана. Послѣдняя представляется величиной въ  $\frac{1}{2}$  кулака, стѣнки ея снаружи гладкія. Содержимое—прозрачная серозная жидкость. Толщина стѣнокъ = 1 mm. На внутренней поверхности кисты у *hulus'a*, имѣется небольшое количество сосочковыхъ выростовъ, въ видѣ плотныхъ бѣловатыхъ бородавокъ, сидящихъ то кучками, то отдѣльно, частью на широкихъ ножкахъ, частью же на широкихъ основаніяхъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи стѣнка кисты состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани съ обильнымъ развитіемъ сосудовъ. Соединительная ткань довольно богата клѣточными элементами. Она образуетъ строму сосочковъ въ видѣ густой сѣти и мѣстами гіалиново-перерождена. На верхушкахъ сосочковъ эта строма кое-гдѣ отечна, мутновата, разрыхлена. Эпителій правильно однослойный кубическій. Проліфераціонныхъ участковъ въ немъ не видно.

Послѣоперационный періодъ протекъ у больной благополучно. Она здорова по настоящее время.

*Случай VI.* А. К. 57 лѣтъ, замужняя, многорожавшая. 10 лѣтъ больная уже не менструируетъ. Жалуется на боли справа внизу живота, дизурию и запоры. Больна 1 годъ. Хорошо упитана. При ощупываніи опухоль очень болѣзненна. Діагнозъ: *cystoma ov. dextri.* 2. XII. 1909 г. произведено чревосѣченіе. Обнаружены 2 кисты, обѣ на ножкахъ, небольшія сращенія. Ножки перевязаны и опухоли вырѣзаны. Послѣоперационный періодъ протекъ гладко. Больная здорова по настоящее время. Опухоль праваго яичника представляется величиной въ дѣтскую головку, наполнена псевдомуцинозной жидкостью. Поверхность кисты гладкая, блестящая, но бугристая. На разрѣзѣ опухоль состоитъ изъ множества полостей до кулака величиной. На внутренней сторонѣ этихъ полостей видны бѣловатыя плотныя возвышенія ве-

личиной отъ булавочной головки до горошины. Эти сосочки лежатъ то кучками, то по одиночкѣ большей частью на широкихъ ножкахъ. Лѣвый яичникъ превращенъ въ такую же опухоль, но меньшей величины (въ кулакъ). На поверхности кистъ сосочковъ нигдѣ нѣтъ. Лѣвая труба толщиною въ палець, извита.

Подъ микроскопомъ стѣнка кисты показываетъ волокнистое строеніе; кое-гдѣ въ ней видны небольшія полости, выстланныя эпителиемъ—вторичныя мелкія кисты. Сосочки состоятъ изъ плотной, волокнистой соединительной ткани, мѣстами сильно отечной, до полного почти расплыванія сосочка. Эпителій, покрывающій сосочки, однослойный низкій цилиндрической большею частью съ базальнымъ расположеніемъ ядеръ. Мѣстами видны пролифераціонныя островки эпителия. Кое-гдѣ попадаются бокаловидныя клѣтки. Сосудистая сѣть развита не очень значительно. Во многихъ мѣстахъ въ стѣнкѣ кисты и въ самихъ сосочкахъ попадаются отложенія извести въ видѣ псаммоматозныхъ зеренъ.

b) Adenoma papillare.

*Случай VII.* М. Г. 38 лѣтъ, замужняя, II-пара. Больна 2 года; жалуется на боли по всему животу, особенно слѣва, бѣли, болѣзненный coitus. Больная плохого питанія, блѣдна, замѣтно проглядываетъ истощеніе; значительный асцитъ. Въ сводахъ опредѣляется мелко-бугристая опухоль, которую ближе опредѣлить не удастся изъ-за асцита. Поставленъ діагнозъ: cysto-papilloma duplex. 14. X. 1909 г. произведена laparotomia. Изъ брюшной полости выпущено около 5 литровъ свѣтлой серозной жидкости. Сосочковыя опухоли обѣихъ сторонъ вырѣзаны. Папиллярныя выросты покрываютъ кое-гдѣ брюшину паріетальную и висцеральную. Всѣхъ разращеній по брюшинѣ удалить не удалось. Послѣопераціонное теченіе гладкое; больная здорова до настоящаго времени. Въ настоящее время больная нѣсколько пополнѣла, цвѣтъ лица и общій видъ ея сдѣлались лучше, самочувствіе также.

Опухоль праваго яичника представляетъ поверхностную папиллому яичника (Oberflächenpapillom нѣмецкихъ авторовъ). Яичникъ нормальной величины, на разрѣзѣ показываетъ мелкокистозное перерожденіе; въ одномъ мѣстѣ у hylus'a виденъ свѣжій лопнувшій фолликулъ съ кровоизліяніемъ. На поверхности яич-

ника, у *hulus'a* его, выросли образования, очень похожія по внѣшнему виду на цвѣтную капусту. Они состоятъ изъ множества сосочковъ, сгруппированныхъ въ нѣсколько отдѣловъ, изъ которыхъ каждый расположенъ на тонкой длинной ножкѣ въ видѣ шнура; ножка эта вѣтвится и на самыхъ тонкихъ развѣтвленіяхъ ея расположены отдѣльные сосочки, весьма похожіе на саговья зерна. Вся опухоль достигаетъ величины кулака. Опухоль лѣваго яичника нѣсколько больше. Яичникъ кистовидно измѣненный, величиной съ мандаринъ, состоитъ изъ множества отдѣловъ, наполненныхъ густой тягучей жидкостью, похожей на псевдомуцинозную. Каждая полость выполнена сосочковыми выростами, которые лежатъ кучками, сильно вѣтвятся, образуя такимъ образомъ возвышенія до волошскаго орѣха величиной. Сосочки по внѣшнему виду такіе же какъ и съ противоположной стороны. Ткань яичника сохранилась лишь въ одномъ участкѣ въ небольшомъ количествѣ. На поверхности кисты, особенно у *hulus'a*, множество такихъ же папилломъ, ломкихъ, бѣловатыхъ, въ видѣ цвѣтной капусты, какъ и справа.

При микроскопическомъ изслѣдованіи правый яичникъ измѣненій не представляетъ, кромѣ незначительныхъ періоофоритическихъ наслоеній, подъ которыми хорошо сохранился зародышевый эпителий, изъ котораго здѣсь можно прослѣдить ростъ сосочковъ. Строма этихъ послѣднихъ состоитъ изъ болѣе нѣжной и рыхлой соединительной ткани, чѣмъ въ предыдущей группѣ. Между нѣжными волоконцами соединительной ткани здѣсь во множествѣ встрѣчаются клѣточные элементы. Кое-гдѣ въ стромѣ видно гіалиновое перерожденіе соединительной ткани. Сосочки, лежащія ближе къ просвѣту отечны, и здѣсь этотъ процессъ выраженъ значительно рѣзче, чѣмъ въ случаяхъ предыдущей группы. Въ строму такихъ отечныхъ сосочковъ иммигрируютъ лейкоциты и инфильтрируютъ мѣстами всю ткань сосочка. Сосудистая сѣть развита значительно. Главную массу сосочковъ составляетъ эпителий; онъ цилиндрической, кое-гдѣ нѣсколько уплощенъ; сосочки покрыты имъ правильно въ одинъ рядъ. Во множествѣ видны участки пролиферирующаго эпителия. Мѣстами эпителий некротизируется; въ немъ появляются вакуоли; онъ разбухаетъ и отпадаетъ отъ своего мѣста. Въ промежуткахъ между сосочками видны цѣлыя кучки такого отвалившагося и измѣненнаго эпителия, который лежитъ въ просвѣтахъ, перемѣшанный со слизью. Нѣкоторые сосочки омертвѣли совершенно; въ нихъ не видно контуровъ

ядеръ; они представляются тусклыми, гомогенными. Повсюду въ стромѣ сосочковъ и подъ эпителиемъ встрѣчаются во множествѣ отложенія извести, то въ видѣ зернистыхъ кучекъ, то въ видѣ псаммоматозныхъ тѣлецъ. Опухоль лѣваго яичника подъ микроскопомъ показываетъ то же самое. Стѣнка кисты содержитъ здѣсь значительное количество сосудовъ, мѣстами пропитана кровью. Кое-гдѣ на стѣнкѣ кисты можно прослѣдить образованіе сосочковъ. Въ началѣ сосочекъ бываетъ только эпителиальнымъ, а соединительная ткань врастаетъ въ него лишь позже. Такимъ образомъ здѣсь видно, что первичнымъ въ образованіи сосочковъ является эпителий.

*Случай VIII.* А. Д. 48 лѣтъ, замужняя, nullipara. Жалуется на боли въ животѣ, поясницѣ и ногахъ. Опухоль стала замѣчать 2 года тому назадъ. Больная хорошо упитана. При изслѣдованіи обнаружена лѣвосторонняя кистовидная опухоль. Диагнозъ: *cystoma ovarii sin.* 28. I. 1908 г. произведено чревосѣченіе; ножка опухоли перевязана и послѣдняя удалена; затѣмъ удалены правый яичникъ и труба. Послѣоперационный періодъ протекъ гладко, больная поправилась. Дальнѣйшихъ свѣдѣній о ней, къ сожалѣнію, мы не имѣемъ. Опухоль правой стороны—киста величиной въ голову взрослого человѣка. Наполнена она свѣтлой прозрачной жидкостью. Состоитъ изъ двухъ большихъ полостей и нѣсколькихъ болѣе мелкихъ. Въ одномъ мѣстѣ у *hulus'a* стѣнка кисты истончена до полного прободенія и изъ небольшого отверстія выглядываютъ папиллярные выросты. Толщина стѣнки кисты 1 — 3 мм. Внутренняя поверхность каждой изъ отдѣльныхъ полостей усѣяна сосочками. У *hulus'a* сосочки вѣтвятся, такъ что образуютъ разращенія въ видѣ цвѣтной капусты, на противоположной же стѣнкѣ они сидятъ въ видѣ отдѣльныхъ узелковъ. Сосочки красноваты на видѣ, мягкой консистенціи, сидятъ большей частью на тонкихъ ножкахъ. Правый яичникъ, величиной въ волошскій орѣхъ, кистовидно перерожденъ, сосочковъ не содержитъ; труба нѣсколько утолщена. Справа же, рядомъ съ яичникомъ выросла изъ *parovarium'a* киста, величиной со страусовое яйцо, съ весьма тонкими стѣнками, наполненная свѣтлой серозной жидкостью; сосочковъ не содержитъ.

Подъ микроскопомъ сосочки очень похожи на сосочки въ предыдущемъ случаѣ; только здѣсь еще сильнѣе выражена гиперемія; сосуды развиты въ значительномъ количествѣ и всѣ наполнены кровью. Стѣнка кисты, а также и сосочки во многихъ

мѣстахъ пропитаны кровью. Кое-гдѣ въ сосочкахъ отмѣчается гіалиновое перерожденіе стромы, мѣстами некрозъ ткани; такіе сосочки сильно пропитаны кровью. Эпителій однослойный, низкій цилиндрической. Мѣстами видны участки пролифераціи эпителия. Соединительной ткани въ сосочкахъ меньше, чѣмъ эпителиальной.

*Случай IX.* Н. С. 15 лѣтъ puella intacta. Жалуется на боли внизу живота справа и въ поясницѣ, fluor albus. Въ анамнезѣ у больной есть указаніе на перенесенное острое раздраженіе брюшины. Діагнозъ cystoma ovarii dextri cum pedunculo verso. 13. II. 1907 г. произведено чревосѣченіе. Ножка опухоли оказалась перекрученной 2 раза, вслѣдствіе чего стѣнка кисты частично омертвѣла, была сращена съ паріетальной брюшиной и мочевымъ пузыремъ. Послѣоперационное теченіе прошло гладко; больная поправилась и совершенно здорова и сейчасъ. Опухоль величиной съ головку трехлѣтняго ребенка. Стѣнки ея дряблы; толщина ихъ до  $\frac{1}{2}$  см. Вся внутренняя поверхность кисты усѣяна сосочковыми разраженіями, болѣе всего сконцентрированными у hylus'a. Они сидятъ большей частью на тонкихъ ножкахъ, очень мягкія, дряблыя, сѣро-краснаго цвѣта, какъ бы омертвѣвшія. У hylus'a сосочки сильно вѣтвятся. Подъ микроскопомъ стѣнка кисты, состоитъ изъ рыхлой волокнистой соединительной ткани. Часть стѣнки, особенно внутренняя сторона ея, омертвѣла. Ткань здѣсь превращена въ детритъ, среди котораго различаются лишь мѣстами отдѣльныя соединительнотканныя волокна. Сосуды развиты въ значительномъ количествѣ; кое-гдѣ видны кровеизліянія въ ткань сосочковъ. Мѣстами въ стѣнкѣ кисты попадаются кучки круглоклѣточного инфильтрата. Сосочки представляются омертвѣвшими совершенно, такъ что строеніе ихъ разобрать нельзя. Лишь по сохранившимся кое-гдѣ контурамъ эпителия можно сказать, что онъ былъ высокій цилиндрической. Мѣстами на стѣнкѣ кисты видно отложеніе фибрина.

*Случай X.* А. Б. 30 лѣтъ, nullipara. Жалуется на опухоль, которую она замѣтила у себя въ животѣ 3 мѣс. тому назадъ, болѣе почти не испытываетъ. Больная высокаго роста, чрезмѣрно упитанная. При изслѣдованіи, которое затруднительно изъ за толстыхъ брюшныхъ стѣнокъ, опредѣляется плотная опухоль въ сводахъ. Поставленъ діагнозъ: Fibromyoma uteri interstitiale. 24. III. 1910 г. произведено чревосѣченіе. Обнаружена двухсторонняя интралигаментарная киста. Обѣ кисты вылущены. Въ послѣопе-

раціонномъ періодѣ у больной развился parametritis bilateralis, отъ котораго больная еще лечится. Правый яичникъ величиной въ кулакъ, на разрѣзѣ показываетъ многокамерную кисту, въ отдѣльныхъ полостяхъ которой помѣщаются небольшіе, мягкой консистенціи папиллярные выступы, похожіе на зерна саго. Эти сосочки сильно вѣтвятся, образуя выступы величиной со сливу, похожіе по внѣшнему виду на цвѣтную капусту. Ножки такихъ развѣтвленныхъ сосочковъ состоятъ изъ плотной соединительной ткани. Лѣвый яичникъ превращенъ въ кисту величиной со страусовое яйцо, однокамерную, съ такими же папиллярными раздраженіями на внутренней поверхности, какъ и въ противоположномъ яичникѣ. Подъ микроскопомъ въ обѣихъ опухоляхъ картина одна и та же. Стѣнка кисты построена изъ волокнистой соединительной ткани съ обиліемъ клѣточныхъ элементовъ, которые мѣстами образуютъ густыя скопленія веретенообразныхъ клѣтокъ съ густо окрашенными ядрами. Сосуды развиты значительно; мѣстами стѣнка кисты пропитана кровью. Строма сосочковъ у основанія построена также какъ и стѣнка кисты; поверхностно лежащіе сосочки отечны; ткань ихъ мутна, разрыхлена. Эпителій высокой цилиндрической, мѣстами нѣсколько уплощенъ. Во многихъ мѣстахъ видны участки пролифераціи эпителия. Среди эпителия много бокаловидныхъ клѣтокъ. Повсюду много псаммоматозныхъ зеренъ съ обызвествленіемъ.

Въ эту же группу я позволю себѣ отнести случай, въ которомъ была сдѣлана пробная лапаротомія. Хотя микроскопическаго изслѣдованія въ этомъ случаѣ произведено не было, такъ какъ вырѣзано не было ничего, однако макроскопически онъ походитъ на другіе случаи этой группы, особенно на случай VII. Въ виду нѣкотораго интереса этого случая я привожу краткія извлеченія изъ исторіи болѣзни.

*Случай XI.* Е. У. 30 лѣтъ, замужня, многорожавшая. Жалуется на боли внизу живота и въ поясницѣ и увеличеніе живота. Заболѣла, по ея словамъ, 8 мѣсяцевъ тому назадъ; за это время ей 11 разъ дѣлалась пункція для выпусканія асцитической жидкости. Больная сильно истощена, худа; значительный асцитъ. При изслѣдованіи въ сводахъ прощупываются мелко-бугристыя опухоли. Диагнозъ: cysto-papilloma ovar., ascites. 11. X. 1908 г. произведено чревосѣченіе, выпущено значительное количество асцитической жидкости. Слѣва обнаружена папиллярная киста съ массой раздраженій на ея поверхности. Эти же раздраженія сплошь

успивали брюшину, какъ паріэталъную, такъ и висцеральную. Случай признанъ запущеннымъ и поэтому ничего не удалено и рана зашита. Въ послѣоперационномъ періодѣ нагноился одинъ шовъ; когда же послѣдній былъ вынутъ, то нагноеніе прошло и рана закрылась. Повышеніе температуры было всего 1 разъ до 38,3°. Съ 10 - го дня послѣ операціи асцитъ вновь сталъ накапливаться, такъ что на 30-й день послѣ операціи была сдѣлана пункція. Интересно то обстоятельство, что послѣ операціи больная значительно поправилась, пополнѣла; у нея появился аппетитъ; поправился цвѣтъ лица; общее самочувствіе также значительно улучшилось. Больная выписалась изъ клиники на 35-й день. Дальнѣйшая ея судьба, къ сожалѣнію, намъ неизвѣстна.

## Г р у п п а 2.

Злокачественныя папиллярныя опухоли.

*Adenocarcinoma papillare ovarii.*

*Случай XII.* (Изъ частной практики Проф. В. Н. Орлова) Е. Т. 42 лѣтъ, замужняя, нерожавшая, 2 раза абортировала. Жалуется на боли въ животѣ справа и опухоль, которую замѣтила у себя  $1\frac{1}{2}$  года назадъ. Въ іюнѣ 1909 года произведена laparotomia, вылучена межсвязочная киста, оказавшаяся cystocarcinom'ой. Послѣоперационное теченіе протекло гладко, но въ мартѣ 1910 года у нея появился рецидивъ, отъ котораго 20. VI. 1910 г. больная погибла. Вскрытіе произведено не было. Опухоль представляетъ собою кисту величиной съ головку новорожденного. Поверхность ея какъ бы истрепана вслѣдствіе межсвязочнаго ея расположенія. Наполнена киста прозрачной густой жидкостью. У hylus'a она отчасти солидной консистенціи вслѣдствіе того, что въ стѣннкѣ ея расположены узлы величиной до куриного яйца, нѣсколько выдающіеся надъ поверхностью кисты. На разрѣзѣ эти бугры оказываются мягкими, крохкими, мозговидными. При болѣе внимательномъ разсматриваніи оказывается, что они состоятъ изъ мелкихъ сосочковъ, такъ тѣсно прилежащихъ другъ къ другу, что образуютъ какъ бы одну компактную массу. По поверхности кисты проходитъ труба, утолщенная до величины большого пальца, и тѣсно сращенная съ кистой. На разрѣзѣ стѣнки трубы сильно гипертрофированы, просвѣтъ ея расширенъ и въ немъ имѣется гной. Внутренняя поверхность кисты гладкая, мѣстами морщини-

стая. У hylus'a на ней мелкіе сосочки, очень нѣжные, ломкіе, сидящіе на ножкахъ и не вѣтвящіеся. Въ одномъ мѣстѣ можно видѣть, что эти сосочки прорасли сюда изъ солидныхъ узловъ, указанныхъ выше, разрушивъ раздѣляющую ихъ стѣнку.

При микроскопическомъ изслѣдованіи стѣнки кисты состоитъ изъ нѣжныхъ волоконцевъ соединительной ткани, среди которой заложено довольно много клѣточныхъ элементовъ. Сосудистая стѣта развита значительно. Стѣнку кисты выстилаетъ кубическій эпителий, въ которомъ ясно замѣтенъ полиморфизмъ клѣтокъ и наклонность къ атипическому разрастанію. Этотъ атипическій ростъ замѣтнѣе на сосочкахъ, гдѣ эпителий врастаетъ въ ихъ строму и мѣстами располагается въ нѣсколько рядовъ. Узлы, имѣющіе мозговидную консистенцію, подъ микроскопомъ оказываются состоящими изъ массы сосочковъ, тѣсно прилежащихъ другъ къ другу. Соединительной ткани въ нихъ немного; она очень рыхла; въ молодыхъ сосочкахъ ея почти нѣтъ. Сосудами снабжены сосочки очень обильно. Главную массу сосочковъ составляетъ эпителий; онъ вездѣ полиморфный, покрываетъ сосочки то въ одинъ, то въ нѣсколько рядовъ, глубоко прорастаетъ въ строму, образуя въ ней цѣлые тяжи, и вообще показываетъ явленія чрезвычайно прогрессивнаго роста. Нѣкоторые участки этихъ узловъ омертвѣли, такъ что сосочки превращены въ кучки мелкозернистаго распада, среди котораго иногда удается распознать остатки соединительнотканнаго остова сосочка. Во множествѣ разбросаны псаммоматозныя отложенія извести. Въ трубѣ отмѣчается гнойный воспалительный процессъ. Кое-гдѣ въ стѣнкѣ трубы видны метастатическіе узелки, состоящіе изъ эпителия, тождественнаго съ эпителиемъ кисты. Въ одномъ мѣстѣ, гдѣ ткань яичника сохранена, видно свѣжее желтое тѣло съ лутеиновыми клѣтками.

*Случай XIII.* X. Д. Исторія болѣзни ея, къ сожалѣнію, утеряна. 11. X. 1908 г. произведена операція: вылучена изъ широкой связки интралигаментарная киста величиной съ голову взрослого человѣка. Послѣ операціи больная поправилась; въ настоящее время у нея имѣется рецидивъ. Препаратъ представляетъ собою отдѣльные куски стѣнки кисты, разорванной при вылученіи. Въ одномъ мѣстѣ у hylus'a имѣется солидная опухоль, величиной съ апельсинъ, тѣстоватой консистенціи. На разрѣзѣ она представляется мягкой мозговидной консистенціи; при детальномъ

осмотрѣ оказывается состоящею изъ тѣсно сплоченныхъ мелкихъ сосочковъ, очень ломкихъ при ощупываніи. На внутренней сторонѣ стѣнки кисты имѣются кое-гдѣ такіе же отдѣльные сосочки. Подъ микроскопомъ стѣнка кисты состоитъ изъ нѣжной волокнистой соединительной ткани, обильной клѣточными элементами; мѣстами попадаются кучки круглоклѣточного инфильтрата. Вся стѣнка кисты сильно гиперемирована, во многихъ мѣстахъ пропитана кровью; мѣстами видны остатки кровяного пигмента отъ бывшихъ кровеизліяній. Сосуды сильно расширены и наполнены кровью. Сосочки содержатъ незначительное количество рыхлой соединительной ткани; главная масса ихъ состоитъ изъ эпителія, который мѣстами покрываетъ ихъ въ нѣсколько слоевъ. Первично эпителій былъ, повидимому, цилиндрической, но вслѣдствіе быстрого роста сдѣлался полиморфнымъ. Во многихъ мѣстахъ онъ вырастаетъ глубоко въ подлежащую ткань, образуя родъ бухтообразныхъ вдавленій, которыя вѣтвятся, придавая кистѣ видъ какъ бы аденоматознаго строенія. Наряду съ ростомъ эпителія во множествѣ встрѣчаются и некротическіе участки, которые представляютъ лишь детритъ съ проникшими въ него форменными элементами крови. Кое-гдѣ въ стѣнкѣ кисты и въ сосочкахъ отмѣчается отложение извести въ видѣ псаммоматозныхъ зеренъ.

Результаты настоящаго изслѣдованія сводятся такимъ образомъ къ слѣдующему: изъ 12-ти приведенныхъ случаевъ въ 4-хъ двухстороннія опухоли, въ остальныхъ же 9-ти—одностороннія; изъ этихъ послѣднихъ въ 3-хъ были опухоли противоположной стороны, но не папиллярнаго характера. Слѣдовательно  $\frac{4}{12}$  двухсторонности оказывается равнымъ  $33\frac{1}{3}\%$ . Эта цифра ниже цифры приводимой другими авторами, такъ по O l s h a u s e n 'y (4)  $\frac{4}{12}$  двухсторонности папиллярныхъ опухолей равенъ 77, по Ш и р ш о в у (2) —  $55\%$ , по P f a n n e n s t i e l 'ю (5) —  $60\%$ ; разница эта не играетъ особенной роли въ виду немногочисленности нашихъ случаевъ.

При двухстороннихъ опухоляхъ наблюдаются обыкновенно на обѣихъ сторонахъ опухоли сходныя какъ макроскопически, такъ и микроскопически, что отмѣчается всѣми авторами. Въ одномъ лишь случаѣ (VII) мы имѣли на одной сторонѣ сосочковую многокамерную кисту съ обильнымъ разращеніемъ сосочковъ по поверхности яичника, а на другой сторонѣ былъ чистый случай поверхностной папилломы яичника. Сами сосочки по внѣшнему виду и подъ микроскопомъ въ обѣихъ опухоляхъ предста-

вляли одну и ту же картину. Подобные случаи нерѣдко встрѣчалъ и P f a n n e n s t i e l (5). По его мнѣнію сосочки на поверхности яичника развиваются самостоятельно вслѣдствіе разращенія зародышеваго эпителия, куда затѣмъ врастаетъ соедин. ткань, и такимъ путемъ образуется сосочекъ. Вообще это появленіе сосочковъ на поверхности яичника сходно съ таковымъ же интракистознымъ образованіемъ. Поэтому по P f a n n e n s t i e l'ю поверхностные сосочки не разнятся отъ кистаденомъ. Этотъ же взглядъ былъ высказанъ еще раньше C o b l e n z'омъ (3).

Сосочковые опухоли весьма часто бываютъ интралигаментарными. На это указываютъ P f a n n e n s t i e l (1), Ширшовъ (2), P o z z i (6) и многіе другіе. D o r a n [цитир. по P o z z i (6)] объясняетъ это развитіемъ опухоли изъ остатковъ Вольфова тѣла или изъ hylus ovarii, въ который проникаютъ эти остатки; поэтому опухоль естественно должна стремиться къ дальнѣйшему развитію между листками l. latum. Во всякомъ случаѣ объясненіе это является весьма правдоподобнымъ. Изъ нашего матеріала, межсвязочныхъ опухолей было 5 (случ. III, VIII, X, XII и XIII), что составляетъ 42<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Величина сосочковыхъ опухолей не достигаетъ большихъ размѣровъ. Самой большой изъ нашихъ случаевъ является киста (VIII), достигавшая величины головы взрослога человѣка; остальные опухоли значительно меньше и рѣдко превышаютъ размѣры дѣтской головки. Всѣ авторы, занимавшіеся изслѣдованіемъ сосочковыхъ опухолей, также отмѣчаютъ это обстоятельство. P f a n n e n s t i e l (1) объясняетъ это тѣмъ, что сосочковая кисты въ виду частаго интралигаментарнаго расположенія, нерѣдко асцита и диссеминаціи по брюшинѣ рано даютъ болѣзненные симптомы и поэтому раньше заставляютъ обращаться къ врачамъ. Дѣйствительно, во всѣхъ нашихъ случаяхъ развитіе опухоли сопровождалось различнѣйшими, подчасъ очень жестокими, болѣзненными симптомами, но это не всегда объясняется межсвязочнымъ расположеніемъ опухоли, а тѣмъ болѣе асцитомъ. Изъ нашихъ больныхъ асцитъ констатированъ всего у двухъ (VII и XI); оба случая далеко зашедшіе съ обширными разращеніями сосочковъ по брюшинѣ. Межсвязочныхъ опухолей у насъ было 5, какъ указано выше; болѣзненные симптомы проявлялись у всѣхъ, кромѣ одной (X), у которой какъ разъ была двухсторонняя межсвязочная киста. Въ случаѣ же VI, гдѣ выступали особенно рѣзкія субъективныя болевья

ощущения, двухсторонняя многокамерная киста оказалась на ножках и без сращений, без асцита и диссеминации по брюшине. Поэтому можно заключить, что незначительная, сравнительно, величина сосочковых опухолей объясняется отчасти действительно более ранними и значительными субъективными симптомами. Не малое значение имеет также в этом случае и более медленный рост сосочковых кист по сравнению с железистыми — обстоятельство, отмечаемое многими клиницистами. Это же обстоятельство можем отметить и мы, так как в редких случаях, судя по анамнезу, заболевание продолжалось меньше года. В одном же случае (II) опухоль, достигавшая величины детской головки, была диагностирована врачом еще за 15 лет до операции. Случаи же папиллярных карцином отличаются очень быстрым ростом (XII и XIII).

Все авторы, занимавшиеся исследованием сосочковых кист указывают на их частую многокамерность. Так по Pfannenstiel'ю лишь  $\frac{1}{3}$  кист однокамерны, и то во многих из последних можно найти следы того, что они раньше были многокамерны. Он находил выступы на стенке кисты — остатки рассосавшихся перегородок между отдельными полостями; или же видел мелкие кисты в стенке главной, или же, наконец, — железоподобные мешочки в главной кисте. Из 12-ти исследованных нами случаев многокамерные кисты найдены лишь в 4-х (VI, VII, VIII и X), причем в двух — двухсторонняя (VI и X). Остальные кисты однокамерны, и остатков перегородок или каких-либо следов многокамерности в них не обнаружено.

Из числа наших опухолей 2 кисты (из 12-ти) были наполнены густой тягучей жидкостью, похожей на псевдоменингеальную (химического исследования не производилось). Это случаи VI и VII. Остальные же кисты наполнены прозрачной серозной или же кровянистой (IX) жидкостью.

Разрастание сосочков на поверхности яичника наблюдалось в 3-х случаях (I, VII и XI, из которых последний случай ближе не изучен). В четвертом (VIII) сосочки прорвали стенку кисты и выглядывали наружу, разрастания же на поверхности еще не успели развиться. В одном случае, как указано выше, мы имели чистый случай поверхностной папилломы яичника. Развившись на поверхности опухоли, сосочки не всегда имеют склонность быстро разрастаться на брюшине. Так в случае I сосочки,

отличавшіеся фиброзной плотностью, развились довольно обильно на поверхности кисты, но на брюшинѣ подобныхъ образованій нигдѣ не было, исключая фиброматознаго узла, лежавшаго рядомъ, на поверхности котораго было нѣсколько узелковъ величиной съ просяное зерно; нужно отмѣтить, что эта опухоль принадлежитъ по строенію къ типу *fibroma papillare* (см. ниже).

Нѣкоторые авторы чаще встрѣчали сосочки на поверхности кисты. Такъ Ш и р ш о в ъ (2) изъ 31-го случая въ 21-мъ имѣлъ сосочки на поверхности. Одни изъ этихъ сосочковъ своими основаніями сидѣли въ полостяхъ, стѣнки которыхъ подверглись частичному разрушенію, верхушками же выглядывали въ брюшную полость; другіе же располагались на поверхности опухоли. Изъ всѣхъ этихъ случаевъ лишь въ 3-хъ опухоли были одностороннія. Ш и р ш о в ъ полагаетъ вмѣстѣ съ *Olshausen*'омъ, Ш р е д е р о м ъ, *Pozzi* и др., что поверхностно сидящіе сосочки имѣютъ своимъ источникомъ эпителий внутренней поверхности полостей кистомъ. Онъ считаетъ это доказаннымъ тѣмъ, что во всѣхъ своихъ случаяхъ онъ находилъ остатки стѣнокъ отъ отдѣльныхъ полостей, въ которыхъ раньше были заключены сосочки. Эти остатки имѣли видъ манжетокъ или перемычекъ, или еле замѣтныхъ валиковъ. *Pfannenstiell* (5) наоборотъ считаетъ, что поверхностныя папилломы развиваются самостоятельно изъ зародышеваго эпителия точно также, какъ развиваются сосочки внутри кисты.

*Gottschalk* (7) идетъ еще дальше и считаетъ даже возможнымъ обратный переходъ: первичное развитіе изъ зародышеваго эпителия поверхностной папилломы и вторичное развитіе *cysto-adenoma serosum papillare* вслѣдствіе прорастанія сосочковъ съ поверхности внутрь яичника. Но это мнѣніе онъ основываетъ лишь на одномъ наблюдавшемся имъ случаѣ и послѣ него новыхъ доказательствъ этому не представлено; поэтому я позволю себѣ считать такой переходъ сомнительнымъ. Съ другой стороны, на основаніи своихъ случаевъ, я не могу согласиться съ мнѣніемъ Ш и р ш о в а, что сосочки на поверхности кисты появляются непременно вторично изнутри ея. Такой случай мы наблюдали лишь одинъ (VIII); въ остальныхъ же мы не могли найти доказательствъ этого и полагаемъ вмѣстѣ съ *Pfannenstiell*'емъ, что сосочки на поверхности кисты могутъ развиваться и самостоятельно изъ зародышеваго эпителия.

Относительно расположенія сосочковъ нужно отмѣтить, что

во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ сосочки главной массой помещаются у *hulus'a*—фактъ отмѣчаемый всѣми наблюдателями. Онъ объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что эта часть яичника, какъ наиболѣе снабжаемая кровью, находится въ лучшихъ условіяхъ питанія.

Сами сосочки не представляютъ большого разнообразія въ анатомическомъ отношеніи. Какъ указано выше, мы дѣлимъ доброкачественныя сосочковыя опухоли по виду сосочковъ на двѣ группы, именно, съ эпителиальнымъ типомъ сосочковъ и съ соединительнотканнымъ. Это дѣленіе установлено въ той или иной формѣ всѣми другими изслѣдователями, и эти двѣ формы сосочковъ довольно разнятся между собою. Сосочки соединительнотканные представляются на ощупь плотными, крѣпко сидящими или на ножкахъ или же на широкихъ основаніяхъ; они бѣлесоваты на видъ и встрѣчаются въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ при опухоляхъ второго вида и не такъ сильно вѣтвятся. Иногда, развѣтвляясь, они образуютъ бугорки, величиной отъ горошины до вишни. Бугорокъ этотъ состоитъ изъ отдѣльныхъ, плотныхъ, тѣсно сидящихъ другъ возлѣ друга сосочковъ, иногда какъ бы спаянныхъ между собою. Если такой бугорокъ разрѣзать, то можно видѣть, часто даже макроскопически, какъ грубые пучки соединительной ткани вѣрообразно расходятся отъ основанія бугорка къ периферіи. Подъ микроскопомъ такіе сосочки оправдываютъ свое названіе—*fibroma papillare*. Главная масса ихъ состоитъ изъ грубо-волокнутой соединительной ткани, которая вѣрообразно развѣтвляется въ нихъ, входя изъ стѣнки кисты, и образуетъ здѣсь густой переплетъ. У основанія сосочковъ соединительная ткань имѣетъ особенно грубый видъ. Ближе къ периферіи строма дѣлается болѣе рыхлой, волокна тоньше, и среди нихъ начинаютъ попадаться клѣточные элементы. У самой периферіи нѣкоторые сосочки представляются отечными. Соединительная ткань совершенно разрыхлена, и здѣсь встрѣчаются лишь тоненькія волокна, образующія широкопетлистую сѣть, среди которой заложены кое-гдѣ клѣточные элементы соединительной ткани и иммигрировавшіе сюда бѣлые кровяные шарыки. Такія же картины наблюдалъ и Ширшовъ, обратившій особенное вниманіе при изученіи сосочковыхъ опухолей именно на соединительнотканную часть ихъ. Весьма нерѣдко въ стромѣ сосочка волокнустая соединительная ткань пріобрѣтаетъ характеръ болѣе грубый, разбухаетъ и превращается въ гиалино-

вую ткань, диффузно окрашивающуюся эозиномъ. Иногда отдѣльные сосочки являются омертвѣвшими частично или тотально. Такіе сосочки дѣлаются мутными, диффузно окрашивающимися; контуры ядеръ становятся въ нихъ неразличимыми; мѣстами появляется мелкоклѣточный инфильтратъ, скопляющійся особенно вокругъ сосудовъ. Наряду съ этимъ въ другихъ сосочкахъ видны явленія разрастанія соединительной ткани, именно скопленіе ея въ видѣ кучекъ веретенообразныхъ клѣтокъ. Среди нихъ видны мелкіе капилляры. Вообще сосудистая сѣть развита въ сосочкахъ перваго типа не очень значительно. Кое-гдѣ въ сосудахъ видны явленія склероза; иногда сосуды представляются растянутыми кровью. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ стромѣ сосочковъ и въ ткани стѣнки кисты видны кое-гдѣ участки кровеизліяній; красные кровяные шарики инфильтрируютъ межуточную ткань, раздвигая соединительнотканые пучки.

Эпителій, выстилающій стѣнки кисты и покрывающій сосочки, не отличаются между собою; большей частью онъ кубическій или низкій цилиндрической съ центральнымъ расположеніемъ ядеръ. Онъ правильно располагается въ одинъ рядъ и лишь въ мѣстахъ косо пришедшагося срѣза эпителий кажется наложеннымъ въ нѣсколько рядовъ. Участковъ пролифераціи эпителия видно очень мало. Кромѣ того этотъ эпителій обыкновенно рѣзко отграниченъ отъ стромы сосочка. Фактъ этотъ подмѣченъ впервые Ш и р ш о в ы м ъ (2) и эта отграничивающая полоска названа имъ *membrana limitans*. Это наблюдается во всѣхъ формахъ сосочковъ не имѣющихъ злокачественнаго характера, и, какъ правильно замѣчаетъ Ш и р ш о в ъ, прорастаніе эпителия черезъ эту ограничивающую полоску по направленію къ стромѣ уже указываетъ на злокачественность. Въ злокачественныхъ сосочковыхъ образованияхъ этой полоски совершенно не видно и эпителій мѣстами далеко врастаетъ въ строму. Иногда отдѣльные сосочки подвергаются кистозному перерожденію и состоятъ тогда изъ нѣсколькихъ мелкихъ полостей, высланныхъ эпителиемъ болѣе низкимъ, чѣмъ одѣвающій сосочекъ, — очевидно онъ уплощенъ вслѣдствіе растяженія полости жидкимъ секретомъ. Эпителій до нѣкоторой степени мѣстами полиморфиченъ. Такъ на сосочкахъ болѣе молодыхъ онъ кажется выше; въ болѣе же старыхъ сосочкахъ онъ какъ бы растягивается и нѣсколько уплощается вслѣдствіе этого.

Случаи 2-й категоріи (*adenoma papillare*) чаще всего уже

макроскопически отличаются от первой. Сосочки здѣсь растутъ гораздо пышнѣе, обильнѣе; они сочнѣе, мягче, больше вѣтвятся и чаще сидятъ на тонкихъ ножкахъ. Въ нихъ чаще встрѣчаются кровоизліянія какъ въ ткань кисты, такъ и въ полость ея, такъ что стѣнка кисты или же ея содержимое представляются въ такихъ случаяхъ окрашенными кровью.

Подъ микроскопомъ сразу бросается въ глаза преобладаніе въ сосочкахъ эпителиальной ткани надъ соединительной; послѣдней здѣсь гораздо меньше, чѣмъ въ предыдущихъ случаяхъ и она представляется гораздо болѣе нѣжной. Хотя въ самомъ основаніи сосочковъ и встрѣчаются иногда грубыя волокна соединительной ткани, но они не образуютъ здѣсь такихъ плотныхъ тяжей, какъ въ случаяхъ *fibroma papillare*. Строма состоитъ изъ нѣжной волокнистой соединительной ткани, богатой клѣточными элементами. Сами сосочки представляются менѣе массивными, но за то длиннѣе и вѣтвистѣе, чѣмъ значительно увеличивается количество эпителія за счетъ соединительной ткани; гіалиновое пере-рожденіе ткани встрѣчается, но рѣдко и не въ рѣзкой степени. Значительная часть сосочковъ, лежащихъ ближе къ полости кисты, представляется отечными, такъ же какъ и въ случаяхъ предыдущей группы, но этотъ процессъ выраженъ здѣсь значительно интенсивнѣе. Мѣстами соединительная ткань разрыхлена и отечна до того, что ея совсѣмъ не видно; и такой сосочекъ кажется какъ бы пустымъ эпителиальнымъ мѣшечкомъ въ которомъ лишь кое-гдѣ можно различить контуры отдѣльныхъ, еще сохранившихся, соединительнотканыхъ клѣтокъ. Сосудистая сѣть развита сильно какъ въ стѣнкахъ кисты, такъ и въ сосочкахъ. Сосуды часто наполнены кровью. Въ каждомъ случаѣ можно подъ микроскопомъ найти участки кровоизліяній, гдѣ красные кровяные шарики инфильтрируютъ строму, иногда на значительномъ протяженіи. Въ мѣстахъ старыхъ кровоизліяній попадаютъ скопленія глыбокъ кровяного пигмента. Нерѣдко попадаютъ некротизированные сосочки. Они гомогенны, слабо окрашиваются, такъ что отдѣльныхъ элементовъ въ нихъ различить не удастся; однако такіе сосочки хорошо сохраняютъ свою форму.

Эпителий представляется высокимъ, большей частью цилиндрическимъ, иногда съ базальнымъ расположеніемъ ядеръ. Иногда въ одной и той же опухоли эпителий является то болѣе, то менѣе высокимъ. Это уплощеніе особенно замѣтно на отечныхъ сосочкахъ, которые какъ бы растянуты отекающей стро-

мой. Эпителій правильно въ одинъ рядъ покрываетъ сосочки, такъ же какъ и въ случаяхъ предыдущей группы, отдѣляясь поло-ской ткани отъ стромы, и нигдѣ не заходитъ за эту полосу. Въ каждомъ препаратѣ встрѣчаются во множествѣ участки про-лиферирующаго эпителия, представляющіе собой отпрыски, которые отходятъ отъ стѣнки кисты или же отъ сосочковъ и состоятъ исключительно изъ эпителиальныхъ клѣтокъ безъ соединительной ткани, (послѣдняя врастаетъ сюда позже). Кое-гдѣ видны явленія каріокинеза. Такія же картины были описаны P f a n n e n s t i e l-емъ (1) S o b l e n z'омъ (3) и др. Мерцательный эпителий въ по-лости кисты мы наблюдали всего въ одномъ случаѣ (X) P f a n n e n s t i e l (1) же находилъ его очень часто (Flimmerpapillär-kystom). На ряду съ явленіемъ значительнаго роста эпителия здѣсь встрѣчаются многочисленныя признаки и регрессивнаго его измѣненія. Кое-гдѣ эпителий слизисто перерождается, принимая ха-рактеръ бокаловиднаго. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ замѣтны вакуоли. Весьма часто эпителий разбухаетъ, дѣлается круглымъ и понемногу отслаивается отъ подлежащей ткани. Такія клѣтки лежатъ въ промежуткахъ между сосочками въ видѣ круглыхъ образованій съ большимъ количествомъ протоплазмы и пузырько-образнымъ ядромъ. Весьма нерѣдко онѣ лежатъ окутанныя слизью—результатъ слизистаго перерожденія эпителия.

Очень часто въ препаратахъ встрѣчаются отложенія извести то въ видѣ зернистыхъ кучекъ, то въ видѣ концентрическихъ образованій—псаммоматозныхъ тѣлецъ. Въ случаяхъ adenoma papillare эти отложенія извести бывають весьма часто, въ слу-чаяхъ же fibroma papillare значительно рѣже. Такія отложенія залегаютъ какъ въ стромѣ сосочковъ и въ стѣнкѣ кисты, такъ и въ подэпителиальной ткани. Эти образованія P f a n n e n s t i e l (1), въ противоположность T o r n t o n'у, O l s h a u s e n'у, M a r t i n'у (13) и др., не считаетъ выраженіемъ регрессивнаго измѣ-ненія опухоли или остановки роста ея, а полагаетъ, что известь отлагается изъ крови, вслѣдствіе обильнаго притока ея. Объяс-неніе это является вполне правдоподобнымъ, такъ какъ въ слу-чаяхъ fibroma papillare, какъ менѣе богатыхъ сосудами, отложе-нія извести встрѣчаются значительно рѣже, чѣмъ въ случаяхъ adenoma papillare, которыя гораздо обильнѣе снабжаются кровью.

Описанную форму папиллярныхъ опухолей (adenoma papil-lare) P f a n n e n s t i e l (1) дѣлитъ на два вида: adenoma papil-

lare pseudomucinosum и adenoma papillare simplex. Изъ послѣдней группы онъ выдѣляетъ еще такъ называемыя Flimmerpapillärkystom. Судя по нашему матеріалу представляется мало оснований для такого дѣленія, какъ это призналъ еще раньше Ш и р ш о в ъ. Въ самомъ дѣлѣ это дѣленіе основывается на видѣ эпителія: въ псевдомуцинозныхъ кистахъ онъ болѣе высокій, цилиндрическій съ базальнымъ расположеніемъ ядеръ. Кромѣ этого псевдомуцинозныя кисты отличаются своимъ содержимымъ и, какъ указываетъ P f a n n e n s t i e l, медленнѣе растутъ и рѣже даютъ разращенія сосочковъ по поверхности. По моему мнѣнію это анатомическое различіе столь незначительно, что не можетъ служить поводомъ къ выдѣленію псевдомуцинозныхъ кистъ въ особую группу. Различіе же въ клиническомъ теченіи опухолей не можетъ служить основаніемъ для анатомическаго раздѣленія ихъ. Мерцательныя сосочковыя кисты, кромѣ волосковъ на эпителии, ничемъ не отличаются отъ простыхъ папиллярныхъ кистъ, почему выдѣленіе ихъ въ особую группу, по нашему мнѣнію, имѣетъ еще меньше оснований.

Отъ этихъ двухъ, выше описанныхъ, формъ рѣзко отличаются папиллярныя раки. Въ большинствѣ случаевъ тутъ уже макроскопически можно сказать, что эти опухоли злокачественны. Онѣ представляются въ видѣ кисты, часть которой, обыкновенно у hylus'a, является солидной, представляющей на разрѣзѣ мозговидной, крошкой, какъ бы полупросвѣчивающей массой. При детальномъ осмотрѣ эта масса состоитъ изъ сильно разросшихся развѣтвленныхъ сосочковъ, которые сидятъ такъ тѣсно другъ около друга, что образуютъ родъ компактной массы. Въ полости кисты сосочковъ очень немного, ихъ можетъ и не быть вовсе. Сосочки очень мелки, нѣжны и крошки; въ полости кисты они мало вѣтвятся и сидятъ обыкновенно на ножкахъ. P f a n n e n s t i e l (1) встрѣчалъ случаи, гдѣ солидные узлы въ стѣнкѣ кисты разрастались до того, что нельзя было рѣшить, какимъ образомъ развилось это образованіе; и лишь только по метастатическимъ опухолямъ можно было разобрать, что строеніе опухоли было кистознаго характера. Мы среди нашего матеріала такихъ случаевъ не наблюдали.

Подъ микроскопомъ сразу обнаруживаются всѣ признаки злокачественности. Стѣнка кисты можетъ быть не измѣнена еще; эпителий на ней носить иногда еще правильную цилиндрическую форму и не имѣетъ склонности къ атипическому разрастанію,

но между нимъ и подлежащей стромой нигдѣ нѣтъ той отграничивающей полоски, которая правильно выступаетъ во всѣхъ доброкачественныхъ случаяхъ. Молодые, только что образующіеся сосочки ясно показываютъ полиморфизмъ эпителія; въ болѣе же зрѣлыхъ сосочкахъ уже выступаютъ всѣ признаки злокачественности. Здѣсь уже эпителій является безпорядочно наслоеннымъ въ нѣсколько рядовъ, врастаетъ въ подлежащую ткань, образуя цѣлые тяжи въ стромѣ сосочка, а кое-гдѣ и въ стѣннкѣ кисты. Соединительной ткани въ сосочкахъ очень немного, такъ какъ бы она всюду заглушается могучимъ ростомъ эпителія. Здѣсь наблюдается явленіе быстрого роста: полиморфность эпителія и неправильныя фигуры дѣленія. Наряду съ быстрымъ ростомъ наблюдается также и гибель клѣтокъ, некрозъ ихъ. Пслѣдній поражаетъ не отдѣльныя клѣтки, какъ при adenoma papillare, а захватываетъ цѣлые участки, такъ что на мѣстѣ сосочковъ остается лишь детритъ, среди котораго иногда можно распознать отдѣльные соединительнотканые остовы сосочковъ.

Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, вслѣдствіе врастанія эпителія въ подлежащую ткань, получается характеръ какъ бы смѣшанной опухоли съ сосочковымъ и въ то же время аденоматознымъ строеніемъ (XII). Сосудистая сѣтъ въ злокачественныхъ опухоляхъ этого типа обильно развита, особенно капилляры. Нерѣдко сосуды представляются расширенными, наполненными кровью; изрѣдка встрѣчаются кровеизліянія. Отложенія извести попадаютъ здѣсь, также какъ и въ сосочкахъ доброкачественныхъ опухолей, но только рѣже и не въ такомъ количествѣ.

Всѣ эти данныя макро- и микроскопическаго изслѣдованія папиллярныхъ опухолей въ томъ или другомъ видѣ описаны и другими авторами. Иначе обстоитъ дѣло съ гистогенезомъ этихъ опухолей, гдѣ взгляды изслѣдователей значительно расходятся. Такъ по Waldeyer'у (8) началомъ образованія кистомъ нужно считать Pflüger'овскія трубки, которыя, разрастаясь и въ то же время размягчаясь въ центрѣ, образуютъ полости; въ этихъ полостяхъ путемъ пролифераціи эпителія получаютъ новыя полости, и такимъ образомъ является киста. Изъ сліянія нѣсколькихъ полостей происходятъ однокамерныя кисты. Въ дальнѣйшемъ при преобладаніи эпителіальной пролифераціи образуется *cystoma proliferum glandulare*, если же преобладаетъ жизнѣдѣтельность соединительной ткани, то получается *cystoma proliferum papillare*. Другіе авторы согласно теоріи Malassez и de Siney

считаютъ исходнымъ пунктомъ кистъ зародышевой эпителии яичника. Третьи, наконецъ, высказываются за первенствующую роль въ дѣлѣ образованія кистъ фолликулярнаго эпителиа. *Ols-hausen* (4), наоборотъ, предполагаетъ, что сосочковыя кисты развиваются не изъ яичника, а изъ элементовъ *parovarium'a*. *Славянскій* (9) также соглашается съ мнѣніемъ *Ols-hause-n'a*, но дѣлаетъ исключеніе для нѣкоторыхъ случаевъ кистомъ, исходящихъ изъ железисто-эпителиальныхъ образованій, ведущихъ свое начало изъ зародышеваго эпителиа яичника. Тѣмъ не менѣе *Славянскій* высказывается за то, что сосочковыя кисты чаще образуются изъ *parovarium'a*, железисто-трубчатыхъ образованій котораго далеко заходятъ въ строму яичника черезъ его *hylus*. Доказательство этому онъ видитъ между прочимъ въ частомъ вращаніи этихъ кистъ между листками широкой связки. *Soblentz* (3), наоборотъ, согласно съ *Waldeyer'омъ*, считаетъ одинаковымъ возникновеніе какъ glandулярныхъ, такъ и сосочковыхъ кистъ, которыя дифференцируются лишь въ послѣдствіи. Онъ полагаетъ, что кисты могутъ развиваться какъ изъ *Pfü-ger'овскихъ* трубокъ, такъ и изъ остатковъ *Вольфова тѣла*, находящихся въ *hylus ovarii*, равно какъ и изъ трубчатыхъ образованій *parovarium'a* и *paroophoron'a*, изъ остатковъ первичныхъ почекъ и изъ *Gärtner'овскихъ* каналовъ. *Ширшовъ* (2) на основаніи своего матеріала не можетъ высказаться за одинъ какой-либо способъ образованія сосочковыхъ кистъ, такъ какъ наблюдавшіеся имъ картины въ однихъ случаяхъ говорили за одинъ способъ образованія, въ другихъ—за другой и т. д.. *Seidel* (10) считаетъ наиболее правильнымъ взглядъ, что кисты развиваются вслѣдствіе пролифераціи зародышеваго эпителиа. Однако *Rozzi* (6), соглашаясь съ этимъ, оговаривается, „что эта общность не удовлетворяетъ ума: какимъ образомъ объяснить тогда существующую разницу между железистыми и сосочковыми кистами? Какъ объяснить частую двухсторонность сосочковыхъ опухолей, межсвязочное ихъ разположеніе, злокачественность и проч.“. Отвѣтъ на послѣдній вопросъ старается дать въ послѣднее время *Аничковъ* (11). Онъ находитъ, что возникновеніе сосочковъ является результатомъ реакціи соединительной ткани на раздраженіе пролиферирующимъ эпителиемъ, такъ что развитіе сосочковъ происходитъ путемъ комбинаціи двоякаго рода процессовъ: роста эпителиа и развитія соединительной ткани. Въ случаяхъ злокачественныхъ реакціа соединительной ткани выражена слабо и

главную роль играет пролиферация эпителия. Въ случаяхъ adenoma papillare процессъ, начинаясь также съ эпителия, вовлекаетъ въ него и соединительную ткань, такъ что развитіе этихъ двухъ тканей идетъ рука объ руку, не превосходя другъ друга, отчего эти опухоли имѣютъ доброкачественное теченіе. Въ случаяхъ fibroma papillare также пролиферируетъ сначала эпителий, но этотъ процессъ скоро ступевывается передъ сильнымъ ростомъ соединительной ткани.

Изъ даннаго краткаго очерка видно, что вопросъ этотъ до сего времени представляетъ много противорѣчій и неясностей. Не лишено основаній мнѣніе Malassez и de Sinety, а за ними и Pfanzenstiel'я и др. о происхожденіи сосочковыхъ опухолей изъ зародышеваго эпителия; это доказываютъ съ несомнѣнностью случаи поверхностныхъ папилломъ, такъ что въ настоящее время съ этимъ согласно большинство авторовъ. Съ другой стороны имѣетъ за себя много данныхъ и предположеніе о происхожденіи сосочковыхъ кистъ изъ пароварія. За это, съ одной стороны, говоритъ частое межсвязочное расположеніе опухоли, съ другой же стороны, существованіе кистъ, покрытыхъ мерцательнымъ эпителиемъ. Что касается происхожденія сосочковъ по Waldeyer'у изъ Pfluger'овскихъ трубокъ, то этотъ вопросъ не можетъ имѣть особаго значенія, если признавать происхожденіе этихъ трубокъ изъ зародышеваго эпителия, какъ на это указалъ еще Schröder (12). Въдь если возможно происхожденіе сосочковъ изъ зародышеваго эпителия, то Pfluger'овскія трубки есть также продуктъ разрастанія его, поэтому, признавая первый взглядъ, нельзя не согласиться и со вторымъ. Тоже самое можно сказать о происхожденіи сосочковъ изъ фолликулярнаго эпителия. Мы наблюдали въ одномъ случаѣ подъ микроскопомъ начало образованія папиллярной кисты яичника. Яичникъ представляется лишь нѣсколько увеличеннымъ въ размѣрахъ, въ латеральномъ концѣ содержитъ плотную опухоль, величиной въ маленькій лѣсной орѣхъ—фиброму. Эта опухоль отграничена отъ остальной ткани яичника нѣсколькими кистами фолликулярнаго происхожденія (кистовидное перерожденіе фолликуловъ). Въ самой крупной изъ нихъ, величиной въ вишню, видно на стѣнкѣ небольшое возвышеніе, величиной въ булавочную головку. Подъ микроскопомъ стѣнки кистъ выстланы одноряднымъ цилиндрическимъ эпителиемъ; указанный же выступъ состоитъ изъ небольшой группы сосочковъ, выросшихъ на стѣнкѣ кисты и по-

крытыхъ тѣмъ же эпителиемъ. На рядѣ срѣзовъ можно было убѣдиться, что эти сосочки не прорасли сюда откуда-нибудь съ поверхности яичника или же изъ *hylus'a*. Поэтому этотъ случай убѣждаетъ насъ, что фолликулярный эпителий можетъ дать начало сосочковой опухоли. Подобную картину наблюдалъ также и *Marchand*, но въ его случаяхъ эпителий на сосочкахъ былъ мерцательный. Этотъ авторъ считаетъ возможнымъ переходъ эпителия *membranae granulosaе* въ мерцательный.

Мнѣніе *Soblenz'a* (8) о происхожденіи сосочковыхъ кистъ изъ остатковъ Вольфова тѣла, *ragoophoron'a* и Гертнеровскихъ каналовъ, хотя и правдоподобно, но не имѣетъ за себя пока никакихъ доказательствъ. Поэтому я позволю себѣ предположить, что сосочковыя опухоли могутъ развиваться изъ пароварія и изъ зародышеваго эпителия, также какъ и изъ продуктовъ послѣдняго: *Pflüger'овскихъ* трубокъ и фолликулярнаго эпителия.

Въ большинствѣ случаевъ развившихся опухолей невозможно установить источникъ ихъ образованія; это удастся лишь въ самыхъ молодыхъ, только образующихся сосочкахъ. При современномъ положеніи вопроса представляется труднымъ рѣшить отличаются ли въ чисто генетическомъ отношеніи сосочковыя кисты отъ железистыхъ. *Waldeyer* (8), *Stratz* (14) и др. предполагаютъ, что первоначальное образованіе этихъ двухъ видовъ кистъ является одинаковымъ и они дифференцируются лишь при дальнѣйшемъ образованіи. Мнѣніе это однако до сихъ поръ не можетъ считаться доказаннымъ, я также, на основаніи своихъ случаевъ, не могу высказаться пока по этому поводу.

Самый способъ образованія сосочковъ не вызываетъ разногласія у различныхъ авторовъ, и соответствующія картины наблюдались подъ микроскопомъ и въ нашихъ случаяхъ. Первенствующее мѣсто въ этомъ процессѣ принадлежитъ эпителию: изъ него образуются небольшіе выступы, которые увеличиваются посредствомъ дѣленія клѣтокъ и имѣютъ видъ тонкихъ трубочекъ; затѣмъ сюда врастаетъ соединительная ткань съ сосудами и такимъ образомъ получается готовый сосочекъ. Степень участія эпителиальной или же соединительной ткани въ дальнѣйшемъ ростѣ сосочка обуславливаетъ собой анатомическую форму и внѣшній видъ его. При преобладаніи соединительной ткани получается *fibroma papillare*, при преобладаніи же эпителия—*adenoma papillare*.

Въ папиллярныхъ ракахъ съ самаго начала преобладаетъ эпителиальная пролиферація съ слабо выраженной реакціей соединительной ткани. Сосочки съ самаго начала носятъ злокачественный характеръ. Переходъ же доброкачественныхъ опухолей въ злокачественныя врядъ ли возможенъ.

Въ результатъ настоящаго изслѣдованія я позволю себѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Папиллярныя опухоли яичниковъ составляютъ около 13% всѣхъ овариотомій. Онѣ очень часто бываютъ двухсторонними и нерѣдко многокамерными. Чистые случаи поверхностныхъ папилломъ встрѣчаются рѣдко; они иногда комбинируются съ сосочковыми кистами противоположной стороны, при чемъ анатомическій видъ сосочковъ обѣихъ опухолей бываетъ одинаковъ.

2) Сосочки большей частью покрываютъ лишь внутреннюю стѣнку кисты, располагаясь больше у *hylus'a*. На поверхности кисты сосочки встрѣчаются рѣже. Здѣсь они появляются или изнутри, по разрушеніи стѣнки кисты, или же развиваются самостоятелно на поверхности изъ зародышеваго эпителія.

3) По анатомическому строенію сосочки бываютъ соединительнотканнаго типа—*fibroma papillare*, и эпителиальнаго—*adenoma papillare*, смотря по преобладанію той или другой ткани. Особую группу составляютъ сосочковые раки.

4) Сосочковыя опухоли могутъ развиваться не изъ одной какой-либо эпителиальной части яичника, а изъ разныхъ частей его, а именно, изъ фолликулярнаго эпителія, изъ *Pflüger'овскихъ* трубокъ, изъ зародышеваго эпителія и, наконецъ, изъ *parovarium'a*.

5) Сосочковыя кисты растутъ медленнѣе железистыхъ, но рано даютъ болевыя ощущенія, что можетъ служить въ нѣкоторыхъ случаяхъ важнымъ дифференціально-діагностическимъ признакомъ.

Въ заключеніе настоящей работы считаю пріятнымъ долгомъ выразить признательность многоуважаемому учителю Проф. В. Н. Орлову за предложенную тему и руководство въ работѣ. Многоуважаемому прив.-доц. І. Ф. Пожарискому выражаю также признательность за любезное содѣйствіе при исполненіи патолого-анатомической части работы. Товарища В. П. Снѣжкова благодарю за прекрасное исполненіе рисунковъ.

---

## Указатель литературы.

- 1) P f a n n e n s t i e l. Ueber die papillären Geschwülste des Eierstocks. Archiv f. Gyn. B. 48. 1895. p. 507.
  - 2) Ш и р ш о в ъ. Сосочковыя кистомы въ клиническомъ и патолого-анатомическомъ отношеніяхъ. Дисс. СПб. 1898.
  - 3) S o b l e n z. Das Ovarialpapillom in pathologisch-anatomischer und hystogenetischer Beziehungen. Virchow's Archiv. B. 82. 1880. p. 268.
  - 4) O l s h a u s e n. Болѣзни яичниковъ. (Цит. по Ш и р ш о в у).
  - 5) P f a n n e n s t i e l. Veit's Handbuch der Gynäkologie. 1908.
  - 6) P o z z i. Traité de gynécologie clinique et opératoire. Paris. 1897.
  - 7) G o t t s c h a l k. Ueber das Oberflächenpapillom des Eierstocks und seine Beziehung zum Cystadenoma serosum papillare. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. 58. 1906. p. 306.
  - 8) W a l d e y e r. Die epithelialen Eierstocksgeschwülste, besonders die Kystomen. Archiv f. Gyn. B. 1 (цит. по S e y d e l'ю).
  - 9) С л а в я н с к і й. Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней. т. 2. СПб. 1897.
  - 10) S e y d e l. Epitheliale Geschwülste des Eierstockes. Ergebnisse der allg. Path. u. path. Anat. B. 6. 1899.
  - 11) А н и ч к о в ъ. Къ вопросу о гистогенезѣ папиллярныхъ опухолей яичниковъ. Авторефератъ. Журн. акуш. и женск. бол. 1909. іюль—августъ.
  - 12) S c h r ö d e r. Руководство къ болѣзнямъ женскихъ половыхъ органовъ. 1893.
  - 13) M a r t i n. Die Erkrankungen der Eierstöcke und Nebeneierstöcke. Leipzig. 1899.
  - 14) S t r a t z. Zur Hystogenese der epithelialen Eierstocksgeschwülste. Zeit. f. Geb. u. Gyn. B. 26. 1893. p. 1.
-

### Объясненіе рисунковъ.

Рис. 1. Leitz ob. 3, ос. 3. Рисунокъ изображаетъ сосочки на внутренней поверхности кисты (случай I—*fibroma papillare*). а) Полость кисты. б) Сосуды въ сосочкахъ. с) Отекъ стромы сосочковъ, лежащихъ ближе къ просвѣту кисты.

Рис. 2. Leitz ob. 4, ос. 3. Сосочки на внутренней поверхности кисты (случай VII—*adenoma papillare*). а) Полость кисты. б) Сосочки, въ стромѣ которыхъ виденъ отекъ ткани. Мѣстами наблюдаются расширенныя лимфатическія щели (с). d) Сосуды въ сосочкахъ. е) Участокъ, гдѣ наблюдается пролиферація эпителия.

Рис. 3. Leitz ob. 6, ос. 3. Сосочки изъ солидныхъ узловъ въ стѣнкѣ кисты (случай XII—*adenocarcinoma papillare*). Эпителий въ нѣсколько слоевъ покрываетъ сосочки, мѣстами прорастаетъ въ строму (а). Строма сосочковъ состоитъ изъ богатой сосудами (б) соединительной ткани, состоящей изъ клѣточныхъ элементовъ (с) и очень незначительнаго количества волоконъ.

Рис. 4. Leitz ob. 3, ос. 3. Начало образованія сосочковъ на внутренней поверхности растянутого Граафова пузырька (случай II—*fibroma papillare*). а) Полость Граафова пузырька. б) Стѣнка его. с) Начинающееся гиалиновое измѣненіе стромы сосочка.

---

Рис. 1.

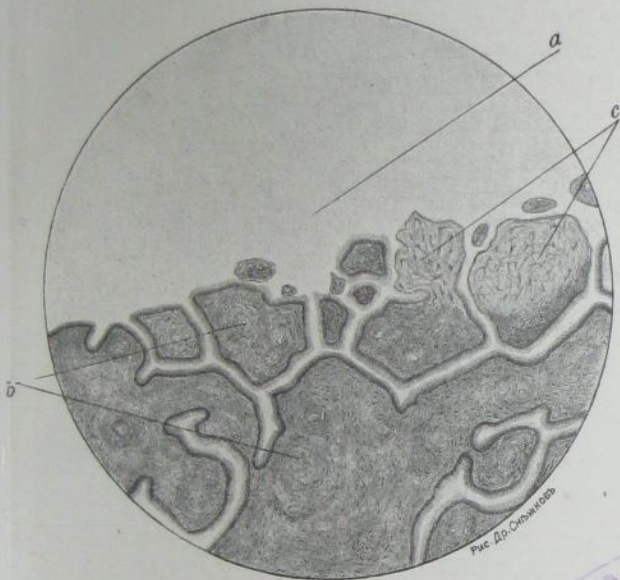


Рис. 2.



Рис. 3.

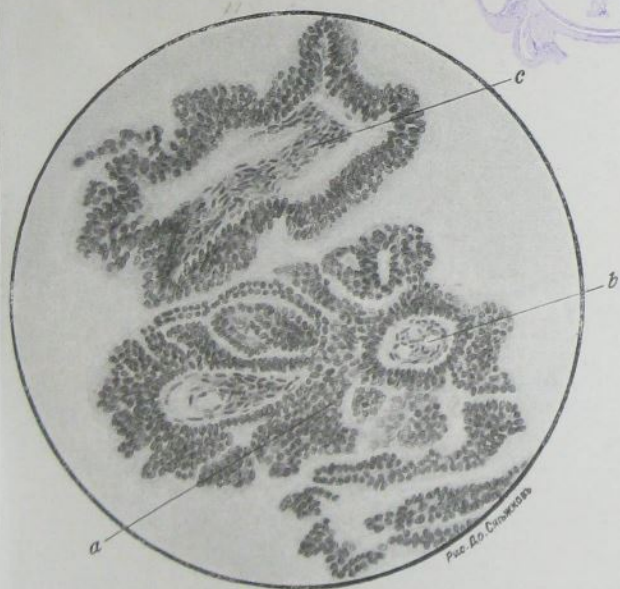


Рис. 4.



# Нѣкоторые пороки развитія женскихъ половыхъ органовъ и ихъ клиническое значеніе.

Г. И. Томсонъ.

Изъ больницъ Краснаго Креста въ г. Одессѣ.

Пороки развитія женскихъ половыхъ органовъ представляютъ не только патолого-анатомическій, но и большой практической—клинической интересъ. Знакомство съ этими аномаліями тѣмъ болѣе необходимо, что онѣ встрѣчаются не особенно рѣдко.

Изъ недостатковъ развитія влагалища чаще всего наблюдается атрезія въ нижней части его—*Atresia hymenalis*. Нѣкоторые авторы (*Küstner* и др.) утверждаютъ, что врожденное закрытіе влагалища почти всегда происходитъ немного выше дѣвственной плевы, но мои прежнія наблюденія<sup>1)</sup>, какъ и слѣдующій случай, показываютъ, что закрытіе обусловлено самимъ гименомъ: *Atresia hymenalis*, *Haematokolpos* et *Haematometra*.—Л., 19 л., жалуется на боли внизу живота, увеличивавшіяся за послѣдніе 3 мѣсяца; менструаціи еще не имѣла. Входъ влагалища оказывается закрытымъ плотною выпяченною перепонкой—сросшимся гименомъ. Черезъ прямую кишку влагалище представляется напряженною эластическою опухолью и надъ нею прощупывается увеличенная, въ кулакъ, матка. Придатки матки не увеличены. Послѣ разрѣза гимена изъ *ad maximum* растянутаго

<sup>1)</sup> Журн. Акуш. и Женск. бол. 1906.

влагалища медленно вытекает около 1 литра густой темной дегтеобразной крови. Указательный палец проходит свободно через расширенный шейный канал до внутреннего зѣва, надъ которымъ находится значительно увеличенное тѣло матки. Края разрѣза обшиваются. Полное выздоровленіе; при выпискѣ изъ больницы матка и влагалище еще немного увеличены.

Отсутствіе *Haematosalpinx*'а дало намъ право въ данномъ случаѣ ограничиться простымъ разрѣзомъ закрывающей плевы, возстановляющимъ нормальное состояніе половыхъ органовъ. При наличности же *Haematosalpinx*'а слѣдуетъ до или послѣ устраненія атрезіи немедленно приступить къ удаленію *Haematosalpinx*'а черезъ брюшные покровы въ виду угрожающей опасности разрыва трубной опухоли съ послѣдующимъ перитонитомъ. Поэтому весьма важно точное опредѣленіе состоянія трубъ.

Изъ пороковъ развитія матки чаще всего наблюдается недостаточное развитіе ея — *Hypoplasia uteri*. Оно бываетъ одной изъ главныхъ причинъ безплодія, но часто, какъ таковая, не распознается. По моимъ наблюденіямъ гипоплазія (*Atrophia congenita uteri*) встрѣчается приблизительно въ 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всѣхъ случаевъ безплодія и является послѣ воспалительныхъ заболѣваній самымъ частымъ препятствіемъ для оплодотворенія—фактъ, далеко не достаточно извѣстный. При этомъ наблюдаются, кромѣ врожденной атрофіи матки, сохраняющей въ общемъ видъ нормальной, но мало развитой матки, переходы зародышевой и дѣтской (*uterus foetalis et infantilis*), имѣющихъ болѣе или менѣе зародышевый видъ. Нерѣдко въ такихъ случаяхъ имѣются одновременно хлорозъ и инфантилизмъ всего организма. Лечение, особенно при атрофіи матки, можетъ имѣть успѣхъ, что я неоднократно наблюдалъ, причемъ, кромѣ мѣстнаго леченія, слѣдуетъ обратить особенное вниманіе на общее.

Нѣкоторыя аномаліи развитія матки не представляютъ особенныхъ препятствій для половыхъ функцій, какъ *uterus bicornis* и *uterus septus*. Если Мюллеровы протоки не срастаются между собою въ верхней части, то получается матка съ двумя рогами, раздѣленная въ большей или меньшей степени — двурогая матка, *uterus bicornis*—при одной или удвоенной шейкѣ—*unicollis* или *bicollis*. Самою незначительною степенью двурогой матки является *uterus arcuatus (planus)*. Перегородженная матка—*uterus septus (sub—)*, при которой полость раздѣляется перегородкой болѣе или ме-

нѣе на 2 половины, сохраняетъ въ общемъ наружный нормальный видъ. Какъ примѣры такихъ пороковъ я привожу слѣдующіе 5 мною наблюденныхъ случаевъ:

1) Ф. Г., 27 л., рожала 2 раза нормально. Послѣ 2-хъ мѣсячнаго отсутствія регуль кровотеченіе. Подъ эеирнымъ наркозомъ изъ лѣваго рога матки цѣликомъ мною удалено яйцо величиною съ лѣсной орѣхъ, причемъ правый рогъ оказался меньше объемомъ; шейка нормально развита;  $\frac{1}{2}$  года спустя опять выкидышъ; производившій вычистку матки врачъ не распозналъ аномаліи матки; выздоровленіе.

2) Ш. И., 28 л., около мѣсяца имѣетъ кровотеченіе послѣ 2-хъ мѣсячной задержки. 3 года назадъ сдѣлано выскабливаніе матки вслѣдствіе кровотеченія; въ общемъ менструаціи всегда правильны. Б. средняго сложенія и питанія. Введенный черезъ шеечный каналъ палецъ находитъ на 4 см. выше наружнаго зѣва плотную перегородку, раздѣляющую полость матки на 2 половины. Изъ правой, длиною въ 10 см., пальцемъ удаляются остатки плода; въ лѣвую половину можно войти только зондомъ на 7 см.; выздоровленіе.

3) Е. К., 35 л., рожала 2 раза, 1 разъ въ срокъ, второй разъ преждевременно. Послѣ 4-хъ мѣсячнаго отсутствія менструаціи наступило обильное кровотеченіе. Менструаціи всегда неправильны и обильны. Б. блѣдна; дно матки на серединѣ между лобкомъ и пупкомъ. Черезъ открытый шеечный каналъ на 9 см. выше наружнаго зѣва прощупывается острый край перегородки между 2 полостями: изъ правой полости удаляется мацерированный плодъ, длиною въ 15 см., и кусками извлекается крѣпко приросшій къ перегородкѣ и задней стѣнкѣ послѣдъ. Зондъ проникаетъ въ эту половину на 15 см., въ лѣвую пустую на 12 см. Ближайшіе 2 дня повышеніе температуры, затѣмъ гладкое теченіе.

4) Слѣдующій случай представлялъ въ діагностическомъ отношеніи большія затрудненія. Поставленъ былъ діагнозъ быстро растущаго новообразованія, и больная была направлена ко мнѣ для операціи. Б., 29 л., около 5 мѣсяцевъ сильныя боли внизу живота и неправильныя кровотеченія послѣ отсутствія регуль въ продолженіе 4-ехъ мѣсяцевъ. Менструаціи всегда неправильны, черезъ 2—8 недѣль, по 2—4 недѣли; былъ 1 выкидышъ. Б. средняго питанія и роста, блѣдна. Непосредственно на право отъ увеличенной матки (?) прощупывается эластическая мало подвижная опухоль, величиною съ большой кулакъ. Лѣ-

вый яичникъ увеличенъ въ волошскій орѣхъ. Изслѣдованіе весьма затруднено вслѣдствіе значительной чувствительности низа живота. При наблюденіи въ теченіе недѣли постепенно увеличивающаяся эластическая, по консистенціи соотвѣтствующая беременной маткѣ, опухоль принята была за беременную матку, а распознанная первоначально матка болѣе плотной консистенціи діагносцирована теперь какъ міома, сидящая на беременной маткѣ. Поэтому рѣшено выждать дальнѣйшаго теченія. Недѣлю спустя я былъ приглашенъ къ больной по случаю сильнаго кровотеченія: во влагалищѣ находится плодъ, длиною въ 15 см. Подъ наркозомъ палецъ констатируетъ немного выше внутренняго зѣва край перегородки, раздѣляющей матку на 2 полости. Изъ правой значительно большей полости, соотвѣтствующей эластической опухоли, при помощи пальца кусками извлекается плотно приросшій къ нижней части задней стѣнки матки послѣдъ. Полость лѣвой половины матки, принятой за міому, оказалась пустою. Послѣ гладкаго теченія больная совершенно поправилась. Изслѣдованіе обнаружило двурогую матку, правая половина которой была болѣе развита.

5) Слѣдующій случай я имѣлъ возможность наблюдать вскорѣ послѣ родовъ: Ж., 30 л., имѣла 5 выкидышей. 1 годъ тому назадъ сдѣлана операція *vaginae septae* — разрѣзъ перегородки двойного влагалища. 2 часа спустя послѣ преждевременныхъ родовъ на 8-омъ мѣсяцѣ я былъ приглашенъ къ родильницѣ, такъ какъ не вышелъ послѣдъ. Б. блѣдна, умѣренное кровотеченіе, пульсъ 140,  $t^{\circ}$  37,6 $^{\circ}$ . Подъ эфирнымъ наркозомъ обнаруживается слѣдующее: матка малоподвижна, передняя маточная губа отсутствуетъ, въ области внутренняго зѣва нащупывается край перегородки, влѣво отъ которой палецъ проникаетъ въ небольшую пустую полость, направо же въ большую полость. Въ послѣдней найденъ крѣпко приросшій къ задней стѣнкѣ и къ перегородкѣ послѣдъ, удаленіе котораго оказалось довольно труднымъ. Послѣ удаленія кровотеченіе остановилось. Въ первые дни послѣ родовъ температура была повышена до 38 $^{\circ}$ , но вскорѣ больная быстро поправилась; на 10-й день прощупывалась еще большая и широкая матка.

Трапет<sup>1)</sup> сообщилъ 186 случаевъ беременности и родовъ при двойной маткѣ. Масгрегор<sup>2)</sup> сопоставилъ изъ литературы,

<sup>1)</sup> Cf. Zent. f. Gyn. p. 1486. 1907.

<sup>2)</sup> Cf. Zent. f. Gyn. p. 1135. 1908.

кромѣ 3-хъ собственныхъ, 100 случаевъ двойного уродства матки. Кедровъ <sup>1)</sup> собралъ за послѣднее десятилѣтіе 185 такихъ случаевъ, изъ нихъ 65 небеременной матки, и прибавилъ еще 2 собственныхъ наблюденія. Изъ этого видно, что случаи двойного уродства матки не особенно рѣдки. Эти пороки развитія безъ закрытія половыхъ полостей не вызываютъ особенныхъ клиническихъ явленій, но при этихъ недостаткахъ довольно часто наблюдаются неправильныя менструаціи, выкидыши и преждевременныя роды.

Діагнозъ небеременной двурогой матки, особенно при незначительныхъ степеняхъ ея—*uterus arcuatus et planus*, затрудняется тѣмъ, что при изслѣдованіи не обращается достаточнаго вниманія на наружную форму матки. Меня не такъ рѣдко при гинекологическихъ изслѣдованіяхъ поражала ширина или незначительная впадина дна матки — признаки недоразвитія матки. Иногда діагнозъ двойного уродства матки въ беременномъ ея состояніи не ставится благодаря тому, какъ мнѣ кажется, что объ этой аномалии вовсе не думаютъ. Невозможно распознать *uterus septus* при почти нормальномъ наружномъ видѣ матки. Такъ, на примѣръ, въ первомъ нашемъ случаѣ врачъ даже при выскабливаніи не подозрѣвалъ двойной матки. Подобныя наблюденія вовсе не рѣдки. При наличности двойного влагалища распознаваніе удвоенной матки не представляетъ затрудненій. Понятно поэтому, что сообщаются большею частью случаи этой аномалии при беременной маткѣ, гдѣ послѣ раскрытія шейчнаго канала не трудно поставить вѣрный діагнозъ. Всѣ наши выше приведенные случаи обнаружены были при выкидышѣ и родахъ. Вслѣдствіе неправильнаго діагноза производились иногда крупныя, ничѣмъ не оправдываемыя операціи—лапаротоміи (см. Кедровъ стр. 273). Въ 4-мъ нашемъ случаѣ стоило большихъ усилій убѣдить больную, направленную ко мнѣ для операціи, въ нендобности таковой.

Что касается леченія этихъ пороковъ развитія, то слѣдуетъ упомянуть о попыткахъ *Strassman's* <sup>2)</sup> устранить двойную матку посредствомъ операціи и возстановить однополостную матку для достиженія правильныхъ условій при беременности. Практическое значеніе этого предложенія выяснится только послѣ дальнѣйшихъ клиническихъ наблюденій, а ргіогі можно многое про-

<sup>1)</sup> Журн. Акуш. и Жен. бол. ст. 362. 1910.

<sup>2)</sup> Zent. f. Gyn. p. 1322. 1907.

тивъ него возразить, на что указаль уже Ненгич<sup>1)</sup>. Въ 5-мъ нашемъ случаѣ больная, имѣвшая 5 выкидышей и 1 преждевременные роды и перенесшая уже операцію устраненія *vaginae septae*, на предложенную мною такую операцію не согласилась. Оперативное вмѣшательство требуется при двойныхъ уродствахъ, осложненныхъ беременностью, весьма часто во время родовъ, въ послѣродовомъ періодѣ и послѣ выкидыша.

Въ заключеніе сообщу сравнительно рѣдкій случай односторонняго развитія матки — вполне развитой однорогой матки, которую я обнаружилъ послѣ вскрытія брюшной полости, произведеннаго съ цѣлью оваріотоміи:

Н. М., 25 л., чувствуетъ 3 года, усиливавшіяся въ послѣднее время, боли въ животѣ. 6 лѣтъ замужемъ, беременности не было. По поводу опухоли, величиною съ кулакъ, находящейся за маткой, произведено чревосѣченіе. Подъ эфирнымъ наркозомъ вскрыта брюшная полость поперечнымъ разрѣзомъ *Pfannenstiel* и удалена лѣвосторонняя многополостная киста яичника. При осмотрѣ внутреннихъ половыхъ органовъ оказалось, что правые придатки, яичникъ и труба, вмѣстѣ съ широкой связкой совершенно отсутствуютъ. Соотвѣтственно правому параметрію прорщупывается плотная связка (*lig. rotundum?*), идущая вправо и впередъ. Нигдѣ нѣтъ остатковъ воспаленія или сращеній; никакой операціи сдѣлано не было. Матка нормальной величины, толще на лѣвомъ краю и немного перетянута влѣво; лѣвая труба нормальна. Выздоровленіе.

Функции однорогой, почти нормальной величины, матки въ общемъ правильны. Беременность и роды наблюдались неоднократно. Правильный діагнозъ этой аномаліи на основаніи клиническаго изслѣдованія ставится, несомнѣнно, рѣдко, и нашъ случай былъ выясненъ только благодаря произведенному чревосѣченію.

---

<sup>1)</sup> Zent. f. Gyn. p. 658. 1908.



## Случай саркомы верхней прямой мышцы глаза.

К. А. Юдинъ.

Изъ глазной клиники Императорскаго Новороссійскаго Университета  
(Директоръ: проф. С. С. Головинъ).

Опухоли, развивающіяся первично изъ мышцъ встрѣчаются рѣдко. Мышцы, сравнительно съ другими тканями, какъ бы не предрасположены къ новообразованіямъ, въ особенности злокачественнымъ.

Если это положеніе правильно по отношенію къ мышцамъ вообще, то съ тѣмъ бѣльшимъ правомъ оно можетъ быть отнесено къ наружнымъ мышцамъ глазного яблока, такъ какъ случаи опухолей, развившихся первично въ нихъ, принадлежать къ большимъ рѣдкостямъ.

Въ виду этого я позволю себѣ привести описаніе случая саркомы верхней прямой мышцы глаза, который я имѣлъ возможность наблюдать въ глазной клиникѣ Новороссійскаго Университета. Но прежде считаю нужнымъ сообщить краткія литературныя свѣдѣнія по вопросу о новообразованіяхъ глазодвигательныхъ мышцъ.

Въ наиболѣе распространенныхъ руководствахъ по офтальмологіи (Graefe-Saemisch, Panas, Vossius и др.) объ этого рода опухоляхъ не упоминается совсѣмъ. Lagrange (1) въ своемъ извѣстномъ обширномъ трудѣ объ опухоляхъ глаза и

глазницы не выдѣляетъ ихъ въ отдѣльную группу и приводитъ только одинъ случай Aubigneau (4).

Впервые казуистика опухолей глазодвигательныхъ мышцъ была собрана Pascheff'омъ (2) въ 1908 году. Имъ же былъ описанъ одинъ случай саркомы наружной прямой мышцы глаза внутриглазного происхожденія и предложена для опухолей глазодвигательныхъ мышцъ нѣкоторая классификація. Именно онъ раздѣляетъ всѣ собранные имъ въ литературѣ случаи на три группы. Въ первую входятъ опухоли злокачественныя (саркома, ракъ), во вторую—доброкачественныя (липома, ангиома, ангио-фиброма, фибро-миома), а въ третью такъ наз. ложныя опухоли (гумма, гиалиновое перерожденіе, окостенѣніе и склерозы, развившіеся на почвѣ сифилиса и туберкулеза). Къ группѣ доброкачественныхъ опухолей Pascheff относитъ также и цистичеръ глазодвигательныхъ мышцъ. Въ частности саркомы мышцъ раздѣляются авторомъ на три типа: 1. саркомы, развивающіяся первично въ самихъ мышцахъ; 2. саркомы, исходящія изъ внутреннихъ частей глазного яблока и поражающія мышцы только вторично и 3. саркомы глазодвигательныхъ мышцъ метастатическаго происхожденія.

Что касается казуистики саркомъ глазодвигательныхъ мышцъ первичнаго происхожденія, то онъ приводитъ только одинъ случай Lopez'a и Riquero (3). Къ этому наблюденію я могу прибавить еще случаи Aubigneau (4), Napp'a (5) и Maguо (6).

Въ виду немногочисленности я приведу краткое описаніе всѣхъ этихъ наблюденій, располагая ихъ въ хронологическомъ порядкѣ.

1. Случай Aubigneau, 1902 года (4).

Небольшая припухлость, круглой формы, развилась на склерѣ, отступя 4—5 см. снаружи отъ роговицы. Сосуды конъюнктивы надъ опухолью были рѣзко расширены. Новообразование было экстирпировано съ сохраненіемъ глазного яблока. При гистологическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась эндотелиомой, исходящей изъ межуточной ткани наружной прямой мышцы глаза. Новообразованиемъ были захвачены часть мышцы и сухожиліе, которымъ она прикрѣпляется къ склерѣ.

2. Случай Lopez'a и Riquero, 1903 года (3).

У ребенка 2-хъ лѣтъ отъ роду появилась небольшая припухлость въ области верхняго вѣка лѣваго глаза. За два мѣсяца опухоль сильно увеличилась въ объемѣ. Изъ-за края глазницы

она выступала кпереди приблизительно на 2 см. Вертикальный размеръ ея былъ около 3-хъ см., а горизонтальный около 5-ти. Она не была срощена съ покрывающей ее кожей, была мало болѣзненна и давала зыбленіе. Глазное яблоко было выпячено кпереди и отклонено книзу. Экстирпація новообразования была произведена съ сохраненіемъ глаза. При операціи оказалось, что опухоль занимала всю верхнюю половину глазницы, была срощена съ надкостницей и распространялась назадъ до foramen opticum. При гистологическомъ изслѣдованіи найдено, что главная масса новообразования состояла изъ поперечно-полосатой мускулатуры, инфильтрированной круглыми и веретенообразными клѣтками. По мнѣнію авторовъ новообразование было саркомой, исходившей изъ верхней прямой или изъ мышцы, поднимающей верхнее вѣко (*m. levator palpebrae sup.*) Точное опредѣленіе мѣста исхода было невозможно, благодаря сильному распространенію процесса.

3. Случай N a p'а, 1908 года, (5).

У мужчины, 47 лѣтъ, былъ обнаруженъ легкій экзофтальмъ лѣваго глаза. Глазное дно было нормально. Движенія глазъ не были ограничены. При вторичномъ изслѣдованіи черезъ 1 годъ и 3 мѣсяца, кромѣ выпячиванія глаза кпереди, можно было еще отмѣтить скрытое косоглазіе кнаружи на 4°. Движенія глаза не были затруднены. Острота зрѣнія равнялась единицѣ. На мѣстѣ прикрѣпленія внутренняго прямого мускула была замѣтна небольшая припухлость. Съ цѣлью выясненія характера опухоли былъ вырѣзанъ кусочекъ и подвергнутъ микроскопическому изслѣдованію. Новообразование оказалось круглоклѣточной саркомой. При сдѣланной больному экзентераціи глазницы обнаружилось, что опухоль захватила всю толщу внутренней прямой мышцы и окружила кольцомъ зрительный нервъ въ области for. optici. Гистологическое изслѣдованіе показало, что саркоматозныя клѣтки проникли между мышечными волокнами и даже въ толщу ихъ. Мѣстами мускульная ткань была гіалиново перерождена. Конъюнктива надъ опухолью была сохранена. Въ подѣэпителиальной ткани была замѣтна только слабая инфильтрація клѣточными элементами. Новообразование, окружавшее кольцомъ зрительный нервъ, имѣло такой же характеръ круглоклѣточной саркомы.

Авторъ обращаетъ вниманіе на медленный ростъ опухоли и на отсутствіе пониженія остроты зрѣнія и какихъ-либо измѣненій со стороны глазного дна, несмотря на то, что опухоль охватывала

зрительный нервъ. Кромѣ того особенностью даннаго случая, по его мнѣнію, является отсутствіе ограниченій движеній глазного яблока и диплопіи.

4. Случай *M a r i o*, 1910 года (6).

Мужчина, 47 лѣтъ, получилъ ушибъ верхней половины лѣваго глаза черезъ вѣко. Три дня спустя онъ замѣтилъ отекъ и легкую боль въ верхне-наружной части конъюнктивы глазного яблока. Съ теченіемъ времени отекъ увеличился и черезъ мѣсяць развилось пониженіе остроты зрѣнія. При изслѣдованіи было найдено слѣдующее:

Лѣвый глазъ, сравнительно съ правымъ, выпяченъ кпереди на 12 mm. Вѣки не въ состояніи закрыть глазное яблоко. Отекъ конъюнктивы въ особенности сильно выраженъ въ верхней части глазного яблока. Консистенція въ этомъ мѣстѣ была настолько плотна, что былъ поставленъ діагнозъ эпибульбарной опухоли. Благодаря помутнѣнію роговицы разглядѣть глазное дно не удавалось. Больному было произведено удаление глазного яблока вмѣстѣ съ опухолью.

При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что новообразование захватило всю верхнюю прямую мышцу глаза. При гистологическомъ изслѣдованіи обнаружена круглоклѣточная саркома съ небольшою примѣсью веретенообразныхъ и неправильной формы клѣтокъ. Элементы опухоли пронизывали мышцу, проникая между ея волокнами. Мѣстами отъ послѣднихъ не оставалось и слѣда. Конъюнктива подъ опухолью была также инфильтрирована клѣтками новообразованія. На мѣстѣ прикрѣпленія мышцы склера была нормальна. Въ задней половинѣ глазного яблока и въ зрительномъ нервѣ никакихъ измѣненій не найдено. Радужка была спаяна съ капсулой хрусталика. Передняя камера выполнена гноемъ. *Membrana propria* роговицы инфильтрирована лейкоцитами.

Приведенными 4-мя наблюденіями ограничиваются всѣ наши свѣдѣнія о саркомахъ, первично развившихся въ наружныхъ мышцахъ глазного яблока. Случаевъ саркомъ глазодвигательныхъ мышцъ метастатическаго происхожденія (*Schweinitz-Weiggs'a* (7), *Poligniani* (8), а также тѣхъ наблюденій, въ которыхъ новообразованія развились первично внутри глаза и захватили мышцы только вторично (случаи *Briére'a* \*), *Ballaban* (9),

\*) Цит. по статьѣ *Pascheffa* (2).

R a s c h e f f a и друг.) я здѣсь касаться не буду. Къ числу опухолей мышцъ вторичнаго происхожденія можно отнести также и случай проф. Г о л о в и н а (11), описавшаго поражение верхней прямой мышцы экстрадуральной опухолью зрительнаго нерва.

Въ цитированномъ мною случаѣ L o r e z a и P i q u e r o опухолью была поражена значительная часть содержимаго глазницы. Въ виду этого осталось не вполне выясненнымъ, исходило ли новообразование изъ верхней прямой мышцы или изъ мускула, поднимающаго верхнее вѣко. Если считать этотъ случай сомнительнымъ, то останутся только три наблюденія (A u b i g n e a u, N a r r ' a и M a g u o), въ которыхъ исходнымъ пунктомъ саркомы были глазодвигательныя мышцы и которые можно считать первичными саркомами этихъ мышцъ. Мой случай является такимъ образомъ 4-мъ или 5-мъ въ литературѣ.

Закончивъ литературный обзоръ, я перехожу къ описанію своего наблюденія.

М е е р ь В., 48 лѣтъ, поступилъ въ глазную клинику 25-го февраля 1909 года съ жалобой на замѣченное имъ двоеніе предметовъ и опухоль лѣваго глаза (исторія болѣзни № 478) \*).

Двоеніе появилось у больного около 3-хъ мѣсяцевъ тому назадъ. Спустя приблизительно мѣсяць онъ замѣтилъ въ верхней части лѣваго глазнаго яблока небольшую опухоль. Ростъ ея былъ постепенный по направленію сзади напередъ. Въ 15-ти лѣтнемъ возрастѣ у больного было какое-то заболѣваніе глотки, продолжавшееся около 2-хъ лѣтъ. Одновременно съ этимъ было какое-то поражение лѣваго уха. Больной женатъ, дѣтей имѣлъ 8. Изъ нихъ живы и здоровы пять. Здоровьемъ онъ всегда пользовался хорошимъ. Головными болями и ломотой въ ногахъ онъ никогда не страдалъ.

При изслѣдованіи глазъ было найдено слѣдующее:

П р а в ы й г л а з ь. Membrana pupillaris perseverans. Глазное дно нормально. Гиперметропическій астигматизмъ. Острота зрѣнія при коррекціи цилиндрическими стеклами равна 0,9.

Л ѣ в ы й г л а з ь. Кожа, края и конъюнктива вѣкъ нормальны. Движенія вѣкъ достаточны. При закрытой глазной щели

---

\*) Больной былъ мною демонстрированъ въ Одесскомъ Офтальмологическомъ Обществѣ 8-го Марта 1909 года (см. отчетъ Кружка за 1908—1909 годъ, протоколы засѣданій №№ 44 и 47. „Вѣстникъ Офтальмологіи“ 1910 года №№ 3 и 4). Кромѣ того, какъ представляющій интересъ въ исходѣ операциі, этотъ случай приведенъ вкратцѣ въ моей диссертациі „Экзентерація глазницы“ Одесса, 1910 года.

и взглядъ прямо верхнее вѣко представляется выпяченнымъ кпереди. Глазное яблоко закрываетъ нижній край зрачка. Движенія глазного яблока кверху ограничены, книзу, кнутри и кнаружи — нормальны. Въ верхней половинѣ глазного яблока замѣтна опухоль, имѣющая форму шарового сегмента, широкое основаніе котораго прилежитъ къ склерѣ, а выпуклая шаровидная поверхность обращена кверху (Рис. 1).

Ширина новообразования въ поперечномъ направленіи равна приблизительно 3-мъ см. Передній край опухоли доходитъ до

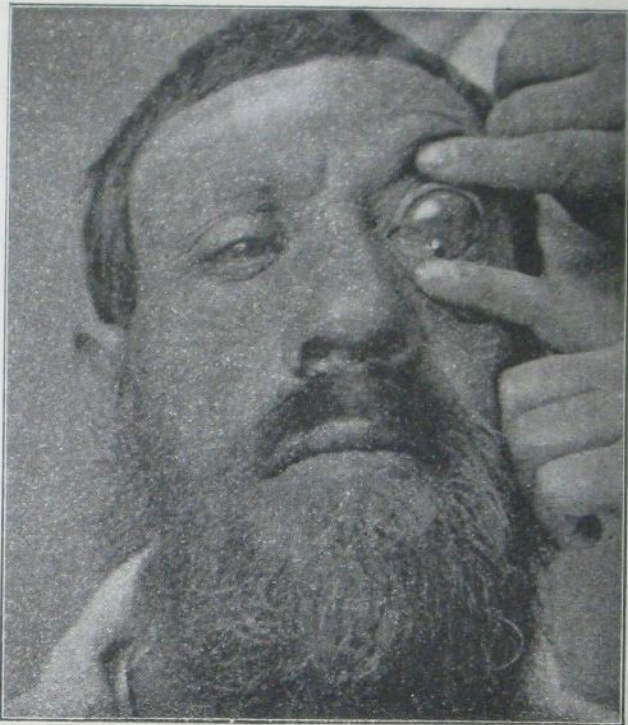


Рис. 1.

лимба, задній и боковые уходятъ вглубь глазницы. Снаружи новообразование покрыто слегка гиперемированной и отечной конъюнктивой съ рѣзко расширенными венозными сосудами, что особенно замѣтно у наружнаго и внутренняго угловъ глаза. Конъюнктива надъ опухолью сильно натянута, но съ нею не спаяна. Въ наиболѣе выпуклой части опухоли цвѣтъ конъюнктивы слегка желтоватый. При ощупываніи новообразование равномерно-плотной консистенціи. Флюктуаціи нигдѣ нѣтъ. Наружная поверхность ея совершенно гладка. Передніе края опухоли нерѣзко выражены,

прошупываются съ трудомъ и, сглаживаясь, постепенно сходятъ на нѣтъ. Опухоль тѣсно спаяна со склерой и сдвигается только вмѣстѣ съ глазнымъ яблокомъ. Роговица и радужка нормальны. При офтальмоскопированіи никакихъ слѣдовъ новообразованія внутри глаза незамѣтно. Можно отмѣтить только небольшое расширение сосудовъ сѣтчатки. Сосочекъ зрительнаго нерва нормалень. Гиперметропическій астигматизмъ. Острота зрѣнія съ коррекціей равна 0,7.

Въ виду имѣвшихся у больного признаковъ третичнаго сифилиса глотки, діагностика опухоли лѣваго глаза первое время колебалась между гуммой склеры и новообразованіемъ, исходившимъ изъ верхней прямой мышцы или склеры. Во всякомъ случаѣ необходимо было назначить смѣшанное противосифилитическое лѣченіе. Спустя три недѣли, несмотря на большіе приемы іодистаго калия и межмышечныя инъекціи салициловой ртути, опухоль глаза не только не уменьшилась, но даже нѣсколько увеличилась. На основаніи этого явилась возможность отвергнуть діагнозъ гуммы.

Съ цѣлью выясненія каково отношеніе опухоли къ главному яблоку было рѣшено прибѣгнуть къ біотоміи. Разрѣзъ былъ проведенъ по наружному краю новообразованія. При этомъ было обнаружено, что опухоль тѣсно срослена со склерой. При изслѣдованіи вырѣзаннаго небольшого куска, опухоль оказалась кругло-клеточной саркомой съ малымъ количествомъ межуточной ткани. Такимъ образомъ біотомія съ одной стороны дала возможность установить окончательно гистологической характеръ опухоли, а съ другой выяснила, что новообразование тѣсно срослено со склерой на мѣстѣ прикрѣпленія верхней прямой мышцы.

Въ виду этого было рѣшено удалить новообразование вмѣстѣ съ глазнымъ яблокомъ,

29-го марта 1909 года проф. С. С. Г о л о в и н ы м ъ была сдѣлана экзентерація глазницы. Глазное яблоко было удалено вмѣстѣ съ новообразованіемъ, поразившимъ всю верхнюю прямую мышцу глаза отъ мѣста ея прикрѣпленія къ склерѣ вплоть до зрительнаго отверстія. Съ верхней стѣнки глазницы снята надкостница; вершина глазницы у for. opticum прижжена термокаутеромъ. На нижней стѣнкѣ глазницы мягкія ткани и надкостница оставлены. Послѣ-операционное заживленіе протекло гладко и спустя три съ половиной недѣли больной выписался изъ клиники съ вполне зажившей раной,

Черезъ  $5\frac{1}{2}$  мѣсяцевъ, 3-го сентября 1909 года, при изслѣдованіи больного никакихъ признаковъ рецидива опухоли въ глазницѣ не найдено. Верхній край входа лѣвой глазницы нѣсколько болѣе закругленъ, чѣмъ правой. Глазничныя отверстія по величинѣ одинаковы. При измѣреніяхъ, произведенныхъ циркулемъ черезъ кожу, найдено, что вертикальные діаметры ихъ равны 32 мм., а горизонтальные 34 мм. Вѣки лѣваго глаза сильно втянуты въ полость глазницы. Глазная щель слегка раскрыта. Позади вѣкъ вслѣдствіе сращенія остатковъ конъюнктивы образовался замкнутый мѣшокъ.

При ощупываніи верхней стѣнки глазницы, отступя на 1 см. отъ края входа, замѣтно нарастаніе костной массы. Это утолщеніе костной стѣнки идетъ по направленію кзади вглубь глазницы вплоть до вершины ея. Нижняя часть глазницы

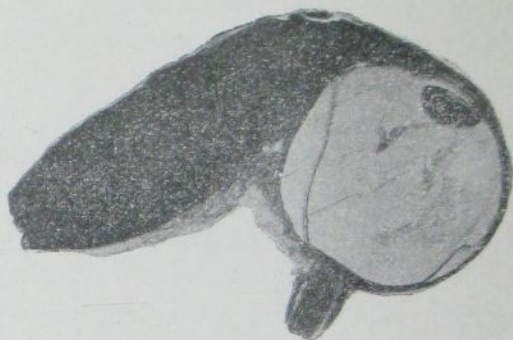


Рис 2.

выполнена оставшимися послѣ операциі мягкими тканями глазницы. Наружная и внутренняя стѣнки глазницы особыхъ измѣненій не представляютъ.

Благодаря нарастанію костной массы на верхнюю стѣнку, полость глазницы уменьшена приблизительно на  $\frac{1}{3}$  объема.

Въ августѣ 1910 года больной письменно сообщилъ мнѣ, что въ настоящее время, т. е. черезъ 1 годъ и 5 мѣсяцевъ послѣ операциі, онъ чувствуетъ себя совершенно здоровымъ. Въ глазницѣ же при изслѣдованіи мѣстнымъ земскимъ врачомъ, никакихъ признаковъ рецидива опухоли не обнаружено.

Макроскопическое изслѣдованіе удаленной опухоли показало, что новообразованіемъ была поражена вся верхняя прямая мышца глаза (Рис. 2).

Длина новообразованія отъ передняго края до перерѣзки его при операціи равна 48 mm. Въ поперечномъ направленіи вблизи склеры ширина опухоли равна 24 mm. Въ вертикальномъ направленіи высота равна 18 mm. По направленію кзади толщина опухоли все уменьшается и у мѣста разрѣза при операціи ширина равна 15 mm., а высота 8 mm.

Микроскопическое изслѣдованіе. Весь препаратъ (глазное яблоко съ опухолью) фиксированъ формалиномъ съ послѣдующимъ укрѣпленіемъ спиртомъ восходящей крѣпости, разрѣзанъ пополамъ въ сагиттальной плоскости и залитъ въ целлоидинъ. Срѣзы сдѣланы въ томъ же направленіи.

При гистологическомъ изслѣдованіи найдено слѣдующее:

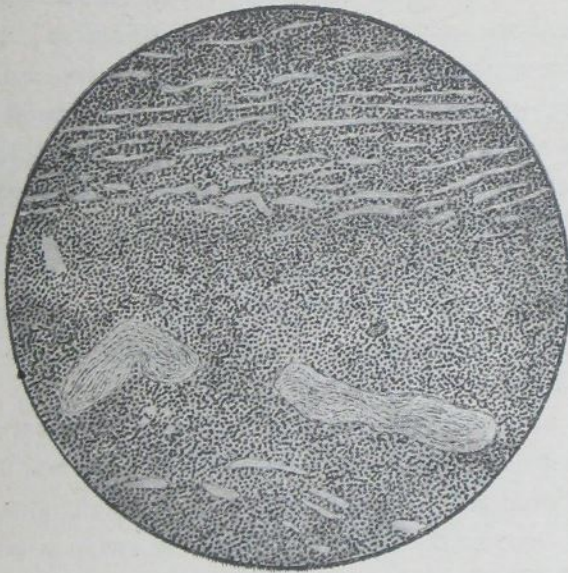


Рис. 3 (Leitz, об. 3 ос. 4).

Вся верхняя прямая мышца инфильтрирована круглыми клѣтками, бѣдными протоплазмой, съ довольно большими ядрами. Между отдѣльными клѣтками заложено очень мало межуточнаго вещества. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ замѣтны явленія каріокинеза. Мѣстами среди клѣтокъ опухоли видны эозинфильные лейкоциты. По периферіи опухоли клѣтки разбросаны въ безпорядкѣ. Въ болѣе же центральныхъ частяхъ онѣ лежатъ рядами, раздвигая другъ отъ друга мышечныя волокна (Рис. 3). Въ нѣкоторыхъ участкахъ клѣтки образуютъ скопленія, въ которыхъ мышечныхъ волоконъ совсѣмъ не видно. Вообще въ передней половинѣ ближе къ склерѣ значительно больше мышечныхъ во-

локонъ, чѣмъ въ задней части новообразованія. Сами волокна потеряли свою поперечную исчерченность, онѣ тоньше нормы и мѣстами находятся въ стадіи гіалиноваго перерожденія. Вблизи мѣста разрѣза при операціи изслѣдованная часть опухоли состоитъ изъ мышечныхъ волоконъ, между которыми элементовъ новообразованія весьма мало. Въ передней части опухоли вблизи склеры находится некротическій фокусъ, состоящій изъ клѣточного распада и невоспринимающихъ окраски клѣтокъ.

Подконъюнктивальная ткань, покрывающая опухоль въ передней половинѣ ея, инфильтрирована клѣтками новообразованія. Клѣтчатка, окружающая опухоль, нормальна. Эпителій конъюнктивы сохраненъ. Въ одномъ только небольшомъ участкѣ, вблизи роговицы, эпителий конъюнктивы отсутствуетъ и на его мѣстѣ находится небольшая язва, дно которой покрыто пленкой изъ гіалиново-перерожденнаго фибрина съ большимъ количествомъ лейкоцитовъ. На мѣстѣ прикрѣпленія верхней прямой мышцы къ склерѣ наружные слои послѣдней инфильтрированы элементами опухоли. Внутренніе слои склеры нормальны. Membrana propria роговицы вблизи новообразованія инфильтрирована элементами его. На остальномъ протяженіи она неизмѣнена. Никакихъ признаковъ опухоли внутри глаза нѣтъ. Радужка, цилиарное тѣло, сосудистая и сѣтчатая оболочки и зрительный нервъ сохранили свое нормальное строеніе.

Принимая во вниманіе данныя макроскопическаго и микроскопическаго изслѣдованій слѣдуетъ считать, что въ описанномъ мною случаѣ у больного имѣлась кругло-клѣточная саркома захватившая всю верхнюю прямую мышцу глаза и развившаяся первично въ ней. Въ пользу послѣдняго положенія говоритъ то обстоятельство, что окружающія упомянутую мышцу ткани были почти незатронуты новообразованіемъ.

Къ особенностямъ сообщеннаго мною случая надо отнести отмѣченный въ исторіи болѣзни характерный симптомъ—двоеніе предметовъ, на которое было обращено вниманіе самимъ больнымъ еще раньше появленія первыхъ признаковъ опухоли. На основаніи этого симптома можно было заранѣе предполагать, что исходнымъ пунктомъ новообразованія была верхняя прямая мышца глаза.

Правда, что нарушеніе функціи, какъ это ни странно, не всегда наблюдается при новообразованіи глазодвигательныхъ мышцъ. Въ приведенномъ мною случаѣ Napp'a, несмотря на

полное поражение опухолью внутренней прямой мышцы, движения глаза, по словамъ автора, совсѣмъ не были ограничены; можно было только отмѣтить скрытое отклоненіе глаза кнаружи въ 4°. Точно также въ наблюдении Calderago (10), описавшаго случай ангиомы внутренней прямой мышцы, уклоненій отъ нормы въ движеніяхъ глазъ не было. Napp (l. c.) приводитъ изъ клиники проф. Michel'я одинъ случай саркомы глазницы, въ которомъ послѣ операціи было обнаружено, что вся внутренняя прямая мышца была поражена новообразованиемъ. Въ послѣднемъ случаѣ точно также никакого нарушенія функцій мышцъ не наблюдалось.

Такимъ образомъ, диплопія и ограниченіе движеній глазного яблока не всегда встрѣчаются при опухоляхъ, поражающихъ наружныя мышцы глазного яблока. Тѣмъ не менѣе указаніе на эти симптомы въ анамнезѣ при новообразованіяхъ глазницы или эпibuльбарныхъ опухоляхъ должно всегда возбуждать подозрѣніе, что новообразование исходитъ изъ самой мышцы или поразило ее вторично.

Въ заключеніе я считаю своимъ долгомъ выразить искреннюю благодарность многоуважаемому профессору Сергѣю Селивановичу Головину за разрѣшеніе опубликовать настоящій случай и за данныя мнѣ указанія.

## Указатель литературы.

1. Lagrange, F. Traité des tumeurs de l'oeil, de l'orbite et des ses annexes. Tome II. Paris. 1904.

2. Pascheff, C. Les tumeurs des muscles extrinsèques de l'oeil. Annales d'Oculistique. 1908. T. CXL. p. 249.

3. Lopez et Piquero. Sarcome musculaire. Recueil d'Ophthalmologie. XXV. 1903. p. 589.

4. Aubigneau. Tumeur du muscle droit interne. Bulletin de la Soc. d'ophtalmologie de Paris. Séance 14 oct. 1902. Цит. по Lagrange (1).

5. Napp. Ueber seltenere Geschwülste des Auges. Zeitschrift für Augenheilkunde. Band. XX. 1908. S. 515.

6. Maruo. Ueber einen Fall von Muskelsarkom veranlasst durch ein Trauma. Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde. XLVIII. 1910. S. 69.

7. Schweinitz and Weiggs. Roundcelled sarcoma of the anterior mediastinum. Extensive metastasis including the brain, both choroid coats oculomotor and optic nervos and external ocular muscles. The american Journal of med. science. 1894. p. 193.

8. Poligniani, Noduli di melano-sarcoma metastatici nei muscoli extrinseci dell'occhio. Osservazione istologica. Napoli. 1896. Реф. въ Michel's Jahresbericht f. Ophthalmologie. 1896. S. 218.
9. Ballaban. Intraoculares Sarkom. Graefe's Archiv f. Ophthalmologie. 1904, Bd. LXIII, S. 69.
10. Calderaro. Angioma dell'estremità anteriore dell'retto interno. — Contributo anatomico. La Clinica Oculistica. 1907., p. 2925.
11. Головинъ. Опухоли зрительнаго нерва и ихъ оперативное лѣченіе. Вѣстникъ офталмологіи. 1905., стр. 513.
12. Юдинъ. Экзентерація глазниці. Дисс. Одесса. 1910.

# Къ вопросу о ретроректальныхъ липомахъ.

И. Е. Корнманъ.

Изъ патолого - анатомическаго института Императорскаго Новороссійскаго  
Университета: профессоръ Д. П. Кишенскій.

Опухоли, состоящія преимущественно изъ жировой ткани, привлекаютъ интересъ практическаго врача главнымъ образомъ въ видѣ поверхностныхъ липомъ; являясь косметическимъ недостаткомъ, и діагносцируются и лечатся безъ особенныхъ затрудненій. Онѣ же являются наиболѣе изученными во всѣхъ отношеніяхъ. Иначе дѣло обстоитъ съ опухолями, расположенными въ глубинѣ. Здѣсь онѣ встрѣчаются значительно рѣже; теченіе ихъ представляетъ рядъ уклоненій отъ обычной картины, а діагнозъ и леченіе становятся трудными и подчасъ невозможными. Изъ этихъ глубокихъ жировыхъ опухолей наибольшей, особенно клинической, интересъ представляютъ липомы такъ называемаго ретроперитонеальнаго пространства. Опухоли ретроперитонеальнаго пространства, т. е. пространства, ограниченнаго сверху діафрагмой, спереди заднимъ листкомъ пристѣночной брюшины, сзади позвоночникомъ, а внизу анатомической границы *sensu stricto* не имѣющаго, стали предметомъ обсужденія лишь въ сравнительно недавнее время. Злокачественныя образования встрѣчаются въ немъ первично сравнительно очень рѣдко, доброкачественныя чаще, причемъ значительную часть ихъ составляютъ именно жировыя опухоли, липомы, какъ въ чистой формѣ, такъ и въ видѣ

липо-миксомъ или липо-миксо-фибромъ. Сперва эти опухоли, достигающія иногда громадной величины, обратили на себя вниманіе анатомовъ и первое описаніе принадлежит *Morgagni*, который въ 1779 году подробно привелъ случай, наблюденный *Valsalva*. Съ развитіемъ хирургіи онѣ начали подвергаться оперативному удаленію, и въ концѣ XIX столѣтія появился рядъ работъ, посвященныхъ выясненію какъ патолого-анатомическихъ, такъ и клиническихъ особенностей этихъ липомъ.

Однако до послѣдняго времени авторы не пришли къ окончательному соглашенію относительно того, какая должна быть точная анатомическая локализациа опухолей ретроперитонеального пространства. Въ то время какъ одни смотрятъ на вопросъ широко и считаютъ, что къ нимъ можно отнести всѣ опухоли, развивающіяся въ забрюшинной клѣтчаткѣ, гдѣ бы онѣ ни помѣщались, и причисляютъ сюда всѣ опухоли, развивающіяся подъ серозой кишекъ и между серозой брыжжеекъ, другіе признаютъ за опухолями названіе ретроперитонеальныхъ только при локализации въ строго анатомически ограниченномъ ретроперитонеальномъ пространствѣ. Наиболѣе опредѣленно высказался въ этомъ направленіи *Hérissou*. Онъ ретроперитонеальными липомами считаетъ лишь такія, которыя появились и разрослись позади задняго листка пристѣночной брюшины, впереди задней брюшной стѣнки. Эти опухоли, разрастаясь, могутъ отслоивать брюшину и раздвигать серозные листки брыжжейки кишекъ, но отличіемъ ихъ отъ опухолей брыжжейки и кишекъ всегда будетъ наличность главной опухолевой массы въ ретроперитонеальномъ пространствѣ. Наоборотъ, отсутствіе таковой является для *Hérissou* достаточнымъ, чтобы совершенно исключить изъ группы ретроперитонеальныхъ опухолей, на примѣръ, всѣ липомы брыжжеекъ, еще приведенныя въ классификаціи *Adami*. По той же причинѣ онъ исключаетъ и липомы малаго таза, имѣя при этомъ въ виду липомы широкихъ связокъ. Вполнѣ соглашаясь съ *Hérissou* относительно выдѣленія самостоятельныхъ кишечныхъ и брыжжеечныхъ жировыхъ опухолей въ отдѣльную, совершенно независимую группу, мы не считаемъ однако вопросъ этотъ окончательно рѣшеннымъ по отношенію къ липомамъ, локализирующимся въ забрюшинной клѣтчаткѣ малаго таза вообще и задняго отдѣла его въ частности.

Прежде всего установимъ точныя топографическія границы ретроперитонеального пространства, являющіяся вмѣстѣ съ тѣмъ и предѣломъ роста его доброкачественныхъ опухолей.

Вверху діафрагма является надежной границей для роста этихъ опухолей, которыя въ большинствѣ случаевъ съ ней и не сращены. Лишь въ случаѣ *Chavanz* липома давала продолженія въ грудную полость, одно — черезъ брешь въ грудобрюшной преградѣ, другое — черезъ аортальное отверстіе ея; но это наблюденіе исключительное. Внутрь, по направленію къ брюшной полости, ростъ опухолей связанъ съ отслоеніемъ задняго паріетальнаго листка брюшины и раздвиганіемъ его дубликатуръ, что совершается довольно легко и объясняетъ частую находку среди листовъ брыжжейки продолженій липомы, симулирующихъ иногда первичныя опухоли брыжжейки. Будучи въ большинствѣ случаевъ несращенными съ брюшиной, липомы могутъ однако иногда прорасти ея и давать прочныя спайки съ внутрибрюшными органами, на примѣръ, съ тонкими кишками, червеобразнымъ отросткомъ, селезенкой и другими.

Сзади костякъ позвоночнаго столба и подвздошныхъ костей, а также плотныя мышцы задней брюшной стѣнки, квадратныя мышцы поясицы и подвздошно-поясничныя, покрытыя заднимъ листкомъ внутрибрюшной фасціи, являются тоже достаточной преградой для роста этихъ опухолей, начинающихъ обыкновенно разрастаться въ помѣщающейся здѣсь обильной клѣтчаткѣ. Установить точно мѣсто, изъ котораго онѣ исходятъ, трудно, часто невозможно; въ большинствѣ случаевъ это одна изъ поясничныхъ ямокъ, рѣже одна изъ подвздошныхъ или пространство впереди позвоночника.

По бокамъ и внизу опредѣленной анатомической перегородки, подобной указаннымъ выше границамъ, нѣтъ.

Сбоку ретроперитонеальныя опухоли могутъ распространяться по направленію къ передней стѣнкѣ живота въ подбрюшинной клѣтчаткѣ. Послѣдняя, представленная въ области задней брюшной стѣнки толстымъ слоемъ рыхлой жировой клѣтчатки между пристѣночной брюшиной и внутрибрюшной фасціей, кпереди дѣлается все тоньше и плотнѣе и въ области бокового края прямой мышцы живота сходитъ на нѣтъ, такъ что, на примѣръ, выше пупка внутрибрюшная фасція оказывается тѣсно спаянной съ брюшиной. Это постепенное уменьшеніе и уплотненіе подбрюшинной клѣтчатки достаточно объясняетъ малую склонность ретроперитонеальныхъ опухолей распространяться въ стороны.

Что касается нижней границы, то здѣсь существуетъ непосредственная связь съ подбрюшиннымъ пространствомъ малаго

таза, на которую ясно указывает *Merkel*: „Der subperitoneale Raum der Rückenwand des Bauches steht in unmittelbarem Zusammenhange mit dem subperitonealen Raume des kleinen Beckens“. Поэтому необходимо предварительно представить себѣ анатомическія отношенія подбрюшинной клѣтчатки въ маломъ тазу.

Изъ работъ послѣдняго времени выяснилось, что подбрюшинное пространство малаго таза (*espace pelvi-souspéritonéal* по *Testut* и *Jacob*) можно раздѣлить на пять вторичныхъ пространствъ: предпузырное, позадипузырное, предпрямокишечное, околопрямокишечное и позадипрямокишечное (ретроректальное), болѣе рѣзко выраженныхъ въ глубокихъ отдѣлахъ подбрюшиннаго пространства, а кверху между собою сливающихся. Наиболѣе обособленнымъ и впервые точно описаннымъ *Quénu* и *Hartmann* подъ именемъ *loge rétrorectale* является послѣднее, позадипрямокишечное, которое оказывается непосредственнымъ продолженіемъ ретроперитонеальнаго пространства и на первый взглядъ съ нимъ совершенно идентичнымъ, только лучше отграниченнымъ. Принципіальное отличіе состоитъ лишь въ томъ, что передней стѣнкой его является брюшина не на всемъ протяженіи, а лишь въ небольшой верхней части. Дѣло въ томъ, что брюшина на уровнѣ III или IV крестцовыхъ позвонковъ на мѣстѣ перехода сигмовидной кишки въ прямую покрываетъ только верхнюю часть передней поверхности прямой кишки, вся остальная часть которой одѣвается прямокишечной фасціей, пластинкой внутренняго листка тазовой фасціи.

Задняя стѣнка ретро ректальнаго пространства соотвѣтствуетъ задней части стѣнки малаго таза, являясь непосредственнымъ продолженіемъ задней стѣнки ретроперитонеальнаго пространства. Она, по описанію *Testut* и *Jacob*, состоитъ изъ части стѣнки малаго таза, заключенной между обоими рядами переднихъ крестцовыхъ отверстій, и образована вогнутой поверхностью крестца и копчика, покрытой пристѣночнымъ листкомъ тазовой фасціи, прикрѣпляющимъ къ ней среднюю крестцовую артерію.

Боковая стѣнка образована фибрознымъ листкомъ пристѣночной тазовой фасціи, прикрѣпляющимъ къ боковой стѣнкѣ вогнутости крестца подчревные сосуды и ихъ развѣтвленія, и продолженіемъ его въ видѣ тонкаго фиброзаго листка, охватывающаго стволы средней прямокишечной артеріи и прикрѣпляющагося съ обѣихъ сторонъ къ боковой поверхности прямокишечной фасціи.

Нижнюю стѣнку образуютъ мышцы, поднимающія задній проходъ, покрытыя тазовой фасціей.

Вверхъ клѣтчатка ретроректального пространства переходитъ въ клѣтчатку между листками брыжжейки сигмовидной кишки и въ ретроперитонеальное пространство, то есть верхняя граница ретроректального пространства совпадаетъ съ нижней границей ретроперитонеального пространства. Желая изобразить это схематически, мы должны были бы представить себѣ двѣ отдѣльныя, сложенные вмѣстѣ, полости, наполненныя рыхлой клѣтчаткой, со всѣхъ сторонъ замкнутыя, а въ серединѣ свободно переходящія одна въ другую, образуя такимъ образомъ, строго говоря, лишь одну большую полость. Практически однако мы должны оба эти пространства разграничивать по многимъ причинамъ. Во-первыхъ, ретроректальное пространство по строенію передней своей стѣнки не можетъ быть совершенно отождествлено съ ретроперитонеальнымъ; во-вторыхъ, они находятся другъ къ другу подъ угломъ, обусловленнымъ отклоненіемъ тазовой оси отъ оси тѣла; наконецъ, клинически эти области рѣзко отличаются одна отъ другой. На основаніи всѣхъ этихъ соображеній мы считали бы возможнымъ разсматривать ретроректальныя липомы въ связи съ липомами собственно ретроперитонеального пространства, но какъ отдѣльный ихъ подвидъ.

Такъ какъ дѣленіе это было произведено сравнительно недавно, то въ литературѣ липомы ретроректального пространства совершенно не отдѣлялись отъ таковыхъ ретроперитонеального, тѣмъ болѣе, что первично онѣ, повидимому, встрѣчаются очень рѣдко.

Heinricius въ 1900 году совершенно не упоминаетъ о тазовыхъ липомахъ, а относительно ретроперитонеальныхъ пишетъ: „In einigen Fällen erstreckte sich der Tumor bis zum Becken hinab oder in dasselbe hinein“. (стр. 584).

Voelkler въ 1909 году приводитъ дѣленіе ретроперитонеальныхъ опухолей Lobstein'a, который еще въ 1829 году отграничилъ поясничныя отъ тазовыхъ, причемъ послѣднія, по его словамъ, вытягиваютъ брюшину вогнутости крестца и врастаютъ въ малый тазъ. Voelkler самъ, однако, примѣровъ подобной липомы не приводитъ и на стр. 170 пишетъ: „Sehr selten ist der Ursprung im Beckenbindegewebe“.

Французскіе авторы тоже, повидимому, пришли къ подобнымъ выводамъ, по крайней мѣрѣ, Hérisson въ 1909 году въ обстоятельной диссертациі о ретроперитонеальныхъ липомахъ на стр. 29 говорить: „exceptionnellement ils se rencontrent dans le bassin, s'implantant alors sur le sacrum“.

Chiari, напротивъ, въ своемъ докладѣ нѣмецкому патологическому обществу въ 1902 году, соглашаясь съ тѣмъ, что липомы въ маломъ тазу вообще слѣдуетъ считать рѣдкостью, считаетъ находженіе гиперплезіи жировой ткани, принимающей иногда видъ жировой опухоли, за явленіе частое, даже типическое, и строго локализованное въ позадипрямокишечномъ пространствѣ. Въ подтвержденіе своего мнѣнія, онъ для примѣра (als Paradigma) описываетъ два случая, данныя о которыхъ мы здѣсь же приведемъ.

Въ первомъ случаѣ мужчина 50 лѣтъ три мѣсяца болѣлъ дома, страдалъ отсутствіемъ аппетита, кровавой мочей, поносами, сильно исхудалъ и умеръ черезъ день по поступленіи въ больницу. Клиническій діагнозъ: Bronchitis, Pneumonia; Alcoholismus chronicus, Intumescencia hepatis, Icterus gradus levioris, Pachymeningitis haemorrhagica?, Delirium tremens, Nephritis chronica, Myodegeneratio cordis. На вскрытіи, произведенномъ 15 мая 1901 года, было найдено: крупозная пнеймонія нижней доли лѣваго легкаго, хроническій катарральный бронхитъ, циррозъ печени съ легкой желтухой, незначительная атрофія мозга съ утолщеніемъ внутреннихъ оболочекъ, хроническій катарръ желудка, хроническая Брайтова болѣзнь, камни желчнаго пузыря и старые, зажившіе одиночные бугорки лѣвой верхушки легкаго.

Подкожный жировой слой и подперикардіальный жиръ развиты очень плохо. Много жира было въ области живота, особенно въ жировой сумкѣ почекъ и въ брыжжейкѣ тонкихъ кишекъ. Позади прямой кишки въ вогнутости крестца клиновидное, состоящее изъ плотной соединительной ткани, рѣзко ограниченное образованіе, которое основаніемъ своимъ находилось на высотѣ мыса, внизу же оканчивалось на разстояніи около 6 см. выше задняго прохода. Длина клина равна 12 см., толщина въ области мыса—8 см., а ширина тамъ же—7 см. Въ области мыса отмѣчено глубокое поперечное вдавленіе въ опухоли. Выше мыса плотная жировая ткань продолжалась впереди поясничной части позвоночника еще на небольшомъ пространствѣ (5 см.), затѣмъ довольно внезапно прекращалась и смѣнялась обычной, мягкой ретроперитонеальной жировой тканью. Прямая кишка была сильно уплощена и оттѣснена кпереди.

Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило жировую ткань съ значительною примѣсью волокнистой соединительной, много нервныхъ пучковъ и скопленій ганглиозныхъ клѣтокъ и кое-гдѣ

разбросанныя незначительныя кучки лимфоцитовъ и небольшія лимфатическія железы.

Второй случай совершенно аналогиченъ описанному. Женщина 20 лѣтъ, съ діагнозомъ: Splenomegalia и Cirrhosis hepatis, подверглась вскрытію 16 ноября 1901 года.

Подкожный жировой слой и подэпикардiальная жировая ткань были и здѣсь развиты лишь незначительно, такъ же какъ и подбрюшинная жировая ткань. Лишь позади прямой кишки въ вогнутости крестца былъ найденъ мощный, плотный, рѣзко отъ окружающихъ частей отграниченный, жировой клинъ, узкій конецъ котораго находился на 4,5 см. выше заднепроходнаго отверстія, а основаніе на высотѣ мыса. Основаніе клина равнялось въ поперечномъ и переднезаднемъ направленіяхъ 5 см., длина его 8 см. По направленію кверху плотная жировая ткань клина продолжалась впереди тѣлъ поясничныхъ позвонковъ еще на протяженіи 2—3 см., а затѣмъ внезапно прекращалась, такъ что и здѣсь границу слѣдуетъ считать рѣзко очерченной. На разрѣзахъ среди жировой ткани клина видны были довольно толстыя соединительнотканныя перегородки, особенно около большихъ кровеносныхъ сосудовъ. Этому соотвѣтствовала и микроскопическая картина, гдѣ въ области плотной жировой ткани соединительной ткани оказалось значительно бѣльше обыкновеннаго. Во многихъ мѣстахъ найдены были и здѣсь нервныя волокна, скопленія гангліозныхъ клѣтокъ, маленькія лимфатическія железы и кучки лимфоцитовъ. Никакихъ слѣдовъ воспаленія и пигментации найдено не было.

Описанныя жировыя образованія ретроректальнаго пространства Chiari, какъ нами выше было указано, считаетъ частыми, особенно у тучныхъ людей. Въ преніяхъ по поводу доклада Chiari его наблюденія были подтверждены Ropfick'омъ, который сообщилъ, что и онъ видалъ подобныя разрастанія пара- и ретроректальной жировой ткани, но всегда въ связи съ анемическимъ состояніемъ организма въ анамнезѣ.

Въ концѣ 1907 года прив.-доц. І. Ф. Пожарискому во время вскрытія случайно удалось констатировать подобныя отношенія и съ этого времени при вскрытіяхъ въ патолого-анатомическомъ институтѣ Новороссійскаго Университета стали обращать особое вниманіе на количество жира въ маломъ тазу, причѣмъ оказалось, что жировыя опухоли ретроректальнаго пространства встрѣчаются далеко не часто. Именно на общее число

1300 вскрытій, произведенныхъ персоналомъ института за послѣдніе 2 $\frac{1}{2}$  года, кромѣ упомянутого, удалось найти еще лишь два подобныхъ случая, такъ что въ нашемъ распоряженіи оказалось всего три случая, къ описанію которыхъ мы теперь и перейдемъ.

## С л у ч а й I.

Исторія болѣзни (въ извлеченіи). А. Ш., чернорабочій, 48 лѣтъ, находился на излеченіи въ госпитальной терапевтической клиникѣ съ половины сентября 1907 года. 23 ноября больной былъ переведенъ въ XI палату одесской старой городской больницы. Изъ больничной исторіи болѣзни узнаемъ, что у больного въ клиникѣ опредѣлены были: миокардитъ, циррозъ печени, асцитъ и новообразованіе полости живота. Переведенъ въ хирургическое отдѣленіе больницы по поводу лѣвосторонняго воспаленія сосцевиднаго отростка и огромнаго натѣчнаго нарыва на шеѣ.

Больной блѣденъ, крайне истощенъ, сосуды склерозированы, пульсъ слабый, мочи очень мало.

Въ тотъ же день подъ мѣстной анестезіей, кокаиномъ произведены были трепанация лѣваго сосцевиднаго отростка и вскрытіе гнойника на шеѣ.

Слѣдующіе два дня состояніе больного еще ухудшилось и 26 ноября въ 2 часа дня наступилъ летальный исходъ.

Протоколъ вскрытія. Вскрытіе произведено 27 ноября 1907 года въ прозекторскомъ кабинетѣ при одесской старой городской больницѣ прив.-доц. I. Ф. Пожарискимъ.

Клиническій діагнозъ: Myocarditis. Neoplasma abdominis. Cirrhosis hepatis. Mastoiditis suppurativa sinistra.

Анатомическій діагнозъ: Status post trepanationem processus mastoidei sin. propter mastoiditidem purulentam ante dies IV effectam. Pleuritis adhaesiva sin. cum calcificatione permagna. Cirrhosis hepatis chronica, Atrophia lobi dextri exquisita, Hypertrophia lobi sinistri. Perihepatitis chronica. Splenomegalia. Peritonitis chronica productiva. Peritonitis fibrinosopurulenta. Typhus abdominalis sanatus. Gastroenterocolitis catarrhalis chronica. Lipoma pelvis minoris, rectum comprimens.

Трупъ крайне истощеннаго человѣка. Подкожный жирный слой очень слабо развитъ. Въ грудной полости жидкости нѣтъ. Легкія плотно сращены съ грудной стѣнкой и діафрагмой. Плевра

значительно уплотнена и утолщена, сзади имѣются до того сильныя спайки съ грудной стѣнкой, что совершенно невозможно отдѣлать плевру руками. По вынутіи легкихъ оказалось, что сзади въ толщѣ плевры образовались широкія костныя бляшки, болѣе чѣмъ въ палецъ толщиной, на которыхъ замѣтны вдавленія прилегающихъ реберъ. Въ толщѣ паренхимы легкихъ нѣтъ никакихъ видимыхъ измѣненій; оба легкія нѣсколько отечны, правое больше, чѣмъ лѣвое. Сердечная сумка нѣсколько утолщена; сердце никакихъ отклоненій отъ нормы не представляетъ. Въ брюшной полости большое количество фибринозно-гнойнаго экссудата. Между кишечными петлями существуютъ плотныя соединительнотканныя спайки; петли кишечника очень трудно отдѣляются другъ отъ друга, особенно въ нижнемъ отдѣлѣ брюшной полости, гдѣ мочевой пузырь совершенно закрытъ соединительнотканными спайками. Такія же спайки имѣются и съ другими органами брюшной полости. Печень припаяна къ діафрагмѣ; сверху на ней замѣтны большія наслоенія уплотненнаго фибринознаго экссудата. Правая доля совершенно атрофирована, едва достигаетъ величины кулака ребенка. Лѣвая доля сильно гипертрофирована. Поверхность печени бугристая. На разрѣзѣ ткань ея малокровна, значительно уплотнена; макроскопически въ правой долѣ замѣчается почти полное исчезаніе печеночной ткани и замѣтна ея соединительной, въ лѣвой же долѣ видно много соединительнотканныхъ прослоекъ. Селезенка рѣзко увеличена, разъ въ пять больше нормы, рѣзко деформирована, плотно сращена съ сосѣдними органами. На разрѣзѣ замѣчается сильная гиперплазія ткани и явленія венознаго застоя. Желудокъ спаянъ съ поперечной ободочной кишкой, очень малъ. Слизистая оболочка его истончена, рѣзко аспидно окрашена. Въ тонкихъ кишкахъ вездѣ замѣчается сильная пигментация Пейеровыхъ бляшекъ. Толстыя кишки на всемъ протяженіи сильно раздуты газами. Стѣнки ободочной кишки утолщены. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ аспидно окрашена. Слизистая прямой кишки сложена въ неправильныя, тѣсно примыкающія другъ къ другу, складки.

Сзади и сбоку прямой кишки имѣется сильно разросшаяся жировая клѣтчатка, занимающая все пространство вплоть до кости, значительно суживающая просвѣтъ прямой кишки и образующая жировую опухоль. На разрѣзѣ она желтовато-бѣлаго цвѣта, плотна и неправильно дольчата.

Брыжжеечная железа измѣненій не представляютъ. Поджелудочная железа нѣсколько атрофирована. Лѣвая почка измѣненій не представляетъ; въ правой явленія гидронефроза; правый мочеточникъ найденъ въ спавшемся состояніи. Въ мозгу измѣненій не найдено.

Макроскопическій препаратъ ретроректальной липомы къ сожалѣнію сохраненъ не былъ.

Микроскопическое изслѣдованіе произведено было прив.-доц. І. Ф. Пожарискимъ, который любезно представилъ намъ срѣзы изъ двухъ различныхъ мѣстъ опухоли. Одинъ препаратъ былъ сдѣланъ изъ середины опухоли, а въ другомъ взята опухоль вмѣстѣ съ прилегавшей стѣнкой прямой кишки.

Слизистая оболочка прямой кишки по поверхности некротизирована, въ глубокихъ частяхъ содержитъ кое-гдѣ круглыя клѣтки. Подслизистая оболочка нѣсколько утолщена, кое-гдѣ встрѣчаются отдѣльныя жировыя клѣтки. Много сосудовъ венознаго типа, содержащихъ кровь и кое-гдѣ окруженныхъ рѣдкимъ инфильтратомъ. Мышечная оболочка отклоненій отъ нормы не представляетъ. Къ мышечному слою, покрытому узенькой полосою рыхлой соединительной ткани, тѣсно примыкаетъ въ видѣ мощнаго пласта жировая ткань, раздѣленная рѣдкими соединительнотканными перегородками на дольки. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ перегородки имѣютъ волокнистое строеніе, въ другихъ онѣ состоятъ изъ болѣе молодыхъ элементовъ. Въ нихъ видны широкіе сосуды. Въ жировой массѣ тоже встрѣчаются наполненные кровью сосуды разнаго калибра, особенно много болѣе мелкаго. Стѣнки нѣкоторыхъ крупныхъ сосудовъ утолщены, intima гиалинизирована. Adventitia ихъ кое-гдѣ слизисто измѣнена. Вокругъ сосудовъ и въ жировой ткани во многихъ мѣстахъ скопленія круглыхъ клѣтокъ. Во всей жировой массѣ попадаются поперечные и косые разрѣзы нервныхъ стволиковъ. Калибръ жировыхъ клѣтокъ неодинаковый, наряду съ очень малыми попадаютъ значительно болѣе крупныя.

Изъ приведенныхъ данныхъ слѣдуетъ, что мы имѣемъ дѣло съ субъектомъ истощеннымъ, съ увеличенной селезенкой и циррозомъ печени. Изслѣдованіе показало почти полное уничтоженіе слизистой оболочки толстой кишки, охваченной сзади толстымъ слоемъ жировой клѣтчатки,

нормально здѣсь въ такомъ количествѣ не встрѣчающейся.

## С л у ч а й I I.

Исторія болѣзни (въ извлеченіи). Е. В., крестьянка села Бакліали, Бендерскаго уѣзда Бессарабской губ., 15 лѣтъ, прибыла въ Одессу и 16 сентября 1909 г. поступила въ госпитальную хирургическую клинику съ жалобами на опухоль и сильныя боли въ области живота. Считаетъ себя больной три года, раньше ничѣмъ не болѣла. Пациентка единственная дочь; отецъ и мать здоровы. Больная блондинка небольшого роста, выглядит значительно старше своихъ лѣтъ (*habitus* старухи), сложенія правильнаго, питанія очень плохого. Кожа дряблая, суха; подкожный жировой слой очень слабо развитъ. Видимыя слизистыя оболочки очень блѣдны, лицо блѣдное, слегка обрюзгшее. Животъ выпяченъ, кожа живота растянута и напряжена, нижнія кожныя вены живота просвѣчиваютъ. Въ области дыхательныхъ органовъ отмѣчается выдохъ на правой верхушкѣ. Окружность живота на уровнѣ пупка — 75 см. Въ нижнихъ частяхъ живота въ лежачемъ на спинѣ положеніи тупой звукъ, при поворачиваніи на бокъ тупость переходитъ на соотвѣтствующую сторону, въ верхнихъ же частяхъ появляется тимпаническій звукъ. Въ стоячемъ положеніи тупость ниже пупка, надъ ней тимпаническій звукъ. Въ верхнемъ отдѣлѣ живота констатируется громадное увеличеніе какъ печени, такъ, особенно, селезенки, причемъ оба увеличенныя органа такъ тѣсно соприкасаются, что ни перкуссіей, ни пальпаціей не удается точно отграничить одинъ отъ другого.

Менструаціи еще не было, пациентка дѣвица. Стулъ нормальный, иногда смѣняется поносомъ, изслѣдованіе кала на туберкулезныя бациллы дало отрицательный результатъ. Мочеотдѣленіе незначительное, около 500 ссм. за сутки, моча нормальная. Въ крови констатируется рѣзкое уменьшеніе гемоглобина — 40 по скалѣ гематометра Fleischl'я. Красныхъ кровяныхъ шариковъ 2,900,000, бѣлыхъ 1120 въ одномъ куб. миллиметрѣ. Температура нормальна, въ предѣлахъ 36°8—37°4.

17 октября 1909 г. произведена была *splenectomy*, причемъ были констатированы спайки сальника съ селезенкой и печенью. Удаленная селезенка была плотной консистенціи, сильно увеличена въ объемъ и состояла изъ главной части и расположенной

влѣво круглой, какъ бы добавочной, доли. Общая длина—19 см., ширина—12,5 см., длина дуги по переднему краю—22 см. Наибольшая толщина—7 см. Длина и ширина добавочной доли по 5 см. Вѣсъ селезенки—800 граммъ. Послѣ-операционное теченіе осложнилось перитонитическими явленіями, кровавой рвотой, поносомъ, явленіями со стороны дыхательныхъ органовъ и 31 октября 1909 г. въ 4<sup>1/2</sup> часовъ утра послѣдовалъ летальный исходъ.

Протоколъ вскрытія. Вскрытіе произведено 1 ноября 1909 г. въ патолого-анатомическомъ институтѣ Новороссійскаго Университета прив. доц. І. Ф. Пожарскимъ. Протоколъ вскрытія за № 24/332.

Клиническій діагнозъ: *Morbus Bantii. Infarctus haemorrhagicus pulmonis dextri. Pleuropneumonia dextra.*

Анатомическій діагнозъ: *Status post splenectomiam propter splenomegaliā ante dies XIV effectam. Thrombosis venae lienalis et per continuitatem venae portae. Peritonitis saccata purulenta hypochondrii sinistri, peritonitis fibrinosa recens. Pleuritis fibrinosa recens bilateralis. Varices oesophagi, inde haemorrhagia. Anaemia universalis. Oedema pulmonum. Degeneratio parenchymatosa et adipositas cordis et hepatis, degeneratio parenchymatosa renum. Uterus infantilis. Lipoma pelvis minoris. Adipositas mesenterii.*

При внѣшнемъ осмотрѣ грудныя железы совершенно не развиты, волосъ на лобкѣ нѣтъ. На кожныхъ покровахъ живота, главнымъ образомъ въ предѣлахъ лѣвой поясничной области, линейный рубецъ длиною въ 30 см. Подкожный жировой слой отсутствуетъ. Мышцы развиты слабо. Кости безъ измѣненій.

Въ брюшной полости въ лѣвомъ подреберьи ограниченное скопленіе густой сѣровато-желтой жидкости, количествомъ до одного литра. Скопленіе это ограничено справа печенью и желудкомъ, сверху и сзади діафрагмой, снизу рыхло спаянными петлями тонкихъ кишекъ и большимъ сальникомъ, а спереди и слѣва брюшной стѣнкой. На задней стѣнкѣ этого мѣшка на брюшинѣ пигментация и одиночные узловатые швы. На правой стѣнкѣ видна культия съ многочисленными лигатурами на сосудахъ. При отдѣленіи петель тонкихъ кишекъ другъ отъ друга выступаютъ капли густого желтаго гноя. Брюшина на остальныхъ тонкихъ кишкахъ покрыта тонкими фибринозными пленками. Въ грудной полости діафрагмальная поверхность лѣваго легкаго на всемъ протяженіи и боковая поверхность праваго легкаго мѣстами покрыты

нѣжными пленками. Сердце мало, клапаны его и эндокардій безъ измѣненій. Мышцы сердца желтаго цвѣта, рѣзко дряблы. Оба легкія малы, малокровны, отечны. Въ нижнемъ отдѣлѣ пищеваго тракта вены многочисленны, рѣзко расширены; въ одномъ мѣстѣ виденъ дефектъ стѣнки, величиною съ булавочную головку. Желудокъ содержитъ сгустки крови. Слизистая тонкихъ кишекъ на ограниченномъ участкѣ сѣро-краснаго цвѣта. Брыжжейка кишекъ и сальникъ очень богаты жиромъ, находящимся въ нихъ въ видѣ непрерывнаго пласта. Печень мала, безкровна. Поджелудочная железа мала. Селезенка отсутствуетъ. Просвѣтъ селезеночной вены начиная отъ культи закрытъ мягкими, крошковатыми, сѣровато-красными массами. Такія же массы видны и въ стволѣ воротной вены. Почки умѣренныхъ размѣровъ, на разрѣзѣ рѣзко малокровны. Корковый слой слегка набухшій. Матка мала, размѣровъ какъ у двухлѣтней дѣвочки, съ трудомъ прощупывается въ толщѣ широкихъ связокъ. Яичники и трубы соотвѣтственно мало развиты. Вѣсъ мозга 1138 гр., вещество его рѣзко малокровно. Слизистая оболочка прямой кишки атрофирована; на ней много полиповъ. Въ анальномъ концѣ довольно значительной величины варикозныя шишки. Заднія двѣ трети прямой кишки запаяны чрезвычайно плотнымъ слоемъ жира, выполняющимъ всю крестцовую впадину и находящимся съ крестцомъ въ плотной связи, такъ что отдѣленіе оказалось очень затруднительнымъ. Кверху, за мысомъ, плотный слой жира непрерывно продолжался по обѣ стороны позвоночника въ ретроперитонеальномъ пространствѣ въ видѣ идущихъ по направленію къ обѣимъ почкамъ двухъ симметрическихъ тяжей, терявшихся въ околопочечной клѣтчаткѣ и въ верхнихъ отдѣлахъ своихъ имѣвшихъ значительно болѣе мягкую консистенцію.

Жировая масса позади прямой кишки вынута въ связи съ органами малаго таза и сохранена въ музеѣ патолого-анатомическаго института подъ № 1609.

Микроскопическое описаніе препарата (см. рис. 1). Preparatъ представляетъ изъ себя органы малаго таза и наружные половые органы, вынутые съ сохраненіемъ связи между ними. Пузырь не вскрытъ, въ сокращенномъ состояніи, позади его находится рудиментарная матка съ придатками. Переднее и заднее Дугласовы пространства покрыты неизмѣненной брюшиной, изъ подъ которой во многихъ мѣстахъ просвѣчиваютъ желтыя жировыя массы. Въ задней части препарата находится прямая

кишка, обложенная по всей задней и обѣимъ боковымъ поверхностямъ плотной опухолевидной массой. Въ верхнемъ концѣ препарата продолженіе кишки отрѣзано. По передней поверхности по средней линіи стѣнка кишки совершенно свободна и просвѣчивается, при чемъ видна taenia. Вверху свободная полоса шириною около 1,8 см., книзу она постепенно суживается. Размѣръ опухоли по задней периферіи ея справа налѣво (не считая части, прилегающей къ кишкѣ) равенъ въ наиболѣе широкомъ мѣстѣ въ верхнемъ отдѣлѣ 26 см., а въ наиболѣе узкомъ мѣстѣ въ нижнемъ отдѣлѣ—22 см. По краю опухоль рѣзко ограничена и окружена слоемъ рыхлой соединительной ткани.

Кишка съ окружающимъ ее опухолевиднымъ образованіемъ вскрыта сзади продольно по средней линіи. Опухоль состоитъ изъ главной задней массы, отдѣленной двумя симметричными продольными глубокими бороздами отъ части, прилегающей непосредственно къ задней стѣнкѣ прямой кишки и посылающей два боковыхъ отростка, охватывающихъ прямую кишку. На проведенномъ нами разрѣзѣ границы, соотвѣтствующей упомянутымъ боковымъ бороздамъ, не видно и мы имѣемъ передъ собою одну сплошную опухоль, имѣющую видъ клина длиною въ 16 см., широкаго въ верхней части, постепенно суживающагося книзу и въ видѣ тупо-закругленнаго конца прекращающагося на 3 см. выше уровня задне-проходнаго отверстія. Наибольшая толщина опухоли на разрѣзѣ по средней линіи равна вверху 7,5 см., наименьшая внизу—3,5 см.

На разрѣзѣ опухоль оказывается рыхло связанной съ прямой кишкой, хруститъ, имѣетъ дольчатый видъ, желтаго цвѣта, плотной консистенціи и въ болѣе центральныхъ частяхъ дѣлается еще значительно болѣе плотной; кое-гдѣ имѣются небольшіе участки, болѣе блѣдно окрашенные и болѣе мягкой консистенціи. На всемъ протяженіи разрѣза ясно видны прослойки болѣе бѣлой плотной соединительной ткани, перекрещивающіяся иногда между собою; особенно обильны онѣ въ среднихъ частяхъ препарата. Кое-гдѣ видны перерѣзанные кровеносные сосуды.

Слизистая прямой кишки атрофирована, въ верхней части ея видны многочисленные полипы разной величины. Надъ задне-проходнымъ отверстіемъ видны геморроидальныя шишки.

Для микроскопическаго изслѣдованія было взято 3 кусочка изъ удаленной селезенки и 6 кусочковъ изъ разныхъ мѣстъ липомы таза, въ томъ числѣ и изъ части липомы вмѣстѣ съ прилегающей стѣнкой прямой кишки.

Въ ткани селезенки лишь малое количество Мальпигіевыхъ тѣлецъ. Почти всѣ трабекулы утолщены, приче́мъ отъ нихъ отходятъ тонкіе соединительнотканные отростки. Констатируется большое количество венззныхъ сосудовъ, значительное ихъ расширение и кровенаполненіе безъ измѣненій въ стѣнкахъ. По близости ихъ имѣется кровь и среди ткани. Элементы пульпы представлены лишь въ маломъ количествѣ. Слизистая оболочка прямой кишки рѣзко инфильтрирована круглыми клѣтками. Эпителій въ железистыхъ трубкахъ слущенъ, многія клѣтки распадаются, кое-гдѣ между железистыми трубками замѣтно разрастаніе соединительной ткани. Подслизистый слой кое-гдѣ инфильтрированъ, содержитъ участки жировыхъ клѣтокъ, въ нѣкоторыхъ препаратахъ принимающіе видъ широкой полосы, идущей во всю длину кишки, съ частыми сосудами. Въ мышечномъ слоѣ внутренній слой втрое толще наружнаго; между мышечными участками идутъ прослойки соединительной ткани и сосуды разнаго калибра и видны кучки жировыхъ клѣтокъ, раздвигающія мышечные пучки. Мышечный слой покрытъ тоненькой полосой соединительной ткани, за которой начинается толстый слой жира, раздѣленнаго на дольки широкими полосами рыхлой волокнистой соединительной ткани, довольно богатой ядрами. Въ нѣкоторыхъ препаратахъ эти соединительнотканые пучки состоятъ изъ далеко другъ отъ друга лежащихъ клѣточныхъ элементовъ, съ характеромъ слизистой ткани. Въ глубинѣ опухоли, наоборотъ, эти пучки состоятъ изъ очень плотной соединительной ткани. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ преобладаетъ жировая ткань, замѣтно болѣе значительное развитіе сосудовъ. Преимущественно по ходу сосудовъ и соединительнотканыхъ пучковъ, а также среди жировой ткани, видны различной величины гнѣзда, состоящія изъ одноядерныхъ мелкихъ клѣтокъ съ густо окрашивающимися ядрами. Жировыя клѣтки неравномѣрной величины; въ общей массѣ онѣ кажутся нѣсколько больше нормальныхъ, но наряду съ очень большими клѣтками, въ которыхъ ядра оттѣснены къ периферіи, попадаютъ таковыя очень малаго калибра. При окрашиваніи на эластическую ткань (по Weigert'у и Dürck-Weigert'у) видно, что жировой слой относительно богатъ эластическими волокнами, приче́мъ наибольшее число ихъ, расположенное преимущественно радіально къ кишкѣ, находится въ среднихъ частяхъ опухоли; въ отдѣлахъ, ближайшихъ къ кишкѣ и наиболѣе отъ нея отдаленныхъ, количество эластическихъ волоконъ сравнительно мало. Много эластическихъ воло-

конь въ плотныхъ фиброзныхъ перегородкахъ долекъ и кругомъ сосудовъ. Кромѣ этого констатируются въ разныхъ мѣстахъ нервныя узлы съ пигментированными гангліозными клѣтками, пучки нервныхъ волоконъ, лимфатическія фолликулы разной величины, лимфатическія железы и сосуды разнаго калибра.

Изъ приведенныхъ данныхъ слѣдуетъ, что дѣло идетъ о молодомъ истощенномъ субъектѣ съ врожденными малыми органами, съ гипопластическимъ развитіемъ полового аппарата и съ увеличеніемъ селезенки, микроскопически давшей картину *splenitis fibrosa chronica*. Въ отрѣзкѣ прямой кишки, прилежающемъ къ опухоли, старый катарръ съ рѣзкой атрофіей слизистой оболочки. Вся кишка сзади запаяна въ толстый слой жировой клѣтчатки, нормально здѣсь въ такомъ количествѣ не встрѣчающейся.

### Случай III.

Исторія болѣзни. (въ извлеченіи). М. Г., одесскій мѣщанинъ, 16 лѣтъ, постоянно живущій въ Одессѣ, по профессіи маляръ, поступилъ 13 января 1910 г. въ одесскую еврейскую больницу по поводу внезапно наступившаго обильнаго кишечнаго кровоточенія. До этого момента считалъ себя здоровымъ и былъ вполне трудоспособнымъ.

Больной удовлетворительнаго питанія. Кожные покровы и видимыя слизистыя блѣдны. Со стороны легкихъ и сердца ничего ненормальнаго. Селезенка увеличена; печень не прощупывается. Моча нормальна.

15-го и 16-го января была обильная кровавая рвота, появилась рѣзкая слабость; общее состояніе стало весьма тяжелымъ.

17-го января въ 3 часа дня наступилъ летальный исходъ при явленіяхъ отека легкихъ и сердечной слабости.

Протоколъ вскрытія. Вскрытіе произведено 18-го января 1910 г. въ одесской еврейской больницѣ прив.-доц. І. Ф. Пожарскимъ.

Клиническій діагнозъ: *Ulcus ventriculi*, *Cirrhosis hepatis atrophica* (?).

Анатомическій діагнозъ: *Cirrhosis hepatis atrophica*. Hyper-

trophia et hyperplasia lienis. Varices oesophagi. Ruptura varicis, inde haemorrhagia. Anaemia universalis. Lipoma pelvis minoris.

Трупъ мужчины плохого питанія. Діафрагма справа на IV ребрѣ, слѣва на V ребрѣ. Лѣвое легкое приращено въ нижней долѣ; правое свободно; оба рѣзко отечны. Сердце мало, безъ особенныхъ измѣненій, аорта узка. Печень мала, поверхность ея мелко и равномѣрно зерниста, рѣзко плотна, буро-краснаго цвѣта. Селезенка велика; капсула ея морщиниста, ткань на разрѣзѣ плотна, мясиста, блѣдно-краснаго цвѣта. Почки малы; капсула снимается легко, ткань плотна, цианотична. Въ пищеводѣ въ средней и нижней третяхъ его находятся сильно расширенныя вены, видныя въ подслизистой ткани въ формѣ продольныхъ синихъ полосъ, слегка выступающихъ надъ поверхностью пищевода. На мѣстѣ перехода пищевода въ желудокъ расположены два синихъ узелка, надъ однимъ изъ которыхъ небольшое отверстіе, почти правильной круглой формы. Желудокъ малъ, слизистая его складчатая, покрыта сѣрой слизью; въ двѣнадцатиперстной и въ тонкихъ кишкахъ слизистая сѣраго цвѣта покрыта вязкою слизью. Въ толстыхъ кишкахъ каловыя массы кофейнаго цвѣта, въ прямой—тоже. Въ анальномъ концѣ прямой кишки небольшія геморроидальныя шишки. Между прямой кишкой и крестцомъ расположена толстая жировая масса въ видѣ клина, узкій конецъ котораго пальца на три не доходитъ до заднепроходнаго отверстія. Выше прямой кишки, по выходѣ изъ полости малаго таза, эта масса дѣлится на два симметрическихъ тяжа, продолжающихся кверху въ ретроперитонеальномъ пространствѣ по обѣ стороны позвоночника по направленію къ почкамъ и въ верхнихъ отдѣлахъ своихъ представляющихъ значительно болѣе мягкими. При отдѣленіи оказалось, что часть жировой массы, прилегавшая къ крестцу, очень плотно спаяна съ нимъ.

Жировая масса позади прямой кишки вынута въ связи съ органами малаго таза и сохранена въ музеѣ патолого-анатомическаго института подъ № 1610.

Макроскопическое описаніе препарата (см. рис. 2). Препарат представляетъ изъ себя органы малаго таза, вынутые съ сохраненіемъ связи между ними. Спереди видны мочевоу пузырь и верхній отдѣлъ мочеиспускательнаго канала, вскрытые по передней стѣнкѣ, и предстательная железа. Видимыхъ измѣненій эти органы не представляютъ. Съ обѣихъ сторонъ замѣтны выступающіе на препаратѣ, находящіеся въ рыхлой клѣтчаткѣ, моче-

точники. Затѣмъ видно пузырно-прямокишечное углубленіе, высланное неизмѣненной брюшиной. Въ задней части препарата находится прямая кишка, обложенная по всей задней и обѣимъ боковымъ поверхностямъ плотной, опухолевидной массой. По передней поверхности стѣнка кишки свободна. Окружность опухоли по задней периферіи ея справа на лѣво (за исключеніемъ передней части, прилежащей къ кишкѣ) въ наиболѣе широкомъ мѣстѣ, вверху, равна 14 см., а въ наиболѣе узкомъ мѣстѣ, внизу, равна 10 см. Кишка съ окружающимъ ее опухолевиднымъ образованіемъ вскрыта сзади продольно по средней линіи. Опухоль имѣетъ клинообразную форму съ нижнимъ закругленнымъ концомъ, находящимся на 4,5 см. выше заднепроходнаго отверстія. Длина имѣющагося въ препаратѣ отрѣзка равна 15 см. Толщина опухоли по средней линіи равна 4 см. По краю она рѣзко ограничена и окружена слоемъ рыхлой соединительной ткани. На разрѣзѣ опухоль связана съ прямой кишкой рыхлой клѣтчаткой, хруститъ, имѣетъ дольчатый и салоподобный видъ, желтаго цвѣта, плотной консистенціи и пронизана соединительнотканными бѣлаго цвѣта очень плотными прослойками разной величины, иногда перекрещивающимися между собою. Нижняя часть опухоли на протяженіи 3 см. въ значительно болѣе плотной связи со стѣнкой прямой кишки; здѣсь же ткань опухоли нѣсколько темнѣе, сѣрѣе по окраскѣ. Кое-гдѣ видны перерѣзанные кровеносные сосуды. При разсмотрѣніи препарата на свѣтъ, кишка, какъ уже указано выше, свободна отъ опухоли по передней своей поверхности, причемъ и эта часть кишечной стѣнки имѣетъ также ясную клиновидную форму, вершиной обращенную внизъ. Слизистая прямой кишки съ поперечными, не совсѣмъ правильными складками. Надъ заднепроходнымъ отверстіемъ видны геморроидальныя шишки.

Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты кусочки изъ печени и селезенки и 5 кусочковъ изъ разныхъ мѣстъ липомы таза, въ томъ числѣ и кусочки опухоли вмѣстѣ съ прилегающей стѣнкой прямой кишки.

Въ ткани селезенки Мальпигіевы тѣльца попадаютъ лишь очень рѣдко, зато видно громадное количество толстыхъ соединительнотканныхъ тяжей. Пульпа склерозирована. Нѣкоторыя трабекулы рѣзко пигментированы желтовато-бурымъ пигментомъ. Мѣстами застой крови, особенно подъ капсулой, которая нѣсколько утолщена. Развитія эластической ткани не видно.

Въ ткани печени разрастаніе междольковой соединитель-

ной ткани, богатой широкими капиллярными сосудами и желчными протоками. Кое-гдѣ кровоизліянія въ соединительной ткани. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ незначительное сдавленіе печеночныхъ балокъ, кое гдѣ ядра вакуолизированы. Въ отдѣльныхъ мѣстахъ встрѣчается круглоклѣточный инфильтратъ.

Слизистая оболочка прямой кишки нѣсколько инфильтрирована круглыми клѣтками. Эпителій железистыхъ трубокъ во многихъ мѣстахъ плохо красится; трубки растянуты слизью. Въ подслизистой ткани видны жировыя клѣтки, а также значительное количество расширенныхъ сосудовъ. Въ мышечномъ слоѣ капилляры рѣзко расширены и наполнены кровью, въ нѣкоторыхъ препаратахъ наружный мышечный слой раздвинуть тяжами жировыхъ клѣтокъ, идущими иногда вмѣстѣ съ сосудами. Мышечный слой отдѣляется отъ жировой массы широкой полосой рыхлой соединительной ткани. Жировая масса ясно дольчата, раздѣлена толстыми и тонкими соединительнотканными тяжами, которые въ нѣкоторыхъ мѣстахъ приобрѣтаютъ гомогенный видъ. Жировыя клѣтки особенностей не представляютъ, многія изъ нихъ нѣсколько больше нормы. Въ жировой ткани повсюду бросается въ глаза большое количество кровеносныхъ сосудовъ, особенно капиллярнаго типа, рѣзко наполненныхъ кровью. Кое гдѣ незначительныя кровоизліянія. Многіе сосуды сравнительно мелкаго калибра имѣютъ очень толстыя стѣнки, иногда гиалинизированные. Въ нѣкоторыхъ препаратахъ видны въ сосудахъ скопленія лейкоцитовъ и бѣлые тромбы. Кругомъ многихъ сосудовъ разнаго калибра и среди жировой ткани довольно часто попадаются гнѣзда круглоклѣточного инфильтрата. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видны лимфатическіе узелки изъ молодыхъ круглыхъ клѣтокъ съ яснымъ центромъ размноженія; между этими клѣтками много жировыхъ клѣтокъ; капсулы нѣтъ. Наряду съ этими, не совсѣмъ типическими железами, встрѣчаются и типическія лимфатическія железы. Нервные элементы попадаютъ въ незначительномъ количествѣ.

Въ описанномъ случаѣ дѣло также идетъ о рѣзко исхудавшемъ молодомъ человѣкѣ, страдавшемъ, какъ видно изъ макро—и микроскопическаго описанія спленомегаліей съ характеромъ *splenitis chronica fibrosa* и атрофическимъ циррозомъ печени. Прямая кишка существенныхъ измѣненій, если не считать явленій хроническаго катарра, не представляетъ, за исключеніемъ наличности тол-

стаго слоя жировой клѣтчатки, нормально здѣсь въ такомъ количествѣ не наблюдающейся.

Сопоставляя для краткости одновременно оба случая, приведенные по описанію Chiari, и вышеизложенные собственные три случая, мы приходимъ къ заключенію, что всѣ пять случаевъ почти идентичны, представляя отклоненія лишь въ деталяхъ. Во всѣхъ мы имѣемъ дѣло съ громаднымъ скопленіемъ жировой ткани въ позадипрямокишечномъ пространствѣ. Въ четырехъ случаяхъ опухоль не ограничивалась предѣлами малаго таза, но давала отростки въ ретроперитонеальное пространство, въ первомъ случаѣ Chiari на 5 см., во второмъ на 2—3 см. выше мыса; въ первомъ нашемъ случаѣ указаній на это въ протоколѣ вскрытія не имѣется, во второмъ же отмѣчены симметрическія непрерывныя продолженія жировой массы, терявшіяся въ околопочечной клѣтчкѣ; наконецъ, въ третьемъ нашемъ случаѣ также имѣлись симметрическіе тяжи, продолжавшіеся кверху по направленію къ почкамъ. Разница лишь въ томъ, что въ случаяхъ Chiari продолженіе опухоли отмѣчено по средней линіи, въ нашихъ же случаяхъ оно было симметричнымъ, идущимъ по обѣ стороны позвоночника. Во всѣхъ пяти случаяхъ клиническія явленія отсутствовали и жировая опухоль оказывалась случайной находкой при вскрытіи. Характернымъ является то обстоятельство, на которое обратилъ вниманіе еще Ronfick, что подобныя разрастанія жировой ткани вообще сопутствуютъ анемическому состоянію организма при жизни больныхъ. Просматривая приведенныя исторіи болѣзни и протоколы вскрытій, мы дѣйствительно убѣждаемся, что во всѣхъ пяти случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ людьми рѣзко истощенными послѣ сильныхъ кровотеченій, послѣ операций или послѣ хроническихъ болѣзней.

Наряду съ этимъ бросается въ глаза то, что во всѣхъ пяти случаяхъ большія железы брюшной полости оказываются сильно измѣненными. Въ первомъ случаѣ Chiari отмѣчено Cirrhosis hepatitis, во второмъ—Cirrhosis hepatitis, Splenomegalia, въ первомъ нашемъ случаѣ—Cirrhosis hepatitis chronica, Splenomegalia; во второмъ случаѣ—Splenomegalia и въ третьемъ—Cirrhosis hepatitis, Splenomegalia.

Что касается микроскопической картины, то она въ главныхъ чертахъ одинакова; разница лишь въ томъ, что Chiari въ своихъ случаяхъ, несмотря на присутствіе разбросанныхъ кучекъ лимфоцитовъ, отрицаетъ наличность даже слѣдовъ воспале-

нія; въ нашихъ же случаяхъ наличность этихъ гнѣздъ по ходу сосудовъ можетъ разсматриваться какъ признакъ, правда, неясныхъ, хроническихъ воспалительныхъ явленій.

Явное преобладаніе въ одномъ мѣстѣ жировыхъ массъ въ необычномъ количествѣ, далеко превышающемъ понятіе о гиперплазіи ткани, въ связи съ данными микроскопическаго анализа даетъ намъ право называть эти массы новообразованиемъ, липомой. Локализациія липомъ въ ретроректальномъ пространствѣ, границы котораго онѣ, какъ опухоли доброкачественныя, не нарушаютъ, естественно заставляетъ насъ обозначить ихъ точнѣе, какъ липомы ретроректальнаго (позадипрямокишечнаго) пространства. Наличность отростковъ въ ретроперитонеальное пространство въ связи съ анатомической нераздѣльностью ретроректальнаго и ретроперитонеальнаго пространствъ, даетъ намъ возможность считать ихъ подвидомъ ретроперитонеальныхъ липомъ тѣмъ болѣе, что упомянутое различіе въ направленіи тяжей выше мыса какъ нельзя лучше подходитъ къ классификаціи *Witzel*'я, который различалъ латерально-ретроперитонеальныя отъ медиально-ретроперитонеальныхъ опухолей. Какъ нами указано было въ началѣ, ретроректальныя липомы, какъ самостоятельный подвидъ, до послѣдняго времени отдѣлялись не строго, что объясняется еще и тѣмъ, что въ большинствѣ случаевъ наблюдалась обратная картина: ретроперитонеальныя опухоли давали отростки въ ретроректальное пространство. Въ одномъ случаѣ *Réa n'a* оба пространства оказались настолько заполненными, что выяснить, въ которомъ изъ нихъ началось разрастаніе жировыхъ массъ, представлялось невозможнымъ. Просматривая описанія случаевъ ретроперитонеальныхъ липомъ, мы обычно не находимъ точнаго описанія отношенія ихъ къ тазовой подбрюшинной клѣтчаткѣ, а встрѣчаемъ лишь краткія указанія: опухоль спускалась въ малый тазъ, опухоль давала продолженія въ малый тазъ и т. п..

Нѣтъ сомнѣнія въ томъ, что наряду съ разсмотрѣннымъ нами позадипрямокишечнымъ тазовымъ подвидомъ ретроперитонеальныхъ липомъ мы могли бы въ подбрюшинной клѣтчаткѣ малаго таза отграничить и другіе подвиды по числу описываемыхъ здѣсь пространствъ. Однако наиболѣе тѣсно связаннымъ съ ретроперитонеальными липомами является безусловно только ретроректальный подвидъ ихъ.

Прежде чѣмъ перейти къ вопросу объ этиологіи этихъ обра-

зованій, мы приведемъ вкратцѣ свѣдѣнія объ описанныхъ въ литературѣ липомахъ, имѣющихъ отношеніе къ интересующимъ насъ опухолямъ. При этомъ мы главнымъ образомъ будемъ придерживаться казуистики, собранной въ работахъ Heinrichius'a, Voelckler'a и Hérisson, такъ какъ ознакомиться съ подлинниками большею частью оказалось невозможнымъ. Цѣлый же рядъ случаевъ, относительно которыхъ въ указанныхъ трудахъ не упоминается о связи опухоли съ тазовой клѣтчаткой, нами поэтому не могъ быть использованъ.

Для удобства мы отдѣленные нами случаи распредѣлили въ нѣсколькихъ группахъ.

I. Къ первой группѣ мы причислили тѣ жировыя опухоли, которыя локализовались исключительно въ ретроректальномъ пространствѣ, и такихъ нашли лишь двѣ и тѣ смѣшаннаго типа. Это опухоли, описанныя Вuth'омъ и Кау'емъ.

1. Въ случаѣ Вuth'a у пациента 42 лѣтъ, больного 3 года, была распознана ретроректальная опухоль. Во время операциі, произведенной Роттеромъ, опухоль оказалась лежащей на мускулѣ, поднимающемъ задній проходъ, и располагалась по задней и лѣвой боковой стѣнкамъ прямой кишки, доходя до мыса, будучи заключенной въ капсулѣ, тѣсно спаянной съ мускульнымъ слоемъ прямой кишки. Больной на девятый день послѣ операциі умеръ отъ кровотеченія изъ язвъ двѣнадцатиперстной кишки.

На вскрытіи отмѣчено: общая блѣдность покрововъ и органовъ, значительное отложеніе жира въ подкожной клѣтчаткѣ, подъ эпикардіемъ, въ сальникѣ, около почекъ и въ части стѣнки мочевого пузыря, обращенной къ брюшинѣ. Опухоль имѣетъ видъ овоида, сплюсненнаго спереди назадъ; длина—19 см., наибольшая окружность—20,5 см., діаметръ—7,75 см.; консистенція въ разныхъ мѣстахъ неодинаковая; цвѣтъ желтовато-сѣро-красный. Микроскопическій діагнозъ: fibrolipomухома. Отмѣчается богатство сосудами и обильныя кровоизліянія. Очень много миксоматозной субстанціи, которая, по предположенію автора, быть можетъ появилась вслѣдствіе миксоматозной дегенераціи опухолевидно разросшихся жировыхъ массъ, нормально встрѣчающихся въ spatium perirectale.

Въ диссертациі (1904) Вuth отмѣчаетъ, что подобной ретроректальной опухоли онъ въ литературѣ найти не могъ.

2. Второй случай описанъ Кау'емъ въ 1908 году. Приводимъ его по реферату.

У мальчика 4-х лѣтъ внезапно появились боли внизу живота и задержаніе мочи. Произведенное чревосѣченіе показало наличность плотной опухоли, величиной въ большой апельсинъ, исходившей отъ передней поверхности вогнутости крестца и отодвинувшей впередъ прямую кишку и мочевого пузыря. Опухоль была удалена и микроскопически оказалась fibrolipoma. Мальчикъ выздоровѣлъ.

II. Ко второй группѣ мы отнесли случай Р é a n'a, гдѣ опухоль занимала какъ ретроперитонеальное, такъ и ретроректальное пространства. У женщины 50 лѣтъ опухоль росла уже два года. Было произведено чревосѣченіе (1876) со смертельнымъ исходомъ на десятый день. Опухоль была прикрѣплена съ правой стороны вдоль всей поясничной части позвоночника и была тѣсно сращена съ крестцомъ, спускаясь вдоль правой стороны сигмовидной и прямой кишекъ. Вѣсъ удаленной массы былъ 12 килограммъ.

III. Къ третьей группѣ мы причислили тѣ ретроперитонеальныя опухоли, относительно которыхъ указано на продолженіе ихъ въ малый тазъ, причемъ исключены тѣ случаи, когда опухоль спускалась въ передніе отдѣлы малаго таза.

1. Въ случаѣ Р і с k'a у мужчины 36 лѣтъ опухоль росла 9 мѣсяцевъ при постепенномъ истощеніи паціента. Вскрытіе (1869) показало, что опухоль спускалась въ малый тазъ, вѣсила 13 килограммовъ и состояла вся изъ жировой ткани.

2. Во второмъ случаѣ Н o t a n s'a у женщины 60 лѣтъ опухоль особенно быстро разрасталась послѣдніе 6 мѣсяцевъ. Операция (1872) дала смертельный исходъ. Опухоль оказалась чистой липомой, вѣсила 35 фунтовъ и почти совершенно заполняла малый тазъ.

3. Въ случаѣ T i l l m a n n'a у женщины 28 лѣтъ опухоль росла сперва медленно, а затѣмъ болѣе скоро при общемъ исхуданіи больной. Произведено было чревосѣченіе (1889), причемъ оказалось, что новообразование продолжалось въ малый тазъ между листками брыжейки сигмовиднаго отдѣла толстыхъ кишекъ. Удаленныя массы вѣсили 10 килограммовъ. Микроскопически найдено частью lipoma, частью myxoma fibromatosum. Черезъ годъ рецидивъ.

4. Въ случаѣ В e l k o w s k y у женщины 46 лѣтъ во время операции (1891), произведенной R o u x, найдены были три внутрибрюшинныя опухоли, изъ которыхъ одна, оказавшаяся липомой,

была расположена между листками брыжжейки сигмовидной кишки и имѣла продолженіе въ малый тазъ.

5. Въ случаѣ Terrier et Guillemain у женщины 40 лѣтъ уже 12 лѣтъ существовала внутрибрюшная опухоль. Послѣ чревосѣченія (1892) смерть на восьмой день. Вскрытіе показало, что опухоль занимала  $\frac{3}{4}$  живота, исходила изъ клѣтчатки подвздошной и поясничной областей и давала подвижное продолженіе въ малый тазъ, отѣснивъ мочеточникъ и придатки влѣво.

6. Въ случаѣ Коувега молодой человекъ 26 лѣтъ подвергся чревосѣченію (1893), причемъ оказалось, что липома простиралась въ малый тазъ. Пациентъ выздоровѣлъ.

7. Въ случаѣ Dalziel'я у мальчика 8 лѣтъ опухоль росла съ двухлѣтняго возраста. Послѣ чревосѣченія (1897) смертельный исходъ. Опухоль оказалась чистой липомой, сращенной съ позвоночникомъ и простиравшейся отъ крестца до діафрагмы.

8. Въ случаѣ Lejars'a у женщины 52 лѣтъ при чревосѣченіи найдено двѣ опухоли; изъ нихъ одна располагалась въ брыжжейкѣ сигмовидной кишки и спускалась глубоко внизъ въ малый тазъ по обѣ стороны прямой кишки. Смертельный исходъ на одиннадцатый день послѣ операціи (1898). Микроскопически опухоль оказалась мухолопима.

9. Въ случаѣ Johnstone у женщины 35 лѣтъ опухоль, удаленная чревосѣченіемъ (1904), вѣсила 4100 граммовъ, простиралась отъ діафрагмы въ малый тазъ и оказалась fibrolipoma.

10. Въ случаѣ Marek'a у женщины 27 лѣтъ опухоль, удаленная чревосѣченіемъ (1909), вѣсила 6500 граммовъ, лежала слѣва отъ средней линіи и переходила внизъ въ малый тазъ, имѣя на внутренней своей сторонѣ нижнюю часть нисходящей толстой кишки, сигмовидную кишку и верхнюю часть прямой кишки. Микроскопически она оказалась lipofibroma, кое-гдѣ саркоматозно перерожденная. Пациентка выздоровѣла.

Кромѣ этихъ, болѣе типическихъ случаевъ, отмѣтимъ еще наблюденія, въ которыхъ тоже упоминается о томъ, что ретроперитонеальная липома имѣла отношенія къ малому тазу. Это случаи Madelung, Lauwers, Roux, Josephson, Schiller, Laroyenne и Wigglesworth, подробно приведенные у Heinrichius'a, случай Büttner, приведенный у Voelckler'a и случаи Dreschfeld и Adami et Gardner, приведенные въ диссертациі Hérisson.

Сопоставивъ такимъ образомъ скудныя литературныя дан-

ныя о ретроректальныхъ липомахъ и близкихъ къ нимъ образованіяхъ, перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію ихъ этиологіи.

Липомы вообще уже со времени *Virchow*'а считались типическими представителями новообразований и, въ виду удобства ихъ изученія, вызвали массу работъ, посвященныхъ выясненію, какъ ихъ сущности, такъ и спеціально ихъ происхожденія. Но подобно тому, какъ выясненіе вопроса объ этиологіи опухолей вообще пока къ опредѣленнымъ результатамъ не привело, такъ и для объясненія развитія липомъ разные авторы приводятъ самыя разнообразныя предположенія.

*Virchow* считаетъ липому гиперпластической опухолью, происходящей изъ предсуществующей жировой ткани и цитируетъ *Morgan*i, который называетъ ея *excrementia membranae adiposae*. Большія липомы, по мнѣнію *Virchow*'а, всегда истинныя новообразованія, причѣмъ въ основѣ появленія жировой опухоли должна лежать мѣстная причина. Для успѣшнаго дѣйствія этой причины необходимо предрасположеніе жировой ткани, соотвѣтствующій діатезъ. Предрасположеніе это можетъ быть врожденнымъ, или наслѣдственнымъ, но можетъ быть и пріобрѣтеннымъ. Здѣсь онъ считаетъ несомнѣннымъ вліяніе богатой жиромъ пищи, а также пива и водки, тѣмъ болѣе, что частота липомъ увеличивается съ возрастомъ. Мѣстной причиной онъ считаетъ какой-нибудь раздражитель, который возбуждаетъ клѣтки и способствуетъ болѣе сильному росту ихъ. Для множественныхъ липомъ, а также для ряда другихъ (липомы грыжевыхъ мѣшковъ, сальника), по его мнѣнію, въ роли такого раздражителя является мѣстный воспалительный процессъ.

Воспалительная основа всѣхъ опухолей была, какъ теорія, яснѣе всего формулирована *Broussais*. Въ ея пользу высказались въ 1881 году *Fernand* и въ 1883 году *Le Clerc*. Въ новѣйшее время эта теорія въ измѣненномъ видѣ опять находитъ себѣ послѣдователей, напримѣръ, *Ricard*, *Delbet* (1901) и другіе, на что указано будетъ ниже.

Въ противоположность *Virchow*'у, *Sohnheim* основной причиной опухолей считаетъ наличность оставшихся зародышевыхъ зачатковъ, которые могутъ начать разрастаться подъ вліяніемъ самыхъ разнообразныхъ причинъ. Примыкая къ этому, *v. Recklinghausen* указалъ на отшнурованіе жировыхъ зачатковъ при *spina bifida*, а *Askapazy* допустилъ возможность такого отшнурованія въ описанныхъ имъ

множественныхъ липомахъ, развившихся въ лимфатическихъ железахъ.

Въ 1887 году Grosch высказалъ мысль, что предрасположеніе къ образованію липомъ стоитъ въ обратномъ отношеніи къ богатству кожи салными и потowymi железами, т. е. что липомы, собственно говоря, эффектъ недостаточной секреціи железистыхъ органовъ кожи. Въ дополненіе къ этому взгляду Koettnitz въ 1894 г. считалъ возможнымъ для нѣкоторыхъ случаевъ допустить наличность трофонеуроза кожи центрального происхожденія, исходящій изъ центровъ, регулирующихъ секрецію кожныхъ железъ. Оставляя въ сторонѣ высказанныя различными другими авторами опроверженія этой: „железистой теоріи“, мы вспомнимъ лишь соображеніе Payr'a, который тогда же указалъ, что обычное отсутствіе рецидивовъ послѣ удаленія липомъ достаточно говорить противъ этой теоріи.

Нѣкоторые связываютъ появленіе липомъ съ разнообразными измѣненіями щитовидной железы: Madelung и Blizzard-Curling имѣютъ въ виду полное ея отсутствіе, Klausner отсутствіе части ея, Payr увеличеніе железы, Koettnitz струму, Hutchinson измѣненія при Базедовой болѣзни, Askapazy саркому ея и т. д. Однако измѣненія со стороны щитовидной железы наблюдаются далеко не во всѣхъ случаяхъ развитія липомъ, такъ что значеніе ихъ въ этиологіи липомъ, повидимому, сомнительно.

Robinson, Blaschko и Зеренинъ указываютъ на наслѣдственность липомъ.

Французскіе авторы придаютъ громадное значеніе хроническимъ раздражителямъ, ревматизму, нервнымъ вліяніямъ, частымъ травмамъ.

Unna указалъ на усиленный застой богатой жиромъ лимфы или на повышенный подвозъ жира изъ ближайшихъ органовъ, какъ на причины образованія липомъ.

На значеніе мѣстныхъ застоевъ кровообращенія вообще указалъ Schwarz и особенно Dertinger. Послѣдній пишетъ: „Можно считать, что наступающая вслѣдствіе воспаленія венозная гиперемія часто обуславливаетъ увеличеніе роста жировой ткани“.

Не останавливаясь на рядѣ другихъ теорій образованія липомъ (связь съ нервными оболочками, съ климактеріемъ и т. д.) мы обратимъ вниманіе на значеніе воспаленія и венозной

гиперемии, являющихся раздражителями, могущими обусловить развитие жировых опухолей. Это значение, на которое указывал еще Virchow, сделалось предметом обстоятельного изучения в диссертации Hérisson. Онъ, на основании разбора своего случая считаетъ, что громадные ретроперитонеальные опухоли являются не истинными новообразованиями, но результатомъ медленно протекающаго хроническаго воспалительнаго процесса, причины котораго въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ могутъ быть разныя. Это мнѣніе онъ считаетъ допустимымъ особенно потому, что при микроскопическомъ изслѣдованіи своего случая онъ могъ ясно констатировать наличность измѣненій, характерныхъ для хроническаго воспаленія. Вполнѣ присоединяясь къ этому взгляду, мы однако считаемъ возможнымъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ признаки бывшаго воспаленія могутъ сгладиться, а затѣмъ исчезнуть, а потому при микроскопическомъ изслѣдованіи оказаться мало выраженными или даже остаться необнаруженными. Такъ въ обоихъ случаяхъ Chiari наличность воспалительныхъ явленій категорически отрицается, въ нашихъ же случаяхъ воспалительныя явленія были найдены незначительно выраженными. Но во всѣхъ пяти случаяхъ мы констатировали рѣзкое малокровіе и глубокія измѣненія въ большихъ железахъ полости живота. Рѣзкое малокровіе и вообще кахектичное состояніе отмѣчено также почти во всѣхъ случаяхъ наблюдавшихся ретроперитонеальныхъ липомъ, причемъ большинство авторовъ склонно считать эту анемию прямымъ послѣдствіемъ развитія опухоли, съ каковымъ взглядомъ однако трудно согласиться. Относительно измѣненій въ другихъ органахъ (печени, селезенкѣ) свѣдѣній, подобныхъ отмѣченнымъ нами, ни въ одномъ случаѣ не имѣется, такъ какъ на эти измѣненія, вѣроятно, не обращали вниманія. Въ собранныхъ нами пяти случаяхъ мы хотѣли бы найти связь между измѣненіями печени и селезенки, являющимися безспорно хронически воспалительными, и общей анеміей и развитіемъ ретроректальной липомы и высказать предположеніе о томъ, что всѣ эти процессы являются слѣдствіемъ одной, пока неизвѣстной, причины. Намъ представляется, что первоначально поражаются печень или селезенка, затѣмъ появляются неизбѣжно съ этимъ связанныя измѣненія въ кровообращеніи, сильнѣе всего отражающіяся въ полости живота, а еще больше въ области малаго таза. Измѣненія же въ составѣ крови уже сами по себѣ, а тѣмъ болѣе въ виду имѣющейся хро-

нической венозной гиперемии, ставят жировую ткань въ необычныя условія обмѣна и такимъ образомъ, быть можетъ, обуславливають измѣненія въ ея обычномъ ростѣ.

Локализацию липомъ какъ разъ въ ретроректальномъ пространствѣ можно, по примѣру *Chiari*, объяснить при помощи теории *Schein'a*. Послѣдній однимъ изъ существенныхъ моментовъ для разрастанія жировой ткани считаетъ ея раздраженіе, вызываемое колебаніями давленія въ заключающемъ разросшуюся ткань пространствѣ. Прямая кишка, періодически растягивающаяся, естественно ставитъ окружающую клѣтчатку, ограниченную снаружи мало податливыми стѣнками, въ періодически мѣняющіяся условія давленія.

Вкратцѣ резюмируя вышеизложенное, мы позволимъ себѣ придти къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Липомы ретроректального пространства встрѣчаются самостоятельно и являются сравнительно рѣдкимъ подвидомъ липомъ ретроперитонеального пространства.

2. Липомы ретроректального пространства могутъ, несмотря на значительную величину, протекать безъ всякихъ клиническихъ явленій.

3. Липомы ретроректального пространства и сопутствующія имъ воспалительныя измѣненія въ печени и селезенкѣ, которыя намъ удалось отмѣтить во всѣхъ пяти приведенныхъ случаяхъ, по всей вѣроятности, находятся въ какой-то, пока ближе неизвѣстной, генетической связи.

4. Если эта точка зрѣнія оправдается на дальнѣйшихъ наблюденіяхъ, то липомы ретроректального, а также ретроперитонеального пространствъ придется выдѣлить изъ отдѣла истинныхъ новообразованій.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ выразить свою искреннюю благодарность глубокоуважаемому учителю своему Профессору Дмитрію Павловичу Кишенскому и Приватъ-Доценту Юсіфу Фомичу Пожарискому за предоставленные для описанія случаи и помощь при выполненіи работы.

## Указатель литературы.

- A d' a m i. Montréal med. Journal. 1897. январь. p. 529 и февраль, p. 620. по реф.
- A d a m i и G a r d n e r. Montréal med. Journ. 1900. июнь. по реф.
- A s k a n a z y. Zur Entstehung der multiplen Lipome. Virchow's Archiv. 1899. Bd. 158. p. 407—425.
- B e l k o w s k y. Revue médicale de la Suisse Romande. 1893. t. XIII. p. 431. по реф.
- B l a s c h k o. Eine seltene erbliche Lipombildung. Virchow's Archiv. 1891. Bd. 124. p. 175.
- B l i z a r d - C u r l i n g Thomas. Medico-chir. Transactions. 1850. Vol. XXXIII. p. 103. по реф.
- B r o u s s a i s. См. Le-Clerc.
- B u t h. Ueber einen Fall von retrorectalem Fibrolipomyom. In. Diss. 1904. Berlin. p. 1—28.
- B ü t t n e r. In. Diss. Leipzig. 1894. по реф.
- C h a v a n n a z. Revue mens. d'Obst. et de Gynec. de Bordeaux. 1900. p. 57. по реф.
- C h i a r i. Zur Kenntniss der Lipome im kleinen Becken. Verhandl. der deutsch. path. Ges. V. Tagung. 1902. p. 376—382.
- C o h n h e i m. Общая патология. 1878.
- D a l z i e l. A large retroperitoneal lipoma from a child. Edinbg. Journal. Oct. 1898; Glasgow med. Journal. 1898. t. XLIX. p. 372. по реф.
- D e l b e t. Sur les tumeurs fibreuses du cou. Bull. de la soc. de chirurgie. 1901. p. 807. по реф.
- D e r t i n g e r. Ueber tiefsitzende Lipome. Beitr. v. Bruns. 1903. Bd. 38.
- D r e s c h f e l d. Trans path. Soc. of London. 1880. p. 287. по реф.
- Дьяконовъ, Рейнь, Лысенковъ и Напалковъ. Лекции топограф. анатомии и оперативной хирургии. 1908.
- F e r m a d. Some comments on the paper: „The etiology of tumors“. Philadelphia med. Times. 1881. Dec. 31. p. 197. по реф.
- G r o s c h. Studien über das Lipom. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 1887. Bd. 26. p. 307.
- H e i n r i c i u s. Ueber retroperitoneale Lipome. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 1900. Bd. 56. p. 579 — 609. Содержитъ перечень литературы.
- H é r i s s o n. Les lipomes rétro-péritonéaux. Thèse de Paris. 1909. p. 1—102. Содержитъ перечень литературы.
- H o m a n s. Two cases of immense fatty tumours by abdominal section. Lancet. 1883. I. March 15. p. 449; Boston med. a. surg. Journal. 1883. I. March 17. p. 241. по реф.
- H u t c h i n s o n. 1877. См. Payr.
- Зеренинъ. Centralbl. f. Chir. 1901. p. 1018.
- J o h n s t o n e. Amer. Journ. of the med. Assoc. 1904. p. 1192. по реф.

Joessel и Waldeyer. Lehrbuch der topographisch chirurgischen Anatomie. 1899. Bd. II.

Josephson. Om retroperitoneala fettsvulster. Hygiaea, 1895. II. p. 401. по реф.

Kay. Case of rare pelvic tumour in a child of four years. Glasgow med. Journ. 1908. August. по реф.

Klaussner. Münch. med. Wochenschr. 1895. p. 348.

Koettnitz. Ueber symmetrisches Auftreten von Lipomen. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 1894. Bd. 38. p. 75.

Kouwer. Een geval van lipoma retroperitoneale. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1893. № 6. по реф.

Laroyenne. Lipome du mésentère. Gaz des Hôp. de Toulouse. 1895. p. 292. по реф.

Lauwers. Lipome du mésentère, ablation, guérison. Bull. de l'acad. de médecine belge. 1891. p. 311. по реф.

Le-Clerc. Contusion et néoplasmes. De la prédisposition aux tumeurs Thèse de Paris. 1883. по реф.

Lejars. Myxo-lipome diffus du mésentère et des mesocolons. Bull. et mém. de la soc. de chirurgie de Paris. 1898. T. 24. p. 449. по реф.

Lobstein. Traité d'anatomie pathologique. 1829. по реф.

Madelung. Exstirpation eines vom Mesenterium ausgehenden Lipoma oedematosum myxomatodes mit partieller Resection des Dünndarms—Heilung. Berl. klin. Woch. 1881. № 6. p. 75 и № 7. p. 93.

Онъ-же. Ueber den Fetthals. Lang. Archiv. Bd. 37. p. 106. по реф.

Marek. Retroperitoneale Tumoren. Ctb. f. Gynäkol. 1910. p. 512—515.

Merkel. Handbuch d. topographischen Anatomie. 1899. Bd. II. p. 480.

Micheil. Lipome des Bauches. Ctb. f. Gyn. 1904. p. 1201—1215.

Morgagni. De sedibus et causis morborum, 1779. t. II. epist. XXXIX, 5. p. 317. по реф.

Payr. Beitrag zur Lehre von den multiplen u. symmetrischen Lipomen. Wien. klin. Woch. 1895. № 42, 43 и 44.

Péan. Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. 1880. t. I. p. 1129. по реф.

Pick. Transact. pathol. Soc. of London. 1869. vol. XX. p. 337. по реф.

Ponfick. Discussion. Verhandl. d. deutsch. pathol. Ges. V. Tagung. 1902. p. 383.

Poirier et Charpy. Traité d'anatomie humaine. 1901. t. IV.

Quénu et Hartmann. Chirurgie du rectum. Paris. 1895.

Ricard. См. Delbet.

Robinson. Демонстрация въ Hunterian Society. Lancet. 1891. Vol. I. p. 1105. по реф.

Roux. Semaine médicale. 1893. p. 159. по реф.

Schein. Ueber des Wachsthum des Fettgewebes. Wiener klin. Woch. 1898. № 38. p. 672—675.

Schiller. См. Josephson.

Schwarz. См. Michel.

Terrier et Guillemain. Note sur les lipomes rétro-péritonéaux. Revue de chirurgie. 1892. p. 747—755.

Testut et Jacob. Traité d'anatomie topographique. 1905. t. II. p. 351, p. 562.

Tillmann. Exstirpation af en från venstra njurkapseln utgående 10 kg. vägande tumör. Hygiea. 1892. I. p. 277. по реф.

Unna. См. Dertinger.

Virchow. Die krankhaften Geschwülste. 1863. Bd. I. p. 364—395.

Voelckler. Zur Kenntniss der retroperitonealen Lipome. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 1909. Bd. 98. p. 149 — 187. Содержитъ перечень литературы, дополняющій перечень Heinrichius'a.

Wiglesworth. On a case of an enormous myxolipomatous tumor within the abdomen. Lancet. 1883. Vol. II. p. 1121. по реф.

Witzel. Beiträge zur Chirurgie der Bauchorgane. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 1886. Bd. 24. p. 326. по реф.

---

## Объясненіе рисунковъ.

(Автотипіи исполнены съ фотографическихъ снимковъ).

Рис. 1. Рисунокъ представляетъ прямую кишку съ жировой опухолью изъ случая II (см. описаніе стр. 109), вскрытая сзади по средней линіи. Посреди раскрытая прямая кишка, на слизистой которой виденъ небольшой полипъ; по бокамъ разрѣзы жировика, клинообразно суживающагося къ низу.

Рис. 2. Видна прямая кишка съ жировою опухолью изъ случая III (см. описаніе стр. 113), вскрытая сзади по средней линіи. Прямая кишка раскрыта, слизистая ея рѣзко складчата; по бокамъ кишки разрѣзы жировой опухоли, въ видѣ клина суживающейся къ низу.

---

Рис. 1



Рис. 2.



# Къ вопросу о chondrodystrophia foetalis.

В. Д. Брантъ.

Изъ акушерско-гинекологической клиники Императорскаго Новороссійскаго  
Университета; профессоръ В. Н. Орловъ.

Въ нормальномъ зародышѣ въ теченіе его развитія нерѣдко можетъ произойти ненормальная остановка роста костей, которая у трубчатыхъ ведетъ къ укороченію или незначительному объему, у плоскихъ—къ уменьшенію протяженія или ненормальной тонкости. Въ отдѣльныхъ случаяхъ нарушеніе роста костей можетъ выразиться также въ чрезмѣрной тонкости отдѣльныхъ костныхъ пластинокъ. Остановка роста костей можетъ начаться уже внутриутробно и вести къ уродству скелета новорожденнаго. Въ другихъ случаяхъ разстройство роста начинается во внѣутробной жизни и ведетъ уже позднѣе къ ограниченію роста скелета. Если разстройство роста захватываетъ весь скелетъ въ одинаковой мѣрѣ, то это ведетъ къ общему карликовому росту — микросоміи, при которой отдѣльныя части скелета находятся въ нормальныхъ отношеніяхъ между собою или, по крайней мѣрѣ, имѣютъ очень незначительныя отклоненія отъ нормы. Если нарушеніе роста ограничивается извѣстнымъ отрѣзкомъ скелета, то только этотъ отрѣзокъ отстаетъ въ ростѣ и черезъ это отношенія величины отдѣльныхъ частей въ большей или меньшей степени различны между собой. Если существенно отстаютъ въ ростѣ только конечности, то результатомъ этого-

является микромелія. Уменьшеніе черепныхъ костей ведетъ къ микроцефаліи; при укороченіи основанія черепа носъ является, втянутымъ или плоскимъ. Если отрѣзокъ скелета отстаеъ въ ростѣ, то обыкновенно и принадлежащія ему мягкія части проявляютъ малый ростъ, но случается нерѣдко, что мягкія части растутъ нормально, тогда для даннаго скелета онѣ являются слишкомъ большими и образуютъ складки и вздутія.

Различнымъ видамъ внутриутробныхъ задержекъ роста было дано общее или скорѣе сборное названіе *rachitis foetalis*. Вопросъ о фетальномъ рахитѣ съ давняго времени является спорнымъ и, хотя относительно его было сдѣлано много изслѣдованій, само существованіе его до сихъ поръ однако подвергается сомнѣнію. Уже въ 1822 году *Meskel* описываетъ такую форму заболѣванія скелета. Изъ болѣе важныхъ работъ, появившихся послѣ 1851 г. *Selvetti* приводитъ прежде всего работу *Müller'a*, пришедшаго къ заключенію, что имѣются двѣ формы рахита: первая, начинающаяся и оканчивающаяся въ маткѣ, и вторая, развивающаяся во внѣутробной жизни.

*Vouchut* считаетъ одну причину для рахита, протекающаго внутриматочно и внѣматочно. *Scharlau* пришелъ къ заключенію, что въ его случаѣ отношенія границъ оссификаціи ко времени родовъ ничего ненормальнаго не представляли; это, по его мнѣнію, доказывало остановку рахитическаго процесса задолго до родовъ.

*Winkler* и *Fischer* признаютъ внутриутробное происхожденіе рахита. *Urtel* высказывается противъ внутриматочнаго рахита и считаетъ процессы, сходные съ рахитомъ, за воспалительное заболѣваніе — *chondritis foetalis*. *Spiegelberg* думаетъ, что внутриутробный рахитъ похожъ на внѣутробный. Однако большинство авторовъ согласны съ тѣмъ, что во внутриутробной жизни не происходитъ настоящаго рахитическаго процесса. Плоды, одержимые *rachitis foetalis* отличаются неуклюжимъ *habitus'омъ*, болѣе или менѣе вздутымъ животомъ, неправильнымъ устройствомъ грудной клѣтки, большимъ, иногда гидроцефалическимъ черепомъ и очень короткими, толстыми искривленными конечностями.

Кожа у нихъ очень толстая, богатая жиромъ и складчатая особенно на нижнихъ конечностяхъ; руки и ноги нерѣдко сходны съ плавниками; сюда также принадлежитъ припуханіе эпифизовъ. Микроскопическое различіе настоящаго рахита отъ фетальнаго

Вирховъ опредѣлилъ слѣдующими словами: „главнымъ процессомъ въ растущихъ костяхъ при такъ называемомъ фетальномъ рахитѣ не является разрастаніе хряща съ замедленнымъ окостенѣніемъ какъ при настоящемъ рахитѣ, но усиленное окостенѣніе съ уменьшеннымъ разрастаніемъ хряща, въ результатѣ чего всегда является склерозъ костей“. Большинство описанныхъ случаевъ подъ видомъ фетальнаго рахита отличалось особенной ломкостью костей при чемъ въ случаѣ *Chaussier* наблюдалось не менѣе какъ 113 большихъ и малыхъ переломовъ. Такое состояніе было названо *rachitis annulans*, а позднѣе *osteogenesis imperfecta*. Помимо этого *Winkler* описалъ другой типъ, который отличается очень короткими конечностями, и далъ ему имя *rachitis mikromelica*, терминъ, который часто встрѣчается въ позднѣйшее время. *UrteI* назвалъ эту болѣзнь *chondritis foetalis*, такъ какъ, благодаря своимъ изслѣдованіямъ, онъ пришелъ къ убѣжденію, что здѣсь происходитъ настоящее воспаленіе въ хрящѣ. Во Франціи этотъ признакъ былъ использованъ и *Parrot* и *Porak* предложили терминъ *achondroplasia*. Въ виду того что это названіе во многихъ случаяхъ не соотвѣтствовало анатомическому процессу. *Kirchberg* и *Marchand* предложили названіе *mikromelia chondromalacia*, но и это названіе не для всѣхъ случаевъ можетъ быть примѣнимо. Затѣмъ появился рядъ изслѣдованій, которыя указывали, что ненормальное развитіе скелета можетъ находиться въ связи съ кретинизмомъ — замѣчательной эндемически наступающей болѣзью развитія, которая уродуетъ въ высокой степени какъ тѣло, такъ и душевныя способности. *Askermann* высказалъ предположеніе, что здѣсь наступаютъ доказательные патолого-анатомическія измѣненія въ основаніи черепа, именно углубленія и аномаліи въ хрящевыхъ соединеніяхъ между костями, которыя должны быть приписаны кретинизму, и это состояніе стоитъ въ замѣчательной и близкой связи съ истиннымъ рахитомъ, такъ какъ здѣсь должна быть мягкость въ костяхъ, чтобы основаніе черепа могло подвергнуться искривленію. Какъ извѣстно *Вирховъ* доказалъ связь между кретинизмомъ и синостозомъ *ossis tribasilaris*. Эта зависимость между фетальнымъ рахитомъ и кретинизмомъ нашла себѣ подтвержденіе въ наблюденіяхъ *Müller'a* надъ измѣненіями въ костной системѣ, именно въ синостозахъ на поверхности черепа у телятъ.

Воде принимаетъ извѣстную связь между кретинизмомъ и фетальнымъ рахитомъ, но въ описанномъ имъ случаѣ измѣненіе

черепа заключалось не въ синостозѣ, а именно въ недостаточномъ развитіи *ossis occipitis*. Впослѣдствіи и Вирховъ говорилъ, что синостозъ въ *os tribasilaris* бываетъ не у всѣхъ кретиновъ, что касается фетальнаго рахита, то этотъ процессъ родственъ съ кретинизмомъ и можетъ встрѣчаться одновременно съ церебральными нарушеніями (кретинизмъ) или безъ нихъ. Не смотря на это Grawitz указываетъ, что фетальный рахитъ основанъ на задержкѣ развитія различныхъ интермедіарныхъ хрящей и принимаетъ существованіе кретинизма тогда, когда эта задержка касается *ossis tribasilaris*. Kirchberg и Marchand даже высказываютъ предположеніе, что преждевременный синостозъ основанія черепа, который обусловливается тѣмъ же процессомъ, какъ и укороченіе костей конечностей, существуетъ во всѣхъ случаяхъ такъ называемаго фетальнаго рахита, гдѣ болѣзнь достигла высокой степени развитія. Stilling того мнѣнія, что преждевременный синостозъ *ossis tribasilaris* есть одинъ изъ характерныхъ признаковъ фетальнаго рахита. Kaufmann въ 1892 г. опубликовалъ свою монографію о такъ называемомъ фетальномъ рахитѣ и далъ здѣсь на основаніи 13 собственныхъ наблюденій исчерпывающее описаніе болѣзни и предложилъ новый терминъ *chondrodystrophia foetalis*, который позднѣе и былъ принятъ. Общимъ во всѣхъ его случаяхъ является то, что хрящевые части скелета не растутъ болѣе въ физиологическомъ смыслѣ. Это и есть *dystrophia* хрящей; она въ большей или меньшей степени лишаетъ хрящъ его физиологическаго роста и можетъ наступить въ самое различное время утробной жизни; чѣмъ раньше и интенсивнѣе она является, тѣмъ короче дѣлаются отдѣльныя кости. Такимъ образомъ этотъ процессъ въ своемъ существѣ ничего общаго съ истиннымъ рахитомъ не имѣетъ. Хотя при *chondrodystrophia foetalis* общимъ основнымъ процессомъ является измѣненіе хряща, все же можно различить слѣдующіе ея виды: *chondrodystrophia hypoplastica*, когда хрящъ неспособенъ къ пролифераціи, но по своему внѣшнему виду не измѣненъ, *chondrodystrophia malacica* или *chondromalacia foetalis*, когда хрящъ, неспособный къ физиологическому росту, размягченъ, и *chondrodystrophia hyperplastica*, когда хрящъ развиваетъ всестороннюю или неравномѣрную энергію роста. Противъ общепринятой связи между кретинизмомъ, синостозомъ *ossis tribasilaris* и такъ называемымъ *rachitis foetalis* Kaufmann указалъ, что втягиваніе корня носа съ кретиноподобнымъ впечатлѣніемъ, которое онъ въ большинствѣ случаевъ наблюдалъ, можетъ произойти

безъ преждевременнаго синостоza *ossis tribasilaris* и быть вызвано недостаточнымъ ростомъ части скелета, лежащей передъ этой костью. Кромѣ того еще и другое обстоятельство говоритъ противъ принятія связи между кренизмомъ и хондродистрофіей; какъ извѣстно, существуетъ доказанная связь между струмой и кренизмомъ, между тѣмъ, ни въ одномъ изъ сообщенныхъ случаевъ такъ называемаго фетальнаго рахита не доказано, чтобы мать имѣла струму, если не говорить объ увеличеніи въ незначительной степени щитовидной железы у дѣтей.

Въ послѣднее время выдвигается впередъ значеніе *glandulae thyreoideae* на ростъ скелета; такъ *Hofmeister* указалъ, что послѣ усѣченія щитовидной железы у кроликовъ ростъ въ длину отстаетъ и оссификація эпифизовъ замедлена. *Ziegler* высказалъ мнѣніе, что для данной болѣзни понятіе „рахитъ“ не можетъ быть примѣнено, во-первыхъ, потому, что нарушенія роста на эндохондральной границѣ оссификаціи не согласуются съ тѣми, которыя существуютъ при рахитѣ, а во-вторыхъ, нарушенія въ періостальной оссификаціи, свойственныя рахиту, здѣсь отсутствуютъ. Такимъ образомъ на основаніи выше приведенныхъ мнѣній, нужно придти къ убѣжденію, что одно изъ заболѣваній, которое прежде всего необходимо выдѣлить изъ рахита, какъ ему не принадлежащее, есть *chondrodystrophia foetalis*. Плоды, пораженные *chondrodystrophia foetalis*, по большей части рождаются раньше времени на 6-мъ, 8-мъ мѣсяцѣ или мертвыми, или же вскорѣ погибаютъ, хотя немногіе экземпляры выживаютъ и остаются жить до 30 и больше лѣтъ, обладая хорошимъ интеллектомъ. Они отличаются ненормально малымъ ростомъ въ длину вслѣдствіе поразительной короткости конечностей. При этомъ мягкія части развиты нормально и вслѣдствіе этого слишкомъ длинны и слишкомъ широки для короткихъ костей. Кожа образуетъ складки подобно слишкомъ широкой одеждѣ, она или отечна, или очень обильна жиромъ. Иногда существуетъ общая водянка или только анасарка, благодаря чему могутъ быть затруднены роды. Вслѣдствіе короткости конечностей туловище кажется поразительно длиннымъ. Какъ доказалъ *Kaufmann*, дѣло при этомъ процессѣ идетъ о недостаточномъ ростѣ хрящей и о преждевременномъ прекращеніи эндохондральной оссификаціи. Діафизы остаются короткими, но часто становятся болѣе или менѣ склеротичными вслѣдствіе сравнительно интенсивнаго періостальнаго образованія костей. На лицѣ этотъ процессъ выражается въ глубокомъ западеніи корня носа, почему

лицо получает кретинообразное выражение. Характерным для данной аномалии является положение пупка, онъ находится ниже нормы. По наружному виду такіе субъекты похожи на одержимыхъ *osteogenesis imperfecta*, но тамъ короткость и искривленіе конечностей зависятъ отъ частыхъ неправильно сросшихся переломовъ, кромѣ того и по микроскопическому строенію оба страданія разнятся. Макроскопическая и микроскопическая картина костей при хондродистрофіи бываетъ различна, смотря по тому, какая имѣется форма этого страданія. Самая частая форма хондродистрофіи гипопластическая. При ней кости часто кривыя, слишкомъ толстыя и короткія, эпифизы не представляютъ особеннаго утолщенія, напротивъ, при *ch. hyperplastica* эпифизы очень утолщены и обезображены вслѣдствіе ненормальнаго и нецѣлесообразнаго роста хряща, а діафизы прямые. При *chondrodystrophia malacica* хрящевыя части скелета имѣютъ поразительно мягкое строеніе, вслѣдствіе чего трубчатыя кости сильно сгибаются и степень сгиба діафиза измѣнчива, начиная отъ сгибанія подъ острымъ угломъ до нѣжнаго изгиба, почти приближающагося къ нормѣ. Между искривленіемъ и ненормальнымъ утолщеніемъ можно видѣть извѣстную зависимость: во-первыхъ, самыя маленькія и наиболѣе искривленныя кости были самыя твердыя, слѣдовательно обнаруживали самое интенсивное періостальное образованіе костей, во-вторыхъ, въ этихъ костяхъ на границѣ діафизовъ съ эпифизами имѣется вѣддрившаяся полоса періоста. Съ этимъ связана короткость костей, ибо если полоса періоста со всѣхъ сторонъ вѣддрывается между діафизомъ и эпифизомъ, то этимъ самымъ положенъ предѣлъ эндохондральному образованію костей и ростъ въ длину долженъ остановиться точно такъ же, какъ если бы интермедіарный хрящъ былъ отдѣленъ разрѣзомъ; если же полоса періоста вѣдрилась только съ одной стороны, то тамъ ростъ останавливается и, при дальнѣйшемъ развитіи, получается искривленіе. Въ случаяхъ, гдѣ діафизы прямые, вѣроятно, можно принять или всестороннее вѣдреніе періоста, или полное отсутствіе полосы періоста; въ послѣднемъ случаѣ причина остановки роста находится въ неспособности хряща пролиферировать. Причину сгибаемости частей скелета Kaufmann усматриваетъ въ мягкомъ устройствѣ первичнаго хрящевого остова; Юргенсъ считаетъ возможнымъ, что искривленные твердые діафизы продѣлали мягкую остеомалатическую стадію, за которой послѣдовалъ склерозъ короткихъ искривленныхъ костей.

Микроскопически *chondrodystrophia foetalis hypoplastica* характеризуется тѣмъ, что при ней въ эпифизѣ хрящевыя колонны располагаются по длинѣ кости, но въ нѣкоторыхъ мѣстахъ онѣ неправильны, невелики и состоятъ изъ ряда плоскихъ клѣтокъ. Зона гипертрофированныхъ клѣтокъ узка или совершенно отсутствуютъ. Клѣтки поблѣднѣвшія и велики, колоннъ не видно. При переходѣ кости въ хрящъ на нѣкоторыхъ мѣстахъ наблюдается утолщеніе періоста и послѣдній въ видѣ клина вѣдряется между эпифизомъ и діафизомъ; зона провизорнаго омѣлотворенія очень тонка и иногда вполнѣ отсутствуетъ. Расположеніе первичныхъ костномозговыхъ полостей и раствореніе хрящевыхъ клѣтокъ приблизительно нормально. Большія ненормальности видны при разсмотрѣніи собственно костной субстанции: костныя балки чрезвычайно малы, коротки и узки, форма ихъ неправильна; онѣ лежатъ чрезвычайно далеко другъ отъ друга; нигдѣ нѣтъ ламеллярно построенной кости; костныя балки видны только въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ эпифизомъ; область лакунарнаго расщепленія костей расширена: такъ образуются обширныя костно-мозговья полости на границѣ между хрящемъ и костью. Кромѣ того здѣсь встрѣчается лишенное извести костное вещество, такъ называемая остеοидная ткань, исходящая изъ періоста и костнаго мозга. Хрящъ также вслѣдствіе метаплазіи можетъ превратиться въ остеοидную ткань. Остеобласты располагаются не всегда непрерывнымъ рядомъ; нерѣдко видны перерывы, но гдѣ они существуютъ, они выражены хорошо. На многихъ мѣстахъ находятся ясно выраженыя гигантскія клѣтки (остеокласты). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣются значительныя хрящевыя остатки въ костныхъ балкахъ, глубоко заложенныхъ въ діафизахъ. Костный мозгъ лимфоидный, бѣдный клѣтками, ретикулярный; чисто фибрознаго и жирового нѣтъ. Изъ этого можно получить впечатлѣніе бездѣятельнаго состоянія, въ которомъ находится вся костная система. Вудау описываетъ костный мозгъ частью желатинознымъ, частью волокнистымъ съ малыми узкими кровеносными сосудами, чему онъ придаетъ большое значеніе, и въ этомъ онъ видитъ начало всего заболѣванія.

*Chondrodystrophia hyperplastica* отличается тѣмъ, что оссификаціонная линія нѣсколько менѣе прямолинейная, чѣмъ у нормальныхъ индивидуумовъ, все же она не имѣетъ того неправильнаго хода, какъ при рахитѣ. Но главнымъ образомъ имѣетъ значеніе то, что не встрѣчается длинныхъ колоннообразныхъ

рядовъ хрящевыхъ клѣтокъ. Клѣтки вездѣ неправильно распределены, костномозговья полости неправильны, многочисленны и богаты сосудами и гигантскими клѣтками. На границѣ между эпифизами и діафизами выступаетъ довольно широкая зона обызвествленнаго хряща. На ряду съ этимъ происходитъ довольно значительная періостальная оссификація, такъ какъ части діафизовъ, граничащія съ эпифизами, довольно значительно расширены, вслѣдствіе чего, они въ видѣ чашъ обхватываютъ увеличенные эпифизы. Этимъ хондродистрофія отличается отъ другой болѣзни, имѣющей съ ней сходство въ недостаточной эндохондральной оссификаціи, но при которой и періостальная оссификація чрезвычайно скудна, именно отъ *osteogenesis imperfecta*. Stilling проводитъ рѣзкую границу между *chondrodystrophia foetalis* и *osteogenesis imperfecta*: при *osteogenesis imperfecta*, во-первыхъ, всѣ предшествующія оссификаціи измѣненія хрящевой ткани произошли правильно; недостаетъ только наслоенія молодого костнаго вещества изъ первичныхъ костно-мозговыхъ пространствъ, во-вторыхъ, при ней (*osteogenesis imperfecta*) оссификація со стороны періоста чрезвычайно недостаточна, между тѣмъ какъ она при *chondrodystrophia foetalis* совершенно нормальна. Многочисленныя гигантскія клѣтки, лежащія въ костномъ мозгу, расположены часто въ зазубринахъ костныхъ перекладинъ и въ обызвествленномъ основномъ веществѣ и очевидно служатъ для рассасыванія. Подобное богатство гигантскими клѣтками въ костномъ мозгу Kirschberg, Marchand и Kaufmann могли доказать и въ случаяхъ *chondrodystrophia foetalis*. При хондродистрофіи находятъ нормальное развитіе костей черепа. Діафизы коротки и толсты, крѣпки и склеротичны, почему Kundrať назвалъ хондродистрофію *osteosclerosis congenita* въ противоположность *osteoporosis congen.*, егo названію *osteogenesis imperfecta*; при первой не находятъ никакихъ переломовъ вслѣдствіе компактнаго образованія костей. Микроскопическая находка напротивъ указываетъ большое сходство: общими выступаютъ пропорціонально незначительная пролиферація хрящевыхъ клѣтокъ въ переходной зонѣ, небольшія клѣточные кучи, почти прямая зона обызвествленія, большія ядра хряща внутри костныхъ балокъ многочисленныя остеокласты.

Люэтическія заболѣванія костей макроскопически также сходны съ хондродистрофическими измѣненіями въ эпифизахъ, но микроскопически различны отъ нихъ. На основаніи большого

числа подробно приведенныхъ микроскопическихъ изслѣдованій Lenz и Чистовичъ критически относятся къ высокимъ числамъ врожденнаго рахита и приходятъ къ заключенію, что по всей вѣроятности большое число случаевъ, приписываемыхъ врожденному рахиту, люэтического происхожденія, при чемъ микроскопическая находка не даетъ картины, характерной для рахита, но напротивъ представляетъ усиленное ненормальное отложеніе известковыхъ солей въ гипертрофическомъ хрящѣ.

Что касается этиологіи хондродистрофіи, то по Franqué причину этого заболѣванія слѣдуетъ искать въ недостаткѣ мѣста, это подтверждается еще тѣмъ, что одновременно наблюдаются косопалыя ноги, образованіе шелей, а также дефекты на нижнихъ конечностяхъ. Интересенъ тотъ фактъ, что подобные уроды часто производятся на свѣтъ одной и той же женщиной и поэтому легко предположить, что и причина находится въ материнскомъ организмѣ. Указываютъ въ этомъ отношеніи на дурное питаніе матери. Тотъ фактъ, что у такихъ плодовъ часто наблюдается *hydramnion*, по мнѣнію *Birnbau m'a*, не имѣетъ большаго значенія, такъ какъ *hydramnion*, какъ извѣстно, является весьма частымъ сопутствующимъ явленіемъ при всевозможныхъ уродствахъ и фетальныхъ заболѣваніяхъ. Весьма частой причиной прирожденнаго заболѣванія костей является врожденный сифилисъ, который у плода преимущественно поражаетъ кости, но для хондродистрофіи сифилисъ, какъ этиологическій моментъ, не доказанъ.

*Reyhner* описываетъ два случая хондродистрофіи и обращаетъ вниманіе на то, что родители уродовъ были въ родствѣ и что четвертый ребенокъ имѣлъ тѣ же явленія, что и 9-й, но въ большей степени и кромѣ того волчью пасть.

*Bosse* при описаніи случая хондродистрофіи говоритъ, что, не смотря на внѣшнее сходство, нельзя отождествлять это заболѣваніе съ кретинизмомъ, микседемой и *cachexia strumipriva*; между тѣмъ какъ *Hofmeister* указалъ, что послѣ усѣченія щитовидной железы у кроликовъ ростъ въ длину замѣтно отстаетъ, а также оссификація эпифизовъ замедлена. *Ziegler* говоритъ, что во многихъ случаяхъ причина уменьшеннаго роста скелета лежитъ въ недостаточной функціи щитовидной железы и это именно считается за нарушеніе роста, присущее кретинизму, который наступаетъ частью эндемически подъ влияніемъ еще неизвѣстныхъ міазмъ, частью также спорадически и можетъ получиться опера-

тивнымъ путемъ вслѣдствіе удаленія щитовидной железы, но вообще причины пріобрѣтеннаго нарушенія роста костей, по мнѣнію Ziegler'a и Waiss'a, не извѣстны. Bayo n считаетъ, что chondrodystrophia foetalis hypoplastica патолого-анатомически отнюдь не тождественна съ кретинизмомъ; этиологически до сихъ поръ не было доказано ни одной точки соприкосновенія обоихъ заболѣваній. Planchu описываетъ случай хондродистрофіи и указываетъ, что мать этого субъекта имѣла гиперсекрецію щитовидной железы и подверглась частичной тиреодектоміи и задается вопросомъ, не является ли это заболѣваніе причиной дистрофіи?

Johannessen описываетъ возникновеніе хондродистрофіи слѣд. образомъ: въ тотъ или другой періодъ внутриутробной жизни, судя по всему ходу развитія скелета, вѣроятно, не ранѣе послѣдней трети наступило нарушеніе въ развитіи хряща въ томъ смыслѣ, что онъ потерялъ свою физиологическую способность расти въ извѣстномъ направленіи и съ извѣстной тенденціей. Способность же къ росту имъ не была утрачена, ростъ сдѣлался лишь не дисциплинированнымъ, непланомѣрнымъ. О причинѣ, обусловившей это своеобразное измѣненіе скелета, очень трудно высказаться. Щитовидная железа, повидимому, не имѣетъ значенія для возникновенія chondrodystrophia foetalis. Harbitz полагаетъ, что болѣзнь получена въ фетальной жизни ранѣе, чѣмъ могли появиться первые зачатки костной системы, на это указываетъ развитіе костей и въ этомъ онъ присоединяется къ мнѣнію Bidder'a и Scheib'a. Legry говоритъ, не объясняя на чемъ онъ основываетъ свое мнѣніе, что „Achondroplasia“ покоится на дистрофіи въ примордіальномъ хрящѣ, которая была отъ 3 до 7 мѣсяцевъ фетальной жизни. Wagner полагалъ, что сущность болѣзни лежитъ въ измѣненіи костныхъ тѣлецъ, поэтому онъ назвалъ болѣзнь „chronische parenchymaföse ossitis“.

Budaу полагалъ, что фиброзный, бѣдный сосудами костный мозгъ, на который онъ указалъ, есть видъ плохого питанія и вслѣдствіе этого является недостаточное костеобразование.

Въ случаѣ Harbitz'a пуповина была очень коротка (20 см.), вяла и дрябла и онъ думаетъ, что въ этомъ можно искать причину для плохого питанія плода съ дистрофіей костной системы. Наслѣдственность, плохое питаніе матери и тяжелая работа также, повидимому, не играютъ роли. Особенно важно, что всѣ большіе железистые органы и особенно щитовидная

железа у плодовъ пораженныхъ хондродистрофіей найдена нормальной.

Въ виду интереса этого заболѣванія я по предложенію профессора Н. В. Орлова занялся изслѣдованіемъ анатомическихъ и патологическихъ особенностей фетальной хондродистрофіи на матеріалѣ музея акушерской клиники. Въ моемъ распоряженіи имѣются три подобныхъ случая: два случая получены изъ городского родильнаго пріюта и одинъ изъ херсонской больницы.

*Случай № 1.* Больная 27 лѣтъ отъ роду, была всегда здорова, рождаетъ 3-й разъ. Тазъ нормальный. Беременность 7 $\frac{1}{2}$  м. Окружность живота 96, 99 и 92. Многоводіе. Ягодичное предлежаніе. Самопроизвольные роды мальчикомъ съ короткими конечностями, заячьей губой и волчьей пастью. Ребенокъ родился слабымъ и жилъ послѣ родовъ два часа. Прежнія дѣти живы и нормально развиты; люэса въ анамнезѣ не указано. Размѣры этого плода и слѣдующихъ двухъ для лучшаго уясненія заболѣванія и для сравненія съ нормальнымъ плодомъ и случаями K a u f m a n n'a и J o h a n n e s s e n'a будутъ приведены ниже въ особой таблицѣ.

• Макроскопическое описаніе. Плодь (см. рис. 1) имѣетъ круглую головку съ сильно развитымъ затылкомъ, лицо уплощено, глаза выпячены, носъ плоскій, ротъ раскрытъ, верхняя губа раздѣлена двумя щелями, проникающими въ полость носа, на три части, расщепленіе губы продолжается и на нѣбо. Шея довольно длинная. Руки очень коротки, толсты, конусовидны, быстро суживаются къ кисти. На правой кисти имѣются 3 пальца уплощенные, съ ногтями. На лѣвой рукѣ 3 пальца почти такой же величины, какъ и на правой, а четвертый палецъ на медиальной сторонѣ очень коротокъ (0,5) съ зачаткомъ ногтя. Бедра у тазобедреннаго сустава толсты, имѣютъ конусовидную форму и быстро суживаются къ колѣну; колѣно значительно утолщено, какъ бы вздуто; голень очень коротка. Ступня развита приблизительно нормально—на ней имѣются всѣ пальцы. Половые органы развиты нормально. Для микроскопическаго изслѣдованія взята tibia и грудина.

На рентгенограммѣ рис. 1-а можно замѣтить обызвествленные кости черепа и изъ костей туловища слѣд.: позвонки, ребра, ключицы, лопатки и кости таза почти сплошь обызвествлены; на верхнихъ конечностяхъ на мѣстѣ плечевой кости имѣется неясная тѣнь, изъ костей предплечія видна одна кость и три кости кисти.

На нижнихъ конечностяхъ видна правая бедренная, изломанная въ верхней трети; эпифизы утолщены, костей голени замѣтить нельзя; на стопѣ видны всѣ кости плюсны и фаланги.

Tibia совершенно не имѣетъ своей нормальной формы: (см. рисунокъ 4) одинъ конецъ толстый, другой приостренный и состоитъ изъ хрящевой ткани; послѣдняя имѣетъ совершенно гомогенное основное вещество, узкія и длинныя хрящевыя клѣтки; эти клѣтки очень мелки, рѣзко вытянуты, бѣдны протоплазмой; хрящъ кое-гдѣ проросъ сосудами. Признаковъ костнаго вещества нигдѣ нѣтъ. Вокругъ сосудовъ хрящъ носитъ характеръ зародышеваго.

На груди нѣ имѣются двѣ точки окостенѣнія: одна продолговатая, какъ бы состоящая изъ двухъ точекъ и другая круглая; въ точкахъ окостенѣнія костный мозгъ богатъ клѣтками, кость не носитъ характера пластинокъ. Мѣстами кость имѣетъ грубоволокнистое строеніе, костныя полости лежатъ скученно; главная масса кости интенсивно красится въ синій цвѣтъ; различить костныя полости и тѣльца не удается.

*Случай № 2.* 1908 г. 21 іюля. Маріанна Р. 24 лѣтъ, замужняя, беременна 1-й разъ, въ дѣтствѣ не болѣла. Нѣкоторыя указанія на lues имѣются. Первая менструація на 14-омъ году по 3—4 дня черезъ 4 недѣли, послѣдняя—въ декабрѣ. Беременность 7-ми мѣсяцевъ. Окружность живота 94, 99, 92. Отъ лобка до мечевиднаго отростка 32, высота дна матки надъ лобкомъ 25, надъ пупкомъ 12 см. Сердцебиеніе справа, интенсивность слабая. Предлежаніе ножное. Боли 21 іюля въ 6 час. утра; воды отошли въ 2 часа дня 22 іюля; начало врѣзыванія въ 2 час. 12 м.; младенецъ женскаго пола родился мертвымъ въ 2 час. 15 м.; послѣдъ вышелъ въ 2 час. 25 м.. Выписалась больная на 6-й день здоровой. Плодъ — дѣвочка (см. рисунокъ 2) съ большой головой, короткими руками и ногами. Голова имѣетъ круглую форму, развитую въ затылочной части (форма головки какъ при ягодичномъ положеніи). Руки укорочены, суставы плечевые и особенно локтевые утолщены, вздуты; кисти нормально развиты, имѣютъ по пяти пальцевъ съ ногтями. Ноги укорочены, колѣнные суставы утолщены, вздуты, голени изогнуты внутрь и утолщены. На ступняхъ по 5 пальцевъ съ ногтями. Наружные половые органы нормальны; внутренніе органы безъ особенныхъ измѣненій. Для изслѣдованія взята gland. thymus, пуповина, лѣвая плечевая, плечевой суставъ и кости предплечія, правая нога—

бедро съ колѣннымъ суставомъ и часть tibiae. Glandula thymus и пуповина не представляютъ ничего ненормальнаго.

На рентгенограммѣ (рис. 2-а) можно видѣть обызвествленныя кости черепа и кости туловища: позвонки, ребра, ключицы и лопатки. Изъ костей верхнихъ и нижнихъ конечностей всѣ трубчатыя кости искривлены и діафизы ихъ къ области эпифизовъ утолщены; кости кисти и стопы обозначены неясно; кости таза выражены неясно. Плечевая кость изогнута подъ тупымъ угломъ приблизительно  $120^{\circ}$  (см. рисунокъ № 5 в), эпифизы толсты и неуклюжи, линія окостенѣнія нижняго эпифиза слегка неровная, а вблизи верхняго кость въ видѣ раструба расширяется и линія окостенѣнія въ высшей степени неровная, шейка, какъ таковая, отсутствуетъ, она деформирована. Точки окостенѣнія въ эпифизахъ отсутствуютъ.

Микроскопическое строеніе. Васкуляризація эпифизовъ выражена слабо. Хрящъ въ центральныхъ частяхъ окрашивается въ синій цвѣтъ и клѣтки расположены густо по двѣ, по три въ одной ячейкѣ; между тѣмъ какъ при приближеніи къ линіи окостенѣнія межклѣточное вещество болѣе блѣдно красится, хрящевыя клѣтки становятся рѣже и меньше по своимъ размѣрамъ; у самой линіи окостенѣнія межклѣточное вещество еще рѣзче (его больше) выражено, хрящевыя клѣтки велики и лежатъ въ безпорядкѣ. По самому краю окостенѣнія, гдѣ есть костно мозговая полости, отсутствуетъ непрерывная линія омѣлотореннаго хряща, а только мѣстами видно, что межклѣточное вещество частью диффузно, частью зернисто окрашено гематоксилиномъ (см. рис. 1).

Костное вещество діафиза неравномѣрно окрашено, костныя полости широки; костный мозгъ богатъ кровью, есть жировыя лакуны и мало костно-мозговыхъ клѣтокъ; мѣстами видны по краю полостей остеокласты и остеобласты. Вообще костное вещество діафиза имѣетъ грубоволокнистое строеніе; мѣстами костный мозгъ имѣетъ характеръ фибрознаго, а мѣстами слизистаго. Періостъ толстъ, бѣденъ сосудами, по самому краю кости лежитъ слой остеобластовъ; самый край костнаго вещества въ видѣ узкой полоски красится въ блѣдно-розовый цвѣтъ, тогда какъ кость красится въ синевато-красный цвѣтъ и такая закраинка въ видѣ остеонидной ткани видна не только у самаго края, но и глубже въ области періостальнаго окостенѣнія. Замедленъ процессъ отложенія извести при періостальномъ окостенѣніи, а перихондральное окостенѣніе выражено слабо. Въ самой

кости процессъ ассимиляціи выраженъ неравномѣрно; окраска ея имѣеть пеструю картину; само основное вещество мѣстами грубоволокнисто, а мѣстами гомогенно, т. е. похоже на остеонидную ткань (костная ткань безъ извести).

Костныя полости широки. Линіи размноженія хрящевыхъ клѣтокъ и складыванія ихъ въ столбики на данныхъ препаратахъ нѣтъ. На границѣ между эпифизомъ и діафизомъ отростокъ періоста въ видѣ зубца влвигается между хрящемъ и костью съ обѣихъ сторонъ (см. рис. 7). Костно-мозговья полости очень широки и костныя пластинки узки и малочисленны вблизи эпифизовъ, а вблизи періоста въ отдаленіи отъ эпифизовъ костное вещество богато развито, а костныя полости узки и немногочисленны, такъ что въ первомъ мѣстѣ имѣются явленія остеопороза, а во второмъ остеосклероза.

Правая нога. Діафизъ бедренной кости изогнутъ въ дугу (см. рисунокъ 6), эпифизы ея толсты, точекъ окостенѣнія нѣтъ, въ діафизахъ по линіи окостенѣнія омѣлотворенныя пластинки хрящевой ткани окружены поясомъ остеонидной ткани. Мѣстами на верхнемъ эпифизѣ по краю линіи окостенѣнія хрящевыя капсулы омѣлотворены, а клѣтки ихъ размножились, хотя правильныхъ столбиковъ онѣ не образуютъ. Остальныя отношенія въ хрящѣ и кости тѣ же, какъ и въ рукѣ. Много остеокластовъ. Отростокъ періоста также врастаетъ между хрящемъ эпифиза и діафизомъ.

*Случай № 3.* Анамнезъ доставленъ врачомъ херсонской земской больницы. Мѣщанка г. Херсона, первороженица, роды срочные, 24 января 1910 г. поступила въ отдѣленіе больницы съ открытіемъ зѣва на  $3\frac{1}{2}$  пальца при сохраненномъ плодномъ пузырьѣ. Родовыя боли начались съ вечера, поступила въ больницу утромъ; схватки очень сильны и часты; сердцебиеніе плода не слышно. Къ вечеру полное открытіе, воды отошли, головка низко, прощупывается малый родничекъ кзади. Въ 5 час. вечера одинъ приступъ эклямпсіи, черезъ  $\frac{1}{2}$  часа второй. Наложены щипцы, причемъ они два раза соскальзывали, но въ концѣ концовъ головку удалось вывести; при потягиваніи за головку, шея стала сразу расползаться и головка отдѣлилась (плодь мертвый и мацерированный), туловище извлечено рукой. Плодь вполне доношенный, движеній плода большая за нѣсколько дней до начала родовъ не чувствовала. Въ анамнезѣ указаній на lues ни со стороны мужа, ни со стороны родильницы не имѣется.

Плодь мужского пола, (см. рисунокъ № 3) отечный съ водяной голсы; голова вытянута въ вышину и въ затылокъ; послѣдній переходитъ въ мягкую мѣшковидную опухоль; кости черепа довольно плотны, кромѣ затылочной; лицо и все тѣло отечно; кожа сильно утолщена и какъ бы пропитана жидкостью и жиромъ; ротъ широкій; верхняя губа и небо расщеплены; вѣки отечны; носъ коротокъ, широкъ и вздернутъ. Брюшная полость неполнѣ зарощена (закрыта тонкой пластинкой). Плодь доставленъ со вскрытой брюшной полостью. Руки и ноги коротки, особенно коротки и широки кисти; на обѣихъ рукахъ имѣется по пяти пальцевъ, которые срослись между собою, только большой палецъ нѣсколько отдѣленъ въ области ногтевой фаланги; на тылѣ кисти имѣются ясно обозначенныя борозды, отдѣляющія одинъ палецъ отъ другого. Ступни широки и повернуты внутрь; пальцы такіе же, какъ и на рукахъ. При вскрытіи найдена большая печень и аномалія развитія сердца и сосудовъ. (Эти органы оставлены на мѣстѣ для послѣдующаго детального изученія). На рентгенограммѣ 3-а ясно видны кости черепа, особенно верхняя и нижняя челюсть.

Изъ костей туловища въ позвонкахъ видны окостенѣвшіе поперечные остистые отростки, задній остистый отростокъ и ребра, а также лопатки и въ *os ileum* два костныхъ ядра.

Для микроскопическаго изслѣдованія взяты *thymus* и правая нога, часть таза, бедро и голень. *Thymus* увеличена, корковый и мякотный слои развиты хорошо, Гассаловы тѣльца умеренныхъ размѣровъ, нѣкоторыя Гассаловы тѣльца превращены въ кисты, наполненныя полиморфноядерными лейкоцитами.

Большеберцовая кость коротка, имѣетъ неправильную форму, перихондрій очень толстѣ, вся она состоитъ исключительно изъ васкуляризованнаго хряща; хрящъ носить характеръ гиалиноваго, богатъ клѣтками, хрящевыя полости мелки, никакихъ признаковъ образованія кости нѣтъ. Бедренная кость имѣетъ неправильную форму и въ главной массѣ состоитъ изъ хряща, имѣющаго зародышевый видъ. Вверху приблизительно на уровнѣ вершины диафиза и шейки имѣется точка окостенѣнія неправильной формы съ зигзагообразными краями.

Микроскопическое изслѣдованіе. Зона провизорнаго омѣлотворенія хряща узка, колонки изъ размножившихся хрящевыхъ клѣтокъ почти отсутствуютъ, резорбція хряща со стороны костнаго мозга замедлена: не видно остеокластовъ, хряще-

вая ткань остается въ большомъ количествѣ въ срединѣ костныхъ балокъ и видна даже въ центральныхъ частяхъ точекъ окостенѣнія (см. рис. 8). Остеобластовъ мало.

Костный мозгъ богатъ клѣтками въ центральныхъ частяхъ, въ периферическихъ частяхъ онъ имѣетъ мало клѣтокъ и носить характеръ фибрознаго. Въ двухъ мѣстахъ эта (съ зигзагами) точка окостенѣнія граничитъ съ періостомъ и въ этой части видна хорошо развитая, грубо волокнистая кость съ толстыми балками и узкими костно-мозговыми полостями, и въ нихъ особенно въ части ближайшей къ періосту много остеобластовъ, а камбіальный слой періоста въ этомъ мѣстѣ также богатъ остеобластами. Отсюда видно, что эндохондральное окостенѣние замедлено, а періостальное совершается, повидимому, нормально. Нижняя точка окостенѣнія имѣетъ овальный видъ, края ея ровны; гистологическія измѣненія тѣ же, что въ выше описанной точкѣ. Главная масса ossis isci состоитъ изъ хряща, она имѣетъ двѣ небольшихъ точки окостенѣнія, носящія совершенно тотъ же характеръ, что и въ бедрѣ, а именно можно различить двѣ части: одна часть, развивающаяся изъ періостальнаго окостенѣнія даетъ хорошо организованную кость съ массой остеобластовъ по краямъ, а другая, принадлежащая эндохондральному окостенѣнію, имѣетъ много остатковъ хряща, костнаго вещества здѣсь очень мало.

Въ виду того что однимъ изъ главныхъ макроскопическихъ признаковъ хондродистрофіи является короткость конечностей, зависящая отъ заболѣванія хряща, для сравненія ниже привожу таблицу измѣреній трехъ описываемыхъ мною плодовъ, двухъ случаевъ *Condroydystrophia Kaufman's* и одного *Johnpessa's*, а также размѣры нормальнаго плода.

Изъ приведенной таблицы видно, что длина тѣла плодовъ № 1, 2 и 3 по сравненію съ нормальнымъ ниже нормы и даже ниже случая А; длина туловища въ сравненіи съ длиной конечностей велика; объемъ груди подходит къ объему случая С. Кости бедренныхъ костей по длинѣ значительно ниже нормы и въ случаѣ № 1 и 2 подходятъ къ случаю В, а въ № 3 къ случаю А.; большеберцовая кость по длинѣ въ 1-мъ и 3-мъ случаѣ значительно меньше, чѣмъ даже въ случаѣ А., а въ случаѣ № 2 почти одинакова съ случаемъ В. Кости плечевыя и предплечія по длинѣ въ случаяхъ № 1, 2 и 3 близко подходятъ къ случаю А. Своими діафизами и эпифизами кости № 1, 2 и 3 ниже нормы, кости № 2 показываютъ, что хотя діафизы коротки, эпифизы сравнительно

	A.	B.	C.	№ 1.	№ 2.	№ 3.	N.
A. Chondrodystrophia hypoplastica.							
N. Норм.							
B. Chondrodystrophia hyperplastica.							
C. Случай Iohannessen'a.							
№ 1, 2, 3 мои случаи.							
a) Окружность головы .....	—	—	34,0	29,0	28,0	28,0	35,5
b) Длина тѣла .....	40,0	42,0	52,0	36,0	31,5	34,75	50,0
c) Расстояніе отъ макушки до коп- чика .....	—	—	37,0	24,0	23,0	26,0	—
d) Объемъ груди на уровнѣ подмы- шекъ .....	—	—	26,5	25,0	21,0	26,0	—
e) Длина бедра .....	4,2	6,8	9,0	6,0	6,0	4,0	9,8
f) Его діафиза .....	3,0	3,8	—	—	3,0	2,1	7,2
g) Длина поперечника діафиза ..	0,6	0,6	—	—	0,4	0,7	0,8
h) Поперечникъ верхняго эпифиза бедра .....	2,0	3,3	—	—	1,0	1,2	2,7
i) Поперечникъ нижняго эпифиза бедра .....	2,2	3,6	—	—	1,1	1,0	2,6
k) Длина плечевой кости .....	3,2	6,4	7,0	3,0	4,5	2,2	8,0
l) Длина предплечія .....	—	5,2	6,0	1,5	2,3	2,8	6,8
” ” большеберцовой кости ..	3,3	5,5	8,0	2,2	5,0	2,5	8,2
m) Окружность шеи .....	—	—	15,0	15,0	13,0	12,0	—
n) Плечевой поясъ .....	—	—	—	31,5	23,5	26,0	35,0
o) Тазовой поясъ .....	—	—	—	17,0	20,5	24,5	32,0
p) Окружность живота .....	—	—	—	28,0	23,0	31,0	34,0
Расстояніе между пупкомъ и лоб- комъ .....	—	—	—	4,0	2,5	3,0	—

7 мѣс.      8 мѣс.

35,0—38,0      42,0

нормальны, кромѣ того діафизы даннаго случая очень искривлены. Между тѣмъ какъ въ случаѣ 1 и 3 діафизы довольно толсты и прямы. Уже выше приведенныя измѣренія указываютъ, что наши случаи по размѣрамъ костей конечностей больше подходятъ къ *chondrodystrophia hypoplastica*, особенно случай № 2, гдѣ почти всѣ кости конечностей сильно искривлены, въ случаяхъ № 1 и 3 кости конечностей почти прямы, такъ что въ этомъ отношеніи они подходятъ больше къ *chondrodystrophia hyperplastica*, къ тому же и эпифизы ихъ сравнительно широки и обезображены, какъ это чаще бываетъ при послѣдней формѣ. Относительно 3-го случая есть указанія въ анамнезѣ, что плодъ доношенный; за это также говоритъ и точка окостенѣнія въ нижнемъ эпифизѣ бедра, поэтому нужно предположить, что это высшая степень хондродистрофіи. Изъ описанія рентгеновскихъ снимковъ мы находимъ, что въ № 1 кости головы и туловища обьизвествлены, въ нѣкоторыхъ частяхъ конечностей, какъ напр. въ предплечіи и бедрѣ окостенѣніе слабо или довольно ясно выражено, а въ другихъ, какъ большеберцовая, окостенѣнія не замѣтно. Въ случаѣ № 2 кости туловища обьизвествлены; всѣ трубчатыя кости верхнихъ и нижнихъ конечностей искривлены; ширина эпифизовъ въ сравненіи съ шириной діафизовъ велика; кости кисти, стопы и таза выражены неясно. Въ случаѣ № 3 окостенѣніе всѣхъ костей туловища и особенно костей конечностей задержано. Изъ сдѣланнаго нами макро- и микроскопическаго изслѣдованія можно вывести заключеніе, что въ случаѣ № 1 при болѣе или менѣе нормальномъ развитіи скелета туловища, кости конечностей не только укорочены и деформированы, но также и процессъ окостенѣнія въ нѣкоторыхъ изъ нихъ совсѣмъ не начинался, напр. б.-берцовая кость состоитъ изъ сравнительно разросшагося въ ширину хрящевого остова, въ которомъ не имѣется даже и признаковъ окостенѣнія, тогда какъ въ нормально развитомъ плодѣ ядро окостенѣнія въ больше-берцовой кости появляется уже на второмъ мѣсяцѣ утробной жизни. Переломъ бедренной кости въ данномъ случаѣ нужно признать случайнымъ; кромѣ ненормальности окостенѣнія въ данномъ случаѣ имѣется аномалія устройства костей: онѣ очень плоски; кромѣ того имѣется недостатокъ пальцевъ.

Въ случаѣ № 2 скелетъ туловища развитъ также приблизительно нормально, но зато кости конечностей не только сильно искривлены, эпифизы ихъ утолщены, но также и процессъ окостенѣнія значительно уклоняется отъ нормы; отклоненіе это заклю-

чается въ томъ, что на границѣ между эпифизомъ и діафизомъ на линіи окостенѣнія, хрящевыя клѣтки не располагаются правильно въ видѣ столбиковъ, а лежатъ въ беспорядкѣ и непрерывной линіи омѣлотвореннаго хряща, какъ въ нормальномъ состояніи, не образуютъ. Это указываетъ на слабое эндохондральное окостенѣніе; кромѣ того широкія полости и узкія костныя пластинки вблизи діафиза, присутствіе остеонидной ткани и большого количества остеокластовъ, все это указываетъ на значительную резорбцію костной ткани; неравномѣрное окрашивание кости свидѣтельствуетъ о ненормальной ассимиляціи извести, присутствіе же остеонидной ткани о замедленіи процесса отложенія известковыхъ солей. Вростаніе же періоста между эпифизомъ и діафизомъ въ видѣ клина способствуетъ прекращенію роста кости въ длину. Различная ширина костныхъ пластинокъ и костныхъ полостей въ діафизѣ указываетъ на явленія остеопороза въ одномъ мѣстѣ и остеосклероза въ другомъ. Изъ препаратовъ случая № 3 мы видимъ, что большеберцовая кость неправильной формы и вся состоитъ изъ васкуляризованнаго хряща и никакихъ признаковъ окостенѣнія ея нѣтъ; бедро также неправильной формы и въ главной массѣ состоитъ изъ хряща, но въ этомъ хрящѣ уже имѣются двѣ точки окостенѣнія: одна на уровнѣ вершины діафиза и шейки (при нормѣ первичная точка окостенѣнія появляется на срединѣ діафиза уже на 30—40 день утробной жизни, быстро раздвигается къ концамъ діафиза (Poirier) особенно къ верхнему, образуя главную его часть, отсюда и развивается шейка бедра), вторая точка окостенѣнія овального вида находится въ нижнемъ эпифизѣ, (эта точка въ нормальномъ случаѣ развивается на 9-мъ мѣсяцѣ утробной жизни). Что касается особенностей этихъ точекъ окостенѣнія, то онѣ заключаются въ томъ, что и здѣсь зона провизорнаго омѣлотворенія хряща узка, хрящевыхъ колонокъ почти нѣтъ, резорбція со стороны костнаго мозга замедлена: не видно остеокластовъ и хрящевая ткань сохранена въ костныхъ пластинкахъ даже въ центрѣ точекъ окостенѣнія. Кромѣ того особенность этого случая составляетъ то, что въ двухъ мѣстахъ точка эндохондральнаго окостенѣнія граничитъ съ періостомъ и въ этой части видна хорошо развитая, грубо-волокнистая кость съ толстыми балками и узкими костно-мозговыми полостями.

Итакъ, на основаніи собранныхъ выше литературныхъ свѣдѣній и изученія трехъ нашихъ случаевъ неправильнаго развитія

конечностей, мы не вполне можем приравнять послѣдніе къ фетальному рахиту Вирхова и къ *chondrodystrophia foetalis Kaufmann'a*.

Вирховъ говоритъ, что главнымъ процессомъ въ растущихъ костяхъ при такъ называемомъ фетальномъ рахитѣ не является разрастаніе хряща съ замедленнымъ окостенѣніемъ, какъ при настоящемъ рахитѣ, но усиленное окостенѣніе съ уменьшеннымъ разрастаніемъ хряща, въ результатъ чего является склерозъ костей.

А Kaufmann показаль, что при *chondrodystrophia foetalis* дѣло идетъ о недостаточномъ ростѣ хрящей и о преждевременномъ прекращеніи эндохондральной оссификаціи.

Нашъ первый случай по наружнымъ признакамъ подходитъ къ понятію хондродистрофія; разросшаяся, состоящая изъ хряща *tibia*, не имѣющая ни одной точки окостенѣнія, только отчасти говоритъ за *chondrodystrophia hyperplastica*, а больше за какую-то особенную форму заболѣванія кости, при чемъ болѣзненнымъ процессомъ поражены не всѣ кости конечностей, а, повидимому, только кости голени и предплечія.

Что касается второго случая, то здѣсь уже наружные признаки, какъ-то: короткій носъ, короткія и искривленныя конечности, утолщенные суставы, складчатая толстая кожа—говорятъ за *chondrodystrophi'ю*; на тотъ же процессъ указываютъ замедленное отложеніе извести при періостальномъ окостенѣніи и слабо выраженное перихондральное окостенѣніе; кромѣ того въ самой кости процессъ ассимиляціи извести выраженъ ненормально. Вблизи эпифизовъ имѣется остеопорозъ, а вдали отъ эпифиза на срединѣ діафиза—остеосклерозъ. Чрезвычайная кривизна костей, какъ въ данномъ случаѣ, можетъ указывать, по мнѣнію Kaufmann'a, на мягкость первичнаго хрящевого остова, а по мнѣнію Юргенса, искривленные твердые діафизы продѣлали остеомалатическую стадію, за которой послѣдоваль склерозъ короткихъ искривленныхъ костей. Придерживаясь послѣдняго мнѣнія, мы причисляемъ свой второй случай къ типу *chondrodystrophia malacica*, хотя порозность діафиза вблизи эпифиза и изгибъ кости почти подъ прямымъ угломъ нѣсколько наводятъ на мысль объ *osteogenesis imperfecta*; нѣкоторые же намеки на *lues* въ анамнезѣ и зазубренная линія окостенѣнія могутъ указывать на люэтическія измѣненія кости.

Въ третьемъ случаѣ наружные признаки: короткій вздер-

нутый носъ, короткія, недоразвитыя, въ видѣ плавниковъ конечности, толстая, пропитанная жидкостью кожа, собирающаяся въ складки—указываютъ на хондродистрофію, а макро- и микроскопическія измѣненія деформированныхъ костей, заключающіяся въ недостаточномъ окостенѣніи балокъ и въ ослабленной резорбціи костей, говорятъ о заболѣваніи хряща, близко подходящемъ къ *chondrodystrophia hyperplastica*. Но здѣсь имѣется та особенность, что со стороны періоста развивается въ толщу хряща кость, которая близко подходитъ къ ядру эндохондрального окостенѣнія. Въ другихъ мѣстахъ періостального окостенѣнія не видно. Итакъ въ данномъ случаѣ эндохондральное окостенѣніе замедлено, а періостальное совершается, повидимому, нормально.

Что касается этиологіи описываемыхъ случаевъ, то я могу только высказать предположеніе, что среди другихъ моментовъ сифилису принадлежитъ не послѣднее мѣсто; при чемъ, согласно мнѣнію *Harbitz'a*, болѣзнь должна была произойти въ фетальной жизни раньше, чѣмъ могли появиться первые зачатки костной системы; на это указываетъ нашъ первый случай. Не послѣднюю роль, повидимому, здѣсь играетъ фиброзный, бѣдный сосудами костный мозгъ, который нерѣдко встрѣчается при данномъ заболѣваніи; мѣстами встрѣчался онъ и въ нашихъ случаяхъ.

Въ общемъ на основаніи нашихъ случаевъ можно придти къ тому заключенію, что они неполнѣ подходятъ къ типичной *chondrodystrophia foetalis*, какъ она описана *Kaufman'омъ* и вообще не укладываются въ существующую классификацію страданія костей, и послѣдняя поэтому не является окончательной, а требуется еще дальнѣйшее изученіе подобныхъ атипическихъ случаевъ.

---

## Указатель литературы.

1. Bayon, Ueber angebliche verfrühte Synostose bei Kretinen und die hypothetischen Beziehungen der chondrodystrophia foetalis zur Athyreosis. Beiträge Ziegler's. Bd. 36. 1904.
2. Bergrath. Ueber Chondrodystrophia foetalis. Zentralbl. f. Gyn. 1907 p. 1488.
3. Birnbaum. Klinik der Missbildungen und kongenitalen Erkrankungen des Fötus. 1909.
4. Bosse Bruno. Ueber Coxa vara adnata chondrodystrophia. Archif. f. klin. Chir. 1906. Bd. 81. p. 428.
5. Chrysospathes. Beitrag zu den intrauterin entstehenden Frakturen und Knochenverbiegungen. Zentralbl. f. Chir. № 29. 1908.
6. Cohn. Ueber Missbildungen an der oberen Extremität. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1908.
7. Feldmann. Ueber Wachsthumsanomalien der Knochen. Beiträge Ziegler's. 1896. Bd. XIX.
8. Harbitz. Ueber Osteogenesis imperfecta. Beiträge Ziegler's. Bd. XXX. 1901.
9. Johannessen. Chondrodystrophia foetalis hyperplastica. Beiträge Ziegler's. 1898. Bd. 23.
10. Kaufmann. Die Chondrodystrophia hyperplastica. Beiträge Ziegler's. 1893. Bd. XIII.
11. Koelliker. Handbuch der Gewebelehre des Menschen. Bd. 1. 1889. vom Knochensysteme.
12. Kollmann. Handatlas der Entwicklungsgeschichte des Menschen. 1907.
13. Козловскій. Случай рѣдкой аномалии нижнихъ конечностей. Русск. хирург. арх. 1906. кн. 6 стр. 861.
14. Langenbach. Ein Fall von Chondrodystrophia foetalis. Asymmetrie des Schädels. Virchow's Archiv. 1907. S. 12.
15. Lieber. Knochenverkrümmungen u. Verkrüppelung der unteren Extremitäten. Münch. med. Wochenschr. № 14. p. 696. 1907.
16. Lunn. Case of achondroplasia. Clin. soc. of London. Sitz. v. 25 Jan. Lancet. Bd. 1 p. 292. 1907.
17. Northeote. Ein Fall von angeborener Missbildung der Hände und Füße. Zentralbl. f. Gyn. № 45. 1909.
18. Ortmann. Foetale Rachitis und Missbildung. Zentralbl. f. Gyn. № 18. 1907.
19. Planchu. Foetus pseudo achondroplastique. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. 1908. p. 567.
20. Reyher. Zwei Fälle von Chondrodystrophia. Berlin. klin. Wochenschrift. № 14. 1907.
21. Schmidt. Zwei Fälle von Chondrodystrophia. Münch. med. Wochenschr. № 22. 1907. p. 1098.

22. Schüller, Mikromelie. Wiener. med. Wochen. 1907. p. 892.
  23. Selvetti Clito. Ueber die sogenannte fötale Rachitis. Beiträge Ziegler's. 1894. Bd. XVI.
  24. Зерновъ. Руководство описательной анатомии человека, часть I.
  25. Slingenberg. Sitz. 16 Dezemb. 1906. Centralbl. f. Gyn № 25. p. 768. 1907
  26. Waiss. Chondrodystrophia foetalis, with report of a Case. The American Journal of Obstetrics. 1908. Juni.
  27. Ziegler. Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. 1895.
-

## Об'ясненіє рисунковъ.

Рис. 1. Фотографическій снимокъ съ плода № 1.

Рис. 1-а. Рентгенограмма, снятая съ того же плода.

Рис. 2. Фотографическій снимокъ съ плода № 2.

Рис. 2-а. Рентгенограмма съ того же плода.

Рис. 3. Фотографическій снимокъ съ плода № 3.

Рис. 3-а. Рентгенограмма съ того же плода.

Рис. 4. Фотографическій снимокъ въ натуральную величину больше-берцовой кости (случ. 1). Кость состоитъ изъ хрящевой субстанции; ядеръ окостенѣнія нѣтъ.

Рис. 5. Фотографическій снимокъ плечевой кости въ натуральную величину (случ. 2). Кость сильно искривлена; головка насажена непосредственно на діафизъ; въ эпифизахъ точекъ окостенѣнія нѣтъ.

Рис. 6. Фотографическій снимокъ бедра въ натуральную величину (случ. 2). Діафизъ сильно изогнутъ; въ эпифизахъ ядеръ окостенѣнія нѣтъ.

Рис. 7. (Leitz об. 3, ос. 3). На рисункѣ видно вращаніє соединительной ткани въ видѣ клина со стороны надкостницы между хрящемъ эпифиза и костью діафиза (случ. 2); линія омѣлотовренія мѣстами прорывается; на ея границѣ очень мало хрящевыхъ колоннъ; въ діафизѣ костныхъ перекладинъ очень мало; онѣ какъ бы растворены.

Рис. 8. (Leitz об. 3, ос. 3). Ядро окостенѣнія изъ верхняго конца бедра плода № 3. На рисункѣ видна рѣзкая разница окостенѣнія періостального и хрящевого.

Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 1 а.



Рис. 2 а.



Рис. 7.

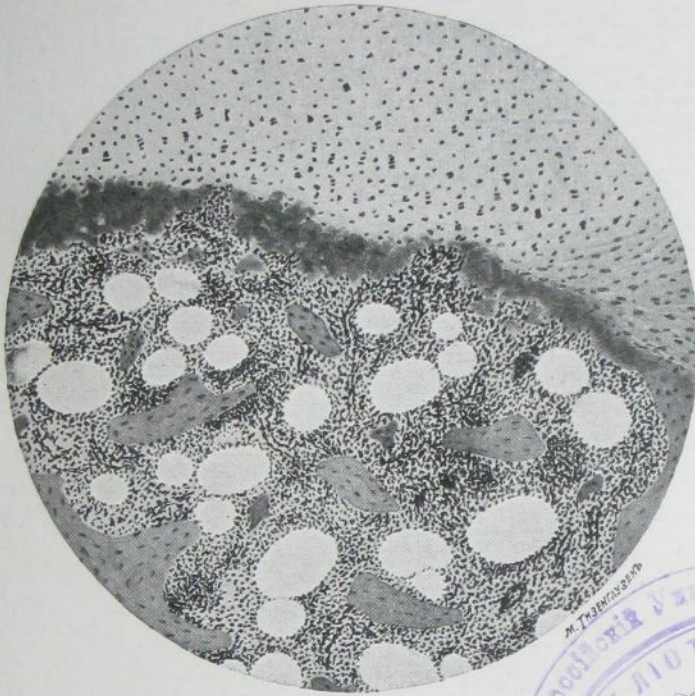


Рис. 8.



## Два случая псаммомы оболочекъ спинного мозга.

Г. И. Баджіевъ.

Изъ патолого-анатомическаго института Императорскаго Новороссійскаго  
Университета: профессоръ Д. П. Кишенскій.

Опухоли спинного мозга и его оболочекъ, въ виду ихъ рѣдкости и трудности діагноза, до настоящаго времени служатъ предметомъ изслѣдованій какъ клиницистовъ, такъ и патолого-анатомовъ. Особенно же рѣдкими опухолями представляются псаммомы спинного мозга, о которыхъ литература очень невелика. Онѣ какъ въ виду своей рѣдкости, такъ и въ виду неясности происхожденія характерныхъ гистологическихъ элементовъ, встречающихся въ нихъ, служили предметомъ особаго интереса нѣкоторыхъ патолого-анатомовъ. Послѣдніе старались выяснитъ какъ характеръ клѣточныхъ элементовъ, составляющихъ существо опухоли, такъ и механизмъ образованія характерныхъ для нея известковыхъ шаровъ и отложеній.

Опухоли, носящія въ настоящее время названіе „псаммома“, до 1863 года не были извѣстны, какъ отдѣльная группа новообразованій. Только Virchow въ 1863-мъ году обратилъ вниманіе на эти новообразованія, какъ на особый видъ опухолей. Изъ случаевъ саркомъ, находимыхъ въ нервномъ аппаратѣ, онъ выдѣлилъ особую опухоль, которая содержала мозговой песокъ, и предложилъ назвать ее „песочно-мозговой“ опухолью, „псаммомой“. Среди саркомъ въ нервномъ аппаратѣ „одна форма“,

говорить Virchow, „особенно выдается тѣмъ, что содержитъ весьма характерную составную часть — „мозговой песокъ“, такое же образованіе, какое мы очень часто встрѣчаемъ у взрослыхъ въ видѣ *acervulus cerebri* въ передней части *gl. pinealis*; въ значительномъ количествѣ въ *plexus chorioideus* и въ нѣкоторыхъ другихъ мѣстахъ мозговыхъ оболочекъ (*dura mater cerebri et spinalis, arachnoidea*, особенно же въ Пахионовыхъ грануляціяхъ). Количество мозгового песка въ такихъ опухоляхъ часто бываетъ такъ велико, что зерна его уже можно ясно замѣтить при разрѣзываніи, при ощупываніи и даже простымъ глазомъ. Поэтому такую опухоль по всей справедливости можно назвать „песчанно-мозговой“, откуда и произошло названіе „псаммома“ (*ψάμμος* — песокъ). „Тутъ же я долженъ замѣтить“, продолжаетъ Virchow, „что не всѣ опухоли или опухолевидныя скопленія въ мозгу, содержащія песчанныя образованія, можно причислить къ этой категоріи, и что нѣтъ части тѣла, имѣющей столь сильную склонность при патологическихъ условіяхъ отлагать въ себѣ известъ, какую имѣетъ именно мозгъ и окружающія его части. Здѣсь я разумѣю только тѣ опухоли, въ которыхъ песковидныя массы аналогичны нормальнымъ, встрѣчающимся въ мозгу у взрослыхъ“. По мѣсту расположенія песочныхъ образованій Virchow дѣлитъ ихъ на двѣ категоріи: или песокъ лежитъ въ срединѣ соединительнотканыхъ пучковъ въ видѣ колбъ, иглъ, цилиндровъ, балокъ и шаровъ, или же онъ расположенъ рыхло внутри и между частями опухоли въ видѣ яйцеобразныхъ, крупныхъ тѣлецъ и иногда въ видѣ сложныхъ конгломератовъ.

Что касается того, къ какимъ группамъ опухолей по микроскопическому своему строенію можно отнести псаммобы, то тутъ существуютъ различныя мнѣнія. Какъ сказано выше, Virchow въ 1863 году псаммобы принималъ за опухоли саркоматознаго характера. Robin въ 1869 году думалъ, что псаммома Virchow'a есть эпителиома, которая исходитъ изъ *arachnoideae*. Сравнивая известковыя тѣльца съ жемчужинами кожного рака, онъ называлъ ихъ „*globes épidermiques*“. Steudener въ 1870 году высказалъ мнѣніе, по которому псаммой „можно назвать только такія опухоли, ростъ которыхъ происходитъ медленно и почти при полномъ отсутствіи множественности, а по своему гистологическому строенію эти опухоли находятся на границѣ между фибромами и плотными веретенообразными саркомами,

причемъ въ такой ткани находятся заложенными многочисленныя известковыя тѣльца, имѣющія видъ и свойство мозгового песка, встрѣчающагося въ *gl. pinealis* и *plexus chorioideus*. Arnold въ 1871 году псаммой называлъ опухоль, которая состоитъ изъ соединительной ткани; причемъ послѣдняя можетъ состоять или изъ грануляціонныхъ элементовъ, или изъ фибриллярной соединительной ткани, или изъ круглыхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ. Подобная ткань, не имѣющая ничего общаго съ саркоматозной, современемъ, какъ полагалъ Arnold, можетъ претерпѣть обратное развитіе съ образованіемъ мозгового песка.

Многіе, какъ на примѣръ, Mayer, Bouchard, Lacroussille, причисляли псаммы къ эпителиомамъ. Engert и другіе изслѣдователи псаммой называли всякую опухоль, въ которой находится песокъ, даже эпителиальную. Раздѣляя псаммы на группы, Engert въ своей статьѣ 1900 года говоритъ, что „есть типическая псаммома безъ объизвествленія“. По поводу появившихся подобнаго рода разногласій Virchow въ 1900 году категорически заявляетъ, что псаммы представляютъ собой опухоли соединительнотканнаго происхожденія съ наличностію песка. Borst и позднѣйшіе ученые типической псаммой называютъ новообразованіе эндотеліальнаго происхожденія съ пескомъ. Такъ, по мнѣнію Ribbert'a, эндотеліальныя клѣтки, выстилающія мозговья оболочки, являются характерными элементами для ихъ эндотеліомъ. Въ этихъ новообразованіяхъ эндотеліальныя клѣтки могутъ слагаться въ концентрическія шаровидныя образованія. Въ нихъ могутъ происходить въ видѣ песка известковыя отложенія, которыя дѣлаютъ рѣзаніе невозможнымъ или затруднительнымъ. Мнѣніе, высказанное вышеупомянутыми авторами, что псаммома есть новообразованіе эндотеліальное съ присутствіемъ песка, въ послѣднее время считается общепринятымъ.

Что касается образованія известковыхъ тѣлецъ, то въ настоящее время вопросъ этотъ является еще не выясненнымъ, и только большинство авторовъ согласно лишь въ томъ, что известковыя тѣльца суть простыя отложенія извести какъ въ клѣточныхъ элементахъ, такъ и между ними, источникъ же и способъ образованія тѣлецъ эти авторы объясняютъ различно. Такъ Virchow полагалъ, что большая часть песчаныхъ тѣлецъ представляетъ собой простыя отложенія, которыя образовались между клѣточными элементами, благодаря присутствію здѣсь фибрина, который увеличиваясь въ количествѣ, подвергается по периферіи объиз-

вествленію, благодаря чему можетъ получиться концентрическое наслоеніе. *Virchow* признаетъ еще другіе способы образованія известковыхъ отложеній, а именно, изъ межцеллюлярной соединительной ткани и клѣтокъ опухоли. По мнѣнію *Steudener*, слоистыя тѣльца происходятъ изъ концентрически расположенныхъ и измѣненныхъ клѣтокъ, въ которыя откладываются известковыя соли; отложенія извести въ шаровидныхъ кучкахъ клѣтокъ могутъ начаться какъ съ центра, такъ и съ периферическихъ частей; затѣмъ, сливаясь вмѣстѣ, отложенія даютъ болѣе крупныя тѣльца. Такому же объизвествленію подвергаются, по его мнѣнію, и соединительнотканные пучки. *Arnold* наблюдалъ объизвествленія не только въ стѣнкахъ сосудовъ и въ шаровидныхъ кучкахъ клѣтокъ, но также и въ содержимомъ сосудовъ. Онъ приходитъ къ заключенію, что известковые шары образуются въ сосудахъ, благодаря или постепенному заполненію просвѣта частицами извести, или же благодаря образованію трѣмба съ послѣдующей его петрификаціей. По мнѣнію же автора какъ петрификація содержимаго сосудовъ, такъ и стѣнки ихъ могутъ итти одновременно. Объизвествленію подвергаются также разрастанія адвентиціальныхъ клѣтокъ. *Engert* также считаетъ стѣнки сосудовъ и ихъ содержимое мѣстомъ образованія известковыхъ тѣлецъ. По мнѣнію *Cornil* и *Ranvier*, началомъ образованія песочныхъ тѣлъ нужно считать полые сосудистыя отпрыски. Клѣточные элементы, составляющіе ихъ стѣнку и располагающіея концентрически, подвергаются отложенію известковыхъ солей. Отпрыски эти могутъ находиться или въ связи съ сосудомъ посредствомъ ножки, или отдѣльно отъ нихъ. По *Borst*, объизвествленія, ведущія къ образованію песка въ псаммомахъ могутъ происходить какъ внутри эндотеліальныхъ клѣточныхъ массъ, такъ въ сосудахъ и въ соединительнотканныхъ пучкахъ. Нѣкоторые авторы (*Borst*, *Ernst*) думаютъ, что известковымъ отложеніямъ предшествуютъ гіалиновыя измѣненія стѣнокъ сосудовъ, эндотеліальныхъ шаровъ и клѣточныхъ элементовъ. Мнѣніе нѣкоторыхъ авторовъ, по которому известковыя отложенія и тѣльца образуются въ гіалиново-измѣненныхъ участкахъ и въ гомогенной субстанціи, является, судя по гистологической картинѣ описанныхъ до настоящаго времени случаевъ, наиболѣе вѣроятнымъ. Смотри по виду клѣточныхъ элементовъ, составляющихъ ткань псаммомы, послѣднія бываютъ различныхъ видовъ, какъ напр., псаммо-фиброма, псаммо-саркома, псаммо-гліома и др. Въ настоящей работѣ

я касаюсь только псаммомъ эндохоріального происхожденія, т. е. псаммомъ типическихъ.

Псаммомы спинного мозга, отличаясь своимъ медленнымъ ростомъ, являются въ видѣ одиночныхъ, рѣдко отграниченныхъ, кругловатыхъ или продолговатыхъ опухолей, сидящихъ на широкомъ основаніи, рѣдко на ножкѣ. Наибольшая величина ихъ около 5 см. Случаевъ метастазовъ, а также множественныхъ псаммомъ не наблюдалось.

Schlesinger на основаніи собранныхъ имъ 18 случаевъ псаммомъ спинного мозга, считаетъ среднюю продолжительность роста новообразованія  $\approx 2\frac{1}{2}$  годамъ. Изъ этихъ случаевъ наименьшая продолжительность роста  $\approx$  нѣсколькимъ мѣсяцамъ, а наибольшая  $\approx 14$ -ти годамъ. Reissig считаетъ продолжительность роста псаммомы  $\approx 3\frac{1}{2}$ —4 годамъ. Изъ приведенныхъ мною ниже случаевъ максимальная продолжительность  $\approx 4$ -мъ годамъ, а минимальная  $\approx 1$  году, средняя же продолжительность  $\approx 3$  годамъ.

Исходнымъ пунктомъ для псаммомъ могутъ служить всѣ 3 оболочки спинного мозга и lig. denticulatum. Большею частью эти опухоли исходятъ изъ внутренней стороны твердой мозговой оболочки, рѣже изъ другихъ. Такъ изъ 29 случаевъ, собранныхъ мною, оказалось, что опухоль исходитъ:

въ 19-ти случаяхъ изъ твердой мозговой оболочки,

„ 2-хъ „ „ мягкой „ „

„ 1-омъ „ „ lig denticulatum.

Псаммомы, по Schlesinger'у, чаще находятся на заднихъ и боковыхъ отдѣлахъ твердой оболочки спинного мозга. Въ переднихъ же отдѣлахъ онѣ развиваются очень рѣдко. Последнее положеніе опухоли, по словамъ вышеупомянутыхъ авторовъ, наблюдалось въ случаяхъ Charcot и Oustaniol'я. Самъ Schlesinger отличаетъ въ 6-ти случаяхъ боковое положеніе опухоли. Если не считать случаевъ Charcot и Oustaniol'я, то въ собранныхъ мною изъ литературы случаяхъ почти во всѣхъ опухоль была расположена сзади или сбоку спинного мозга. Чаще всего, по словамъ Schlesinger'a, псаммомы находятся въ области шейнаго вздутія, въ нижней трети спинного мозга грудной области и на высотѣ первыхъ поясничныхъ позвонковъ; особенно рѣдки онѣ въ верхнемъ шейномъ и въ верхнемъ грудномъ отдѣлѣ спинного мозга. Названный авторъ не встрѣчалъ въ литературѣ случая, гдѣ псаммома находилась бы на уровнѣ верхнихъ

отдѣловъ шейнаго мозга. Изъ 18-ти собранныхъ имъ случаевъ опухоли находились:

въ 3-хъ случаяхъ на высотѣ нижнихъ шейныхъ позвонковъ,				
„ 1-омъ „ „ „	верхнихъ грудныхъ	„		
„ 6-ти „ „ „	среднихъ „	„		
„ 5-ти „ „ „	нижн. грудн. и поясничн.	„		

Въ собранныхъ мною случаяхъ псамомы находились:

на уровнѣ верхнихъ шейныхъ позвонковъ въ 2 хъ случаяхъ,				
„ „ нижнихъ „ „	„	2	„	„
„ „ верхнихъ грудныхъ „ „	„	3	„	„
„ „ среднихъ „ „	„	7-ми	„	„
„ „ нижнихъ „ „	„	8-ми	„	„
„ „ поясничныхъ „ „	„	3-хъ	„	„

Изъ приведеннаго подсчета случаевъ подтверждается, что псамомы чаще всего локализируются на уровнѣ среднихъ и нижнихъ грудныхъ позвонковъ и рѣже въ верхнихъ грудныхъ и въ верхнихъ шейныхъ отдѣлахъ позвонковъ.

Псаммома спинного мозга, судя по статистическимъ даннымъ, развивается у пожилыхъ субъектовъ, а также въ старческомъ возрастѣ. У молодыхъ субъектовъ, по словамъ нѣкоторыхъ, этой опухоли не наблюдали. Schlesinger изъ своихъ 18-ти случаевъ приводитъ слѣдующую таблицу заболѣваній по возрастамъ:

въ возрастѣ 34 лѣтъ	1 случ. псамомы
„ „ 40—49	„ 5 „ „
„ „ 50—59	„ 2 „ „
„ „ 60—69	„ 5 „ „

Параллельно съ этимъ привожу таблицу собранныхъ мною случаевъ. Опухоли наблюдались:

въ возр. 27 лѣтъ	въ 1 случаѣ
„ „ 34—39	„ „ 2 случаяхъ
„ „ 40—49	„ „ 6 „
„ „ 50—59	„ „ 5 „
„ „ 60—65	„ „ 6 „

Изъ этой таблицы видно, что псамомы спинного мозга могутъ встрѣчаться и въ возрастѣ моложе 30-ти лѣтъ. По мнѣнью Schlesinger'a, между 40—60 годами псамомы спинного мозга появляются гораздо рѣже остальныхъ опухолей; наоборотъ, въ возрастѣ за 60 лѣтъ, если и приходится имѣть дѣло съ опухолью спинного мозга, то только, и прежде всего съ псаммой.

Замѣчательнымъ является то обстоятельство, что псаммомы спинного мозга чаще появляются у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ. По *Schlesinger*'у, женщины раза въ 2 чаще, чѣмъ мужчины, заболѣваютъ этой опухолью. Изъ собранныхъ имъ случаевъ въ 9 случаяхъ были женщины, а въ 4-хъ — мужчины. Въ собранныхъ же мною случаяхъ женщинъ было 18, мужчинъ 5. Судя по этимъ цифрамъ, можно сказать, что псаммома у женщинъ появляется болѣе, чѣмъ въ 2 раза чаще сравнительно съ мужчинами. Причины такой частоты развитія псаммомъ у женщинъ совершенно неизвѣстны.

Псаммомы спинного мозга являются довольно рѣдкой находкой. Такъ *Schlesinger*, на 35,000 вскрытій въ вѣнскомъ патолого-анатомическомъ институтѣ насчиталъ вообще опухолей въ 6,540 случаяхъ. Изъ послѣднихъ 107 случаевъ касались заболѣваній позвонковъ, а спинного въ отдѣльности—44 случая, изъ этихъ же 44 случаевъ въ 6 ти оказались псаммомы. Такимъ образомъ приблизительно 13% всѣхъ опухолей спинного мозга нужно отнести на счетъ псаммомъ. *Schlesinger*, приводя эти цифры, имѣлъ въ виду какъ типическія, такъ и смѣшаннаго характера псаммомы. Поэтому, если судить о процентномъ отношеніи типическихъ псаммомъ по отношенію къ опухолямъ спинного мозга, то оно будетъ гораздо меньше 13%.

Среди послѣднихъ 1687 вскрытій, произведенныхъ въ патолого-анатомическомъ институтѣ Императорскаго Новороссійскаго Университета и въ старой одесской городской больницѣ, 24 случая относились къ различнымъ заболѣваніямъ спинного мозга и изъ нихъ псаммома оказалась лишь въ 2-хъ случаяхъ. Слѣдовательно псаммомы встрѣтились въ 8,1% по отношенію къ различнымъ заболѣваніямъ спинного мозга. (При только что упомянутыхъ вскрытіяхъ спинной мозгъ былъ вскрытъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда подозрѣвались какія-либо измѣненія въ немъ).

Типическихъ псаммомъ описано въ литературѣ немного. Ниже привожу случаи псаммомъ спинного мозга, которые мнѣ удалось собрать изъ литературы.

I. Случай *Cayley* (1865). Больная, женщина 46-ти лѣтъ. На уровнѣ 10—11-го грудныхъ позвонковъ была діагносцирована опухоль псаммома, исходившая изъ паутинной оболочки слѣва отъ спинного мозга.

II. Случай *Charcot* (1869). Женщина 63-хъ лѣтъ. На 5 см.

выше поясничнаго вздутія была расположена псаммома, приращенная къ твердой мозговой оболочкѣ и сдавливавшая спинной мозгъ слѣва на право.

III. Случай *Stuedener'a* (1869). Больная, женщина 65-ти лѣтъ. Сначала появилась слабость въ нижнихъ конечностяхъ и чувство онѣмѣнія въ нихъ. Затѣмъ—параличъ мочевого пузыря и невозможность ходить. Смерть наступила послѣ 4-хъ лѣтъ болѣзни. Патолого-анатомическое вскрытіе. Опухоль величиною въ орѣхъ происходила изъ внутренней поверхности твердой мозговой оболочки и заполняла собою весь поперечникъ позвоночнаго канала. Мозговое вещество на мѣстѣ опухоли было сильно разрушено. Опухоль представлялась плотной, красновато-сѣрой окраски. Она рѣзалась съ нѣкоторымъ затрудненіемъ. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что опухоль въ общемъ состояла изъ узкихъ веретенообразныхъ клѣтокъ. Во многихъ мѣстахъ онѣ были сгруппированы въ видѣ концентрически наложенныхъ шаровъ. Кромѣ того встрѣчались характерныя тѣльца мозгового песка какъ шаровидныя, такъ въ видѣ балокъ и иглъ.

IV. Случай *Lanceraux* (1871). Женщина 61 года; псаммома исходила изъ *ligamentum denticulatum*.

V. Случай *Wipham'a* (1873). Женщина 34-хъ лѣтъ. Умерла черезъ 2 мѣсяца послѣ родовъ. На высотѣ 6-го—7-го шейныхъ позвонковъ влѣво отъ мозга находилась опухоль, исходившая изъ твердой мозговой оболочки. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась псаммома.

VI. Случай *Hutchinson'a* (1883). Женщина 48 лѣтъ. Была больна 2 года. Ощущала сильныя боли въ животѣ и ногахъ. Колѣни были въ согнутомъ состояніи. Никакихъ разстройствъ чувствительности не наблюдалось. Незадолго до смерти замѣчалось затрудненное мочеиспусканіе. На высотѣ среднихъ грудныхъ позвонковъ, на спинномъ мозгу съ лѣвой стороны сидѣла опухоль, исходившая изъ твердой мозговой оболочки, отодвигавшая мозгъ вправо, опухоль длиною въ  $1\frac{1}{4}$  дюйма. Мозгъ былъ сильно утонченъ; воспалительныя явленія отсутствовали.

VII. Случай *Lichtheim-Mikuliezgch'a* (1891). Авторъ приводитъ случай псамоммы твердой мозговой оболочки на высотѣ 9-го груднаго позвонка.

VIII. Случай *его же* (1891). Описана псаммома твердой мозговой оболочки на высотѣ 4-го грудного позвонка.

IX. Случай *Pal'я* (1892). Больная, женщина 45 лѣтъ; перенесла 7 родовъ. Вскорѣ замѣтила слабость при ходьбѣ въ нижнихъ конечностяхъ. На 3-й годъ появились параличъ и потеря чувствительности лѣвой нижней конечности, пузыря и прямой кишки. Произошелъ почти полный перерывъ проводимости въ спинномъ мозгу на границѣ между груднымъ и поясничнымъ мозгомъ. Образовались пролежни. Септическія явленія. Смерть. Вскрытіе показало: сдавленіе спинного мозга на высотѣ 12-го грудного позвонка опухолью величиною въ голубиное яйцо. Сдавленіе мозга сзади, незначительные остатки котораго въ переднихъ отдѣлахъ = 1 mm. Микроскопическое изслѣдованіе показало псаммому, исходящую изъ твердой мозговой оболочки.

X. Случай *Oustaniol'я* (1892). Авторъ сообщаетъ о случаѣ, гдѣ послѣ сильнаго паденія впередъ появились боли въ почечной области, а затѣмъ и симптомы заболѣванія спинного мозга. При изслѣдованіи найдена псаммома.

XI. Случай *Berger* (1895). Женщина 27 лѣтъ. На уровнѣ 3-го грудного позвонка на задней поверхности спинного мозга сидѣла веретенообразной формы опухоль, плотно сращенная съ твердой мозговой оболочкой нѣсколько сбоку. Поверхность разрѣза была слегка зерниста, сѣрожелтоватаго цвѣта. Кое-гдѣ мелкія известковыя зерна. Спинной мозгъ на мѣстѣ опухоли былъ сильно сдавленъ. Псаммома.

XII. Случай *Bailey* (1896). Авторъ упоминаетъ объ одномъ случаѣ псаммобы спинного мозга.

XIII. Случай *Schlesinger'a* (1898). (№ 39). М. I. мужчина 64-хъ лѣтъ. У него наблюдались долгое время слабость и боли въ ногахъ съ временными внезапными судорогами. Повышенные пателлярные рефлексы. Пониженіе чувства осязанія на нижнихъ конечностяхъ. Задержка мочи. При вскрытіи найдена псаммома на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки на высотѣ 8-го и 9-го грудныхъ позвонковъ, значительно сдавливающая спинной мозгъ.

XIV. Случай *его же* (1898). (№ 40). Мужчина 45 лѣтъ. Клиническій діагнозъ myelitis. Вскрытіе: psammoma durae matris spinalis. Псаммома лежала параллельно продольной оси спинно-

мозгового канала на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, величиною въ голубиное яйцо, овальной формы, сѣро-краснаго цвѣта, на высотѣ 7-го шейнаго и 1-го груднаго позвонка. Спинной мозгъ былъ сильно отдавленъ влѣво. Восходящая и нисходящая дегенерациі.

XV. Случай *ego же* (1898). (№ 41). А. К., женщина 53-хъ лѣтъ. На высотѣ 5-го и 6-го грудныхъ позвонковъ, на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, была расположена псаммома, длиною въ 4 см., шириною до 2-хъ см., веретенообразной формы; спинной мозгъ былъ сильно сдавленъ сзади.

XVI. Случай *ego же* (1898). (№ 42). Ad. W., мужчина 43 лѣтъ. Приблизительно на высотѣ 5-го—6-го грудныхъ позвонковъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки лежала псаммома величиною въ горошину.

XVII. Случай *Touche* (1900). Больная страдала спастической параплегіей, недержаніемъ мочи и кала. При изслѣдованіи была найдена эпителиома маточнаго зѣва. Вскрытіе показало: псаммома въ верхнемъ отдѣлѣ поясничнаго мозга, величиною въ голубиное яйцо. Опухоль прилегала къ задней поверхности спинного мозга, не была сращена съ нимъ. Сильное сдавленіе мозга до 2 mm.

XVIII. Случай *ego же* (1900). Больной страдалъ ракомъ печени. Боли въ нижнихъ конечностяхъ, доходившія до таза; затѣмъ параплегія съ исчезновеніемъ колѣнныхъ рефлексовъ, недержаніе мочи и кала. Послѣ вскрытія діагносцирована псаммома, величиною въ орѣшекъ, расположенная на задней поверхности спинного мозга въ средней части грудной области. Сильное сдавленіе мозга до полоски въ 1—2 mm.

XIX. Случай *Joffroy* (1900). Клинически наблюдались симптомы, похожіе на *tabes dorsalis*. Оказалась псаммома въ заднихъ частяхъ спинного мозга, сильно сдавливавшая его.

XX. Случай *Mine* (1900). Женщина 40 лѣтъ. Интрадуральная псаммома, длиною 6 см., толщиною 8 mm., въ области 8-го—12-го грудныхъ позвонковъ. Спинной мозгъ кольцеобразно былъ сдавленъ опухолью, съ явленіями дегенерациі. Опухоль содержала кровеносные сосуды и состояла изъ веретенообразныхъ и круглыхъ клѣтокъ и гіалиново-измѣненныхъ участковъ, въ центрѣ которыхъ находились характерные слоистые шары.

XXI. Случай *Krause* (1901). Женщина 65 лѣтъ. Черезъ 3

мѣсяца послѣ паденія на спину появилась возрастающая слабость въ обѣихъ нижнихъ конечностяхъ; спустя 3 года—полный параличъ прав. нижн. конечности. Операция. Оказалась опухоль спинного мозга, вправо отъ средней линіи на высотѣ 7-го грудного позвонка непосредственно подъ твердой мозговой оболочкой, величиною въ большой орѣхъ полушаровидной формы, плотная, съ зернистой поверхностью. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдена псаммома. Опухоль была богата клѣтками, слоистыми известковыми шарами, а также участками, состоявшими изъ концентрически расположенныхъ клѣтокъ. Послѣ операциі улучшение.

XXII. Случай *Schlagenhauser*'а (1902). Женщина 61 года. Въ верхнемъ шейномъ мозгѣ была найдена интрадуральная эндотелиальная псаммома. Сдавление спинного мозга.

XXIII. Случай *Wolf*'а (1905). У женщины, погибшей при симптомахъ спастической параплегии ногъ, была псаммома спинного мозга въ верхнемъ грудномъ отдѣлѣ, на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки.

XXIV. Случай *Dürck*'а (1907). Женщина 55 лѣтъ; на высотѣ 7-го шейнаго и 1-го грудного позвонковъ, на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки находилась псаммома овальной формы, длиною въ 4 см. Спинной мозгъ на протяженіи опухоли былъ сдавленъ совершенно.

XXV. Случай *Stursberg*'а (1907). У 48-лѣтняго мужчины спастическій парезъ ногъ съ повышенными рефлексами; вскорѣ потеря способности ходить. Операция. Оказалась на высотѣ 9-го грудного позвонка псаммома, длиною 1½ см., шириною 1 см., сдавливавшая правую половину спинного мозга.

XXVI. Случай *Esser*'а (1907). Женщина 54 лѣтъ страдала болями на высотѣ 6-го—7-го грудныхъ позвонковъ; черезъ годъ появились слабость и судороги въ ногахъ; измѣненія функціи пузыря и прямой кишки. Операция. На высотѣ 5-го грудного позвонка оказалась опухоль величиною въ голубиное яйцо. Псаммома

XXVII. Случай *Reissig*'а (1909). Больная, А. П., 50-ти лѣтъ. Перенесла 8-мь родовъ. 4 года тому назадъ появились боли въ поясницѣ и слабость. Сразу стала ощущать чувство пояса вокругъ живота. 2 года тому назадъ началось произвольное отхожденіе кала и мочи. Жалобы на параличъ обѣихъ конечностей. Кахексія. Параплегія ногъ. Отсутствіе чувствительности

тактильной, болевой и температурной. Отсутствие рефлексов брюшного, пателлярного, Ахиллова сухожилия, а также функции тазовых органов. Ноги были атрофичны. В области поясничных позвонков были замѣтны 2 незначительных бугра, болѣзненные при постукиваніи. Патолого-анатомическій діагнозъ: Psammoma durae matris spinalis. Pyelonephrosis purulenta. Cystitis diphtherica. Вздутіе спинного мозга было расположено на высотѣ 9-го грудного позвонка; оно находилось въ тѣсной связи со спиннымъ мозгомъ и на задней поверхности его было сращено съ твердой мозговой оболочкой. Вздутіе неправильной веретенообразной формы. Наибольшій размѣръ его—2,2 см. Сильное сдавленіе спинного мозга. Микроскопическое изслѣдованіе показало очень много сосудовъ большей частью съ малыми просвѣтами; клѣтки, по большей части веретенообразной формы и различной величины были расположены концентрически; характерныя слоистыя тѣльца. Ниже опухоли въ спинномъ мозгу дегенерація въ боковыхъ столбахъ. Выше опухоли дегенерація въ заднихъ столбахъ \*).

Перехожу къ описанію собственныхъ случаевъ.

## С л у ч а й I.

Исторія болѣзни. Іульяна Ивановна Михалецкая, 50 лѣтъ, поступила въ одесскую старую городскую больницу 25-го января 1909-го года. Умерла 21-го сентября 1909 года.

Клиническій діагнозъ. Myelitis chron. spastica. Паралегія въ обѣихъ нижнихъ конечностяхъ. Рефлексы повышены.

Разстройство болевой чувствительности до processus xiphoides. Контрактура сгибателей; сильныя боли въ ногахъ. Тоны сердца глухіе. Въ легкихъ везикулярное дыханіе. На ягодицахъ пролежни. Улучшенія не наблюдается.

5. IX. На симметричныхъ мѣстахъ, немного выше колѣнъ, припухлость и краснота.

7. IX. Спастическія явленія увеличились, припухлости вскрылись и вытекаетъ гноевидная жидкость.

11. IX. Поверхность очищается. Отдѣляемого много, ихорозногнойнаго характера. Подъ колѣномъ образовался абсцессъ съ такимъ же отдѣляемымъ.

15. IX. Боли во всемъ тѣлѣ. Отдѣляемое вонючее.

---

\*) Въ числѣ перечисленныхъ выше случаевъ псаммомъ слѣдуетъ упомянуть еще о случаяхъ Blondel'a, Lediard'a, Wilks'a и Leichtenstern'a (Schlesinger); о нихъ литературныхъ свѣденій мнѣ не удалось имѣть.

21. IX. Умерла при явленіяхъ общей слабости.

Протоколъ вскрытія 1909 г. 23 сентября.

Клиническій діагнозъ. Myelitis chronica spastica.  
Abscessus maligni.

Анатомическій діагнозъ. Leptomeningitis basilearis purulenta. Leptomeningitis spinalis purulenta. Endocarditis chronica vv. bicuspidalium et aortae. Oedema et hyperaemia venosa pulmonum. Tuberculosis petrificans pulmonis sinistri. Degeneratio parenchymatosa renum et myocardii. Hepar moschatum. Tumor lienis acutus. Cystitis purulenta. Cystes ovarii dextrae. Gastritis chronica.

Трупъ рѣзко истощеннаго субъекта. Кожные покровы блѣдны, дряблы. На лѣвой ягодицѣ пролежень величиною съ куриное яйцо. На передней поверхности праваго бедра дефектъ кожныхъ покрововъ съ гранулирующей поверхностью величиною въ мѣдный пятакъ. Въ правой подколѣнной ямкѣ находится дефектъ кожныхъ покрововъ величиною въ дѣтскій кулакъ. Подкожный жиръ и мышцы атрофированы. Сердце дрябло. Подъ эпикардіемъ много жира. Правое предсердіе и желудочекъ растянуты. Двустворки утолщены. Аортальные клапаны утолщены у основаній. Мышца сердца очень дрябла, буро-го цвѣта, съ желтымъ оттѣнкомъ. На интимѣ аорты небольшія атероматозныя бляшки. Селезенка 13 см. длиною, 9 см. шириною дрябла, капсула морщиниста; на разрѣзѣ малиново-краснаго цвѣта; пульпа соскабливается въ большомъ количествѣ. Слизистая бронховъ слегка гиперемирована. Оба легкія умѣренной величины, для воздуха проходимы. Въ лѣвомъ легкомъ какъ въ верхней, такъ и въ нижней долѣ встрѣчаются одиночные плотные узлы величиною въ горошину. На разрѣзѣ лѣвое легкое въ нижней долѣ темно-краснаго цвѣта, содержитъ омѣлоторенный казеозный участокъ величиною въ маленькій орѣхъ. Въ верхушкѣ маленькій участокъ величиною въ горошину, состоящій изъ маленькихъ омѣлоторенныхъ бугорковъ. Правое легкое цѣликомъ темно-краснаго цвѣта; застойно, отечно. Желудокъ сильно растянутъ. Слизистая его атрофична, аспидно-сѣраго цвѣта. Мѣстами точечныя кровоизліянія. Слизистая тонкихъ и толстыхъ кишекъ сглажена и блѣдна; стѣнка тонка. Печень нѣсколько велика, дрябла и мускатна. Почки умѣренной величины. Границы слоевъ не рѣзко различаются. Корковый слой нѣсколько утолщенъ, выбухаетъ. Капсула снимается съ потерей вещества. Слизистая мочевого пузыря набухла, гиперемирована. Вѣсъ мозга 1250 гр. Мягкая мозговая

оболочка гиперемирована, у основанія мозга обильно пронизана гноемъ. Arteriae carot. internae зіяють. Стѣнки ихъ утолщены. Мягкая мозговая оболочка верхней половины спинного мозга пропитана гноемъ, рѣзко гиперемирована. Въ той же области твердая мозговая оболочка нѣсколько утолщена и кое-гдѣ гнойно инфильтрирована. Приблизительно въ области отхожденія 12-ой пары корешковъ спинной мозгъ сильно утолщенъ на пространствѣ 3-хъ см. Ниже этого утолщенія воспалительныхъ явленій на оболочкахъ не замѣтно. Твердая мозговая оболочка довольно гладка и не утолщена. Утолщеніе представляетъ изъ себя опухоль длиною въ 3 см., шириною въ 1½ см., окружность опухоли правильно круглая. Рѣзаніе ея представляетъ нѣкоторое затрудненіе. При поглаживаніи пальцемъ поверхности разрѣза получается ощущеніе песка; видъ этой поверхности однообразно-зернистый; въ передней половинѣ ея, чуть слѣва отъ средней линіи, расположенъ маленькій участокъ съ нѣсколько сѣровой окраской. Опухоль сильно сдавливаетъ спинной мозгъ, остатки котораго находятся съ лѣвой стороны въ видѣ очень узкаго полулунія, шириною въ 1 mm. Между опухолью и спиннымъ мозгомъ видна очень узкая полоса плотной ткани. Мягкая мозговая оболочка плотно прилегаетъ къ опухоли. Какъ на 2 см. выше, такъ и на 2 см. ниже опухоли, бѣлое мозговое вещество на разрѣзѣ представляется рѣзко перерожденнымъ. Куски фиксированы въ формалинѣ и декальцинированы муравьиной кислотой.

### Микроскопическое изслѣдованіе.

Опухоль исходитъ изъ мягкой мозговой оболочки и занимаетъ почти весь поперечникъ спинного мозга, часть котораго видна съ боку въ видѣ очень узкаго полулунія. Все новообразованіе состоитъ изъ эндотеліальныхъ клѣтокъ овальныхъ и веретенообразныхъ, съ вытянутыми, а также овальными ядрами нѣсколько пузырькообразнаго вида. Пучки, состояшіе изъ этихъ клѣтокъ, кое-гдѣ довольно тѣсно прилежатъ другъ къ другу и идутъ въ различныя направленія. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ клѣтки расположены безъ всякаго порядка. Во многихъ мѣстахъ препарата видны концентрически расположенныя эндотеліальныя клѣтки, большей частью съ крупными ядрами. Кое-гдѣ, но очень мало, встрѣчаются такія концентрическія наслоенія вокругъ маленькихъ сосудовъ. Многія концентрическія кучки клѣтокъ представляются гомогенно-измѣненными. Олѣ почти всѣ объизвествлены, и известъ

въ нихъ находится или въ видѣ тѣсныхъ кучекъ, или рѣзкихъ концентрическихъ наслоеній. Смотря по виду гомогенно-измѣненныхъ клѣточныхъ массъ, форма известковыхъ отложеній или наминаетъ шары съ правильными концентрическими кругами, или неправильныя балки, иногда вѣтвящіяся, или густыя кучи съ неправильными очертаніями, состоящія какъ бы изъ пластовъ, или же, наконецъ, изъ очень узенькихъ длинныхъ и короткихъ полосокъ. Эти отложенія совершенно похожи на таковыя же во второмъ случаѣ (см. рис. 4). Известковыя отложенія въ большемъ или меньшемъ количествѣ встрѣчаются въ клѣточныхъ элементахъ какъ эндотеліальныхъ, такъ и въ соединительнотканныхъ въ видѣ зеренъ и пыли. Вокругъ нѣкоторыхъ известковыхъ кучъ хорошо замѣтны отложенія мельчайшихъ зеренъ. Въ центрѣ нѣкоторыхъ клѣточныхъ наслоеній ясно видны отдѣльно лежащія частички извести различныхъ величинъ. Въ препаратѣ не рѣдко встрѣчаются кровеносныя сосуды мелкаго калибра, переполненные кровью. Очень рѣдко попадаютъ сосуды, вокругъ которыхъ ясно видно концентрическое наслоеніе клѣтокъ. Соединительнотканныя пучки краснаго цвѣта наблюдаются кое-гдѣ въ видѣ тоненькихъ тяжей, хорошо видимыхъ на препаратахъ окрашенныхъ по van-Gieson'у; кое гдѣ эти пучки отходятъ отъ мягкой мозговой оболочки. Мягкая мозговая оболочка нѣсколько гиалинизирована и тѣсно связана съ опухолью, клѣточные элементы которой располагаются между соединительнотканными волокнами, идущими кое гдѣ съ оболочки въ опухоль (см. рис. 1). Въ среднихъ частяхъ новообразованія находится участокъ костной ткани, по величинѣ занимающій все поле зрѣнія (см. рис. 2) при слабомъ увеличеніи (Leitz, ок. 1., об. 3). Участокъ этотъ состоитъ изъ неправильно идущихъ костныхъ тяжей, окрашенныхъ эозиномъ въ розовый цвѣтъ. Въ этихъ костныхъ образованіяхъ видны характерныя элементы высоко дифференцированной кости, а именно, хорошо замѣтная пластинчатость, розовая окраска кости эозиномъ и костныя тѣльца съ отростками. Кромѣ того между нѣкоторыми костными тяжами находится фиброзный костный мозгъ, состоящій изъ маленькихъ тонкостѣнныхъ, наполненныхъ кровью, сосудовъ и молодыхъ соединительнотканныхъ элементовъ. Такова картина въ болѣе старыхъ (центральныхъ) участкахъ кости. Въ болѣе же молодыхъ, т. е. въ периферическихъ частяхъ костнаго образованія, костныя тяжи не представляются окончательно дифференцированными. Такіе участки встрѣчаются во многихъ мѣстахъ

и представляются гиалинизированными и окрашенными (см. рис. 2), благодаря массѣ мельчайшихъ известковыхъ зеренъ, въ рѣзко синій цвѣтъ. Въ этихъ участкахъ хорошо видны ядра соединительнотканнхъ клѣтокъ, которыя среди обызвествленныхъ гомогенныхъ массъ постепенно окружаются свѣтлой каймой и такимъ образомъ постепенно принимаютъ форму костныхъ тѣлецъ съ отростками. Кое-гдѣ эти участки начинаютъ принимать розовый оттѣнокъ, а именно, тамъ, гдѣ очевидно происходитъ ассимиляція известной костной тканью. По краямъ же этихъ участковъ все-же видны известковыя зерна, благодаря чему они кажутся окаймленными синей неравномѣрной полоской (см. рис. 2). Фиброзный костный мозгъ находится и между этими не дифференцированными костными тяжами и состоитъ, какъ сказано выше, изъ молодыхъ соединительнотканнхъ элементовъ и маленькихъ тонкостѣнныхъ сосудовъ, наполненныхъ кровью. Спинной мозгъ на мѣстѣ опухоли отъ сдавленія сильно измѣненъ и микроскопически почти не узнаваемъ (см. рис. 1). Онъ изъ себя представляетъ узенькую полоску, зернисто-измѣненную, въ которой кое-гдѣ только видны окрашенныя ядра. Микроскопическая его картина на 2 см. выше и ниже опухоли показываетъ восходящую и нисходящую дегенерацію спинного мозга.

## С л у ч а й II.

Относительно второго случая, къ сожалѣнію, не имѣется ни клиническихъ, ни патолого-анатомическихъ, насколько нибудь точныхъ свѣдѣній. Могу только указать на то, что при жизни опухоль не вызывала никакихъ сколько нибудь замѣтныхъ разстройствъ.

Трупъ былъ вскрытъ въ 1907-омъ году приватъ-доцентомъ І. Ф. Пожарискимъ въ секціонной старой одесской городской больницѣ.

Въ верхней области шейнаго мозга, подъ твердой мозговой оболочкой, сидѣла круглая, слегка овальной формы, опухоль величиною въ горошину, нѣсколько плотной консистенціи. Она была сращена съ твердой мозговой оболочкой почти половиною своей окружности.

Другихъ свѣдѣній, касающихся вскрытія и исторіи болѣзни не имѣется.

Случай этотъ для описанія любезно предоставленъ мнѣ приватъ-доцентомъ І. Ф. Пожарискимъ.

Для микроскопическаго изслѣдованія опухоль взята вмѣстѣ со спиннымъ мозгомъ. Формалиновая фиксація. Декальцинація муравьиной кислотой.

### Микроскопическое изслѣдованіе.

Опухоль тѣсно связана съ твердой мозговой оболочкой, которая рѣзко утолщена и имѣетъ гомогенный видъ (см. рис. 5). Она состоитъ изъ клѣточныхъ элементовъ, имѣющихъ овальную, нѣсколько вытянутую, веретенообразную форму. Ядра этихъ клѣтокъ большей частью не большой величины, овальной формы; кое-гдѣ только они или чуть велики и пузырькообразны, или же слегка вытянуты и темнѣе окрашены. Эти клѣтки, которыя такъ же, какъ и въ первомъ моемъ случаѣ, могутъ считаться несомнѣнно эндотеліальными, расположены почти всюду довольно тѣсно. Онѣ образуютъ собою то пучки, идущія въ опухоли въ различныя направленія, то, располагаясь концентрически, слагаются въ тѣсныя кучи, то, наконецъ, онѣ направляются въ опухоли безъ всякаго порядка. Концентрическое наслоеніе клѣтокъ замѣчается также вокругъ мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ, но только въ очень не многихъ мѣстахъ; во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ, гдѣ имѣются кучки эндотеліальныхъ клѣтокъ, очень трудно сказать, расположены ли клѣточные элементы вокругъ капилляровъ, или же они просто образуютъ концентрическую кучку. Известковыя отложенія, которыхъ въ опухоли большое количество, по сравненію съ первымъ случаемъ (см. рис. 1, рис. 5), являются различной формы и величины. Огромное количество изъ нихъ имѣютъ шаровидную форму и ясно видимую концентричность. Изъ остальныхъ же отложеній одни представляются въ видѣ толстыхъ и узенькихъ балокъ, другія имѣютъ неправильныя очертанія, и, наконецъ, въ препаратѣ находятся мѣста, гдѣ известъ отлагается въ видѣ мельчайшихъ частичекъ. Эти отложенія наблюдаются почти исключительно тамъ, гдѣ ткань является гомогенно-измѣненной или галинизированной. Вокругъ многихъ шаровидныхъ образованій хорошо видна кольцеобразно расположенная, гомогенно-измѣненная ткань, которая еще не успѣла обьизвествиться (см. рис. 4). Упомянутыя только что отложенія вполне похожи на таковыя же въ первомъ моемъ случаѣ. Новообразование содержитъ, по сравненію съ первымъ случаемъ, нѣсколько повышенное количество мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ и капилляровъ, всюду рѣзко расширенныхъ и наполненныхъ

кровью. Почти нигдѣ они не окружаются концентрически расположенными эндотелиальными клѣтками. При окраскѣ препаратовъ по van-Gieson'y, въ опухоли хорошо видны кое-гдѣ узенькія соединительнотканная полоски и гомогенные участки, окрасившіеся въ красный цвѣтъ. Вещество спинного мозга нигдѣ не представляетъ измѣненія.

Относительно этиологии опухолей спинного мозга вообще и псаммомъ въ частности существуетъ предположеніе, по которому причиннымъ моментомъ служить травма. Кромѣ того сюда относятъ (Schlesinger) тяжелыя болѣзненные явленія со стороны женской половой сферы, какъ напримѣръ, тяжелые роды, сильное кровотеченіе, воспалительные процессы и др. измѣненія. Какъ на этиологической моментъ Schlesinger указываетъ также и на тяжелыя инфекціонныя заболѣванія, особенно на суставной ревматизмъ. Эти предположенія однако мало выясняютъ вопросъ какъ относительно этиологии вообще опухолей спинного мозга, такъ въ частности относительно причинъ образованія псаммомъ.

Въ заключеніе нужно сказать, что описанныя мною опухоли ни по пучковому расположенію клѣточныхъ элементовъ, ни по наклонности ихъ располагаться концентрически, ни по ихъ формѣ не напоминали ни фибромы, ни саркомы. Онѣ болѣе всего носили характеръ эндотелиомъ. Въ этихъ опухоляхъ, при подробномъ разсматриваніи ихъ, не удалось найти элементовъ, которые, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, могутъ служить причинными моментами для образованія концентрическихъ наслоеній. Нигдѣ не удалось видѣть ни кучекъ фибрина, подвергающихся обызвествленію (Virchow), ни образованія малыхъ сосудистыхъ отпрысковъ, изъ которыхъ, по мнѣнію Cornil'я и Ranvier, образуются шаровидныя тѣльца. Кромѣ того нигдѣ ясно не было замѣтно, чтобы сосуды принимали участіе въ образованіи песочныхъ тѣлъ, какъ это думали Arnold и Engert. Правда, встрѣчаются очень мелкіе сосуды, вокругъ которыхъ видно концентрическое наслоеніе клѣтокъ; но такихъ сосудовъ очень мало. Поэтому относительно описываемыхъ случаевъ трудно сказать, чтобы тутъ сосуды имѣли тѣсную связь съ образованіемъ известковыхъ шаровъ. Почти всюду мы находимъ отложенія известки въ большемъ или меньшемъ количествѣ тамъ, гдѣ клѣточные элементы представляются гомогенно-измѣненными.

Относительно костной ткани съ фибрознымъ костнымъ моз-

гомъ, найденнымъ въ первомъ случаѣ, въ литературѣ о подобной комбинаціи нигдѣ не упоминается. Только у Virchow'a въ его „Ученіи объ опухоляхъ“ (1863 г.) мы находимъ слѣдующее указаніе: „Известковыя тѣльца“ говоритъ Virchow, „иногда имѣютъ большое сходствс съ мелкими остеомами, которыя иногда въ самомъ дѣлѣ имѣютъ микроскопическую величину“. Къ сожалѣнію, Virchow не даетъ дальнѣйшихъ объясненій, дѣйствительно ли замѣченныя имъ образованія заключали въ себѣ элементы характерныя для кости.

Изъ вышеизложеннаго позволю себѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. Псаммомы оболочекъ спинного мозга относятся къ очень рѣдкимъ заболѣваніямъ.

2. Описанные мною случаи слѣдуетъ отнести къ типическимъ псаммомамъ, т. е. къ псаммомамъ эндотеліальнаго происхожденія.

3. У лицъ женскаго пола псаммомы наблюдались гораздо чаще, чѣмъ у мужчинъ.

4. Такія опухоли чаще всего развиваются на уровнѣ среднихъ и нижнихъ грудныхъ позвонковъ.

5. Костная ткань съ фибрознымъ костнымъ мозгомъ, найденная въ моемъ первомъ случаѣ, представляетъ собой образованіе, очевидно, метапластическое, развившееся изъ соединительной ткани; мой случай можетъ считаться единственно достовернымъ въ литературѣ.

Считаю своимъ долгомъ принести искреннюю благодарность глубокоуважаемымъ Профессору Дмитрію Павловичу Кишенскому, прив.-доц. Іосифу Фомичу Пожарискому, прозектору Михаилу Михайловичу Тизенгаузену и д-ру Ивану Евгеньевичу Корнману за данные мнѣ матеріалъ и указанія.

---

## Указатель литературы

- Aschoff. Pathologische Anatomie. Bd. I. 1909. p. 325.
- Arnold. Ein Beitrag zu der Lehre von dem Bau und der Entwicklung des Psammoms. Virchow's Archiv. Bd. 52. 1871.
- Bailey Pearce. Report upon two case of tumor of the spinal cord, unaccompanied by severe pain. S. A. Journal of nervous and mental diseases. March 1896. Ref. Virchow's Jahresber. 31. 1897. II. p. 105.
- Birch-Hirschfeld. Pathologische Anatomie. 1894. p. 339.
- Borst. Die Lehre von den Geschwülsten. 1901.
- Borst. Psammoma. Lubarsch u. Ostertag. Erg. IX. 1. p. 512. 1904.
- Cornil et Ranvier. Manuel d'histologie pathologique. 1901. I. p. 346. 1907. III. p. 200.
- Bruns. Die Geschwülste des Nervensystems. 1908.
- Dürk. Ein psammöses Endotheliom der Dura mater spinalis. Münch. med. Wochenschr. 1907. p. 2164. Aerztl. Verein. München. Sitzung 10. Juli. 1907.
- Engert. Über Geschwülste der Dura mater. Virchow's Archiv. Bd. 160. 1900.
- Esser. Über eine seltene Rückenmarkshautgeschwulst. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. 32. H. 2,3. p. 118. 1907.
- Flatau, Minor, Jacobson. Handbuch der pathologischen Anatomie. 1904.
- Joffroy. Neurolog. Ctb. 1900. p. 47.
- Hutchinson. Psammoma of the spinal cord Transact. of the path. soc. 1883. Virchow's Jahresber. Bd. 18. 1884. II. 56.
- Krause. Zur Segmentdiagnose der Rückenmarksgeschwülste, nebst einem neuen durch Operation geheilten Fall. Berlin. klin. Wochenschr. 1901. №№ 20, 21, 22.
- Meyer. Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk. 1902. Neurolog. Ctb. 1898. p. 563.
- „ „ 1900. p. 282. Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde. (D. M. W. 1899/1900. № 23).
- Neurolog. Ctb. 1900. p. 685. Aerztlicher Verein zu Hamburg. 26 Juni. 1900.
- Pal. Ein Fall von Rückenmarkscompression. Wien. klin. Wochenschr. 1892. Nr. 24.
- Prym. Über psammomähnliche Bildungen in der Wand einer Meningocoele. Virchow's Archiv. Bd. 194. p. 121—127. 1908.
- Recklinghausen. Untersuchungen über die Spina bifida. Virchow's Archiv. Bd. 105. 1886. p. 243.
- Reissig. Ein Beitrag zur Lehre von den Rückenmarksgeschwülsten. Zwei Fälle von Psammom der Dura mater spinalis. 1909.
- Ribbert. Geschwulstlehre. 1904.

Schlesinger. Beiträge zur Klinik der Rückenmarks- und Wirbeltumoren Jena. 1898.

Schmaus. Grundriss der patholog. Anatom. 1904. p. 67.

Steudener. Zur Kenntniss der Sandgeschwülste. Virchow's Archiv. Bd. 50. 1870.

Touche. Zwei Fälle von Rückenmarkscompression durch Tumoren der Rückenmarkshäute. Neurolog. Ctb. (Société de neurologie de Paris. 1900).

Virchow. Das Psammom. Sein Archiv. Bd. 160. 1900.

Virchow. Учение объ опухоляхъ (онкологія). Т. II. 1867.

Wolf. Jahresbericht über Neurologie und Psychiatrie. Bd. IX. 1905. p. 596.

Zakrzewski. Zur Statistik und Kasuistik der Rückenmarkstumoren. Würzburg. 1903.

---

## Объясненіе рисунковъ.

Рис. 1. Случай 1. Очень слабое увеличеніе. Поперечный разрѣзь спинного мозга. Остатокъ спинного мозга въ видѣ узенькой полосы имѣется только сверху подъ мягкой мозговой оболочкой. Все остальное поле зрѣнія занято псаммой. Опухоль испещрена псаммотозными тѣльцами — черныя точки. Въ сторонѣ отъ центра костное образованіе темнаго цвѣта.

Рис. 2. Случай 1. Малое увеличеніе. Костное образованіе, имѣющее форму неправильныхъ тяжей, соединенныхъ между собой, занимаетъ почти весь поперечникъ поля зрѣнія. Темныя участки его соотвѣтствуютъ мѣстамъ, гдѣ не произошло еще полной дифференцировки. Болѣе свѣтлыя участки имѣютъ костныя клѣтки и пластинчатость. Очень блѣдно окрашенная ткань между костными тяжами—фиброзный костный мозгъ.

Рис. 3. Случай 1. Среднее увеличеніе. Костная ткань вполне дифференцирована. Въ ней ясно замѣтны костныя клѣтки.

Рис. 4. Случай 2. Среднее увеличеніе. На рисункѣ среди ткани опухоли видны известковыя отложенія различной формы—темныя мѣста и гомогенная ткань—блѣдныя участки.

Рис. 5. Случай 2. Очень слабое увеличеніе. Сверху сильно утолщенная и гомогенно-измѣненная твердая мозговая оболочка, къ которой снизу плотно приращена псаммома съ характерными известковыми отложеніями темнаго цвѣта.

---

Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.

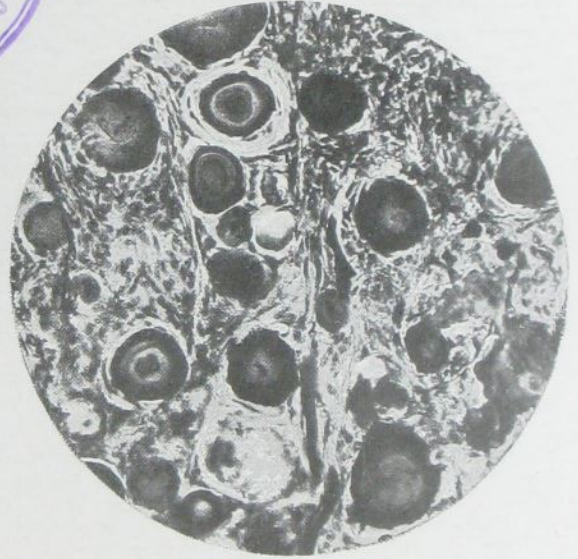
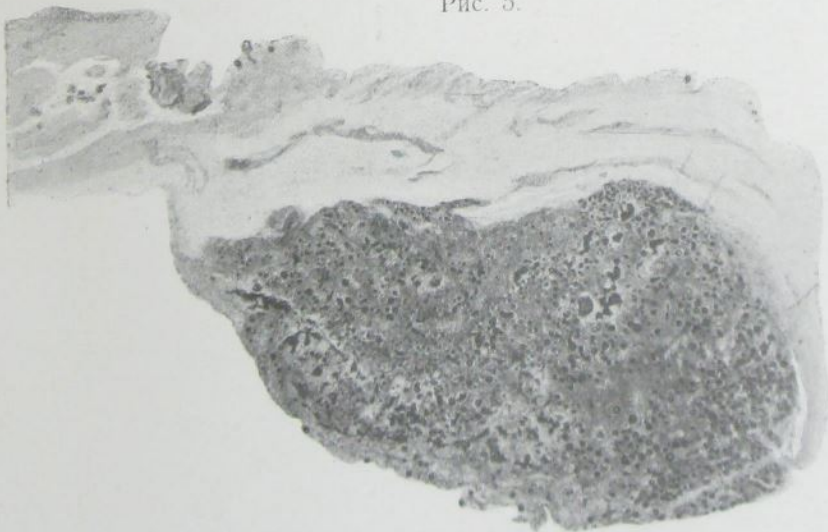


Рис. 5.



# Конъюнктивитъ Parinaud.

В. П. Филатовъ.

Изъ глазной клиники Императорскаго Новороссійскаго Университета.  
(Директоръ: проф. С. С. Головинъ).

Конъюнктивитъ Parinaud можно охарактеризовать, какъ глубокое воспаленіе соединительной оболочки вѣкъ съ развитіемъ фолликулоподобныхъ разраженій и съ одновременнымъ воспалительнымъ опуханіемъ лимфатическихъ железъ впереди уха, а иногда и на шеѣ.

Это заболѣваніе извѣстно офталмологамъ, какъ отдѣльная клиническая форма, со времени классическаго описанія ея, сдѣланнаго Parinaud въ 1889 году. Правда, еще ранѣ Goldzieher описалъ больного съ указаннымъ заболѣваніемъ конъюнктивы. Но такъ какъ его работа носила казуистическій характеръ, тогда какъ Parinaud, совершенно независимо, вывелъ изъ своихъ наблюденій общій типъ заболѣванія, то оно по справедливости носить имя послѣдняго.

Въ настоящее время въ литературѣ извѣстно около 80 случаевъ конъюнктивита Parinaud. Я считаю излишнимъ касаться подробно казуистики и отсылаю интересующихся ею къ статьямъ русскихъ авторовъ — Лазарева, профессора Агабабова и Авербаха и приведу здѣсь лишь краткій общій очеркъ конъюнктивита Parinaud на основаніи литературныхъ данныхъ по этому предмету.

Болѣзнь развивается или безъ замѣтныхъ предвѣстниковъ или же таковыя существуютъ въ видѣ общихъ явленій недомоганія, слабости и потери аппетита. Эти явленія, къ которымъ присоединяется вскорѣ повышение температуры, могутъ быть на лицо и въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни.

Мѣстныя явленія со стороны конъюнктивы наблюдаются обыкновенно только на одномъ глазу.

Они состоятъ въ покраснѣніи и припуханіи конъюнктивы вѣкъ съ появленіемъ крупныхъ фолликулоподобныхъ возвышеній и, иногда, сосочковыхъ разраженій. Краснота и припуханіе конъюнктивы, носящее характеръ умѣренно плотнаго инфильтрата, имѣютъ, какъ правило, диффузное распространеніе по переходной складкѣ того или другого вѣка или обоихъ вѣкъ; иногда процессъ начинается съ конъюнктивы хряща или пораженіе послѣдней присоединяется къ заболѣванію конъюнктивы переходныхъ складокъ; лишь рѣдко вовлекается въ страданіе и конъюнктивна склеры. Фолликулоподобныя возвышенія имѣютъ видъ крупныхъ зеренъ, въ началѣ—полупросвѣчивающихъ, а въ дальнѣйшемъ теченіи—мутныхъ, красноватыхъ или желтоватыхъ. Вѣки, при осмотрѣ снаружи, представляются опухшими, отечными, а на ощупь въ нихъ могутъ замѣчаться, соотвѣтственно опухоли конъюнктивы, уплотнѣнія.

Эти явленія со стороны конъюнктивы начинаются остро и сопровождаются сравнительно небольшимъ количествомъ отдѣляемаго (слизистаго или гнойнаго характера). Уже очень рано, иногда въ первые дни болѣзни, появляется кардинальный симптомъ ея—опуханіе лимфатическихъ железъ передъ ухомъ, а затѣмъ опухаютъ и лимфатическія железы подъ челюстью и на шеѣ; припухшія железы становятся плотными на ощупь и болѣзненными.

Явленія со стороны конъюнктивы и железъ все болѣе и болѣе усиливаются. Иногда фолликулоподобныя узлы отчасти некротизируются и появляются поверхностныя изъязвленія, а лимфатическія железы нерѣдко (въ 30% случаевъ) подвергаются гнойному размягченію и даже вскрываются. Болѣзнь тянется обыкновенно очень долго—нѣсколько недѣль или даже мѣсяцевъ, но въ концѣ концовъ дѣло заканчивается исчезновеніемъ воспалительныхъ явленій какъ со стороны конъюнктивы, на которой не остается даже замѣтныхъ рубцовъ, такъ и со стороны железъ. Роговица заболѣваетъ лишь очень рѣдко, подвергаясь экскоріаціямъ или изъязвленію.

Предсказаніе при конъюнктивитѣ Parinaud въ общемъ благопріятно. При дифференціальной діагностикѣ должно имѣть въ виду главнымъ образомъ трахому и туберкулезъ конъюнктивы.

По внѣшнему виду эти страданія сближаются съ конъюнктивитомъ Parinaud узелковыми инфильтратами въ конъюнктивѣ: фолликулами при трахомѣ и гранулемами при туберкулезѣ. Отличіемъ трахомы отъ конъюнктивита Parinaud является отсутствіе некротическихъ узелковъ, наличность pannus'a и рубцовъ; железы при трахомѣ не страдаютъ.

Туберкулезъ можетъ сопровождаться, правда, опуханіемъ железъ, но для него характерно появленіе язвъ конъюнктивы съ послѣдующимъ рубцеваніемъ и пораженіе роговицы. Конечно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ конъюнктивитъ Parinaud можетъ быть смѣшанъ съ указанными заболѣваніями, но лишь временно: болѣе или менѣе продолжительное наблюденіе (съ примѣненіемъ бактериологическихъ методовъ при подозрѣніи на туберкулезъ) всегда позволитъ отличить ихъ.

Бактеріологическое изслѣдованіе даетъ также важное основаніе для отличія конъюнктивита Parinaud, о коемъ идетъ рѣчь въ настоящей статьѣ, отъ атипичныхъ формъ стрептококковаго конъюнктивита (описаннаго Parinaud же въ 1892 г.).

Этіологія конъюнктивита Parinaud неизвѣстна. Первоначальное предположеніе Parinaud относительно того, что болѣзнь развивается вслѣдствіе зараженія отъ животныхъ, остается недоказаннымъ (хотя и не опровергнутымъ) и по нынѣшнее время. Бактеріологическія изслѣдованія, предпринимавшіяся многими авторами, не позволяютъ остановиться на тѣхъ микробахъ, которые были находимы иногда въ отдѣляемомъ или содержимомъ фолликулоподобныхъ разраженій и железъ, какъ на истинныхъ возбудителяхъ болѣзни. Находили то стафилококковъ, то палочки ксероза, иногда стрептококковъ, пневмококковъ, псевдодифтеритическую палочку, спорогенную палочку изъ группы *b. subtilis* (Pari-sotti) и др.; Scholz описаль особую, неспорогенную палочку, стойко державшуюся въ его случаѣ въ содержимомъ железъ, фолликуловъ и въ отдѣляемомъ; но другіе авторы не находили ея въ своихъ наблюденіяхъ.

Медикаментозное леченіе (прижигающими и дезинфицирующими средствами) повидимому не оказываетъ большого вліянія на теченіе процесса. Хирургическое вмѣшательство можетъ быть показано при нагноеніи железъ и допустимо для удаленія части

пораженной конъюнктивы. Повидимому, изъѣченіе конъюнктивы можетъ оказаться очень полезнымъ (случай *Bernheimer's*).

Послѣ вышеизложенныхъ краткихъ данныхъ относительно конъюнктивита *Parinaud*, я позволю себѣ привести собственное наблюденіе случая этой болѣзни, сравнительно рѣдко встречающейся въ практикѣ. Послѣ исторіи болѣзни я коснусь и патологической анатоміи конъюнктивита *Parinaud*.

Больной Н. Т-въ, 13 лѣтъ, обратился за помощью 13. I. 1910. жалуясь на заболѣваніе праваго глаза, выражающееся опухолью вѣкъ, и на опуханіе щеки около уха.

Анамнезъ. Правый глазъ началъ опухать и краснѣть 3 недѣли тому назадъ, черезъ недѣлю послѣ ушиба кулакомъ. Черезъ недѣлю послѣ начала заболѣванія глаза появилась припухлость железъ передъ ухомъ. Никакого общаго заболѣванія передъ заболѣваніемъ глаза не было. Ранѣе, много лѣтъ назадъ, былъ боленъ скарлатиной.

При изслѣдованіи больного найдены слѣдующія измѣненія его праваго глаза.

Кожа вѣкъ нормальна, но нижнее вѣко представляется нѣсколько утолщеннымъ вслѣдствіе припухлости конъюнктивы. На хрящѣ нижняго вѣка конъюнктива отечна и гиперемирована незначительно, переходная же складка сильно утолщена и нѣсколько уплотнена вслѣдствіе инфильтраціи ея. Гиперемія переходной складки выражена не сильно и вся складка имѣетъ сѣровато-тѣлесную окраску, какъ при трахоматозной инфильтраціи. Поверхность переходной складки неровная вслѣдствіе присутствія фолликулоподобныхъ возвышеній сѣровато-розоваго цвѣта, слегка просвѣчивающихъ, величиною въ  $\frac{1}{2}$  булавочной головки, большинство которыхъ находится въ области середины протяженія складки. Здѣсь же замѣчается одинъ, довольно большой (съ булавочную головку), круглый очагъ инфильтраціи, который имѣетъ желтовато-сѣрую окраску и напоминаетъ некротическій узелъ. Поверхность слизистой оболочки въ области этого узла не изъязвлена. Явленія диффузной инфильтраціи распространяются и на *plica semilunaris*, которая также имѣетъ сѣровато-розоватую окраску, какъ при трахоматозной инфильтраціи, но поверхность ея ровная, безъ фолликуловъ. Конъюнктива хряща верхняго вѣка въ состояніи незначительнаго катарра; переходная складка верхняго вѣка въ нерѣзкой степени инфильтрована, при чемъ характеръ инфильтраціи подобенъ таковой же на нижнемъ вѣкѣ, но фолликуловъ очень мало и они

мелки. Конъюнктивна склеры слегка гиперемирована у экватора глаза. Имѣется незначительное отдѣляемое. Роговица и прочіе отдѣлы глаза здоровы.

Передъ правымъ ухомъ замѣчается небольшая припухлость, которая, какъ показываетъ ощупываніе, несомнѣнно зависитъ отъ увеличенія лимфатической железы (до величины орѣха), представляющей уплотненной и нѣсколько болѣзненной.

Субъективно больной отмѣчаетъ легкую боль въ вѣкахъ и железахъ. Въ день перваго осмотра, произведеннаго мною, т. е. 13-го января, проф. С. С. Головинъ вскрылъ означенный выше узелокъ въ конъюнктивѣ при чемъ содержимое его оказалось полужидкимъ. Сдѣланы мазки и посѣвы изъ конъюнктивальнаго отдѣляемаго (до вскрытія абсцессика) и изъ содержимаго абсцесса. Мазъ изъ аирола, повязка. Микроскопическое изслѣдованіе мазковъ обнаружило присутствіе ксеробациллъ и стафилококковъ въ умѣренномъ количествѣ. Содержимое абсцесса оказалось гнойнаго характера. На питательныхъ средахъ (агарѣ, сывороткѣ) изъ отдѣляемаго выросли культуры ксеробациллъ и бѣлаго стафилококка, съ явнымъ преобладаніемъ послѣдняго.

14. I. Картина почти та же, но переходная складка нѣсколько толще. На мѣстѣ вскрытаго абсцессика—желтый гнойный очагъ.

Смазываніе конъюнктивы 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворомъ ляписа.

15. I. Больной чувствуетъ усиленіе боли въ глазу и железахъ. Переходная складка толще. Аириловая мазъ; повязка.

16. I. Переходная складка еще нѣсколько толще и краснѣе. „Фолликулы“ обозначаются рѣзче и становятся болѣе мутными и сѣрыми. Повязка.

17. I. Фолликулы въ томъ же видѣ. Утолщеніе складки рѣзче. Железка больше и болѣзненнѣе. Мазъ изъ ксероформа. Повязка.

18. I. Переходная складка еще нѣсколько толще.

19. I. Фолликулы стали мутными, сѣровато-желтаго цвѣта и напоминаютъ по виду некротическіе очаги или абсцессики, но меньшей величины, чѣмъ вышеописанный. Эти очаги занимаютъ преимущественно средину переходной складки, иногда сливаются между собою, образуя бляшки. Конъюнктивна верхняго вѣка въ прежнемъ состояніи.

Съ 20 по 27 января явленія болѣзни прогрессируютъ. Пе-

реходная складка нижняго вѣка все болѣе и болѣе утолщается, вслѣдствіе усиленія диффузной инфильтраціи и развитія новыхъ фолликулоподобныхъ узелковъ. Появляется все болѣе и болѣе некротическихъ очаговъ, принимающихъ вскорѣ желтоватую гнойную окраску. Эти гнойные очаги расположены главнымъ образомъ въ области середины переходной складки. На переходной складкѣ верхняго вѣка количество фолликуловъ увеличивается, но не въ такой степени, какъ на нижнемъ вѣкѣ. Конъюнктива склеры начинаетъ краснѣть и опухать по периферіи глазного яблока. Отдѣляемаго по прежнему нѣтъ. Больной испытываетъ



легкія боли въ глазу и сильныя боли, ноющаго характера, въ железахъ предъ ухомъ, которыя сильно опухли (до голубинаго яйца), но не флюктуируютъ. Появляется опухоль лимфатическихъ железъ подъ правой челюстью и на шеѣ, которыя также болятъ болѣзненно. Чувство озноба и разбитости, повышеніе  $t^{\circ}$  до 37,8--38 $^{\circ}$ .

Въ этомъ періодѣ больной изображенъ мною на прилагаемомъ цвѣтномъ рисункѣ № 1 (см. таблицу) и на фотографіи.

27-го января. Я произвелъ эксцизію значительнаго куска переходной складки въ срединѣ ея протяженія. Заживленіе операціонной раны, не подвергавшейся сшиванію, происходило быстро и безъ осложненій.

Послѣ эксцизіи, уже въ ближайшіе дни, произошелъ значительный поворотъ къ лучшему: инфильтрація и инъекція конъюнктивы уменьшились, железы предѣ ухомъ и на шеѣ нѣсколько опали и стали менѣе болѣзненными; t<sup>0</sup> сдѣлалась нормальной. Очень скоро конъюнктивна пріобрѣла чрезвычайно большое сходство съ трахомой въ періодѣ присутствія фолликуловъ и диффузной инфильтраціи. Дальнѣйшее улучшеніе шло не останавливаясь и приблизительно черезъ двѣ недѣли всѣ явленія на конъюнктивѣ исчезли, только на мѣстѣ разрѣза остался рубчикъ; железы почти не прощупывались.

Бактеріологическое изслѣдованіе вырѣзаннаго кусочка не дало ничего новаго (выросли ксеробациллы и стафилококки).

Нѣтъ никакого сомнѣнія въ томъ, что случай, который мнѣ пришлось наблюдать, представлялъ типическую форму конъюнктивита *Parinaud*. По своему острому теченію, отсутствію язвъ и благопріятному исходу онъ нѣсколько не напоминалъ туберкулезъ конъюнктивы, а опухоль железъ и гнойно некротическіе узелки легко отличали его отъ трахомы. Надо впрочемъ замѣтить, что въ періодѣ регрессивномъ трудно было бы исключить послѣднюю, не зная предшествовавшихъ явленій.

Діагностика конъюнктивита *Parinaud* у моего больного была поставлена еще въ самомъ началѣ болѣзни д-ромъ О. К. Вальтеромъ, который видѣлъ больного раньше, и проф. С. С. Головинымъ за нѣсколько дней до совмѣстнаго осмотра со мною. За конъюнктивитъ *Parinaud* болѣзнь была признана и членами Одесскаго офталмологическаго кружка, въ засѣданіи котораго отъ 2. II. 1910 я демонстрировалъ больного.

### Патолого-анатомическое изслѣдованіе.

Одна половина кусочка, вырѣзаннаго изъ переходной складки, была фиксирована 5% формалиномъ, другая — абсолютнымъ алкоголемъ въ теченіе 48 часовъ. Передъ фиксаціей, съ поверхностей кусочка (конъюнктивальной и раневой) сдѣланы мазки на стеклахъ. Заливка въ парафинъ. Окраска срѣзовъ гематоксилиномъ и эозиномъ, гематоксилиномъ и пикрофуксиномъ, метиленовой синькой *Löffler's* и эозиномъ, фуксиномъ (на при-

сутствіе туберкулезныхъ бациллъ), по Gram'у, по Unna-Pappenheim'у.

При микроскопическомъ изслѣдованіи срѣзовъ найдено слѣдующее.

Эпителій конъюнктивы лишь въ нѣсколькихъ мѣстахъ сохранилъ свой нормальный видъ. На большей же части своего протяженія онъ представляетъ явленія отека и инфильтраціи лейкоцитами. Въ мѣстахъ, соотвѣтствующихъ гнойно-некротическимъ очагамъ подлежащей ткани, о которыхъ будетъ сказано ниже, попадаютъ участки полной потери эпителія; кое-гдѣ наблюдается лишь слущиваніе верхнихъ слоевъ его. Слизистыхъ клѣтокъ мало. На поверхности эпителія лишь кое-гдѣ находится фибринозно-клѣточный экссудатъ. Иногда въ глубокихъ слояхъ эпителія замѣчаются явленія каріокинеза. Мѣстами эпителій образуетъ выступы въ подлежащую ткань — явленіе свойственное и нормальной конъюнктивѣ. Строма конъюнктивы, ея ретикулярная соединительная ткань, не можетъ быть обнаружена съ достаточной ясностью вслѣдствіе того, что этому мѣшаетъ обиліе инфильтрирующихъ конъюнктиву клѣтокъ. Благодаря присутствію послѣднихъ и развитію сосудовъ, конъюнктива сильно утолщена. Сосудовъ чрезвычайно много и они имѣютъ по большей части характеръ капилляровъ, изрѣдка мелкихъ венъ или артерій. Въ просвѣтѣ ихъ видны красные кровяные шарики, мононуклеары, полиморфноядерные лейкоциты и, нерѣдко въ большомъ количествѣ, плазматическія клѣтки. Иногда наблюдаются разращенія эндотелія сосудовъ. Явленій отека и присутствія фибринознаго экссудата въ ткани не замѣтно.

Главную массу инфильтрирующихъ конъюнктиву клѣтокъ составляютъ плазматическія клѣтки. Лучше всего онѣ видны на препаратахъ, окрашенныхъ по Unna-Pappenheim'у.

Обычно онѣ имѣютъ видъ довольно крупныхъ, богатыхъ протоплазмой клѣтокъ округлой или полигональной формы съ овальнымъ или округлымъ ядромъ, въ которомъ ясно видна хроматиновая сѣть съ нѣсколькими хроматиновыми зернами. При окраскѣ по Unna-Pappenheim'у, протоплазма представляется красной безъ зернитости, ядро голубое; при окраскѣ метиленовой синькой—протоплазма равномерно синяя; благодаря тому, что синька окрашиваетъ въ ядрѣ только хроматиновыя нити, все ядро кажется болѣе свѣтлымъ, чѣмъ протоплазма. Ядро лежитъ

обыкновенно у края клѣтки, вокругъ него нерѣдко окраска протоплазмы значительно слабѣе остальныхъ ея частей; явленіе это особенно хорошо выступаетъ на препаратахъ, подвергнутыхъ не рѣзкой окраскѣ.

Кромѣ этого основного типа встрѣчаются еще и слѣдующіе типы плазматическихъ клѣтокъ: а) клѣтки небольшого размѣра, округлая, съ ядромъ расположеннымъ по срединѣ, съ малымъ количествомъ протоплазмы, окружающей ядро лишь въ видѣ узкаго ободка. По формѣ онѣ напоминаютъ лимфоциты, но крупнѣе ихъ; число этихъ клѣтокъ не велико, б) клѣтки большія съ двумя или тремя ядрами. Эти, только что указанныя, формы относятся къ краскѣ Уппа-Рарренгейм'а, какъ основной типъ.

Кромѣ того, слѣдуетъ отмѣтить въ плазматическихъ клѣткахъ явленія дегенераціи въ видѣ вакуолизаціи протоплазмы или ея сморщиванія, а также явленія прогрессивныя — каріокинезъ. Плазматическія клѣтки составляютъ главную массу диффузной инфильтраціи конъюнктивы отъ эпителія до подконъюнктивальной ткани, встрѣчаясь и въ послѣдней.

Рядомъ съ плазматическими клѣтками слѣдуетъ указать на эпителиоидныя клѣтки, встрѣчающіяся въ довольно значительномъ числѣ по всей конъюнктивѣ; нѣкоторое количество ихъ замѣчается и въ гнойно-некротическихъ очагахъ, о которыхъ рѣчь ниже. Онѣ имѣютъ видъ крупныхъ клѣтокъ (большихъ размѣровъ, чѣмъ основной типъ плазма-клѣтокъ) съ овальнымъ или круглымъ (иногда пузырькообразнымъ) ядромъ, содержащимъ мало хроматина и одно—два крупныхъ ядрышка (хроматиновые зерна). Хроматинъ ядра красится, при методѣ Уппа-Рарренгейм'а, въ слабо голубой цвѣтъ, зерна—въ фіолетово-красный. Протоплазма окрашивается въ однихъ клѣткахъ въ красный цвѣтъ, какъ въ настоящихъ плазма-клѣткахъ, въ другихъ она принимаетъ лишь слабо розовую окраску, въ третьихъ протоплазма остается не окрашенной. Въ общемъ, какъ по величинѣ, такъ и по формѣ и окраскѣ можно замѣтить клѣтки, составляющія переходъ отъ основного типа плазма-клѣтки къ основному типу эпителиоидной. Отъ послѣдней по формѣ и окраскѣ замѣчаются также переходы къ фибробластамъ, которые разбросаны тамъ и сямъ въ инфильтрированной конъюнктивѣ. Относительно этихъ послѣднихъ считаю нужнымъ замѣтить, что, констатируя ихъ присутствіе, надо принимать въ расчетъ ихъ большое сходство съ клѣтками эндотелія сосудовъ и стойкими клѣтками самой стромы конъюнктивы.

При окраскѣ по Van-Giesson'y или гематоксилиномъ съ эозиномъ характерныя детали различныхъ клѣточныхъ типовъ въ значительной степени теряются.

Слѣдующую категорію клѣтокъ, инфильтрирующихъ конъюнктиву, составляютъ лимфоциты: одноядерныя небольшія клѣтки съ малымъ количествомъ протоплазмы, не красящейся по U n n a-P a r r e n h e i m 'y

Эти клѣтки разсѣяны въ скудномъ количествѣ всюду между плазматическими клѣтками; мѣстами же ихъ становится такъ много, что онѣ перевѣшиваютъ число плазматическихъ клѣтокъ. Эти мѣстныя скопленія лимфоцитовъ не имѣютъ характера лимфатическаго фолликула: они недостаточно густы и недостаточно рѣзко отдѣляются отъ окружающей инфильтраціи.

Дальнѣйшая группа клѣтокъ инфильтрата—это полиморфноядерные лейкоциты—„полинуклеары“. Они разбросаны въ незначительномъ числѣ всюду. Мѣстами же они скопляются въ большемъ количествѣ, составляя главную массу клѣточныхъ гнойно-некротическихъ очаговъ, расположенныхъ въ верхнихъ слояхъ конъюнктивы. Эти очаги требуютъ болѣе подробнаго описанія; въ основу его взяты препараты, окрашенные по U n n a-P a r r e n h e i m 'y.

Гнойно-некротическіе очаги, о которыхъ идетъ рѣчь, рѣзко отличаются своимъ голубымъ цвѣтомъ отъ окружающихъ фіолетово-красныхъ частей препарата, благодаря тому, что въ этихъ очагахъ почти нѣтъ окрашенныхъ въ красный цвѣтъ плазма-клѣтокъ. Очаги эти довольно большіе, форма ихъ круглая; иногда наблюдаются боковые выступы въ видѣ полосы, занимающей значительное протяженіе подѣпителіальнаго слоя конъюнктивы.

Главную массу клѣтокъ очаговъ составляютъ полиморфноядерные лейкоциты; въ особенности много ихъ въ граничащихъ съ поверхностью конъюнктивы отдѣлахъ очаговъ, гдѣ они находятся иногда безъ примѣси другихъ клѣтокъ.

О контрастѣ между областью диффузной инфильтраціи плазма-клѣтками и гнойно-некротическими очагами можно судить по цвѣтному рисунку № 3 (см. таблицу), сдѣланному мною съ препарата при маломъ увеличеніи: плазма-клѣтки окрасились, по методу U n n a-P a r r e n h e i m 'a, въ красный, а гнойно-некротическіе очаги—въ синій цвѣтъ.

Среди полинуклеаровъ разсѣяны въ умѣренномъ количествѣ

лимфоциты, кое-гдѣ фибробласты и въ довольно обильномъ числѣ эпителиоидныя клѣтки. Плазма-клѣтокъ, протоплазма коихъ была бы окрашена въ красный цвѣтъ, въ срединѣ очаговъ нѣтъ, по периферіи же онѣ встрѣчаются въ скудномъ количествѣ, будучи перемѣшаны здѣсь съ полинуклеарами, лимфоцитами, одноядерными лейкоцитами и эпителиоидными клѣтками. Эту полосу можно назвать переходной. За нею очагъ окруженъ густой массой плазматическихъ клѣтокъ.

Во многихъ клѣткахъ замѣчаются рѣзкія явленія дегенерации въ видѣ вакуолизаціи протоплазмы или ея сморщиванія. Характерной особенностью очаговъ является распространенный каріорексисъ. Ядерный распадъ встрѣчается какъ въ сравнительно хорошо сохранившихся клѣткахъ, такъ и въ видѣ хроматиновыхъ зеренъ, лежащихъ свободно между клѣтками или заключенныхъ внутри многочисленныхъ фагоцитовъ. Большая часть послѣднихъ имѣетъ характеръ большихъ эпителиоидныхъ клѣтокъ съ голубымъ ядромъ, небогатымъ хроматиномъ.

Слѣдуетъ замѣтить, что близъ вышеупомянутой переходной полосы встрѣчается немало клѣтокъ съ общимъ характеромъ плазма-клѣтокъ, но съ неокрашенной или едва розовой протоплазмой. Повидимому, это плазма-клѣтки въ состояніи начальной дегенерации. Быть можетъ ядерный распадъ происходитъ преимущественно изъ некротизированныхъ плазма-клѣтокъ. Считаю нужнымъ добавить, что явленія клѣточного распада встрѣчаются кое-гдѣ и внѣ предѣловъ описанныхъ очаговъ, они не достигаютъ однако сколько-нибудь значительнаго распространенія. Въ нѣкоторыхъ очагахъ замѣчается небольшое количество красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Въ очагахъ нельзя отмѣтить ясной соединительнотканной сѣтки. Изрѣдка въ очагѣ можно встрѣтить капиллярные сосудики. На своей поверхности очаги покрыты эпителиемъ, иногда истонченнымъ; эпителий порою и совсѣмъ отсутствуетъ. Иногда очаги не достигаютъ эпителия, будучи отдѣлены отъ него слоемъ плазматическихъ клѣтокъ. Что касается до фибрина, то сѣтъ его замѣчается только кое-гдѣ близъ поверхности.

Близъ очага нерѣдко видны развитые сосуды, охватывающіе его по окружности. Вокругъ очаговъ встрѣчается иногда молодая соединительная ткань, состоящая изъ крупныхъ клѣтокъ съ пузырькообразнымъ ядромъ и фибробластовъ.

На нѣкоторыхъ срѣзахъ замѣчаются близъ поверхности

конъюнктивы, въ области диффузной инфильтраціи плазма-клетками, островки клетокъ, напоминающихъ на первый взглядъ эпителиоидныя и фибробласты; иногда въ нѣкоторыхъ изъ нихъ явленія каріокинеза. Однако, близость ихъ къ эпителию и несомнѣнное сходство съ послѣднимъ, обнаруживающееся при болѣе детальномъ разсмотрѣніи, заставляють считать эти клеточныя скопленія за поперечныя или косые срѣзы тѣхъ вдавленій эпителия и складокъ, которыя такъ нерѣдко наблюдаются въ конъюнктивѣ.

Что касается до бактериологическаго изученія мазковъ и срѣзовъ, то въ первыхъ кое-гдѣ отмѣчены кокки, во вторыхъ же не обнаружено никакихъ микробовъ.

При изученіи патолого-анатомическихъ изслѣдованій, опубликованныхъ въ литературѣ, нельзя, дѣлая обобщенія, не испытывать затрудненія главнымъ образомъ потому, что авторы нерѣдко придерживаются различной терминологіи въ обозначеніи клетокъ, что дѣлаетъ отождествленіе ихъ въ разныхъ случаяхъ не всегда возможнымъ; этому содѣйствуетъ еще и неодинаковость методовъ окраски. Все же въ патологической анатоміи конъюнктивита Parinaud можно намѣтить нѣсколько основныхъ вопросовъ.

1. Несомнѣнно, что болѣзнь эта является заболѣваніемъ только конъюнктивы, хрящъ же остается здоровымъ, не смотря на тяжесть конъюнктивальнаго процесса и на долговременность его существованія (случай Bernheimer'a). Это обстоятельство рѣзко отличаетъ его съ патолого-анатомической стороны отъ трахомы, которая, въ застарѣлыхъ и тяжелыхъ случаяхъ, поражаетъ и хрящъ.

2. Въ конъюнктивѣ, отъ эпителия до подконъюнктивальной ткани, наблюдается болѣе или менѣе густая диффузная инфильтрація. Характеръ ея описывается неодинаково. Какъ на важную составную часть инфильтраціи встрѣчаются указанія у однихъ авторовъ на лимфоциты, у другихъ на эпителиоидныя клетки, у третьихъ на плазматическія. Иные указываютъ, какъ на основу инфильтраціи, на крупныя круглыя клетки.

Кромѣ того, среди клетокъ диффузной инфильтраціи упоминаются полинуклеярные лейкоциты и Mastzellen, но роль ихъ всегда второстепенная; не характерно для конъюнктивита и присутствіе эозинофиловъ, столь обильно встрѣчающихся при весеннемъ катаррѣ. Плазматическія клетки выставлялись нѣкоторыми авторами, какъ особенно характерная для конъюнктивита Parinaud.

паud составная часть инфильтрации. На роль этихъ клѣтокъ, отмѣченныхъ при конъюнктивитѣ Parinaud впервые Matys'омъ, указываютъ, главнымъ образомъ, Reis и, за послѣднее время, Wölflin и Rupprecht; эти два автора замѣчаютъ, что единичные случаи отсутствія плазматическихъ клѣтокъ (какъ напр. въ случаѣ Авербаха) могутъ объясняться неподходящей фиксаціей вырѣзанныхъ кусочковъ. Была ли она дѣйствительно таковой въ отрицательныхъ случаяхъ Авербаха и Лазарева—неизвѣстно, такъ какъ способъ фиксаціи кусочковъ не указанъ.

Какъ извѣстно, присутствіе плазматическихъ клѣтокъ въ воспаленныхъ тканяхъ не рѣдкость и съ этой точки зрѣнія ихъ наличность не придаетъ патолого-анатомической картинѣ конъюнктивита Parinaud ничего специфическаго. Но для патолого-анатомической семіотики во всякомъ случаѣ немаловажно дальнѣйшее изученіе условий появленія и степени развитія ихъ въ количественномъ отношеніи при болѣзни Parinaud сравнительно съ другими конъюнктивитами. Въ этомъ отношеніи интересно мнѣніе Wölflin'a и Rupprecht'a, что по обилію плазма-клѣтокъ конъюнктивитъ Parinaud на ряду съ весеннимъ катарромъ занимаетъ, конечно, первое мѣсто среди болѣзней конъюнктивы.

3. Важнымъ вопросомъ патолого-анатомическаго изслѣдованія конъюнктивы при болѣзни Parinaud является вопросъ объ очагахъ инфильтраціи—фолликулоподобныхъ или бугоркоподобныхъ образованіяхъ.

Нѣкоторые авторы говорятъ только о разлитой инфильтраціи (напр. Reis, Bassères et Poujol, Ellet, Авербахъ въ 1-мъ случаѣ), другіе отмѣчаютъ болѣе густыя мѣстныя скопленія клѣтокъ (Goldzieher, Moraх и Monouëlian, Ноог, Лазаревъ, 2-ой случай Авербаха, Matys, Wölflin и Rupprecht). Эти очаги описываются нѣсколько различно.

По Ноог'у, въ его случаѣ, они имѣли строеніе, свойственное туберкулезному бугорку: они состояли изъ эпителиоидныхъ клѣтокъ съ незначительной примѣсью гигантскихъ клѣтокъ; имѣлось нѣжное reticulum, а по окружности бугорка соединительнотканная, капсула; въ клѣткахъ бугорка слабыя явленія некроза. Такое строеніе дало Ноог'у основаніе предположить, не есть ли конъюнктивитъ Parinaud ослабленный туберкулезъ. Надо замѣтить

что по клинической картинѣ случай Н о о г'а вполне характеренъ былъ для болѣзни Parinaud, указаній же на туберкулезъ путемъ бактериологическаго изслѣдованія и прививокъ животнымъ не было получено.

У W ö l f l i n'a и R u p p r e c h't'a строеніе узелка такое: средина занята лимфоцитами съ примѣсью большого числа эпителиоидныхъ клѣтокъ и единичныхъ атипическихъ гигантскихъ клѣтокъ. Далѣе слѣдуетъ слой чистыхъ лимфоцитовъ; окруженъ узелокъ широкимъ поясомъ плазма-кѣтокъ, которыхъ совсѣмъ нѣтъ въ самомъ фолликулѣ. Въ общемъ узелокъ болѣе сходенъ съ бугоркомъ, чѣмъ съ трахоматознымъ фолликуломъ, бѣднымъ эпителиоидными клѣтками. Отъ типичнаго бугорка узелокъ отличался отсутствіемъ Ланггансовыхъ гигантскихъ клѣтокъ и казеознаго перерожденія.

Goldzieher описываетъ чисто лимфоидные узелки съ сумкой изъ соединительной ткани. У Лазарева скопленія лимфоцитовъ мало отграничивались отъ окружающей лимфоцитной же инфильтраціи. У Авербахъ также говорится лишь о лимфоидныхъ скопленіяхъ.

4. Большое значеніе въ патолого-анатомическомъ отношеніи имѣетъ вопросъ о явленіяхъ дегенераціи и некроза клѣтокъ.

Одни авторы или не упоминаютъ или даже подчеркиваютъ полное отсутствіе явленій некроза и дегенераціи клѣтокъ въ ихъ случаяхъ (W ö l f l i n и R u p p r e c h't). Другіе авторы говорятъ лишь о слабыхъ явленіяхъ дегенераціи и некроза отдѣльныхъ клѣтокъ или небольшихъ группъ ихъ. Такъ Reiss упоминаетъ о дегенераціи плазма-кѣтокъ, Авербахъ (2-ой случай) о распадѣ клѣтокъ лимфаденоиднаго узла, Bassères et Roujolo о некрозѣ отдѣльныхъ клѣтокъ инфильтрата.

Третья группа авторовъ отмѣчаетъ уже болѣе рѣзко выраженную некротизацію клѣтокъ, принимающую характеръ очаговой.

Такъ Bernheimer говоритъ, что онъ въ своихъ препаратахъ обнаруживалъ многочисленныя и ясно выраженные явленія распада въ клѣткахъ эпителия и инфильтрата. Эти, по большей части очень маленькіе, очаги омертвѣнія лежали разбросанно въ ткани.

Н о о г отмѣчаетъ ясныя явленія некроза въ эпителиоидныхъ бугоркахъ (помимо того и въ отдѣльныхъ клѣточныхъ группахъ инфильтрата). Маленькіе очаги некроза упоминаетъ и Ellet. Максимальное развитіе омертвѣнія описали Verhoeff и Derby.

Въ первомъ ихъ случаѣ имѣлись слѣдующія измѣненія.

Большая часть инфильтрирующихъ клѣтокъ, въ томъ числѣ и эпителиоидныхъ клѣтокъ, обнаруживаютъ ясныя явленія дегенерации, отъ простаго каріолиза и раздѣленія ядра до полнаго растворенія клѣточного тѣла. Вслѣдствіе распространеннаго некроза сравнительно нормальныя клѣтки оказываются заключенными въ детритную массу, занимающую иногда обширные участки. Черезъ эти некротическіе участки проходятъ капилляры и волокна соединительной ткани, достигая эпителия. Въ глубже лежащихъ участкахъ ткань становится все болѣе и болѣе здоровой и лишь кое-гдѣ попадаются некротическіе узелки.

Во 2-мъ случаѣ некрозъ выраженъ былъ еще болѣе рѣзко и очаги и пояса этого некроза были рѣзче отграничены отъ здоровой ткани. Въ этомъ случаѣ могло быть съ несомнѣнностью установлено, что очаги некроза соотвѣтствовали тѣмъ небольшимъ желтымъ мѣстамъ, которыя были отмѣчены при клиническомъ изслѣдованіи.

Verhoeff и Derby считаютъ, что некрозъ является наиболѣе характерной чертой патолого-анатомической картины конъюнктивита Parinaud.

Сопоставляя это мнѣніе Verhoeff'a и Derby со случаями отсутствія некроза, Wölflin и Rupprecht полагаютъ, что разница зависитъ отъ того, что матеріалъ изслѣдовался разными авторами въ различные періоды развитія болѣзни; по предположенію Wölflin'a и Rupprecht'a некрозъ вѣроятно появляется лишь при долгомъ существованіи разраженій.

5. Интереснымъ представляется также вопросъ о развитіи въ поражаемой болѣзнию Parinaud конъюнктивѣ соединительной ткани. Какъ извѣстно, говорить о такихъ явленіяхъ рубцеванія при болѣзни Parinaud, какія наблюдаются при трахомѣ, на основаніи клиническихъ данныхъ не приходится. Но въ патолого-анатомическомъ отношеніи даже и небольшое развитіе соединительной ткани должно представлять интересъ для общей характеристики процесса.

Ноог указываетъ на существованіе новообразованной соединительной ткани вокругъ бугорковъ и молодой соединительной ткани въ самихъ бугоркахъ; о развитіи фиброзной ткани говоритъ Gifford, о нѣжныхъ новообразованныхъ тяжахъ, пронизывающихъ ткань упоминаетъ Bernheimer; въ наблюденіяхъ Verhoeff'a и Derby также отмѣчено развитіе со-

единительной ткани. Некоторые авторы не упоминают о соединительной ткани ни в области диффузной инфильтрации, ни вокруг очаговых скоплений клеток, иногда подчеркивая полное отсутствие ея.

6. Необходимо упомянуть еще о состояниі эпителия.

Повидимому иногда онъ подвергается значительному измѣненію, что выражается въ перерожденіи клетокъ (вакуолизация, слизистое перерожденіе), въ инфильтраціи лейкоцитами и явленіяхъ отека; иногда случаются частичныя потери его. Многіе авторы упоминаютъ о вращаніяхъ эпителия въ подлежащую ткань, не указывая впрочемъ, считаютъ ли они это за патологию. Но въ общемъ можно вывести заключеніе, что измѣненія эпителия при конъюнктивитѣ *Parinaud* не играютъ крупной роли въ его патолого-анатомической картинѣ.

8. Кромѣ перечисленныхъ выше частей патолого-анатомической картины затрагивались еще отдѣльными авторами измѣненія сосудовъ—отмѣчалось ихъ обиліе и, иногда, разрастаніе эпителия стѣнокъ (*Bernheimer*). На нихъ мы останавливаться не будемъ, какъ на второстепенныхъ.

9. Въ предушной железѣ, увеличенной, но не нагноившейся найдены въ одномъ случаѣ явленія простой гипертрофіи. Лимфатическіе фолликулы ясно выражены.

Сравнивая результаты патолого-анатомическаго изслѣдованія моего случая съ литературными данными, я нахожу, что микроскопическія измѣненія конъюнктивы вполне совпадаютъ съ клинической діагностикой.

Многія детали микроскопической картины, найденныя мною, встрѣчаются и въ описаніяхъ авторовъ.

Наиболѣе яркими, если можно такъ выразиться, явленіями въ моемъ случаѣ я считаю инфильтрацію конъюнктивы плазматическими клетками и гнойно-некротическіе очаги. Эти послѣдніе сближаютъ мой случай въ особенности съ наблюденіями *Verhoeff'a* и *Derby*, хотя у послѣднихъ явленія некроза (съ характеромъ каріорексиса) и преобладали надъ явленіями нагноенія.

Въ общемъ можно охарактеризовать сущность процесса въ моемъ случаѣ, какъ подострое воспаленіе съ ясно выраженной склонностью къ некротизаціи воспаленной ткани. За подострый характеръ процесса до извѣстной степени говоритъ, по моему мнѣнію, общій составъ инфильтрата и склонность къ образованію грануляціонной ткани (присутствіе фибробластовъ).

Необходимо отмѣтить, что я не нашель въ моемъ случаѣ ни ясно выраженныхъ лимфатическихъ фолликуловъ, ни очаговъ, которые можно было бы приравнять къ туберкулезному бугорку. Но я не отрицаю возможности того, что они могли быть у моего больного раньше или въ другихъ мѣстахъ конъюнктивы. Дѣло въ томъ, что въ моемъ распоряженіи былъ лишь участокъ переходной складки, представлявшей уже значительныя явленія некроза и нагноенія, а таковыя могли сильно измѣнить первоначальное строеніе образованій, клинически обозначенныхъ, какъ фолликулы.

Служили ли явленія некроза и нагноенія необходимымъ звеномъ въ описанной картинѣ или же были обусловлены добавочной инфекціей, судить нельзя по недостатку данныхъ.

По поводу этого обстоятельства, какъ и по поводу разницы въ характерѣ измѣненій, которыя были находимы различными авторами, я считаю возможнымъ высказать слѣдующія соображенія.

Во-первыхъ разница въ патолого-анатомической картинѣ можетъ зависѣть отъ того, что изслѣдованія производились авторами въ разные періоды болѣзни (W ö l f l i n и R ü p p r e c h t). Во-вторыхъ она можетъ быть обусловлена различіемъ въ силѣ тѣхъ токсиновъ, которые выдѣляются неизвѣстными микроорганизмами, вызывающими болѣзнь P a r i n a u d. Наконецъ, картина можетъ, до извѣстной степени, мѣняться въ зависимости отъ добавочной инфекціи.

Въ изученіи патолого-анатомической сущности конъюнктивита P a r i n a u d еще далеко не все выяснено. Необходимы дальнѣйшія патолого-анатомическія наблюденія при этой болѣзни. Въ клиническомъ отношеніи мой случай интересенъ по тому, что операція изсѣченія куска конъюнктивы оказала ясно благоприятный эффектъ.

Заканчивая мою статью, считаю своимъ пріятнымъ долгомъ поблагодарить профессора Сергѣя Селивановича Головина за представленіе случая и руководство и профессора Юсифа Фомича Пожарискаго за его цѣнныя указанія.

---

## Указатель литературы.

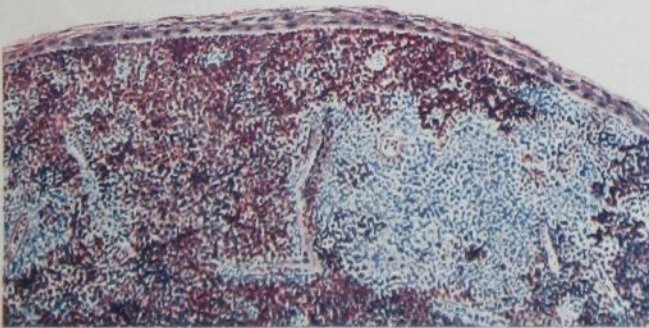
1. Verhoeff и Derby. Klinische Monatsbl. 1905. S. 705.
2. Goldzieher. Centralbl. f. Prakt. Augenheilk. 1905. S. 1.
3. Hoor. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1906. S. 289.
4. Reis. Graefe's Arch. f. Ophth. 1906. LXIII, S. 46.
5. Bernheimer. Klin. Monatsbl. f. A 1906. S. 323.
6. Bassères et Poujol. Annales d'oculist. 1908. p. 161.
7. Лазаревъ. Вѣстникъ Офтальмологіи. 1909. Январь.
8. Авербахъ. Вѣстникъ Офтальмологіи. 1909. Январь.
9. Агабабовъ. Вѣстникъ Офтальмологіи. 1909. Июнь-Юль.

Въ статьяхъ двухъ послѣднихъ авторовъ приведена вся библиографія вопроса.

1.



2.



# Къ вопросу о первичныхъ опухоляхъ твердой мозговой оболочки головного мозга.

Ш. І. Криницкій.

Изъ патолого - анатомическаго института Императорскаго Новороссійскаго Университета: профессоръ Д. П. Кишенскій.

Приступая къ изложенію своей работы, я вначалѣ приведу краткія свѣдѣнія по эмбриологіи, анатоміи и гистологіи твердой мозговой оболочки и затѣмъ перейду къ обзору литературы и къ описанію своихъ случаевъ.

Всѣ мозговья оболочки образуются изъ средняго зародышеваго листка [R. Bonnet (4), F. Engert (9), A. Kölliker (23) и H. Ribbert (31)]. На третьемъ мѣсяцѣ утробной жизни раздѣленіе между pia и dura еще не существуетъ и на ихъ мѣстѣ находится одна общая соединительнотканная, чрезвычайно богатая клѣтками оболочка. Эта послѣдняя, по мѣрѣ развитія зародыша, постепенно дѣлается все толще и приблизительно къ концу третьяго мѣсяца происходитъ ея раздѣленіе на два слоя: наружный болѣе толстый волокнистый и внутренній болѣе рыхлый. Первый слой—это будущая твердая мозговая оболочка, а второй—мягкія мозговья оболочки. Раздѣленіе это происходитъ путемъ вѣдренія слоя плоскихъ клѣтокъ, которыя очень тѣсно прилегаютъ другъ къ другу. Вскорѣ между клѣтками образуется щель и плоскія клѣтки принимаютъ участіе въ выстилкѣ этой щели; клѣтки, покрывающія верхнюю поверхность щели, образуютъ эндотеліальный покровъ нижней поверхности *durae matris*, клѣтки же,

лежащія на нижней поверхности щели, образуютъ будущій эндотелиальный покровъ *riæ matris*. Принимая во вниманіе развитіе мозговыхъ оболочекъ изъ средняго зародышеваго листка, нужно признать, что всѣ клѣтки твердой мозговой оболочки соединительнотканнаго характера и никоимъ образомъ не эпителиального. Твердая мозговая оболочка (Зерновъ, Лысенковъ Дьяконовъ и Шпальтегольцъ) представляетъ довольно толстую, очень плотную и крѣпкую соединительнотканную пластинку. Она является также внутренней надкостницей черепныхъ костей, заключаетъ въ себѣ сосуды, питающіе кость и обладаетъ въ слабой степени костеобразовательною способностью. У дѣтей твердая мозговая оболочка очень тѣсно соединена съ костями черепа, а у взрослыхъ такое тѣсное соединеніе остается только на основаніи черепа и въ области черепныхъ швовъ. Внутренняя поверхность твердой мозговой оболочки гладка и отдѣляется отъ *riæ mater* весьма узкимъ, выстланнымъ эндотелиемъ, щелевиднымъ промежуткомъ, который называется *cavum subdurale*. Между костями черепа и твердой мозговой оболочкой находится также щелевидная полость—*cavum epidurale*. Главной артеріей твердой мозговой оболочки является *arteria meningea media*—вѣтвь *art. maxillaris interna*.

Въ толщѣ твердой мозговой оболочки заложены особыя вѣстилица-пазухи, въ которыя стекается вся венозная кровь изъ головного мозга; пазухи изливаются во внутреннія яремныя вены.

Первое гистологическое изслѣдованіе твердой мозговой оболочки было произведено въ 1875 г. Кеу и Retzius'омъ, по мнѣнію этихъ авторовъ *dura mater* дѣлится на два слоя: наружный болѣе рыхлый и внутренній болѣе плотный. Соединительная ткань *durae* состоитъ изъ тонкихъ параллельныхъ слоевъ, связанныхъ перпендикулярно расположенными волокнами, вслѣдствіе чего образуется ткань, похожая на войлокъ, въ которомъ попадаются въ различномъ количествѣ эластическія волокна: въ *dura cerebrealis* послѣднихъ немного, а въ *dura medullae spinalis* очень много. На внутренней поверхности *durae* находится нѣжная сосудистая сѣть; въ узлахъ этой сѣти мѣстами встрѣчаются „ампуллообразныя расширенія“ (?) (Мельниковъ-Разведенковъ). Что касается лимфатическихъ сосудовъ, то въ *dura cerebrealis* встрѣчаются лакуны и полости, которыхъ иногда такъ много, что ткань имѣетъ видъ системы переплетающихся балокъ. Лакуны эти въ очень большомъ количествѣ встрѣчаются вблизи синусовъ; инъекція ихъ почти никогда не удается.

По изслѣдованіямъ М е л ь н и к о в а - Р а з в е д е н к о в а твердая мозговая оболочка состоитъ изъ коллагенныхъ волоконъ, къ которымъ примѣшано большее или меньшее количество эластической ткани; съ возрастомъ количество послѣдней постепенно увеличивается, такъ что къ 25 годамъ она ясно намѣчена, а къ 80 годамъ достигаетъ своего maximum'a. Эластическія волокна переплетаются съ наружными и внутренними коллагенными волокнами. Помимо рыхлой эластической сѣти, въ ткани *durae* видны еще двѣ эластическія пластинки—*membrana elastica interna* и *membrana elastica externa*. Съ возрастомъ толщина ихъ увеличивается. Соединительнотканная клѣтка *durae* имѣютъ разнообразную форму, но въ особенности нужно обратить вниманіе на клѣтки съ палочковиднымъ ядромъ, которыя встрѣчаются во внутреннемъ слоѣ *durae* и очень похожи на гладкія мышцы. Внутренняя поверхность *durae* покрыта однимъ, иногда двумя—тремя слоями плоскихъ эпителиальныхъ клѣтокъ (М е л ь н и к о в ъ - Р а з в е д е н к о в ъ).

Къ этому довольно подробному описанію строенія твердой мозговой оболочки я долженъ добавить, что въ *dura matris* пожилыхъ людей попадаются концентрическія песчанная тѣльца, которыхъ обыкновенно бываетъ немного и которыя располагаются среди соединительнотканныхъ волоконъ, или въ одиночку, или же по 2—3 вмѣстѣ.

Приведя эти свѣдѣнія, я теперь скажу нѣсколько словъ объ опухоляхъ мозга, въ виду того, что опухоли *durae*, наравнѣ съ опухолями, исходящими изъ костей черепа, изъ сосудовъ мозга и изъ самаго мозга, обыкновенно принято относить вообще къ опухолямъ мозга.

Опухоли мозга встрѣчаются во всякомъ возрастѣ, причемъ съ 40 лѣтъ число заболѣваній быстро уменьшается и у стариковъ равно почти нулю (*Grups*). Однако совершенно въ особую группу нужно выдѣлить эндотелиальныя опухоли твердой мозговой оболочки, которыя встрѣчаются только въ пожиломъ возрастѣ. Почему эти опухоли встрѣчаются только у стариковъ, объ этомъ я буду говорить впослѣдствіи. Опухоли чаще встрѣчаются у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ; такъ, напримѣръ, у *Grups*'а на 63 аутопсій съ опухолями мозга 40 оказалось у мужчинъ и 23 у женщинъ. Эти цифры совпадаютъ съ цифрами *Gowers*'а (16): на 650 случаевъ—440 у мужчинъ и 210 у женщинъ. Частота опухолей мозга—0,8—1,25‰; такъ, напр, *Saidel* (32) на 80 вскры-

тій нашелъ одну опухоль мозга, а Beck (2) одну опухоль на 120 вскрытій. У Bruns'a (6) на 11.500 нервныхъ больныхъ за 20 лѣтъ практики было 210 больныхъ съ диагнозомъ опухоли мозга, что составляетъ около 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Наибольшей величины достигаютъ опухоли мозга, расположенныя въ области лобныхъ долей, такъ какъ здѣсь онѣ отстоятъ далеко отъ жизненныхъ центровъ и, наоборотъ, при локализациі опухоли въ стволѣ мозга, быстро наступаетъ летальный исходъ, въ виду сосѣдства важныхъ центровъ жизни (Brun s).

Этіологія опухолей мозга темна, какъ и опухолей вообще. Наиболѣе интересна связь опухолей съ травмой. Taylor (37) наблюдалъ случай опухоли мозга у 15-лѣтняго мальчика, развившуюся послѣ паденія съ высоты на голову; два мѣсяца спустя была оперирована экстрадуральная опухоль, которая быстро рецидивировала и привела къ смерти. Но здѣсь нужно допустить не прямую связь, а только косвенную, такъ какъ часто бываетъ, что до травмы симптомы опухоли или совершенно отсутствовали, или были выражены очень неясно и такимъ образомъ травма не вызываетъ опухолей, а только ускоряетъ ростъ ихъ (Brun s).

Въ процессахъ обратнаго развитія опухолей мозга важное мѣсто занимаетъ ихъ объизвѣствленіе. Въ высокой степени интересный случай приведенъ у Bruns'a: у одной пациентки въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ наблюдались тяжелыя мозговья явленія; затѣмъ наступилъ періодъ рѣзкаго улучшенія съ полнымъ отсутствіемъ всѣхъ мозговыхъ явленій; этотъ свѣтлый промежутокъ опять смѣнился новымъ ухудшеніемъ и тяжелыми мозговыми явленіями и больная скончалась. На секциі въ правой лобной долѣ найденъ большой узелъ новообразованія, сплошь объизвѣствленный, а рядомъ съ этимъ узломъ совершенно свѣжая необъизвѣствленная опухоль. Сопоставляя клиническія данныя съ результатами вскрытія, Bruns признаетъ, что тяжелыя мозговья явленія вначалѣ совпадали съ ростомъ узла новообразованія, улучшеніе совпало съ объизвѣствленіемъ опухоли и прекращеніемъ роста, и, наконецъ, послѣднее ухудшеніе съ ростомъ новаго узла новообразованія.

Что касается опухолей твердой мозговой оболочки, то онѣ могутъ расти по направленію къ костямъ черепа, причемъ вызываютъ иногда перфорацию кости и свободно выходятъ надъ костями черепа; при надавливаніи на такія опухоли сразу

выступаютъ всѣ симптомы сдавленія головного мозга. Или опухоль растеть въ сторону мозга, занимая его мѣсто; такія опухоли носятъ общее названіе *fungus durae matris*. Или, наконецъ, опухоль можетъ расти одновременно и по направленію къ костямъ черепа и къ мозгу. Самый частый ростъ, конечно, въ сторону наименьшаго сопротивленія къ мозгу. Вещество послѣдняго или подвергается сдавленію, или размягченію.

Какое микроскопическое строеніе опухолей твердой мозговой оболочки и къ какому классу опухолей онѣ должны быть отнесены? На этотъ вопросъ въ литературѣ существуютъ три мнѣнія: одни относятъ эти опухоли къ соединительнотканнымъ (фибромамъ, саркомамъ), другіе—къ эндотелиомамъ и, наконецъ, третіи—къ эпителиомамъ. Обзоръ литературы я начну съ Вирхова, впервые описавшаго опухоли твердой мозговой оболочки подъ названіемъ „псаммомы“ (*ψάμμος*—песокъ). Количество мозгового песка въ опухоляхъ иногда бываетъ очень велико и такія опухоли справедливо можно назвать песчанно-мозговыми опухолями (*Gehirnsandgeschwulst*). Присутствіе песка (псаммоматозныхъ тѣлецъ) является одной изъ самыхъ характерныхъ особенностей опухолей твердой мозговой оболочки и объ ихъ генезѣ я поговорю подробно въ концѣ своей работы.

По своему характеру песчанныя опухоли, по Вирхову, относятся къ типу соединительнотканныхъ; эндотелиальныя же опухоли съ песчинками Вирховъ къ псаммомамъ не относитъ. Псаммомы рѣдко бываютъ болѣе вишни. Отъ *dura mater* онѣ отдѣляются довольно легко, съ *pia mater* никакой связи не имѣютъ. Растутъ онѣ въ сторону мозга, отдавливая послѣдній. Вирховъ рядомъ съ опухолью находилъ въ ткани твердой мозговой оболочки явленія сильнаго хроническаго пахименингита и поэтому считаетъ псаммомы за образованія гиперпластическаго характера въ томъ смыслѣ, что опухоль является какъ бы вышшимъ продуктомъ воспаленія.

Arnold (1) причисляетъ опухоли твердой мозговой оболочки къ соединительнотканнымъ; принимая во вниманіе продолжительный ростъ и отсутствіе метастазовъ, эти опухоли, по его мнѣнію, нужно отнести къ фибромамъ.

По Steudener'y (36) псаммомами можно назвать тѣ опухоли, которыя, при очень медленномъ ростѣ и при отсутствіи множественности, стоятъ посрединѣ между фибромами и плотными веретенноклѣточными саркомами, причемъ провести рѣзкую

границу между первыми и вторыми не всегда удается. Въ ткани опухоли вложено много образованій, имѣющихъ такое же строеніе, какъ и известковыя тѣльца сосудистаго сплетенія и *gl. pinealis*.

Engert (9), на основаніи изслѣдованія 25 случаевъ опухолей твердой мозговой оболочки, дѣлитъ ихъ на четыре категоріи. Къ первой онъ относитъ фибромообразныя опухоли, причеъ всѣ маленькія опухоли (неизвѣстно, въ силу ли случайности) принадлежали къ этой категоріи; отъ обычныхъ фибромъ онъ отличаются тремя признаками: первый, самый важный—омѣлотвореніе; чѣмъ меньше опухоль, тѣмъ слабѣе выражено омѣлотвореніе, а въ самыхъ маленькихъ оно совершенно отсутствуетъ; второй признакъ — фибромы *durae* очень богаты клѣтками и третій—фибромы *durae* заключаютъ въ себѣ своеобразныя полигональныя клѣтки, которыя имѣютъ нѣсколько отростковъ и встрѣчаются чаще въ небольшомъ количествѣ, но иногда большими кучками; протоплазмы въ нихъ иногда совершенно не видно.

Ко второй категоріи онъ относитъ опухоли богатые своеобразными пластинчатыми клѣтками.

Къ третьей—саркоматозныя опухоли, и къ четвертой группѣ—ангиомоподобныя опухоли съ очень многочисленными сосудами; этотъ видъ опухолей похожъ на перителіомы *seu endothelioma perivascularare*.

Относительно генеза всѣхъ этихъ опухолей Engert допускаетъ, что онѣ исходятъ изъ эндотелія соковыхъ щелей и эндотелія, выстилающаго внутреннюю поверхность *durae matris*.

По Kaufmann'у (21) первичныя опухоли твердой мозговой оболочки принадлежатъ къ доброкачественнымъ соединительнотканнымъ новообразованіямъ. Эти опухоли большею частью одиночны, рѣдко множественны, плотной консистенціи, достигаютъ обыкновенно величины вишни и изрѣдка яблока. Новообразованіе сидитъ на широкомъ основаніи и плотно соединено съ твердой мозговой оболочкой, но иногда легко отъ нея отдѣляется. Съ мозгомъ эти опухоли никогда не вступаютъ въ тѣсную связь. Состоятъ онѣ изъ отдѣльныхъ узелковъ, что придаетъ имъ видъ тутовой ягоды. Гистологически опухоли крайне разнообразны; строма состоитъ изъ соединительной ткани со вложенными въ ней плоскими эндотеліальными клѣтками, похожими на тѣ, которыя нормально располагаются, то въ одиночку,

то кучками въ ткани твердой мозговой оболочки и на ея поверхности. Иногда опухоль похожа на фиброму, иногда на саркому, а иногда межуточная ткань и клѣтки развиты въ нихъ въ одинаковой степени и послѣдній видъ опухолей Kaufmann относитъ къ фиброэндотелиомамъ.

Какъ видно изъ только что приведеннаго мнѣнія, Kaufmann не относитъ опухоли *durae* къ чистымъ соединительно-тканнымъ, а часть ихъ считаетъ за смѣшанныя опухоли—фиброэндотелиомы. Въ настоящее время почти всѣ авторы относятъ опухоли *durae* къ эндотелиомамъ. Ученіе объ эндотелии, какъ ткани совершенно самостоятельной, возникло со времени Нis's'a (20), который первый предложилъ названіе эндотелия; подъ этимъ именемъ онъ подразумѣвалъ клѣтки, покрывающія заднюю поверхность роговицы, внутреннюю поверхность кровеносныхъ сосудовъ и полости суставовъ. Эндотелий, по Нis'у, развивается изъ *parablast'a*.

По Вurst'у (5), эндотелиемъ называются тѣ клѣтки, которыя выстилаютъ: внутреннюю и наружную поверхность кровеносныхъ сосудовъ, всѣ серозныя полости, щели и лимфатическія пространства соединительной ткани и менингеальную полость. Полости суставовъ, сухожильныхъ влагалищъ и слизистыхъ сумокъ только мѣстами имѣютъ эндотелий.

По Ribbert'у, эндотелиемъ называются плоскія клѣтки, выстилающія кровеносные и лимфатическіе сосуды и оболочки мозга.

Heidenhain (18) первый приписалъ эндотелию лимфатическихъ сосудовъ активную роль въ лимфообразованіи. Namburger (17) подтвердилъ наблюденія Heidenhain'a.

Такъ возникло ученіе объ эндотелии и позднѣе объ эндотелиальныхъ опухоляхъ. Recklinghausen и Köster (29) первые выдѣлили эндотелиому въ самостоятельную группу опухолей и, по мнѣнію Ribbert'a (30), самая частая опухоль черепной полости—это эндотелиома.

По Вurst'у эндотелиомами называются тѣ опухоли, которыя берутъ начало изъ клѣтокъ, выстилающихъ лимфатическіе и кровеносные сосуды. Характерною особенностью эндотелиомъ являются слоистыя фигуры, очень напоминающія раковыя жемчужины, но отличающіяся тѣмъ, что не содержатъ рогового вещества и легко подвергаются гіалиновому перерожденію. Эндотелиомы медленно растутъ, не даютъ далекихъ метастазовъ, но склонны къ мѣстнымъ рецидивамъ.

По С о б о л е в у (34) эндотелиомы относятся къ разряду соединительнотканнхъ опухолей, но отъ саркомъ отличаются доброкачественнымъ теченіемъ.

По Ribbert'у дать точную характеристику эндотелиомъ очень трудно: эти опухоли построены изъ эпителиоподобныхъ клѣтокъ, но исходятъ изъ такихъ мѣстъ, гдѣ истинный эпителий не встрѣчается. Всѣ эндотелиомы, по Ribbert'у, можно раздѣлить на слѣдующія четыре группы: *Lymphangioendothelioma*, *Haemangioendothelioma*, *Perithelioma* и *Endothelioma durae matris*. Эндотелиомы, за немногими исключеніями, являются рѣдкими опухолями. Опухоли, исходящія изъ твердой мозговой оболочки, и имѣющія сходство съ эпителиальными, Ribbert относитъ къ эндотелиомамъ. Эндотелиомы *durae* сидятъ на широкомъ основаніи, не всегда плотно соединены съ тканью *durae* и шарообразно вдаются въ вещество мозга. Опухоли богаты клѣтками, которыя располагаются кучками и тяжами, имѣютъ альвеолярное строеніе, а иногда напоминаютъ веретенкльѣточковую саркому. Способность образовывать концентрическія наслоенія присуща опухолямъ оболочекъ мозга; нѣкоторыя изъ нихъ почти исключительно состоятъ изъ концентрическихъ клѣточныхъ комплексовъ, а въ нѣкоторыхъ послѣдніе попадаютъ рѣже. Нѣкоторыя эндотелиомы имѣютъ такъ много межуточной ткани, что становятся похожими на фибросаркомы и даже на плотныя фибромы. Эндотелиомы твердой мозговой оболочки въ общемъ доброкачественны, но нѣкоторыя, очень богатая клѣтками, носятъ характеръ саркомъ.

По L u b a r s c h'у (10) эндотелиальная опухоль твердой мозговой оболочки отличаются отъ другихъ эндотелиомъ тѣмъ, что выходятъ изъ одного слоя эндотелиальныхъ клѣтокъ, покрывающихъ нижнюю поверхность *durae*.

Bizzozero и Bozzolo (8), на основаніи изслѣдованія 28-ми случаевъ опухолей твердой мозговой оболочки, пришли къ заключенію, что онѣ относятся къ соединительнотканнмъ опухолямъ—къ эндотелиомамъ. Указанные авторы дѣлятъ опухоли *durae* на слѣдующія три категоріи: *Sarcoma endothelioides alveolare*, *Sarcoma endothelioides fasciculatum* и *Fibroma endothelioides*. Данной классификаціи придерживается и Ernst (12).

Burkhardt въ 1902 году предлагалъ совершенно выкинуть названіе эндотелиомъ.

Lacroussille и Robine (25) считали псаммобы за эпителиальные новообразования и псамматозные концентрические тѣльца приравнивали къ раковымъ жемчужинамъ. Это аналогія не правильная уже въ виду того, что въ псамматозныхъ тѣльцахъ никогда не находится роговое вещество.

Fick (14) причисляетъ опухоли твердой мозговой оболочки къ карциномамъ и считаетъ псаммобы и эндотелиомы совершенно имъ идентичными. Нѣкоторыя клѣтки новообразованія, по отношенію къ окраскѣ и по расположенію въ видѣ солидныхъ тяжей, вполне похожи на эпителиальныя. Является вопросъ, откуда попадаютъ клѣтки эпителия въ опухоли твердой мозговой оболочки? Fick полагаетъ, что эпителиальные зачатки могутъ находиться вездѣ и опухоли *durae* берутъ начало изъ этихъ зачатковъ. Сходство клѣтокъ эндотелиальныхъ опухолей съ эпителиемъ объясняется тѣмъ, что эти клѣтки эпителиальнаго происхожденія. Клѣтки эндотелиомъ совершенно аналогичны съ базальными клѣтками эпидермиса. Эпителиальныя клѣтки иногда принимаютъ такую форму, что совсѣмъ не бываютъ похожи на эпителиальныя (напр. опухоли *gl. parotidis*), но чтобы эндотелиальныя клѣтки принимали форму эпителиальныхъ—это сомнительно. Если предположимъ, говоритъ Fick, что опухоли твердой мозговой оболочки выходятъ изъ зачатковъ эпителия, то получимъ картину совершенно аналогичную съ описываемыми эндотелиомами и псаммомами авторовъ. Въ подтвержденіе своего мнѣнія Fick приводитъ опухоли *parotidis*, которыя раньше считались то за эндотелиомы, то за смѣшанныя опухоли (*chondro-myxosarcoma*), а теперь относятся къ карциномамъ. Строма опухолей *parotidis*, какъ и опухолей твердой мозговой оболочки, менѣе склонна къ быстрому распаду, чѣмъ къ дегенерации; въ обѣихъ опухоляхъ дѣло доходитъ до рѣзкаго гіалиноваго перерожденія, къ которому въ псаммомахъ присоединяется омѣлотвореніе, послѣднее, правда рѣдко, все-таки встрѣчается и въ смѣшанныхъ опухоляхъ *parotidis*. Нужно признать, что клѣточная настилка Пахионовыхъ грануляцій и клѣточные тяжи, описанные M. B. Schmidt'омъ, суть эпителиальныя образованія. Такъ, напримѣръ, совершенно не ясно, почему клѣтки, покрывающія *pia*, называются эндотелиальными, а клѣтки, покрывающія сплетенія желудочковъ, эпителиальными. Псаммобы мозговыхъ оболочекъ заслуживаютъ названіе эндотелиомъ такъ же мало, какъ и опухоли кожи (*naevi* и опухоли, исходящія изъ базальныхъ слоевъ эпидермиса). Въ заключеніе своей работы Fick го-

ворить, что вопросъ объ опухоляхъ твердой мозговой оболочки подлежитъ пересмотру и новой обработкѣ и что совсѣмъ должно быть выкинуто названіе эндотеліомъ. Кромѣ того онъ настаиваетъ, чтобы изслѣдованію подвергалась непременно вся опухоль цѣликомъ, такъ какъ и въ опухоляхъ parotis только при внимательномъ изученіи удастся найти участки эпителиальныхъ элементовъ и ихъ только тогда нашли, когда ихъ начали искать.

Въ отвѣтъ на эту работу Fick'a появилась въ 1910 г. статья Н. Ribbert'a (31). Ribbert отвергаетъ мнѣніе Fick'a и, оставаясь на строго эмбриональной почвѣ, считаетъ, что занимающія насъ опухоли должны быть отнесены къ соединительнотканнымъ, а въ виду того, что онѣ исходятъ изъ клѣтокъ выстилающихъ лимфатическую щель (*cavum subdurale*), могутъ быть названы эндотеліомами.

Относительно генеза опухолей *durae* самая интересная и наиболѣе правдоподобная теорія принадлежитъ М. В. Schmidt'y (33). Авторъ нашель, что, начиная съ 53-лѣтняго возраста, въ ткани *durae* на ея внутренней поверхности всегда можно найти клѣточные тяжи, сопровождающіе вѣтви *art. meningeae mediae*. Такіе тяжи состоятъ изъ полиэдрическихъ клѣтокъ съ большимъ овальнымъ ядромъ, имѣютъ наклонность къ образованію известковыхъ конкрементовъ и между ними нѣтъ интерцеллюлярной субстанціи. Самая важная особенность клѣточныхъ тяжей — это присутствіе въ нихъ большого количества малокалиберныхъ сосудовъ. Помимо присутствія клѣточныхъ тяжей на внутренней поверхности *durae*, подобные же клѣточные комплексы находятся, по Schmidt'y, и на ворсистыхъ разраженіяхъ Пахіоновыхъ грануляцій, причемъ самое интересное въ этихъ клѣточныхъ группахъ то, что сосуды ихъ имѣютъ болѣе или менѣе толстыя стѣнки, тогда какъ нормально Пахіоновы грануляціи образованія безсосудистыя. Эти клѣточные образованія Schmidt считаетъ за исходный пунктъ истинныхъ опухолей твердой мозговой оболочки; къ опухолямъ *durae* онъ относитъ доброкачественныя новообразованія — фибромы, а также саркомы, эндотеліомы съ псаммоматозными тѣльцами. Опухоли твердой мозговой оболочки, по этому автору, имѣютъ опредѣленную локализацию, именно, на выпуклой части мозга вблизи *sinus longitudinalis*. Кромѣ того онѣ встрѣчаются въ области теменныхъ костей, по ходу переднихъ вѣтвей *art. et v. meningeae mediae*. Вообще *falx cerebri*

излюбленная область для этихъ опухолей. Рѣже онѣ встрѣчаются вблизи *sinus transversus*. Развиваясь на основаніи черепа, онѣ особенно часто локализируются въ области *sellae turcicae*, далѣе въ области орбитальныхъ костныхъ покрововъ и вблизи *foramen n. optici*. Описанные участки являются также излюбленными мѣстами для Пахионовыхъ грануляцій, а при отсутствіи ихъ тамъ находятся, описанные выше, клѣточные тяжи. Все это, по мнѣнію автора, говоритъ за то, что опухоли *durae* происходятъ изъ Пахионовыхъ грануляцій и являются поэтому арахноидальными. Связь опухолей *durae* съ Пахионовыми грануляціями и клѣточными тяжами указываетъ на то, что развитіе опухоли представляетъ собой какъ бы усиленную физиологическую пролиферацію и поэтому, хотя гистологически онѣ имѣютъ иногда злокачественный характеръ, на самомъ дѣлѣ растутъ медленно и относятся къ доброкачественнымъ новообразованіямъ. Тотъ фактъ, что опухоли *durae* составляютъ удѣлъ пожилого возраста, становится болѣе понятнымъ и легко объяснимымъ, если вспомнить, что и сами клѣточные тяжи въ *dura* образуются въ болѣе пожиломъ возрастѣ. Слѣдовательно и здѣсь ясно видна связь опухолей съ клѣточными тяжами. *Prum* (28) вполнѣ соглашается съ только что приведеннымъ мнѣніемъ *Schmid't'a* о генезѣ опухолей *durae* и считаетъ ихъ за гиперпластическія образованія. Авторъ описалъ случай опухоли *durae* у 18 л. мужчины, комбинированной съ *meningocoele*. Микроскопически опухоль относилась къ соединительнотканнымъ; въ составъ опухоли входили клѣтки, очень похожія на эпителиальныя съ рѣзко выраженною склонностью къ образованію псаммоматозныхъ тѣлецъ. Въ ней были также соединительнотканные клѣточные тяжи съ концентрическимъ строеніемъ. Относительно генеза этихъ опухолей *Prum* вполнѣ соглашается съ выводами *M. B. Schmid't'a*, но, въ виду того, что, по *Schmid't'u*, клѣточные тяжи въ ткани *durae* встрѣчаются послѣ 53 лѣтъ, а *Prum* нашелъ ихъ у 18-ти лѣтняго мужчины *Prum* очень удачно объясняетъ это кажущееся разногласіе тѣмъ, что *dura mater* въ *meningocoele* претерпѣвала рядъ измѣненій, сморщивалась и, если можно такъ выразиться, преждевременно старилась и, слѣдовательно, условія для образованія клѣточныхъ тяжей въ данномъ случаѣ близко подходили къ старческому возрасту.

*С. Г о л о в и н ъ* (15), изслѣдуя субдуральныя опухоли зрительнаго нерва, въ одномъ случаѣ у мальчика 4-хъ лѣтъ на-

шель въ ткани твердой мозговой оболочки, облекающей опухоль, разращенія эндотельныхъ клѣтокъ, происходящихъ, по мнѣнію автора, повидимому, отъ эндотелія лимфатическихъ щелей. Мѣстами эти клѣтки слагались концентрически, представляя луковичеобразныя тѣла; среди клѣтокъ попадались круглые известковые сrostки. Относя экстрадуральныя опухоли зрительнаго нерва къ чисто злокачественнымъ новообразованіямъ, относительно субдуральныхъ опухолей авторъ говоритъ слѣдующее: „неизвѣстный пока намъ раздражитель (бактерія или токсинъ) локализуется въ субдуральномъ пространствѣ и вызываетъ тамъ воспаленіе, приводящее къ болѣе или менѣе значительнымъ сращеніямъ оболочекъ нерва между собой. Подобная обли-терация субдуральнаго пространства, этого главнаго коллектора для обмѣна жидкостей въ нервѣ, не можетъ не отразиться на питаніи послѣдняго; происходитъ застой лимфы, воспалительная гиперплазія тканей по типу слоновости“.

Я привелъ такъ подробно мнѣніе проф. Головина для того, чтобы яснѣе подчеркнуть тотъ фактъ, что нахождение клѣточныхъ тяжей у 4-хъ лѣтняго мальчика стоитъ въ зависимости, какъ и въ случаѣ P r u m'a, отъ ненормальныхъ условій, протекающихъ въ ткани твердой мозговой оболочки и, такъ сказать, приведшихъ ее къ преждевременной старости, въ силу которой даны были благопріятныя условія, какъ и въ старости, для развитія клѣточныхъ тяжей.

H. Ribbert, соглашаясь съ мнѣніемъ M. B. Schmidt'a о генезѣ опухолей твердой мозговой оболочки, все-таки полагаетъ, что опухоли въ нѣкоторыхъ случаяхъ несомнѣнно исходятъ изъ эндотелія внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, гдѣ нормально располагаются плоскія эндотеліальныя клѣтки, и можно въ такихъ случаяхъ допустить, что образованіе опухолей произошло вслѣдствіе размноженія эндотеліальныхъ клѣтокъ. Доказать прямую связь опухолей durae съ клѣточными комплексами, попадающимися въ ткани твердой мозговой оболочки нельзя, но и опровергнуть эту связь также нельзя. По мнѣнію Ribbert'a, нѣтъ никакой необходимости, для объясненія генеза этихъ клѣточныхъ тяжей, прибѣгать, какъ это дѣлаетъ M. B. Schmidt, къ предположенію о внѣдреніи Пахіоновыхъ грануляцій и болѣе вѣроятно, тамъ гдѣ нельзя сопоставить образованіе клѣточныхъ тяжей съ внѣдреніемъ Пахіоновыхъ грануляцій, производить опухоли изъ клѣточныхъ элементовъ самой твердой мозговой оболочки.

Такимъ образомъ Ribbert допускаетъ два источника для образованія опухолей твердой мозговой оболочки: клѣточные тяжи M. B. Schmidt'a и слои эндотеліальныхъ клѣтокъ, покрывающихъ нижнюю поверхность durae. Ribbert полагаетъ, что въ эмбриональной жизни иногда не всѣ клѣтки принимаютъ участіе въ выстилкѣ поверхностей durae и piae и вслѣдствіе этого на внутренней поверхности durae располагаются клѣтки со скрытой потенціальной энергіей, которыя при благопріятныхъ условіяхъ могутъ дать начало къ развитію опухоли.

Мы изслѣдовали нѣсколько твердыхъ мозговыхъ оболочекъ у стариковъ, причѣмъ для изслѣдованія исключительно брались кусочки вблизи sinus longitudinalis. Въ толщѣ нѣкоторыхъ твердыхъ мозговыхъ оболочекъ были найдены небольшія группы клѣточныхъ элементовъ, состоявшихъ изъ довольно большихъ овальныхъ клѣтокъ съ большимъ свѣтлымъ ядромъ. Въ одномъ случаѣ, у старика 76 л., на твердой мозговой оболочкѣ было замѣтно очень много мелкихъ узелковъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи которыхъ, они оказались Пахионовыми грануляціями, мѣстами окруженными широкимъ поясомъ, состоящимъ изъ большого количества эндотеліальныхъ клѣтокъ. Такія клѣтки вмѣстѣ съ Пахионовыми грануляціями давали впечатлѣніе маленькихъ узелковъ новообразованія. Описанные клѣточные тяжи были также найдены въ ткани durae въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ узелкомъ новообразованія, но объ этомъ будетъ упомянуто при отдѣльномъ описаніи нашихъ случаевъ.

Какъ правило, опухоли твердой мозговой оболочки локализируются на ея внутренней поверхности и встрѣчаются у пожилыхъ субъектовъ; такъ напр., у Arnold'a случай I-ый былъ у женщины 67 лѣтъ, случай II-ой — у женщины также 67 лѣтъ и случай III-ий — у женщины 70 лѣтъ. У Steudener'a случай I-ый (опухоль величиною въ вишню)—у женщины 61 года, во второмъ случаѣ число лѣтъ не приведено и случай III-ий—псаммома спинного мозга у мужчины 60 лѣтъ. У Ernst'a случай I-ый—у мужчины 82½ лѣтъ, случай II-ой—у женщины 57 лѣтъ, III-я опухоль—у женщины 54 лѣтъ и IV-ая—у женщины 47 лѣтъ. Нѣсколько меньшія цифры приведены у Erdmana: I-ая опухоль—у мужчины 39 лѣтъ, II-ая—у женщины 73 лѣтъ и III-я — у женщины 38 лѣтъ.

Почти всѣ опухоли durae составляютъ случайную патолого-анатомическую находку; объясняется это тѣмъ, что онѣ рѣдко

достигаютъ крупной величины и поэтому не даютъ грубыхъ мозговыхъ симптомовъ; конечно, когда опухоли достигаютъ большой величины, онѣ могутъ дать всѣ признаки опухолей мозга (постоянныя головныя боли, застойный сосокъ), но даже и въ этомъ случаѣ онѣ остаются обыкновенно нераспознанными. Напримѣръ, въ нашемъ X-омъ случаѣ, опухоль занимала все лѣвое полушаріе и дала нисходящее перерожденіе пирамидныхъ путей; больная очень долго ( $9\frac{1}{2}$  мѣсяцевъ) лежала въ больницѣ и умерла съ неустановленнымъ діагнозомъ. Вообще діагностика опухолей мозга трудна, а въ частности точная діагностика опухолей именно *durae* еще труднѣе.

Опухоли мозговыхъ оболочекъ довольно рѣдки, такъ напр., въ прозекторскомъ кабинетѣ старой городской больницы за два года на 860 вскрытій было только три опухоли *durae* и одна *riae*, что составляетъ  $0,46\%$ . Всего мы могли собрать 11 опухолей мозговыхъ оболочекъ; пять изъ нихъ были любезно предоставлены намъ прозекторомъ института М. М. Тизенгаузеномъ, за что и приносимъ ему свою благодарность; три опухоли взяты изъ числа музейныхъ препаратовъ Императорскаго Новороссійскаго Университета, а остальные три составляли случайную находку при вскрытіяхъ.

Фиксировались кусочки въ  $10\%$  формалинѣ, а въ X-мъ случаѣ еще въ Мюллеровской жидкости; срѣзы окрашивались: гематоксилинъ — эозиномъ, гематоксилинъ — *van-Gieson*’омъ, по способу Вейгерта на эластическую ткань, а десятая опухоль еще и по Вейгертъ-Рагю-Кульчицкому.

Въ случаяхъ I, II, III, IV, VI, VII и XI срѣзы проводились черезъ всю опухоль, а изъ V, VIII, IX и X вырѣзались кусочки изъ разныхъ мѣстъ опухоли.

Теперь переходимъ къ макро- и микроскопическому описанію нашихъ случаевъ.

*Случай 1-ый.* Макроскопическое описаніе. Опухоль полушаровидной формы, широкимъ основаніемъ плотно сидитъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки. Консистенція опухоли мягкая. Поверхность ея мѣстами гладкая, блестящая, мѣстами мелко бугристая.

Размѣры опухоли: длина и ширина 2 см., высота —  $1\frac{1}{4}$  см.

Микроскопическое описаніе: новообразование почти со всѣхъ сторонъ окружено плотной, почти безъядерной тканью

твердой мозговой оболочки. У основанія опухоли ткань твердой мозговой оболочки обхватывает опухоль компактными пучками, которые ближе къ вершинѣ опухоли разрыхляются и истончаются. Съ основанія опухоли и въ меньшемъ количествѣ съ боковыхъ сторонъ отъ ткани твердой мозговой оболочки въ глубь опухоли идутъ широкіе компактные пучки соединительной ткани, которые раздѣляютъ новообразование на дольки. Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ соединительнотканыхъ тяжей замѣтно отложеніе солей извести. Твердая мозговая оболочка въ участкахъ ближайшихъ къ основанію опухоли разрыхлена, образуетъ широкопетлистую сѣть, заполненную клѣтками новообразования и только въ самыхъ верхнихъ частяхъ, ближайшихъ къ костямъ свода, ткань твердой мозговой оболочки представлена компактными, бѣдными клѣточными элементами, соединительноткаными волокнами. Въ ткани твердой мозговой оболочки довольно часто попадаются сосуды какъ артеріальныя, такъ и венозные.

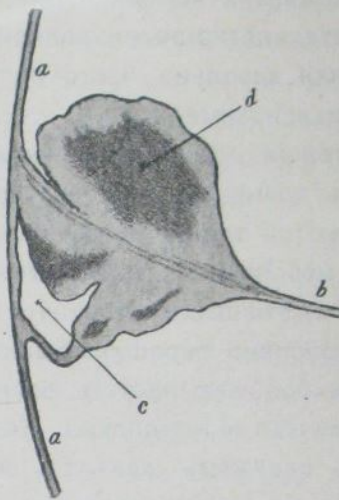
Мягкая консистенція новообразования вполне согласуется съ обиліемъ клѣточныхъ элементовъ въ его веществѣ. Клѣтки чаще овальныя, но попадаются также и круглыя съ большимъ свѣтлымъ ядромъ и съ небольшимъ количествомъ протоплазмы. Довольно часты среди клѣточныхъ элементовъ опухоли гіалиново-перерожденныя, интенсивно окрашивающіяся эозиномъ шаровидныя образования; они большею частью встрѣчаются по 1—2—3, но иногда попадаются цѣлые комплексы. Каждый изъ описанныхъ гіалиновыхъ шаровъ окруженъ какъ бы капсулой, которая состоитъ изъ нѣсколькихъ концентрически расположенныхъ клѣтокъ; полость капсулы иногда выполнена гіалиновымъ шаромъ, большею же частью между шаромъ и капсулой остается пустой промежуткомъ. Большинство гіалиновыхъ шаровъ компактны, а нѣкоторые изъ нихъ состоятъ изъ нѣжно волокнистой сѣточки. Опухоль богата нѣжно волокнистою соединительною тканью, которая мѣстами широкимъ кольцомъ окружаетъ группы клѣточныхъ элементовъ. Опухоль чрезвычайно богата кровеносными сосудами; ихъ такъ много, что новообразование представляется пещеристымъ. Стѣнки многихъ сосудовъ состоятъ изъ клѣтокъ, аналогичныхъ клѣткамъ новообразования. Очень много сосудовъ наполнены красными кровяными шариками. Большая часть сосудовъ имѣетъ только эндотеліальную стѣнку и поэтому ихъ нужно отнести къ капиллярамъ; но часто попадаются и сосуды артеріальнаго типа съ хорошо развитыми стѣнками.

Просвѣтъ нѣкоторыхъ сосудовъ достигаетъ значительной ширины.

Общее впечатлѣніе отъ изученія микроскопическихъ препаратовъ—мягкой фибромы съ большимъ количествомъ кровеносныхъ сосудовъ; псаммоматозныхъ тѣлецъ и концентрически расположенныхъ клѣтокъ въ ней не видно.

*Случай 2-ой.* Опухоль у мужчины 50 лѣтъ.

Макроскопическое описаніе. Въ углу между твердой мозговой оболочкой и отходящимъ отъ нея мозжечковымъ намѣтомъ помѣщается опухоль, плотно сидящая широкимъ основаниемъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки и прорастающая не только послѣднюю, но даже и стѣнку попе-



Схематическій рис. опухоли изъ случ. 2-го; а—твердая мозговая оболочка; b—tentorium cerebelli; c—sinus transversus; d—кровоизліяніе.

речнаго синуса. Въ послѣдній опухоль вдается довольно объемистымъ бугромъ (см. рис.).

Поверхности опухоли какъ обращенная въ полость черепа, такъ и въ поперечный синусъ шероховаты. Въ части опухоли, ближайшей къ мозгу, имѣется довольно большой участокъ, наполненный излишеюся кровью. Размѣры опухоли: длина и ширина по  $2\frac{1}{2}$  см., толщина, считая и кусочекъ вдающійся въ венозный синусъ, равна 2 см. Новообразование, отдавливая вещество мозга, образуетъ въ немъ для себя углубленіе, въ которомъ и помѣщается.

Микроскопическое описаніе. Видно, какъ ново-

образование прорастает внутреннюю стѣнку поперечнаго синуса и выполняетъ большую часть его просвѣта. Подходя къ наружной боковой стѣнкѣ синуса, новообразование также прорастаетъ ее. Внутренняя стѣнка синуса истончена и разволокнена новообразованиемъ. Въ узлѣ, проникшемъ въ поперечный синусъ, имѣются довольно большіе участки кровоизліяній; излившаяся кровь окружаетъ то отдѣльные клѣточные элементы, то группы ихъ, а иногда концентрически расположенныя группы клѣтокъ. Мѣстами излившаяся кровь окружена концентрическимъ наслоениемъ клѣтокъ.

Узелъ новообразования, обращенный въ сторону мозга, почти цѣликомъ пропитанъ экстравазатомъ. Въ мѣстахъ наибольшаго скопленія крови клѣточные элементы разрушены. Красные кровяные шарики въ экстравазатѣ хорошо сохранились. Опухоль пронизана соединительнотканнми балками то въ видѣ толстыхъ пучковъ, то въ видѣ отдѣльныхъ волоконъ. Новообразование чрезвычайно богато клѣтками, которыя большею частью образуютъ концентрическія наслоенія; каждое изъ такихъ концентрическихъ наслоеній обыкновенно окружено волокнистою соединительною тканью; благодаря этому опухоль получаетъ альвеоларное строеніе. Очень часто удается видѣть, какъ въ центральныхъ частяхъ концентрическихъ наслоеній происходитъ гіалиновое перерожденіе клѣтокъ и при дальнѣйшемъ развитіи гіалиновому перерожденію подвергаются ближайшія, периферически расположенныя клѣтки. Иногда попадаются такія мѣста, въ которыхъ видно, что гіалиновое перерожденіе начинается съ окружающей соединительной ткани и центральныя части концентрическихъ наслоеній перерождаются потомъ. Въ началѣ процесса гіалиново-перерожденная ткань еще сохраняетъ ясно волокнистое строеніе, но рядомъ располагаются шары, сдѣлавшіеся совершенно гомогенными. Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ, подвергшихся гіалиновому перерожденію, концентрическихъ наслоеніяхъ происходитъ отложеніе солей извести, которое обыкновенно начинается съ центра, но иногда и съ периферіи; въ итогѣ омѣлоторенія получается псаммоматозное тѣльце. Въ нѣкоторыхъ слоистыхъ тѣльцахъ удается видѣть, рядомъ съ известковыми солями, хорошо сохранившіяся клѣтки.

Опухоль состоитъ какъ бы изъ двухъ тканей, изъ которыхъ одна богата большими свѣтлыми, похожими на эпителиоидные, пластинчатыми, богатыми протоплазмой съ большимъ ядромъ клѣтками, а другая ткань богата веретенообразными клѣт-

ками, идущими пучками и какъ бы составляющими струму для первой.

Въ этой опухоли, какъ и въ предыдущей, но въ меньшемъ количествѣ, также находятся небольшіе гіалиновые инкапсулированные шары, но доказать ихъ клѣточную природу не удастся.

Опухоль богата сосудами, которые однако попадаютъ не въ такомъ громадномъ количествѣ, какъ въ первой опухоли. Сосудовъ капиллярнаго типа почти не встрѣчается. Мѣстами встрѣчаются группы сосудовъ, стѣнки которыхъ находятся въ различной стадіи гіалиноваго перерожденія: у однихъ гіалиновое перерожденіе захватило только небольшую часть стѣнки сосуда, въ другихъ отъ просвѣта осталась небольшая полость съ красными кровяными шариками и, наконецъ, въ третьихъ гіалиновое перерожденіе стѣнки привело къ полной облитераціи сосуда; можно допустить, что въ дальнѣйшемъ образованіе псаммоматознаго тѣльца происходитъ путемъ отложенія известковыхъ солей въ облитерированномъ, гіалиново перерожденномъ сосудѣ. Кое-гдѣ въ опухоли въ небольшомъ количествѣ расположены мелкія псаммоматозныя тѣльца.

Общее впечатлѣніе—типичной эндотелиомы съ концентрическимъ расположеніемъ клѣтокъ и съ небольшимъ количествомъ псаммоматозныхъ тѣлецъ и кровеносныхъ сосудовъ.

*Случай 3-йй.* Мужчина 61 г. *Dementia senilis.*

Макроскопическое описаніе. Въ лѣвой средней черепной ямѣ располагается сѣрая опухоль, съ горошину величиной, съ гладкою поверхностью; опухоль плотно сидитъ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки основанія черепа, недалеко отъ *art. carotis interna.*

Микроскопическое описаніе. Въ сторонѣ отъ новообразованія, въ ткани твердой мозговой оболочки, между ея волокнами расположены широкіе клѣточные тяжи. Ткань твердой мозговой оболочки разрыхлена, разволокнена и между волокнами помѣщается большое количество клѣтокъ небольшой величины со свѣтлымъ овальнымъ ядромъ; среди нихъ попадаютъ одиночные инкапсулированные гіалиновые шары.

Въ ткани твердой мозговой оболочки, прилежащей къ опухоли, также расположены клѣточные скопленія, которыя здѣсь уже не имѣютъ формы клѣточныхъ тяжей, а разбросаны безъ опредѣленной группировки и видно, какъ эти клѣтки мѣстами переходятъ непосредственно въ опухоль.

Клѣточные элементы новообразованія, расположенные вблизи твердой мозговой оболочки, идентичны съ клѣтками, заложенными въ стромѣ послѣдней, но чѣмъ дальше отъ твердой мозговой оболочки, тѣмъ клѣтки новообразованія становятся больше. Онѣ имѣютъ то веретенообразную, то овальную, то, изрѣдка, круглую форму, большое свѣтлое ядро и незначительное количество протоплазмы.

Въ новообразованіи разбросано очень большое количество инкапсулированныхъ гіалиновыхъ шаровъ, которые очень часто располагаются большими кучками; такія кучки или окружаютъ кровеносный сосудъ, или группируются около него. Въ нѣкоторыхъ шарахъ ясно удастся видѣть ихъ клѣточную природу и нужно признать, что инкапсулированные гіалиновые шары суть перерожденные, слившіяся по нѣсколько вмѣстѣ, клѣтки новообразованія. Указанные шары имѣютъ капсулу, какъ и въ 1-омъ случаѣ, и состоятъ изъ нѣсколькихъ, концентрически расположенныхъ, клѣтокъ съ вытянутыми ядрами. Клѣточные элементы новообразованія часто образуютъ довольно большія группы, но не имѣютъ концентрическаго строенія; въ этихъ клѣточныхъ группахъ ясно видно, что часть клѣтокъ превратилась въ гомогенные шары и рядомъ съ ними располагаются совершенно нормальная клѣтки.

Большинство гіалиновыхъ шаровъ лишено клѣточныхъ остатковъ и получаютъ способность сильнѣе воспринимать гематоксилиновую окраску, что указываетъ на начинающуюся инкрустацію ихъ известковыми солями. Эти образованія нужно считать за предварительную ступень псаммоматозныхъ тѣлецъ. Опухоль очень богата сосудами съ широкимъ просвѣтомъ и съ тонкими стѣнками; попадаютъ также сосуды капиллярнаго типа. Всѣ они наполнены кровью.

Самое интересное въ опухоли—это связь ея съ клѣточными тяжами, расположенными въ ткани твердой мозговой оболочки. Впечатлѣніе при изученіи микроскопическихъ препаратовъ получается такое, что опухоль получила свое начало изъ этихъ клѣточныхъ тяжей; за это говоритъ идентичность клѣтокъ опухоли, расположенныхъ вблизи ткани твердой мозговой оболочки, съ клѣточными элементами, заложенными въ ткани послѣдней. Располагаясь между соединительнотканными волокнами твердой мозговой оболочки, клѣтки сдавливались ими и поэтому имѣютъ небольшую величину; выходя за предѣлы оболочки, клѣтки осво-

бождались отъ давленія и потому величина ихъ въ вершинѣ опухоли превышаетъ величину клѣтокъ основанія опухоли.

Въ ткани твердой мозговой оболочки въ сторонѣ отъ новообразованія имѣется небольшая пластинка кости.

Общее впечатлѣніе — эндотеліомы, богатой кровеносными сосудами и клѣтками, похожими на веретенообразныя.

*Случай 4-ый.* Женщина 50 лѣтъ.

Макроскопическое описаніе. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки, сантиметра на 2 вправо отъ sinus falciformis major, въ области средней части чешуи затылочной кости, сидитъ опухоль полуяйцевидной формы, широкимъ своимъ основаніемъ плотно сращенная съ твердой мозговой оболочкой. Новообразование розоватаго цвѣта; поверхность его гладкая, блестящая. На ощупь опухоль довольно плотна, на разрѣзѣ имѣетъ слегка слоистый видъ. Размѣры ея: длина 29 mm., ширина 20 mm. и толщина 15 mm.. Соотвѣтственно положенію опухоли на правой затылочной долѣ мозга имѣется углубленіе по формѣ новообразованія.

Рядомъ съ главнымъ узломъ, вокругъ него, расположено около десяти плоскихъ, едва возвышающихся надъ поверхностью, мелкихъ, не превышающихъ 3—5 mm. въ діаметрѣ, узелковъ; по цвѣту и консистенціи эти узелки совершенно аналогичны съ большимъ опухолевымъ узломъ. Сраженій между новообразованіемъ и мягкими оболочками мозга нѣтъ.

Микроскопическое описаніе. Новообразование своимъ широкимъ основаніемъ находится въ интимной связи съ твердой мозговой оболочкой и ткань послѣдней безъ рѣзкой границы переходитъ въ ткань опухоли. Ткань твердой мозговой оболочки съ основанія переходитъ на боковые поверхности новообразованія и постепенно истончается по направленію къ вершинѣ опухоли. При изученіи этой опухоли, какъ и первой, получается такое впечатлѣніе, что опухоль вышла изъ твердой мозговой оболочки и вначалѣ располагалась между ея соединительнотканными волокнами, будучи окружена ими со всѣхъ сторонъ; по мѣрѣ же роста опухоль постепенно освобождалась отъ окружающей ткани, истончая и атрофируя ее путемъ давленія.

Новообразование очень богато гіалиновыми тяжами, которые располагаются большею частью въ видѣ цѣлыхъ пучковъ. Новообразование богато также клѣтками, которыя безъ всякаго порядка перемѣшаны съ гіалиновыми тяжами. Большая часть

клѣтокъ веретенообразной формы, но попадаются также овальныя клѣтки съ большимъ свѣтлымъ ядромъ и незначительнымъ количествомъ протоплазмы. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ клѣтки опухоли образуютъ концентрическія наслоенія. Опухоль крайне бѣдна кровеносными сосудами. Кое-гдѣ въ опухоли разбросаны псаммоматозныя тѣльца, то въ видѣ маленькихъ, то въ видѣ большихъ шаровъ; мѣстами видно, что отложеніе солей извести произошло въ гіалиновыхъ тяжахъ. Кое-гдѣ известковыя тѣльца круглой формы лежатъ свободно между гіалиновыми тяжами и клѣтками, причемъ въ такихъ мѣстахъ не видно, чтобы эти тѣльца имѣли связь съ измѣненной стромой опухоли. Псаммоматозныя тѣльца большею частью имѣютъ форму шара, но въ нѣкоторыхъ мѣстахъ попадаются тѣльца въ видѣ балокъ. Большая часть псаммоматозныхъ тѣлецъ самой разнообразной величины попадаетъ вблизи ткани твердой мозговой оболочки.

При микроскопическомъ изслѣдованіи мелкихъ узелковъ оказалось, что они имѣютъ такое же строеніе, какъ и главный узелъ новообразованія.

Эта опухоль похожа на предыдущую, но содержитъ мало кровеносныхъ сосудовъ и мѣстами много псаммоматозныхъ тѣлецъ.

*Случай 5-ый.* Мужчина около 45 лѣтъ.

Макроскопическое описаніе. Опухоль на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки была сращена съ костями черепа, помѣщалась въ видѣ шара между tentorium cerebelli и правой затылочной долей. На разрѣзѣ она однообразна, бѣлаго цвѣта, плѣтной консистенціи. Длина опухоли 10 см., ширина 8 см., и высота 6 см. На правой сторонѣ лба была мозговая грыжа съ гусиное яйцо; дефектъ въ кости овальной формы 3×4 см. Въ этомъ мѣстѣ твердая мозговая оболочка была сращена съ мягкой.

Микроскопическое описаніе. По своему строенію опухоль можетъ быть раздѣлена на три части, если въ основу дѣленія поставить богатство клѣточными элементами. Въ своихъ относительно молодыхъ частяхъ опухоль богата клѣтками, хотя и здѣсь попадаетъ много довольно толстыхъ пучковъ гіалиново-перерожденной ткани. Клѣтки новообразованія небольшой величины и самой различной формы, но преобладаетъ веретенообразная. Обращаетъ на себя вниманіе присутствіе большого количества концентрическихъ наслоеній. Большею частью въ нихъ со-

вершенно ясно видны клѣтки, въ нѣкоторыхъ же эти послѣднія рѣзко измѣнены и видны какъ бы въ туманѣ, края ихъ не рѣзко контурированы. расположеніе этихъ концентрическихъ наслоеній мѣстами имѣетъ сходство съ Фатеръ-Пачиніевыми тѣльцами. Въ нѣкоторыхъ концентрическихъ наслоеніяхъ клѣтокъ совершенно не видно, ткань рѣзко гіалиново перерождена и въ центральныхъ частяхъ подверглась инкрустаціи известковыми солями. Довольно часто въ новообразованіи попадаютъ мѣста, при окраскѣ гематоксилинъ-эозиномъ пріобрѣтающія синій, а при окраскѣ гематоксилинъ-ван-Гіесонъ красивый нѣжно-сиреневый цвѣтъ. Такія перерожденныя мѣста иногда попадаютъ въ серединѣ концентрическихъ наслоеній.

Въ другой своей части опухоль чрезвычайно богата гіалиново перерожденною тканью. Веретенообразныхъ клѣтокъ небольшой величины немного и онѣ располагаются между широкими гіалиновыми тяжами. Концентрически наслоенныхъ клѣтокъ и псаммоматозныхъ тѣлецъ очень мало. Описанные выше синіе перерожденные участки попадаютъ и здѣсь, причемъ иногда они располагаются въ какихъ-то щеляхъ.

Въ третьей своей части опухоль похожа на предыдущую, но отличается отъ нея, во-первыхъ, большею плотностью и, во-вторыхъ, присутствіемъ значительнаго количества костныхъ балокъ съ костными клѣтками. Образование кости въ этой опухоли произошло путемъ метаплазіи плотной, почти безъядерной, соединительной ткани въ костную. (См. табл. рис. 2).

Вся опухоль крайне бѣдна кровеносными сосудами.

Въ своихъ молодыхъ участкахъ опухоль можетъ быть характеризована какъ эндотелиома съ большимъ количествомъ клѣтокъ и псаммоматозныхъ тѣлецъ, въ другихъ участкахъ, вслѣдствіе рѣзкаго гіалиноваго перерожденія, имѣетъ характеръ плотной фибромы и въ третьихъ участкахъ въ ней встрѣчается въ большомъ количествѣ типичная кость.

*Случай 6-ой.* Мужчина 60 лѣтъ.

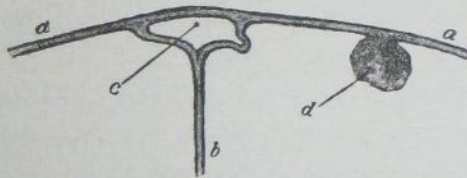
Для микроскопическаго изслѣдованія, кромѣ узелка новообразованія съ прилежащимъ processus falciformis major, была взята твердая мозговая оболочка вдали отъ опухоли.

Макроскопическое описаніе. На внутренней поверхности лѣвой половины твердой мозговой оболочки, на разстояніи  $1\frac{1}{2}$  см. отъ processus falciformis major, располагается маленькій, величиной съ гороховое зерно, узелокъ желтовато-бѣлаго цвѣта

плотной консистенці. Узелокъ своимъ основаніемъ рыхло соединенъ съ твердой мозговой оболочкой; съ мягкими мозговыми оболочками опухоль связи не имѣеть. (См. рис.)

На разстояніи 3 см. отъ этого узелка и 4 см. отъ *processus falciformis major* ближе къ лобной долѣ на внутренней поверхности твердой мозговой оболочки располагается другой узелокъ плотной консистенці, величиной въ булавочную головку.

Микроскопическое описаніе. На одномъ и томъ же препаратѣ видно, что твердая мозговая оболочка вблизи узелка состоитъ изъ очень плотной, почти фиброзной, соединительной ткани, а надъ опухолью плотная ткань твердой мозговой оболочки сведена на тонкую полоску, вся же остальная часть занята бо-



Схематическій рис. опухоли изъ случ. 6-го. a—твердая мозговая оболочка; b—*processus falciformis major*; c—*sinus processus majoris*; d—опухоль.

лѣе рыхлою тканью, въ которой расположено очень много большихъ, сочныхъ клѣтокъ. Эти клѣтки окружаютъ свѣтлыя образованія, состоящія изъ блѣдно красящейся, рыхло петливой ткани, похожей на ткань мягкой мозговой оболочки; въ общемъ эти образованія, вмѣстѣ съ окружающими клѣтками, напоминаютъ ворсинки хоріона и ихъ нужно считать за проросшія въ ткань твердой мозговой оболочки Пахіоновы грануляціи. Аналогичныя свѣтлыя образованія, окруженныя клѣтками, довольно часто попадаютъ въ *processus falciformis major* и въ ткани твердой мозговой оболочки, взятой вдали отъ опухоли.

Указанныя свѣтлыя образованія съ окружающими клѣтками рѣзко отличаются отъ окружающей ткани твердой мозговой оболочки и имѣютъ видъ какъ бы включеній. Въ тѣхъ мѣстахъ твердой мозговой оболочки, гдѣ расположены эти свѣтлыя образованія, часто попадаютъ псаммоматозныя тѣльца.

Въ ткани твердой мозговой оболочки вдали отъ опухоли иногда попадаютъ небольшія группы изъ 15—20 большихъ клѣ-

токъ со свѣтлымъ ядромъ; связь этихъ клѣточныхъ тяжей съ Пахионовыми грануляціями доказать не удастся.

Вся опухоль довольно рыхло соединена съ твердой мозговой оболочкой; мѣстами клѣточные элементы послѣдней непосредственно переходятъ въ новообразованіе. Клѣтки, попадающіяся въ твердой мозговой оболочкѣ, совершенно идентичны съ клѣтками новообразованія. Большая часть клѣтокъ опухоли веретенообразной формы съ очень большимъ свѣтлымъ ядромъ; иногда же попадаютъ овальныя клѣтки.

Мѣстами опухоль почти исключительно состоитъ изъ широкихъ и плотныхъ гіалиново-перерожденныхъ тяжей, интенсивно красящихся van-Gieson'омъ въ розовый цвѣтъ; въ такихъ мѣстахъ обыкновенно мало клѣтокъ и очень много псаммоматозныхъ тѣлецъ, имѣющихъ то шаровидную форму, то идущихъ въ видѣ толстыхъ балокъ, то образующихъ самыя причудливыя фигуры.

Въ другихъ мѣстахъ опухоль богата клѣтками, которыя образуютъ концентрическія наслоенія. Часто удается видѣть, какъ въ центральныхъ частяхъ концентрическихъ наслоеній наступаетъ гіалиновое перерожденіе. На серіи срѣзовъ удается прослѣдить, какъ гіалиновое перерожденіе постепенно захватываетъ периферическія части концентрическихъ наслоеній и, въ концѣ концовъ, на мѣстѣ бывшаго клѣточного комплекса, получается гомогенное, интенсивно окрашивающееся эозиномъ шаровидное образование. Въ такихъ мѣстахъ въ дальнѣйшемъ происходитъ отложеніе солей извести. Сосудами новообразованіе въ общемъ не очень богато, но кое-гдѣ въ немъ попадаетъ значительное количество ихъ.

При изслѣдованіи маленькаго узелка, расположеннаго вблизи опухоли, въ немъ оказались явленія хроническаго гиперпластическаго рашуменингит'а.

Эта опухоль — типичная псаммома Вирхова или endotelioma psammomatodes авторовъ; опухоль очень богата псаммоматозными тѣльцами, концентрически расположенными клѣтками и гіалиново-перерожденными участками.

*Случай 7-ой.* Марія К-на, 68 лѣтъ, поступила въ старую городскую больницу 5 марта 1910 г., умерла 30-го апрѣля того же года.

Клинической діагнозъ: Pleuropneumonia dextra. Abscessus pulmonis dextri. Enterocolitis acuta.

Вскрытіе 1 мая 1910 г. Протоколь № 142.

Анатомическій діагнозъ: Pneumonia chronica pulmonis dextri. Gangraena partialis pulmonis dextri. Stenosis mitralis. Hypertrophia cordis praecipue ventriculi sinistri. Myocarditis fibrosa. Hydrothorax. Infarctus anaemicus lienis. Nephritis interstitialis. Fibromyomata uteri subserosa. Echinococcus hepatis petrificatus.

Макроскопическое описаніе. На внутренней поверхности твердой мозговой оболочки располагается плотно сидящій узелокъ величиной въ булавочную головку.

Микроскопическое описаніе. Твердая мозговая оболочка рѣзко раздѣляется на два слоя: наружный—плотный, компактный и внутренней—разрыхленный. Плотный слой представленъ почти безъядерною волокнистой соединительной тканью. Во второмъ слоѣ, среди разрыхленной волокнистой ткани, расположено очень много свѣтлыхъ веретенообразныхъ клѣтокъ, количество которыхъ постепенно нарастаетъ по направленію къ узлу опухоли и въ этомъ послѣднемъ клѣтки превалируютъ надъ соединительнотканными волокнами. Узелъ новообразованія располагается въ толщѣ твердой мозговой оболочки и ткань послѣдней окружаетъ кольцомъ всю опухоль такимъ образомъ, что большая часть располагается въ толщѣ durae и только небольшая ея часть выступаетъ надъ уровнемъ твердой мозговой оболочки. Новообразованіе состоитъ изъ большого количества веретенообразныхъ клѣтокъ, которыя непосредственно прилежатъ другъ къ другу, имѣютъ большое свѣтлое ядро и незначительное количество протоплазмы. Мѣстами клѣтки новообразованія имѣютъ наклонность образовать концентрическія наслоенія. Въ опухоли часто попадаются гіалиново перерожденные тяжи; въ нѣкоторыхъ тяжахъ замѣтно отложеніе солей извести. Иногда попадаются шаровидныя псаммоматозныя тѣльца, окруженныя хорошо красящимися клѣтками.

Сосудами опухоль крайне бѣдна и только изрѣдка можно найти въ ней небольшой сосудъ съ узенькимъ просвѣтомъ.

Общее впечатлѣніе—еще ничтожной по своимъ размѣрамъ эндотелиомы, богатой клѣтками, съ небольшимъ количествомъ псаммоматозныхъ тѣлецъ и крайне бѣдной кровеносными сосудами.

*Случай 8-ой.* Музейный препаратъ патолого-анатомическаго института № 1153.

Макроскопическое описаніе. На внутренней по-

верхности твердой мозговой оболочки въ области правой лобной доли расположенъ узелъ новообразованія полушаровидной формы. Длина узла 6 ст., ширина 7 ст., и толщина 3 ст. (въ фиксированномъ видѣ). Новообразование на небольшомъ протяженіи плотно приращено къ твердой мозговой оболочкѣ, а остальная опухоль въ видѣ гриба виситъ на этомъ участкѣ. Опухоль бѣловатаго цвѣта, мягкой консистенціи и только мѣстами при рѣзаніи ощущаются объизвествленные участки; при поглаживаніи получается такое впечатлѣніе, какъ будто бы подъ пальцемъ находится мелкій песокъ. Твердая мозговая оболочка надъ опухолью утолщена и только въ одномъ мѣстѣ въ ней имѣется небольшая зура, образовавшаяся отъ давленія опухоли.

Микроскопическое описаніе. Опухоль въ центральныхъ частяхъ очень богата клѣтками. Онѣ большею частью имѣютъ веретенообразную форму, иногда попадаются круглыя и овальныя съ большимъ свѣтлымъ ядромъ, съ хорошо видимымъ ядрышкомъ и съ небольшимъ количествомъ протоплазмы. Мѣстами клѣтки собираются въ небольшія кучки съ наклономъ къ образованію концентрическихъ наслоеній. Клѣтки опухоли располагаются кучками безъ промежуточнаго вещества. По периферіи опухоль бѣднѣе клѣтками и здѣсь видны широкіе гіалиновые тяжи. Среди клѣтокъ новообразованія довольно часто попадаетъ круглоклѣточный инфильтратъ—диффузно во всей опухоли.

Въ этой опухоли, какъ и въ 5 омъ случаѣ, попадаютъ изрѣдка участки подвергшіеся перерожденію и такіе участки закрашены гематоксилиномъ въ нѣжно синій цвѣтъ. Трудно категорически сказать, съ какого рода перерожденіемъ мы имѣемъ дѣло, но, судя по отношенію этихъ участковъ къ гематоксилиновой окраскѣ, можно предположить, что элементы новообразованія въ этихъ мѣстахъ подверглись слизистому перерожденію.

Опухоль чрезвычайно богата псаммоматозными тѣльцами, которыя большей частью круглой формы и только изрѣдка имѣютъ видъ балокъ. Въ очень многихъ псаммоматозныхъ тѣльцахъ сохранились остатки клѣточныхъ элементовъ опухоли. На нѣкоторыхъ препаратахъ видно, что отложеніе известковыхъ солей произошло въ стѣнкѣ кровеноснаго сосуда артеріальнаго типа; стѣнка значительно утолщена и гіалиново перерождена.

Опухоль крайне бѣдна кровеносными сосудами.

Гистологически опухоль — типичная эндотелиома, очень богатая клѣтками и псаммоматозными тѣльцами въ различной стадіи образованія.

*Случай 9-ый.* Музейный препарат патолого-анатомического института № 1471.

Макроскопическое описание. Въ правой лобной долѣ, во всю ея толщѣ, располагается узелъ новообразованія, такъ что со стороны основанія мозга онъ занимаетъ весь поперечникъ лобной доли, а со стороны выпуклой части—весь поперечникъ за исключеніемъ  $1\frac{1}{2}$  см., считая отъ *sinus longitudinalis*. На выпуклой части опухоль, идя зигзагообразными линиями внизъ, имѣетъ своей наружной границей передней отдѣлъ передней центральной извилины. Въ области височной доли опухоль, загибаясь къ основанію мозга, доходитъ до *fissura Sylvii* и сдавливаетъ верхнюю височную извилину. На нижней поверхности опухоль захватываетъ *gyrus rectus* и *gyrus orbitalis*.

Правая лобная доля сдавлена и отдавлена.

Опухоль по всему протяженію сращена съ истонченной твердой мозговой оболочкой; мѣстами опухоль плотно соединена съ твердой мозговой оболочкой, а мѣстами рыхло. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видно, какъ опухоль узурировала твердую мозговую оболочку и прилежитъ непосредственно къ костямъ свода черепа.

На поперечномъ разрѣзѣ ширина опухоли ближе къ основанію мозга равна 8 см., а длина въ передне-заднемъ направленіи— $7\frac{1}{2}$  см.

Опухоль раздѣляется на двѣ части: одна, ближе къ твердой мозговой оболочкѣ, занимая всю толщѣ коры и часть *соганае radiatae*,—бѣлаго цвѣта; остальная часть опухоли, расположенная кнутри отъ описаннаго участка и отдѣленная отъ послѣдняго узкой прослойкой вещества мозга,—шоколаднаго цвѣта; въ этой части опухоли имѣются большіе очаги кровоизліаній. Эти два участка разнятся и по консистенціи: бѣлый участокъ плотной хрящевой консистенціи, а второй участокъ—мягкой.

Микроскопическое описание. Опухоль прилежитъ очень тѣсно къ мозгу, сильно его сдавливая, причемъ, даже въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ только тонкая полоска мозга отдѣляетъ два участка новообразованія, все-таки видна мягкая мозговая оболочка; въ нѣкоторыхъ же мѣстахъ этой разграничивающей полоски не видно и узелки новообразованія непосредственно прилежатъ къ мозгу и кромѣ этого попадаютъ маленькіе островки новообразованія, непосредственно вкрапленные въ вещество мозга. (См. табл. рис. 1).

Съ поверхности вглубь опухоли спускаются широкіе гіалиново-перерожденные тяжи, анастомозирующие между собой и образующіе широко-петлистую сѣть, выполненную клѣтками новообразования. Въ частяхъ опухоли ближайшихъ къ твердой мозговой оболочкѣ очень много плотныхъ гіалиновыхъ тяжей, а въ глубокихъ частяхъ опухоль очень богата клѣтками и бѣдна межужточною тканью. Клѣтки новообразования большія по величинѣ съ крупнымъ свѣтлымъ ядромъ и съ небольшимъ количествомъ протоплазмы.

Форма клѣтокъ большею частью вытянутая, иногда пластинчатая и вообще по характеру своего ядра и клѣточного тѣла онѣ очень похожи на эпителиальныя. Промежуточное вещество между клѣтками доказать не удастся. Клѣтки новообразования преимущественно располагаются вокругъ кровеносныхъ сосудовъ — въ ихъ адвентиціи, иногда же занимаютъ и среднюю оболочку сосуда и отъ послѣдняго остается маленькій просвѣтъ, выстланный эндотелиемъ и окруженный большимъ количествомъ концентрически расположенныхъ клѣтокъ опухоли. Мѣстами въ концентрически расположенныхъ вокругъ сосудовъ клѣткахъ наступаетъ гіалиновая дегенерація и перерожденная ткань окружаетъ сосудъ или широкимъ кольцомъ или даже занимаетъ весь сосудъ съ его просвѣтомъ; въ такихъ гіалиново-перерожденныхъ участкахъ въ дальнѣйшемъ происходитъ отложеніе известковыхъ солей. Въ старыхъ участкахъ опухоль довольно богата псаммоматозными тѣльцами, а въ болѣе молодыхъ участкахъ ихъ очень мало.

Какъ мы указали при макроскопическомъ описаніи въ одномъ участкѣ опухоли имѣется кровоизліяніе; при микроскопическомъ изслѣдованіи данный участокъ пропитанъ кровью и попадаетъ много зернистыхъ шаровъ и кристалловъ жирныхъ кислотъ. Происхожденіе этихъ кристалловъ нужно объяснить разрушеніемъ клѣточныхъ элементовъ новообразования излившееся кровью. Кровоизліяніе расположено на границѣ съ веществомъ мозга и зернистые шары находятся въ самомъ мозгу.

По своему строенію эта опухоль должна быть отнесена къ доброкачественнымъ новообразованіямъ, извѣстнымъ подъ названіемъ перителіомъ или *endotelioma perivascularis*. Характерной чертой этихъ опухолей является концентрическое расположеніе клѣтокъ вокругъ кровеносныхъ сосудовъ; эти опухоли, какъ полагаютъ, выходятъ изъ перителія кровеносныхъ сосудовъ.

Stangl (35) особенно настойчиво стоялъ за отдѣленіе перителіомъ отъ саркомъ.

Hein (19), какъ перителіому, описываетъ опухоль величинной въ кулакъ, располагающуюся въ паріетальной и темпоральной частяхъ мозга, вышедшую изъ мягкихъ мозговыхъ оболочекъ; микроскопически опухоль состояла изъ большого количества сосудовъ, окруженныхъ широкими мантиями, состоящими изъ большихъ полигональныхъ клѣтокъ.

Mönskeberg перителіомы относитъ къ злокачественнымъ новообразованіямъ не эпителиальнаго типа.

Если принять во вниманіе классификацію и терминологию Cornil и Ranvier, то данную опухоль нужно отнести къ группѣ sarcomes angiolithiques.

Указанные авторы описываютъ эти опухоли слѣдующимъ образомъ: опухоль состоитъ изъ плоскихъ, пластинчатыхъ, очень большихъ, немного неправильной формы, клѣтокъ. Эти клѣтки располагаются маленькими кучками, имѣютъ слоистое строеніе и, правильно заходя одна въ другую зубцами,—отчасти сходны по своему строенію съ раковыми жемчужинами.

Если стараться выяснитъ механизмъ такого расположенія клѣтокъ, то можно видѣть, что клѣтки сначала скопляются снаружи сосуда, или въ его адвентиціи, или въ просвѣтѣ самаго сосуда. Клѣточные узелки увеличиваются и въ дальнѣйшемъ подвергаются инкрустаціи известковыми солями.

Если микроскопическую картину нашей опухоли сравнить съ даннымъ описаніемъ, то получится полная аналогія: мы видѣли, что клѣтки располагались вокругъ сосудовъ, занимая то самую периферію, то media, а иногда и весь сосудъ съ просвѣтомъ; мы видѣли гіалиновое перерожденіе концентрическихъ образованій и послѣдовательное ихъ обызвествленіе.

По характеру своего роста—прорастаніе вещества мозга—данная опухоль должна быть отнесена къ злокачественнымъ новообразованіямъ.

*Случай 10-й.* Маня Ш—ъ 65 л., поступила въ старую городскую больницу 15 января 1908 г. При поступленіи отмѣченъ небольшой отекъ на ногахъ; тоны сердца немного глуховаты; въ верхушкѣ лѣваго легкаго немного сухихъ хриповъ; (о неврологическомъ изслѣдованіи за періодъ времени отъ 15 янв. до 29 янв. въ скорбномъ листѣ ничего не имѣется).

29-го января больная переведена въ хроническое отдѣленіе. Въ этомъ отдѣленіи отмѣченъ параличъ правой руки и ноги.

Пролежней нѣтъ. Въ сердцѣ шумовъ не слышно. Явленія dementiae.

13. II. Безъ перемѣнъ.

10. III. Ходить безъ посторонней помощи не можетъ.

26. III. Всканиваетъ, безпокойна.

1. V. Все еще безпокойна; временами кричить.

15. VI. Больная безпокойна.

8. VIII. Пролежней нѣтъ. Параличъ въ одномъ положеніи.

Тоны сердца безъ шумовъ.

22. X. Больная все спитъ. На вопросы не отвѣчаетъ.

25. X. Слабость увеличивается—пульсъ слабого наполненія.

30. X. Скончалась въ 5 час. утра.

Вскрытіе 31. X. 1908 г. Протоколь № 296.

Клиническій діагнозъ: Marasmus senilis. Hemiplegia dextra inveterata.

Патолого-анатомическій діагнозъ: Fungus durae matris (?). Periostitis et otitis osseum cranii circumscripta. Compressio encephali. Degeneratio descendens medullae spinalis. Atrophia musculorum neuropathica praecipue extremitatis inferioris dextri. Emphysema pulmonum. Induratio cyanotica lienis, hepatis et renum. Arteriosclerosis. Marasmus.

Музейный препаратъ пат.-анат. института № 1470.

Макроскопическое описаніе. (См. табл. рис. 5). На черепной крышкѣ по средней линіи имѣется костное выпячиваніе, отличающееся отъ окружающихъ костей своею компактностью и бѣлымъ цвѣтомъ. Выпячиваніе расположено большею своею частью слѣва. Такъ, напримѣръ, въ области теменныхъ костей выпячиваніе расположено такъ, что на долю лѣвой половины приходится 4,5 см., а на долю правой 2,5 см..

Этотъ бѣлый участокъ начинается, отступя на 2 см. впереди отъ затылочныхъ бугровъ и вперёдъ, доходитъ до лобныхъ бугровъ, занимая участокъ длиною 11,5 см.. Ширина этого участка неодинаковая—наиболѣе узка въ области затылочной кости, гдѣ она равняется 3,4 см., въ области лобныхъ костей достигаетъ 4,4 см., а наибольшая ширина этого участка въ области теменныхъ костей равна 7 см.. Участокъ этотъ наиболѣе выпуклъ по средней линіи и отлого спускается по бокамъ. Непораженная кость темнаго цвѣта, пораженная же бѣлаго цвѣта. Консистенція описаннаго участка костная.

На поперечныхъ распилахъ черепа съ мозгомъ видно, что

вышеописанное выпячиваніе распространяется глубже и захватывает объ пластинки свода и затѣмъ въ видѣ опухольнаго узла продолжается глубоко въ вещество мозга; новообразование захватываетъ все лѣвое полушаріе, правое же придавлено къ соотвѣтственной теменной кости.

Кости черепа въ области выпячиванія рѣзко утолщены—причемъ наибольшихъ размѣровъ достигаютъ теменные кости. Толщина затылочной кости непораженной 0,5 см.,—толщина пораженной 0,9 см.; теменная кость ближе къ затылочной непораженная 0,5 см., пораженная 1,3 см.; теменная кость ближе къ лобной—толщина непораженной 0,7 см., пораженной 1,1 см. На распилахъ кость пораженная компактна, бѣлаго цвѣта.

Какъ было упомянуто выше, опухоль спускается въ вещество мозга, захватывая всю толщину коры и большую часть бѣлаго вещества. Въ области затылочной кости высота узла опухоли равна 3,3 см., а ширина 3 см., считая за правую границу *processus falciformis major*. Въ области теменныхъ костей, ближе къ затылочной кости, опухоль по направленію вглубь мозга постепенно расширяется, достигаетъ наибольшей ширины въ нижней своей трети, а въ самомъ низу опять суживается. Высота — 5,8 см., ширина ближе къ кости 5,3 см., наибольшая ширина въ средней части 6,2 см., а въ самомъ нижнемъ отдѣлѣ ширина 3,4 см.

Въ области теменныхъ костей ближе къ лобной высота новообразованія равна 3 см., а наибольшая ширина 5 см.

Въ области лобныхъ костей высота новообразованія 3 см., а наибольшая ширина 5 см.

Новообразование въ нѣкоторыхъ мѣстахъ рѣзко отграничено отъ вещества мозга узкою щелью, иногда же границу между опухолью и мозгомъ провести не удается. Узелъ отличается отъ нормальнаго мозга своею плотностью; въ большей своей части опухоль костной консистенціи; въ самыхъ нижнихъ и боковыхъ отдѣлахъ—толщиной до 1 см.—опухоль мягкой консистенціи и сѣро бѣлаго цвѣта. Остальная часть мозга придавлена къ черепу; ближайшіе къ опухоли участки мозга плотны. Въ спинномъ мозгу сѣрое перерожденіе прямыхъ и перекрещенныхъ пирамидныхъ путей.

Микроскопическое описаніе. Опухоль ближе къ кости сплошь состоитъ изъ почти безъядерной гіалиново-перерожденной ткани, имѣющей концентрическое расположеніе. Въ

участкахъ же ближайшихъ къ мозгу новообразованіе богато клѣтками.

Въ самой кости совершенно уничтожено diploe и попадаетъ очень мало клѣтокъ; послѣднія въ опухоли образуютъ концентрическія наслоенія, при чемъ только очень немногія изъ этихъ наслоеній не подверглись гіалиновому перерожденію, которое въ этой опухоли выражено очень сильно особенно въ периферическихъ частяхъ.

Клѣтки новообразованія большой величины съ большимъ овальнымъ свѣтлымъ ядромъ. Клѣтки непосредственно прилежатъ другъ къ другу, образуя концентрическія наслоенія. Опухоль богата сосудами, стѣнки которыхъ, не исключая даже самыхъ мелкокалиберныхъ, находятся въ стадіи рѣзкаго гіалиноваго перерожденія. Въ нѣкоторыхъ сосудахъ гіалинозъ такъ рѣзко выраженъ, что отъ просвѣта сосуда остается только небольшая щель, наполненная красными кровяными шариками.

Очень часто въ опухоли попадаются какъ большіе, такъ и маленькіе гіалиновые шары, въ которыхъ не удастся доказать присутствіе клѣтокъ, но рядомъ съ такими шарами попадаются и другіе, въ центрѣ которыхъ видны остатки клѣтокъ и такіе шары очевидно произошли путемъ гіалиноваго перерожденія концентрическихъ наслоеній.

Новообразованіе очень богато псаммоматозными тѣльцами; всѣ онѣ небольшой величины. Отложеніе солей начинается съ центра гіалиново-перерожденныхъ концентрическихъ наслоеній въ видѣ небольшихъ кучекъ, которыя въ дальнѣйшемъ сливаются въ одно псаммоматозное тѣльце. Отложеніе известковыхъ солей иногда происходитъ въ такихъ гіалиновыхъ шарахъ, периферія которыхъ еще окружена широкимъ поясомъ вполне нормальныхъ клѣтокъ опухоли.

Мозговая ткань во многихъ мѣстахъ прорастается новообразованіемъ и часто попадаются концентрически расположенныя клѣтки, окруженныя тканью мозга. (См. табл. рис. 3).

Вещество мозга сдавлено новообразованіемъ и въ немъ попадаются рѣзко измѣненныя пирамидныя клѣтки.

Гистологически—типичная эндотеліома съ рѣзко выраженнымъ концентрическимъ расположеніемъ клѣтокъ, ихъ гіалиновымъ перерожденіемъ и образованіемъ большого количества псаммоматозныхъ тѣлецъ; мѣстами характеръ роста злокачественный.

Какъ видно изъ приведеннаго описанія, всѣ опухоли въ нашихъ случаяхъ были найдены у пожилыхъ субъектовъ (самому молодому изъ нихъ было 45 л.—Случай V). Констатированіе опухолей *durae* у пожилыхъ объясняется тѣмъ, что клѣточные тяжи М. В. Schmidt'a образуются именно у стариковъ. Мы могли въ трехъ случаяхъ (III, VI и VII) установить несомнѣнную связь клѣточныхъ тяжей съ узелкомъ новообразованія; удавалось видѣть непосредственный переходъ клѣточныхъ тяжей въ ткань опухоли. Въ VI-омъ случаѣ клѣточные тяжи были найдены въ ткани *durae* вдали отъ узелка новообразованія и удалось доказать связь ихъ съ Пахионовыми грануляціями.

Въ I-омъ и V-омъ случаяхъ несомнѣнной связи опухоли съ клѣточными тяжами не обнаружено. На основаніи изслѣдованій было ясно, что опухоль вышла изъ толщи твердой мозговой оболочки, которая въ видѣ капсулы окружала все новообразованіе. Не вездѣ одинаковая толщина капсулы объясняется тѣмъ, что при ростѣ новообразованія капсула эта подвергается истонченію и атрофіи отъ давленія.

Въ остальныхъ опухоляхъ (II, V, VIII, IX и X), наибольшихъ по величинѣ, доказать связи съ клѣточными тяжами не удалось. Для объясненія генеза данныхъ опухолей наиболѣе правильно предположеніе, что онѣ вышли изъ слоя эндотеліальныхъ клѣтокъ, покрывающихъ нижнюю поверхность *durae*.

Гистологически, какъ мы видѣли при описаніи каждого случая въ отдѣльности, опухоли *durae* чрезвычайно разнообразны, иногда одна и таже опухоль въ разныхъ участкахъ имѣетъ различное строеніе. Этимъ, можетъ-быть, отчасти объясняется разногласіе авторовъ относительно природы первичныхъ опухолей твердой мозговой оболочки.

По своей природѣ большинство первичныхъ опухолей твердой мозговой оболочки должны быть отнесены къ эндотеліомамъ, а большая часть ихъ къ *endothelioma psammomatodes*. Хотя Virchow эндотеліальныя опухоли къ псаммомамъ не относитъ, но такая діагностика ихъ допустима: дѣло въ томъ, что опредѣленіе опухоли какъ псаммомы указываетъ только на наличность въ ней известковыхъ тѣлъ, но оно совершенно не даетъ понятія о клѣточной природѣ опухоли; точное же названіе напр.: *fibroma psammomatodes*, *fibrosarcoma psammomatodes*, *endothelioma psammomatodes* или *carcinoma psammomatodes*—даетъ болѣе точное, ясное понятіе какъ о природѣ опухоли, такъ и о содержаніи въ ней известковыхъ тѣлецъ.

Нѣтъ никакого основанія, какъ это дѣлаетъ Fick, относить опухоли *durae* къ эпителиомамъ. Fick удивляется, почему клѣтки, покрывающія мозговья оболочки, называются эндотеліальными, а клѣтки сплетеній мозговыхъ желудочковъ — эпителиальными, но нужно припомнить, что сплетенія мозговыхъ желудочковъ суть производныя эктодермы (нейроэпителія), а мозговья оболочки — мезодермальнаго листка.

Состоятъ эндотеліомы *durae* изъ большого количества клѣтокъ, количество которыхъ въ молодыхъ частяхъ опухоли бываетъ велико, а въ старыхъ — гораздо меньше. Клѣтки большею частью веретенообразны, идутъ широкими плотными тяжами, но часто попадаются и пластинчатая; клѣтки содержатъ большое свѣтлое ядро и незначительное количество протоплазмы. Очень часто клѣтки непосредственно прилежатъ другъ къ другу безъ промежуточнаго вещества. Элементы новообразованія похожи на эпителиальные и въ виду того, что они находятся тамъ, гдѣ эпителий нормально не встрѣчается, эти клѣтки должны быть отнесены къ эндотеліальнымъ. Neuman p (27) указываетъ, что веретенообразныя клѣтки суть тѣ же самыя эндотеліальныя, только видимыя нами въ профиль. Ernst (13) также видитъ генетическую связь веретенообразныхъ клѣтокъ съ эндотеліальными.

Какіе признаки должны считаться характерными для эндотеліомъ? Самая важная особенность — это наклонность клѣтокъ опухолей къ образованію концентрическихъ наслоеній. Последнія мы видѣли почти во всѣхъ опухоляхъ. Другая, еще болѣе характерная, черта эндотеліомъ это гіалиновое перерожденіе, которое въ различной степени выражено во всѣхъ опухоляхъ безъ исключенія. Перерожденію главнымъ образомъ подвергаются клѣтки и кровеносные сосуды; гіалиновые же тяжи образуются путемъ сліянія идущихъ пучками эндотеліальныхъ клѣтокъ. Какъ правило, вначалѣ опухоль очень богата клѣтками, а съ наступленіемъ гіалиноваго перерожденія, количество клѣтокъ рѣзко уменьшается; гіалиновое перерожденіе появляется очень рано и выражено даже въ относительно молодыхъ мѣстахъ. Очевидно гіалиновое перерожденіе есть свойство эндотеліальныхъ опухолей твердой мозговой оболочки.

Слѣдующій признакъ — это присутствіе псаммоматозныхъ тѣлецъ; явленіе это общее для всѣхъ опухолей твердой мозговой оболочки, въ ткани которой даже въ нормѣ попадаютъ известковыя тѣльца.

Въ двухъ опухляхъ было констатировано слизистое пере-  
рожденіе. На возможность подобнаго явленія есть указанія и въ  
литературѣ (Э р д м а н ъ).

Итакъ всѣ вышеприведенные признаки являются характер-  
ными для эндотеліальныхъ опухолей твердой мозговой оболочки,  
хотя эти же особенности можно отнести и къ опухлямъ мягкой  
мозговой оболочки. Дѣло въ томъ, что генетически всѣ мозговья  
оболочки связаны между собой, образуясь изъ общей соедини-  
тельно-тканной пластинки, слѣдовательно и опухоли, исходящія  
изъ нихъ, должны имѣть одно и тоже строеніе. Почему же опу-  
ли твердой мозговой оболочки встрѣчаются чаще сравнительно  
съ опухолями мягкой? Данный фактъ можно объяснить такъ:  
опухоли *durae* образуются изъ двухъ источниковъ: изъ клѣточ-  
ныхъ тяжей *M. B. Schmidt'a* и изъ слоя плоскихъ покров-  
ныхъ клѣтокъ ея нижней поверхности. Въ ткани мягкой мозго-  
вой оболочки не доказано присутствіе клѣточныхъ тяжей и для  
генеза ея опухолей остается одинъ источникъ—слой эндотеліаль-  
ныхъ клѣтокъ, покрывающихъ ея верхнюю поверхность. *Ribbert*  
полагаетъ, что иногда не всѣ эндотеліальныя клѣтки принимаютъ  
участіе въ выстилкѣ *durae* и *piae*, а часть ихъ остается съ не-  
использованной энергіей и въ старческомъ возрастѣ даетъ опухоль.

Для объясненія большей рѣдкости опухолей *piae* можно также  
допустить, что отшнуровка клѣтокъ съ запасной энергіей чаще  
происходитъ въ пользу твердой мозговой оболочки, чѣмъ мягкой.

Въ подтвержденіе своего мнѣнія о полной идентичности въ  
строеніи опухолей твердой и мягкой мозговыхъ оболочекъ, мы по-  
зволимъ себѣ привести одинъ случай опухоли мягкой мозговой  
оболочки.

Марфа Б—ва, мѣщ. г. Одессы, 85 лѣтъ, поступила въ ста-  
рую городскую больницу 18 сентября 1907 г. Больная въ со-  
стояніи старческаго слабоумія, на вопросы почти не отвѣчаетъ.

Умерла 11 мая 1910 г.

Клиническій діагнозъ: *Marasmus senilis. Dementia senilis. Fractura costae IV dextrae. Contusiones faciei.*

Вскрытіе 13. V. 1910 Протоколъ вскрытія № 157.

Патолого-анатомическій діагнозъ: *Osteoporosis universalis. Fractura costarum sanata. Concretio pleurae et pericardii. Arteriosclerosis. Cicatrix thalami optici dextri. Neoplasma piae matris. Broncho-pneumonia bilateralis.*

Твердая мозговая оболочка сращена съ костями черепа. Со-  
суды мозга склерозированы. Съ лѣвой стороны, въ области обо-

нятельной доли, вблизи tractus olfactorius, располагается маленькій узелокъ величиною въ горошину, мягкой консистенціи. Узелокъ имѣетъ гладкую поверхность, плотно сращенъ съ мягкими мозговыми оболочками, съ твердой же связи не имѣетъ. Поверхность разрѣза опухоли бѣловато-сѣраго цвѣта.

Микроскопическое описаніе: Pia mater въ видѣ капсулы со всѣхъ сторонъ, за исключеніемъ верхушки, одѣваетъ опухоль. Состоитъ опухоль изъ узкихъ гіалиновыхъ тяжей, большого количества клѣтокъ и кровеносныхъ сосудовъ. Въ особенности много гіалиновыхъ тяжей въ центрѣ опухоли и оттуда они, вѣерообразно распаваясь и анастомозируя съ пучками идущими отъ pia, образуютъ то узкую, то широкопетлистую сѣть, выполненную клѣтками новообразованія. Клѣтки небольшой величины—пластинчатая, то веретенообразной, то овальной формы, съ большимъ свѣтлымъ ядромъ—тѣсно прилежатъ одна къ другой и идутъ то плотными тяжами, то, что встрѣчается гораздо чаще, образуютъ концентрическія наслоенія.

Гіалиновое перерожденіе очень рѣзко выражено въ опухоли, особенно въ ея центральныхъ частяхъ. Перерожденію подвергаются клѣтки новообразованія какъ идущія тяжами, такъ и образующія концентрическія наслоенія. Нѣкоторыя концентрическія наслоенія сплошь гіалиново-перерождены, въ другихъ гіалиново-перерожденный центръ окруженъ хорошо красящимися клѣтками. Кое-гдѣ, особенно въ центрѣ опухоли, видно, какъ происходитъ слияніе нѣсколькихъ гіалиново-перерожденныхъ концентрическихъ наслоеній въ одну общую массу. Мѣстами попадаются псаммоматозныя тѣльца, образованіе которыхъ удается прослѣдить: оно происходитъ путемъ отложенія известковыхъ солей въ гіалиново-перерожденныхъ концентрическихъ наслоеніяхъ и въ гіалиново-перерожденныхъ клѣточныхъ тяжахъ.

Опухоль богата тонкостѣнными кровеносными сосудами, которые большею частью наполнены кровью.

Итакъ въ этой опухоли мягкой мозговой оболочки видны: характерное концентрическое расположеніе эндотеліальныхъ клѣтокъ, рѣзкое гіалиновое перерожденіе и, наконецъ, псаммоматозныя тѣльца, т. е. именно тѣ признаки, которые считаются типичными для эндотеліомъ твердой мозговой оболочки.

Намъ остается еще въ заключеніе нашей работы привести мнѣнія авторовъ о генезѣ псаммоматозныхъ тѣлецъ и указать на способы образованія ихъ въ нашихъ случаяхъ.

Еще Вирховъ говорилъ, что трудно опредѣлить, какъ образуются слоистыя песчанныя тѣльца: происходятъ ли они изъ клѣтокъ, или изъ межучочнаго вещества, или, наконецъ, по образу обыкновенныхъ конкрементовъ.

Въ особенности важно указаніе Вирхова на то, что ядеръ и клѣтокъ въ псаммоматозныхъ тѣльцахъ никогда не замѣчается и это положительно указываетъ на ихъ неорганическую основу. Отдѣльныя песчанныя зерна представляютъ концентрическое строеніе и состоятъ изъ правильнаго ряда тонкихъ, окружающихъ другъ друга, слоевъ гомогеннаго вещества, въ центрѣ которыхъ находится маленькое зерно. Обызвѣствленіе начинается съ центра.

Engert въ псаммоматозныхъ тѣльцахъ часто видѣлъ остатки клѣтокъ, а иногда ядра то въ большемъ, то въ меньшемъ количествѣ; Engert указываетъ, что ядра въ большемъ количествѣ встрѣчаются по периферіи псаммоматознаго тѣльца и рѣдко въ центрѣ.

По Ernst'y (12) песчинки образуются двоякимъ путемъ: 1) инкрустаціи известковыми солями подвергаются гіалиново-перерожденныя эндотеліальныя клѣтки и 2) отложеніе извести происходитъ въ гіалиново-перерожденной ткани, окружающей кровеносныя сосуды. Изъ эндотеліальныхъ клѣтокъ тѣльца возникаютъ слѣдующимъ образомъ: клѣтки набухаютъ, кистозно перерождаются и потомъ распадаются на отдѣльныя гіалиновыя глыбки; послѣднія въ дальнѣйшемъ сливаются и инкрустируются известковыми солями.

Cornil и Ranvier, изслѣдуя сосудистыя сплетенія, пришли къ убѣжденію, что песчанныя зерна происходятъ изъ ампуллообразныхъ расширеній кровеносныхъ сосудовъ; подобнымъ же образомъ они объясняютъ и происхожденіе зеренъ въ псаммомахъ; указанные авторы для псаммомъ предлагаютъ названіе „sarcomes angiolitiques“.

По Steudene'y (36) псаммоматозныя тѣльца образуются во-первыхъ изъ концентрическихъ клѣточныхъ наслоеній, которыя предварительно подвергаются гіалиновому перерожденію и затѣмъ омѣлотовляются, при чемъ отложеніе известковыхъ солей не всегда начинается съ центра. Во-вторыхъ, псаммоматозныя тѣльца происходятъ путемъ инкрустаціи солями гіалиново-перерожденной стромы. Отъ сліянія мелкихъ известковыхъ тѣлецъ происходятъ большія.

Steudener, провѣряя сообщеніе Cornil и Ranvier, ни разу не нашель отложенія извести въ ампуллообразныхъ расширенияхъ сосудовъ ни въ опухоляхъ, ни въ plexus chorioideus и совершенно исключаетъ подобную возможность.

По Arnold'y, псаммоматозныя тѣльца получаютъ путемъ объизвествленія то содержимаго кровеносныхъ сосудовъ, то ихъ стѣнокъ, то обоихъ образованій вмѣстѣ. Вслѣдствіе затрудненія кровообращенія, сосуды тромбируются и въ дальнѣйшемъ подвергаются объизвествленію. Самымъ существеннымъ факторомъ является омѣлотореніе стѣнокъ кровеносныхъ сосудовъ. Arnold согласенъ съ мнѣніемъ Cornil и Ranvier въ томъ, что отложеніе извести происходитъ въ боковыхъ отпрыскахъ кровеносныхъ сосудовъ. Тѣльца образуются также путемъ отложенія извести въ концентрически расположенныхъ клѣточныхъ комплексахъ и, наконецъ, безъ органической основы по типу простыхъ конкрементовъ. По Arnold'y псаммомы въ началѣ своего развитія имѣютъ мягкую консистенцію, очень богаты сосудами, и объизвествленіе различныхъ частей опухоли нужно отнести къ процессамъ обратнаго развитія ея.

Billroth и Birch-Hirschfeld(3) считаютъ, что слоистыя тѣльца образуются путемъ омѣлоторенія стѣнокъ кровеносныхъ сосудовъ.

Borst наблюдалъ образованіе псаммоматозныхъ тѣлецъ изъ кровеносныхъ сосудовъ, изъ эндотеліальныхъ клѣтокъ и изъ концентрическихъ клѣточныхъ наслоеній. Можно видѣть всѣ переходы отъ гіалиноваго перерожденія стѣнки сосуда вплоть до его омѣлоторенія.

По Kaufmann'y псаммоматозныя тѣльца образуются путемъ отложенія солей въ гіалиново-перерожденныхъ эндотеліальныхъ клѣткахъ, въ соединительнотканыхъ волокнахъ и въ кровеносныхъ сосудахъ.

По Volkman'y (40) гіалиновые тяжи въ опухоляхъ duae matris чаще всего образуются изъ соединительнотканной стромы, изъ клѣточныхъ элементовъ и, наконецъ, изъ стѣнокъ кровеносныхъ сосудовъ.

Итакъ авторы отмѣчаютъ слѣдующіе источники для образованія псаммоматозныхъ тѣлецъ: 1) обычные конкременты, 2) кровеносные сосуды, 3) отдѣльныя эндотеліальныя клѣтки, 4) концентрическія клѣточные наслоенія и 5) строму опухоли.

Намъ удалось прослѣдить образованіе псаммоматозныхъ

тѣлецъ, во-первыхъ, по типу обычныхъ конкрементовъ — это самый рѣдкій способъ, во-вторыхъ, изъ гіалиново-перерожденныхъ сосудовъ. Въ 9-ой опухоли, при окраскѣ на эластическую ткань по Вейгерту, удавалось видѣть концентрическія группы клѣтокъ, окруженныя эластическою тканью; иногда эти клѣтки были вполне нормальны, но чаще въ нихъ былъ замѣтенъ распадъ на отдѣльныя глыбки. Изрѣдка попадались псаммоматозныя тѣльца, окруженныя эластическою тканью. На основаніи данной микроскопической картины надо допустить, что клѣтки новообразованія занимаютъ просвѣтъ сосуда, подвергаются распаденію на глыбки, гіалиновому перерожденію и въ дальнѣйшемъ инкрустаціи известковыми солями. Въ третьихъ, псаммоматозныя тѣльца образуются изъ гіалиново-перерожденныхъ клѣточныхъ тяжей и такія тѣльца имѣютъ форму иглъ; наконецъ, въ четвертыхъ—изъ гіалиново-перерожденныхъ концентрически наслоенныхъ клѣтокъ. Въ нашихъ случаяхъ этотъ послѣдній типъ рѣзко превалируетъ надъ другими.

Большая часть нашихъ опухолей крайне бѣдна кровеносными сосудами и можно прослѣдить извѣстную связь между количествомъ сосудовъ и псаммоматозныхъ тѣлецъ: чѣмъ меньше кровеносныхъ сосудовъ, тѣмъ больше псаммоматозныхъ тѣлецъ. Надо допустить, что въ силу недостаточнаго питанія легче происходитъ гіалиновое перерожденіе клѣтокъ новообразованія, подпадающихъ затѣмъ омѣлоторенію известковыми солями; напр. I-ая опухоль, очень богатая кровеносными сосудами, совсѣмъ не содержитъ псаммоматозныхъ тѣлецъ и наоборотъ въ VIII-ой опухоли много псаммоматозныхъ тѣлецъ и мало кровеносныхъ сосудовъ, которые вдобавокъ представляются рѣзко гіалиново перерожденными и отчасти обызвествленными. X-ая опухоль содержитъ много и псаммоматозныхъ тѣлецъ, и кровеносныхъ сосудовъ, но здѣсь нѣтъ противорѣчія, такъ какъ почти всѣ кровеносные сосуды рѣзко гіалиново-перерождены и вполне понятно, что они не могутъ доставить опухоли достаточный питательный матеріаль.

Даже въ самой маленькой опухоли—случай VII-ой рѣзко выражено гіалиновое перерожденіе клѣтокъ и въ этой опухоли гіалиновое перерожденіе обусловлено крайнею бѣдностью новообразованія кровеносными сосудами.

Какъ было указано выше, главный источникъ, для образованія псаммоматозныхъ тѣлецъ, даютъ концентрически распо-

женныя клѣтки, которыя, какъ правило, съ центра, рѣже съ периферіи, подвергаются гіалиновому перерожденію. Въ итогѣ или гіалиново перерожденный центръ окружается слоемъ неизмѣненныхъ клѣтокъ, или же центрально расположенныя клѣтки окружаются гіалиново перерожденной тканью. Полное образованіе псаммоматознаго тѣльца заканчивается отложеніемъ въ немъ извести. (См. табл. рис. 3 и 4).

Иногда удавалось видѣть распаденіе клѣтокъ на мелкія глыбки (см. табл. рис. 2 и 4), далѣе сліяніе этихъ глыбокъ въ общую массу и послѣдовательное ихъ обызвествленіе.

Итакъ какъ гіалиновое перерожденіе, такъ и образованіе псаммоматозныхъ тѣлецъ нужно отнести къ процессамъ обратнаго развитія опухоли и вмѣстѣ съ тѣмъ должны считаться прирожденными свойствами новообразованій мозговыхъ оболочекъ.

На основаніи изученія литературныхъ данныхъ и нашихъ случаевъ, мы пришли къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Большинство первичныхъ опухолей твердой мозговой оболочки должно быть отнесено къ эндотелиомамъ.

2. Въ генезѣ опухолей *durae* мы допускаемъ два источника: клѣточные тяжи *M. B. Schmidt'a* и слой эндотелиальныхъ клѣтокъ, выстилающихъ нижнюю поверхность *durae*, причемъ, по нашимъ наблюденіямъ, опухоли, имѣющія связь съ клѣточными тяжами *M. B. Schmidt'a*, не достигаютъ большой величины и, наоборотъ, опухоли, исходящія изъ слоя эндотелиальныхъ клѣтокъ, по величинѣ значительно превосходятъ первыя.

3. Какъ на основаніи эмбриологическихъ данныхъ, такъ и на основаніи гистологическаго изученія микроскопическихъ препаратовъ мы полагаемъ, что опухоли всѣхъ мозговыхъ оболочекъ совершенно идентичны между собой по своему строенію.

4. Концентрическое расположеніе клѣтокъ, гіалиновое перерожденіе и псаммоматозныя тѣльца являются прирожденными, характерными особенностями эндотелиомъ мозговыхъ оболочекъ.

5. На происхожденіе гіалиноваго перерожденія въ опухоляхъ оказываетъ вліяніе плохое кровоснабженіе.

6. Всего чаще псаммоматозныя тѣльца образуются путемъ обызвествленія концентрически расположенныхъ клѣточныхъ наслоеній; гораздо рѣже—изъ клѣточныхъ тяжей и кровеносныхъ сосудовъ; крайне рѣдко образованіе псаммоматозныхъ тѣлецъ происходитъ по типу обычныхъ конкрементовъ.

7. Какъ правило, образованію псаммоматозныхъ тѣлецъ предшествуетъ рѣзкое гіалиновое перерожденіе и никогда отложеніе извести не происходитъ въ нормальной ткани.

Въ заключеніе считаю своимъ пріятнымъ долгомъ выразить мою искреннюю благодарность глубокоуважаемымъ: профессору Дмитрію Павловичу Кишенскому и бывшему прив.-доц., нынѣ профессору, Іосифу Фомичу Пожарискому за постоянную помощь при исполненіи этой работы. Приношу свою благодарность прозектору Михаилу Михайловичу Тизенгаузену за сдѣланные имъ рисунки и микрофотографическіе снимки.

---

## Указатель литературы.

1. Arnold. Bau der Psammome. Virchow's Archiv. Bd. 52
2. Beck. цит. по Bruns'y.
3. Billroth и Birch-Hirschfeld. Цит. по Borst'y.
4. Bonnet. Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte. Berlin. 1907.
5. Borst. Die Lehre von den Geschwülsten. 1902.
6. Bruns. Die Geschwülste des Nervensystems. Berlin. 1908
7. Burkhardt. цит. по Ergebn. Lubarsch u. Ostertag. Bd. X. 1904/1905.
8. Bizzozzero u. Bozzolo. цит. по Ernst'y и Schmidt'y.
9. Engert. Ueber Geschwülste der Dura mater. Virchow's Archiv. Bd. 160. 1900.
10. Lubarsch u. Ostertag. Ergebnisse. Fischer-Lubarsch-Mönckeber. Patologie der Geschwülste. Bd. X. 1904/1905.
11. Эрдманъ. Къ учению о строении первичныхъ опухолей мозга и его оболочекъ. Дисс. С.П.Б. 1907.
12. Ernst. Ueber Psammome. Ziegler's Beiträge. Bd. XI. 1892.
13. Ernst. цит. по Schmidt'y.
14. Fick. Die „endothelialen“ Psammome der Meningen sind als Epitheliome zur Gruppe der undifferenzierten Carcinome (Basalzellenkrebsе, Coriumcarcinome) gehörend aufzufassen. Monatsh. f. prakt. Dermatolog. 1909 кн. III стр. 304,
15. Головинъ. Опухоли зрительнаго нерва и ихъ оперативное лѣчение. Вѣстникъ Офтальмологии. № 5. 1905 г.
16. Gowers. цит. по Bruns'y.
17. Hamburger. цит. по Borst'y.
18. Heidenhain. цит. по Borst'y.
19. Hein. цит. по Ergebn. Lubarsch u. Ostertag. Bd. X. 1904/1905.
20. His. цит. по Borst'y.
21. Kaufmann. Lehrbuch. Berlin. 1909. p. 1067.
22. Key и Retzius. цит. по Мельникову-Разведенкову.
23. Kölliker. Grundriss der Entwicklungsgeschichte des Menschen und der höheren Thiere. Leipzig. 1880.
24. Cornil et Ranvier. Manuel d'histologie pathologique Paris. 1907. T III.
25. Lacrousille и Robine. цит. по Ernst'y.
26. Melnikow - Raswedenkow. Hystologische Untersuchungen über den normalen Bau die Dura mater. Ziegler's Beiträge. Bd. 28. 1900 p. 217.
27. Neuman. цит. по Schmidt'y.
28. Prym. Ueber psammomähnliche Bildungen in der Wand einer Meningocele. Virchow's. Archiv. Bd. 194. 1908.
29. Recklinghausen u. Köster. цит. по Borst'y.
30. Ribbert. Lehrbuch. 1908. p. 324. 438.

31. Ribbert. Das Endotheliom der Dura. Virchow's Archiv. Bd. 200. 1910.
  32. Saidel. цит. по Bruns'y.
  33. M. B. Schmidt. Ueber die Pachionischen Granulationen und ihr Verhältniss zu den Sarcomen und Psammomen der Dura mater. Virchow's Archiv. Bd. 170 p. 429.
  34. Соболевъ. Къ ученію объ эндотелиальныхъ новообразованіяхъ. Русск. Врачъ. 1900. стр. 165, 202, 234.
  35. Stangl. цит. по Ergebn. Lubarsch u Ostertag. Bd. X. 1904/1905.
  36. Steudener. Zur Kenntniss der Sandgeschwülste. Virchow's. Archiv. Bd. 50. 1870. p. 222.
  37. Taylor. цит. по Ergebn. Lubarsch u. Ostertag. Bd. X 1904/1905.
  38. Вирховъ. Ученіе объ опухоляхъ. перев. М. Руднева. С.П.Б. 1868.
  39. Virchow. Das Psammom. Virchow's Archiv. Bd. 160. 1900.
  40. Volkmann. цит. по Эрдману.
-

## Обьясненіе рисунковъ.

Рис. 1. Малое увеличеніе. Микрофотографическій снимокъ изъ опухоли (случай 9-ый). а—вещество мозга; б—новообразованіе, вросшее въ вещество мозга.

Рис. 2. Микрофотографическій снимокъ; малое увеличеніе. Случай 5-ый. а—кость; б—концентрическое наслоеніе клѣтокъ; с—распаденіе на глыбки концентрически расположенныхъ клѣтокъ; д—гіалиновое перерожденіе концентрическихъ наслоеній.

Рис. 3. Микрофотографическій снимокъ; малое увеличеніе. Случай 10-ый. а—вещество мозга; б—концентрически расположенныя клѣточные наслоенія, въ которыхъ видно гіалиновое перерожденіе и мѣстами отложеніе известковыхъ солей; с, д—отложеніе известковыхъ солей въ гіалиново перерожденныхъ концентрическихъ наслоеніяхъ.

Рис. 4. Микрофотографическій снимокъ; малое увеличеніе. Случай 5-ый. а—концентрически расположенныя клѣточные наслоенія; б—распаденіе на глыбки концентрически расположенныхъ клѣтокъ; с—гіалиновое перерожденіе концентрическихъ наслоеній; д—отложеніе известковыхъ солей въ гіалиново перерожденныхъ концентрическихъ наслоеніяхъ.

Рис. 5. Фотографическій снимокъ въ  $\frac{1}{2}$  натуральной величины опухоли изъ случ. 10-го, а—нормальная черепная кость; б—кость пораженная (osteosclerosis); с—опухоль; д—мозгъ.

---

Рис. 1.

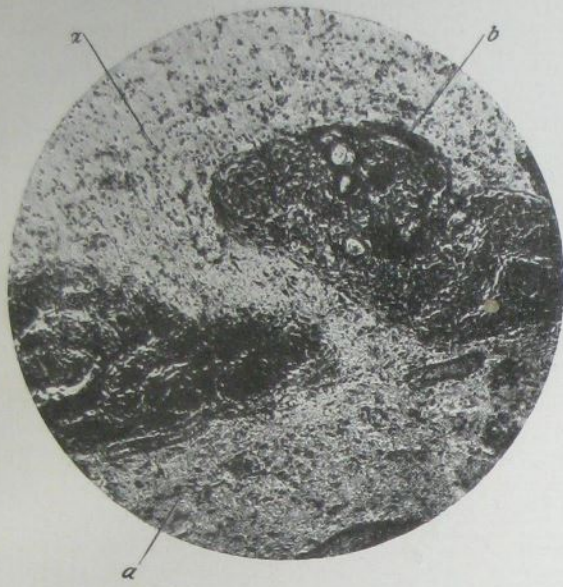


Рис. 2.



Рис. 3.

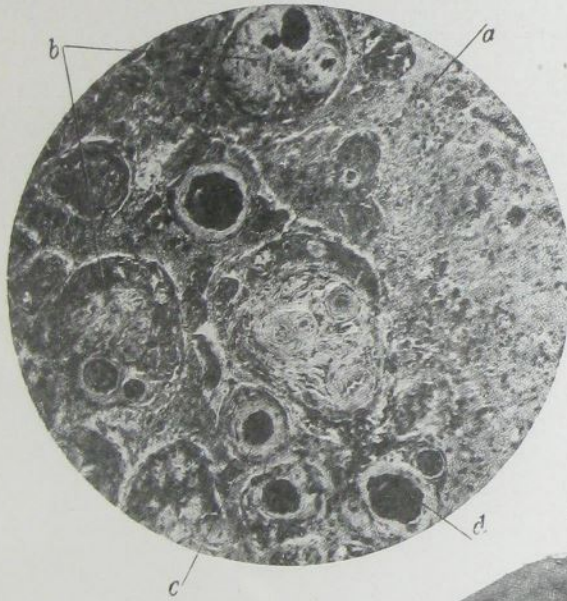


Рис. 4.

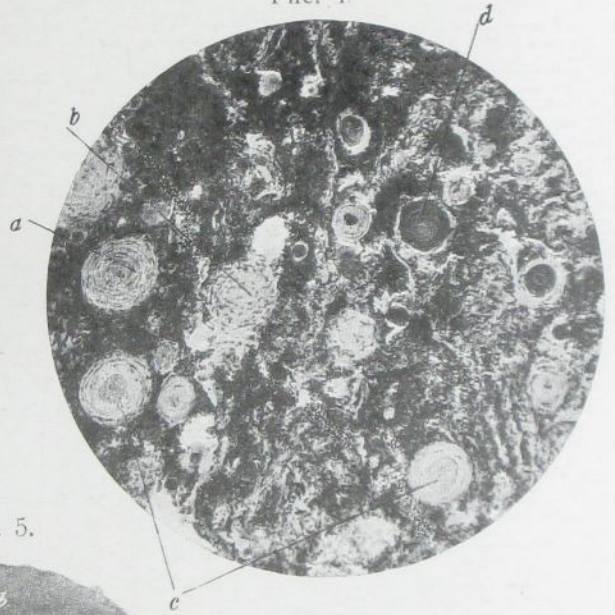


Рис. 5.



# Два случая рѣзкой компенсаторной гипертрофіи лѣвой доли печени.

І. Ф. Пожарискій.

Изъ патолого-анатомическаго института Императорскаго Новороссійскаго Университета: профессоръ Д. П. Кишенскій.

Вопросъ о регенераціи печени имѣетъ исключительный интересъ и соотвѣтственно этому литература его очень обширна. Объясняется это тѣмъ, что въ гипертрофическихъ и регенераторныхъ явленіяхъ этого органа нѣкоторые авторы (Kretz и другіе) усматриваютъ связь съ новообразованиями, какъ доброкачественными (adenoma), такъ и злокачественными (carcinoma). Помимо того отдѣльные случаи (Ч и с т о в и ч ъ) подверглись вскрытію именно въ тотъ моментъ, когда регенерація приняла вслѣдствіе избыточнаго роста явно злокачественный характеръ.

Возстановленіе ткани печени послѣ значительныхъ потерь ея прежде считалось невозможнымъ. Теперь же цѣлымъ рядомъ экспериментовъ (Ponfick, Подвысоцкій, Meister и др.) доказано, что послѣ удаленія половины и даже трехъ четвертей органа оставшіяся дольки гипертрофируются черезъ увеличеніе и размноженіе ихъ клѣтокъ и функція органа постепенно возстановляется. Однако, не только у животныхъ, но и у человека безспорно существуютъ какъ регенераторныя, такъ и гипертрофическія явленія въ печени, иногда выраженныя чрезвычайно рѣзко. Въ нижеслѣдующемъ мы приведемъ два подобныхъ эксквизитныхъ примѣра въ связи съ соотвѣтственными литературными данными.

Находящіеся въ нашемъ распоряженіи объекты: одинъ, полученный при вскрытіи въ прозекторскомъ кабинетѣ старой одесской городской больницы, другой—въ патолого-анатомическомъ институтѣ Новороссійскаго Университета, встрѣтились намъ на общемъ количествѣ 1600 вскрытій.

## С л у ч а й I.

Алексѣй Ш. 48 лѣтъ (№ скорбнаго листа 15224), принятъ въ больницу 7. XI. 07. въ крайне истощенномъ состояніи. Черезъ два дня послѣ поступленія онъ былъ подвергнутъ операциі трепанациі лѣваго сосцевиднаго отростка и умеръ 26. XI. 07.

Больничныи діагнозъ: Myocarditis. Neoplasma abdominis. Cirrhosis hepatis. Mastoiditis suppurativa sinistra.

Вскрытіе произведено 27. XI. 07. (Протоколъ № 38).

Вкратцѣ найдено слѣдующее: Pleuritis adhaesiva sinistra cum calcificatione permagna. Perihepatitis chronica adhaesiva. Atrophia hepatis lobi dextri et hypertrophia compensatoria lobi sinistri. Peritonitis chronica productiva. Typhus abdominalis sanata. Gastro-enterocolitis catarrhalis chronica. Lipoma retrorectale. Operatio trepanatio processus mastoidei sinistri. Septicaemia. Peritonitis purulento-fibrinosa.

Печень мѣстами припаяна къ діафрагмѣ плотными сращеніями; мѣстами же покрыта фибринознымъ эксудатомъ. Размѣры печени: длина правой доли 9 см., ширина 9 см., толщина 1,5 см., лѣвой доли длина 21 см., ширина 15 см. толщина 7,5 см. (Рис. № 1).

Поверхность правой доли шагренева, морщиниста, мелкобородавчата, ткань на ощупь каучукообразной плотности. Края правой доли остры и неровны. Изъ-подъ передняго края нѣсколько выстоитъ желчный пузырь, длина котораго 8 см. Глиссонова капсула надъ лѣвой долей не вездѣ одинаковой толщины; мѣстами, особенно на верхне-передней поверхности, имѣетъ фиброзный, сухожильный видъ. На другихъ отдѣлахъ прозрачна, тонка. Задне-верхняя и нижняя поверхности доли болѣе или менѣе гладки; передне-верхняя же поверхность покрыта множествомъ втянутыхъ лучистыхъ рубцовъ. Края печени рѣзко закруглены, а передній очень неровный. Lobus Spigelii и quadratus не различаются. На мѣстѣ ихъ много жировой клѣтчатки и плотной соединительной ткани, среди которой проходятъ vena portae (1 см. діаметръ), arteria hepatica (3 mm. діаметръ) и желчный протокъ. На разрѣзѣ въ правой долѣ нѣтъ и слѣда печеночной паренхимы, ткань имѣетъ плотность каучука, сѣраго цвѣта. Въ лѣвой долѣ границъ

асіні не видно, ткань плотна, имѣетъ сплошное строеніе, изрѣдка прорѣзана сосудистыми отверстиями. Прослоекъ Глиссоновой капсулы не видно. Лучистые рубцы, отмѣченные выше, не проникаютъ глубоко въ паренхиму.

### Микроскопическое описаніе.

Кусочки правой доли состоятъ изъ громаднаго количества соединительной ткани, которая приближается по своему характеру къ плотной волокнистой, богатой овальными или вытянутыми ядрами. Въ ней много широкихъ тонкостѣнныхъ сосудовъ, наполненныхъ кровью, помимо того видно очень большое

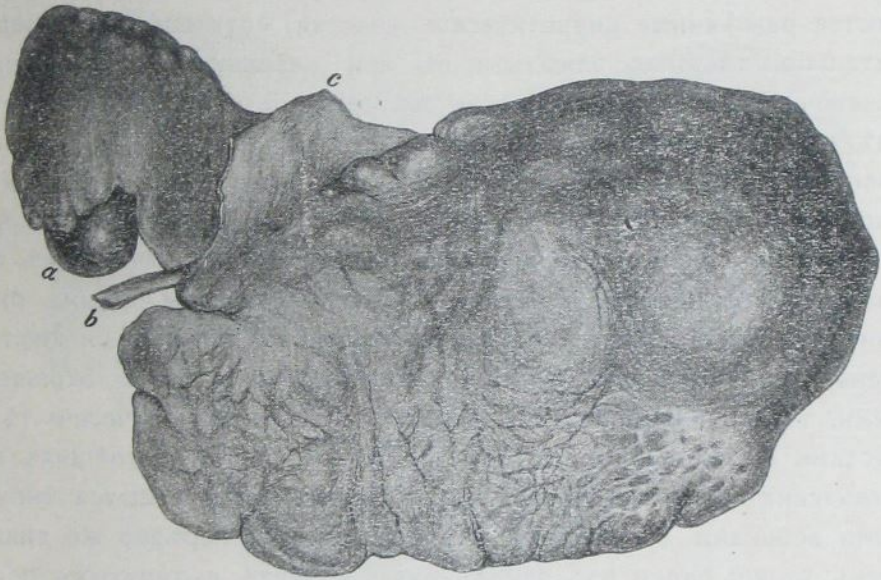


Рис. 1. а.—желчный пузырь; б.—ligamentum teres; с.—lig. suspensorium.  
 $\frac{1}{3}$  натуральной величины.

количество мельчайшихъ капилляровъ и артеріальныхъ стволиковъ очень мелкаго калибра. Кое гдѣ въ соединительной ткани, нерѣдко въ сосѣдствѣ съ только что отмѣченными сосудами встрѣчаются скопленія мелкихъ круглыхъ клѣтокъ съ густо красящимся круглымъ ядромъ. Наконецъ, слѣдуетъ отмѣтить еще очень много мельчайшихъ желчныхъ протоковъ, высланныхъ низкимъ кубическимъ эпителиемъ и пронизывающихъ въ различномъ направленіи все поле зрѣнія, какъ безчисленные мелкіе стерженьки. Болѣе значительныхъ размѣровъ желчные пути по сосѣдству съ vena portae и arteria hepatica встрѣчаются очень рѣдко. Печеночная паренхима сведена на ничтожныхъ размѣровъ островки, вкрап-

ленные кое-гдѣ и состоящіе иногда всего (на срѣзѣ) изъ десятка печеночныхъ клѣтокъ. Послѣднія то имѣютъ нормальный видъ, то ядра ихъ красятся сплошь, а тѣла сѣтчаты. Изрѣдка рядомъ съ клѣтками съ блѣдно окрашенной протоплазмой видны мелкія печеночныя тѣла съ густо красящейся эозиномъ протоплазмой и очень мелкимъ ядромъ, которое сплошь закрашивается гематоксилиномъ въ черный цвѣтъ. Эти клѣтки представляютъ нѣкоторое подобіе обкладочныхъ клѣтокъ слюнныхъ железъ; онѣ въ очень небольшомъ количествѣ встрѣчаются въ каждомъ островкѣ паренхимы, причемъ въ самыхъ маленькихъ островкахъ онѣ видны чаще, чѣмъ въ большихъ.

Кусочки лѣвой доли. Кое-гдѣ на препаратахъ встрѣчаются разсѣянные цирротическіе участки, состоящіе изъ соединительной ткани съ зажатými въ ней небольшими островками печеночной паренхимы. Главная же масса печени представляетъ слѣдующія измѣненія: долькаваго строенія нѣтъ, а паренхима расположена въ видѣ большихъ пластовъ, гдѣ болѣе или менѣе выражено трабекулярное строеніе. Нерѣдко въ центральныхъ частяхъ этихъ пластовъ печеночныя клѣтки очень мелки, какъ бы сжаты, тѣсно прилежать другъ къ другу и богаты бурымъ пигментомъ. Къ периферіи отъ этихъ участковъ печеночныя клѣтки очень велики съ громадными ядрами, то очень густо окрашенными, то вакуольно перерожденными. Протоплазматическія тѣла мѣстами очень велики, содержатъ 3 — 4 ядра, настоящихъ же гигантскихъ клѣтокъ нѣтъ. Клѣтки иногда располагаются типичными дольками съ капиллярами между ними, нерѣдко же видны очень тонкія балки изъ одного ряда мелкихъ вытянутыхъ печеночныхъ клѣточныхъ тѣлъ, рядомъ же встрѣчаются значительныя пространства, сплошь выполненныя печеночными клѣтками. Отмѣченныхъ въ правой долѣ темныхъ, какъ бы обкладочныхъ, клѣтокъ здѣсь мы встрѣтили очень мало, но имѣется другая особенность: клѣтки приблизительно нормальной окраски или даже нѣсколько болѣе интенсивной, чѣмъ при нормѣ чередуются со свѣтлыми клѣтками; послѣднія иногда расположены въ видѣ небольшихъ островковъ, ясно замѣтныхъ на болѣе темномъ общемъ фонѣ. Эти островки по своимъ размѣрамъ соотвѣтствуютъ величинѣ нормальной дольки.

## С л у ч а й II.

Павелъ Н. 52-хъ лѣтъ былъ оперированъ въ хирургической факультетской клиникѣ (профессоръ К. М. Сапѣжко) Ново-

російскаго Университета 1-го іюля 1907-го года по поводу эхинококка печени. Послѣ операціи осталась желчная фистула, вслѣдствіе чего больной былъ опять оперированъ 9. II. 1908 г. и скончался на слѣдующій день при явленіяхъ collaps'a. При вскрытіи (протоколъ № 47,201 11. II. 1908) найдено слѣдующее:

Анатомическій діагнозъ: Pleuritis adhaesiva diaphragmatica dextra. Perihepatitis fibrosa. Cicatrix hepatis lobi dextri post echinococcotomiam. Peritonitis chronica omenti minoris. Hyperplasia et hypertrophia lobi sinistri hepatis. Operatio cystoenterostomia. Haemorrhagia permagna in cavum peritonei. Anaemia universalis.

Диафрагма справа сращена съ печенью. Размѣры печени: пра-

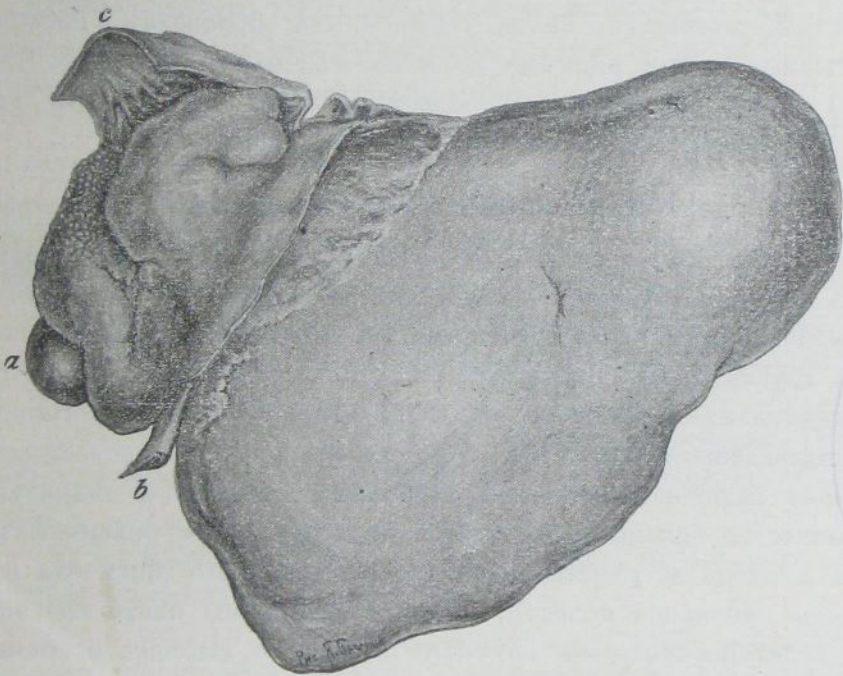


Рис. № 2. а—желчный пузырь; b—ligamentum teres; c—ligamentum suspensorium.  $\frac{1}{3}$  натуральной величины.

вая доля—длина 7 см., ширина 8 см., толщина 1,5 см.; лѣвая доля—длина 20 см., ширина 18 см., толщина 8 см. (рис. № 2).

Правая доля такимъ образомъ составляетъ только незначительный придатокъ къ лѣвой. Разсматривая правую долю сверху, мы можемъ раздѣлить ее на двѣ части: одна—наружная, каучукообразной плотности съ чрезвычайно мелко зернистой верхней поверхностью; другая—ближайшая къ лѣвой долѣ, имѣетъ почти гладкую поверхность, отдѣлена отъ первой глубокой бороздой, такъ что своимъ наружнымъ краемъ нависаетъ въ видѣ

балкона. Края правой доли остры; желчный пузырь помещается под небольшой вырѣзкой. Поверхность лѣвой доли въ общемъ гладкая, только на верхней имѣется два большихъ бугра, разделенныхъ другъ отъ друга широкой впадиной. Края притуплены и закруглены. Нижняя поверхность лѣвой доли представляетъ обширное тарелкообразное углубленіе. *Lobus Spigelii* длиненъ; границы его хорошо видны. На разрѣзѣ наружная часть правой доли почти сплошь, а часть ближайшая къ лѣвой долѣ только въ центрѣ, занята очень плотнымъ соединительнотканнымъ рубцомъ съ многочисленными кровеносными сосудами. Нависшій край правой доли, равно и ближайшія части ея къ лѣвой долѣ очень плотны, содержатъ массу утолщенныхъ прослоекъ Глиссоновой капсулы съ ясно видными въ нихъ желчными сосудами. Въ лѣвой долѣ прослойки Глиссоновой капсулы на разрѣзѣ встрѣчаются рѣдко; ткань плотна, глинистаго цвѣта.

### Микроскопическое изслѣдованіе.

Кусочки правой доли. Громадный рубецъ состоитъ изъ плотной соединительной ткани, относительно богатой веретенообразными ядрами. Мѣстами въ немъ видны большія скопленія круглыхъ мелкихъ клѣтокъ. Иногда большіе участки рубца состоятъ изъ фиброзной, почти безъядерной или даже гіалиново-перерожденной ткани. Въ рубцѣ очень много кровеносныхъ сосудовъ различной величины, нервныхъ стволонъ и значительное количество большихъ желчныхъ протоковъ. Въ различныхъ мѣстахъ рубца встрѣчаются скопленія кровяного пигмента и разсѣяны небольшія полости, которыя наполнены плохо красящимися веретенообразными клѣтками и желчью. Изрѣдка встрѣчаются полости хитина съ гигантскими клѣтками вокругъ нихъ. Ближе къ периферіи, въ рубцѣ попадаютъ небольшіе остатки печеночной ткани, но и далеко за предѣлами рубца она находится въ состояніи рѣзкаго цирроза, причемъ соединительнотканная прослойка здѣсь очень бѣдна сосудами и мелкими желчными протоками.

Кусочки лѣвой доли. Вдали отъ рубца прослойки Глиссоновой капсулы не измѣнены, только мѣстами слегка инфильтрированы мелкими клѣтками. Печеночныя клѣтки наполнены мелкими капельками жира. Ядра всюду одинаковой величины. Нерѣдко видно, что въ периферическихъ частяхъ дольки печеночныя клѣтки окрашены темнѣе, чѣмъ въ центральныхъ и среднихъ частяхъ.

Такимъ образомъ въ нашихъ случаяхъ есть

общія и различныя черты Въ обоихъ изъ нихъ микроскопическія измѣненія выразились въ томъ, что правая доля свелась на кусокъ ничтожныхъ размѣровъ по сравненію съ рѣзко увеличенной лѣвой долей. Въ первомъ случаѣ мы имѣемъ тоже полное исчезновеніе lobus Spigellii и lobus quadratus; равнымъ образомъ и въ лѣвой видны гнѣздныя цирротическія явленія. Во второмъ же случаѣ измѣненія регрессивнаго характера коснулись только правой доли, остальные части ихъ не имѣютъ. Интенсивно красящіяся мелкія клѣтки со сморщеннымъ ядромъ въ первомъ случаѣ мы считаемъ за пикнотическія. Свѣтлыя же клѣтки являются несомнѣнно „hellen Zellen“ Adler'a.

Просматривая относящуюся сюда литературу, мы встрѣчаемъ значительное число зарегистрированныхъ въ ней случаевъ рѣзкаго увеличенія какъ правой, такъ и лѣвой доли.

Frerichs (1861) въ главѣ объ эхинококкѣ указываетъ, что остающаяся часть печени въ большинствѣ случаевъ сохраняетъ нормальный видъ, однако мѣстами принимаетъ особенности, которыя встрѣчаются при истинныхъ гипертрофіяхъ железъ, а именно—acini ея увеличиваются.

Ronfick (1891) приводитъ шесть случаевъ, въ которыхъ въ печени были явленія регенераторной гиперплазии въ той долѣ, гдѣ не было паразита.

Düring (1892) собралъ въ мюнхенскомъ музеѣ 17 случаевъ компенсаторной гипертрофіи цѣлой доли печени при эхинококкѣ.

Flöck (1895) также сообщаетъ два случая долевого гипертрофіи печени при эхинококкѣ.

Hollefeld (1896) опубликовалъ шесть случаевъ компенсаторной гипертрофіи печени: два случая при эхинококкѣ; въ двухъ случаяхъ гипертрофія лѣвой доли произошла вслѣдствіе cholecystitis, поведшаго къ атрофіи лѣвой доли и рѣзкой гипертрофіи правой. Наконецъ, въ одномъ случаѣ причиной компенсаторной гипертрофіи печени у женщины 40 лѣтъ былъ сифилисъ.

Zados-Kahn (1897) также наблюдалъ долевою гипертрофію печени при эхинококкѣ.

Reineske (1898) видѣлъ два случая: 1) у женщины 37 лѣтъ лѣвая доля была разрушена гуммознымъ процессомъ и печень почти исключительно состояла изъ рѣзко гипертрофированной правой доли; 2) у женщины 31 года, страдавшей эхинокок-

комъ правой доли печени, эта часть оказалась чрезвычайно сморщенной; лѣвая же соотвѣтственно этому очень велика.

K r e t z (1894) вскрывалъ трупъ мужчины, у котораго отъ правой доли печени остался только величиной съ яблоко участокъ съ гуммозными узлами, спрятанный въ правомъ гипохондріи. Ligamentum triangulare war bis in die rechte vordere Axillarlinie verzogen, отсюда до правой мамиллярной и до пупка внизъ лежала лѣвая доля печени. Кромѣ того онъ показывалъ препаратъ печени, въ которомъ величина правой доли относилась къ лѣвой, какъ 1:6; въ правой долѣ были гуммы.

Ш о р ь (1907) сообщаетъ, что у мужчины 38 лѣтъ большая часть печени была представлена гиперпластической лѣвой долей, имѣвшей овальную форму. Размѣры этой доли были  $17 \times 11 \times 9$  см.; размѣры же правой  $6 \times 14 \times 8,5$  см. — причиной этой гипертрофіи былъ сифилисъ.

Б а т у е в ь (1909) упоминаетъ объ одномъ имѣющемся у него въ музеѣ препаратѣ, гдѣ небольшой эхинококковый пузырь вызвалъ атрофію правой доли печени до самаго желчнаго пузыря и нижней полой вены. Лѣвая доля была викарно гипертрофирована.

Такимъ образомъ этиологическимъ моментомъ гипертрофіи въ цитированныхъ нами случаяхъ былъ: въ 30-ти—эхинококкъ, въ пяти—сифилисъ и въ двухъ—cholecystitis. Изъ нашихъ двухъ случаевъ во второмъ совершенно ясенъ этиологическій моментъ: эхинококковый пузырь и послѣдовавшее послѣ операціи рубцовое сморщиваніе являются причиной атрофіи правой доли. Болѣе трудно отыскать причину патологическаго процесса въ первомъ случаѣ. Цирротическія измѣненія несомнѣнно имѣютъ мѣсто во всемъ органѣ, но въ лѣвой долѣ они маскированы рѣзко выраженнымъ прогрессивнымъ процессомъ. Указаній на какую-либо причину этихъ измѣненій мы ни въ исторіи болѣзни, ни въ протоколѣ вскрытія не находимъ, но, основываясь, съ одной стороны, на существующей въ данномъ случаѣ наклонности серозныхъ оболочекъ къ хроническому воспаленію, съ другой же стороны, допуская, что печень имѣетъ нѣкоторыя черты hepatitis lobati, правда своеобразной, можно предположить, что въ первомъ случаѣ причину нужно искать въ сифилисѣ.

Въ заключеніе мы остановимся на вопросѣ, съ какого рода процессомъ имѣемъ мы дѣло? Идетъ ли рѣчь о явленіяхъ регенераціи или гипертрофіи? Несомнѣнно, что о явленіяхъ гипертро-



## Указатель литературы

- Adler. Ueber helle Zellen in der menschlichen Leber. Beiträge Ziegler's. Bd. 35. 1904 p. 127.
- Батуевъ. Неправильность въ постоянныхъ бороздахъ печени.... Русскій Врачъ. 1900.
- Düring. Цитиров. по Reinecke.
- Flöck. Ueber die Hypertrophie und Neubildung der Leber-substanz. Archiv für klinische Medicin. Bd. 55. 1895.
- Frerichs. Klinik der Leberkrankheiten. Bd. II. 1861.
- Hollefeld. Цитиров. по Шору.
- Kretz. Ueber Hypertr. u. Reg. des Lebergewebes. Wiener klin. Wochenschr. 1894.
- Kretz. Pathol. d. Leber. Erg. d. allg. Path. 1902. VIII. 2.
- Meister. Rekreation d. Lebergew. Beitr. Ziegler's. Bd. 15. 1894.
- Подвысоцкій. Exp. Untersuch. über die Reg. d. Drüsengew. Beitr. Ziegl. I. Bd. 1886.
- Ponfick. Exp. Beitr. zur Path. d. Leber. Virch. Arch. Bd. 118, 119, 138.
- Онъ же. Ueber Rekreation d. Leber beim Menschen. Festschr. f. Prof. Virchow. 1891.
- Reinecke. Kompens. Leberhypertrophie. bei Syphilis... Zieg. Beitr. Bd. 23.
- Schorr. Selten mächtige regeneratorsche Hyp. d. linken Leberlappens... Beitr. Ziegler's. Bd. 42.
- Strasser. Regenerat. u. Entwickel. Rektoratsrede. 1898. Jena.
- Zadoc-Kahn. De la régénération du foi... Arch. Général de Médec. V. I. 1894.
- Чистовичъ. Случай своеобразнаго пораженія печени. Русскій Врачъ. 1910.
-

# Къ казуистикѣ первичныхъ раковъ печени.

Баронъ М. М. Тизенгаузенъ.

Изъ патолого-анатомическаго института Императорскаго Новороссійскаго  
Университета: проф. Д. П. Кишенскій.

„Fast alle diejenigen Organe“, говоритъ Virchow въ своей Онкологіи \*), „welche eine grosse Neigung zu protopathischer Geschwulstbildung zeigen, bieten eine sehr geringe Neigung zu metastatischer dar, und umgekehrt“. Это наблюденіе какъ нельзя больше оправдывается въ отношеніи рака печени: въ то время какъ вторичные раковые узлы въ этомъ органѣ являются одной изъ наиболѣе частыхъ патолого-анатомическихъ находокъ, первичная карцинома печени представляетъ большую рѣдкость. Такъ Eggel, сопоставляя статистическія данныя Riesenfeld'a и v. Hanseman'n'a изъ Берлинскаго патологическаго института, указываетъ, что ракъ печени наблюдается всего въ 2,65% всѣхъ другихъ заболѣваній, а случаи первичнаго рака составляютъ лишь 2,3% вторичнаго; такимъ образомъ отношеніе первичныхъ раковъ печени ко всѣмъ другимъ заболѣваніямъ выражается ничтожной цифрой чуть не  $\frac{1}{2}$  pro mille. Значительно большая цифра получается по статистикѣ Fischer'a изъ Bonn'скаго патологическаго института, гдѣ на 800 секцій первичный ракъ печени былъ найденъ 3 раза, т. е. онъ составлялъ 3,75 pro mille всѣхъ другихъ заболѣваній

\*) Die krankhaften Geschwülste. I. Bd. p. 69. 1863.

По нашей статистикѣ получаются нѣсколько инныя цифры. На 1700 вскрытій, произведенныхъ за 8 лѣтъ въ патолого-анатомическомъ институтѣ Новороссійскаго Университета и за 5 лѣтъ въ Одесской старой городской больницѣ, наблюдалось 56 случаевъ рака печени, при чемъ первичный былъ найденъ 5 разъ. Слѣдовательно по нашей статистикѣ первичный ракъ составляетъ 8,9‰ вторичнаго, а отношеніе первичнаго ко всѣмъ другимъ заболѣваніямъ выразится цифрой 2,9 pro mille.

Однако, несмотря на рѣдкость этого заболѣванія, общее число имѣющихся въ литературѣ случаевъ первичнаго рака печени довольно велико. Е g g e l еще въ 1901 году собралъ 162 такихъ случаевъ и къ нимъ прибавилъ одинъ свой. Но изъ этого числа лишь въ 117-ти діагнозъ былъ подтвержденъ гистологическимъ изслѣдованіемъ \*). Въ концѣ своей работы Е g g e l въ видѣ Nachtrag'a приводитъ еще 6 случаевъ \*\*), которые были опубликованы уже тогда, когда его работа была закончена.

Затѣмъ K r e t z въ 1904 году въ сводной статьѣ: „Pathologie der Leber“, упоминаетъ еще 25 новыхъ случаевъ, опубликованныхъ большею частью послѣ работы Е g g e l'a (въ 1901—1902 году).

На русскомъ языкѣ въ 1903 году появилась монографія Р а д к е в и ч а, посвященная вопросу о первичномъ ракѣ печени. Авторъ снова подробно цитируетъ литературу вопроса, дополняя ее 10-ю новыми случаями, не упоминаемыми въ работахъ Е g g e l'a и K r e t z'a, а затѣмъ тщательно описываетъ свои 19 первичныхъ раковъ печени.

За послѣдніе 7 лѣтъ мнѣ удалось найти въ доступной мнѣ литературѣ еще 102 подробно изученныхъ случая. Такимъ образомъ общее количество первичныхъ раковъ печени, подвергну-

---

\*) Впрочемъ Р а д к е в и ч ѣ изъ 117 исключаетъ еще 20, считая ихъ вторичными. Свою поправку онъ мотивируетъ тѣмъ, что въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ описывались, на примѣръ, метастазы изъ первичныхъ опухолей печени въ ductus cysticus, d. hepaticus и pylorus желудка и поэтому, по мнѣнію Р а д к е в и ч а, первичный очагъ долженъ былъ быть именно въ этихъ послѣднихъ органахъ.

\*\*\*) Въ числѣ ихъ имѣются и 2 случая L i n d n e g a (см. В. З. т. XXX. стр. 597), которые Р а д к е в и ч ѣ (дисс. стр. 112) и П о ж а р и с к і й (Харьк. Мед. Ж. 1908 г. № 5 стр. 430) отмѣчаютъ какъ пропущенные.

тыхъ всестороннему какъ макроскопическому, такъ и микроскопическому изслѣдованію, достигаетъ по крайней мѣрѣ 279. Количество, казалось бы, во всякомъ случаѣ достаточное для выясненія гистогенеза этихъ опухолей, и между тѣмъ одна изъ самыхъ послѣднихъ работъ о ракъ печени, именно работа Goldzieher'a (1910), имѣетъ своимъ предметомъ, какъ гласитъ ея заглавіе, вопросъ о гистогенезѣ первичной карциномы печени. Тому же вопросу посвящены работы Fabozzi (1902), Brunk'a (1904), Oertel'a (1905), Bindi (1905), Polak-Daniels (1905) и др. Большое или меньшее вниманіе вопросу о гистогенезѣ рака печени удѣляютъ и всѣ другіе авторы, писавшіе объ этихъ опухоляхъ, особенно Fischer (1903) и Herxheimer (1906). Не менѣ запутанными являются и нѣкоторые другіе вопросы, касающіеся происхожденія карциномы печени: вопросъ о мультицентральномъ и уницентральномъ возникновеніи, о связи съ циррозомъ, о метастазахъ первичнаго рака печени въ другіе органы (лимфатическія железы, легкія и т. д.): Въ виду этого, мнѣ кажется небезинтереснымъ описаніе нѣсколькихъ новыхъ случаевъ рака печени и особенно такихъ, которые отличались обиліемъ метастазовъ.

Въ настоящей работѣ я не буду подробно цитировать собранной мною литературы по данному вопросу, во-первыхъ потому, что до 1903 года она уже изложена въ стройномъ видѣ въ выше упомянутыхъ работахъ Egge'l'a и Радкевича, а во-вторыхъ потому, что очень многія работы, особенно итальянскихъ и англійскихъ авторовъ [напр. работы Walker'a (1902), Sotti (1902), Meistring'a (1904), Bindi (1905), Weber и Michels (1906), Hoppele'r'a (1906), Ewing'a (1906/1907), Marshal'a (1907), Trittelevitz'a (1908), Fuhrhans'a (1908), Courmont и Crémieu (1908), Conti (1908), Fulci (1909) и мн. др.], къ сожалѣнію, не доступны мнѣ въ подлинникахъ. Ниже, разбирая результаты собственныхъ наблюденій, я коснусь литературныхъ данныхъ постольку, поскольку это будетъ представляться необходимымъ, а теперь прямо перейду къ описанію своихъ случаевъ.

Матеріаломъ для этой работы послужили 2 случая первичной карциномы печени, вскрытые мною въ патолого-анатомическомъ институтѣ Новороссійскаго Университета, и 1 случай, вскрытый студентомъ V курса Ш. I. Криницкимъ подъ руководствомъ проф. Д. П. Кишенскаго въ Одесской старой городской боль-

ницѣ. Кромѣ того, я воспользовался для описанія также 5-ю случаями изъ музея патолого-анатомическаго института. Три изъ нихъ, переданные въ институтъ изъ Строгановскаго патолого-анатомическаго музея Одесской городской больницы, повидимому, раньше никѣмъ не были описаны. Два другихъ, полученные институтомъ въ даръ отъ профессора М. Н. Никифорова, я привожу лишь для увеличенія общаго числа изслѣдованныхъ мною опухолей, такъ какъ эти случаи, вѣроятно, уже были использованы Радкевичемъ въ его диссертациі, вышедшей изъ патолого-анатомическаго института Московскаго Университета. Наконецъ, я имѣлъ возможность ознакомиться съ 2-мя случаями, описанными раньше І. Ф. Пожарскимъ, также въ настоящее время сохраняющимися въ патолого-анатомическомъ музеѣ.

Тутъ же считаю долгомъ поблагодарить глубокоуважаемаго и дорогаго учителя моего профессора Дмитрія Павловича Кишенскаго, предоставившаго въ мое распоряженіе выше указанный матеріаль.

*Случай I.* (Муз. № 1144).

Исторія болѣзни (въ извлеченіи). Мѣщ. Петръ Б., 48 лѣтъ, поступилъ въ госпитальную терапевтическую клинику 15. IX. 1908. съ жалобой на общую слабость, сильныя боли въ правомъ подреберьи и чувство давленія въ желудкѣ. Больнымъ себя считаетъ 2 мѣсяца. Изъ анамнеза извѣстно, что отецъ больного скончался скоропостижно; мать умерла послѣ травмы; сестры живы и здоровы. Болѣзней дѣтства больной не помнитъ и вообще до послѣдняго времени былъ здоровымъ. Lues отрицаетъ. Status praesens. Аппетитъ плохой, сильная жажда, отрыжка, изжога, тошнота, по временамъ рвота и сильныя боли въ желудкѣ послѣ ѣды. При объективномъ изслѣдованіи въ легкихъ сухіе хрипы сзади; границы легкихъ нормальны. Правая граница сердца слегка увеличена, тоны глухи, первый тонъ нечистъ. Верхняя граница печени нормальна. Въ правой долѣ печени прощупывается плотная опухоль величиной въ кулакъ. Въ мочѣ слѣды бѣлка и желчные пигменты. Температура при поступленіи была 37,2—37,4 и затѣмъ оставалась нормальной. Кожные покровы желтушно окрашены. Мышцы и подкожный жиръ атрофичны. 28. IX. больной умеръ. Клиническій діагнозъ: *Cancer ventriculi et hepatis* \*),

\*) Отмѣчу, что присутствовавшій на аутопсіи представитель клиники передъ вскрытіемъ заявилъ, что клиническій діагнозъ больше склоняется къ первичной карциномѣ печени, но что нельзя высказаться категорически за столь рѣдкое заболѣваніе, т. к. за недостаткомъ времени не удалось произвести нѣкоторыхъ изслѣдованій.

Протоколъ вскрытія № 5/253. Кожные покровы и конъюнктива глазъ желтушно окрашены. Въ брюшной полости около 3-хъ литровъ частью жидкой, частью свернувшейся крови. Печень по сосковой линіи на 10 см. выдается изъ-подъ края реберъ. Правая доля ея почти по всей поверхности сращена съ діафрагмой легко разрываемами сращениями. Стояніе діафрагмы справа на уровнѣ 4-го межребернаго промежутка, слѣва на уровнѣ нижняго края 5-го ребра. Въ сердечной сумкѣ 2 чайныхъ ложки свѣтлой прозрачной жидкости. Сердце мало, дрябло; мышца блѣдна, имѣетъ вареный видъ. Клапаны и заслонки сердца слегка склерозированы. Интима аорты гладка и блестяща. Правое легкое приращено у верхушки, лѣвое — по всей задне-боковой поверхности. Въ верхушкѣ лѣваго легкаго творожистый узелъ величины съ куриное яйцо. Кромѣ того въ легкихъ имѣется нѣсколько небольшихъ ( $1\frac{1}{2}$  — 1 см.), рѣзко ограниченныхъ, круглыхъ, желтовато-бѣлыхъ узловъ, окруженныхъ геморрагическимъ поясомъ.

Печень велика, особенно правая доля ея и lobus Spigelii. Длина правой доли 23 см., лѣвой—11 см.; ширина правой доли 21 см., лѣвой—8 см.; толщина правой доли 15 см. Съ поверхности печень равномернo грубо зерниста. Глиссонова капсула ея утолщена и сильно напряжена. Печень плотна на ощупь, на разрѣзѣ усѣяна многочисленными желтовато-сѣрыми и красноватыми узлами величиной отъ самыхъ незначительныхъ размѣровъ до 2—3 см. въ поперечникѣ и даже больше. Узлы тѣсно сидятъ другъ около друга и мѣстами сливаются въ сплошныя опухолевныя массы до 7—8 см. въ поперечникѣ. Лишь кое-гдѣ видны узенькія прослойки сохранившейся печеночной ткани (больше въ лѣвой долѣ). Почти всѣ внутривпеченочныя вѣтви *venae portae* et *venae hepaticae* затромбозированы опухолевыми массами, но въ главномъ стволѣ этихъ венъ тромбовъ нѣтъ. Желчный пузырь и протоки свободны. Лимфатическія железы, помѣщающіяся у воротъ печени, а также въ *lig. hepato-duodenale* сильно увеличены до 2—3 см. въ поперечникѣ, пронизаны опухолевыми узлами и представляютъ собою общій пакетъ, тянущійся къ головкѣ поджелудочной железы. Вокругъ поджелудочной железы, а также и среди ея паренхимы, видны многочисленные узлы, состоящіе изъ мягкихъ то бѣлыхъ или желтоватыхъ участковъ, то изъ кровянисто-красныхъ, крошащихся массъ. Величина этихъ узловъ очень разнообразна—отъ 1 до 4 см.

Почки малы, блѣдны. Селезенка нѣсколько велика, плотна. Желудокъ, кишки и прочіе органы особыхъ измѣненій не представляютъ.

Анатомическій діагнозъ: Carcinoma primarium hepatis. Carcinoma metastaticum pulmonum, glandularum lymphaticarum ad portam hepatis et pancreatis. Compressio venae portae. Haemorrhagia permagna cavi abdominis. Tuberculosis obsoleta apicis pulmonis sinistri.

Микроскопическое изслѣдованіе. Почти вся печень равномерно во всѣхъ своихъ частяхъ занята узлами опухоли. Среди сохранившейся кое-гдѣ печеночной ткани наблюдается умеренный аннулярный циррозъ, мѣстами же совершенно отсутствующій. Узлы опухоли состоятъ изъ довольно крупныхъ полигональныхъ клѣтокъ, съ нѣжно-зернистой, слабо красящейся кислыми красками, протоплазмой и довольно большимъ, совершенно круглымъ или слегка овальнымъ пузырькообразнымъ ядромъ. Мѣстами въ периферическихъ, прилежащихъ къ стромѣ, частяхъ раковыхъ альвеолъ наблюдаются болѣе мелкія клѣтки съ не большимъ овальнымъ или даже слегка продолговатымъ, иногда какъ бы сморщеннымъ ядромъ, сплошь рѣзко красящимся гематоксилиномъ. По сравненію съ печеночными клѣтками, раковыя имѣютъ нѣсколько меньшую величину и значительно слабѣе красятся кислыми красками. Раковыя клѣтки располагаются въ видѣ альвеолъ, имѣющихъ не одинаковую структуру въ различныхъ узлахъ опухоли. Въ однихъ узелкахъ опухоль имѣетъ трубчатое строеніе (тубулярный ракъ авторовъ): каждая ячейка представляетъ собою трубочку то съ болѣе узкимъ, то съ болѣе широкимъ просвѣтомъ, окруженнымъ клѣтками, расположенными въ одинъ, иногда въ два ряда. Просвѣтъ трубки выполненъ или безструктурной массой или чаще желчью (см. рис. 1). Иногда въ просвѣтѣ находятся болѣе или менѣе измѣненныя или даже совершенно распадающіяся раковыя клѣтки. Снаружи такія ячейки большею частью покрыты эндотелиемъ и окружены кровяными тѣльцами, благодаря чему на срѣзахъ получается впечатлѣніе, что раковыя ячейки свободно плаваютъ въ крови. Рѣже онѣ отдѣлены другъ отъ друга тонкими прослойками соединительной ткани.

Въ другихъ узелкахъ ячейки представляются тонкими сплошными клѣточными стержнями (трабекулярная карцинома авторовъ), иногда онѣ также снаружи покрыты эндотелиемъ и какъ бы погружены въ кровяное русло, иногда же заложены среди соединительнотканной рыхлой стромы.

Наконецъ, третьяго рода узелки состоятъ изъ болѣе или менѣе крупныхъ ячеекъ (альвеолярная карцинома авторовъ),

закрывающихъ большое число раковыхъ клѣтокъ и раздѣленныхъ очень тонкими и рыхлыми соединительнотканными прослойками (stroma), въ которыхъ пробѣгаютъ кровеносные капилляры (см. рис. 2).

Но при внимательномъ разсматриваніи препаратовъ, между тремя описанными типами раковыхъ ячеекъ можно найти всевозможныя переходныя формы. Нерѣдко среди участковъ съ трубчатымъ строеніемъ попадаются сплошныя безпросвѣтныя стержни, и наоборотъ, въ участкахъ, состоящихъ изъ сплошныхъ стержней, часто можно видѣть тонкія трубочки, выполненныя желчью. Такія же трубочки постоянно наблюдаются и въ крупныхъ раковыхъ альвеолахъ (см. рис. 2), при чемъ иногда въ каждой отдѣльной ячейкѣ имѣется 2—3 и болѣе такихъ трубочекъ. Что касается величины раковыхъ ячеекъ, то между всѣми тремя видами также можно найти самые разнообразныя переходы.

Ростъ опухоли, повидимому, очень интенсивный: среди раковыхъ клѣтокъ наблюдается громадное количество каріокинезовъ.

Повсюду среди клѣтокъ новообразованія видно большое количество чрезвычайно крупныхъ многоядерныхъ гигантскихъ клѣтокъ, между которыми можно различить двѣ разновидности. Однѣ изъ нихъ имѣютъ круглыя, блѣдно красящіяся пузырькообразныя ядра съ ясно замѣтнымъ ядрышкомъ. Другія содержатъ сплошныя темныя ядра овальной формы, иногда сморщенные или болѣе или менѣе неправильныя. Между тѣми и другими, повидимому, наблюдаются переходныя формы. Внутри гигантскихъ клѣтокъ второго типа часто удается видѣть болѣе или менѣе значительныя вакуоли, иногда достигающія громадныхъ размѣровъ (см. рис. 5).

Въ различныхъ частяхъ опухоли видны обширныя некрозы. Мѣстами имѣются кревеизліянія.

Многія раковыя клѣтки содержатъ болѣе или менѣе крупныя капли желчи; иногда же вся клѣтка представляется какъ бы набитой мелкими желчными зернами; нерѣдко весьма крупныя капли желчи наблюдаются и въ гигантскихъ клѣткахъ.

Мѣстами въ раковыхъ клѣткахъ имѣется довольно сильно выраженная жировая инфильтрація. Такія клѣтки обыкновенно напоминаютъ инфилтрированныя жиромъ печеночныя клѣтки.

Разрастаясь, опухольныя узлы сдавливаютъ окружающую

печеночную ткань и вследствие этого прилежащая къ опухоли печеночныя клѣтки располагаются въ видѣ чешуекъ. Рѣже наблюдается инфильтрирующий ростъ рака: цуги раковыхъ клѣтокъ вырастаютъ между печеночными трабекулами и, переплетаясь съ ними, сдавливаютъ и атрофируютъ ихъ, постепенно замѣщая всю печеночную дольку. Многія внутripеченочныя вѣтви *venae portae* и *venae hepaticae* до мельчайшихъ своихъ развѣтвленій заполнены опухольными массами. Иногда опухоль совершенно закупориваетъ весь просвѣтъ венознаго ствола, иногда же въ просвѣтѣ вены среди крови видны лишь небольшіе островки опухоли, часто представляющіе сплошную раковую ячейку (см. рис. 3), или же наполненную желчью трубочку. Снаружи онѣ обыкновенно окружены эндотеліемъ.

Метастатическіе узлы въ перипортальныхъ лимфатическихъ железахъ по строенію своему совершенно тождественны съ первичными. Какъ и въ первичныхъ узлахъ, въ метастазахъ наблюдается большое количество чрезвычайно крупныхъ многоядерныхъ гигантскихъ клѣтокъ, причемъ и въ метастазахъ, какъ и въ первичныхъ узлахъ, наблюдаются двоякаго типа гигантскія клѣтки. Судя по громадному количеству каріокинезовъ, ростъ опухоли очень интенсивный. Среди каріокинезовъ большое количество неправильныхъ, абортивныхъ формъ. Преобладающее строеніе метастатическихъ узловъ—альвеолярное; рѣже встрѣчается трабекулярное; тубулярное почти не наблюдается. Но въ то же время среди альвеолей часто попадаются трубчатыя полости, окруженныя раковыми клѣтками, и выполненныя желчью. Иногда болѣе или менѣе крупныя капли и зерна желчи находятся внутри самихъ клѣтокъ.

Особенный интересъ представляютъ нѣкоторыя узелки опухоли въ лимфатическихъ железахъ. Они состоятъ изъ очень крупныхъ полигональныхъ клѣтокъ съ нѣжно гранулированной протоплазмой и большимъ пузырькообразнымъ ядромъ съ ядрышкомъ. По величинѣ, формѣ и отношенію къ красящимъ веществамъ клѣтки совершенно не отличимы отъ нормальныхъ печеночныхъ. Внутри клѣтокъ часто можно найти капли желчи; расположены клѣтки въ одинъ слой въ видѣ трабекуловъ, между которыми помѣщаются кровеносные капилляры. Такія трабекулы однако нигдѣ не составляютъ цѣлой печеночной дольки. Нормальныхъ желчныхъ протоковъ вблизи нихъ не наблюдается. Въ периферіи такихъ участковъ трабекулярность исчезаетъ, характеръ

клетокъ также постепенно мѣняется и узелокъ незамѣтно сливается съ окружающими раковыми альвеолами. Весьма сходную картину наблюдалъ Oertel (1905) въ метастатическомъ узелкѣ рака въ головкѣ поджелудочной железы. Среди рубцовой ткани авторъ видѣлъ дольки, „die noch typische Leberzellen in relativ gutem Zustand enthalten, ja sogar noch Läppchen die nur aus Leberzellen bestehen in genau demselben Zustand, wie man sie in der Leber sieht“. Но этому явленію авторъ даетъ мало вѣроятное толкованіе, именно появленіе печеночной ткани въ поджелудочной железнѣ онъ объясняетъ трансплантаціей въ нее цѣлой печеночной дольки. Мнѣ же кажется, что, по крайней мѣрѣ въ описываемомъ мною случаѣ, дѣло идетъ не о нормальныхъ печеночныхъ клеткахъ, а объ раковыхъ клеткахъ, сохранившихъ въ значительной степени функциональную и морфологическую дифференцировку, свойственную печеночнымъ клеткамъ.

Большое количество мелкихъ раковыхъ узелковъ найдено также въ лимфатическихъ сосудахъ и мелкихъ венахъ lig. hepato-duodenale.

Узлы въ поджелудочной железнѣ имѣютъ то же строеніе, какъ и опухоли лимфатическихъ железъ. Большинство изъ нихъ помѣщается въ мелкихъ венахъ (см. рис. 8), о чемъ свидѣтельствуеетъ окружающая опухоль мышечная стѣнка.

Метастазы въ легкихъ носятъ въ общемъ альвеолярный характеръ (см. рис. 7). Среди альвеолъ часто попадаются узенькія трубочки, выполненные желчью.

### *Случай II. (Муз. № 1142).*

Исторія болѣзни. Крестьянка Дарья Ю., 56-ти лѣтъ, поступила въ госпитальную терапевтическую клинику 28 XI. 1908. съ жалобой на боли въ животѣ. Anamnesis. Относительно болѣзней ранняго дѣтства больная ничего не помнитъ. На 15-мъ году около 6 мѣсяцевъ страдала маляріей. На 38-мъ году появились коликообразныя боли въ животѣ, главнымъ образомъ въ правой сторонѣ. Припадки бывали настолько сильны, что больная лежала въ постели. Эти припадки многократно повторялись въ теченіе 7 лѣтъ и въ послѣдній годъ сопровождались рвотой, иногда даже кровавой. Настоящее заболѣваніе началось 2 мѣсяца назадъ. У больной появились боли въ животѣ и отеки на ногахъ. Черезъ мѣсяць послѣ того сталъ опухать и животъ и вмѣстѣ съ тѣмъ уменьшилось количество мочи. Недѣлю назадъ больная поступила въ Одесскую старую городскую больницу, гдѣ ей сдѣлали пробный проколъ живота, при чемъ было выпущено 8 литровъ кровянистой жидкости. Спиртные напитки больная употребляла изрѣдка. Сифилисомъ не страдала. Была замужемъ, рожала 15 разъ, изъ нихъ 8 разъ преждевре-

менно. Отец больной скоропостижно скончался 50-ти лѣтъ отъ роду; мать умерла 80-ти лѣтъ. Status praesens. Больная плохого питанія, мускулатура и подкожный жиръ слабо развиты. Кожные покровы и конъюнктивы глазъ желтушно окрашены. Кожа живота и нижней части груди отечна. На правой сторонѣ отекъ груди выраженъ рѣзче, чѣмъ на лѣвой. Правый бокъ въ области печени сильно выпячивается. При ощупываніи печень сильно увеличена, поверхность ея бугриста, нижній край по сосковой линіи выдается на 4 пальца изъ-подъ края реберъ. Лѣвая доля очень болѣзненна. Въ брюшной полости имѣется большое количество жидкости. Нижняя граница праваго легкаго по сосковой линіи на 5 омъ ребрѣ, по подмышечной—на 6 омъ, по лопаточной—пальца на 3 ниже угла лопатки. Въ легкихъ ничего ненормальнаго не отмѣчается. Селезенка не прощупывается. Въ сердцѣ шумовъ нѣтъ. Сосуды слегка склерозированы. Пульсъ 102. Въ мочѣ, кромѣ желчныхъ пигментовъ, не найдено ничего ненормальнаго. Со стороны пищеварительнаго аппарата диспептическихъ явленій нѣтъ. Отрыжки, тошноты и рвоты послѣ ѣды не бываетъ, тяжести въ животѣ и боли подъ ложечкой больная также не отмѣчаетъ. Стулъ правильный, кашицеобразной консистенціи, темнаго цвѣта. Температура при поступленіи 37,2 — 37,8. Больная пробыла въ клиникѣ 2 недѣли и умерла 11. XII. при явленіяхъ усиливающейся слабости, постоянныхъ боляхъ въ животѣ и одышкѣ. За день до смерти больной вторично была сдѣлана пункція живота. Клиническій діагнозъ: Cancer hepatis.

Протоколъ вскрытія № 34/282. Трупъ средняго тѣлосложенія. Кожные покровы и конъюнктивa глазъ рѣзко желтушны. Нижнія конечности отечны. Въ плевральныхъ полостяхъ и въ сердечной сумкѣ немного кровянистой жидкости. Сердце невелико, дрябло; мышца его глинистаго цвѣта. Клапаны и заслонки сердца слегка склерозированы. Легкія застойны и отечны. На повехности легкихъ имѣется довольно много плотныхъ, выступающихъ надъ поверхностью, узловъ до  $1\frac{1}{2}$  см. въ поперечникѣ. Въ толщѣ легкихъ въ громадномъ количествѣ разсѣяны такіе же узлы, величиной отъ самыхъ незначительныхъ размѣровъ до 1 —  $1\frac{1}{2}$  см. въ поперечникѣ. На разрѣзѣ узлы ясно желтаго цвѣта. Въ брюшной полости около 3-хъ литровъ темно-красной жидкости съ большимъ количествомъ кровяныхъ сгустковъ. Печень по сосковой линіи выдается на 4 пальца. Брюшина рѣзко пигментирована. Селезенка увеличена, плотна, на разрѣзѣ малиново-краснаго цвѣта, при соскабливаніи даетъ большое количество пульпы. Желудокъ сильно растянутъ; слизистая его атрофична. Пейеровы бляшки и солитарные фолликулы тонкихъ кишекъ набухли. Слизистая толстыхъ кишекъ набухла, красна, покрыта красно-сѣрымъ налетомъ.

Печень очень увеличена. Длина правой доли ея 26 см., лѣвой — 19 см.; ширина правой доли 18 см., лѣвой — 10 см.;

высота правой доли 12 см., лѣвой—9 см. Вѣсъ печени около  $3\frac{1}{2}$  килограммовъ. Съ поверхности печень сильно бугриста, на ощупь представляется чрезвычайно дряблой, расползающейся подъ руками, особенно лѣвая доля. Вся печень пронизана безчисленными желтовато-сѣрыми узлами и многочисленными полостями, наполненными зеленоватою или буровато-красною марковою массой. Двѣ такія полости, величиной до 8—10 см. въ поперечникѣ, помѣщаются на задней и на нижней поверхности лѣвой доли печени. Въ правой долѣ плотныя, толстыя соединительно-тканныя прослойки дѣлятъ печень на многочисленные мягкіе участки оливково-зеленаго и сѣро-желтаго цвѣта. Лишь кое-гдѣ сохранились небольшія прослойки печеночной паренхимы. Часть крупныхъ внутривенныхъ венозныхъ стволовъ занята тромбами, состоящими изъ опухольныхъ массъ. Другая часть венъ печени, повидимому, корни *venae hepaticae* представляются свободными. Желчный пузырь невеликъ; въ немъ помѣщаются 9 камней, величиной въ лѣсной орѣхъ. Въ стѣнкѣ пузыря многочисленные сѣровато-желтые узелки опухоли, величиной съ булавочную головку. Слизистая пузыря не измѣнена. Желчные протоки проходимы. Главный стволъ *vena portae* измѣненій не представляетъ.

Поджелудочная железа обычной величины, дольчата. Почки слегка увеличены, кортикальный слой ихъ утолщенъ. Матка нѣсколько велика, плотна. Яичники сморщены. Въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ на брюшинѣ имѣется нѣсколько маленькихъ рѣзко ограниченныхъ желтоватыхъ узелковъ. Въ мозгу отмѣчаются лишь явленія застоя.

Анатомическій діагнозъ: *Carcinoma primarium hepatis. Metastases cystis felleae, pulmonum, peritonei. Hyperaemia venosa, oedema et emphysema pulmonum. Colitis acuta. Degeneratio parenchymatosa myocardii, renum. Haemorrhagia in cavum abdominis. Hyperplasia pulpaе lienis acuta. Septicaemia.*

Микроскопическое изслѣдованіе. Печеночная паренхима сохранилась лишь кое-гдѣ въ видѣ небольшихъ прослоекъ между узлами опухоли. Цирротическія явленія въ большинствѣ случаевъ выражены не въ рѣзкой степени, мѣстами даже почти отсутствуютъ. Въ нѣкоторыхъ же мѣстахъ, напротивъ, имѣется сильное развитіе соединительной ткани, среди которой наблюдаются многочисленные желчные ходы. Особенно большое развитіе фиброзной съ характеромъ рубцовой соединительной ткани имѣется въ правой долѣ печени вокругъ оливковаго цвѣта узловъ опухоли. Подъ микроскопомъ эти узлы

состоять изъ трубчатыхъ образованій, высланныхъ однослойнымъ эпителиемъ и выполненныхъ желто-зеленой желчью. Трубки раздѣлены или тонкими прослойками межуточной ткани, или широкими тонкостѣнными сосудами. Величина трубчатыхъ образованій очень различна. Въ большинствѣ случаевъ они высланы цилиндрическимъ или кубическимъ эпителиемъ съ нѣжно-зернистой протоплазмой и рѣзко красящимся круглымъ или овальнымъ ядромъ, иногда слегка сморщеннымъ съ бухтообразными вдавленіями. Многія клѣтки содержатъ зерна желчи, иногда въ столь большомъ количествѣ, что они совершенно заполняютъ клѣтку, при этомъ ядро очень часто исчезаетъ. Каріокинезовъ въ такихъ аденоматозныхъ участкахъ мнѣ не удалось найти; тѣмъ не менѣе мѣстами наблюдаются явленія прорастанія железистыхъ трубокъ въ окружающую межуточную ткань.

Совершенно иное строеніе представляютъ желтовато-сѣрые раковые узлы. Они состоятъ изъ крупныхъ клѣтокъ съ нѣжно-зернистой протоплазмой и очень большимъ, круглымъ пузырькообразнымъ ядромъ. Клѣтки располагаются въ большія альвеолы, раздѣленные очень тонкими соединительнотканными перегородками. Въ периферическихъ, прилежащихъ къ стромѣ, частяхъ раковыхъ ячеекъ клѣтки имѣютъ цилиндрическую форму, въ центральныхъ частяхъ—полигональную. Среди раковыхъ ячеекъ очень часто попадаются узенькія трубчатыя полости, выполненныя желчью. Нерѣдко въ одной ячейкѣ находится 2—3 и больше такихъ трубочекъ. Мѣстами имѣется большое количество многоядерныхъ гигантскихъ клѣтокъ. Ростъ опухоли, судя по громадному количеству каріокинезовъ, очень интенсивный.

Изрѣдка небольшіе узелки только-что описаннаго строенія попадаютъ и среди аденоматозныхъ участковъ. Обыкновенно, такіе островки рѣзко выдѣляются среди трубчатыхъ образованій и непосредственной связи ихъ съ послѣдними доказать не удастся. Впрочемъ, въ трубчатыхъ образованіяхъ иногда наблюдается наслоеніе эпителия въ 2—3 ряда; клѣтки теряютъ характеръ цилиндрическаго (resp. кубическаго) эпителия и получаютъ болѣе или менѣе неправильную форму; просвѣтъ однако, выполненный желчью, сохраняется. Такіе участки пріобрѣтаютъ сходство съ раковыми ячейками.

Какъ среди остатковъ печеночной ткани, такъ и въ опухольныхъ участкахъ наблюдаются рѣзкія застойныя явленія, мѣстами доходящія до полного стаза съ послѣдующимъ сверты-

ваніемъ крови (фибринъ). Въ нѣкоторыхъ аденоматозныхъ участкахъ происходитъ чрезвычайно сильное растяженіе сосудовъ, залегающихъ между отдѣльными железистыми трубочками, послѣднія сдавливаются, атрофируются до полного уничтоженія, благодаря чему получаютъ громадныя полости, наполненныя кровью и раздѣленныя тонкими соединительнотканными перегородками. Такія полости очень напоминаютъ собою кавернозные ангиомы. Повсюду какъ въ опухоли, такъ и въ остаткахъ печеночной ткани наблюдаются обширные некротическіе фокусы, пронизанные воспалительными инфильтратами и массой бактерій (повидимому, стафилококковъ). Мѣстами наблюдается распадъ и разжиженіе некротизованныхъ участковъ. Два особенно большихъ фокуса размягченія были отмѣчены въ лѣвой долѣ при макроскопическомъ описаніи печени (см. проток. вскрыт.).

Большинство внутрипеченочныхъ венъ выполнено опухолевыми тромбами, состоящими изъ сплошныхъ раковыхъ ячеекъ съ большимъ количествомъ гигантскихъ клѣтокъ. Рѣже удается видѣть въ венахъ аденоматозныя трубочки, выполненныя желчью. Въ тромбахъ изъ сплошныхъ раковыхъ ячеекъ наблюдается энергичный ростъ, масса каріокинезовъ, мѣстами явленія прорастанія рака сквозь стѣнку вены (см. рис. 4).

Метастатическіе раковые узлы въ легкихъ по строенію тождественны съ печеночными: въ большинствѣ случаевъ опухоль состоитъ изъ большихъ альвеоль, раздѣленныхъ тонкими соединительнотканными перегородками. Изрѣдка можно видѣть вращаніе раковыхъ узловъ въ небольшіе бронхи, при чемъ раковыя альвеолы оказываются заключенными въ полости, выстланной мерцательнымъ эпителиемъ. Въ многочисленныхъ развѣтвленіяхъ легочной артеріи видны мелкіе раковые островки, свободно лежащіе въ просвѣтѣ сосуда. Иногда сосудъ оказывается занятымъ узелкомъ железистаго строенія, въ просвѣтѣ котораго помѣщается капля желчи (см. рис. 9). Стѣнки желчнаго пузыря пронизаны многочисленными раковыми узелками совершенно такого же строенія, какъ и въ легкихъ. Слизистая и подслизистая пузыря никакихъ измѣненій не представляютъ (см. рис. 10). Всѣ безъ исключенія раковые узелки помѣщаются за мышечной оболочкой пузыря, въ большинствѣ случаевъ въ венахъ стѣнки пузыря. Иногда раковый узелокъ свободно лежитъ въ просвѣтѣ вены, чаще же онъ занимаетъ весь просвѣтъ, растягиваетъ и прорастаетъ стѣнку вены.

Явленія роста въ метастатическихъ узлахъ въ легкихъ и въ желчномъ пузырьѣ выражены нѣсколько слабѣе, чѣмъ въ раковыхъ узлахъ самой печени. Какъ въ легкомъ, такъ и въ желчномъ пузырьѣ въ раковыхъ узлахъ имѣются небольшія полости, содержащія желчь, а въ раковыхъ клѣткахъ очень часто наблюдаются зерна желчи.

Метастатическіе узлы на брюшинѣ, къ сожалѣнію, не были взяты для изслѣдованія.

*Случай III.* (Муз. № 1614).

Исторія болѣзни. Мѣщ. Онуфрій Н. 55 лѣтъ, черно-рабочій, поступилъ въ Одесскую старую городскую больницу 16. IV. 1910. по поводу сильныхъ болей въ животѣ. Больнымъ себя считаетъ 2—3 недѣли. Въ теченіе этого времени чувствуетъ тошноту; рвоты не было. Пульсъ 96, хорошаго наполненія Артеріи склерозированы. Питаніе и сложеніе среднее. При перкуссіи легкихъ всюду ясный звукъ; при выслушиваніи всюду везикулярное дыханіе; притупленій нѣтъ. Сердце перкуторно не увеличено. Стѣнки живота крайне напряжены, что дѣлаетъ невозможнымъ пальпацію живота. При осмотрѣ живота въ средней его части замѣчается плотное на ошупь выпячиваніе. Это выпячиваніе заходитъ влѣво отъ средней линіи, приблизительно, на 2 поперечныхъ пальца. Внизъ оно распространяется на 3 пальца ниже пупка. Вправо идетъ по направленію къ подреберью и подъ нимъ скрывается. Вверхъ въ лѣвой половинѣ живота выпячиваніе распространяется до середины линіи между пупкомъ и processus xiphoides. Въ правой половинѣ оно занимаетъ почти все подреберье. При перкуссіи надъ выпячиваніемъ получается тупой звукъ. Тупость отъ этого выпячиванія сливается съ печеночной тупостью. Дыхательныя экскурсіи производятъ незначительныя смѣщенія опухоли внизъ. Выше описанная область очень болѣзна. 24. V. (черезъ 39 дней послѣ поступленія) больной скончался при явленіяхъ усиливающихся болей. Опухоль живота за этотъ періодъ замѣтно разраслась. Температура все время была субфебрильная 36,5 — 37,4. Клиническій діагнозъ: Cancer hepatis.

Протоколъ вскрытія (25. V. 1910. № 164). Легкія велики; въ средней долѣ праваго легкаго расположена большая полость, наполненная грязно-сѣро окрашенной жидкой массой. Вокругъ полости имѣется ясно выраженная membrana pyogenica. Въ правой нижней долѣ имѣются отдѣльные узелки сѣраго цвѣта, выбухающіе надъ поверхностью разрѣза (бугорки); нѣкоторые изъ нихъ съ распадомъ. Сердце велико, дрябло; мышцы его бураго цвѣта, кое-гдѣ пронизаны соединительнотканными прослойками. Двухстворка сильно утолщена. Сухожильныя нити укорочены; интима аорты безъ измѣненій. Пищеводъ и трахея также. При вскрытіи брюшной полости предбрюшинное простран-

ство оказалось выполненнымъ большимъ количествомъ грязно-сѣрой массы съ комками некротизированной ткани. Отъ нижней поверхности печени по направленію къ малому тазу помѣщается узелъ опухоли, прорастающей мышцы брюшной стѣнки. Опухоль въ большей своей части представляетъ распадъ съ образованіемъ полости выполненной ихорозной массой. Желудокъ очень большой; его стѣнка истончена, слизистая безъ складокъ. Двѣнадцатиперстная кишка и ближайшая часть тонкихъ кишекъ плотно припаяны къ опухолевому узлу.

Печень велика; въ срединѣ правой доли располагается бѣлый большой (около 10 см. въ поперечникѣ), въ центрѣ распадающійся, опухолевый узелъ. Какъ указано выше, спухоль срастается съ тонкой кишкой, въ нѣсколькихъ мѣстахъ прорастаетъ ея стѣнку и вдается въ полость кишки, будучи прикрыта неповрежденной слизистой кишки. Другой узелъ также бѣлаго цвѣта, плотной консистенціи, расположенъ правѣе перваго узла. Выше описанный узелъ, вдающійся въ брюшную полость, представляетъ продолженіе перваго узла.

Кишечникъ отдаленъ новообразованіемъ въ полость малого таза. Брыжжеечныя железы велики, плотны, бѣлаго цвѣта (метастазы). Брыжжейка кишекъ сморщена. Въ толщѣ ея замѣтны тонкіе жгуты, прорастаніе опухоли по лимфатическимъ сосудамъ. Желчный пузырь безъ измѣненій. Поджелудочная и предстательная железы безъ измѣненій. Почки велики, плотны, сальнаго вида, капсула сращена, реакція на амилоидъ положительная. Селезенка умѣренной величины, безъ измѣненій. Анатомическій діагнозъ: *Carcinoma hepatis primarium. Gangraena neoplasmatis. Carcinoma metastaticum gl. lymphaticarum mesenterialium, intestinorum et musculorum abdominis. Emphysema pulmonum. Gangraena in lobo medio pulmonis dextri. Pneumonia lobularis circumscripta gangraenosa lobi inferioris pulmonis dextri. Degeneratio amyloidea renum. Degeneratio myxomatosa epicardii. Cachexia.*

Микроскопическое описаніе. Опухоль состоитъ изъ клѣтокъ чрезвычайно различной величины то круглой, то полигональной, то совершенно неправильной формы съ нѣжно-зернистой, хорошо красящейся кислыми красками протоплазмой и съ большимъ рѣзко красящимся гематоксилиномъ пузырькообразнымъ ядромъ. Среди клѣтокъ попадаетъ большое количество съ 2-мя, 3-мя ядрами, но гигантскихъ протоплазматическихъ тѣлъ съ многочисленными ядрами не наблюдается. Въ клѣткахъ часто находятся жировыя зернышки и болѣе значительныя глыбки жира. Болѣе или менѣе ясное присутствіе желчи въ элементахъ опухоли удается видѣть лишь изрѣдка. Повсюду въ опухоли имѣется большое количество

кариокинезовъ, среди которыхъ масса неправильныхъ abortивныхъ формъ. Между группами раковыхъ клѣтокъ пробѣгаютъ тонкія соединительнотканныя прослойки (stroma опухоли), содержащія кровеносные сосуды преимущественно капиллярнаго типа. Печеночная паренхима вокругъ узла опухоли сдавлена, атрофирована. Мѣстами наблюдаются явленія прорастанія опухоли между печеночными трабекулами, которыя подъ вліяніемъ давленія разрастающихся клѣтокъ опухоли постепенно исчезаютъ и замѣщаются раковыми элементами. Нерѣдко въ такихъ случаяхъ ряды раковыхъ клѣтокъ непосредственно соединяются съ печеночными трабекулами и образуютъ какъ бы ихъ прямое продолженіе.

Многочисленные лимфатическіе сосуды и щели брыжжейки обильно пронизаны опухольными узелками и инфильтратами. Во многихъ лимфатическихъ железахъ также наблюдаются раковые узелки. Опухоль вездѣ сохраняетъ тотъ же характеръ, что и въ печени.

Слѣдующіе пять случаевъ первичной карциномы печени относятся къ старымъ музейнымъ препаратамъ. Ни исторій болѣзней, ни протоколовъ вскрытій, къ сожалѣнію, къ нимъ не имѣется.

#### *Случай IV.* (Муз. № 406).

Препаратъ полученъ отъ проф. М. Н. Никифорова подъ именемъ Adenoma hepatis. Препаратъ представляетъ довольно большую часть органа, сохраненную по способу проф. Мельникова-Разведенкова. Насколько можно судить по имѣющейся части органа, печень была нѣсколько увеличена, съ поверхности неравномерно бугриста. На разрѣзѣ видны многочисленные большею частью круглые или нѣсколько неправильные узлы, величиной отъ едва замѣтныхъ невооруженнымъ глазомъ островковъ до 2—3 см. въ поперечникѣ. Цвѣтъ узелковъ желтовато-сѣрый и зеленоватый, иногда красноватый. Узлы опухоли тѣсно расположены между собою. Печеночная ткань сохранена лишь мѣстами въ видѣ незначительныхъ островковъ красноватаго цвѣта. Болѣе крупные узлы опухоли окружены ясно замѣтной фиброзной капсулой. Нѣкоторые венозные стволы закупорены, повидимому, опухольными тромбами.

Микроскопическое изслѣдованіе. Въ печени аннулярный циррозъ. Среди соединительной ткани обильное разрастаніе мелкихъ желчныхъ ходовъ и диффузная инфильтрація круглыми клѣтками. Мѣстами попадаются довольно большіе участки

гиалиновой соединительной ткани, среди которой имѣется большое количество кровяного пигмента (рубцы?). Въ различныхъ мѣстахъ въ препаратѣ видны колоніи кокковъ (септицемія?).

Опухоль состоитъ изъ крупныхъ и болѣе мелкихъ полигональныхъ клѣтокъ съ большимъ количествомъ зернистой протоплазмы и большимъ пузырькообразнымъ ядромъ съ ядрышкомъ. Довольно много не особенно крупныхъ гигантскихъ клѣтокъ. Строеніе опухоли очень однообразное. Раковыя клѣтки располагаются въ видѣ довольно толстыхъ перекалинъ — трабекулъ, снаружи покрытыхъ слоемъ эндотелія и окруженныхъ широкими сосудистыми полостями. На поперечныхъ разрѣзахъ трабекулы представляются въ видѣ островковъ, плавающихъ въ крови. Среди элементовъ опухоли имѣется большое количество каріокинезовъ. Мѣстами въ клѣткахъ опухоли имѣется жировая инфильтрація. Такія клѣтки напоминаютъ инфильтрированныя жиромъ печеночныя. Какъ среди ткани опухоли, такъ и среди сохранившейся печеночной ткани наблюдаются обширные некротическіе участки.

*Случай V.* (Муз. № 756).

Препаратъ полученъ изъ Строгановскаго патолого-анатомич. музея Одесской городской б-цы подъ именемъ Endothelioma hepatis. Имѣется почти половина органа, разрѣзанная на 2 ломтя. Препаратъ обработанъ по Keiserling'у съ сохраненіемъ окраски, но отъ времени сильно обезцвѣтился. Печень невелика. Поверхность ея равномерно мелко-бугриста. Глиссонова капсула утолщена. На разрѣзахъ видны многочисленные, рѣзко ограниченные узелки, равномерно разсѣянные по всей толщѣ печени. Большинство узелковъ приблизительно одного размѣра—отъ 5 до 8 mm. въ діаметрѣ, между которыми разсѣяны болѣе мелкіе—около 1 mm. въ поперечникѣ. Крупныхъ узловъ нѣтъ. Узелки близко расположены другъ около друга, раздѣляясь лишь тонкими прослойками печеночной ткани. Нѣкоторые узелки ясно пигментированы—оранжеваго цвѣта.

Микроскопическое изслѣдованіе. Опухоль состоитъ изъ большихъ, неправильнаго очертанія клѣтокъ съ большимъ пузырькообразнымъ ядромъ и съ ясно гранулированной протоплазмой. Нѣкоторыя изъ нихъ представляются чрезвычайно крупными съ громаднымъ рѣзко красящимся ядромъ (rupsosis) Среди узелковъ наблюдается большое количество многоядерныхъ гигантскихъ клѣтокъ. Повсюду въ опухоли разсѣяны многочислен-

ныя фигуры дѣленія клѣтокъ; среди нихъ имѣется много неправильныхъ, abortивныхъ формъ и, какъ особенность этого случая, наблюдается большое количество трехполюсныхъ митозовъ. Преобладающее строеніе опухоли трабекулярное, изрѣдка попадаются небольшія трубчатая образованія, иногда выполненныя желчью. Многіе узлы опухоли представляются частично некротизованными. Лишь кое-гдѣ наблюдаются небольшіе остатки печеночной паренхимы, сильно измѣненной подѣ влияніемъ сдавленія богато разросшейся соединительной тканью (аннулярный циррозъ). Во многихъ мѣстахъ сдавленные, атрофированныя печеночныя дольки со всѣхъ сторонъ окружены мелкими желчными протоками, непосредственно переходящими въ печеночныя трабекулы. Благодаря этому получается впечатлѣніе, что здѣсь происходитъ регенерація печеночныхъ трабекулъ изъ эпителія желчныхъ ходовъ.

*Случай VI.* (Муз. № 788).

Препаратъ полученъ изъ Строгановскаго патол.-анат. музея Одесской городской б-цы подѣ именемъ *Adenoma hepatis*. Препаратъ представляетъ довольно толстый ломоть изъ печени, фиксированный формалиномъ. Печень пронизана громаднымъ количествомъ узловъ опухоли самой разнообразной величины. Нѣкоторые узлы, образовавшіеся, повидимому, путемъ слянія нѣсколькихъ, достигаютъ 6—7 см. въ поперечникѣ. Печеночной ткани почти не видно; различные узлы опухоли отдѣляются другъ отъ друга лишь узкими прослойками соединительной ткани. На разрѣзѣ видны многочисленныя венозныя стволы (какъ *vena portae*, такъ и *vena hepatica*), закупоренныя тромбами, состоящими главнымъ образомъ изъ опухольныхъ массъ. Глиссонова капсула печени утолщена, на верхней поверхности покрыта толстыми фиброзными сращениями. Нижняя поверхность печени, насколько можно судить по имѣющемуся ломтю, неравномерно бугриста.

Микроскопическое изслѣдованіе. Въ частяхъ печени, лежащихъ вдали отъ опухоли, очень небольшія цирротическія явленія. Въ перипортальной ткани воспалительныя инфильтраты. Строеніе опухоли мѣстами аденоматозное, мѣстами трабекулярное. Аденоматозныя (тубулезныя) участки состоятъ изъ не очень большихъ, болѣе или менѣе правильно кубическихъ, клѣтокъ съ небольшимъ пузырькообразнымъ ядромъ. Клѣтки располагаются въ видѣ железистыхъ трубочекъ съ просвѣтами, внутри выполненными желчью. Трабекулярныя участки состоятъ изъ

сплошныхъ клѣточныхъ стержней (трабекулъ), достигающихъ иногда довольно большой толщины. Среди сплошныхъ стержней также часто попадаются небольшіе трубчатые просвѣты, наполненные желчью; иногда въ одномъ стержнѣ имѣется 2—3 такихъ просвѣта. Какъ трубчатая, такъ и трабекулярная образованія раздѣляются тонкими прослойками соединительной ткани, среди которой въ большомъ количествѣ залегаютъ кровеносные капилляры, мѣстами чрезвычайно расширенные. Благодаря этому кажется, что раковыя ячейки какъ бы плаваютъ въ крови. Въ просвѣтахъ большихъ венъ, особенно портальной системы наблюдаются раковыя узелки, часто занимающіе весь просвѣтъ вены. Иногда можно видѣть прорастаніе раковаго узла изъ вены въ окружающую ткань. Ростъ рака не очень быстрый, каріокинезовъ немного. Гигантскихъ клѣтокъ, особенно крупныхъ, въ этомъ случаѣ совершенно нѣтъ.

*Случай VII.* (Муз. № 946).

Препаратъ полученъ изъ Строгановскаго патолого-анатомич. музея Одесской городской б-цы подъ именемъ Adenoma hepatis. Препаратъ представляетъ небольшой ломоть печени, обработанный по способу Keiserling'a съ сохраненіемъ окраски. Вся ткань печени усѣяна рѣзко ограниченными желтовато-сѣрыми узелками, рельефно выступающими на красноватомъ фонѣ печеночной ткани. Величина узелковъ колеблется отъ самыхъ незначительныхъ размѣровъ до  $\frac{1}{2}$  см. въ поперечникѣ. Кромѣ мелкихъ узелковъ, имѣется одинъ большой узелъ около 3 см. въ поперечникѣ, слегка зеленоватаго цвѣта. Мелкіе узелки тѣсно расположены между собою. Печеночной ткани между ними очень мало. Мѣстами узелки почти сливаются въ сплошную опухольную массу. Поверхность печени, насколько можно судить по небольшому ломтю, неравномѣрно мелко-бугристая.

Микроскопическое описаніе. Въ печени наблюдается довольно рѣзкій атрофическій циррозъ. Въ перипортальной ткани сильная воспалительная инфильтрація и обильное разрастаніе желчныхъ протоковъ. Среди соединительной ткани во многихъ мѣстахъ наблюдаются сдвоенныя, атрофирующіяся печеночныя дольки, окруженныя желчными протоками, какъ и въ случаѣ V, непосредственно переходящими въ печеночныя трабекулы. Изрѣдка попадаются совершенно атрофировавшіяся дольки, редуцировавшіяся до не большой кучки клѣтокъ, сложенныхъ въ неправильныя трабекулярныя образованія, расположенныя среди

соединительной ткани. И здѣсь трабекулы изъ печеночныхъ клѣтокъ имѣютъ непосредственную связь съ разросшимися среди соединительной ткани желчными ходами.

Между опухольными узлами различаются 2 типа, рѣзко различающиеся и по макроскопическому виду, и особенно по микроскопической картинѣ. Мелкіе до  $\frac{1}{2}$  см. въ поперечникѣ желтовато-сѣрые узелки по микроскопическому строенію состоятъ изъ клѣтокъ, совершенно не отличающихся отъ печеночныхъ. Онѣ располагаются въ видѣ трабекуловъ, между которыми пробѣгаютъ кровеносные капилляры (см. рис. 6). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ такіе трабекулы радіально направляются къ центру узелка, гдѣ иногда можно видѣть небольшую вену, которая воспринимаетъ въ себя залегающіе между трабекулами капилляры (*vena pseudo-centralis*). Разница этихъ узелковъ отъ настоящихъ печеночныхъ долекъ заключается, во-первыхъ, въ томъ, что трабекулы въ такихъ узелкахъ состоятъ не изъ одного ряда клѣтокъ, а изъ 2-хъ и 3-хъ рядовъ, во-вторыхъ, клѣтки, составляющія трабекулы, нѣсколько мельче печеночныхъ и, наконецъ, трабекулы большею частью не имѣютъ радіальнаго направленія. Кромѣ того, такіе узелки обыкновенно круглой формы, помѣщаются среди печеночной ткани; послѣдняя вокругъ нихъ оказывается сдавленной и прилежащія печеночныя клѣтки въ видѣ черепиць покрываютъ узелокъ снаружи (см. рис. 6). Каріокинезовъ въ только-что описанныхъ узлахъ найти не удалось. Большой узелъ около 3 см. въ поперечникѣ) зеленоватаго цвѣта частью тубулярнаго, частью трабекулярнаго строенія съ громаднымъ количествомъ гигантскихъ клѣтокъ. Многія клѣтки содержатъ капли желчи. Большинство железистыхъ трубокъ въ аденоматозныхъ участкахъ также содержатъ желчь. Особый интересъ представляетъ небольшой участокъ, тѣсно примыкающій къ только-что описанному крупному узелку. Участокъ представляетъ собою чрезвычайно крупную (разъ въ 5 больше нормальной) печеночную дольку, въ центрѣ состоящую изъ печеночныхъ клѣтокъ, расположенныхъ въ видѣ трабекуловъ, радіально расходящихся отъ очень широкой вены (*vena centralis*). По мѣрѣ удаленія отъ центральной вены къ периферіи правильное трабекулярное расположеніе клѣтокъ постепенно переходитъ въ безпорядочное наслоеніе ихъ; характеръ клѣтокъ постепенно мѣняется и въ концѣ-концовъ по периферіи онѣ сливаются съ раковыми узлами.

*Случай VIII* (Муз. № 1243)

Препаратъ полученъ отъ проф. М. Н. Никифорова подъ именемъ Adenoma hepatis. Препаратъ дредставляетъ собою толстый ломоть черезъ весь органъ, обработанный по способу проф. Мельникова-Разведенкова съ сохраненіемъ окраски. Печень довольно велика, края ея закруглены. Съ поверхности печень грубо-бугриста. Правая доля почти вся (насколько можно судить по имѣющемуся препарату) занята громаднымъ узломъ опухоли, повидимому, слившимся изъ нѣсколькихъ. Въ лѣвой долѣ имѣется нѣсколько отдѣльныхъ узловъ величиной отъ 2 до 10 mm. въ діаметрѣ, разбросанныхъ среди совершенно неизмѣненной печеночной ткани. Вблизи воротъ печени имѣются двѣ особенно широкія вены (1½ и 2 см. въ діаметрѣ), закупоренныя частью слоистыми тромбами, частью опухольными массами. Кромѣ того на разрѣзѣ видно много болѣе мелкихъ венъ, также затромбозированныхъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. Въ печени въ участкахъ, не соприкасающихся съ опухолью, болѣе или менѣе ясныхъ признаковъ цирроза нѣтъ. Напротивъ, въ самой опухоли чрезвычайно сильно развита соединительнотканная строма, благодаря чему мѣстами опухоль носить какъ бы скirrosный характеръ. Соединительнотканныя прослойки проникаютъ и въ прилежащія части печени. Опухоль состоитъ большею частью изъ мелкихъ, рѣже изъ крупныхъ, клѣтокъ неправильнаго очертанія, полигональныхъ, вытянутыхъ, иногда совершенно круглыхъ съ довольно большимъ пузырькообразнымъ ядромъ. Строеніе опухоли въ однихъ мѣстахъ аденоматозное, въ другихъ трабекулярное; и тѣ и другія образованія раздѣляются толстыми прослойками бѣдной ядрами межуточной ткани. Въ аденоматозныхъ участкахъ железистыя трубочки выполнены желчью. Въ периферическихъ, прилежащихъ къ печеночной паренхимѣ, частяхъ опухольныхъ узловъ наблюдается обильное разрастаніе желчныхъ протоковъ, которые, съ одной стороны, непосредственно соприкасаются съ раковыми ячейками, съ другой стороны, стоятъ въ самой тѣсной связи съ печеночными трабекулами прилежащихъ долекъ. Явленія роста въ опухоли выражены слабо. Каріокинезовъ почти нѣтъ. Мѣстами среди ткани опухоли наблюдаются большіе некротическіе участки.

Кромѣ перечисленныхъ выше случаевъ, я имѣлъ возможность ознакомиться съ двумя случаями первичнаго рака печени, описанными І. Ф. Пожарискимъ \*). Здѣсь я приведу лишь

\*) Харьковскій Медиц. Журн. за 1908 г. № 5.

краткую характеристику этихъ опухолей, болѣе же подробное описаніе можно найти въ указанной работѣ.

*Случай IX.* (Муз. № 1129).

*Carcinoma primarium hepatis* у женщины 45 лѣтъ. Печень увеличена ( $23 \times 16 \times 7,5$  см.). Поверхность ея неравномѣрно зерниста. На разрѣзѣ большая часть органа занята тремя сливающимися узлами опухоли. Остальная часть печени испещрена многочисленными болѣе мелкими красновато-сѣрыми и желтоватыми узелками величиной отъ 1 до 12 мм. въ поперечникѣ. Большинство внутripеченочныхъ венъ заняты тромбами, состоящими изъ опухольныхъ массъ. Метастазовъ въ другихъ органахъ при макроскопическомъ изслѣдованіи не найдено.

Микроскопическое изслѣдованіе. Строеніе опухоли то трабекулярное съ широкими кровяными пространствами, окружающими клѣточные стержни, то тубулярное. Въ послѣднемъ случаѣ железистыя трубочки очень часто бываютъ наполнены желчью. Среди клѣтокъ опухоли масса гигантскихъ. Въ венозныхъ сосудахъ очень часто можно видѣть свободно лежащіе среди крови узелки опухоли чаще въ видѣ сплошныхъ клѣточныхъ ячеекъ, рѣже въ видѣ железистыхъ трубочекъ, выполненныхъ желчью. Снаружи такіе узелки обыкновенно покрыты эндотелиемъ.

*Случай X.* (Муз. № 1370).

*Carcinoma primarium hepatis* у мужчины 63 лѣтъ. Печень сильно увеличена ( $27 \times 22 \times 11$  см.), съ поверхности грубо-зерниста, особенно правая часть ея. На верхней поверхности ея, кромѣ того имѣются отдѣльные большіе узлы. На разрѣзѣ вся печень занята узелками отъ 2 до 15 мм. въ діаметрѣ. Въ правой долѣ узелки сливаются въ одну большую опухоль. Большинство венозныхъ вѣтвей печени, особенно воротной системы занято опухольными тромбами. Опухольныя массы продолжаютъ и въ самое воротную вену и заканчиваются въ ней сантиметра на 2 отъ печени слоистымъ тромбомъ. Нигдѣ въ другихъ органахъ новообразованія не найдено.

По микроскопическому строенію опухоль представляетъ большой интересъ. Въ большинствѣ случаевъ она носить трабекулярный характеръ, при чемъ клѣтки ея чрезвычайно похожи на печеночныя. Между трабекулами расположены капилляры, однако правильнаго радіальнаго расположенія трабекуловъ не наблюдается, не видно и желчныхъ ходовъ между ними. Не-

рѣдко также попадаются участки опухоли ясно ворсинчатого строения; такіе участки состоятъ изъ тонкихъ вѣтвящихся соединительнотканыхъ сосочковъ, покрытыхъ однослойнымъ высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Среди клѣтокъ опухоли масса каріокинезовъ. Гигантскихъ клѣтокъ, особенно болѣе или менѣе крупныхъ, нѣтъ. Въ печени рѣзкій аннулярный циррозъ. Печеночныя дольки сдавлены, атрофированы разросшейся вокругъ нихъ соединительной тканью, среди которой масса мелкихъ желчныхъ протоковъ. Мѣстами попадаются кучки печеночныхъ клѣтокъ въ видѣ беспорядочныхъ группъ и трабекуловъ, однако не составляющихъ правильной дольки. Между такими беспорядочными кучками печеночныхъ клѣтокъ и разбросанными въ окружающей соединительной ткани желчными протоками наблюдается самая тѣсная взаимная связь. Нерѣдко можно видѣть желчный протокъ, тянущійся на нѣкоторомъ разстояніи въ видѣ узенькой трубочки, высланной кубическимъ эпителиемъ, непосредственно переходящимъ въ печеночный трабекулъ, при чемъ этотъ переходъ совершается настолько незамѣтно, что строгой границы, гдѣ кончается желчный протокъ и начинаются печеночныя клѣтки, поставить совершенно невозможно. Изрѣдка между клѣтками желчнаго протока можно видѣть отдѣльные каріокинезы. Тутъ же среди соединительной ткани часто бываютъ видны и мельчайшіе, какъ бы только что зараждающіеся, узелки опухоли, которые также иногда оказываются непосредственно связанными съ желчными протоками.

Описанные случаи по макроскопической картинѣ очень сходны между собой: за исключеніемъ III, во всѣхъ случаяхъ имѣется множественное раковое пораженіе печени въ видѣ отдѣльныхъ узловъ самой разнообразной величины — cancer nodulaire Hanot. По микроскопическому строенію узлы также представляютъ много общаго между собою. Во всѣхъ почти случаяхъ главная масса опухоли состоитъ изъ довольно крупныхъ полигональныхъ клѣтокъ съ нѣжно гранулированной протоплазмой и съ большимъ пузырькообразнымъ ядромъ съ ядрышкомъ. Такимъ образомъ, по внѣшнему виду клѣтки очень напоминаютъ печеночныя. Присущая клѣткамъ опухоли способность вырабатывать желчь еще болѣе подчеркиваетъ это сходство и невольно возбуждаетъ предположеніе о генетической связи между раковыми клѣтками и печеночнымъ эпителиемъ. Однако, на ряду съ узелками,

состоящими изъ клѣтокъ печеночнаго типа, нерѣдко въ тѣхъ же самыхъ опухоляхъ попадаются участки, состоящіе изъ кубическихъ и даже цилиндрическихъ клѣтокъ, расположенныхъ въ видѣ железистыхъ трубокъ. Такіе участки больше походятъ на желчные протоки. Иногда они имѣютъ папиллярное строеніе (случай X).

Вопросъ о гистогенезѣ печеночныхъ раковъ представляетъ большія трудности и въ настоящее время еще мало выясненъ. Считаютъ, что вообще въ качествѣ matrix опухоли могутъ послужить какъ печеночныя клѣтки, такъ и эпителий желчныхъ ходовъ. Но общепринятыхъ критеріевъ для рѣшенія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ вопроса относительно matrix опухоли нѣтъ. Поэтому среди авторовъ въ отношеніи этого вопроса царитъ большое разногласіе, и въ результатѣ выходитъ, что очень сходныя по строенію опухоли одни авторы описываютъ какъ ракъ, развившійся изъ эпителия желчныхъ ходовъ, другіе же какъ карциному изъ печеночныхъ клѣтокъ. Большинство старыхъ авторовъ, основываясь главнымъ образомъ на морфологическомъ сходствѣ раковыхъ клѣтокъ съ печеночными, въ громадномъ большинствѣ случаевъ (въ  $\frac{7}{8}$  всѣхъ случаевъ) за matrix опухоли признавало печеночный эпителий. Того же мнѣнія держатся и нѣкоторые новѣйшіе авторы (Jona (1900), Радкевичъ (1903), Wegelin (1905), Schmaus\*) и др.). Напротивъ, цѣлый рядъ другихъ авторовъ происхожденіе первичныхъ раковъ печени ставитъ въ генетическую связь съ эпителиемъ желчныхъ ходовъ. Такъ, напримѣръ, Zinno (1901) въ своихъ 5-ти случаяхъ за matrix опухоли считаетъ желчные ходы; Fabozzi (1902) во всѣхъ 7 описанныхъ имъ случаяхъ также производитъ ракъ изъ эпителия желчныхъ ходовъ; тотъ же источникъ происхожденія рака принимаетъ и Fischer (1903) для своихъ 3 случаевъ. Послѣдній авторъ считаетъ, что вообще первичный ракъ печени чаще развивается изъ желчныхъ ходовъ, чѣмъ изъ печеночныхъ клѣтокъ и думаетъ, что многіе случаи, описанные въ литературѣ подъ видомъ рака изъ печеночныхъ клѣтокъ, на самомъ дѣлѣ должны быть отнесены къ ракамъ изъ эпителия желчныхъ ходовъ. Этотъ взглядъ поддерживаетъ и Herxheimer (1906). Онъ нашелъ въ литературѣ 41 случай рака, въ которыхъ, по его мнѣнію, неправильно за matrix опухоли принимаются пече-

\*) Grundriss d. patholog. Anatom. 1904 г.

ночные клѣтки. Два послѣднихъ автора, а также и нѣкоторые другіе [Theodorow (1908), Goldzieher (1910)] существеннымъ признакомъ происхожденія рака изъ эпителия желчныхъ ходовъ считаютъ тубулярное строеніе, а для карциномы изъ печеночныхъ клѣтокъ—трабекулярное или альвеолярное строеніе. Однако чаще всего, какъ это наблюдается и въ описываемыхъ мною случаяхъ, ракъ печени не имѣетъ вездѣ однообразнаго строенія; напротивъ, строеніе его обыкновенно бываетъ смѣшаннымъ: въ однихъ частяхъ тубулярное, въ другихъ трабекулярное или альвеолярное. По этому поводу Fischer (1903) говоритъ, что иногда и ракъ изъ желчныхъ ходовъ можетъ носить трабекулярное строеніе или даже принимать характеръ диффузной медуллярной карциномы, а Theodorow (1908) и Goldzieher (1910) указываютъ, что ракъ изъ печеночныхъ клѣтокъ также можетъ имѣть тубулярное строеніе. Goldzieher же, кромѣ того, считаетъ возможнымъ происхожденіе трубчатыхъ полостей въ ракъ путемъ центрального некроза трабекулъ. Наконецъ, нѣкоторые авторы [Thorel, Fraser, Polak-Daniels (1905) и др.] допускаютъ одновременное развитіе опухоли изъ обоихъ источниковъ: изъ эпителия желчныхъ ходовъ и изъ печеночныхъ клѣтокъ. Найти прямое превращеніе эпителия желчныхъ ходовъ, равно какъ и печеночныхъ клѣтокъ, въ опухольное разрастаніе, обыкновенно, не удастся. Лишь немногіе авторы (Siegenbeck van Heukelom, Ribbert, Goldzieher и др.) видѣли непосредственный переходъ печеночныхъ трабекулъ въ опухоль. Но, по мнѣнію Ribbert'a, такіе „Uebergangsbilder“ нельзя считать достаточнымъ доказательствомъ возникновенія рака изъ печеночныхъ клѣтокъ. Авторъ думаетъ, что такое соединеніе раковыхъ клѣтокъ съ печеночными трабекулами происходитъ вторично при вращаніи рака въ печеночную дольку. Къ этому взгляду присоединяются Herxheimer (1906), Пожарскій (1907) и др.. При изслѣдованіи своихъ случаевъ въ мѣстахъ диффузнаго прорастанія печени опухолью, мнѣ также приходилось видѣть картины непосредственнаго перехода печеночныхъ трабекулъ въ ряды раковыхъ клѣтокъ (случ. I и III). Однако установить генетическую связь раковыхъ клѣтокъ съ печеночными было совершенно невозможно, такъ какъ послѣднія представлялись въ большинствѣ случаевъ сдавленными, атрофичными и рѣзко отличались отъ раковыхъ по окраскѣ (какъ отмѣчаетъ

Adler и мн. др. авторы). Напротивъ, въ одномъ случаѣ (VIII) мнѣ удалось найти, какъ мнѣ кажется, непосредственный переходъ желчныхъ протоковъ въ ракъ, а именно, я находилъ трубчатыя железы, высланныя кубическимъ эпителиемъ, и представлявшія собою, несомнѣнно, желчные протоки, въ которыхъ съ одного конца наблюдалась пролиферація клѣтокъ (кариокинезы), железистое строеніе терялось и желчный протокъ превращался въ раковую ячейку. Подобныя картины наблюдали и нѣкоторые другіе авторы (Вопоте и др.).

Наконецъ, Пожарскій и нѣкоторые другіе для доказательства происхожденія опухоли изъ печеночныхъ клѣтокъ пытались привлечь желчеотдѣлительную функцію раковыхъ клѣтокъ, но и этотъ признакъ нельзя считать особенно надежнымъ уже потому, что не всегда бываетъ возможно опредѣлить, происходитъ ли дѣйствительная продукція желчи раковыми клѣтками или имѣется лишь желчная пигментація ихъ. Что же касается явленій желчеотдѣленія въ метастазахъ, то такія наблюденія очень немногочисленны P e r l s (1872), H e l l e r (1895), S c h m i d t (1897), C l o i n (1901), R h o d e (1903) и нѣкот. др.). Кроме того, какъ принимаетъ теперь большинство авторовъ (Подвысоцкій, Adler, Meder, Marchand, Ströbe и др.), въ нѣкоторыхъ случаяхъ регенерація печеночныхъ клѣтокъ можетъ итти изъ эпителия желчныхъ протоковъ, а потому послѣдній необходимо долженъ обладать зачаткомъ всѣхъ функциональныхъ особенностей печеночныхъ клѣтокъ и нѣтъ ничего удивительнаго, если элементы опухоли, происходящей изъ эпителия желчныхъ ходовъ, обнаруживаютъ желчеотдѣлительную функцію. Исходя изъ того же положенія, что при извѣстныхъ условіяхъ печеночныя клѣтки могутъ регенерироваться изъ эпителия желчныхъ ходовъ, нѣкоторые авторы [Fischer (1903), Theodorow (1908) и др.] высказали взглядъ, что при развитіи рака изъ эпителия желчныхъ ходовъ, раковыя клѣтки могутъ получать всѣ свойства печеночныхъ клѣтокъ. Къ этому мнѣнію всецѣло присоединяюсь и я и думаю, что при такомъ взглядѣ на происхожденіе рака, легко объясняется и разнообразіе въ строеніи различныхъ участковъ опухоли въ одномъ и томъ же случаѣ: въ однихъ участкахъ строеніе тубулярное, въ другихъ—трабекулярное, въ однихъ клѣтки съ характеромъ печеночныхъ, въ другихъ—похожія на эпителий желчныхъ протоковъ и, наконецъ, участки съ различными переходными формами отъ одного

типа къ другому. Но если въ большинствѣ случаевъ matrix опухоли является эпителий желчныхъ ходовъ, то, несомнѣнно, бываютъ случаи рака, первично возникающіе и изъ печеночныхъ клѣтокъ [напр. случ. Чистовича (1910)].

Что касается причинъ возникновенія рака печени, то многіе авторы связываютъ его съ гипертрофически-регенеративными процессами въ этомъ органѣ и строго не отдѣляютъ его отъ узелковой гиперплазіи и доброкачественной аденомы (Marchand, Lubarsch, Schmieden, Loehlein, Zninicwicz, Ziegler и др.). Принимаютъ, что въ основѣ всѣхъ трехъ процессовъ лежатъ явленія регенерациі печеночной паренхимы, вышедшей за предѣлы нормальныхъ рамокъ, и что только степень эксцесса роста опредѣляется характеръ выше упомянутыхъ процессовъ, и что, наконецъ, узелковая гиперплазія и аденома можетъ быть предшествующей стадіей рака. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (VII) какъ разъ на ряду съ раковымъ процессомъ имѣется типичная картина узелковой гиперплазіи печени, и хотя явленій непосредственнаго перехода аденомъ въ ракъ мнѣ не удалось прослѣдить, тѣмъ не менѣе одновременное присутствіе двухъ процессовъ позволяетъ предположить существованіе генетической связи ихъ между собою.

Особенный интересъ представляетъ постоянное совпаденіе первичнаго рака печени съ циррозомъ; въ громадномъ большинствѣ случаевъ съ атрофическимъ (Necker (1905), Härtel (1906), Чарушинъ (1907) и больш. др. авт.), рѣже съ другими видами цирроза: въ одномъ случаѣ Fischer'a (1903) наблюдался биліарный циррозъ, въ случаяхъ Oertel'a (1905) и Fabyan'a (1907) былъ гипертрофическій циррозъ, а въ одномъ случаѣ Lissauer'a (1910) имѣлся специфическій сифилитическій интерстиціальнй процессъ. По Eggel'у циррозъ наблюдается въ 85,4% всѣхъ случаевъ первичнаго рака печени и многіе авторы (Sabourin, Brissaud, Zinno, Fabris, Jona, Bonome и др.) въ виду этого принимаютъ циррозъ за непосредственную причину возникновенія опухоли. Другіе (Markwald, Fabozzi), наоборотъ, первичнымъ страданіемъ считаютъ ракъ, а циррозъ вторичнымъ явленіемъ. Наконецъ, третій (Hanot и Gilbert, Engelhardt, D'Allocco и др.) считаютъ, что какъ циррозъ, такъ и ракъ вызываются одной и той же причиной, на примѣръ алкоголизмомъ, маляріей, различными аутоинтоксикаціями и т. д. Эти стимулы дѣйствуютъ одинаково и на эпи-

телей и на межуточную ткань и какая изъ этихъ тканей сильнѣе страдаетъ, та и начинается первой разрастаться (D'Allosso). Сравнительно немногіе авторы (Kelsch и Kiener, Frohman) считаютъ циррозъ и ракъ совершенно самостоятельными процессами, не имѣющими между собою ничего общаго.

Несомнѣнно, что первичнымъ страданіемъ является циррозъ, во-первыхъ потому, что циррозъ—страданіе длительное, а ракъ печени обыкновенно протекаетъ очень быстро (напримѣръ въ случаяхъ Acland и Dudgeon (1902) и Schlesinger'a (1902) смерть наступила черезъ 4 мѣсяца послѣ начала заболѣванія); во-вторыхъ потому, что циррозъ наблюдается обыкновенно и въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ нѣтъ ни малѣйшихъ признаковъ рака. Однако въ виду того, что существуютъ несомнѣнные случаи первичнаго рака печени безъ малѣйшихъ признаковъ цирроза (случаи Heussi (1898), Wegelin'a (1905), одинъ случай Lohlein'a (1907), Wood'a (1908), Bascho (1909), одинъ мой случай (VIII) и нѣкоторые другіе), то считать циррозъ единственнымъ этиологическимъ моментомъ развитія рака печени, конечно, невозможно.

Въ большинствѣ случаевъ первичный ракъ печени бываетъ множественный, и нерѣдко въ видѣ безчисленныхъ небольшихъ узловъ, мѣстами сливающихся въ болѣе крупные очаги, онъ довольно равномерно захватываетъ весь органъ—cancer nodulaire Hanot. Рѣже ракъ развивается въ видѣ одиночныхъ узловъ достигающихъ иногда большихъ размѣровъ—cancer massif Hanot. Въ литературѣ за послѣдніе 7 лѣтъ встрѣчается нѣсколько случаевъ массивнаго рака печени (случ. Battino (1900), Perutz (1903), Girard (1905), Polak-Daniels (1905), одинъ случ. Lissauer'a (1910) и др.]. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (III) также имѣется ракъ въ видѣ 2-хъ крупныхъ одиночныхъ узловъ; но, какъ справедливо замѣчаетъ Радкевичъ, массивный ракъ не является строго обособленной формой, такъ какъ въ литературѣ описаны различныя переходныя формы отъ массивной къ узелковой. Съ одной стороны, нерѣдко вокругъ одного большого узла наблюдаются многочисленныя мелкіе, съ другой стороны, и при узелковой формѣ часто наблюдаются отдѣльныя крупныя узлы съ куриное яйцо и больше. Въ виду этого Радкевичъ полагаетъ, что строго обособленныхъ формъ не существуетъ, а есть только различныя стадіи и степени развитія одного и того же процесса. По моему мнѣнію, вопросъ о

дѣленіи рака на массивную и узелковую формы \*) имѣеть связь съ вопросомъ о мультицентральному и уницентральному возникновеніи рака печени. Массивная форма наблюдается въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль возникаетъ уницентрально. Что же касается узелковаго рака, то, какъ это принимаетъ большинство авторовъ [K a u f m a n n, \*\*) O e r t e l (1905), L a n d s t e i n e r (1907), G o l d z i e h e r (1910) и др.], онъ, несомнѣнно, возникаетъ мультицентрально. Въ самомъ дѣлѣ, несмотря на чрезвычайную склонность рака печени вращаться въ сосуды (вены) и давать, такимъ образомъ, метастатическіе узлы въ предѣлахъ этого органа (см. рис. 3 и 4), трудно допустить, чтобы именно путемъ метастазовъ изъ одного очага вся печень, равномерно во всѣхъ своихъ отдѣлахъ могла быть поражена безчисленными узелками опухоли приблизительно одной и той же величины, какъ это наблюдалось, на примѣръ, въ одномъ нашемъ случаѣ (V). M o n i e r - V i n a r d (1910) въ этомъ отношеніи очень удачно сравниваетъ узелковую форму рака съ множественной фиброміомой матки, относительно мультицентральному возникновенію которой никто, конечно, не сомнѣвается.

Далѣе, что касается метастазовъ изъ первичнаго рака печени, то, несмотря на чрезвычайную склонность рака давать вторичные узлы въ предѣлахъ самой печени (и, пожалуй, въ перипортальныхъ лимфатическихъ железахъ), переносы въ другіе органы наблюдаются очень рѣдко. Сравнительно чаще наблюдаются метастазы въ легкихъ (по Радкевичу изъ 101 случая въ 13-ти) и лишь очень рѣдко описываютъ метастазы въ другихъ органахъ: въ сердцѣ, въ селезенкѣ (M a r k w a l d), въ груди (S c h m i d t). За послѣдніе 7 лѣтъ въ литературѣ описано нѣсколько случаевъ первичнаго рака печени съ метастазами: P e r u t z (1903) нашелъ многочисленныя узлы въ перипортальныхъ лимфатическихъ железахъ, на паріетальной и висцеральной брюшинѣ и въ поджелудочной железнѣ; T r a v i s (1903) въ легкихъ и легочныхъ сосудахъ. Въ первомъ случаѣ F i s c h e r 'a метастазы были найдены въ перипортальныхъ и медиастинальныхъ лимфатическихъ железахъ, во второмъ—только въ перипортальныхъ железахъ и въ третьемъ—въ бронхиальныхъ, трахеальныхъ и ретроперитонеальныхъ. Особенно распространенныя метастазы были въ случаѣ

\*) О диффузной формѣ и т. н. cirrhosis carcinomatosa я не говорю, т. к. у меня нѣтъ соответствующихъ объектовъ.

\*\*) Lehrbuch. 1897.

Friedheim'a: у мужчины 57 лѣтъ авторъ нашелъ вторичные узлы въ лѣвомъ легкомъ, въ забрюшинныхъ железахъ, въ почкахъ, на брюшинѣ и въ 3-емъ лѣвомъ ребрѣ. Oertel (1905) описалъ метастазы въ венахъ головки поджелудочной железы; Wegelin (1905)—въ легкихъ; Plaut (1906)—въ перипортальныхъ лимфатическихъ железахъ и въ легкихъ. Во всѣхъ трехъ случаяхъ Loehlein'a (1907) наблюдались метастатическіе узлы въ самыхъ различныхъ органахъ: въ I случаѣ—въ перипортальныхъ лимфатическихъ железахъ, въ легкихъ, въ почкахъ, въ надпочечникахъ; во II случаѣ—только въ легкихъ и въ III—въ легкихъ, на діафрагмѣ, плеврѣ и перикардіи. Въ I случаѣ Theodogow'a (1908) метастазы наблюдались въ медиастинальныхъ и забрюшинныхъ лимфатическихъ железахъ, на брюшинѣ и въ правой почкѣ, во II случаѣ вторичные узлы были найдены лишь въ легкихъ. Bascho (1909) нашелъ метастазы первичнаго рака печени въ перипортальныхъ лимфатическихъ железахъ на 4-омъ и на 9-омъ ребрѣ. Въ III случаѣ Lissauer'a (1910) метастазы были на брюшинѣ и въ лѣвомъ легкомъ, а въ IV его случаѣ—на брюшинѣ, въ сальникѣ, въ перипортальныхъ и мезентеріальныхъ железахъ и на плеврѣ.

Въ трехъ нашихъ случаяхъ также наблюдались обширные метастазы \*). Въ I случаѣ наблюдались переносные узлы въ легкомъ, въ перипортальныхъ лимфатическихъ железахъ и въ венахъ поджелудочной железы; во II случаѣ были найдены обильные метастазы въ легкихъ и въ стѣнкѣ желчнаго пузыря, и въ III случаѣ метастазы распространялись по лимфатическимъ путямъ брыжжейки, по серозной поверхности кишекъ, откуда опухоль проникла въ самую стѣнку тонкой кишки, и per continuitatem въ переднюю брюшную стѣнку.

Характерная особенность первичныхъ раковъ печени давать обширную диссеминацію по венамъ, строго ограничиваясь предѣлами самой печени, и рѣдкость метастазовъ въ другихъ органахъ, рѣзко отличаютъ карциному печени отъ раковыхъ процессовъ въ другихъ органахъ, и многіе авторы поэтому долгое время не хотѣли причислить первичную карциному печени къ раковымъ процессамъ, сохраняя для нея старое названіе—аденома. Нѣкоторые французскіе авторы Monier-Vinard (1910), Rénon

\*) Относительно 5-ти старыхъ случаевъ изъ музея, къ сожалѣнію, не имѣется никакихъ свѣдѣній, касающихся другихъ органовъ. Въ случаяхъ I. Ф. Пожарискаго метастазовъ не было.

(1910) и теперь пытаются выдѣлить въ особую группу ракъ печени съ циррозомъ (cancer avec cirrhose) безъ метастазовъ подъ именемъ „hepatoma“. Но большинство давно уже причисляетъ эту опухоль къ настоящимъ ракамъ. Рѣдкость метастазовъ первичной карциномы печени, особенно при посредствѣ кровеносной системы (въ легкія и т. д.) объясняется авторами различно. Такъ напримѣръ, Радкевичъ отсутствіе метастазовъ въ легкіяхъ объясняетъ тѣмъ, что раковыя клѣтки, избалованныя избыткомъ питательнаго матеріала въ печени, приносясь въ легкое, быстро, благодаря измѣнившимся условіямъ жизни, теряютъ свою жизнедѣятельность. По мнѣнію Wegelin'a, возможно, что въ тѣхъ случаяхъ, когда не отмѣчаются метастазы въ легкіяхъ, мелкія легочныя артеріи тѣмъ не менѣе содержатъ опухолевые тромбы, которые при организаціи разсасываются или инкапсулируются.

Мнѣ кажется, что рѣдкость заносовъ первичнаго рака печени въ легкое имѣетъ общую причину съ рѣдкостью раковыхъ заносовъ въ легкое вообще изъ печени. Если сравнить частоту метастазовъ въ печени и въ легкіяхъ при первичныхъ ракахъ желчнаго пузыря, желудка, поджелудочной железы и т. д., то оказывается, что въ то время какъ переносные узлы въ печени изъ первичныхъ опухолей желудка, поджелудочной железы и т. д. наблюдаются приблизительно въ половинѣ случаевъ, метастазы же въ легкое изъ печеночныхъ (вторичныхъ) узловъ наблюдаются всего въ 19 % всѣхъ случаевъ пораженія печени \*) и объясняется это, мнѣ кажется, фізіологическими особенностями кровообращенія въ нижней полой и особенно въ воротной венахъ: низкимъ давленіемъ (въ полой венѣ отрицательнымъ), ритмическими застоями крови (въ моментъ систолы сердца) и наступающимъ по временамъ (какъ принимаютъ нѣкоторые авторы) обратнымъ токомъ крови. Этими условіями, вѣроятно, объясняются наблюдающіеся иногда метастазы (въ случаѣ Oertel'a и въ нашемъ I случаѣ) первичнаго рака путемъ ретроградной эмболии по vena portae въ головку поджелудочной железы.

Характерной особенностью первичныхъ раковъ печени является присутствіе громаднаго количества многоядерныхъ гигантскихъ клѣтокъ. Интересно отмѣтить, что образованіе эпителиальнаго происхожденія гигантскихъ клѣтокъ въ печени наблюдается не только при раковыхъ, но также и при другихъ патологиче-

---

\*) Цифры выведены на основаніи протокольнаго матеріала патолого-анатомическаго института Импер. Новоросс. Унив. и Одесской старой городской больницы.

скихъ процессахъ: такъ напримѣръ, Rössle находилъ такія гигантскія клѣтки при туберкулезѣ, Martin Lonicer описалъ ихъ при врожденномъ сифилисѣ печени, что наблюдали и мы въ одномъ случаѣ изъ патолого-анатомическаго института Новороссійскаго Университета. Образование гигантскихъ клѣтокъ видѣли также при искусственно вызванной регенераціи печени (Подвысоцкій).

Schmieden гигантскія клѣтки въ ракахъ печени считаетъ за промежуточныя формы между печеночными клѣтками и клѣтками опухоли. Fischer съ большими основаніями образование гигантскихъ клѣтокъ считаетъ за результатъ процессовъ дегенеративнаго характера. Этотъ послѣдній взглядъ, мнѣ кажется, наиболѣе вѣрнымъ и соотвѣтствуетъ тому факту, что въ гигантскихъ клѣткахъ постоянно наблюдаются дегенеративныя явленія (см. рис. 5).

Для полной характеристики первичнаго рака печени слѣдуетъ сказать нѣсколько словъ о возрастѣ субъектовъ, страдающихъ этой опухолью. Первичная карцинома печени очень часто поражаетъ людей молодыхъ и даже самыхъ маленькихъ дѣтей. Такъ напримѣръ, Howes (1906) наблюдалъ ракъ печени у субъектовъ 16 и 17-лѣтняго возраста, Martini (1904)—у 18-лѣтняго мужчины, Stephen Smith Burt—у 12-лѣтняго мальчика, Vonoteme—у 11-лѣтняго мальчика, Wegelin (1905)—у ребенка 5 $\frac{1}{2}$  лѣтъ, Schlesinger—у мальчика 4-хъ лѣтъ. Далѣе Weber (1900) описалъ случай первичнаго рака печени у годового ребенка, Plaut (1906)—у мальчика 1 года и 2-хъ мѣсяцевъ. Кромѣ того послѣдній авторъ приводитъ изъ литературы еще 4 случая рака у дѣтей отъ 8-недѣльнаго до 10-мѣсячнаго возраста.

Такимъ образомъ, подводя итоги всему выше сказанному, мы видимъ, что первичный ракъ печени представляетъ собою въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ совершенно своеобразную опухоль, во многомъ отличающуюся отъ другихъ бластомъ.

Первичный ракъ печени представляетъ собою опухоль въ большинствѣ случаевъ мультицентрального происхожденія.

Клѣтки опухоли очень часто сохраняютъ цѣликомъ весь морфологическій и функциональный (желчеотдѣленіе) типъ печеночныхъ клѣтокъ даже въ метастазахъ.

Эти клѣтки обладаютъ удивительной способностью давать

образование многоядерныхъ гигантскихъ тѣлъ, представляющихъ собою, несомнѣнно, явленіе дегенеративное.

Характернымъ для первичной карциномы печени является то, что это новообразование постоянно сопутствуется циррозомъ, который, повидимому, является однимъ изъ этиологическихъ моментовъ въ развитіи рака.

Печеночные раки сравнительно часто развиваются у субъектовъ молодыхъ и даже у самыхъ маленькихъ дѣтей.

Обладая чрезвычайной склонностью къ распространенію по кровеносной системѣ внутри печени, первичный ракъ этого органа въ то же время рѣдко даетъ метастазы въ легкое, повидимому, въ зависимости отъ особенностей кровообращенія въ воротной и нижней полій венахъ.

Несмотря на это, данная опухоль, какъ злокачественное новообразование эпителиальнаго строенія, должна быть причислена къ ракамъ.

Что касается гистогенеза рака печени, то чаще источникомъ развитія опухоли служить эпителий мелкихъ желчныхъ протоковъ, хотя, несомнѣнно, ракъ можетъ развиваться и изъ печеночныхъ клѣтокъ.

Заканчивая свою работу, считаю пріятнымъ долгомъ выразить глубокую благодарность дорогому учителю Профессору Дмитрію Павловичу Кишенскому за разрѣшеніе воспользоваться музейнымъ матеріаломъ и за просмотръ настоящей работы.

---

## Указатель литературы.

Acland и Dudgeon. Primary carcinoma of the liver. цитир. по Virchow's Jahresb. Bd. 37.

Adler. Ueber einen Fall von gelber Leberatrophie mit ungewöhnlichem Verlauf. Zeitschr. f. Heilkunde. 1903. стр. 199.

Онъ же. Ueber helle Zellen in der menschlichen Leber. Ziegler's Beiträge. Bd. XXXV. 1904. стр. 163.

D'Allocco. Sull'adenocarcinoma con cirrosi del fegato. цитир. по Barbacci и по Morpurgo.

Barbacci. Summarischer Bericht über die wichtigsten italienischen Arbeiten u. s. w. im Jahre 1901, 1902, 1904. C.t.b. f. path. Anatom. Bd. XIII. стр. 325, Bd. XIV. стр. 673, Bd. XVI стр. 673.

Bascho. Ein Fall von starkzystischem, Papillen bildenden primärem Adenokarzinom der Leber mit wässeriger Sekretion seitens der Krebszellen. Frankfurter Zeitschr. f. Pathologie. Bd. 3. 1903. стр. 242.

Battino. Цитир. по Barbacci.

Bindi. Contributo clinico ed istogenetico al cancro primitivo del fegato. цитир. по Barbacci.

Воноте. цитир. по Barbacci.

Brunk. цитир. по Loeb и по Virchow's Jahresb. Bd. 39.

Conti. Cancro cirrosi del fegato con infiltrazione neoplastica dei nervi e delle arterie. цитир. по Virchow's Jahresb. Bd. 43.

Courmont и Crémieu. цитир. по Virchow's Jahresb. Bd. 43.

Dibbelt. Ueber Hyperplasie, Adenom u. Primärkrebs der Leber. цитир. по C.t.b. f. path. Anatom. Bd. XVI. стр. 998.

Eggel. Ueber das primäre Carcinom der Leber. Ziegler's Beiträge. Bd. XXX. 1901. стр. 506.

Ewing. A case of primary carcinoma of the liver. цитир. по C.t.b. f. path. Anatom. Bd. XVIII. стр. 744.

Fabozzi. Contribuzione all'istogenesi del cancro epatico e al cancro-cirrosi. цитир. по Barbacci и по Morpurgo.

Fabris. Adenoma epatico e paraepatico con cirrosi. цитир. по Morpurgo.

Fabyan. A case of primary carcinoma supervening in a cirrhotic liver. цитир. по Zeitschr. f. Krebsf. Bd. 6. стр. 586.

Fischer. Ueber Gallengangskarzinome sowie über Adenome und primäre Krebse der Leberzellen. Virchow's Archiv. Bd. 174. 1903. стр. 544.

Fraenkel. цитир. по Loehlein'y.

Friedheim. Ueber primären Krebs der Leber, Gallengänge und Gallenblase. Beiträge zur klin. Chir. Bd. 44. 1904. стр. 188.

Fuhrhans. Ueber primäres Lebercarcinom unter Anführung eines Falles von primärem desmoplastischem Leberkrebs. цит. по Loeb.

Fulci. Contributo allo studio delle neoplasie epiteliali del fegato associate a cirrosi. цитир. по Virchow's Jahresb. Bd. 43.

Girard. Contribution a l'étude du cancer massif du foie. Revue de médecine T. XXV. 1905. стр. 1013.

Goldzieher. Die Histogenese des primären Leberkrebses. Verhandl. d. deutsch. path. Gesellsch. T. XIV. 1910.

Hanseman. Ueber den primären Krebs der Leber. Berlin. klin. Wochenschr. 1890 стр. 353.

Härtel. цитир. по Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 4 стр. 104.

Hawes. Three cases of primary malignant disease of the liver. цитир. по Virchow's Jahresb. Bd. 41.

Herxheimer. Ueber das primäre Lebercarcinom. C.t.b. f. path. Anatom. Bd. XVII. 1906. стр. 724.

Hoppeler. Ueber einen Fall von Adenoma hepatis. цитир. по Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 4. стр. 116.

Жона. Cancro-cirrosi del fegato. цитир. по Barbacci и по Morpurgo.

Онъ же. О томъ же. цитир. по Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 4. стр. 130 и по Barbacci.

Kretz. Pathologie der Leber. Lubarsch и Ostertag. Ergebnisse. VIII-2. стр. 527—531. 1904.

- Landois. Münch. mediz. Wochenschr. 1907. стр. 1703.
- Loeb. Bericht über die Universitätschriften betr. Krebsleiden u. s. w. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 6.
- Loehlein. Drei Fälle von primärem Leberkarzinom. Ziegler's Beiträge. Bd. XLII. 1907. стр. 531.
- Landsteiner. цитир. по Virchow's Jahresb. Bd. 42.
- Lissauer. Ueber das primäre Karzinom der Leber. Virchow's Archiv. Bd. 202 стр. 57. 1910.
- Marshal. A case of primary carcinoma supervening in a cirrhotic liver. цитир. по Virchow's Jahresb. Bd. 42.
- Martini. Adeno-carcinoma primitivo del fegato. цитир. по Barbacci и Morpurgo.
- Morpurgo. Bericht über die italienische Literatur. Lubarsch и Ostertag. Ergebnisse. XII.
- Monier-Vinard. Sur un nouveau type de tumeur primitive du foie; l'Hépatome. Thèse de Paris. № 128. 1910.
- Meistring. цитир. по Virchow's Jahresb. Bd. 39.
- Necker. Multiple maligne Tumoren neben Echinokokkus in einer cirrhotischen Leber. Zeitschr. f. Heilkunde. Bd. XXIV. 1905. стр. 351.
- Oertel. Der primäre Leberkrebs, zugleich ein Beitrag zur Histogenese des Krebses. Virchow's Archiv. Bd. 180. 1905. стр. 499.
- Perutz. Zur Klinik des primären Leberkarzinoms. Münch. mediz. Wochenschr. 1903. стр. 1342.
- Plaut. Klinische und anatomische Beobachtungen über einen Fall von primärem Lebercarcinom im frühesten Kindesalter. Archiv f. Kinderheilk. Bd. 43. 1906. стр. 249.
- Пожариский. Къ вопросу о первичныхъ ракахъ печени. Харьк. медиц. журн. № 5. 1908.
- Polak-Daniels. Beitrag zur Kenntnis der Histogenese des primären Leberkrebses. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 3. 1905. стр. 540.
- Радкевичъ. Къ учению о первичномъ ракъ печени. Дисс. Москва. 1903.
- Rénon. L'hépatome, tumeur primitive du foie. La Semaine médicale. 1910. № 2. стр. 21.
- Rohde. цитир. по C.t.b. f. path. Anatom. Bd. XIV. стр. 746.
- Schlesinger. Zur Casuistik des Lebercarcinoms im Kindesalter. цитир. по Virchow's Jahresb. Bd. 37.
- Smith Burt Stephen. Adeno-Carcinom der Leber im Kindesalter. цитир. по Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 3. стр. 348.
- Sotti. цитир. по Barbacci.
- Theodorow. Zur Kenntnis der primären Leberkarzinome. Virchow's Archiv. Bd. 193. 1908. стр. 407.
- Travis. цитир. по Virchow's Jahresb. Bd. 37.
- Trittelevitz. Beitrag zur Casuistik der Leberadenome. цитир. по Loeb.
- Чарушинъ. Сочетаніе первичнаго рака печени съ атрофическимъ циррозомъ ея (Cancer avec cirrhose). Казанск. медиц. журн. 1907. февраль—іюнь.

Чистовичъ. Случай своеобразнаго пораженія печени съ злокачественной гиперплазіей печеночныхъ клѣтокъ. Русскій Врачъ. 1910. № 25, стр. 861.

Wätzold. Beitrag zur Frage der Leberadenome. Ziegler's Beiträge. Bd. XXXIX стр. 456.

Weber. Ein Fall von primärem Leberkrebs im ersten Lebensjahre. цитир. по Lubarsch и Ostertag. Ergebnisse. VIII-2 стр. 527.

Weber и Michels. цитир. по Virchow's Jahresb. Bd. 41.

Wells. цитир. по Virchow's Jahresb. Bd. 38.

Wegelin. Ueber das Adenokarzinom und Adenom der Leber. Virchow's Archiv. Bd. 179. 1905. стр. 95.

Wood. A case of primary carcinoma of the liver. цитир. по C.t.b. f. path. Anatom. Bd. XXII. стр. 418.

Zinno. Ricerche istologiche e sperimentali su 5 casi cancerosi del fegato. цитир. по Barbacci и по Morpugo.

Znizicwicz. Ueber die Primärkrebse der Leber und ihre Matrix. цитир. по Virchow's Jahresb. Bd. 42.

### Объясненіе рисунковъ.

Микрофотографическіе снимки сдѣланы мною аппаратомъ С. Zeiss'a. Рис. 1, 2, 3, 4, 5 и 6—при слабомъ увелич. рис. 9—при среднемъ и рис. 7, 8 и 10—при очень слабомъ увеличеніи.

Рис. 1. Аденоматозный участокъ (случ. I). На рис. видны полости, выстланныя кубич. эпителиемъ и выполненныя желчью.

Рис. 2. Альвеолярный участокъ (случ. I). На рис. видны раковыя альвеолы, раздѣленныя тонкими соедин.-тканн. прослойками. Внутри альвеолъ видны небольшія полости, выполнены желчью.

Рис. 3. Изъ случ. 1. Посерединѣ раковый узелокъ свободно лежитъ въ просвѣтѣ вены, окруженный кровяными тѣльцами.

Рис. 4. (Случ. II). Посерединѣ раковый узелокъ, занимающій весь просвѣтъ vena portae и прорастающій сквозь ея стѣнку.

Рис. 5. (Случ. I). На рисункѣ видно нѣсколько гигантскихъ клѣтокъ; многія изъ нихъ содержатъ очень крупныя вакуоли.

Рис. 6. Изъ (Случ. VII). Узелковая гиперплазія; 2 узелка сдавили печеночную дольку.

Рис. 7. Метастатическій узелокъ въ легкомъ (случ. I), окруженный геморрагическимъ поясомъ.

Рис. 8. Метаст. узелокъ въ венѣ поджелуд. ж. (луч. I).

Рис. 9. Раковый узелокъ въ кровеносномъ сосудѣ легкаго (случ. II). Узелокъ представляетъ собою маленькую трубочку, выстланную кубическими клѣтками. Просвѣтъ трубки занятъ большой каплей желчи.

Рис. 10. Метаст. узелки въ стѣнкѣ желчн. пузыря (случ. II). Надъ ними слой мышць и слиз. оболочка.

Рис. 1.

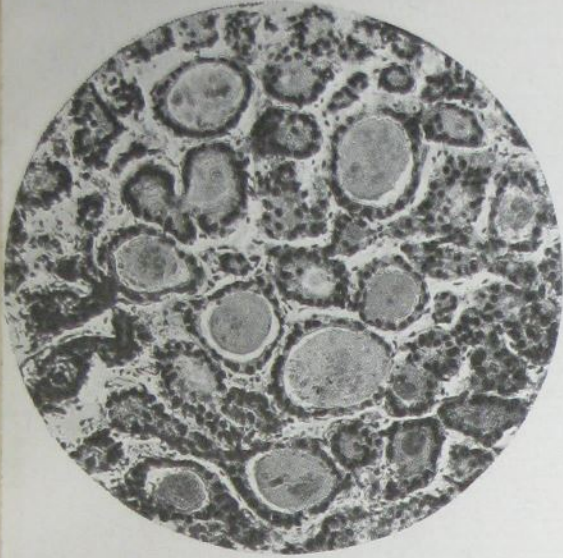


Рис. 2.

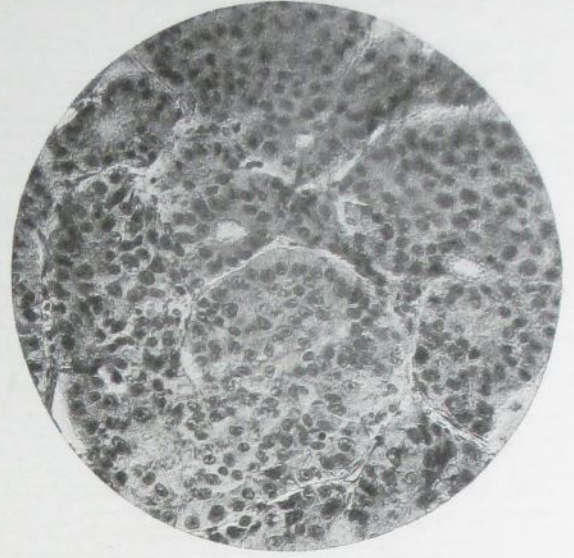


Рис. 3.



Рис. 4.



Рис. 5.



Рис. 6.



Рис. 7

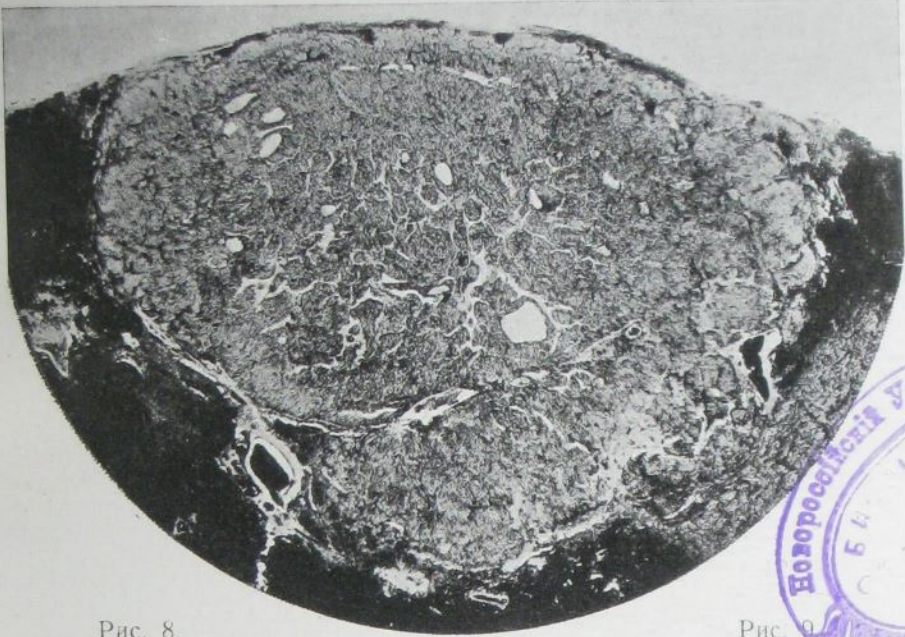


Рис. 8.

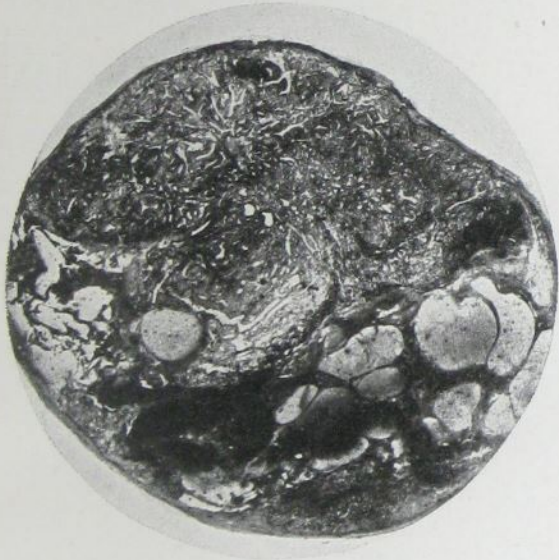


Рис. 9.

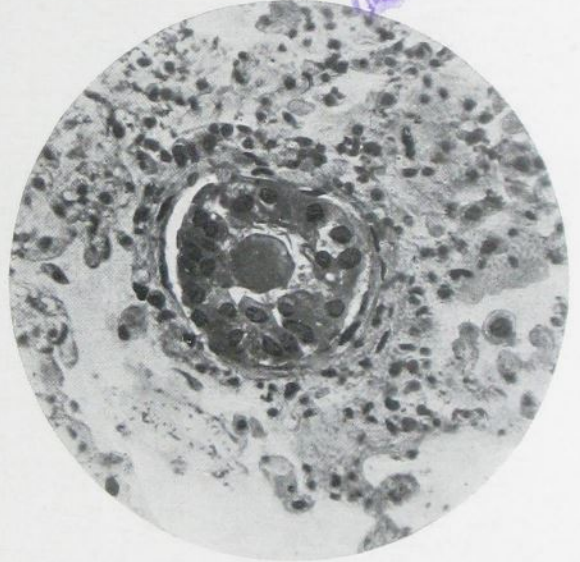
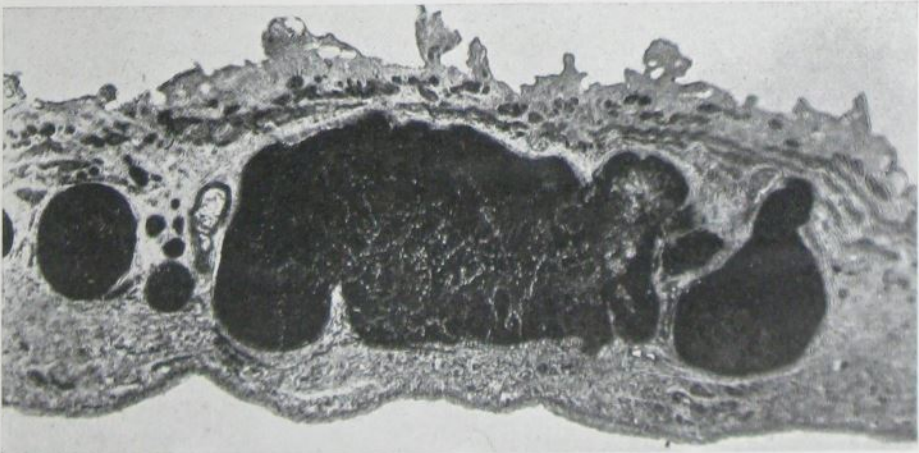


Рис. 10.



# Къ казуистикѣ ложныхъ опухолей у куриць.

И. Е. Корнманъ.

Изъ патолого-анатомическаго института Императорскаго Новороссійскаго Университета: проф. Д. П. Кишенскій.

Интересъ къ опухолямъ, встречающимся у животныхъ, появился сравнительно недавно и вызванъ главнымъ образомъ применениемъ экспериментальнаго метода изслѣдованія для выясненія вопроса объ опухоляхъ вообще. Значеніе этого метода было предсказано еще въ 1875 г. Bollinger'омъ. Несмотря на большое количество работъ, посвященныхъ въ послѣднее время экспериментальной разработкѣ на животныхъ вопроса объ опухоляхъ путемъ пересадки зародышевой, опухолевой и другихъ тканей, бросается въ глаза скудность нашихъ свѣдѣній какъ о патолого-анатомическихъ процессахъ, обычно поражающихъ животныхъ, такъ, особенно, о встречающихся у нихъ опухоляхъ. Относительно новообразований у животныхъ, не имѣющихъ большого значенія для человѣка, если не считать случайныхъ наблюдений, у насъ нѣтъ никакихъ систематическихъ свѣдѣній. Животныя, полезныя человѣку, также не особенно хорошо изслѣдованы въ этомъ смыслѣ. Такъ, напримѣръ, первая опухоль у рыбъ была, по Plehn, описана лишь въ 1875 году, общее же число найденныхъ у нихъ опухолей, по Шредерсу, къ 1907 г. едва превышало 50. У лягушекъ, являющихся постояннымъ объектомъ для изслѣдованій естествоиспытателей и врачей, до самаго по-

слѣдняго времени описано лишь двѣ опухоли. Нѣсколько болѣе полныя свѣдѣнія имѣются у насъ относительно домашнихъ животныхъ: лошадей, рогатаго скота, собакъ, кошекъ, домашнихъ птицъ и другихъ. Оставляя въ сторонѣ большинство указанныхъ видовъ животныхъ, мы перейдемъ къ опухолямъ, описаннымъ у куриць, причемъ не будемъ останавливаться на разновидностяхъ послѣднихъ. Оказывается, что число работъ по этому вопросу невелико, при чемъ главное вниманіе въ нихъ обращалось на встрѣчающіяся у куръ злокачественныя новообразованія.

Карциномы описали: Pick и Poll, Koch, Ehrenreich и Michaelis, Siedamgrotzky (ракъ печени у пѣтуха); спеціально карциномы яичника у курицы описали: Siedamgrotzky, Johnе, Zürn, Pauly, Kitt, Klee, Willigkt, Petit. Случаи обоихъ послѣднихъ авторовъ Buchholz считаетъ фибромами (konglomerierte Fibrome).

Саркомы у куриць нашли Semmer, Ehrenreich и Michaelis и Peyton Rous.

Доброкачественныхъ новообразованій описано у куриць лишь ничтожное число. Какъ выше упомянуто, Buchholz причисляетъ къ нимъ опухоли, описанныя Willigkt'омъ и Petit'омъ подъ названіемъ карциномъ (?). Фибромы у куриць описали Ehrenreich и Michaelis, фибромы и аденомы яичника— Buchholz, тератомы у пѣтуховъ описали Winokuroff и Schmincke.

Кожные рога (Zürn, Kitt, Hutyrа и др.), кисты яичника (hydrops follicularis, Buchholz, Petit и Germain), перья содержащія кисты (cystoma penniferum), гомологичныя дермоиднымъ кистамъ у женщинъ (Bollinger, Birch—Hirschfeld и др.) и, наконецъ, впервые описанные въ 1906 г. Ehrenreich'омъ и Michaelis'омъ желточныя опухоли (Dottertumoren) — должны быть отнесены къ разряду не настоящихъ опухолей (новообразованій), а къ разряду ложныхъ.

Изъ этого бѣлаго обзора доступной намъ литературы видно, что казуистика опухолей у куриць находится лишь въ зачаточномъ состояніи, опухоли же, впервые приведенныя у Ehrenreich'а и Michaelis'а, другими изслѣдователями пока описаны не были.

Ehrenreich и Michaelis въ концѣ статьи, посвященной опухолямъ у куриць вообще, сдѣлали предварительное сообщеніе объ особомъ видѣ опухолей, ксторыя, по ихъ словамъ, хотя и встрѣчаются у куриць довольно часто, но до сихъ

поръ нѣкъмъ описаны не были. Эти авторы приводятъ макроскопическій рисунокъ нѣкоторыхъ такихъ опухолей, свободно висящихъ въ брюшной полости и связанныхъ съ яичникомъ дубликатурой брюшины. Опухоли различной величины, неправильной формы, плотной консистенціи, сѣраго цвѣта. При разрѣзѣ одной изъ этихъ опухолей вылился жидкій желтокъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль главнымъ образомъ состоитъ изъ соединительной ткани, среди которой однако имѣется неопредѣленнаго характера зернистая масса, отдѣленная отъ соединительной ткани тяжемъ однослойныхъ кубическихъ клѣтокъ, съ обѣихъ сторонъ обложенныхъ тонкой гомогенной полосой.

Упомянутые авторы считаютъ наиболѣе вѣроятнымъ, что здѣсь дѣло идетъ о фолликулахъ яичника, отдѣлившихся въ различныхъ стадіяхъ развитія отъ яичника и приросшихъ въ любомъ мѣстѣ къ брюшинѣ. Изъ совокупности реактивныхъ процессовъ со стороны брюшины и дальнѣйшихъ измѣненій со стороны этихъ фолликуловъ, по мнѣнію этихъ авторовъ, вѣроятно образуются описываемыя опухоли, которыя они предложили назвать желточными опухолями — *Dottertumoren*. Наиболѣе характернымъ для нихъ признакомъ, какъ показываетъ и первая половина предложеннаго названія, они считаютъ наличность хотя бы слѣдовъ желтка. Изъ этихъ же опухолей, по предположенію *Ehrenreich'a* и *Michaelis'a*, могутъ въ послѣдствіи образоваться нѣкоторыя изъ описываемыхъ у куриць фибромъ.

Болѣе подробная работа о желточныхъ опухоляхъ у куриць, обѣщанная въ концѣ цитируемой статьи, до сихъ поръ не появилась и, по любезному сообщенію самого д-ра *Ehrenreich'a*, имъ пока еще не закончена.

Въ виду несомнѣннаго интереса, представляемаго этими образованіями, мы позволимъ себѣ добавить здѣсь описаніе двухъ подходящихъ случаевъ, изъ которыхъ одинъ любезно предоставленъ намъ для опубликованія прозекторомъ института, глубокоуважаемымъ барономъ *М. М. Тизенгаузеномъ*, которому мы здѣсь за это и за содѣйствіе при изученіи микроскопическихъ препаратовъ приносимъ свою искреннюю благодарность. Другой явился случайной находкой при начатой нами одной экспериментальной работѣ.

### С л у ч а й I.

При вскрытіи курицы № VII (см. диссертацию барона

Тизенгаузена), убитой 1. VI. 1905 послѣ производства опытовъ съ пересадкой зародышевой ткани, найдена была опухоль, свободно висящая въ брюшной полости, связанная съ яичникомъ при посредствѣ тонкаго тяжа соединительной ткани. Форма опухоли была неправильная, больше всего похожая на усѣченный конусъ, цвѣтъ ея желтый, консистенція сравнительно мягкая. По всему опухоль рѣзко отличалась отъ обычно находящихся въ полости брюшины связанныхъ съ яичникомъ яицъ. На разрѣзѣ опухоль оказалась состоящей изъ плотной капсулы и желтаго содержимаго, похожаго на желтокъ. Діаметръ опухоли— 1 см. Половина опухоли сохраняется въ спиртѣ, другая была залита въ целлоидинъ д-ромъ барономъ Тизенгаузенемъ, причемъ мнѣ любезно были предоставлены срѣзы, окрашенные гематоксилиномъ-эозиномъ и гематоксилиномъ- van-Gieson'омъ.

При разсматриваніи подъ микроскопомъ срѣзовъ проведенныхъ черезъ все образованіе, видны тѣ же рѣзко отличающіяся по строенію части, которыя отмѣчены были уже выше— капсула и содержимое.

Капсула соединительнотканнаго характера состоитъ изъ трехъ ясно различимыхъ слоевъ, не во всѣхъ мѣстахъ одинаково хорошо выраженныхъ. Наружный слой по наружной поверхности представляется гладкимъ, выстланнымъ эндотелиемъ (повидимому эндотелій брюшины) и состоитъ изъ болѣе рыхлой соединительной ткани, пронизанной большимъ количествомъ тонкостѣнныхъ, наполненныхъ кровью, сосудовъ и жировыхъ клѣтокъ. Въ немъ замѣтно довольно много грануляціонныхъ элементовъ, преимущественно круглыхъ; кое-гдѣ среди нихъ попадаются эозинофилы. Средній слой состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, среди которой много сосудовъ, изъ нихъ нѣкоторые съ довольно толстыми стѣнками. Кромѣ этого незначительное количество жировой ткани, много лимфоидныхъ фолликуловъ и сильно выраженный воспалительный круглоклѣточный инфильтратъ. Внутренній слой состоитъ изъ молодой соединительной ткани, среди которой видны различнаго характера элементы грануляціонной ткани— круглыя клѣтки, много эпителиоидныхъ и фибробласты. Кровеносные сосуды этого слоя преимущественно капиллярнаго типа, ядра эндотелія ихъ мѣстами набухли. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видны плохо красящіяся гомогенныя массы, окруженныя гигантскими клѣтками—повидимому некрозы. Внутренняя поверхность внутренняго слоя на границѣ съ содержи-

мымъ почти вездѣ рѣзко фестончата, причемъ края фестоновъ почти сплошь окаймлены гигантскими клѣтками. Во всѣхъ трехъ слояхъ капсулы, особенно въ наружномъ, видны рѣзко замѣтныя скопленія пигмента, повидимому, кровероднаго происхожденія.

Содержимое состоитъ изъ крупныхъ зернистыхъ образованій неправильной формы, то круглыхъ, то многогранныхъ. Зерна въ нихъ имѣютъ самую различную величину отъ незначительныхъ, еле замѣтныхъ, до величины въ 20 — 30  $\mu$ . и рѣзко красятся кислыми красками. Упомянутыя образования мѣстами распадаются на равномерную зернистую массу и несомнѣнно представляются идентичными съ элементами питательнаго желтка куринаго яйца. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ содержимое окаймлено рѣзко выступающей безструктурной оболочкой въ видѣ тонкой, равномерной плѣнки, окрашивающейся эозиномъ въ розовый цвѣтъ.

Представляя несомнѣнное сходство съ ранней стадіей развитія нормальнаго яйца, еще находящагося въ брюшной полости, описанное нами опухолевидное образование отличается ненормальной локализацией, измѣненной формой и плотностью, неправильностью строенія зернистыхъ шаровъ, имѣющихъ въ нормальномъ яйцѣ равномерную форму и распредѣляющихся болѣе правильно, а также наличностью рѣзкихъ воспалительныхъ явленій съ появленіемъ гигантскихъ клѣтокъ, рассасывающихъ содержимое.

Резюмируя сказанное, мы приходимъ къ заключенію, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ яйцомъ, фиксированнымъ на брюшинѣ и подвергающимся рассасыванію посредствомъ грануляціонной ткани. Сходство съ образованиями, описанными Ehrenreich'омъ и Michaelis'омъ подъ названіемъ желточныхъ опухолей, какъ видно изъ приведеннаго макро- и микроскопическаго описанія — безспорно значительное.

### С л у ч а й I I .

Желтая курица куплена была 18. II. 1910 для опытовъ пересадки зародышевой ткани, причемъ прощупывалось внизу живота плотное, овальной формы тѣло, величиной нѣсколько больше куринаго яйца. Курица на видѣ была совершенно здорова. Опыты нами были произведены 19. II., 24. II., 25. II. и 1. III. 1910 года. Все это время курица казалась вполнѣ здоровой, не неслась, опухоль внизу живота оставалась безъ замѣтныхъ на глазъ и при

ощупываніи измѣненій. 13. III. 1910 въ 12 часовъ дня курица была убита. Изъ протокола произведеннаго нами вскрытія мы приведемъ лишь данныя, относящіяся къ интересующимъ насъ теперь измѣненіямъ.

Въ брюшной полости найдена плотная, бугристая, неподвижная опухоль овальной формы, расположенная больше слѣва отъ средней линіи. Продольный размѣръ—12 см., поперечный—7 см. Нѣкоторыя петли кишекъ приращены къ опухоли плотными спайками, особенно по средней линіи и справа отъ нея и отдѣлены частью острымъ, частью тупымъ путемъ. Опухоль состоитъ изъ нѣсколькихъ отдѣльныхъ большихъ бугровъ, покрытыхъ общей капсулой. Сдѣлана попытка тупо пальцемъ отдѣлить опухоль отъ окружающихъ тканей, съ которыми она связана болѣе или менѣе рыхлыми спайками, причемъ въ одномъ мѣстѣ стѣнка опухоли надорвалась и начала выливаться жидкая, ярко желтаго цвѣта масса, похожая на желтокъ. Отдѣленіе опухоли удалось лишь спереди, сбоковъ и отчасти снизу. Кверху отъ нея идетъ тяжъ къ яичнику. Опухоль оставлена въ связи съ яичникомъ и съ тѣломъ въ области позвоночника. Слева сзади между опухолью и мышечной стѣнкой живота находится почка. Удалена часть печени, селезенка и желудочно-кишечный трактъ. Оставшіяся части изображены на рис. 1. (см. таблицу). Затѣмъ опухоль и оставшіяся части разрѣзаны на двѣ части продольно по средней линіи тѣла. (см. таблица, рис. 2.) На разрѣзѣ видны сердце (g), легкое (h), часть печени (i), яичникъ (k), почка (l), и опухоль.\*) Послѣдняя окружена толстой капсулой и состоитъ изъ 6 тѣлъ круглой и овальной формы и разной величины. Верхнее самое малое (a), почти круглое тѣло имѣетъ въ діаметрѣ 1 см.; подъ нимъ рядомъ лежатъ два круглыхъ тѣла, лежащее кпереди (на рис. кнаружи—b)—1,8 см., лежащее кзади (на рис. кнутри—c) въ 1,7 см.; подъ этими расположено одно круглое тѣло (d) ді-

\*) Такъ какъ разрѣзъ былъ проведенъ по средней линіи, опухоль же лежала большею своею частью (особенно вверху) слѣва отъ нея, то разрѣзъ черезъ опухоли b и c прошли по ихъ правосторонней периферіи и приведенные діаметры разрѣзовъ ихъ не являются наибольшими діаметрами упомянутыхъ опухолей. Обѣ опухоли, какъ это видно на лѣвой половинѣ препарата (см. рис. 2.) продолжаютъ, увеличиваясь въ діаметрѣ, вглубь и не уступаютъ по величинѣ опухолямъ: d, f и e. Точное измѣреніе ихъ повлекло бы за собою полное нарушеніе цѣлости препарата и къ тому же большого значенія не представляетъ.

метромъ въ 3 см.; наконецъ, наиболѣе книзу рядомъ лежатъ нѣсколько неправильной овальной формы, повидимому, сплюснутыя, два тѣла, лежащее кпереди (на рис. кнаружи — e) съ длиннымъ діаметромъ въ 4 см. и короткимъ въ 3 см. и лежащее кнутри (на рис. кзади — f) съ длиннымъ діаметромъ въ 5 см. и короткимъ въ 2,2 см. Каждая опухоль имѣетъ свою отдѣльную, плотную капсулу и является вполне обособленной отъ остальныхъ. Большинство представляетъ ясную слоистость. Снаружи подъ капсулой идетъ слой желтой массы, толщиной въ нѣкоторыхъ мѣстахъ до 0,3—0,4 см., затѣмъ идетъ розовато-бурый ламеллярный слой, въ центрѣ опять имѣется ярко желтая гомогенная масса. Нѣкоторыя изъ этихъ опухолей, особенно обѣ наиболѣе книзу расположенныя, окрашены въ значительно болѣе темный цвѣтъ, средняя опухоль, наоборотъ, представляется по окраскѣ наиболѣе свѣтлой. Въ однѣхъ опухоляхъ слоистость расположена ясно концентрически, въ другихъ, особенно въ задней (на рис. внутренней — f) лишь по периферіи, а въ верхней—а— совсѣмъ не видна, вмѣсто нея видна зернистая масса, представляющая неправильный рисунокъ.

Опухоль консервирована по способу проф. Мельникова-Разведенкова и сохранена въ музеѣ патолого-анатомическаго института подъ № 1613.

Для микроскопическаго изслѣдованія приготовлены препараты отдѣльно изъ cadaго узла, соотвѣтственно разрѣзу самой опухоли. Срѣзы окрашены гематоксилиномъ-эозиномъ и гематоксилиномъ -van-Gieson'омъ. Краткое описаніе мы приведемъ въ порядкѣ обозначенія нами узловъ при макроскопическомъ описаніи препарата (см. рис. 2).

Узелъ а. Состоитъ изъ капсулы и содержимаго. Капсула соединительнотканнаго характера, состоитъ изъ трехъ слоевъ—наружнаго, состоящаго изъ рыхлой соединительной ткани, средняго состоящаго изъ фиброзной соединительной ткани, содержащей кровеносные сосуды разнаго калибра, и внутренняго, состоящаго изъ элементовъ грануляціонной ткани съ гигантскими клѣтками, расположенными преимущественно на границѣ съ содержимымъ. Содержимое состоитъ изъ большихъ гомогенныхъ массъ, лишь кое-гдѣ замѣтны правильныя очертанія тѣлъ, напоминающихъ желточныя тѣла куринаго яйца. Мѣстами видно много участковъ, диффузно красящихся гематоксилиномъ и указывающихъ на отложеніе извести. По границѣ съ капсулой видны скопленія полинуклеарныхъ лейкоцитовъ и много гигантскихъ клѣтокъ, видимо рассасывающихъ содержимое.

Узелъ в. Также состоитъ изъ капсулы и содержимаго, представляющихъ однако совершенно иную картину, чѣмъ въ узлѣ а.

Капсула состоитъ изъ наружнаго слоя—серозной оболочки, средняго слоя—ясно дифференцированной гладкой мышечной оболочки и внутренняго слоя—слизистой оболочки съ ясно выраженными ворсинками, состоящими изъ соединительнотканной основы и хорошо сохранившагося цилиндрическаго эпителия, на которомъ кое-гдѣ видны сохранившіеся мерцательные волоски. Мѣстами ворсинки сплющены и прижаты къ стѣнкѣ, мѣстами же слизистая совершенно отсутствуетъ, а вмѣсто нея видны грануляціонные элементы, примыкающіе кнаружи къ подслизистому или даже къ мышечному слою, а кнутри къ содержимому. Послѣднее имѣетъ ясно слоистый видъ; въ немъ можно различать центральную и периферическую части, между которыми въ нѣкоторыхъ мѣстахъ хорошо видна обособленная, гомогенная оболочка, рѣзко красящаяся кислыми красками. Въ другихъ мѣстахъ эта оболочка распадается на отдѣльныя волокна и даже совсѣмъ исчезаетъ. По видимому она идентична желточной оболочкѣ, отдѣляющей въ нормальныхъ куриныхъ яйцахъ желтокъ отъ бѣлка. Центральная часть содержимаго состоитъ изъ зернистыхъ массъ, среди которыхъ въ громадномъ количествѣ видны полинуклеарные лейкоциты; кое-гдѣ ядра ихъ очень блѣдны, почти незамѣтны, видимо наступаетъ некрозъ лейкоцитовъ. Периферическая часть содержимаго въ нѣкоторыхъ участкахъ разрыхлена и пронизана полостями значительной величины, иногда ясно наполненными зернистыми массами; въ ней же рѣзко видна идущая полосами волокнистость. Кромѣ того видны разсѣянные гомогенные очаги неравнобѣрной формы, хорошо окрашивающіеся эозиномъ, по окружности которыхъ расположено большое количество гигантскихъ клѣтокъ а также участки, сплошь состоящіе изъ полинуклеарныхъ лейкоцитовъ, мѣстами какъ бы некротизированныхъ. Ближайшій къ капсулѣ отдѣлъ этой периферической части содержимаго, по видимому, болѣе компактенъ и содержитъ много волокнистыхъ массъ, рѣзко красящихся эозиномъ въ розовый цвѣтъ. Кое-гдѣ видно разрастаніе типическихъ соединительнотканныхъ волоконъ въ видѣ пучковъ. Сохранившихся желточныхъ тѣлъ нигдѣ констатировать не удается.

Узелъ с. Напоминаетъ описанный узелъ в. Онъ несомнѣнно имѣетъ стѣнку, состоящую изъ серознаго, мышечнаго и слизистаго слоя, причемъ нужно отмѣтить, что ворсинки по всей окруж-

ности видны хорошо. Элементовъ грануляціонной ткани почти не видно. Содержимое имѣетъ менѣе рѣзко выраженный слизистый видъ, по строенію представляетъ картину, описанную для узла b.

Узелъ d. Какъ и предыдущіе два узла—b и c—состоитъ изъ тѣла, заключеннаго въ мѣшкѣ, состоящемъ изъ серознаго, мышечнаго и слизистаго слоя. Оболочки, ограничивающей центральную часть содержимаго отъ периферической, найти не удалось. Въ периферическомъ слоѣ содержимаго видны разрыхленные участки; въ немъ же очень мало гигантскихъ клѣтокъ, зато много крупныхъ скопленій красныхъ кровяныхъ шариковъ (повидимому, кровоизліянія). Желточныхъ тѣлъ не видно. Въ остальномъ картина идентичная приведенной для узла b.

Узелъ e. Капсула такого же характера, какъ въ предыдущихъ узлахъ b, c, d, ворсинчатость слизистаго слоя мало замѣтна. Въ содержимомъ въ центральной части видно значительное количество пустотъ, не имѣющихъ собственныхъ стѣнокъ, кромѣ нихъ видны зернистые участки и большія скопленія полинуклеарныхъ лейкоцитовъ, мѣстами представляющихся безъядерными. Въ наружномъ слоѣ много гомогенныхъ участковъ, рѣзко окрашенныхъ эозиномъ въ розовый цвѣтъ, кругомъ нихъ расположены гигантскія клѣтки.

Узелъ f. Въ немъ рѣзко обособленнаго центра найти уже не удастся. Капсула какъ и въ остальныхъ узлахъ состоитъ изъ трехъ слоевъ, серознаго, мышечнаго и слизистаго, причемъ послѣдній лишь въ рѣдкихъ мѣстахъ покрытъ слизистой оболочкой. Обычно онъ замѣненъ грануляціонной тканью, въ которой очень значительное количество гигантскихъ клѣтокъ. Содержимое мало отличается отъ содержимаго узла e и содержитъ большое количество кровоизліяній, упомянутыхъ при описаніи узла d.

Сопоставляя данныя макро- и микроскопическаго изслѣдованія, мы приходимъ къ заключенію, что узлы b, c, d, e и f несомнѣнно представляютъ изъ себя сильно измѣненныя яйца, находящіяся въ яйцеводѣ. Серозная, мышечная и слизистая оболочки ихъ капсулы характерны для стѣнки яйцевода, въ сильной степени растянутаго. Мышечная вездѣ истончена, слизистая оболочка въ верхнихъ узлахъ—c—сохранена хорошо, въ среднихъ—d—рѣзко сплющена и сохранена не вездѣ, а въ нижнихъ—f—на большемъ пространствѣ замѣнена грануляціонной тканью. Всѣ эти яйца обложены бѣлкомъ (периферическій слой содержимаго),

причемъ въ яйцахъ b, d, e, f его много, а въ с—его мало. Микроскопически этотъ бѣлокъ вѣроятно представляется въ видѣ описанныхъ выше гомогенныхъ, рѣзко окрашенныхъ эозиномъ, участковъ. Всѣ узлы также пронизаны громаднымъ количествомъ полинуклеарныхъ лейкоцитовъ, частью, повидимому, некротизирующихся. Кромѣ того имѣются въ значительномъ количествѣ гигантскія клѣтки, которыя частью находятся въ периферическомъ слоѣ содержимаго около гомогенныхъ участковъ, большею же своею массою окружаютъ содержимое въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ слизистая яйцевода атрофирована и замѣнена соединительною тканью.

Изъ сказаннаго ясно, что узлы b, c, d, e, f являются яйцами, почему-либо задержанными въ яйцеводѣ и находящимися въ состояніи расасыванія грануляціонной тканью.

Что касается узла a, то онъ рѣзко отличается отъ описанныхъ узловъ уже тѣмъ, что онъ находится внѣ яйцевода, въ брюшной полости. Это доказывается, кромѣ макроскопической локализациі, еще тѣмъ, что его капсула состоитъ изъ фиброзной оболочки, изнутри выстланной грануляціонной тканью, и что въ ней не было найдено никакихъ элементовъ, характеризующихъ стѣнку яйцевода. Кромѣ того въ немъ ясно констатируются остатки желточныхъ тѣлъ. Наконецъ, въ отличіе отъ предыдущихъ узловъ, вокругъ узла—a—отложенія бѣлка не имѣется. Наличие грануляціонной ткани съ большимъ количествомъ гигантскихъ клѣтокъ указываетъ на то, что и этотъ узелъ также находится на пути къ расасыванію.

Являясь вполне похожимъ на опухолевидное образованіе, описанное въ нашемъ I случаѣ, узелъ a II-го случая, несомнѣнно, также является неправильностью развитія куриного яйца и по своей локализациі и содержанію желточныхъ тѣлъ, несомнѣнно, можетъ считаться тождественнымъ съ желточными опухолями, описанными Ehrenreich'омъ и Michaelis'омъ.

Резюмируя оба описанные нами случая, мы видимъ, что въ обоихъ мы нашли по опухолевидному образованію, вполне отвѣчающему требованіямъ, выставленнымъ Ehrenreich'омъ и Michaelis'омъ для описываемаго ими новаго вида опухолей у курицъ—для желточныхъ опухолей. Во второмъ нашемъ случаѣ однако имѣется на лицо рядъ сходныхъ опухолевидныхъ образованій, повидимому, имѣющихъ одинаковое происхожденіе съ выше упомянутыми, но подѣ опредѣленіе

Ehrenreich'a и Michaelis'a не подходящихъ. Разница съ предыдущими лишь въ локализаци и въ наличности желточныхъ тѣлъ и бѣлковой массы. Въ то время какъ въ случаѣ I и въ узлѣ а II-го случая опухолевидныя образования локализовались въ брюшной полости и были окружены лишь фиброзной капсулой, узлы b, c, d, e, f II-го случая находились внутри, правда измененнаго, яйцевода и окружались бѣлковой массой. Отсутствіе же ясно сохранившихся желточныхъ тѣлъ (вмѣсто нихъ видны зернистыя массы) въ узлахъ b, c, d, e и f II-го случая, которые слѣдуетъ считать, несомнѣнно, яйцевого происхожденія, можно объяснить долго продолжающимся теченіемъ процесса. Подъ нашимъ наблюденіемъ курица находилась 24 дня, причемъ, какъ уже упомянуто было нами выше, за это время опухоль внизу живота оставалась безъ замѣтныхъ изменений. Давность задержки яицъ подтверждается отчасти также и тѣмъ обстоятельствомъ, что при вскрытіи въ яичникѣ зрѣлыхъ яицъ найдено не было (см. рис. 2—к.). Наличие бѣлковой массы совпадаетъ съ локализацией внутри яйцевода, въ первомъ тонкостѣнномъ отдѣлѣ котораго продуцируется яйцевой бѣлокъ (Маршалъ).

Все вмѣстѣ взятое заставляеть насъ идентифицировать всѣ опухолевидныя образования въ обоихъ описанныхъ нами случаяхъ и признать ихъ всѣ за задержанныя яйца, подвергающіяся рассасыванію, и лишь симулирующія опухоли, т. е. за ложныя опухоли. Отсутствіе ясно выраженныхъ желточныхъ тѣлъ и иная локализція большинства узловъ II-го случая при несомнѣнно одинаковомъ съ узломъ а происхожденіи лишаетъ насъ возможности для обозначенія ихъ пользоваться названіемъ, предложеннымъ Ehrenreich'омъ и Michaelis'омъ и заставляеть насъ расширить опредѣленіе указанныхъ авторовъ, включая въ одну группу ложныхъ опухолей всѣ задержанныя какъ въ брюшной полости, такъ и въ яйцеводѣ, куриныя яйца, претерпѣвающія при этомъ, повидимому, однообразныя видоизмененія.

Причины, обусловливающія эти задержки яицъ можно будетъ выяснитъ лишь на большемъ числѣ наблюдений. Пока этотъ вопросъ совершенно не затронутъ, по крайней мѣрѣ у Ehrenreich'a и Michaelis'a никакихъ указаній на этотъ счетъ не имѣется. Относительно нашего II-го случая мы можемъ высказать лишь предположеніе, что вѣроятно причиной задержки яицъ явилась врожденная атрезія яйцевода. Къ сожалѣнію на вскрытіи

на этотъ пунктъ не было обращено вниманія, теперь же на фиксированномъ препаратѣ послѣ удаленія кишечника возстановить точныя топографическія отношенія уже не удастся.

На основаніи изложеннаго мы позволимъ себѣ придти къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Опухоли у животныхъ вообще, а у куриць въ частности, являются еще слишкомъ мало изученными.

2. Въ нашихъ случаяхъ мы имѣли дѣло съ яйцами, задержанными частью въ полости живота, частью въ яйцеводѣ, подвергавшимися рассасыванію и лишь симулировавшими истинныя новообразованія, т. е. съ ложными опухолями.

3. Яйца, задержанныя въ полости живота, оказались идентичными съ „желточными опухолями“ Ehrenreich'a и Michaelis'a.

4. Причины, обусловливающія описанныя задержки яицъ у куръ, пока еще не выяснены.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ выразить искреннюю благодарность глубокоуважаемому учителю своему профессору Дмитрію Павловичу Кишенскому за предоставленный матеріаль и за просмотръ настоящей работы.

---

## Указатель литературы.

- Birch Hirschfeld. Pathologische Anatomie. Bd. I. 1896.  
Bollinger. см. Casper. p. 833, Birch-Hirschfeld, p. 297 и Koch. p. 136.  
Buchholz. Ueber den Hydrops follicularis, die konglomerierten Fibrome u. das Adenom des Ovariums von Gallina domestica. Virchow's Archiv. 1909. Bd. 198. p. 488—501.  
Casper. Geschwülste der Tiere u. Cysten bei Tieren. Lubarsch u. Ostertag. Ergebn. d. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie d. Menschen u. d. Tiere. 1898. Jg. 3. Abt. 2. p. 754—833.  
Ehrenreich u. Michaelis. Ueber Tumoren bei Hühnern. Zeitschr. f. Krebsforschung. 1906. Bd. IV. p. 586—591.  
Hutyra. см. Casper. p. 784.  
Johnе. см. Casper. p. 800.  
Kitt. см. Casper. p. 784 и 800.  
Klee. см. Casper. p. 800.  
Koch. Demonstration einiger Geschwülste bei Tieren. Verhandl. der deutsch. pathol. Gesellsch. VII Tagung. 1904. H. I. p. 136—147.

- Маршалъ. Руководство къ эмбриологии. Переводъ Кольцова. 1901. p. 154.
- Pauly. см. Casper. p. 800.
- Petit. см. Buchholz.
- Petit et Germain. реф. Zeitschr. f. Krebsforschung. Bd. VIII. 1908.
- Pepton Rous. см. реф. Berl. klin. Wochenschr. 1910. p. 1483.
- Pick u. Poll. Ueber einige bemerkenswerthe Tumorbildungen aus der Tierpathologie insbesondere über gutartige u. krebsige Neubildungen bei den Kaltblütern. Berl. klin. Wochenschr. 1903. №. 23—25.
- Plehn. Ueber Geschwülste bei Kaltblütern. Zeitschr. f. Krebsforschung. 1906. Bd. IV. p. 525—564.
- Semmer. см. Birch-Hirschfeld. p. 254.
- Schmincke. Ein Teratom aus der Bauchhöhle eines Nahns. Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie. Bd. 20. № 1. 1909.
- Siedamgrotzky. см. Casper. p. 780.
- Тизенгаузенъ. Къ вопросу объ этиологии опухолей. Опыты съ пересадкой зародышевой ткани. Дисс. 1910. Одесса.
- Шредерсъ. Опухоли у рыбъ. Дисс. 1907. С. П.
- Willigkt. см. Buchholz.
- Winokuroff. Einige seltene Geschwülste bei Tieren. In. Diss. Bonn. 1908.
- Zürn. см. Casper. p. 784 и 800.
- 



## Об'ясненіє рисунковъ.

Автотипіи исполнены съ фотографическихъ снимковъ въ половину натуральной величины.

Рис. 1. Опухоль II-го случая. Т—опухоль, заключенная въ общую оболочку.

Рис. 2. Опухоль и оставшіеся органы II-го случая, разрѣзанные въ сагиттальномъ направленіи по средней линіи тѣла. Обѣ части развернуты. Верхній узель—а; передній, на рис. наружный верхній узель—б; задній, на рис. внутренній верхній узель—с; средний узель—d; передній, на рис. наружный нижній узель—e; задній, на рис. внутренній нижній узель—f; сердце—g; легкія—h; печень—i; яичникъ—k; почка—l.

Большая часть опухоли видна на правой сторонѣ; на рис. видно, напримѣръ, что узель б расширяется въ сторону.



Рис. 1.

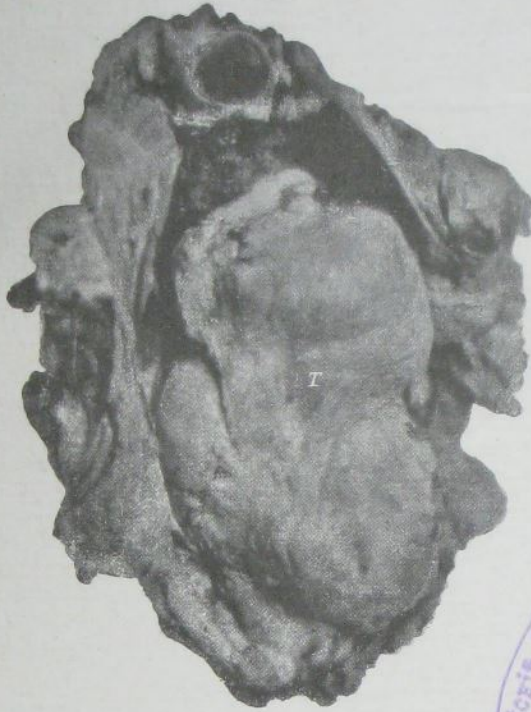
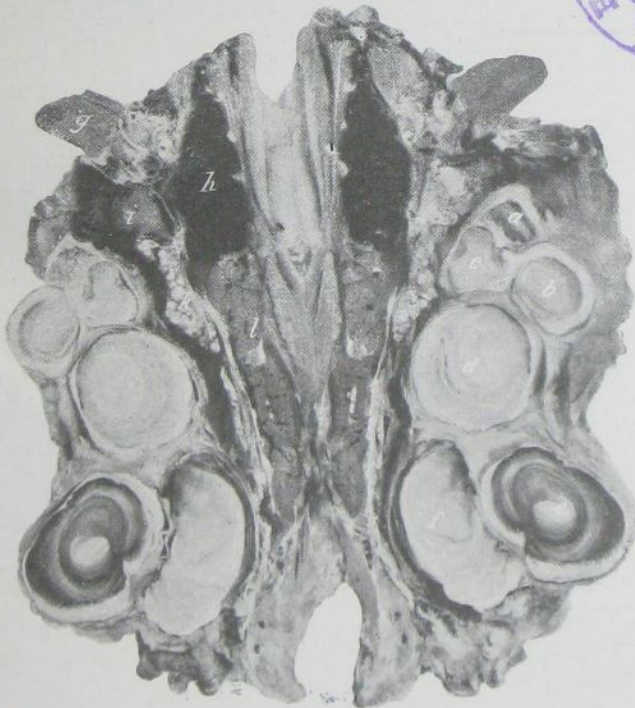


Рис. 2.



И. Е. Корнманъ.  
Къ казуистикъ ложныхъ  
опухолей у куриць.

Цинк. Нованъ и Побуда, Одесса.