

CCCV. Pachymeningitis haemorrhagica chronica interna.

(Ependymitis et encephalitis corticalis ex apoplexia meningeali, — diphtheritis vesicae urinariae et pyelonephritis purulenta).

А. Масловъ.

14 декабря 1892 года въ Александровскую больницу поступилъ больной Федоръ Егоровъ, 38 лѣтъ, по профессіи стекольщикъ, съ слѣдующими явленіями. Лицо представляется скошеннымъ на лѣвую сторону, правый уголъ рта немного выше лѣваго, при открываніи рта правая часть ротового отверстія представляется большей величины, чѣмъ лѣвая. На губахъ находится herpes labialis. Въ носовыхъ отверстіяхъ кровяныя корки. Полное отсутствіе движеній въ лѣвой ногѣ и сильное ослабленіе ихъ въ лѣвой рукѣ. Тактильная чувствительность на всей лѣвой сторонѣ отсутствуетъ, болевая—сохранена. Пателлярные рефлексy ослаблены, остальные—нормальны. Всѣ внутренніе органы, за исключеніемъ печени, которая выдается на одинъ поперечный палецъ изъ-подъ края ложныхъ реберъ, нормальны. Больной находится въ безпомощномъ состояніи, апатиченъ, на вопросы отвѣчаетъ только послѣ нѣсколькихъ повтореній. 21 декабря у больного было кровотеченіе изъ носа и ушей, а также припадки, во время которыхъ глаза у него скошены и тетаническія судороги всего тѣла. Припадки эти съ 21 были ежедневно. 26 декабря вечеромъ больной умеръ. Анамнестическіе свѣдѣнія о началѣ болѣзни и предшествовавшемъ состояніи здоровья нѣтъ никакихъ. Вотъ все, что было можно извлечь изъ исторіи болѣзни. Диагнозъ былъ слѣдующій: Haemorrhagia cerebri въ задней трети capsulae internaе.

Черепъ большой, круглый. Кости утолщены, розоваго цвѣта при смотрѣніи на свѣтъ. На правой темяной кости шероховатость. Субдуральное пространство надъ всей правой темяной долей и передней половиной затылочной, а также у основанія заращено рыхлыми, волокнистыми, сѣровато-желтаго цвѣта перепонками, съ трудомъ отдѣляемыми ручкой скальпеля отъ утолщенной и фиброзно перерожденной arachnoideae. Подъ мягкой мозговой оболочкой, на мѣстѣ сращенія находятся плоскія скопленія мутной серозной жидкости, а поверхности соотвѣтственныхъ извилинъ представляются мелкобородавчатыми и окрашенными въ желтоватый, грязный цвѣтъ. Правый боковой желудочекъ сильно растянутъ прозрачной серозной жидкостью; задній рогъ его расширенъ и представляетъ въ діѣ полуовальное углубленіе величиною въ половину голубиного яйца, верхняя стѣнка его уплотнена и съ трудомъ рѣжется ножомъ. Задняя ножка свода утолщена, плотно прилежитъ къ притупленному концу thalami optici и оттѣсняетъ plexum chorioideum lateralem, умеренно налитый кровью, кнаружи и книзу. Правое полушаріе при разрѣзѣ отличается неравномѣрной плотностью: въ бѣломъ веществѣ его встрѣчаются гнѣзда уплотненія. Впереди corporis striati, въ лобной долѣ, на всемъ протяженіи темяной доли и надъ верхней стѣнкой задняго рога въ затылочной долѣ уплотненные участки, не рѣзко ограниченные, отличаются отъ окружающей ткани, кромѣ большаго сопротивленія ножу, по сѣровато-красной, слегка ноздреватой, обильно покрывающейся сукровичной жидкостью, поверхности раз-

рѣза. На corpus striatum той же стороны, въ наружной половинѣ его, замѣчаются бляшкообразныя, сѣро-красныя, величиною до квадратнаго сантиметра, два пятна, гдѣ ependyma послѣ разрѣзовъ какъ бы спадается и становится зернистой. Большіе мозговые узлы уплотнены, сѣрое вещество ихъ на разрѣзѣ представляется довольно рѣзко ограниченнымъ и свѣтло-краснаго цвѣта. Лѣвое полушаріе въ темной долѣ также представляетъ замѣтно выраженное уплотненіе бѣлаго вещества. Большіе мозговые узлы также плотнѣе нормальныхъ. Corpus bigeminum на правой половинѣ плоче, какъ бы придавлено. Правый crus cerebri ad pontem замѣтно тоньше лѣваго, на наружной поверхности отличается грязноватымъ краснымъ цвѣтомъ и рѣзко выраженной продольной исчерченностью какъ бы въ видѣ складокъ. Ependyma 4-го желудочка утолщена, студениста, желтовато-сѣраго цвѣта. Мозжечекъ значительно мягче большого мозга, ткань малокровна, сѣро-бѣлаго цвѣта, покрывается капиллярнымъ слоемъ отечной жидкости. Сосуды основанія тонкостѣнны, безъ измѣненій. На наружной поверхности твердой мозговой оболочки, въ средней ямкѣ основанія черепа и на самой кости замѣчается нѣсколько зеленовато-сѣрыхъ, похожихъ на гнойныя скопленія, пятенъ величиною до небольшой горошины.

Сердце слегка увеличено, въ правой половинѣ слегка ожирѣвшее. Правое венозное устье расширено. Endocardium лѣваго предсердія фиброзно перерождено. Мускулатура дряблая, темно-краснаго цвѣта. Клапаны безъ измѣненій. Аорта мало-эластична, intima утолщена, желтоватаго цвѣта. Лѣвое легкое сращено по заднему краю, правое по всей поверхности. При переднихъ краяхъ оба блѣдны, пушисты; по заднему краю и въ нижнихъ доляхъ синевато-красны, пропитаны кровянисто-отечной жидкостью и на поверхности разрѣзовъ представляютъ разсѣянные, не рѣзко ограниченные, черновато-красныя пятна.

Селезенка нормальнаго объема, кожиста, цианотически окрашена. Печень также нормальнаго объема; верхній край закругленъ, правая доля слегка опущена. Ductus cysticus представляетъ рѣзко выраженный перегибъ, но проходимъ. Пузырь сильно растянутъ водянистой желчью. Ткань печени немного плотнѣе нормальной; поверхность разрѣза темно-коричневаго цвѣта, слегка зерниста. Почки сильно увеличены въ объемѣ, капсула истончена, съ трудомъ отдѣляется, при чемъ вскрываются разрывомъ многочисленныя, величиною отъ коноплянаго зерна до кедроваго орѣха и болѣе, частью мелкодольчатая, частью сплошныя гнойныя скопленія съ истеченіемъ изъ первыхъ густаго сукровичнаго, а изъ вторыхъ сливкообразнаго зеленоватаго гноя. Ткань на разрѣзѣ плотнѣе нормальной, цианотически окрашена и также пронизана до промежутковъ между сосочками четкообразно расположенными сѣрыми узелками и мелкими гнойными скопленіями. Сосочки, въ особенности въ лѣвой почкѣ, притуплены. Слизистая оболочка лоханокъ утолщена, слегка ворсиста. Клетчатка около лоханокъ гнѣздногнойно инфильтрирована. Пузырь сильно растянутъ въ верхнихъ слояхъ мутной отъ кристалловъ мочей, въ нижнихъ съ хлопчатымъ, сѣрымъ, съ зеленоватыми и красноватыми клочками, осадкомъ. Слизистая оболочка въ днѣ представляетъ разсѣянные кирпично-краснаго цвѣта пятна. Въ шейкѣ сѣрые, величиною до макового зерна, желтые узелки. Prostata величиною болѣе куринаго яйца, почти шаровидна, плотна, снаружи темно-краснаго цвѣта; въ разрѣзѣ пронизана мно-

точисленными, зеленовато-желтыми, въ видѣ полосъ и пятенъ, тѣйными скопленіями, дающими при соскабливаніи кровянистую сѣрую массу.

Въ нижней трети oesophagi и на малой кривизнѣ желудка разсѣяны черновато-красныя, не рѣзко-ограниченныя пятна различной величины, изъ коихъ на нѣкоторыхъ замѣчаются желтовато-сѣрые узелки величиной въ маковое зерно и нѣсколько болѣе. Слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишекъ особыхъ измѣненій не представляетъ.

Правое яичко, при неполномъ сращеніи оболочекъ, въ вернемъ концѣ представляющее скопленіе серозной жидкости между оболочками, мало, дрябло, съ уплотненнымъ и уменьшеннымъ придаткомъ и парціальнымъ, въ видѣ бляшки, омѣлотовреніемъ сращенныхъ между собой оболочекъ. Лѣвое яичко тоже мало, кожисто, въ разрѣзѣ грязно-коричневаго цвѣта, какъ и правое; придатокъ его малъ и плотенъ.

На кожѣ, особенно нижнихъ конечностей, разсѣяны многочисленныя синевато-краснаго цвѣта пятна, величиной отъ маленькой горошины до десяти-копѣечной монеты, неправильнаго очертанія.

Лѣвый musc. ileo-psoas въ нижней половинѣ представляетъ въ разрѣзѣ нормальный, грязновато-красный, мясной цвѣтъ, а въ верхней половинѣ отличается сѣровато-желтымъ цвѣтомъ и не гладкой, какъ бы зернистой, поверхностью разрѣза.

Для изслѣдованія были даны кусочки изъ слѣдующихъ органовъ:

Изъ простаты было дано 3 кусочка: два вмѣстѣ съ капсулой, а третій изъ середины; изъ почекъ 4 кусочка: 2 изъ корковаго слоя, одинъ изъ мѣста перехода корковаго слоя въ мякотный и 4-й изъ почки, взятой вмѣстѣ съ почечной лоханкой; изъ мочеваго пузыря одинъ кусочекъ изъ области шейки, кусочекъ изъ верхней половины musculi ileo-psoatis sinistri; по одному кусочку изъ середины печени, селезенки; изъ легкаго кусочекъ былъ вырѣзанъ изъ мѣста, въ которомъ при макроскопическомъ изслѣдованіи оказались темно-красныя пятна; изъ праваго яичка былъ вырѣзанъ кусочекъ, содержащій въ себѣ головку придатка, оболочки яйца съ известковыми бляшками и часть паренхимы яичка.

Кромѣ твердой мозговой оболочки, изъ мѣста, на которомъ находились сѣроватые пятна, были даны слѣдующія части мозга: задняя часть правой лобной доли, взятая вмѣстѣ съ передней частью темной (корка вмѣстѣ съ бѣлымъ веществомъ); кусокъ изъ задняго рога праваго боковаго желудочка перпендикулярно къ нижней стѣнкѣ его на мѣстѣ углубленія тамъ, обѣ ножки мозга ad pontem, часть лѣвой темной доли (корка и бѣлое вещество въ связи), кусочекъ мозжечка изъ мѣста arboris vitae.

Все эти куски, за исключеніемъ одного куска изъ почки и одного изъ простаты, были положены въ Мюллеровскую жидкость 28 декабря 1892 года. При частой перемѣнѣ Мюллеровской жидкости, куски эти за исключеніемъ кусковъ, взятыхъ изъ мозга, которые остались на болѣе продолжительное время, были вынуты 9 января 1893 года изъ Мюллеровской жидкости, уменьшены въ объемѣ для болѣе удобной дальнѣйшей ихъ обработки и поставлены въ крѣико закупоренной банкѣ подъ край текучей воды. Послѣ того какъ эти кусочки въ теченіи сутокъ были хорошо промыты водой, они были положены, съ цѣлью большаго уплотненія и удаленія изъ кусочковъ воды, въ нѣсколько баночекъ, въ 60° спиртъ, въ которомъ пробыли сутки. Изъ 60° спирта они были переложены на двой

сутки въ абсолютный алкоголь, который замѣнялся каждыя сутки новымъ. 13-го января, послѣ того какъ спиртъ хорошо уплотнилъ кусочки и извлекъ всю воду изъ нихъ, они были положены въ смѣсь кедроваго масла (*ol. cedri*) съ ксиоломъ. Въ теченіи сутокъ кусочки хорошо въ немъ просвѣтились и весь алкоголь былъ замѣненъ кедровымъ масломъ. Изъ кедроваго масла они были положены въ смѣсь парафина съ хлороформомъ (хлороформъ насыщенный парафиномъ) и поставлены на сутки въ термостатъ при температурѣ около 37° С.

Послѣ того какъ удостовѣрились, что хлороформъ съ парафиномъ хорошо пропитали объекты, они на слѣдующія сутки были перенесены въ растворъ чистаго парафина и поставлены въ термостатъ при температурѣ около 47° С. Послѣ однодневнаго пребыванія кусочковъ въ жидкомъ парафинѣ въ термостатѣ, они были зафѣланы въ смѣсь твердаго (9 частей) и мягкаго (1 часть) парафина по обыкновенному способу. На слѣдующій день послѣ зафѣлки въ парафинъ было приступлено къ рѣзанію микротомомъ объектовъ и ихъ дальнѣйшей обработкѣ и окраскѣ, о которыхъ я скажу немного ниже. Что касается тѣхъ двухъ кусочковъ (корка почки и простаты съ оболочкой), которые не были положены въ Мюллеровскую жидкость вмѣстѣ съ другими, то они для уплотненія были сразу положены на двое сутокъ (каждыя сутки въ чистый) въ абсолютный алкоголь, изъ котораго хорошо оплотнѣвшіе кусочки были положены въ кедровое масло съ ксиоломъ, въ которомъ пробыли двое сутокъ. Послѣ кедроваго масла были положены въ парафинъ съ хлороформомъ (при 37°), въ жидкій парафинъ (47°—50°) и зафѣланы въ парафинъ. Что касается мозга, то онъ пролежалъ въ Мюллеровской жидкости, которая по временамъ перемѣнялась, до 15-го февраля 1893 года. Послѣ Мюллеровской жидкости дальнѣйшая обработка кусковъ мозга производилась различно. Оба сгуга *cerebri ad pontem*, мозжечекъ, дно задняго рога праваго боковаго желудочка, кусочекъ изъ лѣвой темной доли, а также и изъ правой подвергались такой же дальнѣйшей обработкѣ и зафѣлыванію въ парафинъ, какъ и прочіе кусочки, лежавшіе въ Мюллеровской жидкости. Такъ какъ въ мозгу по даннымъ макроскопическаго изслѣдованія былъ заподозрѣнъ *sclerosis cerebri lateralis* (1), то для нахожденія склеротическихъ гнѣздъ была произведена зафѣлка 4 кусочковъ мозга въ целлоидинъ и обработка ихъ для окраски по способу Weigert'a; эти кусочки были даны слѣдующіе: одинъ кусочекъ изъ лѣвой темной доли (рядомъ съ тѣмъ, который зафѣлывался въ парафинъ) ближе къ затылочной долѣ, одинъ ближе къ лобной, одинъ кусочекъ изъ правой темной доли и кусочекъ изъ задней части правой лобной доли. Всѣ эти кусочки были даны изъ корковаго вещества вмѣстѣ съ бѣлымъ. Зафѣлка въ целлоидинъ производилась слѣдующимъ образомъ. Кусочки изъ Мюллеровской жидкости были положены на двое сутокъ для уплотненія въ абсолютный алкоголь, при чемъ все время до конца зафѣлки въ целлоидинъ стояли въ темномъ мѣстѣ, алкоголь перемѣнялся два раза. Послѣ полнаго обезвоженія алкоголемъ и уплотненія они были перенесены въ смѣсь сѣрнаго эфира и абсолютнаго алкоголя въ равныхъ объемахъ, въ которой пролежали двое сутокъ. Изъ эфира съ алкоголемъ они были перенесены на сутки въ жидкій (легко подвижный) растворъ целлоидина, затѣмъ на сутки въ растворъ целлоидина консистенціи сиропа (средній). Затѣмъ путемъ открыванія пробки средній растворъ целлоидина вслѣдствіе испаренія эфира перешелъ въ крѣпкій и въ этомъ послѣднемъ объекты пролежали тоже сутки. Изъ

этого послѣдняго раствора целлоидина кусочки были помѣщены каждый на отдѣльную пробку, при чемъ пробка слегка смачивалась смѣсью эфира и алкоголя, залиты этимъ растворомъ и оставлены подъ колпакомъ на свѣту до тѣхъ поръ, пока целлоидинъ не оплотнѣлъ. Послѣ оплотненія целлоидина приклеенные на пробки кусочки были положены въ смѣсь равныхъ частей воды и насыщеннаго раствора нейтральной уксусно-кислой окиси мѣди; въ этомъ растворѣ они были поставлены на сутки въ термостатъ при температурѣ около 37° C. По вынутіи изъ этого раствора мѣди они сохранялись все время въ 70° спиртѣ. Въ целлоидинъ были также задрѣзаны, но безъ помѣщенія въ растворъ уксусно-кислой окиси мѣди, еще 3 кусочка изъ слѣдующихъ мѣстъ мозга: лѣвая темная доля и два кусочка изъ лобной правой.

Что касается дальнѣйшихъ манипуляцій съ задрѣзанными въ парафинъ и целлоидинъ объектами, то онѣ состояли въ слѣдующемъ. Начнемъ съ препаратовъ, задрѣзанныхъ въ парафинъ. Срѣзы получались при помощи микротомъ, затѣмъ тѣ срѣзы, которые не распадились на мелкія части въ скипидарѣ, оставались въ немъ до полного растворенія парафина, при чемъ скипидаръ перемѣнялся отъ 2—3 разъ черезъ каждыя 2 минуты. Послѣ скипидара манипуляціи были различны, смотря по способу окраски. Изъ красокъ примѣнялись: пикрокарминъ и метилень-блау и гематоксилинъ съ эозиномъ. Для окраски на бактеріи употреблялись особые способы, о которыхъ будетъ сказано ниже. При окрашиваніи срѣзовъ пикрокарминомъ и синькой дальнѣйшія манипуляціи, по вынутіи изъ скипидара, состояли въ слѣдующемъ. Послѣ скипидара срѣзы промывались 2—3 раза, каждый разъ въ продолженіи минуты, въ абсолютномъ спиртѣ, которымъ срѣзы уплотнялись и удалялся скипидаръ. Послѣ спирта они окрашивались пикрокарминомъ, приготовленнымъ по Bizzozzo. Въ цѣльномъ пикрокарминѣ они или нагрѣвались на газовой горѣлкѣ до появленія паровъ на часовомъ стеклѣ, покрывающемъ стекло съ препаратами въ краскѣ, или же ставились на полчаса въ термостатъ при температурѣ около 37° C. При второмъ способѣ окраски получались болѣе ровныя, чѣмъ при первомъ. Окрашенные пикрокарминомъ, срѣзы промывались отъ $\frac{1}{2}$ до 1 минуты въ соляно-кисломъ спиртѣ (1 часть крѣпкой соляной кислоты на 100 частей 70° спирта). Послѣ соляно-кислаго спирта они хорошо промывались разъ 2—3, каждый разъ въ продолженіи 1—2 м., въ абсолютномъ спиртѣ для полного удаленія соляной кислоты, присутствіе которой въ срѣзахъ могло въ послѣдствіи сильно повредить окраскѣ, и затѣмъ окрашивались воднымъ насыщеннымъ растворомъ метилень-блау, въ которомъ держались не болѣе 2 минутъ, или же — разведеннымъ вдвое, втрое, въ которомъ держались отъ 5—10 минутъ. Послѣ окраски метилень-блау, срѣзы для удаленія избытка синьки, а также и воды, промывались въ абсолютномъ спиртѣ, затѣмъ просвѣтлялись анилиновымъ масломъ, которое тщательно удалялось нѣсколько разъ перемѣняемымъ терпентиномъ и затѣмъ изъ скипидара, въ которомъ срѣзы могли лежать довольно долгое время, они переносились шпателью на стекло и задрѣзывались въ канадскій бальзамъ. Срѣзы же, которые окрашивались гематоксилиномъ и эозиномъ, послѣ удаленія изъ нихъ парафина терпентиномъ, промывались въ абсолютномъ спиртѣ 2 раза, каждый разъ въ продолженіи $1\frac{1}{2}$ —2 м., затѣмъ прополаскивались непродолжительное время въ дистиллированной водѣ и затѣмъ клались на сутки въ растворъ гематоксилина, который приготовлялся слѣдующимъ образомъ: на стекло

дистиллированной воды (около 15,0) прибавлялось отъ 2—5 капель (количество капель зависѣло отъ органовъ, изъ которыхъ брались срѣзы) Эрлиховскаго или Вонетт-го夫скаго раствора гематоксилина. По истеченіи сутокъ промывались непродолжительное время около полминуты въ спиртѣ и затѣмъ переносились въ водный и рѣже въ спиртовый растворъ эозина, который приготавлился такимъ образомъ, что на стаканъ воды или спирта прибавлялось столько капель 1% воднаго раствора эозина, что получался растворъ интенсивно розоваго цвѣта съ ясно замѣтными зеленоватыми оттѣнками. Въ растворѣ эозина срѣзы держались отъ 2—5 минутъ и затѣмъ промывались не долгое время въ абсолютномъ алкоголѣ, который удалялъ избытокъ эозина (при долгомъ держаніи въ алкоголѣ нѣкоторые срѣзы совершенно лишались окраски эозиномъ). Послѣ спирта срѣзы просвѣтлялись анилиновымъ масломъ, масло удалялось терпентиномъ и затѣмъ задѣлывались въ канадскій бальзамъ. Въ томъ случаѣ, если срѣзы перекрашивались гематоксилиномъ, то они передъ окраской эозиномъ держались отъ 5—30 минутъ въ водѣ, иногда подкисленной слегка соляно-кислымъ спиртомъ, въ которомъ и раскрашивались и затѣмъ уже подвергались окраскѣ эозиномъ. Такимъ образомъ окрашивались всѣ тѣ срѣзы, которые не разсыпались на мелкіе кусочки послѣ растворенія парафина, какъ это случилось съ легкими, селезенкой, твердой мозговой оболочкой и нѣкоторыми частями мозга (мозжечекъ). Тѣ же органы, срѣзы изъ которыхъ рассыпались на мелкія части послѣ растворенія парафина, окрашивались слѣдующимъ образомъ. Они прямо, минуя терпентинъ, клались въ спиртъ, затѣмъ въ парафинѣ окрашивались гематоксилиномъ, затѣмъ эозиномъ, послѣ эозина промывались спиртомъ, а изъ спирта переносились шпательномъ на предметное стекло, на которомъ просвѣтлялись анилиновымъ масломъ, избытокъ котораго послѣ просвѣтленія удалялся кусочкомъ фильтровальной бумаги и затѣмъ оставшееся въ препаратѣ анилиновое масло, а также и парафинъ осторожно удалялись терпентиномъ (ксилоломъ), который перемѣнялся на стеклѣ иногда до 10 разъ, и затѣмъ задѣлывались въ канадскій бальзамъ. Этотъ способъ окрашиванія препаратовъ въ парафинѣ и растворенія, но уже на стеклѣ, давалъ мнѣ хорошіе результаты, такъ какъ только благодаря ему получались цѣльные срѣзы и не выпадали изъ препаратовъ гнойнички, бывшіе въ простатѣ и почкахъ. Срѣзы изъ кусочковъ, задѣланныхъ въ целлоидинъ, получались также при помощи микротомъ, при чемъ при рѣзаніи лезвіе бритвы постоянно смачивалось 70% спиртомъ. Разрѣзы просто задѣланные въ целлоидинъ, держались въ 70% спиртѣ, окрашивались также гематоксилиномъ и эозиномъ, просвѣтлялись анилиновымъ масломъ и задѣлывались въ канадскій бальзамъ. Что касается тѣхъ кусочковъ изъ мозга, которые послѣ заделки въ целлоидинъ, лежали сутки въ растворѣ нейтральной уксусно-кислой окиси мѣди, то они окрашивались слѣдующимъ образомъ. Разрѣзы клались на сутки въ 10% водный растворъ гематоксилина, приготовленнаго по Weigert'у (гематоксилина 1,0, алкоголя 10 кб. сант., 90 кб. сант. воды и $\frac{1}{4}$ кб. сант. насыщеннаго раствора углекислаго литія) или же въ цѣлый растворъ гематоксилина Weigert'a на 1—1½ часа. Затѣмъ окрашенные гематоксилиномъ срѣзы хорошо прополаскивались вирожденіи 1 часа въ большомъ количествѣ воды и были изъ воды помещены для раскрашиванія на 40 мин.—1 часть въ слѣдующій растворъ: буръ 2 grm., красной кровяной соли 2,5 grm. и воды 200,0 grm. Послѣ раскрашиванія въ этомъ

растворѣ разрѣзы тщательно ополаскивались въ водѣ, обезвоживались хорошо въ 70% спиртѣ, который перемѣнялся нѣсколько разъ, просвѣтлялись въ ксилолѣ или анилиновомъ маслѣ (которое удалялось всетаки ксилоломъ) и задѣлывались въ канадскій бальзамъ. Такъ какъ въ нѣкоторыхъ внутреннихъ органахъ находились гнойники, то кромѣ окраски тканей, употреблялась еще окраска специально на бактеріи. Бактеріи изслѣдовались на покровныхъ стеклышкахъ (намазывалось содержимое поверхности разрѣза почки, простаты, яичка и содержимое мочевого пузыря), а также въ уплотненныхъ кусочкахъ изъ Мюллеровской жидкости и спирта (почки, простаты), и задѣланныхъ въ парафинъ. На покровныхъ стеклышкахъ размазывались препараты слѣдующимъ образомъ: чистой прокаленной иглой изъ свѣже сдѣланнаго разрѣза въ органѣ бралась часть содержимаго гнойничковъ или мочи, клалась на стеклышки и размазывалась между нимъ и положеннымъ на него другимъ стекломъ, затѣмъ сутки лежала въ коробкѣ при обыкновенной температурѣ, затѣмъ передъ окрашиваніемъ подсушивалась на лампочкѣ (проводили 3 раза быстро черезъ пламя) и затѣмъ уже окрашивалась. Разрѣзы-же окрашивались, будучи освобожденными отъ парафина или-же въ парафинѣ, при чемъ въ этомъ послѣднемъ случаѣ требовалась особенная осторожность при нагреваніи краски. Окраска производилась по общему для всѣхъ бактерій способу (окраска синькой или генціанъ-віолетомъ), по способу Грама и для изслѣдованія содержимаго капсулы яичка употреблялся одинъ разъ способъ Ziel'я. Окрашиваніе по обыкновенному для всѣхъ бактерій способу производилось слѣдующимъ образомъ. Покровныя, намазанныя и подсушенные стеклышки и разрѣзы (въ парафинѣ или безъ него), побывавшіе уже въ спиртѣ, клались въ чашку съ растворомъ метиленовой синьки въ водѣ или-же метилъ-віолета; затѣмъ эта чашка, покрытая другой чашкой, осторожно нагревалась на спиртовой лампочкѣ до появленія паровъ въ верхней чашкѣ; потомъ препараты прополаскивались въ водѣ и обезцвѣчивались въ соляно-кисломъ алкоголѣ. Послѣ обезцвѣчиванія въ соляно-кисломъ спиртѣ препараты хорошо промывались въ большомъ количествѣ воды, затѣмъ въ абсолютномъ алкоголѣ и окрашивались для получения фона эозиномъ (если соляно-кислый спиртъ удалялся плохо, то окраска эозиномъ не удавалась); затѣмъ препараты, намазанные на стекла, сохранялись въ спиртѣ и задѣлывались въ канадскій бальзамъ, а разрѣзы изъ тканей послѣ окраски эозиномъ промывались въ спиртѣ, просвѣтлялись анилиновымъ масломъ, которое удалялось скинпаромъ, и задѣлывались въ канадскій бальзамъ. Примѣнявшійся способъ Грама состоялъ въ слѣдующемъ. Приготовленные, какъ и предидущимъ способомъ, препараты окрашивались растворомъ генціанной синьки въ анилиновой водѣ, который нагревался до появленія паровъ или ставился на полчаса въ термостатъ при $t^{\circ} 37^{\circ} \text{C}$. Окрашенные генціанной синькой препараты переносились на 2—5 минутъ въ растворъ іода въ іодистомъ калиѣ (1 ч. іода, 2 ч. іодистаго калия и 300 ч. воды), затѣмъ промывались въ абсолютномъ алкоголѣ до тѣхъ поръ, пока не удалялась краска изъ препарата, при чемъ алкоголь перемѣнялся нѣсколько разъ; затѣмъ окрашивались эозиномъ, просвѣтлялись ксилоломъ или анилиновымъ масломъ и задѣлывались въ канадскій бальзамъ. Способъ Ziel'я употреблялся только одинъ разъ. Изложивъ способы уплотненія, заделки и окраски препаратовъ, употребленные при моей работѣ, я теперь перейду къ описанію тѣхъ измѣненій въ тканяхъ, которыя были найдены при микроскопическомъ изслѣдованіи.

Prostata. Препаратъ изъ простаты вмѣстѣ съ ея оболочкой, къ которой мѣстами прилегаютъ около лежащая жировая клѣтчатка и кнаружи отъ клѣтчатки листокъ какой-то фасции. Самая наружная часть препарата, который, какъ и всѣ почти препараты изъ простаты, окрашивался въ парафинѣ, состоитъ изъ пучковъ фиброзной соединительной ткани, переплетающихся между собой; пучки эти различной толщины; въ промежуткахъ между пучками находятся веретенообразныя соединительнотканныя клѣтки съ продолговатымъ ядромъ. Сейчасъ-же за этимъ слоемъ фиброзной соединительной ткани лежитъ прослойка жировой ткани, которая представляется въ нѣкоторыхъ мѣстахъ инфильтрированной круглыми, величиною въ бѣлый и болѣе кровяной шарикъ, клѣтками съ зернистой протоплазмой, съ однимъ или двумя ядрами; клѣтки эти хорошо окрашиваются гематоксилиномъ и синькой. За прослойкой жировой ткани слѣдуетъ оболочка простаты, состоящая изъ переплетающихся въ различныхъ направленіяхъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ съ небольшимъ количествомъ соединительной и еще меньшимъ—эластической ткани, которая является утолщенной. Оболочка простаты инфильтрирована гнойными клѣтками; эта инфильтрація не вездѣ равномерная, но по мѣрѣ приближенія къ простатѣ она значительно усиливается, такъ что въ нѣкоторыхъ мѣстахъ изъ-за нея нельзя разсмотрѣть строенія оболочки. Въ оболочкѣ простаты находится нѣсколько сосудовъ, въ которыхъ особыхъ измѣненій не замѣтно, а также поперечный разрѣзъ нервнаго пучка. Кромѣ гладкихъ мышечныхъ волоконъ въ оболочкѣ, ближе къ ея поверхности, было замѣчено нѣсколько поперечно-полосатыхъ мышечныхъ волоконъ, въ которыхъ ясно замѣтна поперечная исчерченность; они немного утолщены и плохо окрашиваются (мажутся) краской (по всей вѣроятности, волокна *musculus sphincteris vesicae ext.*). При микроскопическомъ изслѣдованіи самой железы, намъ прежде всего бросается въ глаза, что перекладины стромы железы, состоящія изъ гладкой мускулатуры и волокнистой соединительной ткани, въ которыхъ мышечныя волокна переплетаются въ самыхъ разнообразныхъ направленіяхъ между собой, такъ что въ разрѣзѣ они являются самой разнообразной формы,—значительно утолщены. Нѣкоторыя изъ нихъ утолщены до такой степени, что занимаютъ въ поперечникѣ все поле зрѣнія при 4-й системѣ Hartnack'a. Другія сохраняютъ нормальную толщину. Между этими двумя крайностями встрѣчаются перекладины разнообразной толщины. Кромѣ этого значительнаго утолщенія перекладинъ, которое почти исключительно должно быть отнесено къ гиперплазіи мышечной и волокнистой ткани, входящихъ въ составъ стромы перекладинъ,

между мышечными волокнами мы замѣчаемъ массу круглыхъ клѣтокъ. Чтобы не повторять въ дальнѣйшемъ описаніи препаратовъ описанія часто встрѣчающихся такой формы и величины клѣтокъ, мы опредѣлимъ, съ какими клѣтками имѣемъ дѣло. Клѣтки эти круглой, шаровидной формы, величиною съ бѣлый кровяной шарикъ и больше; протоплазма въ нихъ въ большинствѣ случаевъ представляется зернистой; при окраскѣ въ нихъ видно одно или два круглыхъ небольшихъ ядра; въ нѣкоторыхъ изъ клѣтокъ мы не находимъ совершенно ядра; клѣтки хорошо окрашиваются синькой и гематоксилиномъ. Это описаніе ясно показываетъ, что мы имѣемъ дѣло съ такъ называемыми гнойными тѣльцами. Инфильтрація гнойными тѣльцами весьма значительна и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ достигаетъ такой степени, что за ней совершенно нельзя рассмотреть стромы, или-же можно рассмотреть ее лишь съ большимъ трудомъ. Въ нѣкоторыхъ гипертрофированныхъ перекладинахъ мы встрѣчаемъ мѣста величиною не болѣе горошины при 7-й системѣ Hartnack'a, въ которыхъ строма выпала, а остаются только скопленія гнойныхъ клѣтокъ и обрывковъ стромы.

Железистыя трубки prostat. въ огромномъ большинствѣ случаевъ значительно расширены. Это расширение должно быть отнесено не къ расширенію прямо какой либо железистой трубки, хотя и это встрѣчается, но главнымъ образомъ къ слиянію двухъ или нѣсколькихъ рядомъ лежащихъ железистыхъ трубокъ въ одну полость. На препаратахъ ясно видно въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, какъ инфильтрированныя гнойными тѣльцами перекладины стромы между двумя рядомъ лежащими железистыми трубками прорываются въ срединѣ, и полости железистыхъ трубокъ сообщаются между собой, по краямъ-же замѣтны еще остатки этой стромы. На нѣкоторыхъ мѣстахъ видно, что слились въ одну полость до 8—10 рядомъ лежащихъ железистыхъ трубокъ. Въ другихъ мѣстахъ уже не видно этихъ остающихся по краямъ и вдающихся внутрь образованной полости бывшихъ перекладинъ, такъ что не видно, сколько рядомъ лежащихъ железистыхъ трубокъ принимали участіе въ образованіи этой полости. Полости эти, при разсматриваніи срѣза на стеклѣ простымъ глазомъ, достигаютъ величины 2 миллиметровъ въ длину и $1\frac{1}{2}$ въ ширину. Форма этихъ полостей самая разнообразная: круглая, овальная и неправильно бухтообразная. Величина ихъ тоже весьма различна. Извѣстно изъ гистологіи, что железистыя трубки и дольки въ простатѣ выстланы однослойнымъ кубическимъ эпителиемъ. На препаратахъ изъ простаты, взятыхъ виѣстѣ съ оболочкой, только въ нѣкоторыхъ железистыхъ трубкахъ былъ найденъ

мною этотъ эпителий, но и то выстилающій не всю окружность железистой трубки, а одну какую-либо часть ея, такъ что можно было найти самое небольшое количество эпителиальныхъ клѣтокъ, непосредственно прилежащихъ къ стѣнкѣ трубки, другія-же эпителиальныя клѣтки или можно было отыскать внутри трубки, или свободно лежащими, или-же наслоенными на эпителий, прилежающій къ стѣнкѣ трубки, или-же совершенно исчезнувшими, какъ это и было въ огромномъ большинствѣ случаевъ. Въ кусочкѣ-же, взятомъ изъ середины простаты, этотъ эпителий былъ находимъ въ большинствѣ железистыхъ трубокъ не отслоеннымъ, или-же если и отслоеннымъ и исчезнувшимъ, то не весь сразу, а часть большая или меньшая его. Эпителий этотъ кубической формы, съ ясно выраженнымъ ядромъ, содержитъ большое количество маленькихъ зернышекъ, окрашивается плохо красками; во многихъ клѣткахъ ядра замѣтить не удастся. Всѣ железистыя трубки и полости, получившіяся отъ ихъ сліянія, наполнены большимъ количествомъ, тѣсно лежащихъ другъ около друга, прекрасно окрашивающихся синькой и гематоксилиномъ, гнойныхъ клѣтокъ. Кромѣ этихъ скопленій гнойныхъ клѣтокъ, въ нѣкоторыхъ трубкахъ и полостяхъ ближе къ стромѣ находятся небольшіе куски отслоившагося и довольно сильно измѣненнаго эпителия, который является сильно-зернистымъ съ плохо окрашивающимся ядромъ и протоплазмой; рядомъ съ такими эпителиальными клѣтками лежатъ клѣтки совершенно безъ ядеръ—распадающіяся или-же только одні мелкозернистыя массы. Что касается скопленій гнойныхъ клѣтокъ, то эти скопленія бываютъ различной величины и расположены различно по отношенію къ клѣткамъ полости, въ которой лежатъ. Величина ихъ колеблется сообразно съ величиной полости, въ которой онѣ лежатъ, и при 7-й системѣ Hartnack'a достигаетъ двухъ и болѣе полей микроскопа. Форма скопленій большею частью кругловатая. Между стѣнками полости, въ которой они находятся, и скопленіемъ въ большинствѣ случаевъ находится пустое пространство, такъ что кучки гноя лежатъ какъ-бы на вѣсу. Въ другихъ мѣстахъ кучки эти прилегаютъ къ одной какой-либо стѣнкѣ. Только въ небольшихъ полостяхъ эти скопленія сплошь почти занимаютъ всю полость. Не смотря на то, что препараты окрашивались въ парфинѣ, встрѣчается довольно большое количество полостей, изъ которыхъ эти скопленія гнойныхъ клѣтокъ выпадали.

Описавши анатомическія измѣненія, замѣченныя мною въ простатѣ, мы опишемъ теперь тѣ препараты, которые получались намазываніемъ на покрывное стеклышко содержимаго гнойничковъ и тѣ, которые окрашивались на бактеріи. Препараты эти разсматривались при маслянной иммері-

онной системѣ (Zeiss 2,0 mm.). Въ препаратахъ, окрашенныхъ по способу Грама, не смотря на самое тщательное изслѣдованіе многихъ приготовленныхъ въ разное время препаратовъ, никакихъ бактерій или кокковъ найти не удалось. На намазанныхъ и окрашенныхъ синькой или метиль-виолетомъ стеклышкахъ найдено было слѣдующее. Среди массы гнойныхъ тѣлецъ встрѣчаются палочки длиной отъ краснаго и до двухъ красныхъ кровяныхъ шариковъ и шириной въ бактерію брюшнаго тифа. Концы этихъ палочекъ закруглены. Палочки эти или прямые или-же изогнуты въ видѣ дуги, окрашиваются интенсивно синькой, генціано-виолетомъ и гематоксилиномъ. Вокругъ каждой такой палочки находится овальное блестящее пространство (по Высоковичу, выделяемая ими слизь). Что касается распредѣленія этихъ палочекъ въ простатѣ, то ихъ можно констатировать въ каждомъ скопленіи гноя въ полостяхъ, образовавшихся чрезъ сліяніе между собой железистыхъ трубокъ, при чемъ тамъ, гдѣ гной лежитъ не густо, можно видѣть, что бациллы эти лежатъ кучками и по отношенію другъ къ другу въ самыхъ разнообразныхъ положеніяхъ. Окружающее палочку блестящее овальное пространство, при расположеніи палочекъ кучей, соприкасается между собой и иногда сливается въ одну блестящую, безцвѣтную массу. Подыскать названіе этимъ бацилламъ, обладающимъ такими свойствами, т. е. опредѣлить, что это за форма, намъ не удалось, такъ какъ культура ихъ произведена не была, а опредѣлить ихъ по этимъ только свойствамъ невозможно (Высоковичъ). Вотъ все, что было найдено при микроскопическомъ изслѣдованіи простаты. Микроскопическая картина одна сама по себѣ, находя подтвержденіе въ протоколѣ вскрытія, даетъ намъ право поставить слѣдующій діагнозъ измѣненіямъ, найденнымъ въ простатѣ: *hypertrophia et prostatitis purulenta (apostematosa)*.

Почки. Препараты изъ корки большею частію красились въ парфинѣ, остальные обыкновенно. Окрашивались пикрокарминомъ съ синькой и чаще гематоксилиномъ и эозиномъ. Капсула, одѣвающая почку, видимая на нѣкоторыхъ мѣстахъ препаратовъ, состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, хорошо окрашивающейся эозиномъ; въ промежуткахъ между волокнами ея залегаетъ большое количество соединительно-тканыхъ клѣтокъ; это—внутренній, непосредственно прилегающій къ почечной паренхимѣ, листокъ фиброзной капсулы. Разсматривая корковый слой почки при малыхъ увеличеніяхъ (4-я система Hartnack'a), мы ясно видимъ, что рядомъ съ нормальнымъ въ общемъ строеніемъ почки встрѣчаются мѣста почечной ткани сильно измѣненные и даже совершенно не напоминающія

по строенію почечную ткань. Мочевые каналцы, видимые на поперечныхъ, продольныхъ и косыхъ разрѣзахъ, представляются покрытыми въ иныхъ мѣстахъ нормальной величины, хорошо окрашивающимся, съ ясными контурами и ядромъ эпителиемъ; болѣе тонкихъ измѣненій въ немъ при такомъ увеличеніи замѣтить, понятно, не удастся; просвѣты такихъ канальцевъ нормальной величины и ничѣмъ не заняты. Въ другихъ канальцахъ эпителий представляется увеличеннымъ въ объемѣ, менѣе интенсивно окрашивается, какъ протоплазма, такъ иногда и ядро; это увеличеніе въ объемѣ эпителия канальцевъ бываетъ различной величины, такъ что въ одномъ канальцѣ этотъ увеличенный въ объемѣ эпителий только болѣе или менѣе суживаетъ просвѣтъ канальца или-же совершенно закрываетъ. Рядомъ съ такими мочевыми канальцами встрѣчаются и такіе, въ которыхъ эпителий отслоился и, сохраняя форму просвѣта канальца, лежитъ въ немъ, такъ что между отслоившимся эпителиемъ и мембрано propria канальца находится пустое пространство, окружающее въ видѣ кольца отслоившійся эпителий. Въ другихъ канальцахъ вмѣсто эпителия замѣтна только какая-то мелкозернистая, весьма нѣжная масса. Въ иныхъ же канальцахъ весь эпителий совершенно выпалъ. Эти мочевые каналцы, эпителий которыхъ представляется при маломъ увеличеніи такимъ, какъ я описалъ выше, находятся въ самыхъ разнообразныхъ отношеніяхъ одни къ другимъ: тамъ лежитъ цѣлая масса канальцевъ съ такими-то измѣненіями, а рядомъ съ ней большая или меньшая группа съ другими измѣненіями, или же въ группѣ съ одними измѣненіями лежитъ нѣсколько канальцевъ съ другими и такъ далѣе. Между Мальпигіевыми клубочками и Баумановской капсулой всегда остается болѣе или менѣе значительное пространство. Мальпигіевы клубочки представляются покрытыми большимъ количествомъ маленькихъ, окрашенныхъ въ гематоксилинъ или синьку, точекъ. Въ другихъ случаяхъ въ Мальпигіевыхъ клубочкахъ встрѣчается одно или два, величиною въ маковое зерно, круглыхъ или овальныхъ, желтоватыхъ мѣста, въ которыхъ встрѣчается по нѣскольку маленькихъ синихъ или фіолетовыхъ точекъ. Рядомъ съ такими Мальпигіевыми клубочками мы видимъ и такіе, гдѣ Баумановская капсула и окружающая ее кругомъ ткань инфильтрирована большимъ количествомъ тѣсно-лежащихъ другъ около друга, синихъ или фіолетовыхъ, круглой формы, точекъ. Дальнѣйшій періодъ этой инфильтраціи состоитъ въ томъ, что она достигаетъ такой степени, что за нею совершенно нельзя разсмотрѣть почечной ткани; это кольцо, гдѣ невидна почечной ткани, окружено другимъ, гдѣ между инфильтрирующими клѣтками видно еще почечную ткань. Такія мѣста при 4 системѣ Hartnack'a достигаютъ величины горошины и болѣе. Иногда

такія мѣста лежатъ рядомъ другъ съ другомъ, отдѣленные лишь незначительной прослойкой неинфильтрированной почечной ткани, иногда же эти прослойки болѣе значительны. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ мы, вмѣсто Мальпигіевыхъ клубочковъ, видимъ только массу лежащихъ другъ около друга маленькихъ, окрашенныхъ въ синій или фіолетевый цвѣтъ, точекъ. Въ другихъ же мѣстахъ Мальпигіевы клубочки совершенно повыпадали. Вотъ все, что можно было замѣтить при маломъ увеличеніи въ корковомъ слоѣ почки. Идя отъ корки къ мякотному веществу, мы замѣчаемъ въ канальцахъ кромѣ вышесказанныхъ измѣненій эпителія и совершенно, по крайней мѣрѣ, при 4-й системѣ, нормального эпителія, что нѣкоторые изъ нихъ набиты сплошь, на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи, большимъ количествомъ окрашенныхъ въ синій или фіолетевый цвѣтъ точекъ. Такіе канальцы лежатъ рядомъ съ совершенно нормальнымъ или представляющимъ вышеописанныя измѣненія эпителиемъ. Между канальцами встрѣчаются цилиндрической формы, изогнутыя, также овальной и круглой формы, желтоватыя мѣста, шириною немного болѣе канальца; по этому желтому фону здѣсь и тамъ разбросаны синія точки. Вотъ все, что можно было замѣтить въ почкахъ при маломъ увеличеніи.—Разсматривая подробно состояніе эпителія, мы видимъ, что эпителий въ нѣкоторыхъ мочевыхъ канальцахъ совершенно нормаленъ, въ рядомъ же лежащихъ эпителиальныя клѣтки не рѣзко отграничены одна отъ другой или даже совершенно нельзя замѣтить границы между ними. Такія эпителиальныя клѣтки имѣютъ цилиндрическую форму, содержатъ въ себѣ довольно большое для нихъ круглое ядро, которое при 9-й системѣ Hartnack'a представляется мелкозернистымъ и неравномѣрно окрашеннымъ, при чемъ одни мѣста ядра окрашиваются интензивнѣе, чѣмъ другія. Протоплазма этихъ эпителиальныхъ клѣтокъ зерниста, окрашивается или хорошо, или-же мажется только краской (въ этихъ клѣткахъ зернистость больше и ядра не такъ рѣзки); величина ихъ нормальна. Изслѣдуя эпителий тѣхъ канальцевъ, въ которыхъ просвѣтъ является суженнымъ или совершенно закрытымъ, мы видимъ, что ядро остается такимъ же, какъ и въ вышеописанныхъ мѣстахъ, протоплазма же, которая сливается въ одно въ двухъ рядомъ лежащихъ клѣткахъ, является, въ особенности ближе къ просвѣту канальца, состоящей изъ мелкихъ зернышекъ (зернистое распаденіе); въ тѣхъ канальцахъ, гдѣ просвѣтъ закрытъ, видны только ядра, лежащія среди мелкозернистой, плохо окрашивающейся массы, представляющей бывшую протоплазму; въ нѣкоторыхъ же канальцахъ видна только эта мелкозернистая масса, а ядра исчезли. Рядомъ съ этими измѣненіями мы встрѣчаемъ мѣста въ

канальцѣ, рѣже цѣлые каналцы, въ которыхъ эпителий совершенно выпалъ. На такихъ мѣстахъ *membrana propria* канальцевъ представляется въ видѣ гомогенной, безструктурной, блестящей, тонкой перепонки. Канальцы съ такими измѣненіями эпителия не занимаютъ какой либо опредѣленный участокъ почки, а встрѣчаются повсюду въ самыхъ разнообразныхъ сочетаніяхъ, такъ что рядомъ съ канальцемъ, въ которомъ эпителий нормаленъ, лежитъ каналецъ, въ которомъ вмѣсто эпителия находится мелкозернистая масса и т. д. Мальпигіевы клубочки, какъ это было видно при маломъ увеличеніи, оттѣснены къ одной сторонѣ Баумановской капсулы. Эпителий послѣдней или нормаленъ, или-же представляетъ слѣдующія измѣненія. Въ иныхъ мѣстахъ эпителий представляется отслоившимся внутрь и еще находящимся въ соединеніи съ плотно сидящимъ на капсулѣ, въ другихъ мѣстахъ вмѣсто отслоившагося эпителия встрѣчается мелкозернистая масса, слабо или даже совсѣмъ не окрашивающаяся, въ которой или находится окрашенное ядро, или же его нѣтъ. Между этими двумя крайностями встрѣчается эпителий, который представляется набухшимъ. Мальпигіевы клубочки, находящіеся въ полости Баумановской капсулы, представляющей нормальной или съ такими измѣненіями эпителия, какъ сказано выше, уменьшены въ объемѣ; въ нихъ замѣчаются, величиною около просяного зерна (при 7-й системѣ), круглыя или овальныя, свѣтло-желтаго цвѣта, мелкозернистыя мѣста, въ которыхъ встрѣчаются нѣсколько большей величины синихъ или фіолетовыхъ зеренъ (расширенные сосуды, наполненные кровью). Дальнѣйшія измѣненія, замѣчаемыя въ Баумановской капсулѣ, состоятъ въ томъ, что мы въ ней замѣчаемъ меньшее или большее количество тѣсно лежащихъ другъ около друга круглыхъ и овальныхъ, интенсивно окрашивающихся, клѣтокъ (гнойныя тѣльца); въ нѣкоторыхъ изъ нихъ замѣчаются одно или, рѣже, два ядра. Кромѣ гнойныхъ тѣлецъ мы при 9-й системѣ Hartnack'a замѣчаемъ рядомъ съ ними лежащія палочки, которыя по своей длинѣ, толщинѣ, отношенію къ окраскѣ, являются совершенно тождественными съ описанными въ простатѣ. Такія же палочки, но только при иммерсионной системѣ (Ном. Imm. Zeiss 2,0 mm.) можно замѣтить и среди Мальпигіева клубочка. Далѣе, инфильтрація съ Баумановской капсулы переходитъ на окружающія ея части, занимая ихъ на большемъ или меньшемъ протяженіи, при чемъ инфильтрація болѣе значительна въ мѣстахъ, лежащихъ ближе къ капсулѣ, а также отдѣльныя гнойныя тѣльца, смѣшанныя съ измѣненнымъ и распавшимся эпителиемъ, выстилающимъ Баумановскую капсулу, находятся внутри ея, при чемъ и въ Мальпигіевыхъ клубочкахъ замѣчается распаденіе и

омертвѣніе эпителія. Наконецъ, капсула и окружающая ее ткань, а также и клубочекъ совершенно исчезаютъ и вмѣсто нихъ является масса тѣсно лежащихъ другъ около друга гнойныхъ тѣлецъ, перемѣшанныхъ съ кусками палочекъ вышеописанныхъ свойствъ и зернистой массы. Видимыя при 9-й системѣ палочки, а еще лучше при иммеріонной — встрѣчаются или по одиночкѣ, окруженныя овальнымъ блестящимъ пространствомъ, или же цѣлыми кучками, при чемъ въ этихъ кучкахъ не замѣчается какого либо постояннаго отношенія палочекъ другъ къ другу: свѣтлыя около палочекъ пространства иногда сливаются между собой. Окружающіе инфильтрированную Баумановскую капсулу мочевые каналцы представляютъ или явленія мутнаго набуханія эпителія или некроза, что встрѣчается чаще, или совсѣмъ исчезаютъ, замѣняясь скопленіемъ гнойныхъ клѣтокъ. Гнойныя скопленія (абсцессы) бываютъ различной величины и, иногда сливаясь между собой, занимаютъ все поле зрѣнія при 7-й системѣ. Распрежденіе ихъ по корковому веществу тоже не равномерное: въ иныхъ мѣстахъ корковаго вещества они представляются меньшей величины и встрѣчаются не такъ часто, въ другихъ же занимаютъ нѣсколько рядомъ лежащихъ клубочковъ съ Баумановскими капсулами. Мочевые каналцы, какъ *tubuli contorti primi et secundi ordinis*, такъ и Генлевскія петли, кромѣ тѣхъ измѣненій эпителія, которыя были описаны выше, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ при полномъ некрозѣ эпителія представляются набитыми сплошь на пространствѣ, занимающемъ иногда поле зрѣнія при 7-й системѣ, гнойными тѣльцами, перемѣшанными съ палочками, которыя залегаютъ не только между клѣтками, но и въ гнойныхъ клѣткахъ и въ стѣнкѣ каналаца. Окружность такого мѣста инфильтрирована гнойными клѣтками и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ эта инфильтрація доходитъ до того, что составныя части нѣсколькихъ каналцевъ распадаются и получается небольшой абсцессикъ. Но такихъ мѣстъ вообще встрѣчается немного. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ можно видѣть инфильтрацію между каналцами, но въ этихъ мѣстахъ не было палочекъ. Мякотное вещество почки представляетъ тѣ-же измѣненія эпителія: мутное набуханіе, распаденіе его и некрозъ, который встрѣчается очень рѣдко. Ядра эпителиальныхъ клѣтокъ здѣсь меньшей величины и не такъ интенсивно окрашиваются, какъ въ корковомъ веществѣ. Во многихъ каналцахъ эпителій отслоился и или сохраняется въ просвѣтѣ каналаца, или совершенно выпалъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ между клѣтками встрѣчается незначительная инфильтрація гнойными клѣтками. Большіе кровеносные сосуды крупныхъ измѣненій не представляютъ, только въ нѣкоторыхъ изъ нихъ *intima* на нѣ-

которомъ протяженіи является отслоенной. Капиллярные сосуды значительно расширены и сплошь набиты измѣненными красными кровяными шариками съ небольшимъ количествомъ бѣлыхъ. Палочки изъ гнояниковъ въ почкахъ, такъ и на препаратахъ, задѣланныхъ въ парафинъ, совершенно тождественны съ найденными въ простатѣ. Calices почки состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани, стѣнки утолщены, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ инфильтрированы гнойными клѣтками, но незначительно. Жировая клѣтчатка, лежащая около calices, значительно инфильтрирована гнойными клѣтками. Вотъ всѣ главные измѣненія, замѣченные при микроскопическомъ изслѣдованіи въ почкахъ. Кромѣ нихъ было найдено нѣсколько фиброзно перерожденныхъ Мальпигіевыхъ клубочковъ. Описанная выше микроскопическая картина измѣненій, найденныхъ въ почкѣ, даетъ ясную картину слѣдующихъ заболѣваній почки: *nephritis apostematosa (purulenta) metastatica, nephritis parenchymatosa et glomerulo-nephritis*.

Мочевой пузырь. Мочевой осадокъ состоитъ изъ довольно большого количества гнойныхъ тѣлецъ, небольшого количества красныхъ кровяныхъ шариковъ, изъ довольно большого количества эпителія мочевого пузыря и мочевыхъ канальцевъ, при чемъ многія эпителиальные клѣтки мочевого пузыря некротизированы, изъ разнообразныхъ цилиндровъ и осадковъ солей, а также въ немъ найдены тѣ-же палочки, что въ почкахъ и простатѣ. Тѣ мѣста пузыря, въ которыхъ при вскрытіи были найдены темнокрасныя пятна, изслѣдовались въ свѣжемъ состояніи. Эпителий почти вездѣ отпалъ, а въ оставшемся невидны ядере. Въ подслизистой ткани замѣтно кровеизліяніе. Слизистая оболочка инфильтрирована гнойными клѣтками и также представляетъ въ себѣ скопленія изливавшейся крови; кромѣ того она утолщена, поверхностные слои ея очень плохо окрашиваются. Мускулатура пузыря не представляетъ измѣненій. Сосуды расширены и наполнены кровью. Тоже найдено, за исключеніемъ кровеизліяній, и въ шейкѣ пузыря, которая уплотнилась. Въ мѣстахъ, гдѣ встрѣчались инфильтраціи, тѣже бактеріальныя формы, что и въ почкѣ. Такимъ образомъ, мы имѣемъ *cystitis diphteritica et haemorrhagica vesicae urinariae*.

Musculus ileo-psoas sinister. На препаратахъ изъ Мюллеровской жидкости, расщипанныхъ иглами, мы видимъ, что мышечныя волокна почти всѣ утолщены, въ мало утолщенныхъ волокнахъ видна еще поперечная исчерченность, въ значительно-же утолщенныхъ мы видимъ только крупно и мелко-зернистую массу. Разсматривая волокно по длинѣ, мы замѣчаемъ, что толщина его не вездѣ одинакова: нѣкоторые участки его сильно вздуты по сравненію съ упомянутымъ мышечнымъ волокномъ.

На уплотненныхъ и задѣланныхъ въ парафинъ препаратахъ, которые окрашивались всегда въ парафинѣ, такъ какъ иначе они рассыпались на мельчайшіе кусочки, видны какъ небольшія части мышечныхъ волоконъ, продольныхъ и косыхъ, такъ главнымъ образомъ и поперечные разрѣзы ихъ. Продольныя мышечныя волокна въ большей или меньшей степени являются увеличенными въ толщину, на нѣкоторыхъ изъ нихъ еще видна поперечная исчерченность, въ большинствѣ-же случаевъ ихъ мышечное вещество представляется мелко-зернистымъ, или-же въ видѣ небольшихъ глыбокъ. По краямъ мышечныхъ волоконъ встрѣчаются, окрашенные въ синій или фіолетовый цвѣтъ, продолговатой формы, клѣтки (мышечныя ядра). Окрашиваются волокна довольно интензивно эозиномъ, но эта краска скорѣе мажетъ, чѣмъ окрашиваетъ ихъ; только волокна малоизмѣненные хорошо окрашиваются эозиномъ. Мышечныя волокна, видимыя въ поперечномъ разрѣзѣ, утолщены, зернисты и между этой зернистостью замѣчается какъ-бы нѣжная сѣть. Одни изъ нихъ окрашиваются сплошь эозиномъ, другіе окрашены почти исключительно гематоксилиномъ, въ третьихъ-же на грязно-розовому фону замѣчается масса зеренъ разной величины и формы, окрашенныхъ гематоксилиномъ. Нѣкоторыя волокна, окрашенные эозиномъ, представляются совершенно гомогенными, блестящими, толщина ихъ въ 3—5 разъ больше нормальной; въ нѣкоторыхъ изъ такихъ волоконъ видно, что гомогенное мышечное волокно состоитъ изъ нѣсколькихъ, неправильной формы и различной величины, глыбокъ. Въ нѣкоторыхъ мышечныхъ волокнахъ собственно мышечное вещество выпало и осталась только саркоlemma, въ которой можно видѣть, различной величины, расположенныя къ просвѣту ея, окрашенные гематоксилиномъ, овальныя и круглыя клѣтки (мышечныя тѣльца). Соединительная ткань между отдѣльными волокнами значительно инфильтрирована гнойными клѣтками. Что касается количественнаго отношенія измѣненныхъ значительно волоконъ къ измѣненнымъ мало, то на долю мало измѣненныхъ приходится, можетъ быть, 20-я или 30-я часть. Такимъ образомъ мы имѣемъ зернистое, восковидное перерожденіе и главнымъ образомъ коагуляціонный некрозъ *m. ileopsoatis sinistri*.

Яичко. Сѣмянные (прямые) каналцы сдавлены, просвѣтъ ихъ совершенно закрытъ и наполненъ зернистой массой, контуры эпителія замѣтить нельзя; онъ сильно-зернистъ. *Tunica propria* каналцевъ утолщена и состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани. *Vasa efferentia* довольно широки, покрыты однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, который представляется зернистымъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ совершенно отпалъ

отъ *tunicae propriae*, въ другихъ мѣстахъ вмѣсто эпителия является зернистая масса, въ которой иногда замѣтно и овальное ядро. *Tunica albuginea* утолщена, склерозирована. Въ оболочкахъ яичка встрѣчается нѣсколько мѣстъ, въ которыхъ находится нѣсколько скопленій известковыхъ солей; эти соли являются или въ видѣ зеренъ различной величины, или въ видѣ глыбокъ и бляшекъ различной величины и неправильной формы. Возлѣ этихъ известковыхъ солей встрѣчаются мѣста тоже неправильной формы, величиною подѣ микроскопомъ съ маковое зерно и интенсивно окрашенные гематоксилиномъ, такъ что подробнѣе разсмотрѣть ихъ нельзя; соединительная ткань вокругъ такихъ гнѣздъ отложенія солей является гомогенной и похожей на гліалиновый хрящъ. Такимъ образомъ, мы имѣемъ *petrificatio in tunicis testis et orchitis interstitialis*.

Печень. Рядомъ съ совершенно нормальной печеночной тканью встрѣчается довольно большое число участковъ въ печени, гдѣ ткань ея представляетъ значительныя измѣненія. Рядомъ съ нормальной величины клѣтками, которыя вообще раздвинуты болѣе другъ отъ друга, чѣмъ обыкновенно, встрѣчаются уменьшенныя въ объемѣ клѣтки. Вокругъ центральной вены (*vena centralis*), а также и по периферіи дольки, печеночныя клѣтки въ нѣкоторыхъ мѣстахъ уменьшены до того, что вмѣсто нихъ мы видимъ только ядро печеночной клѣтки, окруженное небольшимъ ободкомъ протоплазмы; эти атрофированныя печеночныя клѣтки лежатъ въ перемежку съ нормальными или сильно зернистыми печеночными клѣтками. Около *vena centralis*, а также и по периферіи долекъ, занимая иногда половину поля зрѣнія микроскопа (при 7-й системѣ), замѣчается сѣтка, состоящая изъ гомогенныхъ, очень тонкихъ оболочекъ, петли которой имѣютъ круглую, продолговатую и угловатую форму и содержатъ въ себѣ или значительно уменьшенныя печеночныя клѣтки, или небольшое количество желтыхъ, мелкихъ зеренъ, или совершенно пусты. Нѣкоторыя печеночныя клѣтки содержатъ въ себѣ большее или меньшее количество желтаго зернистаго пигмента. Вены печени расширены, артеріи нормальны. Вокругъ междольчатыхъ сосудовъ встрѣчается въ нѣкоторыхъ мѣстахъ небольшое разращеніе нѣжной соединительной ткани, содержащей въ себѣ большое количество соединительно-тканыхъ клѣтокъ. Желчные протоки немного расширены. Эта картина позволяетъ намъ поставить только діагнозъ—*atrophia hepatis simplex et fusca*.

Селезенка. Въ различныхъ мѣстахъ селезеночной мякоти разбросано болѣе или менѣе значительное количество желтаго пигмента. Пигментъ этотъ состоитъ изъ кругловатыхъ или неправильной формы комоч-

ковъ, которые тѣсно лежатъ другъ около друга и имѣютъ величину отъ одного и до 3 бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Эти скопленія бываютъ различной величины, большею частью неправильной, продолговатой формы. Нѣкоторыя мѣста селезенки не содержатъ пигмента. Мальпигіевы тѣльца выражены ясно. Трабекулы, нормальной величины и плотности, гипертрофированы. Въ селезеночной мякоти никакихъ другихъ измѣненій не наблюдается. Что касается распредѣленія пигмента, то онъ почти вездѣ находится то въ большемъ, то въ меньшемъ количествѣ, за исключеніемъ незначительныхъ участков пульпы. Пигментъ этотъ, по всей вѣроятности, есть продуктъ распадѣнія въ самой селезенкѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ. Такимъ образомъ мы имѣемъ *melanosis lienis*.

Легкія. Легочная ткань сохранила вездѣ нормальное строеніе. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ встрѣчается нѣсколько рядомъ лежащихъ альвеолъ, которыя сплошь наполнены красными кровяными шариками. Между красными кровяными шариками, находящимися въ альвеолахъ, въ иныхъ мѣстахъ видна тонкая фибринозная сѣть. Крупные сосуды легкихъ расширены, наполнены кровью, въ которой, однако, красныхъ кровяныхъ шариковъ отдѣльно рассмотреть нельзя. Разрыва сосудовъ нигдѣ замѣчено не было. Кромѣ этихъ измѣненій мы находимъ въ перегородкахъ между альвеолами, а также и около большихъ сосудовъ кучки крупныхъ, черныхъ частичекъ, окруженные болѣе мелкими, черными, неправильной формы пластинками. Количество этого пигмента въ легкихъ не велико. Такимъ образомъ, принимая во вниманіе также и данныя протокола вскрытія, мы, на основаніи микроскопическаго изслѣдованія, принимаемъ діагнозъ: *anthracosis et haemorrhagia pulmonum*.

Твердая мозговая оболочка. При микроскопическомъ изслѣдованіи твердой мозговой оболочки, уже при маломъ увеличеніи (4-я система), бросается въ глаза, что въ ней кромѣ ткани твердой мозговой оболочки лежитъ еще на внутренней поверхности перепонка, состоящая изъ нѣсколькихъ различныхъ по строенію слоевъ. При разсматриваніи съ большимъ увеличеніемъ собственно твердой мозговой оболочки мы замѣчаемъ, что она состоитъ изъ пучковъ волокнистой соединительной ткани, пересѣкающихся между собою. Однако большая часть этихъ пучковъ, извиваясь немного, идетъ параллельно наружной поверхности твердой мозговой оболочки. Въ промежуткахъ между пучками волокнистой соединительной ткани залегаетъ нормальное количество соединительно-тканыхъ клѣтокъ. Клѣтки эти небольшія; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ мы видимъ протоплазму, въ которой лежитъ небольшое ядро, въ другихъ-же протоплазмы,

окружающей ядро, не замѣтно, и видны только одни ядра. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ видны одинъ или два, идущіе въ противоположныя стороны, отростка. Эти клѣточные отростки видны не вездѣ. Пучки волокнистой соединительной ткани, входящія въ составъ твердой мозговой оболочки, не одинаковой толщины и плотности; нѣкоторые изъ пучковъ склерозированы и хуже окрашиваются, чѣмъ другіе; между склерозированными пучками залегаетъ очень мало клѣточныхъ элементовъ. Адвентиція артеріальныхъ сосудовъ, проходящихъ въ твердой мозговой оболочкѣ, значительно утолщена; нѣкоторые изъ нихъ сплошь набиты мелкозернистой желтой массой, въ которой невозможно различить красныхъ кровяныхъ шариковъ. Вены тонкостѣнны, никакихъ особенныхъ измѣненій не представляютъ. Капилляры расширены и наполнены желтой зернистой массой. Сейчасъ-же надъ внутренней поверхностью твердой мозговой оболочки лежитъ слой переплетающихся между собой пучковъ соединительной ткани, которые представляются болѣе тонкими и не такими плотными, какъ пучки самой твердой мозговой оболочки. Слой этотъ, ближе къ поверхности твердой мозговой оболочки, представляется болѣе плотнымъ и интенсивно окрашивающимся, но все-таки не такимъ, какъ твердая мозговая оболочка; въ этомъ, если такъ можно сказать, переходномъ слой пучки, извиваясь, сохраняютъ параллельное другъ другу направленіе или-же пересѣкаются одинъ съ другимъ. Далѣе кнутри этотъ слой состоитъ изъ рыхлой, не такъ интенсивно окрашивающейся, соединительной ткани. Въ этихъ слояхъ, въ особенности въ болѣе рыхломъ, залегаетъ большое количество соединительно-тканыхъ клѣтокъ, въ которыхъ можно различить довольно большія, интенсивно окрашенные ядра, окруженные тонкимъ слоемъ безструктурной протоплазмы, переходящей въ одинъ или два отростка. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ кромѣ ядра ничего незамѣтно, настолько мало количество протоплазмы около него. Нѣкоторыя клѣтки какъ-бы соединяются между собой своими отростками. Между пучками этой рыхлой соединительной ткани находятся овальные или продолговатые щели и небольшое количество очень тонкостѣнныхъ капилляровъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ препаратовъ ясно видно, какъ капиллярные сосуды изъ собственно твердой мозговой оболочки переходятъ въ пленку. За этимъ обильнымъ клѣтками и капиллярами слоемъ рыхлой соединительной ткани, въ которой щели, по мѣрѣ удаленія отъ твердой мозговой оболочки, становятся болѣе многочисленными и широкими, лежитъ слой, въ которомъ преобладающее мѣсто принадлежитъ щелямъ и пустымъ пространствамъ. Форма и величина этихъ щелевидныхъ пространствъ раз-

нообразная, большею частью неправильная и они въ 7—8 разъ шире капилляра. Что касается до распредѣленія этихъ пространствъ, то они часто залегаютъ рядомъ въ большомъ количествѣ, отдѣленные другъ отъ друга тонкой стѣнкой, состоящей изъ волоконъ нѣжной соединительной ткани, между которыми видны овальныя, продолговатыя и круглыя, небольшія соединительно-тканныя клѣтки; въ нѣкоторыхъ рядомъ лежащихъ пространствахъ стѣнки какъ-бы разрываются, и они сообщаются другъ съ другомъ, соединяясь въ одну полость. Что касается строенія стѣнки собственно внутреннего слоя пространствъ, то его рассмотреть при такомъ увеличеніи не удалось. Въ одномъ мѣстѣ препарата слои пленки идутъ нѣсколько иначе: за небольшимъ слоемъ рыхлой соединительной ткани, лежащей непосредственно на твердой мозговой оболочкѣ, лежитъ слой съ расширенными полостями, затѣмъ слой нѣжной соединительной ткани и опять слой расширенныхъ щелевидныхъ полостей. Что содержали въ себѣ эти пустыя пространства—кровь-ли, гной, или же просто серозную жидкость и должны ли они быть принимаемы за расширенные капилляры,—этого рѣшительно сказать нельзя, но вѣрнѣе, что это расширенные капилляры, изъ которыхъ кровь выпала во время уплотненія и застыванія препарата. Что касается происхожденія этой перепонки, то, по Риндфлейшу, она образуется главнымъ образомъ изъ субэпителиальнаго слоя твердой мозговой оболочки такимъ образомъ, что изъ сосудистыхъ поръ сперва выходятъ безцвѣтныя кровяныя тѣльца, а затѣмъ вырастаютъ и сосуды; изъ первыхъ образуется рыхлая соединительная ткань, вторые же составляютъ сосуды этой перепонки. Нахожденіе въ перепонкѣ послѣдовательныхъ слоевъ, плотныхъ и рыхлыхъ, показываетъ, что процессъ этотъ давняго происхожденія. На основаніи данныхъ микроскопическаго изслѣдованія, мы заключаемъ, что это *pachymeningitis interna chronica circumscripta*.

Полушаріе мозга. При микроскопическомъ изслѣдованіи, окрашенныхъ гематоксилиномъ и эозиномъ, кусковъ коры съ бѣлымъ веществомъ лѣвыхъ и правой лобной долей, мы находимъ слѣдующее. Перипицеллярныя пространства представляются расширенными и лежація въ нихъ клѣтки отдалены по направленію осевыхъ отростковъ, такъ что онѣ лежатъ около одной стѣнки пространства. Нѣкоторыя нервныя клѣтки имѣютъ около себя отъ одной до трехъ блуждающихъ клѣтокъ; ядра въ нервныхъ клѣткахъ довольно хорошо дифференцированы отъ протоплазмы. Въ нѣкоторыхъ нервныхъ клѣткахъ нельзя замѣтить ядра. Нѣкоторыя нервныя клѣтки содержатъ большое количество желтаго зернистаго пигмента. Невроглія представляется вездѣ сильно зернистой. Периваскулярныя

пространства сильно расширены. Полости около капилляровъ расширены почти втрое и залегающіе въ нихъ капилляры представляются сдавленными до полного соприкосновенія стѣнокъ; около нѣкоторыхъ изъ такихъ сдавленныхъ капилляровъ видно по нѣскольку окрашенныхъ гематоксилиномъ блуждающихъ клѣтокъ. Вотъ все, что можно было найти въ этихъ мѣстахъ мозга при такой окраскѣ. На препаратахъ, взятыхъ изъ этихъ же приблизительно мѣстъ и окрашенныхъ по Weigert'y, видно, что сѣрое вещество окрашено въ желтый цвѣтъ, бѣлое же вещество представляется окрашеннымъ неравномѣрно: нѣкоторые пучки волоконъ окрашены въ совершенно черный цвѣтъ, другіе же рядомъ лежащіе въ болѣе свѣтлый, черновато-сѣрый цвѣтъ. Склеротическихъ гнѣздъ нигдѣ замѣтить не удалось. На этихъ препаратахъ очень ясно видны блуждающія клѣтки, лежащія около капилляровъ и на нихъ.—*Circa cerebri ad pontem*. Рядомъ съ нормальными нервными клѣтками встрѣчаются нервные клѣтки, представляющія довольно много измѣненій. Клѣтки увеличены въ объемѣ, неправильной формы, содержатъ большое количество желтаго пигмента, изъ-за котораго не видно иногда ядра, въ нихъ находящагося; около нѣкоторыхъ такихъ клѣтокъ встрѣчается по нѣскольку блуждающихъ клѣтокъ. Ядро въ клѣткахъ довольно большое, содержитъ въ себѣ ядрышко (nucleolus), въ которомъ находится еще и зерно (nucleolus). Ядра довольно плохо окрашиваются гематоксилиномъ. Въмѣсто другихъ клѣтокъ являются какія-то комковатыя массы, въ которыхъ иногда содержится желтый пигментъ въ большемъ или меньшемъ количествѣ. Существуютъ мѣста, сохраняющія форму нервной клѣтки; ихъ было найдено только нѣсколько, гдѣ вмѣсто клѣтки осталась только кучка пигмента. Кромѣ этой пигментной дегенерации нервныхъ клѣтокъ мы встрѣчаемъ довольно значительныя нервныя клѣтки, содержащія въ себѣ различной величины вакуолы (пузыри), которыя и увеличили объемъ клѣтки; ядро въ такихъ клѣткахъ уменьшено, иногда сморщено и плохо окрашивается. Неврогія отечна, сѣтчата. Въ нѣкоторыхъ волокнахъ замѣчается такой же желтый пигментъ, какъ и въ клѣткахъ. Пучки нервныхъ волоконъ неравномѣрной толщины, зернисты; промежутки между ними расширены. Капиллярные сосуды въ иныхъ мѣстахъ представляются сдавленными, лежащими въ расширенныхъ пространствахъ. Нѣкоторые капиллярные сосуды булавовидно расширены. По продолженію осевыхъ отростковъ нѣкоторыхъ нервныхъ клѣтокъ встрѣчаются желтоватыя, состоящія изъ пигмента, полосы. Въ правой ножкѣ значительная атрофія бѣлаго вещества. Перпендикулярный разрѣзъ къ дну задняго рога.

праваго боковаго желудочка прежде всего обнаружилъ сильную отечность ткани. Периваскулярныя пространства расширены, въ нихъ залегаютъ пристѣнно овалныя и круглыя, съ большими ядрами, клѣтки; около нихъ замѣчается иногда по нѣскольку лейкоцитовъ, которые вѣдряются даже въ самыя клѣтки. Рядомъ съ этими клѣтками встрѣчаются такія же клѣтки атрофированныя, стекловидныя (безъ всякаго слѣда какого нибудь другаго перерожденія). Встрѣчаются также клѣтки, и ихъ довольно много, съ пигментнымъ перерожденіемъ, а также и съ вакуолезными пространствами. Бѣлое вещество отечно, представляется въ видѣ сѣтки, въ промежуткахъ которой находятся зерна пигмента и многочисленныя ядра, которыя почти всѣ въ состояніи irritaціи, обильно принимаютъ краску и иногда содержатъ nucleoli и nucleolini.

Мозжечекъ. Мозжечекъ сильно отеченъ. Невроглія, нервныя клѣтки, капилляры, нервныя волокна представляютъ тѣ же измѣненія, что и въ большомъ мозгѣ. Только количество перерожденныхъ клѣтокъ въ немъ не значительно. Такимъ образомъ мы видимъ, что склеротическихъ гнѣздъ не имѣется. Мы имѣемъ вездѣ только разные виды перерожденія нервныхъ клѣтокъ (пигментное, вакуолезное) и атрофію ихъ. Невроглія представляется вездѣ зернистой. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ мы имѣемъ атрофію мякотнаго вещества и не одинаковое отношеніе нервныхъ волоконъ къ окраскѣ по Weigert'у; кромѣ того всюду расширение перичеселлюлярныхъ и периваскулярныхъ пространствъ, отечность мякотнаго вещества и давнюю ependymitidem въ нижней стѣнкѣ задняго рога праваго боковаго желудочка съ кистовиднымъ перерожденіемъ бѣлаго вещества и съ атрофіей отъ давленія праваго cruris cerebri ad pontem. Этому измѣненію, очевидно, современны по происхожденію pachymeningitis interna haemorrhagica и apoplexia meningialis надъ правою затылочною долею, повлекшія за собою кистовидное перерожденіе мягкой мозговой оболочки и атрофію корки подлежащихъ извилинъ мозга. Всѣ эти измѣненія, очевидно, весьма давнія и часто подавали поводъ къ повторнымъ приступамъ apoplexiae meningialis, какъ это видно изъ найденныхъ при вскрытіи множественныхъ гнѣздъ encephalitis corticalis съ послѣдовательными за ними атрофическими уплотненіями соотвѣтственныхъ участковъ бѣлаго вещества.

И такъ, передъ нами довольно рѣдкій случай хронической pachymeningitis internae et ependymitis haemorrhagicae circumscriptae, осложненный encephalitis corticali multiloculari ex apoplexia meningiali consecutiva. Весь этотъ комплексъ измѣненій въ центральной нервной системѣ сопровождался парезомъ мочевого пузыря и хроническою гнойною cystitide,

которая, превратившись подъ вліяніемъ инвазіи патогенныхъ бактерій, въ дифтеритическую, повлекла за собою *pyelonephritidem metastaticam et abscessum iliacum*, каковое осложненіе и послужило ближайшею причиною смерти.

СССVI. Tuberculosis miliaris chronica—meningitis tuberculosa.

Р. Мелешко.

Крестьянинъ Пермской губерніи Иванъ Симбиръ, 44 лѣтъ, былъ доставленъ, 16 ноября 1892 года, почти въ безсознательномъ состояніи, съ вокзала желѣзной дороги; помѣщенъ былъ въ припадочное отдѣленіе Александровской больницы. Во время пребыванія его въ больницѣ выяснилось, что боленъ онъ около трехъ недѣль, жалуется на общую слабость. Въ общемъ больной былъ въ высокой степени истощенъ, психика подавлена, моча произвольно не выдѣлялась; по временамъ больной впадалъ въ безсознательное состояніе, кричалъ; пульсъ все время былъ частымъ и слабымъ. Въ такомъ положеніи, вечеромъ 19 ноября, больной умеръ при явленіяхъ ясно выраженного маразма съ діагнозомъ *meningitis*. Температура все время колебалась въ предѣлахъ 37—38° 2°. Вскрытіе 21 ноября.

Кости свода сильно утолщены, склерозированы, твердая мозговая оболочка напряжена, мягка, умѣренно венозно инъецирована. Лѣвое полушаріе выдается болѣе праваго, при давленіи флюктуируетъ, боковые желудочки сильно растянуты серозною жидкостью; сводъ и ножки гидроцефалически размягчены. Въ заднемъ концѣ праваго *thalamus optici* и *cornu Ammonis erenduma* пронизана мелкими кирпично-краснаго цвѣта пятнами, каковыя разсѣянно наблюдаются и на поверхности разрѣзовъ въ сѣромъ веществѣ. Околосердечная сумка частью зарощена, частью выполнена перепончатыми и бородавчатыми, сѣровато-бѣлыми, легко растирающимися между пальцами фибринозными отложеніями. *Epicardium* утолщено, мелкобородавчато, правое венозное предсердіе растянуто. *Bicuspidalis* натягивается въ видѣ хорды. Стѣнки сердца дряблы, блѣдно-краснаго цвѣта, истончены. Лѣвое легкое сращено по всей поверхности старыми, ложными перепонками, правое, на нижней долѣ, при переднемъ краѣ—плотными, кожистыми, фиброматозными перепонками. Оба легкія объемисты, не спадаются, въ разрѣзѣ равномерно грязновато-краснаго цвѣта, устьяны многочисленными равномерной величины до просяного зерна, плотными, сѣрыми узелками въ проходимой для воздуха, гиперемированной и отеочной ткани. Селезенка увеличена въ объемѣ, въ разрѣзѣ плотна, ціанотично окрашена. Печень сращена съ діафрагмой, мала, кожиста, хруститъ подъ ножомъ, въ разрѣзѣ зерниста, темно-коричневаго цвѣта. Почки малы, капсула съ трудомъ отдѣляется, ткань каучукообразной плотности, ціанотично окрашена; какъ при поверхности, такъ и въ разрѣзѣ въ корковомъ слоѣ и пирамидкахъ, пронизана многими сѣрыми, плотными узелками, на поверхности розеткообразно, въ разрѣзѣ четкообразно расположенными; сосочки при-

туплены, лоханки расширены. Мочевой пузырь сильно растянут мочей. Желудок сильно растянут, слизистая оболочка мелкобуборчатая, аспидного цвета. Слизистая оболочка толстых кишек и тонких, за исключением атрофии, изменений не представляет. Ободочная кишка удлинена, брыжейка сигмовидной кишки, стянута рубцами такъ, что послѣдняя образуетъ привычный заворотъ слѣва направо и сверху вниз; просвѣтъ растянутъ плотными, какъ дерево, комковатыми каловыми массами.

Кусочки для микроскопическаго изслѣдованія были взяты изъ легкихъ съ плеврой, обѣихъ половинъ сердца съ эпикардіемъ, печени, селезенки, почек, мозговой корки изъ области fossae Sylvii, thalami optici и, наконецъ, кусочекъ мягкой мозговой оболочки на мѣстѣ перехода ея съ основанія мозга на Варолиевъ мостъ. Послѣ обычной обработки кусочковъ (девятидневное уплотненіе въ Мюллеровской жидкости съ послѣдующимъ промываніемъ въ теченіи сутокъ, обезоживаніе абсолютнымъ алкоголемъ, просвѣтленіе смѣсью кедроваго масла и ксилола и заклѣпка въ парафинъ съ предварительнымъ пропитываніемъ кусочковъ парафиномъ съ хлороформомъ и жидкимъ парафиномъ въ термостатѣ) срѣзы ихъ были получаемы съ помощью микронома, подвергались двойной окраскѣ гематоксилиномъ и эозиномъ и изслѣдовались подъ седьмой системой Гартнака.

На срѣзахъ праваго легкаго бросаются прежде всего въ глаза участки легочной ткани, совершенно лишенные нормальнаго строенія. Въ центрѣ этихъ участковъ замѣчается безструктурная масса, состоящая изъ отдѣльных блестящихъ, непрозрачныхъ глыбокъ; въ центрѣ этой, по всѣмъ признакамъ, казеозной массы глыбки сплочены тѣсно, мельче сами по себѣ, очертанія ихъ расплывчаты; къ периферіи онѣ больше, не такъ тѣсно сплочены, имѣютъ болѣе или менѣе кругловатую форму; очень рѣдко здѣсь между ними попадаются пузырькообразныя, одиночныя, безъ клѣточного тѣла, ядра съ ядрышками. Вокругъ казеознаго центра замѣчается слоистое расположеніе волокнистой соединительной ткани. Соединительная ткань то плотно обхватываетъ периферію казеознаго центра, то даетъ идущіе въ различныхъ направленіяхъ къ нему отростки; направленіе волоконъ соединительной ткани отмѣчается веретенообразными ядрами, располагающимися своимъ длиннымъ діаметромъ по направленію волоконъ; внутри казеозныхъ массъ соединительная ткань съ веретенообразнымъ ядрами находится только на периферіи, между тѣмъ какъ волокнистое строеніе наблюдается иногда и въ центрѣ, но безъ ядеръ. Слой соединительной ткани, окружающей казеозный центръ, бываетъ различной толщины; между отдѣльными слоями ея находятся тоже кое-гдѣ, но всетаки вблизи казеознаго центра, небольшія скопленія зернистыхъ массъ и отдѣльныя пузырькообразныя ядра. Въ соединительной ткани, между ея слоями, наблюдаются отдѣльныя громадныя клѣтки съ массою, почти всегда периферически расположенныхъ, густо окрашенныхъ ядеръ; ядра распо-

ложены не въ одной плоскости и содержать ядрышки; клѣточное тѣло ихъ представляется или мелкозернистымъ, или, изрѣдка, однороднымъ; въ протоплазмѣ клѣточного тѣла часто отлагаются угольные частицы; часто периферія клѣточного тѣла распадается на массу отростковъ или неправильныхъ выступовъ. Лежатъ гигантскія клѣтки обыкновенно въ свободныхъ между волокнами соединительной ткани пространствахъ, и между клѣткой и соединительною тканью находится небольшое пространство, часть котораго иногда бываетъ занята казеозными массами; иногда гигантскія клѣтки находятся въ періодѣ полного разрушенія, отъ нихъ остается лишь незначительная часть, остальная разрушена; соединительная ткань въ этихъ случаяхъ плотно обхватываетъ гигантскую клѣтку. Около еще хорошо сохранившихся гигантскихъ клѣтокъ, иногда отдѣляясь отъ нихъ узенькой прослойкой соединительной ткани, видны, но очень рѣдко, характерныя, съ двумя, тремя пузырькообразными ядрами и небольшимъ рѣзко очерченнымъ клѣточнымъ тѣломъ—эпителиодныя клѣтки. Что касается мѣста нахождения гигантскихъ клѣтокъ, то онѣ большею частью располагаются по краю казеозныхъ массъ, но всегда отдѣлены отъ нихъ прослойками соединительной ткани, чаще расположены въ толщѣ этой послѣдней и то одиночно, то по нѣскольку, но всегда отдѣлены одна отъ другой соединительною тканью. Поясъ соединительной ткани, какъ сказано было выше, бываетъ весьма различной толщины; онъ выступаетъ или въ видѣ тонкаго ободка, или этотъ ободокъ выступаетъ на первое мѣсто сравнительно съ весьма малаго діаметра казеозными массами. Периферія соединительнотканнаго пояса отличается всегда присутствіемъ инфильтраціи и отложеніемъ кое-гдѣ угольныхъ частицъ между старыми волокнами соединительной ткани. Кровеносные сосуды находятся лишь по периферіи измененнаго участка, никогда въблизи казеозныхъ центровъ; располагаясь въ соединительной ткани, они не отличаются величиною просвѣта; adventitia ихъ инфильтрирована въ значительной степени, сильно утолщена; эндотелій интимы отпадаетъ, просвѣтъ выполненъ распадающимися красными кровяными шариками; болѣе мелкіе сосуды представляются совершенно измененными, сдавленными окружающею соединительною тканью; отъ просвѣта остается лишь узенькая полоска, заполненная отпавшимъ и измененнымъ эндотелиемъ. Измененные участки легочной ткани имѣютъ не всегда только что описанный характеръ: хотя въ видѣ одиночныхъ казеозныхъ массъ, окруженныхъ широкимъ поясомъ соединительной ткани, они встрѣчаются чаще всего; но бываетъ такъ, что нѣсколько казеозныхъ центровъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга лишь узенькой полоской

безъядерной соединительной ткани, имѣють по периферіи общій соединительно-тканый поясъ. Иногда замѣчается полное отсутствіе казеознаго центра и тогда весь участокъ занятъ молодою соединительною тканью, въ которой находятся гигантскія клѣтки и запусѣвшіе лимфатическіе сосуды; иногда кажется, что казеозная масса сидитъ въ просвѣтѣ маленькаго бронха и соединительная ткань, которая окружаетъ казеозный центръ, исходитъ изъ фиброзно утолщенной стѣнки его; но даже тамъ, гдѣ казеознаго центра нѣтъ, характеръ соединительной ткани приближается къ фиброзному и она всегда направляется изъ периферическаго слоя радіальными отростками къ центру образованія. Присматриваясь къ мѣсту, которое занимають эти образованія, можно замѣтить, что они располагаются или вблизи большихъ сосудовъ или непосредственно прилегають къ стѣнкамъ бронховъ. Въ первомъ случаѣ адвентиція сосудовъ сильно утолщена и соединительная ткань ея переходитъ въ фиброзную ткань образованія; если образованіе прилежитъ къ стѣнкамъ бронховъ (мелкихъ), то не удастся замѣтить такой связи соединительно-тканнаго остова образованія съ соединительною тканью бронха, можетъ быть потому, что не попали въ разрѣзъ болѣе крупныя бронхи, а лишь такіе, которые сейчасъ готовы перейти въ альвеолы, и присутствіе соединительной ткани въ стѣнкахъ ихъ весьма незначительно. Тамъ, гдѣ нѣтъ описанныхъ выше образованій, сохраняется общій видъ легочной ткани, но въ сущности и здѣсь она представляется измѣненной; перегородки альвеолъ утолщены, въ нихъ замѣтно большее, сравнительно съ нормой, развитіе соединительной ткани; если въ нихъ попадаются сосуды, то стѣнки ихъ инфильтрированы, просвѣтъ сдавленъ и наполненъ отпадающимъ эндотеліемъ. Полость альвеолъ выполнена отпавшимъ легочнымъ эпителиемъ, въ иныхъ мѣстахъ сохраняющимъ ясно свой характеръ: онъ плоскій, кругловатой формы съ пузырькообразнымъ, крупнымъ ядромъ; въ другихъ мѣстахъ онъ начинаетъ распадаться или даже совсѣмъ подвергся казеозному перерожденію, такъ что полость альвеолы оказывается выполненной зернистой казеозной массой, съ боку которой лишь кое-гдѣ сохранились отдѣльныя набухшія клѣтки. Если альвеола выполнена не вся, то можно наблюдать не особенно тонкую фибринозную сѣточку, натянутую между свободными стѣнками альвеолъ и ихъ содержимымъ. Иной разъ въ альвеолу, наполненную, повидимому, свѣжими казеозными массами, происходитъ инфильтрація лимфоидными элементами. Въ сосудахъ такихъ мѣстъ наблюдается утолщеніе наружной стѣнки, но просвѣтъ сосуда еще свободенъ и выполненъ красными кровяными тѣльцами. Удастся иногда прослѣдить, что концевые бронхи, гдѣ

они переходятъ въ альвеолы, подвергаются тому-же наполненію просвѣта ихъ отпадающими, сильно измѣненными клѣтками; также и выше, гдѣ бронхъ сохраняетъ еще свое строеніе, имѣется мѣстами еще мышечный слой, количество соединительной ткани въ стѣнкѣ его увеличено и въ наружныхъ слояхъ ея замѣчается отложеніе угольной пыли; отъ стѣнки такихъ бронховъ берутъ, какъ уже сказано было выше, начало казеозныя образованія. Тамъ, гдѣ ткань праваго легкаго переходитъ въ плевру, замѣчается, что соединительная ткань послѣдней непосредственно продолжается въ перегородки альвеолъ, которыя представляются здѣсь особенно толстыми съ отложеніемъ частичекъ угля и ясно волокнистымъ строеніемъ. Въ плеврѣ вблизи легочной ткани отложеніе чернаго пигмента весьма интензивно, соединительная ткань носитъ характеръ рыхлой пучковой соединительной ткани, въ ней замѣчаются веретенообразныя ядра, но чѣмъ дальше къ свободной поверхности, тѣмъ контуры волоконъ соединительной ткани становятся незамѣтны, ядеръ совсѣмъ не видно. Вся эта часть плевры окрашивается весьма слабо; между пучками волоконъ попадаются зернистыя массы, на свободной поверхности нѣтъ и слѣдовъ эпителия; вообще получается впечатлѣніе, что ближе къ свободной поверхности слои плевры подверглись коагуляціонному некрозу. Ткань лѣваго легкаго въ общемъ представляетъ тѣ же измѣненія, что и праваго, хотя замѣтны нѣкоторыя уклоненія. Прежде всего образованій съ казеознымъ центромъ не такъ много, какъ въ правомъ; чаще встрѣчаются участки съ фиброзной соединительной тканью, при чемъ иногда все образованіе пропитано угольными частицами. Стѣнки альвеолъ сравнительно тонки, пропитаны угольными частицами, отпаденіе альвеолярнаго эпителия съ послѣдующимъ зернистымъ распадомъ въ этомъ легкомъ встрѣчается рѣдко. Сосуды, находящіеся между свободными альвеолами въ ихъ перегородкахъ, нѣсколько расширены, наружный слой стѣнки ихъ пропитанъ углемъ; тоже самое наблюдается и въ адвентиціи большихъ сосудовъ. Иногда наружная стѣнка сосудовъ и находящихся вблизи ихъ альвеолярныхъ перегородокъ сплошь набиты черной массой, за которой нельзя ничего видѣть. Плевра лѣваго легкаго значительно утолщена. Она состоитъ изъ трехъ слоевъ, при чемъ внутренній и средній незамѣтно переходятъ другъ въ друга. Граничающій съ соединительною тканью внутренній слой состоитъ изъ тонко-волокнистой пучковой соединительной ткани съ ясно замѣтными веретенообразными ядрами въ небольшомъ количествѣ; чѣмъ ближе къ легочной поренхимѣ, тѣмъ пучки ея ближе сплочены, въ значительной степени гуще инфильтрированы клѣточными элементами, кое-гдѣ

между пучками отлагается черный пигментъ. Въ этомъ слоѣ попадаетея много малѣйшихъ сосудовъ, вокругъ которыхъ замѣчается инфильтрація, распространяющаяся обыкновенно въ видѣ двухъ конусовъ, основаніемъ обращенныхъ къ стѣнкѣ сосуда, а осью расположенныхъ по длинѣ волоконъ соединительной ткани. Иногда попадаютъ въ этой части плевры лимфатическіе сосуды, стѣнки которыхъ сильно инфильтрированы, утолщены благодаря болѣе тѣсному скучиванію здѣсь волоконъ соединительной ткани. Въ одномъ изъ такихъ лимфатическихъ сосудовъ находится образованіе, похожее на громадную гигантскую клѣтку; она занимаетъ почти весь просвѣтъ сосуда, почти лентовидной формы, съ перехватомъ ближе къ одному изъ концовъ, слегка закругленныхъ. Тѣло клѣтки представляется неоднороднымъ: въ однихъ мѣстахъ оно свѣтлѣе, въ другихъ темнѣе; въ немъ расположены безо всякой системы то тѣсно прилегающія другъ къ другу, то отдѣльно разбросанныя ядра. Слѣдующій слой гораздо толще предыдущаго, состоитъ изъ широкихъ однородныхъ полосокъ мозолистой соединительной ткани, которыя соединяются другъ съ другомъ, расщепляясь виллообразно. Между отдѣльными лентами ткани наблюдается небольшое количество лимфоидныхъ элементовъ; веретенообразныхъ ядеръ, такъ часто попадающихся въ предыдущемъ слоѣ, здѣсь почти незамѣтно; сосуды попадаютъ рѣже, стѣнки ихъ инфильтрированы. Самый наружный, свободный слой рѣзко ограниченъ отъ предыдущаго, на свободной поверхности его нельзя замѣтить никакой структуры, благодаря безформеннымъ свѣжимъ массамъ фибрина, въ который лишь кое-гдѣ отлагаются лимфоидные клѣточные элементы. Ближе къ предыдущему слою начинаютъ выдѣляться толстыя однородныя волокна, давая отростки; они образуютъ неуклюжую съ неправильными, небольшими просвѣтами, сѣтъ; тотчасъ на предыдущемъ слоѣ, подъ только что указанными волокнами, какъ бы въ пререформированныхъ пространствахъ наблюдается довольно густая инфильтрація и присутствіе, обыкновенно въ количествѣ одной, съ весьма неправильными очертаніями, гигантской клѣтки; образованій послѣдняго рода на поверхности упомянутаго слоя наблюдается довольно много.

Такимъ образомъ измѣненія, найденныя въ легкихъ, сводятся на казеозныя массы и образованіе въ окрестности ихъ свѣжихъ бугорковъ, на что указываетъ присутствіе гигантскихъ клѣтокъ и лимфоидныхъ элементовъ. Вся окрестность казеозныхъ массъ имѣетъ наклонность къ фиброзному сморщиванію, на что указываетъ, во-первыхъ, развитіе фиброзной ткани, значительное развитіе пигментаціи, измѣненія въ сосудахъ, которыя по своему характеру даже приближаются къ измѣненіямъ, носящимъ названіе *endarteritis*

obliterans. Кроме того находимъ измѣненія и въ альвеолахъ то въ видѣ сплошной ихъ закупорки отпавшимъ эпителиемъ съ инфильтраціей лимфoidными элементами, то въ видѣ очисти лишь заполненныхъ разбухшимъ, распадающимся легочнымъ эпителиемъ; перегородки альвеолъ также утолщены вслѣдствіе развитія соединительной ткани, набуханія эпителия; мѣстами въ нихъ отлагается довольно въ большомъ количествѣ пигментъ. Относительно бронховъ нужно сказать, что попадаютъ бронхи съ казеозными пробками, съ фиброзно перерожденной стѣнкой ихъ; часто казеозныя массы съ новообразованными бугорками сидятъ вокругъ стѣнокъ бронха; иногда замѣтно усиленное образованіе соединительной ткани около окончаній бронха. Изъ всего этого видно, что измѣненія въ легкихъ весьма разнообразны и едва ли могутъ быть подведены подъ одинъ какой либо процессъ. Прежде всего интересно рѣшить вопросъ, чему обязаны своимъ происхожденіемъ описанныя казеозныя массы? Извѣстно, что казеозныя массы могутъ являться продуктомъ воспалительныхъ процессовъ или какъ слѣдствіе перерожденія бугорковыхъ образований. Такъ какъ кроме легкихъ казеозныя массы попадаютъ и въ другихъ органахъ (печени, почкахъ, селезенкѣ) съ свѣжими по окружности ихъ или даже отдѣльными существующими бугорками, то вѣрнѣе всего думать, что и въ легкихъ казеозныя массы образовались отъ слившихся бугорковыхъ образований (*tubercula conglomerata*), появившихся въ легкихъ одновременно съ другими органами. Распространеніе казеозныхъ массъ равномерно въ видѣ отдѣльныхъ высыпаній по обоимъ легкимъ тоже противорѣчитъ характеру распространенія казеозной пневмоніи. Что къ высыпанію бугорковъ уже впослѣдствіи присоединилась десквамація эпителия легочныхъ альвеолъ, видно изъ того, что эти процессы свѣжѣе сравнительно съ возрастомъ казеозно-перерожденныхъ бугорковъ. Макроскопически установленный діагнозъ хроническаго фиброза бронхита и перибронхита указываетъ на то, что разращеніе интерстиціальной соединительной ткани должно имѣть мѣсто въ нашемъ случаѣ и микроскопически этотъ діагнозъ подтверждается тѣмъ, что мѣстами попадаютъ (особенно въ лѣвомъ легкомъ) участки полного заустѣнія; буквально залитыя чернымъ пигментомъ, стѣнки мелкихъ бронховъ представляютъ такія же измѣненія, равно какъ и стѣнки близъ лежащихъ альвеолъ. Что касается плевры, то въ лѣвомъ легкомъ по высыпанію свѣжихъ бугорковъ по поверхности можно было бы думать, что здѣсь присоединилось обостреніе стараго плевритическаго процесса въ видѣ туберкулезнаго плеврита. Интересно, относятся ли эти образованія, съ своеобразными гигантскими клѣтками и похожія на бугорки въ плеврѣ,

къ проявленію общаго туберкулеза, или они представляютъ собой лишь другой видъ гигантскихъ клѣтокъ (Циглеръ), развивающихся подъ вліяніемъ раздраженія изъ слившихся клѣтокъ эпителія? Скорѣе можно думать послѣднее, такъ какъ на лицо присутствіе раздраженія и отсутствіе болѣе или менѣе обычнаго строенія бугорка.

На поперечныхъ и продольныхъ разрѣзахъ стѣнокъ сердца прежде всего бросается въ глаза значительное утолщеніе *epicardii*. Ткань сердца въ значительной степени атрофирована, состоитъ изъ отдѣльныхъ пучковъ атрофированныхъ волоконъ, между которыми вросла рыхлая соединительная ткань. Каждая мышечная клѣтка (волокно) сильно уменьшена въ ширину, длина остается нормальной; ядро сравнительно съ шириной мышечной клѣтки представляется довольно значительнымъ, почти четырехугольной формы, окрашивается не особенно интензивно, по обоимъ полюсамъ ядра располагаются въ незначительномъ количествѣ желтаго цвѣта зернышки. Границы отдѣльныхъ клѣтокъ съ отходящими отъ нихъ косыми перекладинами ясно замѣтны, поперечная полосатость не особенно ясно выражена, продольная мало замѣтна; между отдѣльными мышечными волокнами мѣстами хорошо замѣтны капиллярные сосуды; почти вездѣ также между пучками и даже отдѣльными мышечными волокнами можно видѣть незначительную инфильтрацію круглыми лимфоидными клѣтками; ближе къ *endocardio* инфильтрація становится значительнѣе. Относительно волокнистой соединительной ткани, вѣдряющейся между пучками сердечной мышцы, нужно сказать, что она находится въ связи съ адвентиціей расположенныхъ въ ней довольно значительнаго просвѣта сосудовъ и отчасти можно прослѣдить ея начало отъ соединительно-тканной основы *endocardii*. Самое *epicardium*, подобно плеврѣ лѣваго легкаго, состоитъ изъ тѣхъ же трехъ слоевъ: внутренняго пучковаго, волокнистаго, средняго изъ лентовидной, мозолистой соединительной ткани, снаружи отъ которой отлагается слой фибрина. Сосудовъ здѣсь не много, больше всего въ слое лентовидной соединительной ткани; вокругъ сосудовъ и между отдѣльными лентами соединительной ткани находится довольно значительная инфильтрація. Фибринозный слой значительной толщины состоитъ изъ аморфной, зернисто распадающейся массы, въ которой кое-гдѣ видно грубо волокнистое строеніе, ближе къ соединительно-тканному слою попадаютъ лимфоидные элементы. На границѣ фибринознаго слоя въ лентовидной соединительной ткани можно видѣть между отдѣльными пучками волоконъ соединительной ткани свободныя пространства, похожія на лимфатическіе сосуды съ сильно инфильтрованными стѣнками; иногда-же инфильтра-

ція мелкими элементами сплошь выполняет кругловатое пространство, въ которомъ лишь очень рѣдко можно наблюдать распадающуюся клѣтку, похожую на гигантскую. Слѣдовательно, въ сердцѣ кромѣ старой фиброзной pericarditidis, постоянно обостряющейся новыми отложеніями фибрина, наблюдается простая атрофія съ незначительнымъ бурымъ перерожденіемъ его и довольно значительное разращеніе интерстиціальной соединительной ткани. Лимфатическіе сосуды вообще находятся въ періодѣ раздраженія, рѣшитель же по одиночно встрѣчающимся гигантскимъ клѣткамъ, принадлежитъ ли она бугорку, или представляетъ продуктъ воспаленія стѣнки лимфатическаго сосуда—трудно.

На препаратахъ изъ печени капсула ея представляется утолщенной. Въ ткани печени попадаютъ казеозныя массы, величиною не больше одиночной, нормальной по крайней мѣрѣ, дольки; массы эти мелкозернисты безъ всякой структуры, кое-гдѣ въ нихъ замѣтны остатки распадающихся клѣточныхъ ядеръ; на периферіи казеозной массы въ нее какъ-бы вѣдряется соединительная ткань и окружаетъ ее поясомъ неодинаковой толщины со всѣхъ сторонъ. Въ периферической части соединительно-тканнаго пояса и снаружи отъ него замѣчается инфильтрація лимфоидными элементами. Среди соединительной ткани, отчасти окруженные лимфоидными клѣтками, находятся гигантскія клѣтки, на половину распадающіяся съ массой ядеръ. Соединительная ткань носитъ характеръ молодой соединительной ткани съ продолговатой формы ядрами. Въ соединительно-тканномъ поясѣ казеознаго участка наблюдаются сосуды со значительно сдвинутымъ просвѣтомъ и размноженіемъ ядеръ внутренней оболочки. Просвѣты желчныхъ канальцевъ, заложенныхъ въ значительномъ количествѣ въ соединительной ткани, именно въ тѣхъ частяхъ, гдѣ она развита и не такъ близко подходитъ къ казеознымъ массамъ, весьма невелики, почти выполняются массой одноядерныхъ небольшихъ клѣтокъ, которыя въ одинъ слой плотно прилежатъ другъ къ другу. Въ окружности канальцевъ соединительная ткань всегда богаче клѣточными элементами; иногда, въ особенности на поперечныхъ разрѣзахъ, въ просвѣтѣ канальцевъ замѣчаются комки клѣтокъ съ ясными ядрами, а стѣнки канальцевъ оказываются свободными. Кромѣ казеозно-перерожденныхъ участковъ попадаютъ участки въ нѣсколько разъ меньшіе, выполненные клѣточными лимфоидными элементами, тѣсно прилежащими другъ къ другу среди, по видимому, нормальной печеночной ткани. Участки эти имѣютъ круглую форму, иногда центръ выпадаетъ и остается лишь кольцо густо сложенныхъ, круглыхъ, довольно крупныхъ лимфоидныхъ тѣлецъ. Правильнаго

расположенія печеночной ткани въ полученныхъ препаратахъ не удается видѣть; дольки не разграничены, самыя клѣтки мѣстами уменьшены въ объемѣ, одноядерны; на другомъ мѣстѣ рядомъ съ большими клѣтками, въ которыхъ замѣтно два, даже иногда три ядра, являются полуразрушенныя клѣтки; около ядеръ можно замѣтить скопленіе желтобурыхъ зеренъ пигмента; вездѣ замѣтно усиленное сравнительно съ нормой развитіе соединительной ткани. Въ видѣ прослоекъ съ сосудами и инфильтрированными въ окружности желчными ходами встрѣчается оно между большими участками печеночной паренхимы; тонкіе отростки отъ нея видѣются между отдѣльными группами клѣтокъ, и даже иногда между отдѣльными клѣтками можно замѣтить тонко-волокнистые (отдѣльные) безъядерные отростки. Такимъ образомъ, въ печени кромѣ милиарныхъ бугорковъ, состоящихъ только изъ скопленія лимфоидныхъ тѣлецъ безъ яснаго строенія бугорка и болѣе раннихъ, очевидно, слившихся и усилившихъ казеозно переродиться бугорковыхъ массъ, находимъ обычное въ такихъ случаяхъ развитіе соединительной ткани, размноженіе эпителія желчныхъ канальцевъ и отчасти бурую, отчасти простую, не рѣзко выраженную атрофію печеночныхъ клѣтокъ.

Капсула селезенки при микроскопическомъ изслѣдованіи оказывается утолщенной, равно какъ и всѣ перекладины; наружныя стѣнки сосудовъ также значительно утолщены, просвѣтъ ихъ иногда уменьшенъ до того, что весьма толстыя стѣнки сосудовъ почти соприкасаются другъ съ другомъ; крови въ сосудахъ почти нѣтъ. Мальпигіевы тѣльца небольшой величины; часто попадаются образованія, похожія по виду на эти послѣднія; но потому, что они не имѣютъ вблизи сосудовъ и образующіе ихъ элементы какъ будто не такой величины (меньше, чѣмъ у Мальпигіевыхъ тѣлецъ), тѣснѣе сплочены, равно какъ присутствіе такихъ-же образований въ печени,—позволяетъ заключить, что это свѣжіе милиарные бугорки. На ряду со свѣжими бугорками въ большомъ количествѣ попадаютъ казеозныя массы, занимающія пространство разъ въ десять большее, чѣмъ милиарный бугорокъ. Онѣ состоятъ изъ круглыхъ, расплывчатыхъ глыбокъ неправильной формы, не тѣсно прилегающихъ другъ къ другу; между отдѣльными глыбками много ядеръ продолговатой или кругловатой формы съ болѣе интензивно окрашеннымъ ободкомъ, чѣмъ центромъ; ядра эти очень похожи на ядра гигантскихъ клѣтокъ. Эти послѣднія почти всегда находятся тутъ-же, нѣсколько болѣе къ периферіи и все-таки внутри казеозныхъ массъ; число ихъ незначительно, контуры ихъ нерѣзко обозначены. Вокругъ казеозной массы, въ большемъ или меньшемъ количествѣ,

кольцеобразно скопляются лимфоидные элементы; иногда их такъ мало, что казеозный участокъ кажется лежащимъ среди нормальной селезеночной ткани. Какъ и въ печени, нужно думать, что они произошли отъ слившихся милиарныхъ бугорковъ.

Въ корковомъ веществѣ почекъ, начинаясь подъ самой капсулой ея, попадаютъ въ значительномъ количествѣ большіе участки, густо инфильтрированные круглыми лимфоидными клѣтками. Въ такихъ мѣстахъ почечная ткань совершенно утратила свое нормальное строеніе, такъ что кромѣ изрѣдка сохранившихся еще капсулъ Мальпигіевыхъ клубочковъ да кое-гдѣ сдавленныхъ съ гіалиновымъ содержимымъ канальцевъ, ни что не напоминаетъ о ткани почки. Вездѣ замѣтна, не особенно впрочемъ интензивная, инфильтрація, при чемъ расположеніе лимфоидныхъ элементовъ то напоминаетъ продольный разрѣзъ канальцевъ, то по своеобразному расположенію лимфоидные элементы являются какъ-бы замѣстителями исчезнуваема Мальпигіева клубочка. Сосуды въ инфильтрированномъ участкѣ попадаютъ нерѣдко; ихъ стѣнки утолщены; они или сдавлены, или, наоборотъ, наполнены красными кровяными тѣльцами, между которыми рѣзко выдѣляются отслоившіяся и отслаивающіяся острокопечныя клѣтки эндотелія. Соединительная ткань распространена по всему занятому инфильтраціей участку, по въ однихъ мѣстахъ присутствіе ея рѣзко замѣтно; благодаря большому количеству продолговато-веретенообразныхъ небольшихъ ядеръ онъ носитъ характеръ грануляціонной ткани; въ другихъ мѣстахъ ее можно лишь съ трудомъ замѣтить по особой волокнистости. Если въ этихъ участкахъ клубочки и мочевые канальцы не разрушены совершенно, то они измѣнены весьма сильно. Капсула Мальпигіева клубочка представляется утолщенной, инфильтрированной, эпителий отпадаетъ, въ капсулѣ замѣтно незначительное развитіе соединительной ткани. Клубочекъ обыкновенно полуразрушенъ; по большому количеству ядеръ нужно заключать, что инфильтрація распространяется и на петли его; мѣсто вхожденія приводящаго и отводящаго сосуда инфильтрировано всегда значительное сравнительно съ остальною окружностью Баумановской капсулы. Просвѣтъ существующихъ еще въ этихъ случаяхъ канальцевъ уменьшенъ, заполненъ распадающимся эпителиемъ, иногда отслоившимся и перерожденнымъ въ однородную массу, иногда - же плотно прилежающимъ къ утолщенной мембранѣ propria; ядра замѣтны, но окрашиваются весьма слабо. Кромѣ всего этого въ инфильтрированныхъ участкахъ попадаютъ неправильныхъ очертаній казеозныя массы, мелко-зернистыя, въ которыхъ попадаетъ довольно много ядеръ овальной и кругловатой формы,

или отъ нихъ остались различной величины, окрашенные гематоксилиномъ, зернышки. Со всѣхъ сторонъ около этихъ казеозныхъ массъ развитіе соединительной ткани выражено сравнительно сильно; иногда по очертаніямъ кажется, что въ составъ казеозныхъ массъ входитъ одинъ или два казеозно-перерожденныхъ клубочка. Вблизи казеозныхъ массъ, часто, однако, и безъ всякаго къ нимъ отношенія, среди лимфоидныхъ элементовъ наблюдаются, неправильной формы, большею частью, распадающіяся, гигантскія клѣтки; расположеніе въ нихъ ядеръ бываетъ или периферическимъ или даже центральнымъ; такихъ клѣтокъ попадается иногда по нѣскольку въ полѣ зрѣнія. Тутъ-же рядомъ встрѣчаются сосуды съ гіалиново-перерожденными стѣнками и каналцы, содержащіе гіалиновыя глыбки. Какъ инфильтрація, такъ и казеозныя массы расположены своеобразно, инфильтрированный участокъ занимаетъ иногда половину препарата, иногда онъ меньше. Въ остальномъ пространствѣ почечную ткань можно назвать только относительно неинфильтрированной, такъ какъ и здѣсь между каналцами, въ капсулѣ клубочковъ и въ окружности ея, замѣчается присутствіе круглыхъ свободныхъ элементовъ. Въ этой части препарата клубочки часто выпадаютъ; если они существуютъ, то можно замѣтить распадъ периферическихъ петель его и большее количество, сравнительно съ нормой, ядеръ; капсула обыкновенно утолщена, вокругъ нея незначительная инфильтрація, сильное всего на мѣстѣ вхожденія сосудовъ. Membrana propria какъ поперечно, такъ и продольно перерѣзанныхъ каналцевъ ясно выражена, утолщена, иногда весь просвѣтъ выполненъ зернистою, разбухшею массой со слабо замѣтными ядрами; тамъ, гдѣ дѣло не дошло до этого, клѣтки представляются зернистыми, пористыми; часть клѣтокъ, обращенная къ просвѣту, состоитъ какъ-бы изъ хлопьевъ, соединенныхъ съ остальною частью клѣтки неправильными перемычками. Въ собирательныхъ трубкахъ кубическія клѣтки довольно ясно выражены, но уменьшены въ объемѣ, ядра ихъ хорошо окрашиваются; иногда и здѣсь отслаиваются клѣтки и лежатъ въ просвѣтѣ каналца. Сплошная инфильтрація почечной ткани, ограничивающаяся болѣе или менѣе значительными участками, съ присутствіемъ гигантскихъ клѣтокъ, а также казеозныя массы указываютъ, что здѣсь существуетъ бугорчатый процессъ. Что характеръ его такой-же, какъ и въ другихъ органахъ, напримѣръ въ печени, видно изъ одинаковаго почти морфологическаго состава относящихся сюда образований. Но кромѣ того имѣются еще измѣненія самой почечной паренхимы въ видѣ паренхиматознаго процесса, развивающагося главнымъ образомъ отчасти въ жировомъ перерожденіи клѣ-

точекъ мочевыхъ канальцевъ, отчасти въ набуханіи и зернистомъ перерожденіи ихъ. Конечно, при употреблявшейся обработкѣ препаратовъ, не могли получиться въ клѣткахъ капельки жира, но попадающіяся въ нихъ пустыя пространства, одновременное присутствіе зернистаго перерожденія (Клебсъ) подтверждаютъ заключеніе о жировомъ перерожденіи эпителия. Развитіе соединительной ткани нужно считать процессомъ, сопутствующимъ туберкулезному.

Въ толщѣ мягкой мозговой оболочки окружность сосудовъ инфильтрирована, периваскулярныя пространства вполне выполнены лимфоидными элементами. Стѣнки сосудовъ инфильтрированы во всю ихъ толщю. Эндотелій въ сосудахъ отслаивается, подъ нимъ скопляются тонкимъ слоемъ лимфоидные элементы. Около сосудовъ, кромѣ разлитой инфильтраціи, находятся скопленія лимфоидныхъ тѣлецъ, въ видѣ тѣсно сплоченныхъ, кругловатой формы, образований; эти образования находятся по ходу кровеносныхъ сосудовъ, промежутки между ними болѣе или менѣе сильно инфильтрированы. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ этихъ образованіяхъ наблюдается какъ-бы начинающійся распадъ составляющихъ его клѣточныхъ элементовъ. По ходу отходящихъ отъ адвентиціи сосудовъ соединительнотканнхъ перекладинъ въ нормальную мозговую оболочку замѣчается значительная инфильтрація. Чѣмъ дальше отъ сосудовъ, тѣмъ болѣе ткань мозговой оболочки приближается къ нормальной и число лимфоидныхъ элементовъ, заложенныхъ въ петляхъ ретикулярной ткани, считается уже лишь единицами. Кромѣ инфильтраціи стѣнокъ сосудовъ и измѣненія внутренней оболочки, въ большихъ сосудахъ попадаются скопленія красныхъ кровяныхъ шариковъ, въ которыхъ замѣтна тонко-волокнистая красивая сѣточка фибрина; кое-гдѣ между красными кровяными тѣльцами съ периферіи выдѣляются отдѣльные лимфоидные элементы. Это присутствіе въ содержимомъ кровеносныхъ сосудовъ сѣточки фибрина, въ связи съ измѣненіемъ ихъ внутренней стѣнки, говоритъ въ пользу приживленнаго стаза кровообращенія въ нихъ; скопленія-же лимфоидныхъ элементовъ выражены въ формѣ характерной для милиарныхъ бугорковъ.

Въ ткани *thalami optici* и корки мозга мѣстами наблюдаются незначительной величины кровоизліянія. Часто сосуда въблизи ихъ не видно и самое кровоизліяніе имѣетъ круглую форму, кровяные шарики густо расположены въ центрѣ и довольно рѣдко по периферіи. Если кровоизліянія расположены около сосудовъ, то эти послѣдніе всегда отличаются незначительностью просвѣта, стѣнки ихъ или не представляютъ измѣненій,

или какъ-бы разорваны и кровь скопляется обыкновенно между веществомъ мозга и наружной стѣнкой сосуда гдѣ-нибудь съ одной стороны.

На бациллы Коха изслѣдовались свѣжіе бугорки такимъ образомъ, что бугорокъ вылуцался, раздавливался между покровными стеклами, затѣмъ производилась окраска приставшихъ къ стеклу частицъ по способу Циля; въ этихъ препаратахъ изъ различныхъ органовъ получилось довольно значительное количество бацилл. Срѣзы изъ уплотненныхъ ку-сочковъ изслѣдовались на бациллы (окраска по способу Циля) только изъ легкихъ и почекъ. Въ легкихъ бациллъ оказалось много, располагаются, онѣ большею частью въ казеозныхъ массахъ, въ почкахъ число ихъ ограничено, наблюдаются онѣ внутри гигантскихъ клѣтокъ.

Измѣненія, найденныя такимъ образомъ въ изслѣдованныхъ органахъ, можно подраздѣлить на старыя и новыя. Къ давнишнимъ принадлежатъ старая фиброзная *peribronchitis* въ легкихъ съ мѣстными гнѣздами фибрознаго запусѣнія, фиброзная преимущественно лѣвосторонняя *pleuritis et pericarditis*; при чемъ плевритическія измѣненія сдѣлались почти стаціонарными, между тѣмъ какъ воспаленіе перикардія по всей его поверхности постоянно подвергалось новымъ обостреніямъ. Рѣшить въ настоящее время вопросъ, предшествовалъ-ли плевритъ перикардиту или случилось наоборотъ—трудно, хотя по клиническимъ наблюденіямъ первое случается чаще; тѣмъ не менѣе процессъ въ плеврѣ во всемъ своемъ объемѣ сравнительно съ таковымъ въ сердечной оболочкѣ въ настоящее время отстываетъ на задній планъ. Къ новымъ измѣненіямъ принадлежитъ высыпаніе бугорковъ во всѣхъ органахъ, которые только подвергались изслѣдованію, за исключеніемъ сердца. Бугорки, сравнительно немногочисленные, являются въ двухъ видахъ: въ видѣ свѣжихъ и уже казеозно перерожденныхъ скопленій ихъ; изъ этого видно, что теченіе милиарнаго туберкулеза въ данномъ случаѣ не было особенно острымъ и такъ какъ въ различныхъ органахъ на ряду съ относительно старыми (желтыми) бугорками попадаются совершенно свѣжіе, одинаковые вездѣ по возрасту, то, вѣроятно, высыпаніе не было однократнымъ. Кромѣ общаго милиарнаго туберкулеза во всѣхъ органахъ, имѣются болѣе или менѣе сильно выраженные паренхиматозныя и интерстиціальныя измѣненія, которыя почти всегда наблюдаются при общемъ милиарномъ туберкулезѣ. Въ сердцѣ замѣчается простая атрофія мышечной ткани съ примѣсью бурой; въ легкихъ милиарный туберкулезъ вызвалъ слабыя явленія десквамативной пневмоніи и одинаковый по интензивности интерстиціальныя процессы; въ селезенкѣ и печени находимъ усиленіе интерстиціальныя образованій, въ по-

слѣдней также довольно значительную атрофію паренхимы и новообразование желчныхъ ходовъ. Въ почкахъ сопутствующія туберкулезу (милиарному) измѣненія достигли наибольшей интензивности. Въ настоящее время въ почкахъ мы имѣемъ картину распада почечнаго эпителія въ той формѣ, которая по Клебсу почти всегда наблюдается при милиарномъ туберкулезѣ и носить характеръ зернистаго перерожденія съ послѣдующимъ жировымъ. Всѣ эти измѣненія, за исключеніемъ почекъ и сердца, не особенно рѣзко выражены. Остается выяснитъ въ данномъ случаѣ причину общаго милиарнаго туберкулеза. Какихъ-либо старыхъ туберкулезныхъ или казеозныхъ гнѣздъ, которыя могли-бы, будучи разнесены по всему организму, вызвать милиарную бугорчатку, не было; поэтому приходится искать причину этой послѣдней въ чемъ-нибудь другомъ. Опыты Крювелье, Дитриха и Вальденбурга говорятъ за то, что введеніе въ кровь мелко раздробленныхъ инородныхъ частицъ имѣетъ своимъ послѣдствіемъ развитіе милиарной бугорчатки; точно также наблюденія показали, что и послѣ обильнаго и долговременнаго всасыванія распада образований самого организма часто этотъ послѣдній поражается общей бугорчаткой. По всей вѣроятности всасываніе необычныхъ продуктовъ распада, раздражая лимфатическіе сосуды, доставляетъ благоприятную почву для вселенія туберкулезной палочки, а можетъ быть и сами по себѣ эти раздражающія вещества способны вызывать самостоятельно явленія общаго туберкулеза съ послѣдующимъ вселеніемъ бациллъ. Описываемый случай общаго туберкулеза по своему развитію подходит вполне къ только что описанному резорбціонному способу его происхожденія. Имѣется всегда обостряющійся перикардитъ съ новыми отложеніями фибрина, который постоянно распадается; распадаются также и вновь образующіяся грануляціи. Все это вмѣстѣ съ серознымъ выпотомъ образуетъ эмульсію, всасывающуюся лимфатическими сосудами сердца и околосердечной сорочки, откуда она и поступаетъ въ общій кругъ кровообращенія. Между прочимъ слѣды воспаленія лимфатическихъ сосудовъ въ плеврѣ и околосердечной сорочкѣ ясно выражены. Относительно наиболѣе свѣжими являются бугорки въ мозговой оболочкѣ, высыпаніе которыхъ и вызвало несомнѣнно, вслѣдствіе разстройства кровообращенія, тѣ явленія менингита, которыя констатировались у больного при жизни и были заключительнымъ звеномъ измѣненій, поведшихъ къ смерти больного. Относительно точечныхъ кровоизліяній въ вещество мозга нужно думать, что они произошли отъ разстройства питанія сосудистыхъ стѣнокъ, какъ это часто наблюдается при общей кахексін. Риндфлейшъ согласно съ Рокитанскимъ утверждаетъ, что при туберкулезномъ

менингитъ точечныя кровензліянія встрѣчаются почти всегда, какъ слѣдствіе туберкулезнаго перерожденія или вообще измѣненія стѣнокъ сосудовъ при этомъ процессѣ. На основаніи всего сказаннаго можно весь случай характеризовать какъ *tuberculosis miliaris chronica cum meningitide tuberculosa*.

CCCVII. Cysto-adenoma proliferum papillare multiloculare ovarii dextri et sinistri carcinomatodes.

А. Огородниковъ.

Больная, Гоцуцина Меланья, крестьянка Воронежской губерніи и уѣзда, 33 лѣтъ отъ роду, занималась домашнимъ хозяйствомъ, замужемъ 16 лѣтъ, въ этотъ періодъ времени имѣла 4-хъ дѣтей, изъ которыхъ одинъ умеръ, а остальные до сихъ поръ пользуются хорошимъ здоровьемъ. Больная происходитъ изъ совершенно здоровой семьи. Въ дѣтствѣ перенесла оспу, на 11 году болѣла лихорадкой довольно долго, но потомъ оправилась и была совершенно здорова; развивалась правильно, менструаціи начались на 17 году; замужъ вышла 17 лѣтъ за человека, пользующагося хорошимъ здоровьемъ. Последніе роды имѣла шесть лѣтъ тому назадъ. Въ 1887 году больная замѣтила, что животъ у ней начинаетъ увеличиваться въ то время, какъ менструаціи продолжались, что и заставило ее обратиться къ врачу, у котораго она лѣчилась въ продолженіи двухъ лѣтъ, но пользы никакой не было; животъ все увеличивался и когда достигъ значительныхъ размѣровъ, то менструаціи стали приходить неправильно: въ нѣкоторые мѣсяцы не появлялись и продолжались болѣе короткій срокъ, чѣмъ прежде. Болей въ животѣ никакихъ не было. Въ маѣ 1890 года больная явилась за помощію на Сабурову дачу, гдѣ и была констатирована у нея киста праваго яичника съ большимъ скопленіемъ жидкости въ полости живота. Съ цѣлю удаленія кисты была произведена ляпаротомія, но при этомъ выпущена только жидкость, такъ какъ оказавшаяся сосочковая киста имѣла такъ много сращеній, что операторъ отказался отъ мысли вынуть ее. Оправившись отъ операціи, больная уѣхала домой, гдѣ вскорѣ замѣтила вторичное увеличеніе живота и когда онъ достигъ большихъ размѣровъ, она вновь явилась въ ноябрѣ 1890 года въ гинекологическую клинику, гдѣ у нея была констатирована папиллярная киста праваго яичника, что и подтвердилось потомъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ вырѣзанной опухоли, и была произведена вторично ляпаротомія, при чемъ сосочковыя разраженія были удалены, а стѣнка кисты, вслѣдствіе невозможности ея удаленія, вшита въ брюшную рану и въ полость вставленъ дренажъ. Пролежавъ въ клиникѣ нѣсколько мѣсяцевъ, больная совершенно оправилась и выписалась; величина живота была въ это время нормальная. Дома больная пользовалась хорошимъ здоровьемъ, поподнѣла и вообще чувствовала себя хорошо, такъ что могла заниматься домашнимъ хозяйствомъ. Однако въ 1892 году она вновь замѣтила увеличеніе живота, которое шло равномернo, какой либо отдѣльной опу-

Проф. Крыловъ. Школьная хроника 1893 г.

холи больная не замѣчала. Самочувствіе больной въ это время было еще хорошее, только она начала худѣть и при ходьбѣ на ногахъ появлялся отекъ. Запоровъ не было; моча иногда была въ сильно увеличенномъ количествѣ. Животъ со временемъ все болѣе и болѣе увеличивался, появилась одышка, невозможность работать и въ концѣ концовъ больная едва ходила, что и заставило ее въ ноябрѣ мѣсяцѣ 1892 года обратиться въ клинику за помощію.

При изслѣдованіи больной оказалось, что ростъ ея равняется 170 ст., вѣсъ тѣла 236 ф.; костная система развита правильно, подкожный жировой слой сильно атрофированъ, мышцы дряблы, никакихъ ассиметрій не наблюдается, кожа довольно эластична, на лицѣ и рукахъ образуетъ складки; видимыя слизистыя оболочки анемичны. Кожныя вены рукъ и ногъ сильно расширены, выступаютъ въ видѣ шнушковъ. Ноги отечны, особенно сильно ниже колѣнъ, гдѣ отъ давленія пальцемъ остаются глубокія ямки. Животъ сильно увеличенъ, бочкообразной формы, пупокъ выпяченъ; по всему животу, особенно въ верхней его части, сильно просвѣчиваютъ кожныя вены; кожа напряжена, гладка, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ захватывается въ складку очень трудно. Почти отъ самаго пупка до symphis. os. pub. идутъ большіе два рубца, изъ которыхъ одинъ, длиннѣе, лежитъ немного лѣвѣе средней линіи, верхняя и нижняя части рубцовъ линейны, средняя же втнута, неправильной звѣздчатой формы — повидимому, мѣсто бывшаго дренажа. Кожа вокругъ рубцовъ отечна, отъ этого мѣста отекъ распространяется направо и налѣво, при чемъ на правую сторону идетъ въ видѣ пояса на крестецъ, гдѣ, распространяясь, значительно увеличивается и отчасти переходитъ на лѣвую половину крестца.

Измѣреніе живота дало слѣдующее:

	При пост. 6 дек.	21 дек.
Окружность при основ. груди	100 ст.	101 ст.
Большая окруж. живота на уров. пупка	120 "	123 "
Отъ sp. ant. sup. dex. до proc. xiphoid.	48 "	48 "
" " " " " до пупка	30 "	30 "
Отъ sp. ant. sup. sin. до proc. xiphoid.	48 "	49 "
Отъ sp. ant. sup. sin. до пупка	30 "	30 "
Отъ symphysis pub. до proc. xiphoid.	57 "	59 "
" " " " до пупка	27 "	27 "

Размѣры таза нормальны.

При пальпаціи живота всюду ощущается ясная флюктуация. Чего либо прощупать въ полости живота по причинѣ сильной напряженности не удается; резистенція на всемъ протяженіи одинакова. Аускультация ничего не даетъ. При перкуссии въ лежачемъ положеніи больной, на передней стѣнкѣ живота находимъ совершенно тупой тонъ снизу до середины между пупкомъ и proc. xiphoid., выше этого тонъ проясняется и переходитъ въ кишечно-тимпаническій; съ боковъ живота тонъ тупой, при чемъ на правой сторонѣ эта тупость отдѣляется отъ печеночной полосой притупленія, которая проясняется при лежаніи больной на лѣвомъ боку; вообще при перемѣнѣ положенія мѣста выше лежація проясняются. При наружномъ и внутреннемъ изслѣдованіи половыхъ органовъ находимъ небольшую отечность губъ и стѣнокъ влагалища. Своды уплощены, особенно передній. Portio vagin. uteri слегка конусообразной формы, направлено назадъ и не-

много влѣво. На передней стѣнкѣ рукава прощупывается дно матки, подвижное, и вся матка оттянута въ лѣвую сторону. Въ правомъ сводѣ прощупывается сегментъ какой-то опухоли плотной консистенціи, мелкобугристый, совершенно неподвижный, тѣсно прилегающій къ костямъ таза, такъ что палецъ между ними ощущаетъ только одну бороздку. Двойного изслѣдованія произвести не удалось по причинѣ напряженности стѣнокъ живота; прощупать какую либо связь между маткой и опухолью тоже не возможно. Моча свѣтло-желтаго цвѣта, кислой реакціи, прозрачна, осадка нѣтъ, уд. в. 1018, бѣлка и сахара не содержитъ; подъ микроскопомъ въ осадкѣ ея находимъ немного мостильнаго эпителія влагалища и кристаллы фосфорно-кислой амміакъ-магнезін. При перкуссіи грудныхъ органовъ границы праваго легкаго спереди по 1. parast.—нижній край 4-го ребра, по 1. mamil. абсолютная тупость съ верхняго края 5-го ребра, по 1. axil. съ 6-го ребра; сзади легочный тонъ на обоихъ легкихъ доходитъ до нижняго угла лопатки. Верхняя граница сердца на 3 ребрѣ, правая и лѣвая нормальны, сердечный толчекъ въ 4 межреберномъ промежуткѣ; тоны сердца чисты. На аортѣ и аг. pulmon. ничего патологическаго не слышно. Пульсъ немного учащенъ, средняго наполненія, сосуды склерозированы, хотя не сильно. Дыханіе учащено незначительно, нѣсколько поверхностно, типъ грудной съ преимущественнымъ расширеніемъ верхней части грудной кѣтки. Диагнозъ—*cystoma proliferum papillare*.

Больной предложена операція удаленія кисты черезъ лапаротомію, что и было сдѣлано 22 декабря. Все время до операціи состояніе больной находилось почти въ одинаковомъ положеніи, только животъ нѣсколько увеличился, какъ это можно видѣть подробно изъ приведенныхъ выше измѣреній. Общее самочувствіе довольно хорошее, стулъ правильный, аппетитъ нормальный, сонъ удовлетворительный, пульсъ учащенъ иногда очень сильно, средняго наполненія, дыханіе немного ускорено, t^0 нормальна, количество и качество мочи ничего патологическаго не представляли. Операція была выполнена подъ хлороформомъ при соблюденіи правилъ современнаго ученія объ асептикѣ. Сначала черезъ троакаръ была выпущена большая часть жидкости изъ полости живота, потомъ произведенъ разрѣзъ лѣвѣе 1. alba и существующихъ рубцовъ. Черезъ раскрытую рану показались въ верхней части кишки, не прикрыты сальникомъ, который уже потомъ былъ найденъ оттянутымъ вверхъ, сильно укороченнымъ и утолщеннымъ; а въ нижней части, немного вправо, опухоль, состоящая изъ нѣсколькихъ отдѣловъ, бугристая, величиною съ голову взрослого человѣка; поверхность ея частію гладкая, частію покрыта сосочковыми разраженіями въ видѣ цвѣтной капусты. На кишки и часть раны были наложены теплые компрессы, и приступлено къ осмотру опухоли; она сидѣла довольно неподвижно широкимъ основаніемъ, сросшись съ передней стѣнкой живота, толстыми и тонкими кишками и верхнимъ правымъ угломъ матки и, продолжаясь въ глубь, давала массу сращеній. Всѣ сращения и сама опухоль были снабжены крупными сосудами, которые кровоточили при малѣйшей отсепаровкѣ отъ окружающихъ частей; поэтому при отдѣленіи опухоли на сращения накладывались двѣ лигатуры и между ними перерѣзывалось, или они прошивались цѣпнотчатымъ швомъ. Такъ пытались дѣлать со всѣхъ сторонъ опухоли, но вѣстакі обшить ее всю и отдѣлить не удалось. Тогда на основаніе ея, какъ можно ниже, былъ наложенъ эластическій жгутъ и

свободная большая часть ампутирована, при чемъ изъ полостей вытекла прозрачная жидкость янтарнаго цвѣта. Операціонное поле сдѣлалось болѣе доступнымъ и было ясно, что опухоль происходитъ изъ измѣненнаго праваго яичника и широкой связки. Далѣе всѣ сращенія съ кишками, изъ которыхъ самое значительное было съ передней стѣнкой верхней части S.-Romani, осторожно были отдѣлены и оставшаяся часть опухоли вылучена. При осмотрѣ лѣвой стороны, на лѣвомъ яичникѣ тоже оказалась киста величиною съ кулакъ, она сидѣла довольно широкимъ основаніемъ и была сращена съ широкой связкой и фаллопиевой трубой. Все это было удалено по вышеописанному способу, сосуды перевязаны и кровотечение остановлено. Оставшаяся жидкость изъ полости живота была выбрана губками и рана закрыта по общимъ правиламъ. Всей жидкости, выпущенной изъ полости живота, было болѣе двухъ ведеръ, цвѣтъ ея мутно-красноватый, реакція слабо-щелочная, уд. в. 1021, химическій составъ ея слѣдующій: H_2O 93,147

Плотныхъ остатковъ 6,853

Изъ нихъ:

Органическихъ веществъ 5,979

Неорганическихъ „ 0,874

Бѣлка общ. колич. 5,316	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Альбулина} \quad . \quad 3,123 \\ \text{Глобулина} \quad . \quad 2,071 \\ \text{Разность} \quad . \quad 0,122 \end{array} \right.$

Муцина слѣды.

Гемоглобина 0,15

Мочевины 0,27

NaCl 0,62

Желѣза слѣды.

Жиры+экстрактивн. вѣществ. 0,243

Фосфорной кислоты 0,14 pro mille.

Пептона и сахару не было.

Микроскопическое изслѣдованіе показало: коллоидные шары и продукты распада красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Обѣ кисты при микроскопическомъ изслѣдованіи представлялись совершенно одинаковаго характера: правая состояла изъ нѣсколькихъ, разной величины, рѣзко обособленныхъ отдѣловъ; поверхность ея неровная, бугристая, покрытая клочьями, оставшимися отъ разрѣзанныхъ сращеній, съ хорошо выраженными толстыми сосудами, на нѣкоторыхъ-же мѣстахъ поверхности возвышаются разращенія вишнево-краснаго цвѣта, состоящіе изъ цѣлаго пучка мелкихъ отдѣльныхъ сосочковъ. При разрѣзѣ кисты представляются состоящими изъ разной величины полостей съ совершенно или отчасти сохраненными стѣнками между полостями, внутренняя поверхность или гладкая, блестящая, похожая на слизистую оболочку, или покрыта такими-же, какъ и снаружи, сосочковыми разращеніями.

Послѣ операціи больная чувствовала себя довольно хорошо. Утренняе т^о была нормальна, а вечерняя выше на нѣсколько десятыхъ. Однако, черезъ четы-

ре дня и утрення t° сдѣлалась немного выше нормальной и съ этого времени подымалась постепенно съ каждымъ днемъ, такъ что на девятый день достигала 39° , а потомъ и 40°C . Пульсъ сдѣлался частымъ до 130 ударовъ въ минуту и довольно слабымъ. Общее самочувствіе ухудшалось съ каждымъ днемъ, силы падали, сонъ очень плохой, больная сильно исхудала, лицо осунулось, носъ заострился, появилась сильная апатія. Въ мочѣ появился бѣлокъ. Дыханіе сдѣлалось затруднительнымъ, въ легкихъ всюду влажные хрипы и, наконецъ, на 17-й день послѣ операціи больная умерла при явленіяхъ слабости сердца.

Вскрытіе произведено 10 января, при чемъ найдено при наружномъ осмотрѣ сильное истощеніе, атрофія мышцъ и подкожной жировой кѣтчатки. На передней стѣнкѣ живота, лѣвѣ l. alba, замѣчается сросшаяся линейная рана, начинающаяся на 2 ст. выше пупка и доходящая до symph. pubis. Края раны безъ рѣзкой воспалительной реакціи, вездѣ довольно плотно сращены между собою, кромѣ одного маленькаго отверстія, расположеннаго въ средней части раны, черезъ которое при надавливаніи на слегка вздутый животъ выдѣляются газы и мутная сѣроватая жидкость. При вскрытіи полости живота обнаруживается въ ней большое количество, до одного литра, мутной, гноевидной, съ сильнымъ каловымъ запахомъ, жидкости, въ которой кромѣ сѣроватыхъ гноевидныхъ хлопьевъ замѣчаются мелкія, повидимому, каловыя частицы. Кишечникъ умѣренно вздутъ, петли слиены между собою и покрыты на свободной поверхности слоемъ гноя, или же фибринозно-гнойными перепонками. Сальникъ сморщенъ и въ видѣ плотной ленты, шириною въ четыре поперечныхъ пальца, приращенъ къ передней стѣнкѣ живота. Толстая рубцовая перемычка въ 1 ст. шириною соединяетъ стѣнку ilei въ ея нижней части съ передней стѣнкою живота, натягивая петлю кишки въ видѣ дуги; плотное сращеніе петель кишекъ замѣчается въ лѣвой подвздошной области съ боковой стороной нижнихъ реберъ. Плотное же рубцовое сращеніе замѣчается между толстой кишкой и печенью. При входѣ въ тазъ петли кишекъ сращены между собою и съ раной. Подъ symphys. os. pubis, повидимому изъ передняго Дугласова пространства, при надавливаніи на прилежащую часть S.-Romaini выдѣляется гноевидная жидкость съ большою примѣсью каловыхъ частицъ.

Сердце вялое, дряблое, верхушка закруглена, въ образованіи ея принимать участіе оба желудочка, мышечная стѣнка истончена, мышцы желтоваты, дряблы, какъ бы сварены. Клапаны, кромѣ небольшого утолщенія bicuspidalis, особыхъ измѣненій не представляютъ. Аорта тонкостѣнная, ничего патологическаго не имѣетъ. Правая коронарная артерія въ начальной своей части расширена, на замѣтно утолщенной intimѣ замѣчаются въ этомъ мѣстѣ небольшія желтоватая пятна; лѣвая тоже расширена съ желтоватыми бляшками на intimѣ и извиллиста. Легкія малы, пушисты, хорошо спадаются, кромѣ заднихъ частей нижнихъ долей, представляющихъ аспидно-синеватаго цвѣта, покрыты на поверхности тонкими фиброзными пленками. Верхушка праваго легкаго немного рубцово сморщена, но съ грудными стѣнками въ этомъ мѣстѣ не сращена; ткань верхушки легкаго проходима. Въ переднихъ краяхъ легкія слегка эмфизематозно вздуты, а въ заднихъ частяхъ нижнихъ долей при разрѣзѣ замѣчается гиперемія и отекъ; въ нижней же долѣ праваго легкаго, сзади, находятся еще два маленькихъ омѣлоторенныхъ узелка. Вслѣдъ за тѣмъ были извлечены изъ брюшной полости всѣ органы, діафрагма и брюшина; на задней сторонѣ оба мочеточника

нѣсколько расширены, но на всемъ протяженіи дѣлы. На слизистой оболочкѣ ихъ мѣстами находились фибринозно-гнойныя пленки. При разрѣзѣ почки нѣсколько увеличены, съ правой капсула снимается легко, съ лѣвой съ надрывами ткани; ткань правой желтовато-краснаго цвѣта, разрыхлена, лоханка немного расширена, слизистая оболочка инъецирована и покрыта фибринозно-гнойными пленками. На поверхности лѣвой замѣчаются многочисленные, между собой сливающиміся, почти всю поверхность занимающіе, мелкіе, слегка выдающіеся узелки бѣловатаго цвѣта, на разрѣзѣ продолжающіеся въ глубь коркового слоя въ видѣ сѣроватыхъ полосъ, нерѣзко по цвѣту отличающихся отъ остальной, желтоватаго цвѣта, ткани этого слоя; въ пирамидкахъ сѣроватаго цвѣта и уплотненныхъ замѣчаются такіе же бѣловатыя, не рѣзкія полосы; лоханка тоже немного расширена, на поверхности инъецированной и разрыхленной слизистой оболочки ея находятся фибринозно-гнойныя, легко снимающіяся съ нея пленки. Мочевой пузырь немного расширенъ, стѣнки тонки, слизистая оболочка мѣстами инъецирована, въ верхней части находятся легко снимающіяся съ поверхности фибринозно-гнойныя перепонки, подобныя тѣмъ, которыя находились въ мочеточникахъ и лоханкахъ. Rectum немного расширена, слизистая оболочка склерозирована, бѣловата, малоскладчата; на мѣстѣ сращенія изгиба S-Romani cum coeso, въ одномъ мѣстѣ стѣнка S-R истончена, пигментирована и здѣсь-то замѣчается разрывъ ея, переходящій въ ранѣе описанную полость, выполненную гноевидной жидкостію, смѣшанной съ каломъ. Слизистая оболочка влагалища, кромѣ уплотненія и легкой пигментаціи, измѣненій не представляетъ. Ткань матки кожиста, бѣловата; отверстій fallopieвыхъ трубъ не замѣтно, полость матки имѣетъ трехъ-угольную форму. Въ области правой широкой связки, въ клѣтчаткѣ скрывается пропитанный известью, величиною съ волошскій орѣхъ, сростокъ, съ трудомъ разрѣзываемый ножомъ. Книзу отъ него, между боковой стѣнкой матки и recti, въ клѣтчаткѣ располагаются двѣ полости — первая ближе къ маткѣ, величиною въ куриное яйцо, вторая ближе къ задней нижней части recti, величиною съ гусиное яйцо, наполненныя серозною жидкостію темно-бурого цвѣта въ большей кистѣ и желтовато въ меньшей; въ обѣихъ жидкостяхъ на поверхности замѣчаются плавающія мелкія, перламутрово-блестящія крупинки, напоминающія холестеринъ.

Селезенка сращена съ окружающими частями, съ наружно нижней стороны замѣчается плоское углубленіе между нею и діафрагмой, выполненное гноемъ; ткань блѣдно-краснаго цвѣта, дряблая, величина приблизительно нормальная. Печень округлой формы, сращена перемычками съ діафрагмой; капсула утолщена не-равномѣрно, бугристая, покрыта сплошной фибринозной перепонкой; на разрѣзѣ ткань желтовато-блѣдно-краснаго цвѣта, дряблая. Слизистая оболочка желудка и кишечника представляется нѣсколько утолщенной, уплотненной, сѣроватаго цвѣта, особыхъ измѣненій не имѣетъ. Въ мозгу, кромѣ небольшого отека оболочекъ, слабаго наполненія сосудовъ кровью, тоже особенныхъ измѣненій не замѣчается.

Для микроскопическаго изслѣдованія безъ предварительной обработки были взяты жидкости изъ обѣихъ кистъ; подъ микроскопомъ обѣ жидкости дали почти одну и ту-же картину: масса кристалловъ холестерина, въ разной стадіи распада красныя кровяныя шарики и бѣлыя зернистыя

шарики жирно перерожденные. Съ поверхности почек кое-что соскребено было скальпелемъ, положено между стеклышками, подсушено и подвергнуто окраскѣ, при чемъ среди гнойныхъ тѣлецъ можно было видѣть кучками стрептококковъ и стафилококковъ.

Для дальнѣйшаго микроскопическаго изслѣдованія были вырѣзаны кусочки изъ слѣдующихъ органовъ: 1) легкихъ, 2) сердца, 3) *ar. coropar. cordis* въ ея началѣ, 4) печени, 5) селезенки на мѣстѣ сращенія и внѣ его, 6) правой и лѣвой почки, 7) стѣнки *S.-Romani* на мѣстѣ перфорациі, 8) стѣнокъ кисти, 9) одна маленькая киста, 10) сростокъ, найденный въ тазовой клѣтчаткѣ. Всѣ эти кусочки были подвергнуты уплотненію въ Мюллеровской жидкости и промыты водою, далѣе сростокъ былъ декальцинированъ въ жидкости состава: *ac. lactic.* 5.0; *ac. nitric.* 3.0, *aq. destil.* 100.0 и промытъ опять водою; потомъ всѣ кусочки подвергнуты послѣдовательной обработкѣ: 70% алкогolemъ, абсолютнымъ алкогolemъ, кедровымъ масломъ съ ксилоломъ (4:1) для просвѣтленія препаратовъ, парафиномъ съ хлороформомъ, жидкимъ парафиномъ при $t\ 52^{\circ}$ и, наконецъ, залиты въ парафинъ. Срѣзы препаратовъ были сдѣланы микротомомъ.

Разсматривая препараты, сдѣланные изъ кистъ при разныхъ окраскахъ (гематоксилинъ съ эозиномъ, пикриновая кислота, пикриновая кислота съ гематоксилиномъ), мы видимъ, что стѣнка кисты состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, которая въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, преимущественно ближайшихъ къ периферіи, болѣе плотная, состоящая изъ ровныхъ, правильно идущихъ волоконъ, среди которой разбросаны клѣтки продолговатой формы съ таковымъ-же ядромъ, протоплазма и ядро хорошо принимаютъ двойную окраску; въ другихъ-же мѣстахъ, болѣе внутреннихъ, соединительная ткань принимаетъ характеръ рыхлой съ значительно большимъ содержаніемъ клѣтокъ, среди которыхъ встрѣчаются кромѣ вышеописанныхъ неправильныя, звѣздчатой формы. По всему препарату видны въ продольномъ и поперечномъ разрѣзахъ кровеносные сосуды разнаго калибра, при чемъ болѣе крупныя пусты, или частію только наполнены красными шариками, а мелкіе въ большинствѣ случаевъ затромбированы красными тѣльцами, среди которыхъ виднѣются и бѣлые. Расположеніе сосудовъ неправильное—иногда группами, или въ одиночку. Около нѣкоторыхъ сосудовъ въ ткани видны кровеизліянія съ находящимися въ разной стадіи измѣненія кровяными шариками; среди нѣкоторыхъ кровеизліяній замѣчаются большія откормленные клѣтки, пигментированныя и содержащія часто по нѣскольку ядеръ; это, повидимому, бѣлые шарики, поглотившіе красныхъ. Мѣстами на препаратѣ видимъ новообразующуюся грануляціонную ткань съ хорошо развитыми капиллярами и массой ядерныхъ клѣтокъ. Разсматривая далѣе препараты, мы замѣчаемъ, что въ

нѣкоторыхъ мѣстахъ существуютъ еще полости разнообразной формы, круглой, продолговатой, бухтообразной, выстланныя съ боковъ цилиндрическимъ эпителиемъ; полости эти встрѣчаются по большей части группами, рѣдко въ одиночку; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, повидимому, разрѣзъ проходитъ черезъ дно или стѣнку ея, тоже выстланную цилиндрическимъ эпителиемъ, который представляется намъ en face въ видѣ мозаики. Иногда эпителий, отслоившись, лежитъ свободно въ видѣ пластинки. На поверхности кисты встрѣчаются вытянутые, съ колбообразной вершиной, покрытые эпителиемъ, отростки (сосочки) съ идущими по длинѣ ихъ капиллярами, которые изъ подлежащей ткани и вмѣстѣ съ ней выступаютъ черезъ узкое основаніе и доходятъ до колбообразной вершины отростка. Среди пучковъ соединительной ткани или около вышеописанныхъ полостей, иногда непосредственно подъ эпителиемъ ихъ, разбросаны, повидимому, безъ всякаго порядка, по большей части группами слоистыя, круглыя, или соединенныя по два, по три тѣла, хорошо окрашивающіяся гематоксилиномъ; нѣкоторыя изъ этихъ тѣлъ, повидимому, однородны, другія-же состоятъ изъ болѣе компактнаго наружнаго слоя, который иногда состоитъ изъ отдѣльных, какъ-бы разломившихся кусочковъ, и менѣе плотнаго внутренняго, имѣющаго въ своемъ центрѣ часто пустоту, или зернышки, похожія на измѣненные красные кровяные шарики. На препаратахъ, окрашенныхъ пикриновой кислотой, мы видимъ ту-же картину, при чемъ въ одномъ мѣстѣ ясно виденъ вырастающій съ поверхности кисты сосочекъ колбообразной формы, покрытый эпителиемъ и имѣющій въ серединѣ капилляры. Вышеописанныя тѣла окрашиваются пикриновой кислотой, какъ и соединительная ткань, въ желтый цвѣтъ; они блестящи, съ хорошо выраженной слоистостію; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ на поверхности, въ видѣ глыбокъ, видны выступы, повидимому, изъ того-же вещества, какъ и концентрическія тѣла.

Разсматривая препараты изъ сростка, мы видимъ безструктурное, окрашенное гематоксилиномъ, основное вещество, мѣстами переходящее въ волокнистую ткань, хотя безъ всякаго присутствія клѣтокъ, мѣстами-же въ болѣе компактную, сильно преломляющую свѣтъ, однородную или ясно пластинчататаго строенія, новообразованную костную ткань съ продолговатыми, правильно расположенными, иногда снабженными отростками и ядромъ, клѣтками, хорошо окрашивающимися гематоксилиномъ; среди этой ткани въ нѣкоторыхъ мѣстахъ тянутся длинныя, или неправильной формы каналы, имѣющіе стѣнки и выполненные нѣжно-волокнистой сѣткой, зернистой массой и звѣздчатыми клѣтками съ ядрами. Въ нѣкоторыхъ мѣс-

тахъ, около стѣнки такого канала, видны большія раздутыя клѣтки съ ядромъ, похожія на остеобласты. Таковы болѣе рѣзкія мѣста препарата, другія-же являются болѣе или менѣе подходящими къ нимъ. Среди основного вещества въ большомъ количествѣ разбросаны вышеописанныя слоистыя тѣла, отличающіяся отъ прежнихъ разнообразіемъ своихъ формъ и отношеніемъ къ окраскѣ: въ большинствѣ случаевъ периферическая, болѣе компактная часть окрашивается эозиномъ въ красный цвѣтъ, а внутренняя гематоксилиномъ въ синій, пикриновая-же кислота даетъ двойную окраску: оранжево-красная периферія и желтый внутренній слой, хотя на нѣкоторыхъ тѣлахъ окраска эта чередуется слоями нѣсколько разъ, а другія окрашиваются сплошь оранжевымъ цвѣтомъ. При двойной окраскѣ пикриновой кислотой и гематоксилиномъ и наоборотъ, послѣдующая краска вытѣсняетъ предыдущую, при чемъ гематоксинъ, повидимому, имѣетъ перевѣсъ; смотря по интенсивности той или другой краски, препаратъ принимаетъ разные оттѣнки—зеленоватый, зеленовато-буроватый и проч. Пикрокарминъ и метилень-блау тоже даютъ двойную окраску: красную или фіолетовую для основного вещества и синюю для слоистыхъ тѣлъ. Форма слоистыхъ тѣлъ въ общемъ болѣе или менѣе круглая, но иногда, вслѣдствіе сліянія двухъ или нѣсколькихъ тѣлъ въѣсть, получается форма песочныхъ часовъ, разеткообразная и т. под. Иногда на препаратахъ, окрашенныхъ пикриновой кислотой, встрѣчаемъ небольшіе сосуды въ продольномъ разрѣзѣ, наполненные нѣсколько измѣненными красными кровяными шариками, окрашенными въ желтый цвѣтъ; но среди ихъ находятся участки, окрашенные въ оранжево-красный, какъ и слоистыя тѣла. На краяхъ препаратовъ мы видимъ выступы основной ткани, часто колбообразной формы, похожіе на сосочки, и въ вершинѣ этихъ выступовъ помѣщаются одно или нѣсколько слоистыхъ тѣлъ, при этомъ нѣкоторые изъ этихъ выступовъ покрыты ясно однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ; иногда-же бываетъ такъ, что два или нѣсколько выступовъ разнообразно соприкасаются между собою и въ мѣстѣ ихъ соприкосновенія виденъ цилиндрической эпителий въ два слоя. Иногда сосочки, соприкасаясь и даже сливаясь своими широкими вершинами, образуютъ неправильную полость между основаніями, высланную цилиндрическимъ эпителиемъ. Приходится наблюдать и такое видоизмѣненіе картины: границы между сосочками прослѣдить трудно и только цилиндрической эпителий тянется дорожкой или неправильно въ одинъ или нѣсколько слоевъ въглубь ткани, образуя здѣсь всевозможныя неправильныя фигуры. Въ центрѣ слоистыхъ тѣлъ часто наблюдаемъ зернистое содержимое и

среди нихъ измѣненные красные кровяные шарики. Около краевъ препарата мы видимъ иногда цѣлыми участками стѣтчатая фибринозныя массы.

Препараты, сдѣланные изъ стѣнки S.-Romani, хорошо воспринимаютъ двойную окраску. Особенно сильныя измѣненія замѣчаются на серозной оболочкѣ; ткань ея разрыхлена, инфильтрирована бѣлыми шариками, которые въ нѣкоторыхъ мѣстахъ собрались въ большомъ количествѣ; сосуды сильно расширены, затромбированы кровью съ большимъ содержаніемъ бѣлыхъ шариковъ или фибринозными свертками; около нѣкоторыхъ сосудовъ видны небольшія кровеизліянія. Въ самыхъ поверхностныхъ частяхъ, особенно въ одномъ концѣ препарата, ткань сильно разрыхлена, встрѣчается даже разорванная клочьями съ фибриннымъ налетомъ на поверхности и съ цѣлыми кучками микроорганизмовъ. Въ слѣдующихъ слояхъ кишки тоже видимъ воспалительныя явленія съ большей или меньшей инфильтраціей. Среди ткани въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видны въ поперечномъ разрѣзѣ нервныя стволы. Мышечный слой нѣсколько гипертрофированъ. Слизистый слой сохраненъ только отчасти, въ большинствѣ случаевъ въ видѣ язвы съ разрушеннымъ подслизистымъ и даже отчасти мышечнымъ слоемъ. При окраскѣ препаратовъ по способу Грама видны на слизистой оболочкѣ палочкообразныя бациллы, грибки и кучками стрептококки; послѣдніе встрѣчаются и на серозной оболочкѣ.

На всемъ протяженіи препаратовъ почекъ, особенно лѣвой, мы видимъ сильную гнойную инфильтрацію, которая находится какъ въ промежуточной ткани, такъ и въ сосудахъ, мочевыхъ канальцахъ и Мальпигіевыхъ клубочкахъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ цѣлый участокъ почки занятъ инфильтраціей, которая является здѣсь въ видѣ абсцесса, гнойные шарики пробираются всюду: Мальпигіевы клубочки, сильно раздутые, плотно выполняютъ Баумановскую капсулу, мочевые канальцы заполнены гнойными тѣльцами, эпителий то, отслоившись, сбивается въ кучку, то придавливается къ стѣнкѣ канальца и, окрашенный эозиномъ, окружаетъ синюю массу гнойныхъ тѣлецъ розовымъ поясомъ; хотя окраска эпителия не всюду одинакова, ядра его совершенно не окрашены, а протоплазма окрашивается трудно, и онъ представляетъ, особенно мѣстами, всѣ признаки некроза. Кое-гдѣ абсцессы настолько велики, что трудно различить строеніе почки. Такіе абсцессы находятся и въ мягкотномъ слое около соединившихся уже широкихъ мочевыхъ канальцевъ. Сосуды въ разныхъ разрѣзахъ тянутся по препаратамъ часто совершенно выполненные гнойными шариками или затромбированы кровью съ большимъ или меньшимъ содержаніемъ ихъ. Промежуточная ткань почки въ нѣкоторыхъ

мѣстахъ довольно сильно увеличена. При окраскѣ препаратовъ почекъ синькой и по способу Грама мы находимъ кромѣ палочкообразныхъ бактерий, разбросанныхъ въ небольшомъ количествѣ, участками скопленія стафилококковъ и стрептококковъ.

Препараты печени не дали намъ никакихъ почти патологическихъ явленій; клѣтки и ядра печеночной паренхимы хорошо окрашиваются гематоксилиномъ и эозиномъ, въ клѣткахъ виденъ бурый пигментъ и въ нѣкоторыхъ жировая инфильтрація, хотя не въ большомъ количествѣ. Если-же мы обратимъ вниманіе на печеночную капсулу, то видимъ ее утолщенной и сильно инфильтрированной бѣлыми кровяными шариками; тутъ-же встрѣчаемъ небольшое количество вышеописанныхъ однородныхъ по отношенію къ окраскѣ слоистыхъ тѣлъ. На капсулѣ печени толстымъ слоемъ лежитъ фибринъ, состоящій изъ красивой тонкой сѣти. Въ самой капсулѣ, или на границѣ съ фибринознымъ наслоеніемъ встрѣчаются кое-гдѣ новообразованные капилляры.

Разсматривая препараты изъ селезенки, взятые на мѣстѣ сращенія ея съ діафрагмой, мы видимъ, что они состоятъ изъ нѣсколькихъ слоевъ: селезеночная пульпа на столько инфильтрирована гнойными тѣльцами, что ее съ трудомъ можно узнать, впрочемъ трабекулы видны въ разныхъ разрѣзахъ; капсула селезенки сильно утолщена, мѣстами инфильтрирована; за ней идетъ широкій соединительно-тканый слой, при чемъ пучки соединяются между собой въ видѣ трабекулъ; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ пучки эти раздвигаются и въ образовавшемся пространствѣ помѣщаются по одиночкѣ или группами слоистыя тѣла, совершенно схожія съ найденными нами въ кистѣ и точно также относящіяся къ разнымъ окраскамъ. За этой трабекулярной тканью идетъ волокнистая соединительная ткань съ болѣе правильными волокнами, снабженная сосудами, около которыхъ мѣстами существуетъ инфильтрація ткани бѣлыми кровяными шариками; за этимъ слоемъ идутъ поперечно полосатыя мышцы и, наконецъ, рыхлая соединительная ткань. На препаратахъ, взятыхъ не на мѣстѣ сращенія селезенки съ окружающими частями, въ утолщенной капсулѣ не находимъ слоистыхъ тѣлъ.

Препараты *ag. coronar. cordis* съ сердечной мышечной стѣнкой указываютъ намъ, что *intima* артерій отечна, неравномѣрной толщины, мѣстами даже выступаетъ въ видѣ бугровъ; такую-же неравномѣрность мы видимъ и въ *membrana aelastica* и мышечномъ слое артерій. Въ одномъ мѣстѣ *intimae* находится участокъ, выступающій въ просвѣтъ, какъ-бы претерпѣвшій миксоматозное перерожденіе. Волокна мышечной

ткани сердца довольно значительно истончены, поперечная исчерченность выражена плохо и повсюду видна бурая пигментация. Легкія не представляют особенно важныхъ патологическихъ измѣненій; мы видимъ только сильно выраженную anthracosin, особенно много пигмента совершенно черного группируется около нѣкоторыхъ сосудовъ. Альвеолы нѣсколько расширены, даже въ нѣкоторыхъ мѣстахъ стѣнки между ними уничтожены; сосуды, особенно вены, довольно расширены; въ нѣкоторыхъ бронхахъ находятся комки слизи.

Комбинируя все найденное нами при макроскопическомъ и микроскопическомъ изслѣдованіи трупа, а также основываясь на приведенныхъ нами исторіяхъ болѣзней, мы можемъ вывести заключеніе, что первоначальное страданіе больной была киста праваго, а потомъ и лѣваго яичника. Киста эта, какъ мы видѣли, постоянно росла, давала разраженія на другіе органы, была многополостная, имѣющая сосочки, что особенно ясно было видно при первой и второй операци, когда разраженія сидѣли на поверхности и въ полости кисты, въ видѣ цвѣтной капусты. Тоже самое подтверждается микроскопическимъ изслѣдованіемъ, хотя мы не видимъ тѣхъ древовидныхъ разраженій, которыя такъ характерны для папиллярныхъ кистъ, но все-таки и на разсмотрѣнныхъ нами препаратахъ мы замѣчаемъ несомнѣнные сосочки, образованные подлежащей соединительной тканью съ ясно выраженными капиллярами и покрытые цилиндрическимъ эпителиемъ. Картину эту мы видѣли и въ нѣсколько иномъ видѣ, когда разрѣзъ проходилъ черезъ круглый или неправильной формы промежутокъ между отдѣльными сосочками на той или другой высотѣ, а иногда и у самаго основанія сосочка; тогда намъ представлялись пространства различной формы, выстланные съ боковъ цилиндрическимъ эпителиемъ, или стѣнки ихъ съ тѣмъ-же эпителиемъ видимымъ сверху. Я не буду здѣсь говорить о способѣ происхожденія и развитія папиллярныхъ кистъ, потому что мнѣ пришлось-бы повторять вещи не разъ уже описанныя довольно подробно и впервые установленныя Клебсомъ, Вальдейеромъ и друг.; однако, нельзя не остановиться на нѣкоторыхъ особенностяхъ данного случая. Во-первыхъ среди соединительно-тканной стѣнки кисты мы видѣли много участковъ вновь образующейся грануляціонной ткани, снабженной въ большомъ количествѣ капиллярами, на основаніи чего можемъ заключить, что киста растетъ путемъ увеличенія соединительной ткани, потому что грануляціонная ткань несомнѣнно впоследствии перейдетъ въ рыхлую соединительную ткань. Однако, на ряду съ этимъ новообразовательнымъ процессомъ въ другихъ мѣстахъ идетъ регрессивный, который вы-

ражается въ образованіи вышеописанныхъ слоистыхъ тѣлъ. Такія-же тѣла мы видѣли въ сросткѣ, найденномъ въ тазовой клѣтчаткѣ, въ сращеніяхъ капсулы селезенки и печени; это обстоятельство указываетъ на вторую особенность кисты—давать отдаленные метастазы, преимущественно путемъ засѣванія серозныхъ поверхностей, что придаетъ ей характеръ злокачественной опухоли, хотя какихъ либо другихъ указаній на способность опухоли къ генерализаціи, какъ это бываетъ, напримѣръ, при истинныхъ ракахъ, мы нигдѣ не имѣемъ. Такимъ образомъ, во всѣхъ вышеупомянутыхъ органахъ мы имѣемъ метастазы папиллярной кисты, разившейся первоначально въ яичникѣ. Образованіе сростка въ тазовой клѣтчаткѣ тоже мы склонны объяснять метастазомъ чрезъ засѣваніе и воспринятіе элементовъ новообразованія лимфатическими путями, такъ какъ несомнѣнно, что характеръ строенія этого новообразованія совершенно сходенъ съ первичной кистой яичника. Считать-же этотъ узелъ отщепленнымъ лигатурами кускомъ кисты послѣ второй операціи едва-ли возможно, потому что въ этомъ новообразованіи мы видимъ еще большія измѣненія, чѣмъ въ самой кистѣ и, слѣдовательно, надо предположить, что оно имѣло свои собственныя условія, давшія возможность къ образованію такихъ измѣненій, что невозможно допустить въ совершенно отдѣленномъ омертвѣвшемъ кускѣ, особенно если мы обратимъ вниманіе на хорошо сохранившійся цилиндрическій эпителий и костно-мозговья полости съ остеобластами, хотя надо допустить, что метастазъ этотъ довольно старый, потому что здѣсь мы видимъ высшую степень дифференцированія тканей, здѣсь образовалась совершенно правильная костная ткань со всѣми ея частями. Условія, благопріятствующія образованію костной ткани, объяснить трудно; мы видимъ только отдѣльные участки въ разной стадіи перехода въ костную ткань отъ едва замѣтныхъ зернистыхъ образованій до безструктурной, гомогенной, сильно-преломляющей лучи свѣта, массы и даже до правильно-сформированной кости. Если будемъ сравнивать съ кистой, то оказывается, что участки эти соответствуютъ соединительно-тканной основѣ ея. Относительно окостенѣнія мы знаемъ, что часто ему подвергаются продукты воспаления, напримѣръ на плеврѣ; съ другой стороны сосуды, хотя очень рѣдко, иногда даже аорта, подвергаются окостенѣнію, такъ что можно предположить, что можетъ быть сами стѣнки сосудовъ носятъ въ себѣ такіе зачатки, которые при благопріятныхъ условіяхъ, неизвѣстныхъ намъ, могутъ служить къ образованію костной ткани. Наряду съ высшимъ дифференцированіемъ тканей въ кистѣ и во всѣхъ метастазахъ ея, особенно въ сросткѣ, существуетъ несомнѣнный регрессив-

ный метаморфозъ, который выразился въ образованіи массы концентрически слоистыхъ тѣлъ, повидимому—продуктъ гіалинового перерожденія эндотелія сосудовъ. Одно для насъ несомнѣнно, что процессъ дегенерации происходитъ въ сосочкахъ новообразованій; въ доказательство этого мы видимъ на препаратахъ весьма демонстративно сосочки, часто покрытые еще эпителиемъ и внутри ихъ, въ верхней части, на мѣстѣ сосудовъ одно или нѣсколько слоистыхъ тѣлъ. Относительно-же способа происхожденія ихъ мы можемъ предположить слѣдующее: соединительно-тканное основаніе сосочка во время его роста мало-по-малу превращается въ болѣе стойкую волокнистую соединительную ткань, при чемъ основаніе сосочка, какъ образованіе болѣе раннее, скорѣе склерозировъ, чѣмъ вершина, вслѣдствіе чего изъ сосочка затруднится оттокъ лимфы; эндотелій-же сосудовъ, составляющій капиллярную трубку и питающійся на счетъ лимфы, вслѣдствіе избытка ея, будетъ пролиферировать, клѣтки котораго, разростаясь, могутъ выполнить весь просвѣтъ капилляровъ, наслаиваясь въ перемежку съ кровяными шариками, или вросая въ предварительно образовавшійся кровяной тромбъ. Образованныя такимъ способомъ наслоенія претерпѣли потомъ гіалиновое перерожденіе, при чемъ двойная окраска тѣлъ зависить, вѣроятно, отъ двойного ихъ происхожденія—изъ эндотелія и красныхъ кровяныхъ шариковъ, подтвержденіемъ чего можетъ служить то обстоятельство, что въ нѣкоторыхъ тѣлахъ въ серединѣ мы ясно видимъ измѣненные красные кровяные шарики, какъ-бы не успѣвшіе еще пристать къ образованію общаго тѣла. Еще одно обстоятельство является непонятнымъ для насъ—это то, что пикриновая кислота на препаратахъ изъ сростка окрашиваетъ концентрическія тѣла въ двойную окраску, между тѣмъ какъ въ другихъ органахъ они окрашиваются въ одинъ цвѣтъ; объясненіе этому факту мы можемъ дать только предположительное: вѣроятно въ сросткѣ перерожденіе уже болѣе старое и можетъ быть въ немъ начались уже какія-нибудь измѣненія въ зависимости отъ образованія костной ткани. Такимъ образомъ мы имѣемъ въ данномъ случаѣ, какъ первичное страданіе, кисту, происходящую изъ железистаго органа яичника, состоящую изъ нѣсколькихъ полостей съ ясными сосочковыми разращеніями—*cysto-adenoma proliferum papillare multiloculare ovarii dex. et sin.* Вслѣдствіе продолжавшагося роста кисты послѣ парціального удаленія произошло за-сѣваніе брюшины эпителиемъ и образовались метастазы, послѣдствіемъ чего былъ громадный асцитъ. Киста подлежала окончательному удаленію; но при освобожденіи органовъ, особенно кишокъ отъ сращеній, несмотря на всю осторожность, происходили надрывы ткани, на мѣстахъ

поврежденія ткани произошло воспаление, которое и дало себя знать уже вскорѣ послѣ операціи повышеніемъ температуры. Воспаленіе не ограничилось этимъ; болѣе сильное сращеніе было со стѣнкой S.-Romani, гдѣ воспаленіе, какъ мы видимъ на препаратахъ, занимаетъ всю толщу стѣнки, часть разорванныхъ волоконъ некротизировалась и образовалось нагноеніе, окончившееся перфораціею, слѣдствіемъ чего была гнойная peritonitis perforativa. Воспаленіе распространилось на всю брюшную полость, произошло склеиваніе кишекъ между собой и другими органами—печенью, селезенкой, капсулы которыхъ тоже не остались безъ участія къ общему воспаленію (perihepatitis et perisplenitis); мы видимъ ихъ сильно утолщенными, инфильтрованными, съ обильнымъ отложеніемъ фибрина на поверхности. Около селезенки даже образовались цѣлые гнойники и сама селезеночная пульпа была пропитана массой гнойныхъ тѣлецъ. Къ такому общему страданію присоединилась еще pyelo-nephritis purulenta, обусловленная выѣдреніемъ микроорганизмовъ, которые и были нами найдены при микроскопическомъ изслѣдованіи. Пути проникновенія микроорганизмовъ надо считать мочевые, потому что въ мочевомъ пузырьѣ и мочеточникахъ найдены признаки воспаленія; отсюда гнойное воспаленіе распространилось на слизистую оболочку лоханокъ, которая была разрыхлена, инъецирована и покрыта фибрино-гнойными пленками, — слѣдовательно, здѣсь былъ гнойный піэлитъ, а потомъ микроорганизмы проникли въ почечную паренхиму черезъ мочевые каналцы, разрушая сначала эпителий, а потомъ вызывая воспаленіе (Klebs).

Разсматривая препараты сердца, мы видимъ, что и оно подверглось сильному измѣненію, именно бурой атрофіи: мышцы истончились, поперечная исчерченность плохо выражена, клѣтки содержатъ много пигмента; такое сердце не могло хорошо работать, слѣдствіемъ чего появился застой въ легкихъ, при существующей уже, вѣроятно раньше, небольшой эмфизѣ. Высокая температура тоже не благопріятно вліяла на работу сердца и вотъ оно, мало-по-малу ослабѣвая, наконецъ, не въ силахъ было продолжать своей работы и наступилъ летальный исходъ.

CCCVIII. Carcinoma corneum papillomatodes vesicae urinae.

М. Шапиро.

Больная Дарья Волкова, 42 лѣтъ отъ роду, кухарка, поступила въ Александровскую больницу 4 января 1893 года съ жалобой на боль при мочеиспусканіи и частые позывы. Больная выше-средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, сильно анемична, имѣетъ кахектическій видъ. Слизистыя оболочки губъ и языкъ сухи, на губахъ herpes. Въ теченіи послѣднихъ 3 недѣль ее лихорадило. Кожа суха. Со стороны грудныхъ органовъ незамѣтно ничего особеннаго. Животъ вздутъ, болѣзненъ при давленіи въ нижнихъ частяхъ. Изъ половой щели выдѣляется въ незначительномъ количествѣ катарральная слизь, изъ уретры выдѣленія слизи нѣтъ. Моченепускательный каналъ легко проходитъ катетромъ, которымъ удалось вывести около 2 чайныхъ ложекъ мочи, мутной, съ плавающими въ ней желтыми и грязно-красными хлопьями. Въ rectum никакихъ ненормальностей не замѣчено. Влагалищная часть матки лежитъ высоко, сдвинута кзади, почти сглажена со сводами. Маточное устье въ видѣ точечнаго отверстія. Тѣло и придатки не прощупываются. Черезъ передній сводъ прощупывается шаровидная опухоль довольно подвижная, величиною въ гусиное яйцо, принадлежащая по мѣстоположенію, вѣроятно, мочевоу пузырю. Больная передаетъ, что года 4 тому назадъ лѣчилась отъ подобнаго же страданія въ теченіе 2 мѣсяцевъ. Настоящее страданіе началось недѣли 3 тому назадъ. Въ больницѣ былъ поставленъ діагнозъ: carcinoma vesicae urinae. Сонъ и аппетитъ больной во все время пребыванія въ больницѣ были плохи, самочувствіе подавлено, слабость возрастала, и больная скончалась 30 января 1893 года. Вскрытіе 31 января.

Кости свода утолщены. Твердая мозговая оболочка также утолщена; мягкая умѣренно венозно гиперемирована, отдѣляется легко. Ткань мозга не представляетъ измѣненій. Сосуды основанія тонкостѣнны, расширены. Сердце мало, дрябло, плоско конической формы. Полости уменьшены; стѣнки, особенно праваго желудочка, тоньше нормальныхъ, блѣдно-краснаго цвѣта. Foramen ovale свободно пропускаетъ сложенный пинцетъ. Правое венозное устье расширено. Endocardium лѣваго предсердія и bicuspidalis утолщены. Клапаны аорты склерозированы при основаніи. Корень аорты, дуга и начало нисходящей части расширены; стѣнка утолщена; intima морщиниста, съ бѣловатыми, полупрозрачными и мелкими желтыми пятнами неправильнаго очертанія, а также съ разсыянными бляшкообразными возвышеніями, представляющими красноватые полосы и пятна. Легкія мѣстами сращены съ грудной стѣнкой, пятнисто пигментированы, пушисты; въ верхушкахъ, особенно лѣвой, содержатся мелкія казеозныя, омѣлоторенныя гнѣзда. При основаніи нижней доли лѣваго легкаго и при верхнемъ заднемъ краѣ праваго легкаго находятся обширныя гнѣзда сѣрой гепатизаціи клиновидной формы, частью достигающія свободной поверхности, частью отграниченныя отъ нея темно-красной, кожистой, спленизированной тканью, дающей при соскабливаніи сѣроватую, тягучую, какъ-бы слизистую массу. Селезенка сращена съ діафрагмой, нормальнаго объема, кожиста; въ разрѣзѣ блѣдно-краснаго цвѣта и покрыта обширными каплями черной, жидкой, маркой крови. Печень сращена съ

диффрагмой въ видѣ перемычекъ, мала, кожиста; въ разрѣзѣ мускатно-желто-коричневаго цвѣта. Желчный пузырь приращенъ къ ободочной кишкѣ, растянута, слабо наполненъ грязной, водянистой, зеленовато-желтаго цвѣта желчью. Желудокъ малъ; слизистая оболочка его сѣро-аспиднаго цвѣта, бѣдна складками. Слизистая оболочка тонкихъ кишекъ также истончена, сѣроватаго цвѣта. Пейеровы бляшки малы, западаютъ ниже поверхности, имѣютъ сѣтчатый видъ вследствие пятнистой пигментации аспиднаго цвѣта. Нисходящая часть ободочной кишки въ состояніи сокращенія; стѣнка трудно растяжима; слизистая оболочка отличается необыкновенною бѣдностью. Правая почка, величиною въ 2 кулака, бугриста; лѣвая почка нѣсколько меньше. Клѣтчатка около нихъ уплотнена. Capsula serosa плотно сращена съ поверхностью. Въ разрѣзѣ обѣ почки представляютъ сплошное расширеніе лоханокъ и чашечекъ съ аспиднымъ окрашиваніемъ слизистой оболочки, атрофіей пирамидъ и истонченіемъ коркового слоя до нѣсколькихъ миллиметровъ. Удѣлшая ткань кожиста; клѣтчатка около лоханокъ уплотнена и содержитъ остатки жировой ткани въ видѣ дольчатыхъ, величиною до горошины, узловъ желтаго цвѣта. Мочеточники расширены до толщины больше пальца, особенно правый, извилисты, съ многочисленными круглыми изгибами, при уплотненной ткани въ окружности. Какъ лоханки, такъ и мочеточники сильно растянуты: на правой сторонѣ—зеленовато-желтой гноевидной жидкостью, на лѣвой—мутной, бѣловатой жидкостью. Мочевой пузырь увеличенъ, полусжатъ; на задней стѣнкѣ, надъ *trigonum*, ближе къ правой сторонѣ, представляетъ полусферовидную, величиною въ среднее яблоко, сидящую на широкомъ основаніи, на подобіе шляпки гриба, опухоль, на верхушкѣ изъязвленную въ видѣ неправильныхъ, сѣровато-желтаго цвѣта, разсѣлинъ. При соскабливаніи дна язвы опухоль легко распадается на листоватыя, древовидныя дольки сѣровато-краснаго цвѣта, покрытая на периферіи ула толстымъ слоемъ перламутрово-бѣлаго цвѣта. Въ полости пузыря находится незначительное количество такой-же, какъ и въ лоханкахъ, жидкости съ плавающими въ ней сѣровато-красными клочками новообразованія. Устья мочеточниковъ хорошо видны, свободно пропускаютъ обыкновенный желобоватый зондъ. Слизистая оболочка мочевого канала венозно гиперемирована, мелко бородавчата. Матка удлинена, особенно въ шейкѣ, приподнята вверхъ, мала, кожиста; стѣнка истончена, сѣровато-бѣлаго цвѣта; слизистая оболочка отличается необыкновенною бѣдностью, тонка. Влагалище, фаллопьевы трубы и яичники особенныхъ измѣненій не представляютъ. *Parts ampullans et sphincterica gesti* умѣренно расширена, съ пятнами сѣро-аспиднаго цвѣта на слизистой оболочкѣ; верхній конецъ въ состояніи сокращенія.

Такъ какъ главнымъ прижизненнымъ страданіемъ было присутствіе опухоли въ мочевомъ пузырьѣ, то я и начну описаніе съ опухоли. Макроскопическій видъ опухоли таковъ. Она сидитъ на задней стѣнкѣ мочевого пузыря, надъ *trigonum*, ближе къ правой сторонѣ; представляетъ полусферовидную, величиною съ среднее яблоко, сидящую на широкомъ основаніи въ видѣ шляпки гриба опухоль, на верхушкѣ изъязвленную въ видѣ неправильныхъ сѣровато-желтаго цвѣта разсѣлинъ. При соскабливаніи дна язвы, опухоль легко распадается на листоватыя, древовидныя

дольки сѣровато-краснаго цвѣта, покрытыя на периферіи узла толстымъ слоемъ перламутрово-бѣлаго цвѣта. Какъ извѣстно, опухоли мочевого пузыря, особенно первичныя, относительно рѣдки. Изъ первичныхъ опухолей въ мочевоомъ пузырьѣ бывають ворсистыя опухоли, которыя врастають въ просвѣтъ пузыря въ формѣ древовидно вѣтвящихся сосочковъ. Большинство изъ нихъ фибромы, но бывають и поверхностные раки (*carcinomata villosa*). Чаше всего встрѣчаются вторичные раки въ задней стѣнкѣ мочевого пузыря у женщинъ при карциномахъ *uteri*. Быстрый ростъ и распаденіе опухоли, общая, сильно выраженная кахексія, послѣдовательное изъязвленіе опухоли—все это указываетъ на злокачественный характеръ опухоли, къ каковымъ принадлежитъ *carcinoma*. Для рѣшенія вопроса, образовалась-ли опухоль мочевого пузыря первично или перешла сюда со стороны матки, какъ это наблюдается чаше всего у женщинъ при карциномахъ мочевого пузыря, служить достаточнымъ указаніемъ отсутствіе всякихъ данныхъ со стороны матки и ея придатковъ, а помимо того, новообразование растеть изъ слизистой оболочки мочевого пузыря, а не изъ стѣнки его, что имѣло-бы мѣсто въ томъ случаѣ, если-бы имѣлся первичный ракъ въ *utero* *). Такимъ образомъ, мы должны установить здѣсь первичное образованіе карциномы въ мочевоомъ пузырьѣ.

Для болѣе близкаго опредѣленія типа опухоли предпринято микроскопическое изслѣдованіе опухоли. Изслѣдованіе слизи, взятой съ поверхности разрѣза опухоли, дало подъ микроскопомъ слѣдующую картину. Масса зернистаго распада, обломковъ клѣтокъ различной формы, красныя и бѣлыя кровяныя тѣльца, цилиндрическія, грушевидныя, колбовидныя съ рѣзкими контурами и съ большимъ, овальнымъ зернистымъ ядромъ клѣтки, много обрывковъ капилляровъ, усаженныхъ мѣстами эпителиальными клѣтками въ два и болѣе ряда. Расщипанный кусочекъ опухоли оказывается состоящимъ сплошь почти изъ сосудовъ, капилляровъ, наполненныхъ кровяными тѣльцами и также покрытыхъ эпителиемъ. Основой, откуда сосуды исходятъ, является соединительная ткань, инфильтрированная грануляціонными клѣтками. На поперечномъ разрѣзѣ стѣнки пузыря, взятой на мѣстѣ опухоли, мы видимъ, что мышечные слои разрыхлены; поверхностные пучки мышечнаго слоя втягиваються въ грибовидное разращеніе, исходящее изъ слизистой оболочки пузыря. Это разращеніе представляетъ преимущественно массу густо-сплоченныхъ клѣточныхъ элемен-

*) Микроскопическое изслѣдованіе препаратовъ, взятыхъ изъ матки, не обнаружило ничего характернаго для раковыхъ пораженій.

товъ съ рѣзко обозначенными границами, угловатой формы, съ крупными, подчасъ многочисленными ядрами, рѣзко окрашивающимися гематоксилиномъ. Въ этой густо-сплоченной массѣ попадаются мѣста съ слабо-окрашивающимися ядрами. Мѣста эти представляютъ концентрическую слоистость, гомогенны въ центральной части, гдѣ ядра слабо или совсѣмъ не окрашиваются. Границы клѣтокъ въ центральной части не рѣзки. Среди массы сплоченныхъ элементовъ попадаются то большіе, то меньшіе островки соединительной ткани, слабо волокнистой, съ мелко-клѣточной инфильтраціей; вокругъ нѣкоторыхъ изъ сказанныхъ островковъ клѣточные элементы располагаются въ видѣ розетки. Рядомъ съ клѣточковыми массами есть мѣста грубо-волокнистыя, представляющія то какъ-бы войлочную сѣть лентообразныхъ пучковъ, то въ этой сѣти находятся гдѣ-то распады. Клѣтки, составляющія преобладающую массу, по своей угловатой формѣ, крупнымъ ядрамъ, гомогенной протоплазмѣ, цилиндрическому виду суть раковые элементы. Слоистыя-же, гомогенныя, съ слабо или совсѣмъ не выраженными ядрами образованія—суть раковыя жемчужины, образовавшіяся вслѣдствіе сплоченія, наложенія и слиянія раковыхъ элементовъ, при чемъ послѣдніе подверглись полному роговому метаморфозу съ уничтоженіемъ ядеръ, что особенно ясно видно въ центральной части. Такой-же характеръ полного рогового метаморфоза имѣютъ и тѣ мѣста, которыя выше описаны въ видѣ какъ-бы войлочныхъ сѣтей съ гнѣздами распады въ нихъ. Соединительно-тканые островки съ розеткообразнымъ расположеніемъ клѣтокъ вокругъ нихъ указываютъ на то, что ростъ раковаго новообразованія таковъ, что разращеніе эпителиальныхъ клѣтокъ происходитъ вокругъ соединительно-тканнаго стержня. На основаніи вышеописанной картины можно сказать, что мы имѣемъ дѣло съ роговымъ сосочковымъ ракомъ—*carcinoma corneum papillomatodes vesicae urinariae*. Какъ и всѣ опухоли, карциномы, развиваясь насчетъ самого организма, лишаютъ его извѣстнаго количества питательнаго матеріала, расходимаго на развитіе тканевыхъ элементовъ новообразованія. Кромѣ того, по мѣрѣ развитія карциномъ и вросанія ихъ въ подлежащую ткань, онѣ вызываютъ атрофію нормальной ткани. Такимъ образомъ, на счетъ организма образуется безполезная для него масса, которая отнимаетъ у него матеріалъ, необходимый для его физиологическихъ цѣлей, и служитъ источникомъ кахексіи.

На препаратахъ изъ сердца видно, что рыхлая соединительная ткань между отдѣльными пучками развита нормально, но весьма истончена между отдѣльными мышечными волокнами, такъ что волокна представляются

тѣсно прилежащими другъ къ другу. Вокругъ ядеръ замѣтно отложеніе въ большомъ количествѣ бурого пигмента, напоминающаго собой пигментъ въ атрофированныхъ печеночныхъ клѣткахъ. Сосудовъ мало, стѣнки ихъ слегка склерозированы. — Adventitia aortы носитъ характеръ волокнистой соединительной ткани; media вся сплошь склерозирована, мѣстами въ ней замѣчаются участки молодой грануляціонной соединительной ткани съ развитіемъ сосудовъ. Intima представляется отслоившейся, склерозированной, имѣетъ сильно волокнистый видъ; въ ней много сосудовъ, поперечные перерѣзы которыхъ набиты красными кровяными тѣльцами. Мѣстами въ intima замѣчаются геморрагическія мѣста, благодаря разрыву капилляровъ. На препаратахъ, приготовленныхъ изъ спленизированнаго участка легкаго, замѣтно расширеніе альвеолъ, которыя почти сплошь выполнены массой скученныхъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ съ рѣзко окрашивающимися ядрами. Альвеолярный эпителий представляется сильно зернистымъ съ отчетливыми ядрами; мѣстами онъ отслоился и находится въ просвѣтѣ альвеолъ. Поперечные перерѣзы сосудовъ сплошь набиты красно-бурой массой, состоящей изъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ; мѣстами среди этой массы попадаются бѣлыя кровяныя тѣльца, мѣстами же ясно замѣтно, что бѣлыя кровяныя тѣльца преимущественно располагаются пристѣнно и находятся на пути къ выходу изъ сосуда. Что касается строенія стѣнокъ сосудовъ, то въ мелкихъ сосудахъ слои совершенно нормальны, въ болѣе-же крупныхъ замѣтно утолщеніе intimaе. На срѣзахъ изъ печени замѣчается, что центральныя клѣтки каждой дольки уменьшены въ объемѣ, имѣютъ неправильныя контуры, зернисты и сильно пигментированы желто-бурымъ красящимъ веществомъ; на ряду съ такими клѣтками находятся густо-скученныя, мутныя, гипертрофированныя клѣтки. Ближе къ периферіи дольки въ ячейкахъ промежуточной ткани находятся капли жира. — Въ селезенкѣ всюду замѣчается избыточное развитіе соединительной ткани какъ въ перекладинахъ, такъ и въ reticulum. Ткань трабекулъ представляетъ собою молодую соединительную ткань. Лимфатическія фолликулы и селезеночная пульпа безъ измѣненій. Въ сосудахъ замѣчается избыточное развитіе и склерозъ медіальнаго слоя; мѣстами сосуды пусты и сжаты. — Въ почкахъ мы имѣемъ сильное развитіе соединительной ткани, эпителий мочевыхъ канальцевъ зернисто перерожденъ, Мальпигіевы клубочки измѣнены: нѣкоторые изъ нихъ сморщены, сдавлены образовавшейся вокругъ нихъ соединительной тканью; другіе, напротивъ, увеличены въ объемѣ, расширены, переполнены кровью вслѣдствіе сдавленія отводящихъ сосудовъ; слѣдовательно, эти клубочки

находятся въ состояніи ціаноза.—Сопоставляя всѣ данныя макро-и микроскопическаго изслѣдованія, мы должны допустить, что первоначальныя измѣненія, обусловившія всѣ дальнѣйшія измѣненія въ другихъ органахъ еще до появленія раковаго новообразованія въ мочевомъ пузырьѣ и гипостатической пневмоніи въ заднихъ и нижнихъ доляхъ легкихъ,—заклю-чаются въ давнопрошедшемъ заболѣваніи сердечной мышцы (слѣды его мы находимъ теперь въ видѣ *endocarditis fibrosae* лѣваго сердца) и въ разлитомъ артеріо-склерозѣ, безъ развитія компенсаторной гипертрофіи, которая фізіологически обуславливается потерей эластичности въ арте-ріальной системѣ. Такія измѣненія, свойственныя субъектамъ съ фибро-матознымъ тѣлосложеніемъ, въ дальнѣйшемъ своемъ теченіи вызвали съ одной стороны рядъ интерстиціальныхъ процессовъ въ паренхиматозныхъ органахъ—почкахъ и селезенкѣ, съ другой-же стороны вызвали явленія застоя въ большомъ и маломъ кругу кровообращенія и, слѣдовательно, черезъ *v. portae* застойныя явленія въ печени. Уже на почвѣ нарушен-ной циркуляціи и ослабленнаго сопротивленія вреднымъ вліяніямъ было какое-то давнее заболѣваніе въ легкихъ, слѣды котораго мы находимъ въ лѣвой верхушкѣ въ видѣ отдѣльныхъ казеозныхъ, омѣлтовренныхъ гнѣздъ. Въ послѣдніе-же дни жизни больной присоединилась гипостати-ческая пневмонія, констатируемая въ видѣ участковъ клиновидной формы въ состояніи спленизаціи и стѣрой гепатизаціи.

Что касается раковаго новообразованія въ мочевомъ пузырьѣ, то оно носило чисто мѣстный характеръ и не дало метастазовъ ни въ бли-жайшихъ къ пузырю частяхъ, ни въ болѣе отдаленныхъ органахъ, но присутствіе новообразованія обусловило значительное уменьшеніе полости мочевого пузыря и затрудненіе мочеиспусканія. Слѣдствіемъ этого было то, что часть мочи, застаивалась и разлагалась, чѣмъ и вызваны явленія *pyelo-nephritidis et hydronephrosis*. Наличие всѣхъ упомянутыхъ па-тологическихъ измѣненій обусловила явленія маразма съ послѣдовавшимъ *exitus letalis*.