

*Многократно
творилу
Майору
М. Кофману* В.Ф. 19/10/11

Изъ патологоанатомическаго кабинета
Харьковскаго Университета (проф. Н. Ф. Мельниковъ-Разведенковъ).

7 - НОЯ 2012

ГИПЕРНЕФРОМА

въ патологоанатомическомъ и клиническомъ отношеніяхъ.

Съ 38 рисунками на VIII фототипическихъ таблицахъ.

Диссертація

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

М. Т. Костенко

ассистента госпитальной хирургической клиники Харьковскаго Университета.

Переучет
1966 г.



ХАРЬКОВЪ.

Типо-Литографія М. Зильбербергъ и С-вья.
Донецъ-Захаржевская ул., с. д., № 6.
1910.

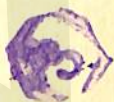


1950

Переучет-60

7 - НОЯ 2012

Харк. Мат. Институт
НАУКОВА БІБ. ПОТЕКА



11889

11889

Памяти

профессора

Николая Андреевича

Сokolova

отъ признательнаго ученика.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

	<i>Стр.</i>
Введеніе	1
Глава первая. Матеріаль и техника изслѣдованія	4
Глава вторая. Литературный очеркъ	6
Глава третья. Описаніе собственныхъ случаевъ	48
Глава четвертая. Гистологическая природа и гистогенезъ гипернефромъ	140
Глава пятая. Клиническая часть	185
Глава шестая. Выводы и заключеніе	216
Приложеніе. Таблица 247 случаевъ гипернефромъ	220
Указатель литературы	355
Рисунки.	

Замѣченные опечатки:

Страница:	Строка:	Напечатано:	Слѣдуетъ читать:
3	5 сверху	доказано,	доказывается,
7	10 снизу	метастары	метастазы
32	11 сверху	Zona fasciculata et reficularis	Zona fasciculata et re- ticularis
32	13 сверху	вакулизированы	вакуолизированы
36	3 и 16 сверху	Zoening	Loening
38	4 и 18 сверху	Winkel	Winkler
39	7 и 17 сверху	" "	" "
66	4 снизу	влѣтокъ	клѣтокъ
81	4 сверху	3-му	8-му
87	14 сверху	она	они
129	18 сверху	7	8
139	4 снизу	надпочечника, нару- шается	въ другихъ участкахъ это сходство нару- шается
141	1 сверху	всемъ протяженіи	протяженіи
146	15 сверху	4-й, 8-й, 9-й и 12-й случаи	7-й, 8-й, 9-й и 10 случаевъ
150	8 сверху	(12-й и 13-й сл.)	(12-й сл.)
151	19 снизу	какого нибудь корко- ваго	какого нибудь слоя кор- коваго
151	17 снизу	3-хъ его	3-хъ слоевъ его
156	1 снизу	необходимы	находимы
152	17 снизу	Dagonet	Dagonet (по Poll'ю)
165	16 снизу	19-й	10-й
165	11 снизу	14-й	15-й
167	18 сверху	8-й и 18-й	18-й
—	13 снизу	9-й	11-й
169	2 снизу	нахождение	присутствіе ихъ
193	12 снизу	(Legueus)	(Legueus по Garré)
—	12 снизу	одинаково	одинаковыхъ
194	19 сверху	6	5
196	5 снизу	(6-й сл.)	(см. стр. 324)
—	—	почечной	надпочечной
208	18 снизу	arst.	crst.
239	23-й сл.	здоровымъ. Оставал- ся здоровымъ	здоровой. Оставалась здоровой.
247	4-й сл.	Выписан здоровымъ	Выписана здоровой
280	7-й сл.	пропущено: 48 л. м.	

ВВЕДЕНИЕ.

Подъ названіемъ *гипернефромъ* извѣстны новообразованія, построенныя по типу нормальнаго надпочечника и развивающіеся изъ ткани послѣдняго, въ какомъ бы органѣ онѣ ни локализовались. Въ нихъ рѣзко проявляется стремленіе къ подражанію въ своемъ строеніи нормальному надпочечнику, причемъ это касается какъ типическихъ, такъ даже, хотя не въ такой рѣзкой степени, и атипическихъ видовъ новообразованія. Гипернефромы могутъ служить иллюстраціями къ высказанному Eug. Albrecht'омъ положенію, что опухолевая клѣтка есть «*носительница идеи органа*» и что опухоли не представляютъ изъ себя нѣчто чуждое организму, законамъ его не подчиняющееся, а, наоборотъ, являются образованіями, которыя развиваются по типу того органа, отъ котораго онѣ исходятъ, представляя изъ себя, такимъ образомъ, какъ говорить Eug. Albrecht, «*Schwesterbildungen*» этихъ органовъ.

Вопросъ о гипернефромахъ не является новымъ. Онѣ уже неоднократно дебатировались какъ въ русской, такъ и въ иностранной литературѣ, и по поводу него написано много болѣе или менѣе обстоятельныхъ работъ. Предметомъ послѣднихъ были не столько гипернефромы самого надпочечника, сколько почки, и самымъ интереснымъ въ нихъ являлся вопросъ, существуютъ ли въ почкѣ опухоли надпочечнаго происхожденія, или нѣтъ. Большинство авторовъ признавало это, меньшинство отрицало. Такъ, въ послѣднее время, именно въ 1908 году, вышла подробная работа Stoerk'a, основанная на многочисленныхъ наблюденіяхъ, въ которой авторъ старается доказать, что въ почкѣ не существуетъ опухолей надпочечнаго характера и что наблюденія большинства авторовъ, въ томъ числѣ и Gravitza, съ котораго собственно и началось ученіе о гипернефромахъ, ошибочны. А до этого рядъ авторовъ доказы-

валъ, что данныя опухоли происходятъ не отъ надпочечныхъ или почечныхъ клѣтокъ, а отъ эндотелія лимфатическихъ или перителія кровеносныхъ сосудовъ. Кромѣ того, нѣкоторыми высказывались намеки и на то, что гистогенезъ гипернефромъ надо искать въ хромаффиновой ткани.

Такой еще не установившійся взглядъ на гистогенезъ гипернефромъ съ одной стороны, желаніе провѣрить наблюденія другихъ авторовъ и сравнительная бѣдность русской литературы съ другой стороны, побудили насъ заняться изученіемъ гипернефромъ, тѣмъ болѣе что въ нашемъ распоряженіи оказался довольно значительный матеріалъ, обнимающій собою 21 случай. Изъ нихъ 11 случаевъ приходится на долю опухолей надпочечниковъ и 10 случаевъ—почекъ. Такимъ образомъ, намъ представилась возможность прослѣдить и сравнить одновременно цѣлый рядъ гипернефромъ какъ того, такъ и другого органа и въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ произвести реакцію на хромаффиновую ткань, присутствіе или отсутствіе которой имѣетъ большое значеніе въ рѣшеніи вопроса о гистогенезѣ этихъ опухолей. Имѣвшійся въ нашемъ распоряженіи матеріалъ мы раздѣлили на 2 большія группы: I—опухоли надпочечника и II—опухоли почки. Каждую изъ этихъ группъ подраздѣлили на 2 отдѣла: 1) типическія гипернефромы и 2) атипическія. Типическія всегда доброкачественны, атипическія могутъ быть и добро- и злокачественными. Съ гистологической точки зрѣнія разницы между двумя какими-нибудь опухолями 2-го отдѣла можетъ и не быть, между тѣмъ какъ однѣ изъ нихъ, судя по метастазамъ, по быстротѣ роста, нарушенію цѣлости капсулы и инфильтраціи прилегающихъ органовъ являются злокачественными, другія доброкачественными. Почему одна и та же клѣтка въ одномъ случаѣ неудержимо растетъ впередъ, инфильтрируя и уничтожая все встрѣчающееся на пути, приводя организмъ къ гибели, въ то время какъ въ другомъ она же даетъ вполне доброкачественную, зачастую очень малыхъ размѣровъ опухоль, или же совсѣмъ находится въ покоѣ, какъ это мы видимъ, на примѣръ, въ прибавочныхъ надпочечникахъ, остается пока все еще не разрѣшеннымъ, несмотря на массу работъ, сдѣланныхъ въ этомъ направленіи, какъ на примѣръ, въ послѣднее время работы Ehrlich'a и Eug. Albrecht'a, которые своимъ ученіемъ объ «атрептическомъ иммунитетѣ» и клѣточномъ «Avidität'ѣ» внесли въ трудную главу объ опухоляхъ много остроумнаго и новаго.

При рѣшеніи вопроса о гистогенезѣ гипернефромъ и доказательствахъ, отъ какой части надпочечника, корковой или мозговой, онѣ происходятъ, могло бы имѣть значеніе изслѣдованіе ихъ химической натуры, именно, нѣкоторыхъ свойственныхъ имъ и наиболѣе характерныхъ веществъ. Такъ, въ настоящее время доказано, что мозговая субстанція, содержащая хромаффиновую ткань, вырабатываетъ адреналинъ, а корковая—холинъ, которые являются по однимъ авторамъ тождественными, по другимъ антагонистами въ отношеніи къ кровяному давленію. Къ сожалѣнію, имѣвшійся въ нашемъ распоряженіи анатомическій матеріалъ былъ или не особенно свѣжимъ, или фиксированнымъ въ той или иной жидкости, или же въ такомъ маломъ количествѣ, что о химическомъ изслѣдованіи, не могло быть рѣчи.

Матеріаль и техника изслѣдованія.

Большая часть (16) изслѣдованныхъ нами препаратовъ взяты изъ патолого-анатомическаго института Харьковскаго университета, 2—изъ музея Московской Старо-Екатерининской больницы (про-зекторъ В. В. Воронинъ), 1—изъ Ростовской на Донѣ больницы (проз. С. Н. Образцовъ), 1—изъ Харьковской частной лѣчебницы (проф. Н. П. Тринклеръ) и 1—изъ факультетской Хирургической клиники (проф. Л. В. Орловъ). Всѣмъ г.г. завѣдующимъ назван-ными учрежденіями выражаю свою искреннюю благодарность за любезное предоставленіе мнѣ матеріала для изслѣдованія.

6 изъ нашихъ 21 случаевъ были описаны очень кратко въ трудахъ IX Пироговскаго Съѣзда докторомъ І. Ф. Пожарисскимъ, 2 изъ нихъ приводятся въ 67 томѣ «Медицинскаго Обозрѣнія» докторомъ Розановымъ, гдѣ послѣдній помѣстилъ довольно под-робную клиническую статью о злокачественныхъ опухоляхъ почки, упомянувъ только, что эти 2 случая подъ микроскопомъ давали картину гипернефромъ. Объ остальныхъ же 13 случаяхъ нигдѣ въ литературѣ нѣтъ никакихъ указаній. Въ 6 случаяхъ (1, 3, 4, 10, 15 и 17-й) нами употреблялись различныя фиксирующія жид-кости: формалинъ, жидкость Zenker'a, Flemming'a, Кульчицкаго, 1% растворъ осміевои кислоты, абсолютный алкоголь (для глико-гена) и 10% растворъ формалина съ 4% kal. bichrom. (для хро-маффиновой ткани).

Окрашивались срѣзы всѣхъ препаратовъ гематоксилиномъ съ эозиномъ, гематоксилиномъ съ фуксиномъ и пикриновой кислотой (по V. Gieson'y) и на эластическую ткань по Weigert'y.

Для обнаруженія жира нами употреблялась, кромѣ фиксаціи въ 1% осміевои кислотѣ и жидкости Flemming'a съ послѣдующей окраской сафраниномъ, еще окраска срѣзовъ изъ свѣжихъ заморо-женныхъ препаратовъ Sudan'омъ III.

Для гликогена мы пользовались фиксаціей маленькихъ кусо-чковъ въ абсолютномъ спиртѣ и окраской потомъ срѣзовъ іодомъ и по Best'y.

При вырѣзываніи кусочковъ мы руководствовались разницей въ строеніи новообразованія, поскольку она обнаруживалась не-вооруженнымъ глазомъ и подъ лупой. Но и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ новообразованіе казалось однороднымъ, кусочки все-таки вырѣзывались изъ разныхъ мѣстъ опухоли съ такимъ расчетомъ, чтобы по возможности все новообразованіе на всемъ его протяже-ніи было изслѣдовано, такъ что изъ нѣкоторыхъ препаратовъ при-ходилось брать 50—60 кусочковъ. Въ 5 случаяхъ (10, 15, 16, 17 и 18-й) нами были взяты для микроскопическаго изслѣдованія ку-сочки изъ всѣхъ органовъ. Толщина срѣзовъ была 7—10 микро-новъ. Въ 3 случаяхъ (2, 8 и 18-й) дѣлались серіи срѣзовъ.

Литературный очеркъ.

Литературный обзоръ ученія о гипернефромахъ естественно начать съ работъ Grawitz'a, которымъ впервые былъ выдвинутъ вопросъ о надпочечномъ происхожденіи нѣкоторыхъ опухолей почекъ. До того времени данныя опухоли считались производными то соединительной ткани, то почечной паренхимы и описывались подъ различными названіями, какъ-то: липомы, саркомы, ангиомы, миксомы, аденомы и карциномы. Но и послѣ работъ Grawitz'a не все авторы одинаково смотрѣли на гистогенезъ данныхъ опухолей, такъ что съ теченіемъ времени образовалось два противоположныхъ лагеря: признававшихъ надпочечное происхожденіе этихъ опухолей и отрицавшихъ его; причемъ послѣдніе (дѣло идетъ главнымъ образомъ о гипернефромахъ почки) также рѣзко расходились другъ съ другомъ, такъ какъ часть ихъ отстаивала нефрогенное происхожденіе, а часть—эндотеліальное. Соответственно этому и нашъ литературный очеркъ мы раздѣлили на два отдѣла съ подраздѣленіемъ второго на двѣ группы. Каждый изъ отдѣловъ и группъ разсматривался нами, по возможности, въ хронологическомъ порядкѣ.

ПЕРВЫЙ ОТДѢЛЪ.

Обзоръ литературы авторовъ, признающихъ надпочечное происхожденіе гипернефромъ.

Эпоха гипернефромъ начинается съ 1883 г., со времени опубликованія Grawitz'емъ работы подъ заглавіемъ: «Die sogenannten Lipome der Niere» (такъ называемыя липомы почки). Въ работѣ говорится о новообразованіяхъ кругловатой формы, величиной съ горошину, лежащихъ обыкновенно или прямо подъ capsula propria почки, или же глубже—въ паренхимѣ ея. Только изрѣдка онѣ пре-

восходятъ размѣрами вишню, такъ что опухоли, имѣющія въ діаметрѣ 4—5 сант., представляютъ изъ себя «необыкновенную находку». Встрѣчаются онѣ то одиночно, то множественно или въ одной, или, одновременно, въ обѣихъ почкахъ. Отграниченіе ихъ отъ почечной ткани рѣзкое, всегда легко распознаваемое невооруженнымъ глазомъ; на границѣ между ними и почкой нерѣдко имѣется нѣжный фиброзный соединительно-тканый слой. Цвѣтъ ихъ бѣлый, напоминающій цвѣтъ мозга и только по периферіи—съ примѣсью краснаго оттѣнка. Своимъ внѣшнимъ видомъ и консистенціей онѣ могутъ походить на «мозговидный ракъ или саркому».

Подъ микроскопомъ онѣ состоятъ изъ нѣжной соединительно-тканной или капиллярной стромы и эпителиальныхъ полигональных, кубическихъ, иногда «неравнобѣрно угловатыхъ и зубчатыхъ» паренхиматозныхъ клѣтокъ, сильно инфильтрированныхъ жиромъ и располагающихся то правильными длинными рядами, то маленькими группами, въ 4—8 клѣтокъ каждая. Жировая инфильтрація бываетъ порой настолько сильной, что получается впечатлѣніе, какъ-будто имѣешь дѣло съ липомой. Но не все паренхиматозныя клѣтки, говоритъ Grawitz, содержатъ жиръ; даже въ тѣхъ узлахъ, которые особенно богаты имъ, существуютъ участки, состоящіе изъ различныхъ группъ и тяжей «угловатыхъ и болѣе круглыхъ эпителиоподобныхъ клѣтокъ», съ зернистой, но не жиромъ инфильтрированной, протоплазмой. Каждая клѣтка снабжена 1—2 рѣзко контурированными ядрами съ 1 или 2 блестящими ядрышками. Очень часто, по крайней мѣрѣ, въ нѣкоторыхъ участкахъ, эти опухоли пріобрѣтаютъ большое сходство съ саркомой и ракомъ, а иногда (авторъ приводитъ 2 случая) приходится говорить уже «о переходѣ такъ называемыхъ липомъ въ злокачественный ракъ или саркому». Въ такихъ случаяхъ, онѣ начинаютъ сильно расти и давать многочисленные метастазы по разнымъ органамъ. Классифицировать данныя новообразованія представляется дѣломъ очень труднымъ: эпителиальный типъ клѣтокъ и хорошо развитая строма однихъ участковъ говорятъ за ракъ, богатство клѣтками и нѣжная «reticulum» другихъ мѣстъ—за саркому. Наряду съ вышеописанной структурой встрѣчаются участки, гдѣ на первый планъ выступаютъ железистыя и железисто-клеточныя образованія, придающія этимъ опухолямъ сходство со струмой. *Несмотря на такое разнообразіе въ строеніи, одно все-таки, по мнѣнію Grawitz'a, остается несомненнымъ для всехъ подобныхъ новообразованій—это сходство съ нормальнымъ надпочечни-*

комъ. Взвѣсивая всѣ доводы, приводимые другими авторами, причислявшими эти опухоли то къ липомамъ, то къ аденомамъ, то къ адено-карциномамъ почекъ, Grawitz полагаетъ, что онѣ происходятъ отъ надпочечной ткани и приводитъ въ пользу этого цѣлый рядъ соображеній:

1) Всѣ эти опухоли лежатъ подъ почечной капсулой, гдѣ, какъ извѣстно, встрѣчаются отщепленные ростки надпочечной субстанции.

2) Паренхиматозныя эпителиальныя клѣтки ихъ совершенно не похожи на эпителий мочевыхъ канальцевъ и перехода къ нему подмѣтитъ не удастся.

3) Сильная жировая инфильтрація протоплазмы не сопровождается гибелью самихъ клѣтокъ. Такая инфильтрація никогда не встрѣчается въ эпителии мочевыхъ канальцевъ, въ то время какъ въ клѣткахъ корковой субстанции надпочечника это „обычная находка“.

4) На границѣ между данными опухолями и почечной паренхимой имѣется отчетливо выраженная соединительно-тканная капсула.

5) Располагаются паренхиматозныя клѣтки на периферіи правильными рядами, какъ въ корковомъ веществѣ нормального надпочечника, въ центральныхъ же частяхъ онѣ собираются маленькими неравномѣрными группами, какъ въ мозговомъ веществѣ его.

6) Сосуды опухоли захвачены однимъ и тѣмъ же дегенеративнымъ процессомъ, какъ и сосуды надпочечника того же случая, между тѣмъ какъ почечные сосуды здоровы.

Въ виду полного сходства этихъ опухолей почекъ со «струмозными» новообразованиями самого надпочечника («Struma suprarenalis» Virchow'a), самое подходящее для нихъ названіе было бы, по мнѣнію Grawitz'a, struma lipomatodes aberrata renis.

Годъ спустя, въ слѣдующей своей работѣ по этому вопросу Grawitz приводитъ еще четыре положенія въ пользу надпочечнаго происхожденія нѣкоторыхъ опухолей почекъ:

1) Отщепившіяся отъ главнаго органа частички надпочечника встрѣчаются въ почкѣ очень часто; съ тѣхъ поръ, какъ авторъ обратилъ вниманіе на «эту аномалію», онъ встрѣчалъ ихъ «ежедневно»; лежатъ онѣ подъ capsula propria почки, будучи частью сращенными съ ней, частью погруженными въ кортикальную субстанцію почки.

2) Локализируются онѣ, какъ и «струмы» (опухоли, возникающія изъ нихъ) по всей почкѣ, за исключеніемъ ближайшей къ hilus'у области, что авторъ объясняетъ эмбриональными анатомическими отношеніями: у 2—3-хъ мѣсячнаго эмбриона надпочечникъ, превосходя значительно своей величиной почку, и отдѣленный тонкимъ слоемъ соединительной ткани покрываетъ ее со всѣхъ сторонъ за исключеніемъ области ближайшей къ hilus'у.

3) Struma suprarenalis aberrata (опухоли почки надпочечнаго происхожденія) не имѣютъ ничего общаго съ мочевыми канальцами и перехода къ нимъ не существуетъ.

4) Между struma suprarenalis, sarcoma suprarenale (опухоли надпочечника) и struma suprarenalis lipomatodes aberrata (опухоли почки надпочечнаго происхожденія) существуетъ несомнѣнное сходство, какъ въ свойствѣ отдѣльныхъ клѣточныхъ элементовъ, такъ и въ расположеніи ихъ; даже дегенеративные процессы у нихъ одинаковы (геморрагія, слизистое и жировое перерожденіе). Къ «struma lipomatodes aberrata renis» Grawitz причислилъ многіе препараты, хранившіеся въ коллекціи Берлинскаго патолого-анатомическаго института подъ именемъ: lipoma renis, angioma cavernosum renis, myxoma lipomatodes renis, myxolipoma teleangiectodes in capsul. renis utriusque, myxoma renis. Сюда же имъ были причислены аденомы и адено-карциномы Klebs'a, аденомы и железистый ракъ почекъ Sturm'a, почечныя аденомы Sabourin'a и альвеолярная форма почечныхъ аденомъ Weichselbaum'a и Greenisch'a.

Въ томъ же году Chiari описалъ 1 случай ретроперитонеальной опухоли надпочечнаго происхожденія, помѣщавшейся въ большомъ тазу и не имѣвшей никакого отношенія ни къ почкѣ, ни къ надпочечнику. Удаленная per laparotomiam опухоль черезъ 6 мѣсяцевъ рецидивировала, достигши такой же величины, какъ и первоначально, т. е. головы взрослого человѣка. Опухоль была капсулирована, мягкой консистенціи и желтобѣлаго цвѣта съ центральнымъ геморрагическимъ распадомъ. Подъ микроскопомъ главная масса состояла изъ нѣжной соединительно-тканной стромы и большихъ, до 50 μ ., полигональныхъ эпителиоподобныхъ клѣтокъ съ большимъ ядромъ. Во многихъ мѣстахъ опухоль носила железистый характеръ. Паренхиматозныя клѣтки сильно инфильтрированы жиромъ и кое-гдѣ содержали коричневатый зернистый пигментъ. Въ общемъ опухоль напоминала своимъ строеніемъ zona glomerulosa et fasciculata надпочечника. Авторъ всецѣло раздѣляетъ

взгляды Grawitz'a и причисляет свою опухоль къ надпочечнымъ почти на тѣхъ же основаніяхъ, а именно: 1) положенія ея на мѣстѣ, гдѣ бываютъ прибавочные надпочечники; 2) наличности факта, что изъ послѣднихъ могутъ развиваться почечныя опухоли, достигающія большихъ размѣровъ и ведущія къ метастазамъ; 3) сходства гистологическихъ картинъ его опухоли съ опухолями самого надпочечника; 4) присутствія пигмента и жира въ клѣткахъ и 5) капсулированія опухоли.

Wiefel (1885 г.) проводитъ параллель между «аденомами» почечнаго и надпочечнаго происхожденія на основаніи наблюдавшихся имъ 5 случаевъ (3 почечныхъ аденомы и 2 аденомы надпочечнаго происхожденія). На рядѣ препаратовъ автору удалось прослѣдить постепенный ходъ развитія почечныхъ аденомъ и доказать ихъ несомнѣнную связь и происхожденіе отъ мочевыхъ канальцевъ. Аденомы надпочечнаго происхожденія этой связью не обладали; въ своемъ строеніи онѣ вполнѣ походили на нормальный надпочечникъ и на тѣ образованія въ почкѣ, которыя описаны Grawitz'емъ подъ именемъ «struma suprarenalis aberrata», къ каковымъ авторъ и причисляетъ ихъ, будучи вполнѣ солидаренъ со взглядами Grawitz'a.

Weiler (1885 г.) въ своей диссертациі объ аномаліяхъ надпочечника описываетъ, между прочимъ, два интересныхъ случая. Въ одномъ изъ нихъ дѣло идетъ о почкѣ, окруженной со всѣхъ сторонъ, какъ-бы футляромъ, надпочечной субстанціей, въ видѣ, такъ называемыхъ, прибавочныхъ надпочечниковъ («Linke Niere von einem Mantel von Nebennierensubstanz umgeben»). Въ другомъ случаѣ почка окружена также со всѣхъ сторонъ, но уже опухольной тканью вполнѣ «идентичной» и въ макро- и въ микроскопическомъ отношеніяхъ съ вышеупомянутыми прибавочными надпочечниками, такъ что авторъ считаетъ вѣроятнымъ, что опухоль развилась изъ послѣднихъ.

Fränkel (1886 г.) сообщаетъ объ одномъ случаѣ двухсторонней опухоли надпочечника, построенной по типу ангиосаркомы, каковое названіе онъ и предлагаетъ ей дать. Опухоль развилась изъ надпочечной ткани, но не корковаго, а мозгового вещества ея, за что, по мнѣнію автора, говорятъ сходство въ формѣ паренхиматозныхъ клѣтокъ и въ отношеніи послѣднихъ къ сосудамъ (реакція на хромаффиновую ткань не была сдѣлана!).

Löwenhardt'омъ (1888 г.) наблюдался одинъ случай гипернефромы правой почки, перешедшей на надпочечникъ и давшей многочисленные метастазы по различнымъ органамъ: печень, легкія, ключица, желудокъ и др. Случай интересенъ въ томъ отношеніи, что при жизни на первый планъ выступала метастатическая опухоль ключицы, которая обратила вниманіе изслѣдующаго врача и повела къ ложной діагностикѣ. Со стороны почки не было никакихъ указаній на ея заболѣваемость, такъ что истинный діагнозъ былъ установленъ только на секціи. Опухоль, богатая распадомъ и кровоизліяніями, на разрѣзѣ имѣла пестрый, мраморный видъ, обусловленный тѣмъ, что желтые участки чередовались съ сѣрыми, бѣлыми-мозговидными и красными. Подъ микроскопомъ, въ нѣкоторыхъ участкахъ на периферіи, обнаруживалось сходство съ *substantia fasciculata нормального надпочечника*, хотя въ большей своей части она носила кистозно-папиллярный характеръ; послѣдній особенно хорошо можно было наблюдать и прослѣдить различныя ступени его развитія въ самыхъ молодыхъ вторичныхъ печеночныхъ узлахъ и кое-гдѣ на периферіи главной опухоли. За надпочечное происхожденіе данного новообразованія, по мнѣнію автора, говорило: субкапсулярное ея положеніе, своеобразная жировая инфильтрація и форма паренхиматозныхъ клѣтокъ, не имѣющихъ ничего общаго съ эпителиемъ мочевыхъ канальцевъ, а также *сходство въ периферическихъ участкахъ съ нормальнымъ надпочечникомъ*.

Въ 2-хъ случаяхъ Strübing'a (1888 г.) новообразованія почекъ представляли изъ себя кисты съ кровянистымъ и жирнымъ содержимымъ, которое авторъ считаетъ характернымъ для опухолей надпочечнаго происхожденія. Подъ микроскопомъ, въ сохранившихся отъ распада частяхъ, новообразованія состояли изъ соединительно-тканной альвеолярной стромы и вытянутыхъ эпителиальныхъ клѣтокъ, сильно инфильтрированныхъ жиромъ и содержащихъ одно пузырьковидное ядро.

Въ случаѣ Metzner'a (1888 г.) опухоль почки имѣла наряду съ «столбико-образнымъ распределеніемъ» паренхимы строеніе аналогичное папиллярной кистомѣ яичника, такъ что къ ней подходило бы, по мнѣнію автора, названіе «Kystoma proliferum aut papillare renis». Metzner причисляетъ ее къ опухолямъ надпочечнаго происхожденія, ибо находитъ въ ней всѣ признаки, которые считаются Grawitz'емъ характерными для данного ряда новообра-

зований, а именно: субкапсулярное положеніе, своеобразная форма клѣтокъ, рѣзко отличающаяся отъ эпителія мочевыхъ канальцевъ, отграниченіе капсулой отъ почечной паренхимы, богатство опухолевыхъ клѣтокъ жиромъ, не сопровождаемое гибелью послѣднихъ, и, наконецъ, «столбикообразное распредѣленіе правильными рядами, соотвѣтственно корковой субстанции надпочечника». Ничего подобнаго не наблюдалось авторомъ въ аденомѣ почечнаго происхожденія, хотя макроскопическая и клиническая картина обоихъ случаевъ была тождественна; въ почечной аденомѣ ясно можно было констатировать сходство и связь съ эпителиемъ мочевыхъ канальцевъ.

Изъ 3-хъ случаевъ, описанныхъ Beneke (1890 г.), наиболѣе интереснымъ представляется первый. Здѣсь опухоль лѣвой почки достигла громадной величины—головы взрослого человѣка, давши многочисленныя метастазы. Въ одномъ участкѣ ея автору удалось прослѣдить постепенный переходъ опухолевой ткани въ ткань прибавочнаго надпочечника. Характеръ строенія опухоли въ общемъ—альвеолярный съ соединительно-тканной, рѣже, капиллярной, стромой и съ веретенообразными, большихъ размѣровъ, паренхиматозными клѣтками. Случай этотъ тѣмъ болѣе интересенъ, что одновременно въ томъ и другомъ надпочечникѣ имѣлся рядъ прибавочныхъ, построенныхъ по типу *zona fasciculata et glomerulosa*. Такого же, приблизительно, строенія—и опухоль 3-го случая съ тою только разницей, что клѣтки здѣсь отличались большимъ полиморфизмомъ, а периферическіе участки носили аденоматозный характеръ. Второй случай походилъ на *zona fasciculata glandulae suprarenalis*. Констатируя часто прибавочные надпочечники вдоль *ven. spermat. interna*, въ позадибрюшинной клѣтчаткѣ, вблизи и вдали надпочечника и почекъ, а также въ паренхимѣ послѣднихъ, постепенный, далѣе, переходъ ткани надпочечника въ ткань новообразованія, сходство послѣдняго съ нормальной корковой субстанціей надпочечника, авторъ не сомнѣвается въ надпочечномъ происхожденіи своихъ опухолей. Признавая *glandul. suprarenal.* органомъ мезодермальнаго происхожденія, Beneke предлагаетъ называть опухоли развивающіяся изъ надпочечной ткани и носящія деструктивный характеръ, саркомами.

Ambrosius (1891 г.) въ своей диссертации описываетъ 3 несомнѣнно надпочечнаго происхожденія опухоли почекъ (всею авторомъ описано 5, но одна изъ нихъ нефрогеннаго, а другая—неиз-

вѣстнаго происхожденія). Въ первомъ случаѣ опухоль, величиной съ лѣсной орѣхъ, представляетъ *поразительное сходство съ sub-stant. glomerulosa et fasciculata нормальнаго надпочечника*, такъ что авторъ назвалъ ее «опухолью почки изъ неизмѣненной надпочечной ткани». Въ ней много кровонзліяній, а въ клѣткахъ ея кровяного пигмента, на появленіе котораго Ambrosius смотритъ отчасти, какъ на «выраженіе всасыванія кровяного экстравазата», послѣ того какъ красныя кровяныя шарики распались, отчасти же, какъ на результатъ активной дѣятельности опухолевыхъ клѣтокъ изъ захваченныхъ ими эритроцитовъ. Другіе два случая нѣсколько отличаются отъ перваго. Соединительно-тканная, порой сосудисто-капиллярная строма ихъ образуетъ неравномѣрныя, то альвеолярныя, то «трубообразныя щелевидныя пространства», выполненныя эпителиальными, полигональной и кубической формы, паренхиматозными клѣтками. Послѣднія сильно инфильтрированы жиромъ, удаленіе котораго при обработкѣ спиртомъ, придаетъ имъ стекловидно-прозрачный видъ. Присутствіе жира въ клѣткѣ не дѣлаетъ ее «не жизнеспособной», о чемъ свидѣлствуетъ, по мнѣнію автора, наличность въ нѣкоторыхъ изъ нихъ двухъ ядеръ. Лежатъ клѣтки тѣсно другъ возлѣ друга безъ всякаго промежуточнаго вещества, интимно связанныя со стромой. Нѣкоторыя альвеолы (во второмъ случаѣ) снабжены центральнымъ просвѣтомъ, гдѣ автору неоднократно удавалось констатировать присутствіе хорошо окрашенной зернистости—продукта выдѣленія опухолевыхъ клѣтокъ. Въ самыхъ молодыхъ участкахъ объ опухоли походятъ на *zon. fascicul. et glomerulosa нормальнаго надпочечника*. Видя въ одной изъ опухолей и сохранившихся надпочечникахъ того же случая (3-го) одинаковыя измѣненія какъ со стороны стромы (склерозъ), такъ и со стороны паренхимы (жировая инфильтрація), авторъ этимъ «одновременнымъ и однороднымъ» измѣненіямъ придаетъ большое значеніе въ діагностическомъ отношеніи. Также важнымъ для доказательства надпочечнаго происхожденія данныхъ опухолей онъ считаетъ существованіе въ нихъ, мѣстами, высоко-цилиндрическихъ клѣтокъ съ пузырькообразнымъ ядромъ и сидящихъ прямо на стѣнкѣ кровеносныхъ сосудовъ. Особенно же большое значеніе имѣетъ, по мнѣнію Ambrosius'a, присутствіе жира въ этихъ опухоляхъ, такъ какъ въ такомъ большомъ количествѣ его не бываетъ ни въ одномъ новообразованіи, за исключеніемъ, конечно, липомъ. Въ общемъ, авторъ всецѣло присоединяется къ мнѣнію Grawitz'a относительно надпочечнаго происхож-

денія этихъ опухолей, но съ названіемъ, даннымъ имъ (*struma lipomatodes accessoria renis*), онъ не согласенъ: слово «struma» должно быть относимо только къ опредѣленному органу—щитовидной железнѣ, а потому Ambrosius предлагаетъ называть данныя опухоли «прибавочными надпочечниковыми аденомами» (*accessorische Nebennierenadenome*).

Horn (1891 г.), на основаніи 14 наблюдавшихся имъ надпочечныхъ опухолей почекъ, считаетъ слѣдующіе признаки характерными для даннаго ряда новообразованій: 1) присутствіе большого количества жира въ видѣ капель при сохраненіи ядра; 2) характерное расположеніе опухольнаго эпителія одиночными и двойными рядами; 3) одинаковое свойство нѣкоторыхъ опухолей надпочечника (*adenoma*, *carcinoma* и *sarcoma*) съ данными опухолями почки; 4) разница въ формѣ опухольныхъ клѣтокъ и эпителія мочевыхъ канальцевъ.

На периферіи, т. е. въ болѣе молодыхъ участкахъ эти опухоли, по автору, происходятъ изъ коркового вещества нормальнаго надпочечника, въ центральныхъ же частяхъ онѣ могутъ принимать то саркомаподобный (1—5 сл.), то папиллярный (6—11 сл.), то карциноподобный (12—13 сл.) характеръ. Встрѣчающіеся въ нихъ, щелевидныя пространства и полости объясняются Horn'омъ наклонностью паренхиматозныхъ клѣтокъ къ дегенеративнымъ процессамъ. Авторъ не считаетъ возможнымъ причислить свои опухоли къ аденомамъ почки, ибо во всѣхъ аденомахъ тубулезныхъ железнъ, уже въ самыхъ молодыхъ участкахъ обнаруживается тенденція къ образованію просвѣта и, кромѣ того, вновь образовавшійся эпителий всегда обладаетъ сходствомъ съ материнской тканью, чего въ данныхъ опухоляхъ какъ разъ и не имѣется.

Schmorl (1891 г.) наблюдалъ три случая гипернефромъ съ не совѣмъ обычной локализацией: одинъ—на нижней поверхности правой доли печени, другой—подъ діафрагмой между вѣтвями *plexus solaris* и третій—между *colon. transvers.* и селезенкой. Всѣ три опухоли были приблизительно одинаковой величины (съ лѣсной орѣхъ) и одинаковаго строенія: богатая сосудами соединительнотканная строма и большія кубическія и полигональныя съ крупнымъ ядромъ эпителиоподобныя паренхиматозныя клѣтки, въ протоплазмѣ которыхъ былъ жиръ и мѣстами золотисто-желтый пигментъ. Паренхима распредѣлялась то круглыми группами, то длинными тяжами-колонами.

Berdez (1892 г.) въ своей небольшой работѣ описываетъ 3 случая доброкачественныхъ опухолей надпочечника. Всѣ онѣ были рѣзко отграничены отъ ткани послѣдняго, величиной—съ лѣсной орѣхъ и имѣли различное строеніе: первая походила на *substantia glomerulosa*, вторая—на *substant. fasciculata*, а третья—на мозговое вещество нормальнаго надпочечника.

Askanazy (1893 г.) сообщаетъ о двухъ случаяхъ «злокачественныхъ опухолей, включенныхъ въ почку ростковъ надпочечника». Первый изъ нихъ представлялъ изъ себя новообразование величиной $15 \times 13 \times 12$ сант., лежащее подъ капсулой почки, ткань которой за исключеніемъ небольшой части на нижнемъ полюсѣ была имъ уничтожена. Новообразование дольчатое, со многими щелевидными пространствами, пестраго мраморнаго вида на разрѣзѣ. Подъ микроскопомъ оно состояло частью изъ железистыхъ образований, частью изъ круглыхъ и овальныхъ альвеолъ. Строма его капиллярная, паренхиматозныя клѣтки цилиндрическія, полигональныя и кубическія, а иногда встрѣчались еще и веретенообразныя. Отношеніе клѣтокъ къ стромѣ—интимное. Протоплазма ихъ содержала въ большомъ количествѣ жиръ, гликогенъ и «базофильный гиалинъ». Имѣвшіеся въ опухоли кистозныя щелевидныя пространства объясняются авторомъ частыми кровоизліяніями въ просвѣты железистыхъ образований. Въ общемъ новообразование напоминало своимъ строеніемъ доброкачественныя гиперпластическія опухоли надпочечниковъ, и только вслѣдствіе прорастанія почечной вены оно можетъ быть названо злокачественнымъ. Другой случай интересенъ разницей въ строеніи между материнской тканью и рецидивомъ: въ то время какъ первая представляла полное сходство съ простой гиперплазіей надпочечника, вторая носила диффузно-клѣточный характеръ и походила на саркому; клѣтки ея въ противоположность материнской ткани лишены были жира и не имѣли интимнаго отношенія къ капиллярамъ стромы. Считая свои опухоли происшедшими отъ ткани надпочечника, а послѣднюю отъ соеломъ—эпителія, авторъ тѣмъ не менѣе предлагаетъ называть ихъ саркомами.

Lubarsch (1894 г.) въ своей большой интересной работѣ на основаніи 9 наблюдавшихся имъ случаевъ приходитъ къ заключенію, что опухоли почки «надпочечнаго типа» лежатъ субкапсулярно, рѣзко отграниченныя отъ почечной субстанции и всегда въ видѣ множественныхъ узловъ. Цвѣтомъ онѣ обыкновенно pochodятъ на

корковое вещество надпочечника, хотя многие участки ихъ благодаря кровоизліянію и богатству сосудами принимаютъ сѣро-красный оттѣнокъ. Обладая большою склонностью къ некрозамъ, слизистому перерожденію и геморрагіямъ, онѣ часто образуютъ этимъ путемъ кисты; прорастая легко кровеносные сосуды, онѣ даютъ множественныя метастазы. Подъ микроскопомъ состоятъ изъ сосудистой стромы и полигональных эпителиальныхъ клѣтокъ, похожихъ на клѣтки печени и надпочечника и содержащихъ въ большомъ количествѣ жиръ и гликогенъ. На ряду съ полигональными встрѣчаются цилиндрическія и неправильной формы клѣтки. Располагаются клѣтки двойными рядами безъ всякаго просвѣта между ними; если послѣдній иногда и имѣется, что придаетъ опухоли видъ железистой ткани, то онъ обыкновенно не носитъ правильнаго характера, и серія срѣзовъ всегда указываетъ на его искусственное происхожденіе вслѣдствіе центральнаго распада клѣтокъ; *о настоящихъ же железистыхъ образованіяхъ здѣсь не можетъ быть рѣчи*. Папиллярныя разрастанія наблюдающіеся иногда въ этихъ опухоляхъ, получаются, по мнѣнію автора, въ томъ случаѣ, «если съ одной стороны идетъ сильный ростъ соединительной ткани и паренхиматозныхъ клѣтокъ, а съ другой центральный распадъ ихъ». Пигментъ, констатируемый въ данныхъ опухоляхъ, представляетъ кровяной пигментъ.

Строма очень часто подвергается гіалиновому и слизистому перерожденію, такъ что Lubarsch даже говоритъ, что данныя явленія встрѣчаются съ такою же правильностью въ стромѣ, какъ жиръ и гликогенъ внутри паренхиматозныхъ клѣтокъ. Отношеніе данныхъ новообразованій къ сосѣдней почечной паренхимѣ всегда одинаковое: рѣзкая обособленность и въ «грубо-анатомическомъ» и въ «гистологическомъ» смыслѣ; переходовъ между тканью опухоли и почкой, равно какъ пролиферативныхъ процессовъ въ послѣдней не существуетъ.

Соглашаясь съ доводами предшествовавшихъ авторовъ (Grawitz, Horn и др.) относительно надпочечнаго происхожденія этихъ опухолей, Lubarsch выдвигаетъ рядъ признаковъ, которые онъ считаетъ характерными для нихъ, и часть которыхъ уже носитъ біологическія, а не только морфологическія свойства: 1) свойства ядерныхъ тѣлецъ получать другую окраску сравнительно съ ядрами при Weigert'овскомъ (на фибринъ) и Russel'евскомъ (фуксинъ) методѣ окрашиванія; подобнаго рода явленія наблюдаются въ клѣткахъ корковаго вещества надпочечника, но не въ эпителии почки;

2) структура клѣточной протоплазмы, имѣющая полное сходство съ клѣтками коры надпочечника, но не почки (сходство въ одинаковой зернистости протоплазмы). Авторъ придаетъ этому большое значеніе, когда говоритъ, что «опухоли, клѣточное содержимое которыхъ построено по типу надпочечныхъ клѣтокъ, но не почечнаго эпителия, происходятъ отъ надпочечника, а не почки»; 3) полное сходство данныхъ опухолей почекъ съ «деструктивными опухолями надпочечника» какъ съ «грубо-анатомической», такъ и съ «гистологической точки зрѣнія» (форма клѣтокъ, расположеніе ихъ, присутствіе въ нихъ жира и гликогена, макроскопическій видъ). Присутствіе жира имѣетъ особенно большое значеніе въ діагностическомъ смыслѣ; оно отмѣчается въ клѣткахъ даже очень маленькихъ, развивающихся изъ зачатковъ надпочечника, опухолей, отличающихся къ тому же чрезвычайно медленнымъ ростомъ и обильнымъ кровоснабженіемъ, чего не наблюдается ни въ одной опухоли, происходящей отъ другихъ органовъ; 4) присутствіе гигантскихъ клѣтокъ; 5) склонность этихъ опухолей рано прорастать венозные сосуды, что наблюдалось Manasse уже въ «гиперпластическихъ опухоляхъ надпочечника»; 6) отношеніе ихъ къ капсулѣ почки—такое же, какъ въ прибавочныхъ надпочечникахъ; и, наконецъ, 7) присутствіе гликогена въ данныхъ опухоляхъ, указывающее на эмбриональное ихъ происхожденіе.

Все вышеизложенное въ связи съ фактомъ существованія «отторгнутыхъ ростковъ надпочечника въ почкѣ» вполне достаточно, по мнѣнію Lubarsch'a, для доказательства надпочечнаго происхожденія этихъ опухолей. Одинъ изъ трудныхъ вопросовъ—это, какъ назвать ихъ? Авторъ думаетъ, что по отношенію къ нимъ и гистогенетическій и морфологическій принципъ классификацій опухолей не примѣнимъ. Первый потому, что гистогенезъ самого надпочечника еще не выясненъ, а второй—не удовлетворяетъ научно-клиническимъ требованіямъ. Поэтому лучше всего назвать ихъ, по его мнѣнію, «гипернефroidными новообразованіями», или еще лучше, «опухолями типа надпочечника съ или безъ деструктивнаго характера», хотя морфологически онѣ ближе всего подходятъ къ ангиосаркомамъ.

Manasse (1894 г.) занимается вопросомъ о гипернефромахъ въ 2-хъ работахъ. Въ первой изъ нихъ онъ описываетъ 4 «гиперпластическихъ опухоли» надпочечника, величиной отъ вишни до куриного яйца, построенныя совершенно тождественно съ substantia

fasciculata его. Строма во всѣхъ случаяхъ соединительно-тканная, паренхиматозныя клѣтки—полигональныя. Среди нихъ имѣется много гигантскихъ клѣтокъ, образующихся, по мнѣнію автора, благодаря отчасти слиянію, отчасти усиленному росту отдѣльныхъ клѣточныхъ элементовъ (гигантскія клѣтки наблюдались авторомъ и въ нормальномъ надпочечникѣ!). Опухольныя клѣтки довольно часто вдавались въ видѣ отпрысковъ (Zarfen) въ просвѣты венозныхъ сосудовъ. Кромѣ того, ихъ можно было наблюдать тамъ же въ видѣ отдѣльныхъ экземпляровъ, перемѣшанныхъ съ кровью. Рѣзко отграничивающей оболочки у этихъ опухолей не было. Пятый случай, описанный Manasse въ той же работѣ, представлялъ опухоль, построенную по типу мозговой субстанции (реакція на хромаффиновую ткань не была произведена).

Резюмируя свои выводы, Manasse говоритъ, что въ его случаяхъ дѣло идетъ о гиперплазій и гипертрофій надпочечной ткани: въ первыхъ четырехъ случаяхъ—коркового, а въ 5-мъ—мозгового вещества.

Во второй своей работѣ (о гистологій и гистогенезѣ первичныхъ опухолей почекъ) этотъ авторъ (1895 г.) много времени посвящаетъ новообразованіямъ почки, «исходящимъ отъ отщепленныхъ ростковъ надпочечника» и приводитъ 4 такихъ случая на ряду съ 4 опухолями самого надпочечника. Новообразованія эти въ однихъ случаяхъ представляютъ изъ себя по существу только «численную гиперплазію» корковой субстанции glandul. suprarenal. съ увеличеніемъ и отдѣльныхъ элементовъ его (21-й сл.). Въ другихъ—они отличаются отъ предыдущихъ тѣмъ, что не имѣютъ такого равномернаго распредѣленія паренхимы въ видѣ цилиндровъ, такъ какъ ихъ «клѣточные комплексы» сильно варьируютъ въ величинѣ (22-й и 23-й сл.); и наконецъ, въ третьихъ, на ряду со свойственной первымъ двумъ формамъ структурой имѣются еще «железистыя трубки» и маленькія кисты, выстланныя однослойнымъ кубическимъ или цилиндрическимъ эпителиемъ (27-й сл.). Въ то время какъ въ первыхъ двухъ группахъ вопросъ о гистогенезѣ, по мнѣнію автора, является простымъ, въ виду тождества данныхъ опухолей съ субстанціей надпочечника и установленнаго факта существованія «отщепленныхъ ростковъ» послѣдняго въ почкахъ, третья группа, характеризующаяся присутствіемъ железистыхъ и кистозныхъ пространствъ, возбуждаетъ рядъ сомнѣній. Для установленія точнаго діагноза авторъ настоятельно рекомендуетъ дѣлать сравненія съ первичными опухолями

самого надпочечника, и тогда не покажется страннымъ существованіе среди «солидныхъ клѣточныхъ комплексовъ»—железистыхъ трубокъ; авторъ приводитъ подобный случай опухоли надпочечника (25-й сл.), построенной по типу корковой субстанции его и содержащей въ то же время «истинныя» железистыя и кистозныя образованія. Но не нужно забывать, говоритъ онъ, что такія же образованія могутъ быть и въ опухоляхъ почечнаго (аденомы) и соединительно-тканнаго происхожденія, какъ объ этомъ свидѣлствуютъ наблюдавшіеся имъ случаи.

За «*интернефроемное*» происхожденіе опухолей въ почкѣ, содержащихъ железистыя и кистозныя образованія, можно высказываться, по мнѣнію Manasse, только тогда, когда будетъ доказано, что рядомъ съ такими образованіями имѣется ткань, которая походитъ или на нормальный надпочечникъ, или на первичную надпочечную аденому. Кромѣ того, нужно обращать вниманіе еще на присутствіе въ такихъ опухоляхъ клѣтокъ, принимающихъ отъ дѣйствія хромовыхъ солей диффузную коричневую окраску, свойственную клѣткамъ мозгового вещества нормального надпочечника. Что клѣтки мозгового вещества могутъ принимать участіе въ опухоляхъ этого рода, за это говорятъ, по мнѣнію автора, два факта: присутствіе мозговой субстанции въ прибавочныхъ надпочечникахъ и существованіе въ самомъ надпочечникѣ опухолей, состоящихъ изъ разросшагося мозгового вещества, какъ это наблюдалось въ одномъ изъ его случаевъ (24-й случ.). Далѣе, можно считать характернымъ для опухолей надпочечнаго происхожденія: 1) богатство ихъ венами и бѣдность артеріями, аналогично (по мнѣнію автора) нормальному надпочечнику, 2) извѣстное отношеніе паренхиматозныхъ клѣтокъ къ сосудамъ, а именно, присутствіе ихъ въ просвѣтѣ послѣднихъ цѣлыми отпрысками («Zarfen»); 3) форма венозныхъ сосудовъ (на поперечномъ срѣзѣ!) въ видѣ треугольника и четырехугольника съ вытянутыми углами. Что касается гликогена, то Manasse согласенъ съ Lubarsch'емъ относительно постояннаго его присутствія въ данныхъ опухоляхъ, но не согласенъ съ тѣмъ, что его нѣтъ въ другихъ почечныхъ новообразованіяхъ. Определеннаго названія еще нельзя дать этимъ опухолямъ до тѣхъ поръ, пока не будетъ выяснено происхожденіе самого надпочечника; а потому лучше всего остановиться на названіи, данномъ Lubarsch'омъ. Къ тому, чтобы можно было наблюдать переходъ специфической ткани надпочечника

въ саркомоподобную, какъ это было у Beneke, авторъ относится скептически, такъ какъ надпочечнику свойственны скорѣе раковыя, но не саркоматозныя опухоли, въ чемъ можно убѣдиться также на одномъ изъ его случаевъ (28), представлявшемъ характерную альвеолярную, съ его точки зрѣнія, сарцином'у съ клѣтками, не содержащими ни жира, ни гликогена. Авторъ предостерегаетъ, что одна только альвеолярная структура въ опухоляхъ надпочечника еще не должна говорить за сарцином'у, такъ какъ подобная структура можетъ быть въ опухоляхъ того же органа, но сосудистаго эндотелиальнаго происхожденія.

Ziegler (1895 г.) кратко описываетъ 2 доброкачественныхъ опухоли надпочечника, построенныхъ по типу коркового вещества его, которыя онъ называетъ простыми гиперплазіями: въ первомъ случаѣ—диффузною, а во второмъ—узловатою. Рядомъ съ обыкновеннымъ типическимъ строеніемъ, свойственнымъ subst. cortic. нормальнаго надпочечника, имѣлись участки, состоящіе изъ щелевидныхъ пространствъ, выполненныхъ кровью; часть ихъ, по мнѣнію автора, обязана регрессивнымъ процессамъ съ послѣдующимъ кровоизліяніемъ, а часть представляетъ изъ себя каверному (1-й сл.).

Авторъ останавливается на взглядѣ, высказанномъ Marschand'омъ по поводу одного случая ложнаго гермофродитизма, гдѣ имѣлась колоссальная гипертрофія обоихъ надпочечниковъ и, кромѣ того, прибавочные надпочечники. Въ виду близкаго отношенія между надпочечникомъ, мочевыми и половыми органами и одинаковаго ихъ происхожденія, возможно, по мнѣнію Marschand'a, что опухоли надпочечника стоятъ въ причинной связи съ уродствомъ въ половыхъ органахъ. Дѣло идетъ такимъ образомъ или о викарирующемъ явленіи, когда вслѣдствіе недостаточнаго эмбриональнаго развитія половыхъ органовъ (mangelhafter Geschlechtsdrüsen Anlage), произошло сильное развитіе надпочечниковъ (reichliche Anlage der Nebennieren), или же послѣднее есть «вторичная гиперплазія» и получилась вслѣдствіе недостаточной функціи половыхъ органовъ уже позднѣе. Ziegler этого не могъ подтвердить на своихъ случаяхъ, въ виду того, что въ половыхъ органахъ никакихъ отклоненій отъ нормы не было.

Ulrich (1895 г.) послѣ предварительнаго сообщенія «о всецѣло и частично смѣщенныхъ, а также прибавочныхъ надпочечникахъ» описываетъ 5 случаевъ гипернефромъ, два изъ которыхъ принадлежатъ самому надпочечнику, а 3—почкѣ. Всѣ онѣ построены

по одному и тому же принципу, состоятъ изъ капиллярной стромы и имѣющихъ къ ней тѣсное отношеніе паренхиматозныхъ клѣтокъ, полигональной, круглой, цилиндрической и кубической формы, сильно инфильтрированныхъ жиромъ, содержащихъ иногда гликогенъ. Строма распредѣляется такимъ образомъ, что разбиваетъ паренхиму на рядъ колонъ и различной величины круглыхъ и овальныхъ альвеолъ, такъ что *въ общемъ данныя опухоли напоминаютъ своимъ строеніемъ корковое вещество нормальнаго надпочечника*. Встрѣчающійся въ нихъ родъ железистыхъ пространствъ объясняется авторомъ, или центральнымъ распадомъ паренхиматозныхъ клѣтокъ, или же неполнымъ соприкосновеніемъ ихъ «сторонами, не лежащими на капиллярной стромѣ». Подобныя картины наблюдались Ulrich'омъ неоднократно въ тѣхъ доброкачественныхъ маленькихъ опухоляхъ надпочечника, которыя представляютъ изъ себя собственно «гиперпластическую корковую субстанцію». Если въ такія пространства попадаетъ кровь (вслѣдствіе кровоизліянія!), то она растягиваетъ и превращаетъ ихъ въ различной величины кисты.

Свойственное и характерное для этихъ опухолей альвеолярное строеніе иногда уступаетъ мѣсто диффузному клѣточковому, но на ограниченномъ пространствѣ и не во всѣхъ случаяхъ, точно также, какъ капиллярная строма замѣняется изрѣдка и сопровождается соединительной тканью. Между данными новообразованіями существуетъ большое сходство и въ макроскопическомъ отношеніи, если брать во вниманіе ихъ дольчатость, желтый цвѣтъ, похожій на цвѣтъ коркового вещества надпочечника, и мягкую консистенцію. *Полная тождественность ихъ въ макроскопическомъ и микроскопическомъ отношеніяхъ какъ другъ съ другомъ, такъ и съ надпочечной корковой субстанціей*, при несомнѣнномъ существованіи въ то же время прибавочныхъ надпочечниковъ, считается Ulrich'омъ вполне достаточнымъ для признанія одинаковаго гистогенеза у всѣхъ этихъ опухолей отъ надпочечной ткани.

Gatti (1896 г.), описавшій 2 случая почечныхъ гипернефромъ, считаетъ характерными для опухолей надпочечнаго происхожденія слѣдующіе признаки: 1) макроскопическій видъ новообразованія, напоминающаго надпочечную, но не почечную ткань; 2) строма, образованная капиллярами, аналогично капиллярной стѣти нормальнаго надпочечника; 3) группировка паренхиматозныхъ клѣтокъ (неравномерныя клѣточные группы и *отсутствіе истинныхъ железистыхъ и кистозныхъ образований*). Въ противоположность Gra-

witz'y, Lubarsch'y, Gatti не наблюдалъ распредѣленія паренхимы въ видѣ одинарныхъ и двойныхъ рядовъ. Въ его случаяхъ имѣлось дѣло съ новообразованіями, далеко зашедшими въ своемъ развитіи, такъ что вышеупомянутая группировка, свойственная обыкновенно молодымъ участкамъ, видоизмѣнялась, и паренхиматозныя клѣтки разбивались на неравномѣрныя и большія группы. Железистыя и кистозныя пространства, наблюдавшіяся въ его случаяхъ, по мнѣнію автора, не—истинныя, а обязанныя своимъ происхожденіемъ регрессивнымъ процессамъ; 4) морфологическій видъ клѣтокъ и ихъ содержимое; полигональныя, большія, свѣтлыя съ рѣзкими границами паренхиматозныя клѣтки обнаруживали поразительное сходство съ клѣтками корковой субстанции надпочечника и совершенно не походили на эпителий мочевыхъ канальцевъ ни въ нормальномъ его состояніи, ни въ состояніи жирового перерожденія и пролиферативной дѣятельности. Клѣтки обладали пузырьковиднымъ большимъ ядромъ и отчетливыми ядрышками. Присутствіе въ клѣточной протоплазмѣ жира въ видѣ малыхъ и большихъ капель, а также лецитина, сильно говоритъ за ихъ надпочечное происхожденіе, такъ какъ эти вещества наблюдаются и въ нормальной glandul. suprarenalis; 5) отсутствіе перехода между почечной и опухолевой тканью и 6) «тератологическое» развитіе въ опухоли железистыхъ образований и гладкой мускулатуры. Въ одномъ участкѣ опухоли, а именно, въ ножкѣ ея, были железистыя образования «тератологическаго происхожденія», не имѣющія ничего общаго съ мочевыми канальцами, что, по мнѣнію автора, вовсе не исключаетъ, наоборотъ, подтверждаетъ происхожденіе данной опухоли изъ «отщепленныхъ ростковъ надпочечника». Gatti, въ противоположность Lubarsch'y, не придаетъ никакого значенія дифференцированной окраскѣ ядеръ и ядрышекъ и присутствію гликогена въ клѣточной протоплазмѣ потому, что окраска не получалась въ клѣткахъ эмбриональнаго надпочечника, хотя имѣлся вполне свѣжій матеріалъ, гликогенъ же встрѣчается во многихъ другихъ опухоляхъ, равно какъ и въ почкѣ эмбриона (4 мѣсяч.). Во второмъ случаѣ авторъ обратилъ главное вниманіе на присутствіе лецитина и опредѣлилъ его количество въ 3,4735%, что соответствуетъ, по Alexander'y, приблизительно процентному отношенію этого вещества въ нормальномъ надпочечникѣ. Gatti придаетъ этому обстоятельству громадное значеніе, ибо «присутствіе большого количества лецитина въ этого рода опухоляхъ соответствуетъ такому же количеству въ надпочечникахъ и пред-

ставляетъ новое доказательство общаго происхожденія клѣтокъ надпочечника и этихъ опухолей, придавая взглядамъ Grawitz'a еще болѣе прочную основу».

Lotheissen (1896 г.) сообщаетъ два случая новообразованій почекъ, построенныхъ по типу корковой субстанции нормальнаго надпочечника. Въ одномъ изъ нихъ опухоль достигала величины головы новорожденнаго, въ другомъ значительно больше. Въ микроскопическомъ отношеніи онѣ были совершенно одинаковы: соединительно-тканная, отчасти капиллярная строма образовывала альвеолы, а эпителиальныя, полигональныя, кубическія и цилиндрическія клѣтки, выполнявшія альвеолы, составляли паренхиму. Клѣтки имѣли свѣтлую, стекловидную протоплазму, большое ядро и тѣсное отношеніе къ стромѣ. Последнее обстоятельство, а также наличность капиллярной стромы, особенно хорошо можно было прослѣдить благодаря тому, что авторомъ была сдѣлана предварительная инъекція опухоли (черезъ артерію) берлинской лазурью. Случаи эти интересны еще и тѣмъ, что будучи одинаковыми въ микроскопическомъ отношеніи, они оказываются совершенно разными въ клиническомъ. Въ то время какъ въ первомъ, при опухоли несравненно большихъ размѣровъ больной послѣ экстирпаціи ея оставался здоровымъ въ теченіи 2¹/₂ лѣтъ (авторъ дальше не наблюдалъ его!), во второмъ случаѣ пациентъ погибъ отъ рецидива черезъ 6 мѣсяцевъ.

Max Albrecht (1897 г.) описываетъ одинъ случай «злокачественной струмы» надпочечника, микроскопически вполне походившей на тѣ доброкачественныя опухоли того же органа, которыя составляли случайную «секціонную находку» и названы были въ литературѣ «struma suprarenalis». Кардинальными признаками, по мнѣнію автора, были: 1) большія, полигональныя, похожія на печеночныя паренхиматозныя клѣтки, 2) сильная жировая инфильтрація ихъ и 3) расположеніе ихъ двойными рядами или альвеолами. Кромѣ того, въ этой опухоли обращали на себя вниманіе большія «импонировавшія, какъ гигантскія», клѣтки и частое прорастаніе ея кровеносныхъ сосудовъ. Авторъ полагаетъ, что его случай *вполнѣ подходитъ*, какъ макро-, такъ микроскопически къ тѣмъ опухолямъ почекъ, которыя описаны Grawitz'омъ, Ногг'омъ и Lubarsch'омъ, какъ развивающіяся изъ «отщепленныхъ ростковъ» надпочечника.

Braatz (1898 г.) въ своей подробной въ клиническомъ отношеніи работѣ объ экстирпаціи почки описываетъ два случая почеч-

ныхъ гипернефромъ, которыя онъ причисляетъ къ «struma maligna suprarenalis» на основаніи слѣдующихъ данныхъ:

1. «Макроскопическій видъ соотвѣтствуетъ надпочечнымъ опухолямъ въ почкѣ; новообразование лежитъ прямо подъ почечной капсулой и обнаруживаетъ желто-бѣлую ткань надпочечной субстанции и сильную склонность къ распаду».

2. Отсутствие перехода опухолевой ткани въ почечную.

3. Структура опухоли по типу надпочечника, причемъ строма состоитъ большею частью только изъ капилляровъ, къ которымъ имѣютъ тѣсное отношеніе паренхиматозныя клѣтки.

4. Паренхиматозныя клѣтки походятъ на клѣтки glandul. suprarenalis какъ формой, такъ и «склонностью къ жировой метаморфозѣ».

5. Присутствіе въ опухолевыхъ клѣткахъ гликогена.

6. Обиліе опухолевыхъ клѣтокъ въ кровеносныхъ сосудахъ. Переходъ опухолевыхъ клѣтокъ въ кровяные пути понятенъ, если принять во вниманіе «физиологическія условія» существованія интимныхъ отношеній между «Blutgefässdrüse» и сосудистымъ аппаратомъ.

Kelly (1898 г.) въ своей большой и прекрасно иллюстрированной работѣ о гипернефромѣ почки описываетъ 6 случаевъ гипернефромъ: 2—надпочечника и 4—почки. *Какъ ты, такъ и другіе представляютъ большое сходство между собой и корковымъ веществомъ нормальнаго надпочечника*; причемъ въ доброкачественныхъ опухоляхъ (случай 1-й—опухоль надпочечника и 4-й—опухоль почки) это сходство болѣе полное, въ злокачественныхъ (2-й и 5—7-й случ.) болѣе отдаленное. Для всѣхъ нихъ однако является одинъ общій принципъ: капиллярная строма и имѣющія къ ней тѣсное отношеніе полигональныя большія, иногда «очень большія» паренхиматозныя клѣтки съ большимъ ядромъ и ядрышками, сильно инфильтрированныя жиромъ. Клѣтки располагаются то круглыми и овальными альвеолами, то длинными колонами (столбами). Въ злокачественныхъ гипернефромахъ паренхиматозныя клѣтки отличаются большимъ разнообразіемъ въ величинѣ, формѣ и группировкѣ. Жировая инфильтрація въ нихъ иногда бываетъ нѣсколько меньше (2-й случ.). *Имѣющіяся въ гипернефромахъ целевидныя пространства обязаны, по автору, распаду центральныхъ клѣтокъ*. Наиболѣе интереснымъ изъ всѣхъ случаевъ является пятый и

седьмой. Въ пятomъ одна часть новообразования благодаря вышеуказаннымъ отступленіямъ, свойственнымъ злокачественнымъ опухолямъ данного рода, довольно рѣзко уклонялась отъ строенія нормальной надпочечной ткани, между тѣмъ какъ другая была тождественна съ ней, что особенно легко прослѣдить, такъ какъ она примыкала къ смѣщенному и лежащему подъ капсулой почки надпочечнику. Въ 7-мъ случаѣ интереснымъ является то, что легочныя метастазы обнаруживали полное сходство съ zona fasciculata нормальнаго надпочечника, въ то время какъ материнская ткань значительно уклонялась отъ этого. Въ этой же работѣ Kelly описываетъ одинъ случай (3-й) срастанія и частичнаго смѣщенія надпочечника въ почку, подъ капсулу ея. Случай этотъ заслуживаетъ вниманія потому, что среди смѣщенной надпочечной ткани попадались островки почечной паренхимы и, кромѣ того, на границѣ между обоими органами имѣлись небольшія кисты—растянутые мочевые канальцы. Авторъ считаетъ съ мнѣніемъ Ricker'a, высказавшимъ, на основаніи только что упомянутыхъ картинъ, взглядъ, что въ атипическихъ гипернефромахъ, содержащихъ истинныя кисты, возможно, дѣло идетъ о смѣшанной опухоли, берущей свое начало отъ почечной (истинныя кисты) и надпочечной паренхимы. Въ общемъ, Kelly примыкаетъ ко взглядамъ Grawitz'a и его послѣдователей. Изъ всѣхъ дифференціальныхъ признаковъ надпочечнаго характера опухолей, онъ наиболѣе выдвигаетъ присутствіе жира въ опухолевыхъ клѣткахъ, считая его инфильтраціоннымъ, а не дегенераціоннымъ. Гликогену и различной окрашиваемости ядеръ и ядрышекъ (признакамъ Lubarsch'a) Kelly не придаетъ никакого значенія.

Въ случаѣ Weiss'a (1898 г.) имѣлась гипернефрома въ правой широкой маточной связкѣ, достигшая огромной величины (съ мужскую голову) и давшая метастазы въ яичникъ и регіонарныя лимфатическія железы. Опухоль состояла изъ стромы, въ видѣ капиллярной сѣти и сидящихъ на капиллярахъ въ 1, 2 и болѣе рядовъ круглыхъ, полигональныхъ, кубическихъ и цилиндрическихъ, сильно инфильтрированныхъ жиромъ, клѣтокъ. Мѣстами между клѣточными тяжами имѣлись просвѣты, такъ что получалось впечатлѣніе продольно и поперечно сѣзанныхъ железистыхъ трубокъ. Мѣстами капиллярная строма сходилась почти на нѣтъ, и опухоль принимала диффузно-клѣточный характеръ. Въ яичникѣ опухоль представляла картину альвеолярной саркомы и въ противоположность материнской ткани не содержала гликогена.

Брюхановъ (1899 г.) описываетъ 4 случая злокачественныхъ опухолей надпочечника, одну изъ которыхъ онъ называетъ ангио-саркомой, а остальные три—карциномой, и тутъ же добавляетъ, что названія эти не совсѣмъ опредѣляютъ «истинную природу опухолей», такъ какъ эти новообразования носятъ своеобразный характеръ и кажутся ему «*sui generis*». Первая изъ нихъ состоитъ изъ капиллярной стромы и сидящихъ въ одинъ рядъ на капиллярахъ богатыхъ протоплазмой полиморфныхъ клѣтокъ съ полиморфными же ядрами, очень похожихъ на безпигментныя клѣтки мозгового вещества, которое, по его мнѣнію, и даетъ начало данной опухоли. Остальные три развились изъ корковой субстанции надпочечника, *zona fasciculata* ея, за что говорятъ въ однихъ случаяхъ постепенный переходъ ихъ въ данную субстанцію (1 сл.), въ другихъ—сходство съ послѣдней (2-й и 3-й сл.). Иногда это сходство бываетъ полнымъ во всѣхъ участкахъ опухоли (3 сл.), иногда же только въ нѣкоторыхъ, напримѣръ, на периферіи, между тѣмъ какъ въ центрѣ опухоль походитъ на медулярную карциному (3 сл.). 3-й случай интересенъ еще и тѣмъ, что одновременно съ опухолью надпочечника была такого же характера опухоль въ правой почкѣ. Авторъ не считаетъ ее метастатической, полагая, что она развилась изъ «какого-либо, быть можетъ, ничтожнаго добавочнаго надпочечника, нахожденіе которыхъ въ видѣ мельчайшихъ узелковъ въ ткани почекъ, близъ ихъ поверхности, является столь распространеннымъ явленіемъ». Въ той же самой работѣ Брюхановъ рисуетъ картину типичной гипернефромы, на основаніи наблюдавшихся имъ 25 сл. Большая часть этихъ опухолей, называемыхъ имъ «*hyperplasia nodosa*», выдается надъ поверхностью, хотя иногда ихъ можно видѣть только при разрѣзѣ надпочечника, гдѣ онѣ выдѣляются на пестромъ или темномъ фонѣ ткани послѣдняго своимъ канареечно-желтымъ цвѣтомъ. Подъ микроскопомъ эти опухоли состоятъ изъ клѣточныхъ группъ, заложенныхъ въ сѣти тонкостѣнныхъ капилляровъ. Клѣтки сохраняютъ всѣ особенности клѣтокъ того слоя надпочечника, отъ котораго онѣ происходятъ. Во всякой такой опухоли есть мѣста, особенно богатыя жиромъ, гдѣ отъ протоплазмы остается лишь нѣжная сѣть, и вся клѣтка пронизана вакуолями. Данныя опухоли обладаютъ наклонностью къ геморрагіямъ. Въ одномъ случаѣ наблюдались «колоссальной величины (болѣе 100 μ) и разнообразной формы ядерныя массы». Кромѣ того, авторомъ описанъ случай сращенія надпочечника съ почкой,

съ локализацией его подъ почечной капсулой; надпочечникъ отдѣлялся отъ почки при помощи тонкой соединительно-тканной оболочки, которая въ одномъ мѣстѣ была прорвана и клѣтки перваго вѣдрили въ почечную паренхиму, будучи «безпорядочно въ ней вкрапленными».

Busse (1899 г.), изслѣдовавшій 5 гипернефромъ почекъ, совѣтуетъ при разсматриваніи этихъ опухолей не забывать о строеніи надпочечника эмбриона и почаще сравнивать съ нимъ, что дастъ возможность во многихъ запутанныхъ случаяхъ устанавливать истинный діагнозъ, какъ и было съ нимъ нѣсколько разъ. Изслѣдованныя Busse, опухоли въ центральныхъ своихъ частяхъ походили на корковое вещество надпочечника, въ периферическихъ же—на простую и альвеолярную карциному. Паренхиматозныя клѣтки такихъ участковъ иногда такъ рѣзко отличались отъ клѣтокъ центрального слоя, что невольно возникала мысль у автора, «не произошло ли подъ вліяніемъ растущаго надпочечнаго образованія раковое перерожденіе самой почечной ткани». Вотъ тутъ сравненіе съ эмбриональнымъ надпочечникомъ указываетъ, что какъ периферія, такъ и центръ имѣетъ одинъ и тотъ же гистогенезъ. Большое разнообразіе въ гистологическую картину данныхъ опухолей вносятъ присутствующія въ нихъ кистозныя образованія. Въ однихъ случаяхъ, по мнѣнію автора, они обязаны регрессивнымъ процессамъ (11 и 12 случ.); въ другихъ они представляютъ ничто иное, какъ расширенныя лимфатическіе сосуды (12 случ.), и въ третьихъ дѣло идетъ, повидимому, объ истинныхъ кистозныхъ образованіяхъ, присутствіе которыхъ не должно говорить противъ надпочечнаго происхожденія опухоли, такъ какъ они неоднократно констатировались Manasse въ «струмахъ» самого надпочечника.

Geiss (1899 г.) въ своей диссертации (18 лѣтъ почечной хирургіи) описываетъ одинъ случай гипернефромы. Авторъ останавливается на клинической сторонѣ и макроскопической картинѣ опухоли; о микроскопической онъ только и говоритъ, что данная опухоль богата гликогеномъ, что клѣтки ея—разнообразной формы и большой величины, а протоплазма—свѣтлая.

Въ случаѣ Reham'a (1899 г.) гипернефрома локализовалась въ одномъ изъ яичниковъ. Капилляры, составлявшіе строму ея, распредѣлялись на периферіи параллельно другъ другу, а въ центрѣ, часто анастомозируя, образовывали сѣть, благодаря чему паренхима разбивалась на длинные тяжи (столбы) и на круглыя

и овальные группы. Паренхиматозные клетки, сидящие на капиллярах в 1—2 ряда, отличались полиморфизмом, имели светлую, стекловидную протоплазму и 1 большое ядро. Местами констатировался родъ железисто-кистозныхъ образований, содержащихъ то однородную массу, то красныя кровяныя тѣльца. Опухоль отличалась богатствомъ гликогена и развилась, по мнѣнію автора, рядомъ съ обыкновенной кистой яичника, стѣнка которой ею была прорвана.

Burkhardt (1900 г.), описавшій 4 случая злокачественныхъ опухолей почекъ надпочечнаго происхожденія, полагаетъ, что *въ вопросъ о гистогенезѣ данныхъ новообразований должны играть решающую роль тѣ участки, которые построены по типу zona fasciculata нормального надпочечника*. Эти опухоли очень часто подвергаются различнаго рода измѣненіямъ, вносящимъ въ ихъ структуру большое разнообразіе. Считаясь съ собственными и чужими наблюденіями, авторъ говоритъ, что въ то время, какъ въ однихъ изъ этихъ опухолей преобладаетъ альвеолярное строеніе, въ другихъ диффузно-клеточное; въ третьихъ—возникаетъ аденоматозныя и папиллярныя разрастанія, въ 4-хъ—раковыя гнѣзда. Все эти картины могутъ встрѣтиться въ одной и той-же опухоли. Сама клетка, по мнѣнію автора, точно также можетъ представлять разнообразныя измѣненія относительно формы, величины и свойствъ протоплазмы. При сильномъ отклоненіи отъ типичныхъ мѣстъ, слѣдуетъ обращать вниманіе на эпителиальныя или, по крайней мѣрѣ эпителиоподобныя клетки, капсулированіе опухоли, «своеобразность и разнообразіе микроскопическихъ картинъ», отсутствіе явленія разрастанія почечной паренхимы (которое бы указывало на почечное происхожденіе опухоли) и эндотелія почечныхъ сосудовъ (указывавшаго бы на соединительно-тканное происхожденіе ея). Наклонность къ распаду и регрессивнымъ процессамъ у данныхъ опухолей, по мнѣнію Burkhardt'a, чрезвычайно большая, хотя она не усиливается съ «возрастаніемъ анаплазіи клетки, какъ это можно было думать а priori». Регрессивные процессы и кровоизліянія являются наиболее частой причиной образованія въ этихъ опухоляхъ кистозныхъ пространствъ. Строму ихъ обыкновенно составляютъ капилляры; «если они (капилляры) мѣстами и сопровождаются соединительной тканью, то послѣдняя никогда не пріобрѣтаетъ значеніе стромы опухоли. Только тамъ, гдѣ происходитъ отклоненіе отъ материнской почвы, тамъ бываетъ богатая соединительно-тканная строма». Метастазы распространяются крове-

носными и лимфатическими путями, хотя первый путь для нихъ наиболѣе характеренъ. Авторъ обращаетъ вниманіе на то, что довольно часто въ гипернефромахъ наступаетъ сильное разрастаніе эндотелія, принимающаго этителіоподобный характеръ, который придаетъ ему сходство съ клетками опухоли.

У Föchte (1900 г.) наблюдался интересный случай «Struma suprarenal. aberrat.», состоявшей изъ двухъ родовъ ткани: надпочечной (эпителиальной) и фибро-саркоматозной, которой принадлежала большая часть опухоли. Считать, что послѣдняя возникла изъ первой вторично, благодаря жировой дегенерации и всасыванію эпителиальныхъ клетокъ, по его мнѣнію, не приходится, такъ какъ ее можно констатировать на периферіи новообразованія, тамъ, гдѣ оно прорываетъ капсулу и гдѣ слѣдуетъ ожидать самыя молодыя участки опухоли. «Поэтому», говоритъ авторъ, «мы приходимъ къ заключенію, что тутъ дѣло идетъ о смѣшанной опухоли, состоящей частью изъ эпителия надпочечника, частью изъ фибро-саркоматозныхъ элементовъ». Такому предположенію не противорѣчатъ и микроскопическія картины, наблюдавшіяся въ многочисленныхъ метастазахъ этой опухоли; часть ихъ (почки, легкія и селезенка) носила фибро-саркоматозный характеръ, а часть (желудокъ и грудобрюшная преграда)—карциноматозный.

Hansemann (1902 г.) въ своей работѣ объ опухоляхъ почки признаетъ существованіе въ послѣдней наряду съ липомами, «папиллярными кистами», аденомами, гемангиомами, лимфангиомами, раками, саркомами, тератондными опухолями, также и гипернефромъ, развивающихся изъ «заблудившихся и смѣщенныхъ ростковъ» надпочечника, *похожихъ въ своемъ строеніи на корковое вещество его*. Капиллярная строма ихъ образуетъ обыкновенно альвеолы, которыя то сплошь выполняются эпителиальными клетками, то обладаютъ центральнымъ просвѣтомъ. Послѣдній иногда растягивается секретомъ пристѣнныхъ клетокъ, благодаря чему альвеола можетъ превратиться въ кисту. Очень часто основная структура (отчасти вслѣдствіе регрессивныхъ процессовъ) подвергается различнаго рода варіаціямъ, такъ что гистологическая картина едва напоминаетъ надпочечникъ. «Но нужно изслѣдовать», говоритъ авторъ, «возможно большее число участковъ и, особенно, такихъ, которые уже макроскопически выглядятъ различно, и тогда можно найти структуру, подходящую къ нормальному надпочечнику». Всякую гипернефрому въ почкѣ Hansemann принимаетъ

за злокачественную опухоль, которая может существовать долгие годы «безъ того, чтобы сильно расти и давать метастазы», и добавляетъ далѣе, что между гипернефромой величиной съ лѣсной орѣхъ и такой, которая даетъ «сотни» метастазовъ, разницы въ гистологическомъ отношеніи можно и не найти.

Положенія Lübarsch'a для автора не имѣютъ значенія, и только одно изъ нихъ, гдѣ говорится о сходствѣ опухолей надпочечника и почки, онъ считаетъ существеннымъ въ діагностическомъ отношеніи.

Пироне (1903 г.) описываетъ одинъ случай почечной гипернефромы. Данная опухоль подъ микроскопомъ носила на периферіи адено-папиллярный характеръ, а въ центрѣ, съ увеличеніемъ фиброзной стромы,—ретикулярный. Паренхиматозныя клѣтки первыхъ участковъ имѣли цилиндрическую, а вторыхъ—полигональную и круглую форму. Клѣтки центральныхъ участковъ походили въ общемъ на клѣтки ретикулярнаго слоя надпочечника и содержали въ своей протоплазмѣ безжелезистый коричневатый и черный пигментъ. Присутствію этого пигмента, а также жира, которымъ были богаты вообще клѣточные элементы даннаго новообразованія, въ связи съ вышеозначеннымъ строеніемъ, авторъ придаетъ большое значеніе въ рѣшеніи вопроса о гистогенезѣ данныхъ опухолей.

Wooley (1903 г.) сообщаетъ интересный случай опухоли надпочечника, гдѣ метастазы имѣли совершенно другое строеніе сравнительно съ материнской тканью. Въ то время какъ послѣдняя носила «аденоматозный» и «эпителиальный» характеръ съ *такимъ же распределеніемъ паренхимы, какъ въ корковой субстанціи надпочечника*, въ метастазахъ рѣзко подчеркивался типъ кругло-клѣточной альвеолярной саркомы съ наклонностью паренхиматозныхъ клѣтокъ принимать иногда веретенообразную форму. Такая разница между материнской тканью и метастазами свойственна, по мнѣнію автора, опухолямъ, происходящимъ отъ органовъ «мезотеліальнаго происхожденія», къ каковымъ относится надпочечникъ. Принимая во вниманіе такую двойственность опухолей мезотеліальнаго происхожденія, авторъ предлагаетъ выдѣлить ихъ въ особую группу и дать имъ названіе «Mesothelioma», добавляя, что морфологически онѣ могутъ походить то на саркому, то на карциному.

Пожарисскій (1904 г.) описываетъ въ трудахъ 9-го Пироговскаго съѣзда 14 сл. гипернефромъ: 6—принадлежащихъ надпочечнику, 7—почкѣ и 1—околопочечной клѣтчаткѣ. Нарисовавъ

вкратцѣ гистологическую картину наблюдавшихся имъ случаевъ, и отмѣтивъ основныя черты и особенности cadaго изъ нихъ, авторъ дѣлитъ на основаніи своихъ и чужихъ наблюденій гипернефромы надпочечниковъ и почекъ на двѣ большія группы: доброкачественныя и злокачественныя, производя каждую изъ нихъ отъ одной и той же надпочечной ткани. Первыя въ обоихъ органахъ, «совершенно аналогичны по строенію и по характеру клѣточныхъ элементовъ», характеризуются нѣжной, состоящей почти только изъ капилляровъ, стромой, въ которой заложены «въ видѣ рядовъ и цилиндровъ большія полигональныя, рѣже круглыя клѣтки съ сѣтчатой, вакуолизированной протоплазмой и круглыми ядрами». Клѣтки инфильтрированы жиромъ, содержатъ гликогенъ и иногда желтоватый пигментъ; тамъ, гдѣ гликогенъ и жиръ удалены, онѣ представляются прозрачными. Въ общемъ, доброкачественныя опухоли сохраняютъ свойства материнской ткани, въ противоположность злокачественнымъ, гдѣ эти свойства сохраняются только отчасти; «частію же», говоритъ авторъ, «настолько видоизмѣняются, что ядерные элементы ихъ теряютъ черты клѣтокъ типичныхъ опухолей надпочечниковъ и почки, и только отношенія протоплазматическихъ тѣлъ къ сосудистой стромѣ свидѣтельствуютъ о несомнѣнной связи опухоли съ тканью надпочечника». Злокачественныя опухоли богаче паренхиматозными клѣтками, а эти въ свою очередь обладаютъ большими варіаціями, какъ въ формѣ, такъ и въ величинѣ, и жировая инфильтрація ихъ можетъ иногда исчезать. Часто эти опухоли, по мнѣнію Пожарисскаго, пріобрѣтаютъ альвеолярное строеніе, или же приближаются къ ракамъ и саркомамъ. Вопросъ относительно того, къ какой группѣ надо отнести данныя опухоли, къ соединительнотканной или эпителиальной, трудно рѣшить, въ виду значительнаго полиморфизма составляющихъ ихъ элементовъ. Въ одномъ случаѣ паренхиматозныя клѣтки похожи на эпителиальныя, въ другомъ онѣ приближаются къ соединительно-тканнымъ, и даже «можно видѣть переходы клѣтокъ отъ характера эпителия къ соединительно-тканнымъ». Названіе «гипернефрома» авторъ считаетъ неподходящимъ, такъ какъ оно не опредѣляетъ характера опухоли, а только указываетъ на органъ, въ которомъ «имѣетъ мѣсто новообразованіе». Не удовлетворяетъ его также и названіе Lübarsch'a («гипернефроидныя опухоли») «ибо оно только длиннѣе слова гипернефрома». Въ концѣ концовъ Пожарисскій полагаетъ, что самымъ удачнымъ названіемъ надо

считать предложенное Borst'омъ: «опухоли типа надпочечника». Для опухолей почек авторъ предлагаетъ эпитеъ «гетеротопическія».

«Этимъ общимъ названіемъ будетъ сохранено представленіе о той причудливой своеобразной картинѣ, которую даютъ опухоли этого типа»—такъ заканчиваетъ авторъ свою небольшую работу.

Въ случаѣ Bindo de Veechi (1904 г.) имѣлась гипернефрома печени, величиной съ лѣсной орѣхъ, состоявшая изъ разной формы долекъ, окруженныхъ толстой фиброзной богатой сосудами соединительной тканью. Каждую дольку составляла капиллярная строма и полигональныя цилиндрическія и кубическія паренхиматозныя клѣтки, располагающіяся аналогично zona fasciculata et reticularis надпочечника. Клѣтки то богаты протоплазмой, то, наоборотъ, бѣдны ею, сильно вакулизированы, такъ какъ содержатъ въ большомъ количествѣ жиръ. Во многихъ изъ нихъ имѣется, кромѣ того, золотистожелтый зернистый пигментъ, не дающій реакціи на желѣзо. Въ нѣкоторыхъ участкахъ опухоль носила железистый характеръ, и автору даже удавалось констатировать peri- и intracellul'ярные каналы, которымъ онъ придаетъ большое значеніе въ діагностическомъ отношеніи, полагая, что они имѣются и въ нормальномъ надпочечникѣ.

Присутствіе участковъ, построенныхъ аналогично zona fasciculata et reticularis надпочечника, въ связи съ фактомъ существованія въ печени прибавочныхъ надпочечниковъ имѣетъ большое значеніе, по мнѣнію автора, для признанія за этой опухолью гипернефрогеннаго происхожденія и, именно, отъ корковой субстанціи надпочечника. Мозговое вещество, видимо, не имѣетъ никакого отношенія къ опухоли, такъ какъ реакція на хромаффиновую ткань дала отрицательный результатъ.

Funssius (1905 г.) причисляетъ свой случай новообразованія подковообразной почки къ «опухолямъ Gravitza, руководствуясь слѣдующими данными: 1) характерный, свойственный «отщепленнымъ росткамъ надпочечника», желтый цвѣтъ; 2) рѣзкое отграниченіе отъ окружающей ткани; 3) сильно выраженная и «характерная» жировая инфильтрація опухольныхъ клѣтокъ; 4) сходство послѣднихъ съ клѣтками надпочечника; 5) «характерное» расположение ихъ рядами, какъ въ надпочечникѣ; 6) альвеолярное строеніе опухоли. Этотъ случай интересенъ и тѣмъ, что на ряду со свойственнымъ subst. fascicul. et glomerul. строеніемъ имѣлось еще много «железистыхъ образований и щелевидныхъ пространствъ»,

выстланныхъ однослойнымъ цилиндрическимъ и кубическимъ эпителиемъ, мѣстами пустыхъ, мѣстами выполненныхъ зернистымъ клѣточнымъ распадомъ или кровью.

Добровольская (1906 г.) описываетъ 1 сл. злокачественной гипернефроды почки, удаленной оперативнымъ путемъ въ клиникѣ проф. Субботина. Опухоль обращаетъ на себя вниманіе богатствомъ гигантскихъ клѣтокъ, почему авторъ выдѣляетъ ее (по предложенію проф. Подвысоцкаго) въ особую разновидность—гиганто-клѣточной гипернефроды. «Давно укоренившееся въ классификаціи опухолей», пишетъ Добровольская, «названіе гиганто-клѣточной саркомы даетъ полное основаніе ввести въ эту классификацію и предлагаемое В. Подвысоцкимъ названіе гиганто-клѣточной гипернефроды».

По Neuhäuser'y (1906 г.) гипернефроды обыкновенно представляютъ изъ себя *простыя образованія, обладающія поразительнымъ сходствомъ съ корковой субстанціей нормального надпочечника* (Subst. glomerulosa et fasciculata). Иногда же изъ нихъ развиваются сложныя, по строенію, опухоли, смотря по тому, паренхима или строма испытываютъ измѣненія. Измѣненія со стороны паренхимы будутъ сказываться въ появленіи железистыхъ, кистозныхъ и кистознокапиллярныхъ образований (3-й и 4-ый сл.), или же карциноматозныхъ участковъ (5-ый и 6-ой сл.), причемъ обыкновенно существуетъ болѣе или менѣе постепенный переходъ отъ типичнаго строенія, свойственнаго корковой субстанціи надпочечника, къ только что названнымъ образованіямъ. Иныя картины получаются, когда измѣненія идутъ со стороны стромы. Въ самомъ простомъ случаѣ тутъ происходитъ мѣстами сильное разрастаніе соединительной ткани и преобладаніе ея надъ паренхимой (7 сл.). Въ болѣе сложныхъ случаяхъ разросшаяся строма сдавливаетъ типичныя паренхиматозныя клѣтки и приводитъ ихъ къ полной атрофіи, а рядомъ возникаютъ участки со строеніемъ полиморфной саркомы (8-ой и 9-ый сл.). Свои описанія авторъ иллюстрируетъ рядомъ хорошо исполненныхъ рисунковъ.

Боголюбовъ (1906 г.) описываетъ 2 случ. злокачественныхъ гипернефродъ почекъ, оперированныхъ въ Казанской факультетской хирургической клиникѣ. Въ обѣихъ опухоляхъ имѣлись участки, построенные по типу гиперплазированнаго корковаго вещества надпочечника. Рядомъ съ ними въ первомъ случаѣ, были участки, носившіе кистозно-аденоматозный и саркоматозный

характеръ. Во второмъ случаѣ правильное типичное расположеніе въ видѣ столбовъ и колоннъ зачастую исчезало при измѣненіи обычной полигональной формы клѣтокъ въ круглую и овальную и появленіи настоящихъ гигантскихъ клѣтокъ. Существованію перваго рода участковъ авторомъ придается большое, рѣшающее для гистогенеза данныхъ опухолей, значеніе: *«тотъ фактъ, что мы въ обоихъ случаяхъ нашли участки тканей, подобные по своему строенію гиперплазированному корковому веществу надпочечника, этотъ фактъ не оставляетъ сомнѣній, что въ томъ и другомъ случаѣ имѣлись гипернефромы»*.

Изъ двухъ случаевъ гипернефромъ почки Эрдманна (1906 г.) наиболѣе интереснымъ является второй, гдѣ на ряду съ типичнымъ, свойственнымъ гипернефромамъ строеніемъ, имѣется сильное развитіе соединительно-тканной стромы и замѣщеніе ею подвергнувшейся перерожденію и распаду паренхимы, такъ что авторъ говорить о фиброзной метаморфозѣ опухоли.

Fuchs (1906 г.) описываетъ одинъ случай «первичной злокачественной гипернефроидной опухоли таза». Опухоль, съ голову взрослого человѣка, занимала правую половину таза, узурпировавши правую подвздошную и крестцовую кости. Состояла она изъ капиллярной, альвеолярной стромы и сидящихъ на капиллярахъ большихъ эпителиальныхъ, свѣтлыхъ, стекловидныхъ, сильно инфильтрированныхъ жиромъ паренхиматозныхъ клѣтокъ полигональной, цилиндрической и кубической формы. Расположеніемъ и свойствомъ своихъ клѣточныхъ элементовъ опухоль очень напоминала строеніе коркового вещества нормального надпочечника, а именно, zona glomerul. его, что и дало автору право причислить данную опухоль къ разряду «гипернефроидныхъ», развившуюся изъ такъ называемыхъ прибавочныхъ надпочечниковъ, существованіе которыхъ въ клѣтчаткѣ малаго таза является фактомъ, не подлежащимъ сомнѣнію.

Изъ 11 случаевъ Заболотнова (1906 г.) часть относится къ доброкачественнымъ гипернефромамъ почекъ, часть къ злокачественнымъ, давшимъ многочисленныя метастазы. Какъ тѣ, такъ и другія—желтаго цвѣта, локализируются подъ почечной капсулой и имѣютъ одинаковое, приблизительно, строеніе, состоя изъ различной величины и формы долекъ. Каждая долька пронизана капиллярной стромой, сопровождаемой иногда соединительной тканью и разбивающей паренхиму на круглыя, овальныя и вытянутыя альвеолы, которыя обыкновенно сплошь выполнены полигональными,

рѣже круглыми и цилиндрическими эпителиальнаго типа, клѣтками. Клѣтки тѣсно примыкаютъ къ сосудамъ и обладаютъ нѣжно-зернистой или прозрачной протоплазмой, содержащей много жира, иногда гликогена. Величина ихъ то меньше, то больше клѣтокъ glandul. suprarenalis; послѣднее несравненно чаще, причемъ нерѣдко среди нихъ появляются гигантскія клѣтки (6-ой и 10-ый сл.). Въ одномъ случаѣ (7) строма была исключительно соединительно-тканная. *Въ общемъ всѣ опухоли напоминаютъ своимъ строеніемъ subst. glomerul. et fascicul. нормального надпочечника*. Сравнительно часто (изъ 11-ти въ 6-ти сл.) въ нихъ встрѣчаются железисто-кистозныя образованія, состоящія изъ щелевидныхъ или круглыхъ пространствъ, выстланныхъ 1—3 рядами паренхиматозныхъ клѣтокъ и содержащихъ въ своемъ просвѣтѣ то кровь, то гомогенную массу, слабо окрашивающуюся кислотными красками. Авторъ принимаетъ ее за коллоидъ и считаетъ продуктомъ выдѣленія опухолевыхъ клѣтокъ. Основаніемъ для такого рода предположенія, по его мнѣнію, служатъ тѣ микроскопическія картины, гдѣ можно было констатировать присутствіе этого вещества не только въ просвѣтѣ вышеупомянутыхъ пространствъ, но и въ клѣткахъ въ видѣ капель, на томъ концѣ ихъ, который обращенъ къ полости кисты; ядро такихъ клѣтокъ представлялось оттѣсненнымъ въ противоположную сторону. Иногда въ данныхъ опухоляхъ альвеолярное строеніе уступаетъ мѣсто диффузно-клѣточковому, напоминающему полиморфную саркому, но обыкновенно на ограниченномъ пространствѣ (10-ый сл.). Также ограниченнымъ бываетъ въ нихъ сильное развитіе соединительной ткани съ прониканіемъ ея внутрь альвеолъ между паренхиматозными клѣтками (7 сл.). Метастазы распространяются чаще по кровеноснымъ, рѣже по лимфатическимъ сосудамъ. Въ своемъ строеніи они могутъ нѣсколько уклоняться отъ материнской ткани, пріобрѣтая сходство то съ полиморфною саркомой, то съ адено-карциномой.

Grosheintz (1906 г.), принимая во вниманіе наблюдавшіеся имъ 4 случая гипернефромъ почекъ, приходитъ къ слѣдующему заключенію: 1) гипернефромы почекъ имѣютъ несомнѣнное сходство какъ въ макро- такъ и въ микроскопическомъ отношеніи съ нормальной тканью надпочечника; 2) въ гистогенетическомъ отношеніи онѣ интимно связаны съ прибавочными надпочечниками; 3) отъ почечной паренхимы онѣ рѣзко обособлены; 4) «исключительной злокачественностью» онѣ не обладаютъ. Въ концѣ своей работы авторъ высказываетъ, съ извѣстной степенью вѣроятности, предположеніе,

что съ открытіемъ въ гипернефромахъ адреналина вопросъ о надпочечномъ происхожденіи ихъ будетъ рѣшенъ окончательно.

Zoening (1908 г.) описываетъ гипернефрому почки, удаленную оперативнымъ путемъ и давшую метастазы въ позадибрюшинныя лимфатическія железы. Макроскопически въ опухоли обращало вниманіе присутствіе среди участковъ мягкой консистенціи—твердыхъ, почти рубцовой плотности. *Мякіе участки имѣли обычное строеніе гипернефромъ по типу зон. fascic. et glomerul. нормальнаго надпочечника съ капиллярной стромой и полигональными свѣтлыми, большими клетками, содержащими жиръ и гликогенъ.* Плотные участки обнаруживали строеніе—свойственное веретенообразно-кѣлочной саркомѣ. Такіе саркоматозные участки въ гипернефромахъ, по мнѣнію автора, наблюдались многими. Особенно подробно на нихъ останавливался Neuhäuser, высказавшій предположеніе, что они обязаны разрастанію кѣлокъ соединительно-тканной стромы. Zoening съ этимъ не соглашается, хотя не отрицаетъ того, что съ перваго взгляда веретенообразныя кѣлки такихъ участковъ дѣйствительно походятъ на соединительно-тканныя, принадлежація стромѣ. При детальномъ же осмотрѣ онъ всегда могъ доказать, во первыхъ, постепенный переходъ отъ полигональных эпителиальныхъ кѣлокъ къ веретенообразнымъ, а, во вторыхъ, присутствіе въ протоплазмѣ ихъ жировой инфильтраціи, а въ ядрахъ—крупныхъ ядрышекъ, что въ кѣлкахъ соединительно-тканной стромы не наблюдалось. Большое разнообразіе въ строеніи опухоли вносили еще кистозныя пространства съ гомогеннымъ, по всей вѣроятности, бѣлковой природы содержимымъ. Авторъ иллюстрируетъ свою работу большимъ количествомъ прекрасно исполненныхъ рисунковъ.

Федоровъ и Деревенко (1908 г.) на основаніи патолого-анатомическаго изслѣдованія наблюдавшихся ими 11 случаевъ дѣлаютъ слѣдующіе выводы относительно опухолей почекъ, въ частности гипернефромъ: 1) Гипернефромъ—наиболѣе частая опухоль почекъ (9 гипернефромъ, 1 аденомъ и 1 ракъ). 2) *Для патолого-анатомическаго діагноза «необходимо дѣлать рядъ срѣзовъ изъ различныхъ участковъ опухоли», такъ какъ приходится «обращать вниманіе на цѣлый рядъ признаковъ: характерный видъ эпитеція, богатство его жиромъ, степень окраски протоплазмы, ядра и ядрышка, аденоматозное строеніе».* 3) Гипернефромъ суть аденомы «со всѣми особенностями роста, присущими послѣднимъ (трабеку-

лярный, альвеолярный и папиллярный ростъ)». Въ началѣ своего развитія гипернефрома, какъ и аденомы почки, несутъ, по мнѣнію авторовъ, тубулярный характеръ и уже при дальнѣйшемъ ростѣ онѣ могутъ образовывать «папиллы или альвеолы». 4) *Характеръ эпитеція гипернефромъ, идентичнаго (во многихъ участкахъ) съ эпителиемъ корковой субстанции надпочечника* помогаетъ отличить данныя новообразованія отъ аденомъ почекъ. 5) Тѣсное отношеніе паренхиматозныхъ кѣлокъ къ сосудистой стромѣ придаютъ сходство этимъ опухолямъ съ эндотелиомами, «но изслѣдованіе большого числа кусочковъ, взятыхъ изъ различныхъ участковъ опухоли, можетъ привести къ рѣшенію вопроса». 6) Метастазы гипернефромъ разнообразны въ своемъ строеніи и иногда рѣзко отличаются отъ материнской ткани. «Это зависитъ отъ того, изъ какого участка первичной опухоли былъ занесенъ и началъ развиваться метастазъ; затѣмъ, въ какія условія для роста попалъ занесенный кусочекъ и, наконецъ, какія кѣлки (кѣлки паренхимы или кѣлки стромы) метастаза получили преобладающій ростъ». 7) Есть случаи, гдѣ метастазы гипернефромъ растутъ быстрѣе и пышнѣе материнской ткани (11 сл.). Что касается доказательствъ, приводимыхъ Grawitz'омъ и его послѣдователями (Ambrosius, Horn, Lubarsch, Ulrich, Manasse, Kelly, Beneke), то не всѣ они, по мнѣнію авторовъ, одинаково цѣнны и убѣдительны. «Такіе признаки, какъ присутствіе гликогена, жира, лецитина и т. д. не могутъ считаться характерными только для опухолей Grawitz'a, такъ какъ и гликогенъ, и жиръ, и лецитинъ встрѣчаются и при другихъ новообразованіяхъ почекъ». Другіе же признаки, какъ расположеніе опухоли подъ капсулой или въ глубинѣ почки, въ видѣ рѣзко отграниченнаго узла, гигантскія кѣлки, отсутствіе переходныхъ формъ между кѣлками новообразованій и мочевыми каналами и тому подобныя, являются характерными какъ для гипернефромъ, такъ и для аденомъ. «Только 1) тщательное изслѣдованіе различныхъ участковъ опухоли, 2) богатство жиромъ, 3) тѣсная связь съ сосудами и обиліе послѣднихъ, 4) часто одновременно существующее увеличеніе надпочечника, разлитое или въ видѣ отдѣльныхъ узловъ, 5) полная аналогія между строеніемъ послѣдняго и отдѣльныхъ участковъ интересующей насъ опухоли, могутъ, конечно съ большей или меньшей степенью вѣроятности освѣтить сущность дѣла». Авторы глубоко затронули вопросъ о гипернефромахъ, какъ съ клинической, такъ и съ патолого-анатомической сто-

роны, въ своей прекрасной работѣ и намъ неоднократно придется къ ней возвращаться.

Въ 1909 г. появилась большая и подробная въ патолого-анатомическомъ отношеніи монографія Winkel'я о гипернефромахъ подъ заглавіемъ «Die Gewächse der Nebennieren». Авторъ останавливается главнымъ образомъ на своихъ 24 случаяхъ гипернефромъ (13 надпочечныхъ и 11 почечныхъ) и почти только на основаніи ихъ приходитъ къ извѣстному заключенію. Въ почкѣ могутъ быть, по его мнѣнію, опухоли, обязанныя своимъ происхожденіемъ надпочечной ткани. Необходимымъ критеріемъ надо считать въ макроскопическомъ отношеніи: локализацию ихъ подъ почечной капсулой, рѣзкое отграниченіе отъ почечной паренхимы, дольчатость, мягкую консистенцію и желтый цвѣтъ паренхиматозной ткани, который иногда можетъ быть замаскированъ кровоизліяніями и различнаго рода дегенеративными процессами. Въ микроскопическомъ отношеніи такимъ критеріемъ являются: сходство съ надпочечной корковой субстанціей и наличность факта существованія въ почкѣ такъ называемыхъ, прибавочныхъ надпочечниковъ. Winkel дѣлитъ «надпочечныя опухоли» почекъ на двѣ большія группы: *uniforme* и *multiforme*. *Uniforme* обнаруживаютъ полное сходство съ корковой субстанціей надпочечника. *Multiforme* имѣютъ, по мнѣнію автора, три варіаціи. Въ первой изъ нихъ строма равно какъ и отношеніе къ ней паренхиматозныхъ клѣтокъ остаются такими же, какъ въ корковой субстанціи надпочечника, но за то сами клѣтки отличаются полиморфизмомъ, и между ними появляется много гигантскихъ. При второй варіаціи опухолей этой группы начинается измѣняться и строма, а именно, сосуды ея увеличиваются въ числѣ и величинѣ, превалируя иногда надъ паренхимой и придавая опухоли характеръ каверномы, хотя отношеніе паренхиматозныхъ клѣтокъ къ стромѣ остается такимъ же, какъ въ корковой надпочечной субстанціи. При третьей же варіаціи происходитъ уже значительное отклоненіе отъ нормальнаго строенія надпочечной железы, какъ со стороны стромы, такъ и со стороны паренхимы. Здѣсь довольно часто можно наблюдать кистозныя, папиллярныя и железистыя образованія, часть которыхъ, по мнѣнію автора, нужно отнести къ истиннымъ, а часть къ ложнымъ, обязаннымъ дегенеративнымъ процессамъ. Мѣстами въ опухоляхъ этой категоріи обнаруживается диффузный, саркоматозный характеръ, мѣстами наблюдается сильное развитіе соединительной ткани. «Супрареналь-

ныя опухоли» довольно часто даютъ метастазы, которые распространяются какъ по кровеноснымъ, такъ и по лимфатическимъ сосудамъ, но чаще по первымъ. Въ своемъ строеніи они большею частью походятъ на материнскую ткань, хотя иногда наблюдается, что главная опухоль принадлежитъ къ разряду «*uniforme*», а метастазъ къ «*multiforme*». Въ свои надпочечныя опухоли почекъ Winkel называетъ: *epithelioma suprarenale aberratum uniforme* или *multiforme*. Въ одномъ (11-мъ) изъ случаевъ 2-й группы наблюдалась авторомъ надпочечная эпителиома въ двухъ различныхъ органахъ: почкѣ и желудкѣ. Обѣ опухоли носили вполне доброкачественный характеръ, такъ что о метастазахъ не могло быть и рѣчи, и, слѣдовательно, ихъ слѣдуетъ считать, по мнѣнію автора, развившимися вполне самостоятельно. Случай локализаци гипернефромы въ стѣнкѣ желудка представляетъ рѣдкое, никѣмъ еще не констатированное, явленіе. Такого же характера опухоли имѣются и въ самомъ надпочечникѣ и авторъ также называетъ ихъ эпителиомами. Кромѣ эпителиальныхъ, Winkel различаетъ въ надпочечникѣ еще и саркоматозныя опухоли (*sarcoma perivasculare* и *globocellulare*), клѣточные элементы которыхъ походятъ на клѣтки надпочечной корковой субстанціи. Работа автора иллюстрируется 26-ью хорошо выполненными рисунками.

Такимъ образомъ на основаніи вышеизложеннаго мы должны признать, что опухоли надпочечнаго происхожденія отличаются большимъ разнообразіемъ въ своемъ строеніи и что слѣдующіе признаки являются для нихъ характерными:

- 1) Локализаци данныхъ опухолей въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ встрѣчаются прибавочные надпочечники.
- 2) Распредѣленіе паренхимы аналогично корковому веществу нормальнаго надпочечника.
- 3) Сходство опухольныхъ клѣтокъ съ клѣтками корковой субстанціи надпочечника, и изрѣдка мозгового вещества его (Berdez, Fränkel и Manasse).
- 4) Въ частности по отношенію къ гипернефромамъ почки: отсутствіе сходства съ эпителиемъ мочевыхъ канальцевъ и отсутствіе перехода отъ опухольной къ почечной ткани.
- 5) Сильная жировая инфильтрація опухольныхъ клѣтокъ.
- 6) Рѣзкое отграниченіе опухольной ткани отъ окружающихъ частей при помощи соединительно-тканной капсулы.

7) Одинаковые дегенеративные процессы въ опухоляхъ и надпочечникахъ одного и того же индивидуума, не наблюдающіеся въ то же время въ томъ органѣ, гдѣ опухоль локализуется.

8) Полное сходство данныхъ опухолей между собой, гдѣ бы онѣ ни локализовались, т. е. въ почкѣ ли, надпочечникѣ или другомъ органѣ.

9) Сходство въ пигментации опухольныхъ клѣтокъ и клѣтокъ надпочечника (Pirona, Ambrosius, Askanazy).

10) Постепенный переходъ опухольной ткани въ надпочечную.

11) Одинаковое процентное содержаніе лецитина въ данныхъ опухоляхъ и нормальномъ надпочечникѣ (Gatti).

12) Частое присутствіе въ нихъ гигантскихъ клѣтокъ.

13) Присутствіе въ нихъ гликогена (Lubarsch).

14) Сходство въ атипическихъ случаяхъ съ эмбриональнымъ надпочечникомъ (Busse).

15) Изолированная окраска въ опухольныхъ клѣткахъ ядрышекъ отъ ядеръ при Weigert'овскомъ (на фибринѣ) и Russel'евскомъ (фуксинѣ) методѣ окрашиванія, что наблюдается и въ клѣткахъ коркового вещества надпочечника (Lubarsch).

16) Треугольная и четырехугольная форма поперечнаго сръза венозныхъ сосудовъ (Manasse).

17) Желтый цвѣтъ опухолей, напоминающій цвѣтъ корковой субстанции надпочечника.

18) Извѣстное отношеніе опухольныхъ клѣтокъ къ венознымъ сосудамъ, сказывающееся въ томъ, что онѣ вдаются въ видѣ отпрысковъ въ сосудистые просвѣты (Manasse).

Относительно железистыхъ, кистозныхъ и папиллярныхъ образований, наблюдавшихся въ данныхъ опухоляхъ, какъ мы видѣли, существуетъ разногласіе: въ то время, какъ одни авторы признаютъ ихъ существованіе (Horn, Chiari, Grawitz, Заболотновъ и др.), другіе отрицаютъ, полагая, что перечисленные выше образования не истинныя, а искусственныя, обязанныя клѣточному распаду (Lubarsch и др.).

ВТОРОЙ ОТДѢЛЪ.

Обзоръ работъ авторовъ, не признающихъ надпочечнаго происхожденія Grawitz'овскихъ опухолей.

ПЕРВАЯ ГРУППА РАБОТЪ.

Такіе же случаи опухолей почекъ, какъ у Grawitz'a и его учениковъ, наблюдались и Sudek'омъ (1893 г.), который однако держится иной точки зрѣнія относительно гистогенеза ихъ и всѣ доводы, приводимые первымъ авторомъ, считаетъ мало обоснованными. Въ его случаяхъ, новообразования (5) состояли изъ капиллярно-альвеолярной стромы и выполняющихъ ее эпителиальныхъ клѣтокъ со свѣтлой, почти прозрачной протоплазмой. Въ нѣкоторыхъ альвеолахъ ясно различался просвѣтъ. Кромѣ того, во многихъ участкахъ имѣлся рядъ железисто-кистозныхъ пространствъ, выстланныхъ цилиндрическимъ, полигональнымъ и кубическимъ эпителиемъ. Эти образования, по мнѣнію автора, ясно говорятъ, что тутъ дѣло идетъ объ аденомѣ и, такъ какъ они находятся въ почкахъ, то, слѣдовательно, объ аденомѣ почки, ибо въ надпочечныхъ опухоляхъ и самомъ надпочечникѣ они никѣмъ еще не описаны. «Невозможно предположить», говоритъ онъ, «чтобы кисты, одѣтыя простымъ эпителиемъ, возникли не изъ преформированныхъ щелевидныхъ пространствъ».

Иной разъ железистый характеръ можетъ быть и не выраженъ по вполнѣ понятнымъ, для автора, причинамъ: дѣло въ томъ, что аденома при своемъ ростѣ проходитъ нѣсколько стадій развитія. За первоначальной «стадіей образованія клѣточныхъ группъ слѣдуетъ стадія прорастанія ихъ съѣтью капилляровъ, сильно наполненныхъ кровью; соотвѣтственнаго правильнаго образованія большихъ сосудовъ, особенно артерій, при этомъ нѣтъ, вслѣдствіе чего возникаютъ въ большихъ опухоляхъ разстройства кровообращенія, — застойная гиперемія, влекущая за собой медленное, но постоянное разстройство питанія; послѣдствіемъ этого являются не только частыя кровотечения, но и ранняя гіалиновая и жировая дегенерация». Рано наступившая жировая и гіалиновая дегенерация недавно образовавшихся опухольныхъ клѣтокъ легко можетъ помѣшать дальнѣйшему ихъ развитію и формированію въ типическія, свойственныя имъ трубки. Наконецъ, если даже и образовалась типическая струк-

тура, то та же жировая и гиалиновая дегенерация могут изменить ее до неузнаваемости. Жирно-перерожденные клетки, увеличиваясь в размерѣ, могут деформироваться подъ вліяніемъ давленія со стороны сосѣднихъ клетокъ и закрывать вполне просвѣты железистыхъ трубокъ. Если кровотечения, говоритъ авторъ, расширять такой «комплексъ клетокъ», то онѣ снова принимаютъ и свой прежній видъ и свое прежнее расположеніе (железисто-кистозное).

Въ хорошо развитыхъ аденомахъ, къ которымъ слѣдуетъ причислить, по его мнѣнію, кистозныя аденомы, типическое расположеніе клетокъ имѣется и безъ подобнаго вспомогательнаго средства, хотя тамъ рядомъ могутъ быть клетки, не достигшія полного своего развитія и имѣющія полигональную форму. Что касается содержимаго опухольныхъ клетокъ и расположенія двойными рядами, т. е. того, что считается Grawitz'омъ и его учениками патогномичнымъ для опухолей надпочечнаго происхожденія, то Sudeck полагаетъ, что эти данныя слишкомъ недостаточны. Клеточное содержимое, т. е. жиръ обязанъ не инфильтраціи, какъ думаютъ выше названные авторы, а дегенерации, легко здѣсь наступающей благодаря разстройству кровообращенія. Расположеніе рядами, отдѣленными капиллярами, можно наблюдать, по мнѣнію Sudeck'a, и въ аденомахъ, но только на ранней ступени развитія, когда строму составляетъ только капиллярная сѣть безъ соединительной ткани и когда еще нѣтъ типическаго расположенія опухольныхъ клетокъ, т. е., когда еще не наступило формированіе ихъ въ железистыя трубки. Такимъ образомъ, ни клеточное содержимое, ни расположеніе клетокъ двойными рядами не служатъ доказательствомъ происхожденія опухоли изъ надпочечной ткани. Присутствіе же въ нихъ железистыхъ и кистозныхъ образований прямо исключаетъ такое предположеніе, такъ какъ «такія образованія для несомнѣнно надпочечныхъ опухолей еще не описаны», а потому и «струмы Grawitz'a, по крайней мѣрѣ, въ большей своей части суть почечныя аденомы».

Въ противоположность Grawitz'у Sudeck долго почти не имѣлъ сторонниковъ своихъ взглядовъ и только въ самое послѣднее время, въ 1908 году, Stoerk явился горячимъ защитникомъ нефрогеннаго происхожденія гипернефромъ, какъ въ своей обширной работѣ по поводу гистогенеза Grawitz'овскихъ опухолей, такъ и на одномъ изъ докладовъ въ обществѣ нѣмецкихъ патологовъ. Stoerk'a поражаело два обстоятельства, сильно говорящія противъ

надпочечнаго происхожденія данныхъ опухолей, это: 1) сравнительная частота гипернефромъ въ почкѣ и рѣдкость ихъ, особенно злокачественныхъ формъ, въ надпочечникѣ и другихъ органахъ, гдѣ бывають зачатки послѣдняго, и 2) громадная разница въ строеніи между эпителиальными опухолями надпочечника и «Grawitz'овскими опухолями» почки, не имѣющими, по его мнѣнію, «ничего морфологически общаго». Попытку нѣкоторыхъ авторовъ объяснить «отклоняющіяся формы» гипернефромъ въ почкѣ гетеротопіей Stoerk считаетъ менѣе всего удачной, ибо при пересадкѣ надпочечной ткани въ почечную у него получались картины, напоминавшія аденомы надпочечной коры, но «не обнаружившія даже отдаленнаго сходства съ картинами Grawitz'овскихъ опухолей». Всѣ положенія Grawitz'a, сведенныя Stoerk'омъ къ тремъ пунктамъ, не выдерживають, съ точки зрѣнія этого автора, никакой критики. Первый пунктъ, одинаковая локализція въ почкѣ зачатковъ надпочечника и «Grawitz'овскихъ опухолей», является справедливымъ только относительно ихъ одинаковаго положенія подъ почечной капсулой. Но и тутъ нужно сдѣлать оговорку въ томъ смыслѣ, что нѣкоторые прибавочные надпочечники лежатъ въ самой капсулѣ почки, отдѣляясь, такимъ образомъ, частью ея отъ почечной паренхимы, между тѣмъ какъ въ «Grawitz'овскихъ опухоляхъ» такое отношеніе не наблюдалось. Если же брать во вниманіе, говоритъ авторъ, отношеніе этихъ опухолей и зачатковъ надпочечника къ различнымъ частямъ почки (верхній, нижній полюсы, hylus, «экваторіальная плоскость», выпуклый край), то оказывается, что этого одинаковаго положенія не существуетъ и тамъ, гдѣ наичаще локализируются Grawitz'овскія опухоли, прибавочные надпочечники бывають рѣже всего. Морфологическаго сходства между клетками этихъ опухолей и надпочечными (2-й пунктъ доказательствъ) также не существуетъ, и Stoerk'у не понятно, почему постоянно указывается на него. Въ Grawitz'овскихъ опухоляхъ почекъ клетки, по Stoerk'у, двоякаго рода: цилиндрическія, съ плотной хорошо окрашенной протоплазмой и «булавовидныя» (Keulenzellen), большія, свѣтлыя, получающіяся изъ первыхъ путемъ набуханія ихъ тѣлъ, т. е. въ общемъ такія клетки, какихъ въ человѣческомъ надпочечникѣ не бываетъ. Если и встрѣчаются въ аденомахъ надпочечника вытянутыя клетки, то онѣ пронизаны нѣжными капельками жироподобной субстанции, отсутствующей въ клеткахъ 1-го рода Grawitz'овскихъ опухолей

почекъ. Но онѣ не имѣютъ также ничего общаго и съ свѣтлыми клѣтками второго рода, такъ какъ внѣшній видъ послѣднихъ зависитъ не отъ имѣющагося въ нихъ жироподобнаго вещества, а отъ «своеобразнаго гидронического набухания протоплазмы». Встрѣчаемый въ клѣткахъ данныхъ опухолей жиръ и «зернышки жироподобной субстанции» не пронизываютъ такъ равномерно тѣла клѣтки, какъ это наблюдается въ клѣткахъ надпочечника. Что касается несходства клѣтокъ мочевыхъ канальцевъ и Grawitz'овскихъ опухолей (3-й пунктъ доказательствъ), то авторъ предлагаетъ обратить вниманіе на разнообразіе формъ почечнаго эпителія при различнаго рода патологическихъ процессахъ, когда получается полнѣйшее отклоненіе отъ обычной формы почечнаго эпителія вслѣдствіе различныхъ дегенеративныхъ процессовъ (вакуольн. перерожденіе, гіалинозъ кл.). Большія свѣтлыя клѣтки, по Stoerk'у, вовсе не являются характерными для надпочечныхъ опухолей, такъ какъ ихъ всегда можно встрѣтить «въ области пролиферирующаго эпителія», будетъ ли то почка или даже другой органъ (печень, матка, щитовидная железа). Больше же всего говорить, по мнѣнію автора, противъ надпочечнаго и за нефрогенное происхожденіе данныхъ опухолей—это присутствіе въ нихъ кистозныхъ и кистозно-папиллярныхъ образований. «Папиллярныя образования, такъ часто встрѣчающіеся въ Grawitz'овскихъ опухоляхъ, заставляютъ предполагать», говоритъ онъ, «свободную поверхность и пространство, въ которое должно врасти ворсинки, между тѣмъ какъ подобныя условія отсутствуютъ и для надпочечника и для его первичныхъ опухолей, такъ какъ *человѣчскій надпочечникъ не образуетъ ни физиологическимъ, ни патологическимъ образомъ, ни при какихъ обстоятельствахъ, ни трубкообразнаго, ни кистообразнаго расположенія эпителія, вопреки вѣсьмъ указаніямъ на трубкообразныя целевидныя пространства въ аденомахъ надпочечника и въ надпочечникѣ собакъ и лошадей*». «Grawitz'овскія опухоли» почекъ Stoerk дѣлитъ на двѣ большія группы: тубулярно-пери-васкулярную и «солидно-альвеолярную». Въ нефрогенномъ происхожденіи первой на основаніи вышесказаннаго (присутствія железистыхъ образований) сомнѣваться не приходится. Что же касается солидно-альвеолярной формы, т. е. «свободномъ отъ просвѣта типѣ», то не говоря уже о томъ, что подобныя лишенные просвѣта образования, могутъ получаться при пролифераціи почечной ткани, Stoerk полагаетъ, что въ опухоляхъ Grawitz'a «съ кажущимися солидными альвеолами»

всегда можно распознать «при болѣе точномъ изслѣдованіи и при благоприятныхъ обстоятельствахъ, какъ трубкообразный, такъ и папиллярный ростъ» новообразованія. Stoerk думаетъ даже, что чрезвычайно частая находка такихъ образований заставляеть предполагать, что, быть можетъ, въ каждомъ случаѣ ихъ можно было бы доказать, если бы опухоль вся цѣликомъ изслѣдовалась. Наконецъ, не нужно забывать и того, что значительная набухлость клѣтокъ можетъ маскировать и даже уничтожать просвѣты. Тою же набухлостью, а также взаимнымъ давленіемъ клѣтокъ другъ другомъ, авторъ объясняетъ то большое разнообразіе въ клѣточныхъ формахъ (появленіе даже веретенообразныхъ клѣтокъ!), которое довольно часто бываетъ въ данныхъ опухоляхъ. Присутствію гигантскихъ клѣтокъ онъ также не придаетъ большого значенія, такъ какъ онѣ встрѣчаются, по его мнѣнію, и при обыкновенныхъ пролиферативныхъ процессахъ почечнаго эпителія. Резюмируя свои разсужденія, Stoerk снова подчеркиваетъ, что между нефрогенными и гипернефрогенными опухолями нѣтъ «убѣдительнаго сходства, что «Grawitz'овскія опухоли»—нефрогеннаго происхожденія, и что различныя формы ихъ представляютъ «варіанты одного и того же основнаго типа»—тубулярнаго.

ВТОРАЯ ГРУППА РАБОТЪ.

Другіе авторы, не признающіе надпочечнаго происхожденія гипернефромъ, отрицаютъ также и нефрогенное ихъ происхожденіе, причисляя ихъ къ опухолямъ соединительно-тканной группы, а именно, къ эндо- и перителіомамъ. Изъ нихъ de Paoli (1890 г.) совершенно не считается съ теоріей Grawitz'a, даже не упоминаетъ о ея существованіи. Въ его трехъ случаяхъ опухоли почекъ состояли изъ капилляровъ и сидящихъ на нихъ богатыхъ гликогеномъ, съ свѣтлой прозрачной протоплазмой, большихъ эпителіальнаго типа клѣтокъ, располагавшихся въ видѣ трубокъ и цилиндровъ. Богатство данныхъ опухолей сосудами и тѣсное отношеніе къ нимъ опухольныхъ клѣтокъ въ связи съ пролифераціей во многихъ участкахъ эндотелія лимфатическихъ пространствъ побуждаетъ автора смотрѣть на данныя опухоли, какъ на ангиосаркомы—перителіальнаго характера. Эпителиоподобный видъ паренхиматозныхъ клѣтокъ не долженъ смущать, такъ какъ его могутъ принимать, судя «по наблюденіямъ Waldeyer'a, Arnold'a и Kolaczka и клѣтки соединительно-тканнаго происхожденія».

Driessen (1892 г.), найдя сходство въ строеніи между первичными опухолями почки и кости, приходитъ къ заключенію, что онѣ должны имѣть одинаковый гистогенезъ. Обѣ эти опухоли были построены по одному и тому же типу: альвеолярная соединительно-тканная, мѣстами капиллярная строма, и имѣющія къ ней тѣсное отношеніе, прозрачныя стекловидныя, на эпителий похожія, полигональной формы, паренхиматозныя клѣтки. Если для почечной опухоли, полагаетъ онъ, и допустимо было бы происхожденіе отъ надпочечной ткани, сходство съ которой у нея нельзя отрицать, то для костной опухоли это допущеніе не мыслимо ни въ коемъ случаѣ; а потому нужно искать иной, общій для обѣихъ опухолей источникъ происхожденія. Однообразіе въ формѣ клѣтокъ данныхъ опухолей, тѣсная связь ихъ со стромой, присутствіе ихъ въ щеляхъ сильно развитой соединительной ткани, въ то время какъ покрывающій послѣднія эндотелій исчезъ, отсутствіе рѣзкой инфильтраціи и явленій остраго воспаленія—все это вмѣстѣ взятое является, по мнѣнію автора, характернымъ для эндотелиомъ, къ каковымъ и нужно причислить его опухоли, и тѣмъ, конечно, считать гистогенезъ ихъ одинаковымъ.

Hildebrandt'овскіе 3 случая опухолей почекъ въ общемъ походятъ на опухоли предшествовавшихъ авторовъ и состоятъ изъ нѣжной капиллярной стромы, образующей разной величины и формы альвеолы, и выполняющихъ ихъ полигональныхъ, круглыхъ и цилиндрическихъ съ большимъ ядромъ клѣтокъ, протоплазма которыхъ содержитъ въ большомъ количествѣ жиръ и гликогенъ. Авторъ находитъ, что, описанныя имъ опухоли имѣютъ большое сходство съ нормальнымъ надпочечникомъ и съ тѣми случаями опухолей почекъ, которыя Sudeck описалъ подъ именемъ аденомъ. Hildebrandt полагаетъ, что эти опухоли обязаны своимъ происхожденіемъ перителію кровеносныхъ сосудовъ и эндотелію периваскулярныхъ пространствъ, а потому должны быть названы эндо-перителіомами. За такой діагнозъ, по его мнѣнію, должны говорить: богатство данныхъ опухолей тонко-стѣнными сосудами (богатая сосудистая сѣть), интимное отношеніе клѣтокъ къ сосудистымъ стѣнкамъ, присутствіе группъ опухольныхъ клѣтокъ въ лимфатическихъ железахъ основной ткани и наличность переходныхъ формъ между перителіемъ и опухольными клѣтками (отмѣченное имъ въ одномъ изъ его случаевъ). Большое сходство съ тканью надпочечника и указаніе на присутствіе «отщепленныхъ ростковъ» его въ почкахъ привело къ тому, говоритъ Hildebrandt, что всѣ эти опухоли

стали производить отъ надпочечной ткани. «Я считалъ бы вѣроятнымъ такого рода возможность, если бы было доказано, что клѣтки надпочечника происходятъ не отъ эпителия», а эндотелия, такъ какъ «тогда бы можно было доказать, что надпочечникъ уже физиологически есть перителіома, а развитіе опухоли представляется только дальнѣйшимъ ростомъ за предѣлы нормальной величины, но въ томъ же направленіи и съ образованіемъ тѣхъ же составныхъ частей».

Такимъ образомъ, мы видимъ, что почти всѣ авторы, даже различныхъ направленій, сходятся въ томъ, что гипернефромы имѣютъ несомнѣнное сходство съ корковой субстанціей нормальной надпочечной железы. Но въ то время какъ для отстаивающихъ ихъ гипернефрогенное происхожденіе это обстоятельство является наиболѣе существеннымъ, отправнымъ, можно сказать, пунктомъ ихъ дальнѣйшихъ разсужденій, отрицающимъ это кажется совершенно случайнымъ, ничего незначущимъ явленіемъ. Къ критической оцѣнкѣ тѣхъ и другихъ взглядовъ мы вернемся нѣсколько позднѣе, перейдя теперь къ описанію собственныхъ, наблюдавшихся нами случаевъ.

I ГРУППА.

1. Отдѣлъ (типическія гипернефромы надпочечника).

Первый случай. Случайная анатомическая находка у больного, умершаго 35-и лѣтъ отъ воспаления легкихъ.

Макроскопическое описаніе. Въ лѣвомъ надпочечникѣ имѣется шарообразная опухоль до $1\frac{1}{2}$ снт. въ діаметрѣ, мягкой консистенціи, нѣсколько выбухающая надъ поверхностью разрѣза. Въ большей своей части она рѣзко отличается отъ окружающаго ее въ видѣ тоненькой полоски надпочечника болѣе интенсивнымъ желто-оранжевымъ цвѣтомъ; мѣстами же разницы въ окраскѣ нѣтъ.

Микроскопическое описаніе.

Данная опухоль не имѣетъ капсулы и ткань ея непосредственно примыкаетъ къ сильно сдавленной ею ткани надпочечника. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ опухоль такъ сливается съ надпочечникомъ, что трудно сказать, гдѣ кончается первая и начинается вторая. Характеръ строенія опухоли—альвеолярный, причемъ стѣнку альвеолъ, т. е. строму составляютъ или соединительная ткань или капилляры, а содержимое—паренхиматозныя клѣтки опухоли. Соединительная ткань идетъ въ видѣ довольно нѣжныхъ, бѣдныхъ клѣтками, волоконъ, а иногда даже отдѣльныхъ фибриллей. Альвеолы круглой или овальной формы, какъ in subst. glomerul. прилегающаго надпочечника, имѣютъ величину отъ $240 \times 180 \mu$ до $420 \times 300 \mu$. Форма ихъ нерѣдко мѣняется на треугольную, продолговато-овальную, форму сердца и сильно вытянутую. Паренхиматозныя клѣтки эпителиальнаго типа, полигональной формы, выполняютъ сплошь альвеолу безъ промежуточнаго вещества и тѣсно примыкаютъ, сливаясь даже со стѣнками ея. Значительно рѣже встрѣчаются клѣтки круглой и цилиндрической формы. Протоплазма ихъ, то болѣе или

менѣе компактна, то зерниста, но хорошо окрашивающаяся и въ томъ и въ другомъ случаѣ гематоксилиномъ и эозиномъ, то сильно вакуолизированная и уже слабо окрашенная этими красками. Большинство вакуолей обязано происхожденіемъ жиру, который содержится въ клѣткахъ въ большомъ количествѣ, что видно при окраскѣ препаратовъ осміевою кислотой и Sudan'омъ III. Нѣкоторыя вакуоли не окрашиваются, вѣроятно, вслѣдствіе присутствія въ нихъ глицерина, реакція на который даетъ положительный результатъ. Встрѣчаются клѣтки и совершенно прозрачныя, свѣтлыя, стекловидныя, но ихъ очень мало. Средняя величина клѣтки $51 \mu \times 34 \mu$ (при самой малой $34 \mu \times 24 \mu$ и самой большой $68 \mu \times 54 \mu$). Мѣстами имѣются, но не въ большомъ количествѣ, гигантскія клѣтки величиной $119 \mu \times 102 \mu$.

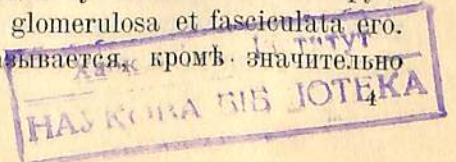
Каждая клѣтка имѣетъ одно пузырьковидное, круглое, богатое зернистымъ хроматиномъ ядро съ хорошо окрашеннымъ рѣзко обозначеннымъ круглымъ ядрышкомъ. По объему ядро въ три раза меньше объема клѣтки. Въ большихъ клѣткахъ бываетъ 2 ядра или же одно большое, достигающее размѣровъ $51 \mu \times 34 \mu$. Часто ядра сморщены, сильно окрашены гематоксилиномъ (пикнозъ), или же блѣдныя, почти безъ хроматина (кариолизъ).

Клѣтки прилегающаго надпочечника мало чѣмъ отличаются отъ только что описанныхъ, если не считать ихъ нѣсколько меньшей величины ($46 \mu \times 34 \mu$) и отсутствія среди нихъ вакуолизированныхъ и гигантскихъ клѣтокъ. Общее строеніе надпочечника, особенно его subst. fasciculata, сильно пострадало отъ давленія опухолью. Мозговое вещество сдавлено до полной атрофіи. Эластическая ткань имѣется въ стѣнкѣ болѣе или менѣе крупныхъ сосудовъ; въ стромѣ опухоли ея нѣтъ. Реакція на хромаффиновую ткань отрицательна.

Такимъ образомъ, у насъ имѣется доброкачественная опухоль лѣваго надпочечника, локализирующаяся въ центрѣ его, на мѣстѣ мозгового вещества, которое она привела къ атрофіи, раздвинувъ въ то же время въ стороны и сдавивъ окружающее ее корковое вещество.

Построена она аналогично послѣднему и съ такой же группировкой клѣтокъ какъ in substantia glomerulosa et fasciculata его. Отличіе отъ надпочечной ткани сказывается, кромѣ значительно

Костенко.



большей вакуолизации паренхиматозных клѣтокъ, въ нѣсколько большемъ разнообразіи величины и формы ихъ и въ присутствіи въ клѣткахъ гликогена.

Второй случай. Больной 75-и л., умершій отъ истощенія.

Макроскопическое описаніе. Въ правомъ надпочечникѣ имѣется узелъ величиной съ волошскій орѣхъ, охряно-желтаго цвѣта, такой же мягкой, какъ и надпочечникъ, консистенціи. Надъ поверхностью разрыва ткань его нѣсколько выбухаетъ.

Микроскопическое описаніе.

Опухоль эта по строенію подходитъ къ 1-му случаю, съ тою только разницей, что капиллярной стромы мы въ ней не находимъ совсѣмъ, равно какъ и клѣтокъ съ компактной протоплазмой; послѣдняя большею частью сѣтчатая, вакуолизированная. Величина клѣтокъ нѣсколько большая, чѣмъ въ первомъ случаѣ, а именно $60 \mu \times 40 \mu$. Клѣтки же надпочечника, паренхима котораго сильно сдавлена опухолью, имѣютъ въ два раза меньшую величину. Вакуолизация клѣтокъ обязана жиру. Проба на гликогенъ не дала положительнаго результата, но нужно считаться съ тѣмъ, что препаратъ довольно долго сохранялся въ формалинѣ.

Третій случай. Больной 58-и л., умершій отъ рака пищевода.

Макроскопическое описаніе. Въ обоихъ надпочечникахъ, въ центральной ихъ части, находится по опухоли, величиной съ горошину, ярко желтаго цвѣта, несравненно болѣе интенсивнаго, чѣмъ окружающая ихъ надпочечная ткань. Консистенція опухолей мягкая, но плотнѣе, чѣмъ самаго надпочечника.

Микроскопическое описаніе.

При маломъ увеличеніи (2 об. и 3 ок. сист. Leitz'a) на срѣзахъ, проведенныхъ черезъ толщу всего препарата, прежде всего констатируется болѣе свѣтлый видъ опухоли сравнительно съ тканью окружающаго ее надпочечника. Рѣзко отграничивающей оболочки опухоль не имѣетъ. Правда, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, на границѣ съ надпочечникомъ можно отмѣтить болѣе или менѣе сильное развитіе соединительной ткани, но не въ видѣ компактнаго слоя, окаймляющаго опухоль, а въ видѣ пучковъ довольно часто и на большемъ протяженіи прерывающихся, гдѣ въ такомъ случаѣ ткань надпочечника прилегаетъ непосредственно къ ткани опухоли. Въ самой опухоли при томъ же увеличеніи бросается въ глаза

ячеистый характеръ ея и большое количество расширенныхъ, переполненныхъ кровью, кровеносныхъ сосудовъ. Если прослѣдить границу между опухолью и надпочечникомъ при болѣе сильномъ увеличеніи (об. 4, 6 и Immers. Leitz'a), то отмѣтимъ здѣсь также большое количество растянутыхъ кровью сосудовъ, капилляровъ и венъ, расположенныхъ частью въ соединительно-тканномъ слоѣ, отдѣляющемъ опухоль отъ надпочечника (тамъ, гдѣ онъ существуетъ), частью въ послѣднемъ и въ самой опухоли. Ткань надпочечника располагается на границѣ съ опухолью въ нѣкоторыхъ мѣстахъ рядами, параллельными ея поверхности, образуя какъ бы родъ капсулы для нея, въ другихъ же мѣстахъ она, не измѣняя своего нормальнаго расположенія, просто примыкаетъ къ опухоли. Мозгового вещества въ ткани надпочечника мы не находимъ.

Сама опухоль состоитъ изъ рѣзко выраженной стромы, придающей ей альвеолярный характеръ, и паренхимы. Первую составляютъ мѣстами соединительная ткань, мѣстами кровеносные капилляры. Какъ тѣ, такъ и другіе пронизываютъ ее по различнымъ направленіямъ и разбиваютъ на группы разнообразной величины, кругловатой и продолговатой формы (см. рис. 1, 2 и 4). Преобладаютъ все-таки кругловатые и овальные альвеолы, достигающія величины отъ $120 \mu \times 96 \mu$ до $420 \mu \times 300 \mu$. Соединительная ткань, образующая альвеолы, идетъ то въ видѣ нѣжныхъ тонкихъ фибриллей, то въ видѣ довольно толстыхъ, порой даже грубыхъ, волокнистыхъ тяжей, бѣдныхъ клѣтками, но богатыхъ кровеносными сосудами. Мѣстами можно отмѣтить особенно сильное развитіе соединительной ткани, которая, охватывая мощными тяжами группы опухолевыхъ клѣтокъ различной величины, заходитъ внутрь альвеолъ, разъединяетъ паренхиматозныя клѣтки другъ отъ друга и, сдавливая ихъ, деформируетъ и приводитъ къ полной атрофіи. Такое сильное развитіе соединительной ткани изображено на рис. 1-мъ. Капилляры, составляющіе строму, то сильно растянуты кровью, то наоборотъ пусты, спались до полного исчезанія просвѣта. Эндотелій ихъ обычно представляется большимъ и сочнымъ. Часто капилляры сопровождаются нѣжными соединительно-тканными фибриллами, хотя также часто они идутъ и одни. Въ мѣстахъ съ сильно растянутыми кровью капиллярами (см. рис. 2-й) можно наблюдать, какъ клѣтки опухоли вдаются въ сосудистый просвѣтъ, и кажется, что достаточно самого небольшого насилія, чтобы онѣ, оторвавшись, попали въ кровь.

Большая часть альвеолъ сплошь выполнена паренхиматозными клѣтками, и только рѣдко содержимымъ ихъ является кровь съ остатками клѣтокъ и ядеръ или зернистый распадъ. Еще рѣже встрѣчаются совершенно или наполовину пустыя альвеолы и такія, гдѣ центральныя клѣтки выпали, а остались только пристѣночныя, такъ что получается образованіе, напоминающее поперечный сръзъ желѣзистаго хода. Иногда нѣсколько альвеолъ сливаются въ одну, о чемъ свидѣлствуютъ остатки когда то бывшихъ между ними перегородокъ, каковыми можно считать обрывки соединительно-тканыхъ волоконъ или нѣсколько клѣтокъ эндотелія когда то проходившаго здѣсь капилляра.

Паренхиматозныя клѣтки обладаютъ интимнымъ отношеніемъ къ стромѣ и тамъ, гдѣ есть капилляры, онѣ сидятъ на ихъ стѣнкахъ. Какъ правило, форма ихъ—полигональная, хотя встрѣчаются и, сравнительно не рѣдко, цилиндрическія и круглыя клѣтки, а въ рѣдкихъ случаяхъ грушевидныя, овальныя и неправильно шарообразныя. Въ маленькихъ альвеолахъ господствуетъ почти исключительно полигональная форма, въ большихъ же пристѣночно располагаются цилиндрическія или полигональныя клѣтки, а центрально уже другія формы. Средняя величина клѣтокъ $52 \mu \times 38 \mu$. (при самой малой $45 \mu \times 27 \mu$ и самой большой $72 \mu \times 54 \mu$). Клѣточная протоплазма большею частью свѣтлая, пронизанная мелкими вакуолями, сливающимися иногда въ одну большую. Контуры клѣтокъ иной разъ рѣзко обозначены, иной разъ затушеваны, хотя, при большемъ увеличеніи все-таки опредѣлимые. Иногда ихъ совѣтъ нѣтъ, и тогда альвеола представляется сплошь состоящей изъ мелкихъ или крупныхъ вакуоль съ рѣзко выдѣляющимися между ними ядрами и кое-гдѣ остатками окрашенной протоплазмы. Рѣже, протоплазма выглядит болѣе или менѣе компактной, интенсивно окрашенной гематоксилиномъ и эозиномъ, или же свѣтлой, прозрачной, стекловидной, почти не окрашивающейся вышеупомянутыми красками. Контуры всѣхъ этихъ клѣтокъ очень рельефны, и всѣ формы ихъ могутъ встрѣтиться въ одной и той же альвеолѣ. Часто протоплазма подвергается распаду и полному исчезанію, такъ что отъ клѣтки остается только оболочка и ядро, или же только одно послѣднее. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ клѣткахъ съ хорошо окрашивающейся протоплазмой имѣется желтобурый зернистый пигментъ, не дающій реакціи на желѣзо, и единичные красные кровяные шарики.

Ядра обыкновенно правильной, круглой формы, пузырьковидныя, по величинѣ въ 2,5—3 раза меньше тѣла клѣтки. Хроматинъ, содержащійся въ нихъ въ видѣ зеренъ, бываетъ то въ маломъ количествѣ, то въ довольно большомъ. Нѣкоторыя ядра окружаются, какъ бы вѣнчикомъ, мелкими вакуолями, тѣсно прилегающими другъ къ другу и принадлежащими протоплазмѣ, другія ядра сами вакуолизированы. Рѣдко круглая форма ядра мѣняется на овальную, грушевидную и палочковидную. Число ядеръ въ клѣткѣ одно, рѣже два; многоядерныхъ не пришлось наблюдать. Положеніе ядра эксцентрическое, хотя изрѣдка бываетъ и въ центрѣ.

Вакуолизация и прозрачность клѣтокъ обусловливается присутствіемъ въ нихъ гликогена и жира, пробы на которые дали положительные результаты.

Сравнительно часто можно наблюдать въ соединительно-тканной стромѣ и прилегающей къ ней паренхимѣ скопленіе кругло-клеточнаго инфильтрата и тутъ же небольшихъ экстравазатовъ. Клѣтки прилегающаго надпочечника отличаются отъ опухолевыхъ только своей меньшей величиной (средняя величина ихъ $38 \mu \times 34 \mu$, при самой малой $36 \mu \times 32 \mu$ и самой большой $40 \mu \times 36 \mu$) и отсутствіемъ совершенно свѣтлыхъ, прозрачныхъ, а также подвергшихся распаду клѣтокъ. Въ клѣтчаткѣ, окружающей правый надпочечникъ, вблизи поверхности его, находится маленькая опухоль, величиной съ просяное зерно, заключенная въ соединительно-тканную капсулу и также построенная, какъ корковое вещество нормальнаго надпочечника. Въ той же клѣтчаткѣ, но въ другомъ мѣстѣ, встрѣтилось два капилляра (поперечно сръзанные) діаметромъ около 100μ , изъ которыхъ одинъ былъ наполненъ нѣсколькими вышеописанными опухолевыми клѣтками, а другой имѣлъ только одну, такого же характера, клѣтку, но величиной $90 \mu \times 72 \mu$. Эластической ткани въ опухоли не имѣется. Реакція на хромафиновую ткань отрицательна.

Такимъ образомъ, данную опухоль нужно отнести къ разряду предшествовавшихъ, хотя она обладаетъ и своими особенностями, а именно: сильно развитой, въ нѣкоторыхъ участкахъ соединительно-тканной стромой, которая въ мѣстахъ наибольшаго развитія даже преобладаетъ надъ паренхимой, что обыкновенно въ подобнаго рода опухоляхъ, судя по литературнымъ даннымъ, не наблюдалось; далѣе, присутствіемъ въ паренхимѣ и въ соединительно-тканной стромѣ

экстравазатовъ и круглоклѣточного инфильтрата и, наконецъ, нѣкоторой наклонностью клѣтокъ къ распаду. Останавливаютъ на себѣ вниманіе также и опухольныя клѣтки въ капиллярахъ клѣтчатки, окружающей надпочечникъ, такъ какъ опухоль по своему строенію должна быть отнесена къ вполне доброкачественнымъ. Надо полагать, что попали онѣ сюда, конечно, изъ материнской ткани, но не благодаря ей особенной злокачественности, а просто въ силу тѣхъ анатомическихъ или вѣрнѣе гистологическихъ отношеній, которыя существуютъ между капиллярами стромы и сидящими на нихъ паренхиматозными клѣтками: стоитъ взглянуть на рис. 2-й, на тѣ мысы опухольныхъ клѣтокъ, которые вдаются въ просвѣтъ сосудовъ, чтобы понять, что достаточно самого легкаго насилія, самого небольшого нарушенія цѣлости промежутка между эндотеліальными клѣтками,—и клѣтки опухоли попадутъ въ кровяной токъ. А что такое нарушеніе цѣлости стѣнки легко здѣсь допустимо, объ этомъ свидѣлствуютъ упомянутые нами раньше экстравазаты. Маленькое образованіе, сидящее въ клѣтчаткѣ надпочечника, окруженное соединительно-тканной капсулой, и построенное такъ же, какъ и корковое вещество его, есть прибавочный надпочечникъ.

Четвертый случай. Случайная анатомическая находка у больного 40-а л., умершаго отъ туберкулеза легкихъ, походить какъ макроскопически, такъ и микроскопически на 3-й случай.

Небольшія отличія сказываются только: 1) въ отсутствіи сильно развитой соединительно-тканной стромы, которую здѣсь составляютъ или нѣжныя, соединительно-тканныя фибрилы, или же капилляры; 2) въ особой группировкѣ клѣтокъ и стромы, благодаря чему получается сходство съ subst. reticularis, хотя въ большей своей части опухоль эта построена такъ же, какъ и первая; 3) въ присутствіи гигантскихъ клѣтокъ съ зернистой протоплазмой, достигающихъ величины $136 \mu \times 119 \mu$ при ядрѣ въ 37μ и, наконецъ, 4) въ большей неясности клѣточныхъ границъ, чѣмъ это имѣлось въ третьемъ случаѣ. Обработка препарата осмиевой кислотой указываетъ на присутствіе большого количества жира, какъ въ клѣткахъ надпочечника, такъ и въ клѣткахъ опухоли въ видѣ капель и очень мелкихъ зеренъ при сохраненіи ядра. Нѣкоторыя альвеолы почти сплошь были черныя. Такія же черныя точки, какъ въ клѣткахъ наблюдались и въ прилегающихъ къ нимъ и наполненныхъ

кровью капиллярахъ. Не все вакуолизированныя клѣтки окрашивались осмиевой кислотой. Какъ и въ первомъ случаѣ, мы объясняемъ это, съ извѣстной степенью вѣроятности, присутствіемъ въ клѣткахъ гликогена, проба на который дала положительный результатъ. Въ клѣтчаткѣ, прилегающей къ надпочечнику, имѣется маленькое образованіе, діаметромъ въ 1 милл., построенное точъ въ точъ какъ subst. fascicul. et glomerulosa прилегающаго надпочечника (см. рис. 3): прибавочный надпочечникъ.

Такимъ образомъ, все эти 4 новообразованія, имѣя большое сходство, почти тождество съ корковымъ веществомъ нормальнаго надпочечника построены, приблизительно, одинаково.

Къ этой же группѣ надо отнести слѣдующій 5-й случай, представляющій случайную анатомическую находку при одномъ судебно-медицинскомъ вскрытіи, который мы выдѣлили только потому, что здѣсь имѣется 2 опухоли: одна, принадлежащая надпочечнику, другая—клѣтчаткѣ его окружающей.

Пятый случай.

Макроскопическое описаніе. Въ одномъ изъ надпочечниковъ имѣется опухоль, величиной съ крупную сливу. Къ ней тѣсно примыкаетъ другая, шаровидной формы, діаметромъ 2 сант., отдѣленная отъ первой тонкимъ слоемъ жировой клѣтчатки. Каждая изъ опухолей окружена соединительно-тканной капсулой, цѣлость которой нигдѣ не нарушена. На разрѣзѣ видно, что первая опухоль занимаетъ центръ надпочечника, превративъ послѣдній въ тоненькія пластинки, толщиной меньше 1 мил., обхватывающія ее почти со всехъ сторонъ, за исключеніемъ наиболѣе широкой части ея. Ткань опухоли отличается отъ ткани надпочечн. болѣе свѣтлымъ и пестрымъ видомъ, гдѣ охряно-желтые участки чередуются съ бѣлыми и бѣло-желтыми, раздѣленные кое-гдѣ небольшими сѣраго цвѣта полосами, въ то время, какъ ткань надпочечника имѣетъ довольно равномерный коричневато-желтый оттѣнокъ. Такою же представляется и 2-я опухоль, не содержащая надпочечной ткани, съ тою только разницей, что паренхима ея разбита соединительно-тканными трабекулами на неправильной формы дольки.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Обѣ опухоли одинаково построены по типу только что описанныхъ случаевъ и состоятъ изъ стромы и паренхимы. Первая образована болѣею частью волокнистой соединительной тканью, идущей обычно вмѣстѣ съ кровеносными сосудами, хотя довольно

часто она сходитъ на нѣтъ, уступая свое мѣсто послѣднимъ. Это особенно хорошо видно, когда на препаратѣ попадаетъ тонкостѣнная вена съ отходящими отъ нея, въ качествѣ стромы, капиллярами, или когда капилляры находятся не въ спавшемся состояніи, а, наоборотъ, растянуты кровью. Соединительно-тканная строма очень часто содержитъ кругло-кѣлочную инфильтрацію. Мѣстами можно наблюдать такое же сильное развитіе соединительной ткани, какъ въ 3-мъ случаѣ. Какъ соединительно-тканная, такъ и сосудистая строма разбиваетъ опухоль на различной величины, малыя и большія, кругловатыя, продолговатыя и сѣтеобразныя кѣлочныя группы. Промежутки между стромой заполнены паренхиматозными, имѣющими тѣсное отношеніе къ стромѣ, кѣлками, эпителиальнаго типа, полигональной формы съ круглымъ въ 2—2,5 раза меньшимъ по объему ядромъ. Протоплазма мѣстами зернистая, хорошо окрашивающаяся, мѣстами вакуолизированная, мѣстами прозрачная и съ ядромъ, оттѣсненнымъ куда нибудь къ периферіи. Нѣкоторыя альвеолы, немногочисленныя во всякомъ случаѣ, содержатъ кѣлки съ болѣе или менѣе компактной протоплазмой. Во многихъ кѣлкахъ имѣется въ большомъ количествѣ золотистый нѣжный пигментъ, въ аморфномъ и зернистомъ видѣ. Реакціи на желѣзо онъ не даетъ. Окраска на жиръ (осміевая кислота) показала, что всѣ кѣлки содержатъ его: даже въ кѣлкахъ съ болѣе или менѣе компактной протоплазмой, онъ имѣется, хотя бы въ видѣ немногихъ нѣжныхъ капелекъ. Кѣлки, совершенно прозрачныя, съ оттѣсненнымъ къ периферіи ядромъ—сплошь представляются черными. Величина кѣлокъ отъ $31 \mu \times 27 \mu$ до $68 \mu \times 54 \mu$. Границы ихъ въ большинствѣ рѣзки; особенно, это касается кѣлокъ съ хорошо окрашенной или почти неокрашенной протоплазмой. Необходимо еще упомянуть о существованіи, правда, въ одномъ только препаратѣ, немногочисленныхъ альвеолъ, образованныхъ нѣжной соединительной тканью и выполненныхъ 1 рядомъ цилиндрическихъ свѣтлыхъ кѣлокъ. Въ центрѣ ихъ имѣются незначительной величины и неправильной щелеобразной формы просвѣтъ. Эластическая ткань имѣется только въ стѣнкѣ болѣе или менѣе крупныхъ сосудовъ. Реакція на хромаффиновую ткань—отрицательна.

Такимъ образомъ, въ данныхъ 2-хъ опухоляхъ, какъ въ калейдоскопѣ, сосредоточены всѣ тѣ картины, какія наблюдались нами въ строеніи всѣхъ предыдущихъ, изображенномъ на рис. 1—4.

Особенность ихъ заключается въ появленіи, но на ограниченномъ пространствѣ, железнитыхъ образований. Обращаетъ вниманіе, что какъ первая, развившаяся въ самомъ надпочечникѣ, такъ и вторая—въ кѣлчаткѣ, окружающей его, совершенно тождественны въ своемъ строеніи, а потому должны имѣть одинаковое происхожденіе. Если мы первую, на основаніи ея локализациі съ одной стороны, и полнаго сходства съ корковымъ веществомъ съ другой, должны считать, какъ развившуюся изъ кѣлокъ коркового вещества надпочечника, то и 2-ая опухоль должна имѣть такой же гистогенезъ. Какимъ образомъ кѣлки надпочечника могутъ быть въ его кѣлчаткѣ, объ этомъ нѣсколько ниже.

Шестой случай представляетъ случайную анатомическую находку у больного 36-и лѣтъ, умершаго отъ нефрита.

Макроскопическое описаніе. Въ лѣвомъ надпочечникѣ находится бугристая шаровидная опухоль, величиной съ яблоко, состоящая на разрѣзѣ изъ свѣтло-оранжевыхъ узелковъ, раздѣленныхъ втянутыми сѣрыми участками. Консистенція ея мягкая.

Микроскопическое описаніе.

Было сдѣлано на готовыхъ уже и окрашенныхъ срѣзахъ, хранившихся въ музеѣ патологической анатоміи Харьковскаго Университета. На нихъ видно, что опухоль имѣла капсулу изъ склерозированныхъ толстыхъ соединительно-тканныхъ волоконъ. По опухоли разбросаны соединительно-тканныя перекладки, разбивающія ее на дольки различной формы и величины. Каждая долька состоитъ изъ капиллярной стромы и сидящихъ на ней въ 1—2 ряда паренхиматозныхъ, эпителиальныхъ полигональной формы кѣлокъ. Капилляры распределяются по опухоли такимъ образомъ, что получаются то шарообразныя группы кѣлокъ, какъ in subst. glomer. нормального надпочечника, то колонны, какъ in sub. fasciculat. его. Капилляры довольно часто сопровождаются волокнами соединительной ткани. Въ нѣкоторыхъ участкахъ строма образована только ею. Мѣстами отмѣчается гіалиновое перерожденіе, какъ капиллярной, такъ и соединительно-тканной стромы. Паренхиматозныя кѣлки, очень похожія на кѣлки нормального надпочечника,—2-хъ родовъ: богатыя протоплазмой, хорошо окрашенныя и, съ свѣтлой, сильно вакуолизированной, слабо окрашенной протоплазмой. По величинѣ первыя больше вторыхъ (средняя величина первыхъ $45 \mu \times 43 \mu$,

вторыхъ $31 \mu \times 23 \mu$). Между ними много гигантскихъ клѣтокъ; 1, 2—въ каждомъ полѣ зрѣнія микроскопа (при об. 4), а изрѣдка и цѣлой сплошной группой. Иногда на долю однѣхъ гигантскихъ клѣтокъ приходится вся альвеола, окруженная въ такихъ случаяхъ гялинизированной стромой. Протоплазма ихъ въ общемъ такого же характера, какъ и первыхъ упитанныхъ клѣтокъ. Самые большіе размѣры, какихъ онѣ достигали въ данной опухоли, были $216 \mu \times 162 \mu$ и $306 \mu \times 136 \mu$, при чемъ можно было констатировать постепенный переходъ въ величинѣ къ обыкновеннымъ опухольнымъ клѣткамъ. Ядра послѣднихъ клѣтокъ въ 3 раза меньше по объему тѣла ихъ, пузырьковидны и часто содержатъ по 1 ядрышку. Явленія пикноза, каріорексиса и каріолиза въ нихъ часты. Количество ихъ въ клѣткѣ—одно; въ гигантскихъ доходитъ до 5; чаще же въ нихъ также 1 ядро, но большихъ размѣровъ, какъ, напримѣръ, $54 \mu \times 45 \mu$ и отличающееся отъ обыкновенныхъ, кромѣ того, богатствомъ хроматина (гиперхроматозъ); при маломъ увеличеніи оно кажется сине-чернымъ (при окраскѣ гематоксилиномъ) и только при большомъ увеличеніи можно установить наличность густой хроматиновой зернистости.

Въ этой опухоли много экстравазатовъ: цѣлыя доли подъ рядъ бываютъ заняты ими. Мѣстами въ центрѣ видны милиарные некрозы. Реакція на хромаффиновую ткань отрицательна.

Такимъ образомъ, данная опухоль отличается отъ всѣхъ предшествовавшихъ прежде всего своей величиной. Въ то время, какъ въ прежнихъ было несомнѣнно, что онѣ принадлежатъ надпочечнику, здѣсь конфигурація послѣдняго настолько измѣнена, что только на основаніи мѣстоположенія и отсутствія его на соответственномъ мѣстѣ приходится рѣшить, что она происходитъ именно изъ него. Въ своемъ строеніи опухоль въ общемъ походитъ на всѣ предыдущія, ео ipso, на корковое вещество нормальнаго надпочечника, хотя она имѣетъ и свои особенности, сказывающіяся въ рѣзко выраженной дольчатости, въ наклонности къ кровоизліянію и распаду и въ появленіи большого количества гигантскихъ клѣтокъ.

I. ГРУППА.

2. Отдѣлъ (атипическія гипернефромы надпочечника).

Седьмой случай.

Макроскопическое описаніе. Опухоль, величиной съ голову взрослого человѣка, удаленная при лапаротоміи въ Волчанской Земской Больницѣ, представляетъ изъ себя мѣшокъ со стѣнками толщиной отъ 1 до 3 сант. Въ стѣнкѣ, содержащей въ разныхъ мѣстахъ очаги обызвѣстленія, различаются 3 слоя: наружный—плотный, фиброзный, со сращеніями и отечнымъ жиромъ; средний—полупрозрачный, составляющій массу опухоли; онъ имѣетъ мѣстами плотную консистенцію, мѣстами—мягкую, студенистую; внутренній слой мѣшка составляютъ фибринозные свертки полости опухоли. При операциіи видно было, что опухоль не связана съ брюшиной, прилегаетъ сверху къ селезенкѣ, снизу къ лѣвой почкѣ, занимая мѣсто соответствующаго надпочечника, котораго при изслѣдованіи не оказалось, содержитъ полость съ мутной, густой, жидкостью и сѣрыми фибринозными свертками.

Микроскопическое описаніе.

Наружный слой представляетъ изъ себя капсулу опухоли, состоящую изъ склерозированныхъ, толстыхъ, соединительно-тканыхъ волоконъ, среди которыхъ находятся вытянутыя веретенообразныя клѣтки и растянутыя кровью сосуды (большую частью вены, капилляры и слегка облитерированныя артеріи). Кое-гдѣ на границѣ съ опухолью имѣется въ небольшомъ количествѣ круглоклѣточный инфильтратъ. Во 2-мъ слой, т. е. въ самой уже опухоли, ясно выражено дольчатое строеніе, благодаря разбросаннымъ по ней тяжамъ соединительной ткани. Въ каждой долькѣ пробѣгаютъ въ различномъ направленіи капилляры, на стѣнкѣ которыхъ сидятъ въ 1, рѣже въ 2 ряда, паренхиматозныя, эпителиальнаго типа, клѣтки. Благодаря капиллярамъ паренхима разбивается на разнообразной величины цилиндры и шарообразныя группы клѣтокъ. Послѣднія мѣстами богаты нѣжно-зернистой протоплазмой, мѣстами сильно вакуолизированы. Форма ихъ полигональная и овальная. Величина различная, начиная съ $18 \mu \times 22 \mu$. до $90 \mu \times 72 \mu$. Въ каждой клѣткѣ—одно, пузырьковидное, блѣдно-окрашенное гематоксилиномъ ядро, въ $1\frac{1}{2}$ —2 раза меньше ея объема.

Многіе капилляры подверглись гіаліновому перероженію, и представляют изъ себя рядъ толстыхъ тяжей, окрашенных по V. Gieson'у въ гранатно-красный цвѣтъ, между которыми сидятъ въ однихъ мѣстахъ хорошо сохранившіеся характерныя клѣтки новообразования, въ другихъ—значительно измѣненныя и атрофированныя вслѣдствіе давленія со стороны этихъ тяжей. Въ нѣкоторыхъ участкахъ, очень немногочисленныхъ, дольки не имѣютъ капиллярной стромы, а сплошь выполнены паренхиматозными клѣтками, тѣсно лежащими безъ всякаго промежуточнаго вещества другъ возлѣ друга.

Внутренній слой мѣшка состоитъ изъ фибрина и распадается на опухоли, носящаго такой же характеръ, какъ во всѣхъ послѣдующихъ случаяхъ, о чемъ будетъ сказано ниже. Эластичная ткань—только въ стѣнкахъ крупныхъ сосудовъ.

Такимъ образомъ, данная опухоль лѣваго надпочечника, достигшая еще большихъ размѣровъ, чѣмъ предыдущая, построена по одному и тому же принципу. Паренхима ея разбита на дольки, въ каждой долькѣ имѣются сосудистая строма и сидящая на сосудахъ паренхиматозная, полигональная, эпителиальная клѣтка. Только въ нѣкоторыхъ, довольно ограниченныхъ участкахъ, тамъ, гдѣ дольки выполнены сплошь клѣтками, этотъ принципъ нарушается. Распространенное гіаліновое перероженіе капилляровъ стромы еще больше усложняетъ гистологическую картину данной опухоли, отдаляетъ ее отъ предыдущихъ и придаетъ ей сходство съ цилиндромой. Что касается паренхиматозныхъ клѣтокъ, то онѣ отличаются большимъ разнообразіемъ въ величинѣ: здѣсь есть клѣтки меньше клѣтокъ нормальнаго корковаго вещества надпочечника и значительно большія его. Отношеніе ихъ къ стромѣ то же, что и въ предыдущихъ случаяхъ.

Восьмой случай.

Краткія данныя изъ исторіи болѣзни. Больной М. М., мѣщанинъ города Вѣлгорода, по занятію торговецъ, 60-лѣтъ, поступилъ въ госпитальную терапевтическую клинику Харьковскаго университета 22 августа 1905 г. съ жалобой на сильный кашель и боли въ правомъ боку. *Anamnesis.* Изъ прежде бывшихъ заболѣваній онъ отмѣчаетъ только lues, бывшій 15 лѣтъ тому назадъ и воспаленіе легкихъ, перенесенное имъ на дняхъ, послѣ котораго остались кашель и боли въ боку, заставившіе больного обратиться въ клинику. *Stat. praesens.* Боль-

ной высокаго роста, удовлетворительнаго сложенія и питанія. При перкуссіи легкихъ получается коробочный звукъ, а при выслушиваніи масса сухихъ хриповъ, особенно, справа въ нижнихъ отдѣлахъ. Въ мокротѣ, имѣвшей кровяной характеръ, найдены въ большомъ количествѣ красныя кровяныя шарики, гнойныя тѣльца и эластическія волокна; туберкулезныхъ бациллъ нѣтъ. Сердце перкутируется плохо; при выслушиваніи констатируется систолическій шумъ на аортѣ. Печень и селезенка по перкуссіи не увеличены, но прощупываются, причемъ селезенка плотна наощупь. При изслѣдованіи полости живота въ лѣвой половинѣ его, немного правѣ селезенки, найдена (при ощупываніи) опухоль, величиной съ куриное яйцо, твердой консистенціи; при дыханіи опухоль смѣщается; при раздуваніи желудка и толстой кишки прощупать ее не удается. Въ мочѣ ничего патологическаго. Черезъ 2 дня послѣ поступленія у больного появились сильнѣйшая слабость и паденіе пульса, послѣ чего онъ черезъ нѣсколько дней скончался.

Клиническій діагнозъ: neoplasma abdominis.

Патолого-анатомическія данныя изъ протокола вскрытія. Наружныя покровы блѣдно-желтаго цвѣта; животъ впавшій, грудь бочковидна. *Черепная полость.* Кости черепа утолщены, склерозированы и малокровны. Твердая мозговая оболочка, мѣстами фиброзно-утолщенная, также малокровна. Мягкая мозговая оболочка на поверхности и на основаніи мозга фиброзно-утолщена, непрозрачна, застойно гиперемирована. Въ подпаутинномъ пространствѣ—необычайно большое количество отечной жидкости. Боковые желудочки также расширены жидкостью. Въ стромѣ веществъ правой височной доли, въ области нижней височной извилины, имѣется гематома, величиной съ лѣсной орѣхъ; такая же гематома—въ стромѣ веществъ foss. Sylviae лѣвой стороны и въ области праваго зрительнаго бугра, причемъ въ послѣднемъ случаѣ она достигаетъ величины большаго грѣчкаго орѣха и выстоитъ въ полость бокового желудочка. Сосуды основанія склерозированы. Вещество мозга влажно, отечно, венозно гиперемировано. *Грудная полость.* Діафрагма справа—4 ребро, слѣва—между 4 и 5. Реберныя хрящи окостенѣли. Mediast. anticum богато жиромъ. Правое легкое въ нижней долѣ приращено къ pleur. costal.; при отдѣленіи его обнаруживается полость съ гангренофицированной стѣнкой, содержащая ихорозныя массы. Ткань легкаго на границѣ полости и далеко вглубь также гангренофицирована и въ разрѣзѣ представляется черно-зеленоватой. Верхняя и средняя доли праваго легкаго застойно гиперемированы, рѣзко отечны, на разрѣзѣ содержатъ нѣсколько узловъ новообразования, величиной отъ горошины до лѣснаго орѣха. Лѣвое легкое вынимается свободно; въ ткани его прощупываются такіе же узлы, какъ и справа; они—плотны наощупь, цвѣтъ на разрѣзѣ мѣстами желтоватый, мѣстами сѣро-красный. Ткань легкаго застойно гиперемирована и рѣзко отечна. Края праваго легкаго и верхняя доля лѣваго сильно эмфизематозны, пушисты. Въ лѣвой легочной вѣтви arter. pulmon. сидитъ бѣлый пристѣночный тромбъ, почти выполняющій просвѣтъ ея. Въ полости

сердечной сорочки—увеличенное количество прозрачной жидкости. Сердце увеличено въ объемѣ раза въ два. Въ стѣнкѣ праваго желудочка у основанія arter. pulmonal. прощупывается плотный узелъ новообразованія; цвѣтъ на разрѣзѣ—мраморно-сѣро-красный; мѣстами онъ пропитанъ кровью. Полость праваго желудочка уменьшена вслѣдствіе имѣющейся въ немъ тромбовидной плотной массы, сращенной со стѣнкой и величиной съ дѣтскій кулакъ; въ ней содержится, что видно на разрѣзѣ, плотный и пропитанный кровью узелъ новообразованія, какъ бы исходящій изъ вышеупомянутого, находящагося у основанія arter. pulmonal. Въ полости лѣваго желудочка—темно-красные свертки. Стѣнки желудочковъ, равно какъ трабекулы ихъ, рѣзко гипертрофированы. Клапаны аорты фиброзно утолщены; остальные клапаны нормальны. Сердечная мышца дряблая, малокровна, сѣро-краснаго цвѣта. Аорта расширена въ восходящей части и въ дугѣ. Интима морщиниста, съ продольными складками, мѣстами съ атероматозными бляшками и язвочками, частью пигментированными, частью свѣтлыми. У мѣста отхожденія большихъ сосудовъ имѣется атероматозная язва, величиной съ серебряный пятакъ, проникающая до адвентиціи. Arter. iliac. commun. расширены и плотны наощупь. *Брюшная полость.* Въ брыжжейкѣ и сальникѣ увеличенное количество жира. Брюшина на боковыхъ стѣнкахъ съ точечными старыми кровоизліяніями, чернаго цвѣта. Въ лѣвомъ подреберьи, подъ растянутой брыжжейкой, нисходящей части ободочной кишки, сращенной съ передне-боковой брюшной стѣнкой, имѣется опухоль, величиной съ дѣтскую голову, при ощупываніи оказывающаяся болѣе бугристой въ верхней своей части. Размѣры ея in situ $21 \times 13 \times 12$ cm. Опухоль эта сращена въ верхней части съ діафрагмой, въ верхне-передней съ селезенкой; а слѣва сбоку—съ нисходящей частью ободочной кишки. На разрѣзѣ видно, что опухоль окружена со всѣхъ сторонъ капсулой, отъ которой отходятъ въ большомъ количествѣ трабекулы, придающія опухоли дольчатый характеръ. Въ опухоли имѣются три отдѣла: верхній, соответствующій мѣстоположенію надпочечника, состоитъ изъ распадающихся массъ новообразованія темно-шоколаднаго цвѣта; средній отдѣлъ представляетъ изъ себя, пронизанную узлами новообразованія, сильно измѣненную почечную ткань; на ряду съ узлами сѣро-краснаго цвѣта, въ ней располагаются желтые, сухіе, некротизированные очаги новообразованія. Каждый изъ узловъ окруженъ ясно выраженной капсулой, представляющей изъ себя продолженіе вышеупомянутыхъ трабекулъ. Въ нижнемъ отдѣлѣ имѣется уже довольно хорошо сохранившаяся почечная ткань съ мелкими опухольными узлами, такого же характера, какъ во 2-мъ отдѣлѣ. Консистенція опухольной ткани мягкая, дряблая. *Селезенка* нѣсколько уменьшена въ объемѣ; капсула ея морщиниста; ткань дряблая, блѣдно-краснаго цвѣта; сосуды склерозированы. *Печень* немного увеличена, на разрѣзѣ мускатна. Въ клѣтчаткѣ правой почки—свѣжее кровоизліяніе; капсула ея сни-

мается легко; на поверхности—нѣсколько кистъ, величиной съ горошину. Ткань кожная, ціанотична; сосуды ея зіяютъ, склерозированы. Кортикальный слой сѣро-краснаго цвѣта и выбухаетъ. Въ брыжжейкѣ ободочной кишки, flexur. sigmoid. и тонкихъ кишекъ разсѣяны узлы новообразованія, на поверхности разрѣза сѣро-краснаго цвѣта, мѣстами распавшіеся, достигающіе величины отъ лѣсного орѣха до куриного яйца. Въ периаортальныхъ железахъ брюшной полости—такіе же узлы опухоли, но меньшей величины. *Diagnosis anatomica.* Hypernephroma malignum glandulae suprarenalis sinistr. Metastases mesenterii, cordis et pulmonum. Arteriosclerosis universalis. Mesoendarteriitis atheromatosa ulcerosa arcus aortae et aortae abdominalis. Ectasia arter. iliac. commun. lateris utriusque. Thrombosis ventriculi cordis dextri et arter. pulmonal. rami sinistri. Hypertrophia ventriculi cordis concentrica-sinistri, excentrica dextri. Induratio cyanotica renis dextri. Hepar moschatum. Hyperaemia venosa, oedema pulmonis. sinistri. Gangraena lobi inferior. pulmon. Haemorrhagia thalami optici dextri. Oedema mening. et cerebri. Hydrocele intern. Arachn. fibrosa. Adipositas universalis.

Микроскопическое описаніе.

Упомянутая въ макроскопическомъ описаніи капсула состоитъ изъ бѣдной клѣтками склерозированной соединительной ткани. Между волокнами ея кое-гдѣ попадаются небольшіе короткіе пучки гладкихъ мышцъ. Сосудовъ въ ней мало, причемъ вены и капилляры представляются расширенными, частью пустыми, частью переполненными кровью, въ которой не рѣдко содержатся клѣтки новообразованія. Артеріи капсулы облитерированы иногда до полного уничтоженія просвѣта. На границѣ съ опухолью она содержитъ мѣстами кругло-клѣточный инфильтратъ, мѣстами небольшія кучки черно-бураго зернистаго пигмента, не дающаго реакціи на желѣзо. Кромѣ того, между волокнами, по щелямъ ея, часто стелятся въ одинъ рядъ опухольныя клѣтки. Также построены, отходящія отъ капсулы и окружающія отдѣльные узлы, соединительно-тканныя прослойки, съ тою только разницей, что часть изъ нихъ гіалиново перерождена и отечна, что количество кругло-клѣточного инфильтрата и черно-бураго пигмента въ нихъ больше. Въ прослойкахъ второго и третьяго отдѣла опухоли, кромѣ того, имѣются еще атрофированные мочевые каналцы и клубочки. Между волокнами въ щели соединительно-тканныхъ прослоекъ, также какъ и въ капсулѣ, иногда заползаютъ опухольныя клѣтки. Что касается строенія самой опухоли, то оно будетъ различнымъ въ зависимости отъ того, изъ какого отдѣла ея взяты кусочки для изслѣдованія. Въ верхнемъ

отдѣлъ (сохранившемся отъ распада только въ небольшой своей части, примыкающей къ капсулѣ) и отчасти въ среднемъ имѣется такое строение: капиллярная строма и сидящія на капиллярахъ въ 1—2 ряда полигональныя и цилиндрическія клѣтки. Капилляры распределяются по опухоли такимъ образомъ, что образуются или цилиндры (колонны) изъ паренхиматозныхъ клѣтокъ, какъ *in subst. fascicul.* нормального надпочечника, или же шарообразныя группы какъ *in subst. glomer.* его; т. е. въ первомъ случаѣ они идутъ параллельно, а во второмъ переплетаются другъ съ другомъ, сильно вѣтвятся и даютъ такимъ образомъ начало альвеоламъ, величиной отъ $85 \mu \times 100 \mu$. и до $600 \mu \times 480 \mu$. Къ капиллярамъ иногда примыкаютъ нѣжныя соединительно-тканныя фибриллы; большею же частью они идутъ одни. Обычное состояніе ихъ спавшееся, рѣже они содержатъ кровь и даже растянуты ею. Паренхиматозныя клѣтки, сидящія, какъ упомянуто, на капиллярахъ въ 1—2 и болѣе рядовъ, имѣютъ совершенно свѣтлую, прозрачную протоплазму и одно круглое, пузырькообразное, съ отчетливымъ ядрышкомъ, ядро. Форма клѣтокъ цилиндрическая и полигональная. Размѣры $40 \mu \times 30 \mu$. (при самой малой $27 \mu \times 28 \mu$. и самой большой $54 \mu \times 36 \mu$.). Прозрачность протоплазмы обязана присутствію въ ней жира и гликогена.

Ядра по объему въ 2,5—3 раза меньшія объема клѣтки, бѣдны хроматиномъ, лежатъ эксцентрически. Явленія каріолиза, каріорексиса и пикноза въ нихъ часты. Сравнительно не рѣдко опухоль принимаетъ железистый характеръ и состоитъ тогда изъ ряда круглыхъ и овальныхъ образований, составленныхъ изъ капилляровъ, на которыхъ сидятъ въ 1 рядъ большею частью цилиндрическія вышеописанныя опухольныя клѣтки. Просвѣтъ такого образования ничтоженъ, круглой или щелеобразной формы.

Нѣсколько иное строение будетъ во второмъ отдѣлѣ опухоли, хотя и здѣсь послѣдняя состоитъ изъ капилляровъ, образующихъ строму и сидящихъ на нихъ клѣтокъ новообразованія. Происходитъ это отъ иного распределенія капилляровъ: они разбросаны по всей паренхимѣ, не придавая опухоли, какъ мы видѣли въ 1-мъ и отчасти 2-мъ отдѣлѣ ея, правильнаго альвеолярнаго характера. Часто можно видѣть, какъ отъ соединительно-тканной прослойки или стѣнки кровеноснаго сосуда отходитъ рядъ капилляровъ, унизанныхъ въ 1—2 ряда клѣтками новообразованія; часть изъ нихъ имѣетъ незначительное протяженіе и оканчивается слѣпо; другая часть идетъ далеко внутрь паренхимы, принимая извилистый видъ и давая по

пути массу вѣтвей, также покрытыхъ опухольными клѣтками. Сопровождаетъ ихъ большею частью соединительная ткань, находящаяся обыкновенно въ состояніи склероза и гіалиноваго перерожденія, хотя не рѣдко они идутъ и одни (см. рис. 6 и 5). Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ количество соединительной ткани большое, такъ что изрѣдка оно выступаетъ сравнительно съ сосудами на передній планъ.

Капилляры чаще, чѣмъ въ первомъ отдѣлѣ опухоли, растянуты кровью, и здѣсь не рѣдко можно наблюдать, какъ опухольныя клѣтки мысообразно вдаются въ просвѣтъ сосуда, точно такъ же какъ мы это видѣли въ 3-мъ случаѣ (см. рис. 2 и 6). Многіе изъ капилляровъ захвачены процессомъ гіалинизации, т. е. отложеніемъ глыбокъ гіалина между клѣтками новообразованія и эндотелиальными. Мѣстами вся стѣнка гіалинизирована, какъ это наблюдалось въ 6-мъ случаѣ. Въ нѣкоторыхъ растянутыхъ капиллярахъ имѣется краевое стояніе лейкоцитовъ и эмиграція ихъ въ паренхиму (явленія воспаленія), гдѣ иногда образуется большое скопленіе кругло-кѣлочнаго инфильтрата. Среди такъ построенной опухоли встрѣчается довольно много кистозно-капиллярныхъ образований. Стѣнку ихъ составляютъ капилляръ и сидящія на немъ въ одинъ рядъ паренхиматозныя клѣтки. Въ такомъ образованіи часто констатируется цѣлый рядъ сосочковъ, построенныхъ такъ же, какъ и стѣнка его. Какого либо содержимаго въ нихъ намъ не удалось отмѣтить, если не считать часто бывающей тамъ крови, причемъ паренхиматозныя клѣтки тогда отличаются богатствомъ гемосидерина (см. рис. 13).

Паренхиматозныя клѣтки обладаютъ большимъ разнобразиемъ. На ряду съ преобладающими полигональными и цилиндрическими клѣтками встрѣчаются: низкія кубическія, кругловатыя, грушевидно-хвостатыя, веретенообразныя и вытянутыя цилиндрическія съ суженнымъ, центральнымъ, т. е. лежащимъ на капиллярѣ концомъ. Непосредственно на капиллярѣ лежатъ цилиндрическія и полигональныя клѣтки. Величина цилиндрическихъ $90 \mu \times 30 \mu$ (при самой малой $22 \mu \times 50 \mu$ и самой большой $135 \mu \times 30 \mu$); величина полигональныхъ клѣтокъ $56 \mu \times 34 \mu$ (при самой малой $20 \mu \times 22 \mu$ и самой большой $54 \mu \times 90 \mu$).

Всѣ клѣтки, за рѣдкимъ исключеніемъ, рѣзко контурированы.

По свойству протоплазмы ихъ можно раздѣлить на 2 класса (вида) (см. рис. 5): на упитанныя, богатые протоплазмой, болѣе

или менѣе компактныя, хорошо красящіеся гематоксилиномъ и эозиномъ и свѣтлыя, совершенно прозрачныя. Послѣднія или совсѣмъ не имѣютъ окрашивающейся протоплазмы, или только не большой слой вокругъ ядра; иногда изъ этого слоя тянутся къ периферіи протоплазматическія нити, образуя родъ лучистости вокругъ ядра. Очень часто въ совершенно прозрачной протоплазмѣ разбросано большое количество мелкихъ зеренъ, окрашенныхъ эозиномъ въ ярко розовый цвѣтъ (эозинофиловая крапчатость клѣтки, см. рис. 7). Упитанныя клѣтки чаще—цилиндрической и вытянуто-цилиндрической формы, а прозрачныя—полигональной формы, хотя бываетъ и обратное. Размѣры упитанныхъ нѣсколько больше прозрачныхъ.

Среди всѣхъ этихъ клѣтокъ встрѣчается довольно много съ гомогенной протоплазмой окрашенной по V. Gieson'у въ гранатно-красный цвѣтъ (гіалинизированные клѣтки); причемъ въ нѣкоторыхъ изъ нихъ протоплазма усѣяна синевато черными (отъ гематоксилина), или черно-бурыми (отъ азотно-кислаго серебра) точками—отложение солей извести въ гіалинизированныхъ клѣткахъ. Клѣточные ядра круглой и овальной пузырькообразной формы имѣютъ одно, красящееся хорошо гематоксилиномъ или эозиномъ ядрышко. Размѣрами они въ 3—3,5 раза меньше клѣтокъ. Количество ихъ въ клѣткѣ 1, рѣже 2; положеніе обычно эксцентрическое. Хроматина въ нихъ то мало, то очень много (гиперхроматозъ); хроматинъ—зернистый.

Очень часто въ ядрахъ наблюдаются явленія пикноза, каріолиза, каріорексиса, вакуолизациі и гіалиноза. Отличительной чертой этого участка опухоли является еще присутствіе среди обыкновенныхъ клѣтокъ большого количества гигантскихъ. Излюбленные мѣста ихъ пребыванія—небольшіе узлы, окруженные толстыми соединительно-тканными прослойками (см. рис. 37) или же вены, сплошь выполненныя клѣтками новообразованія, какъ это мы идимъ въ 3-мъ отдѣлѣ опухоли. Бываютъ онѣ также въ мѣстахъ, куда произошло кровоизліяніе, или, гдѣ начинаются явленія распада паренхиматозныхъ клѣтокъ. Протоплазма ихъ то зерниста, то вакуолизована, рѣже она компактна или гіалиново перерождена. Величина гигантскихъ клѣтокъ достигаетъ $230 \mu \times 170 \mu$; существуетъ постепенный переходъ отъ размѣровъ прежнихъ клѣтокъ къ только что названному. Многія изъ гигантскихъ клѣтокъ представляютъ картины, свойственныя такъ называемымъ конглотинаціоннымъ, т. е. образовавшимся отъ сліянія нѣсколькихъ клѣтокъ въ одну съ сохраненіемъ

ядеръ и уничтоженіемъ границъ между клѣтками, какъ это видно на рис. 8-мъ, гдѣ изображенъ тонко-стѣнный кровеносный сосудъ съ плавающими въ немъ опухольными клѣтками, образующими нѣсколько конгломератовъ. Въ однихъ изъ нихъ границы всѣхъ клѣтокъ рѣзко очерчены, (напр. а), въ другихъ границы отчетливы только въ нѣкоторыхъ клѣткахъ, между тѣмъ какъ остальные успѣли уже слиться (напр. в. с. d.), въ третьихъ границы между отдѣльными клѣтками мы уже не отмѣчаемъ, такъ какъ послѣднія превратились въ одну гигантскую клѣтку (напр. е. k. l.). Тутъ же замѣтимъ, что данныя картины могутъ быть трактуемы иначе, къ чему мы вернемся, когда будемъ говорить о гигантскихъ клѣткахъ вообще.

Ядра въ гигантскихъ клѣткахъ такого же характера, какъ и въ обыкновенныхъ. Количество ихъ въ клѣткѣ отъ 2 до 11; рѣдко, сравнительно, бываетъ одно ядро, принимающее въ такихъ случаяхъ гигантскіе размѣры, какъ напр. $75 \mu \times 51 \mu$. Располагаются ядра по всей клѣткѣ безъ всякаго порядка. Иногда они сосредоточиваются на периферіи, какъ въ туберкулезныхъ гигантскихъ клѣткахъ или въ центрѣ, нагромождаясь другъ на друга, отъ чего получается конгломератъ ядеръ, достигающій большой величины, какъ напр. 80μ .

Въ протоплазмѣ гигантскихъ клѣтокъ часто присутствуютъ окруженные вакуолей бѣлые или красные кровяные шарики, или же клѣтки самой паренхимы (фагоцитозъ). Явленія фагоцитоза наблюдались и въ обыкновенныхъ опухольныхъ клѣткахъ, но очень мало.

Мелкіе опухольные узлы третьяго отдѣла мѣстами помѣщаются въ расширенныхъ венахъ и капиллярахъ, мѣстами просто среди почечной ткани, окруженные склерозированной соединительно-тканной капсулой. Въ своемъ строеніи они ничѣмъ не отличаются отъ втораго отдѣла опухоли. Добавимъ только, что нѣкоторые изъ нихъ сплошь выполнены гигантскими клѣтками и многіе имѣютъ, упомянутое уже кистозно-папиллярное строеніе.

Во всѣхъ трехъ отдѣлахъ опухоль отличается большой наклонностью къ кровоизліяніямъ. Многія доли подрядъ заняты однимъ экстравазатомъ. Иногда же кровь изливается въ одну какую-нибудь альвеолу или ячейку, растягиваетъ ихъ и уплощаетъ прилегающія къ стѣнкѣ опухольныя клѣтки, придавая такимъ образомъ бывшей ячейкѣ или альвеолѣ видъ кровяной кисты. Среди неизмѣненной крови такого образованія всегда плаваютъ опухольныя клѣтки, содержащія въ своей протоплазмѣ зерна кровяного

пигмента (гемосидеринъ). Иногда кровь такого пространства свертывается и подвергается организаци, т. е. прорастанію соединительной тканью и сосудами. Часто бываетъ и такъ, что кровь, изливаясь въ дольку, только нѣсколько разъединяетъ пронизывающіе ее капилляры съ сидящими на нихъ паренхиматозными клѣтками. Если въ такой долькѣ существуютъ капилляры, оканчивающіеся слѣпо, то передъ нами получается картина папиллярной кистомы. Если кровь занимаетъ нѣсколько альвеолъ подъ рядъ, какъ это наблюдается въ первомъ отдѣлѣ опухоли, причемъ капиллярныя стѣнки ихъ остаются неповрежденными, то опухоль получаетъ въ этомъ мѣстѣ сходство съ каверномой. Что эта кровь, попавшая извѣдъ, а не циркулирующая, за это говорятъ: различный видъ ея въ разныхъ, но близко, зачастую рядомъ, лежащихъ мѣстахъ, присутствіе, далѣе, большого количества кровяного пигмента въ сохранившихся среди нея опухольных клѣткахъ и способность ея свертываться и подвергаться организаци.

Кромѣ такихъ большихъ кровоизліяній встрѣчаются малыя, или даже отдѣльные экземпляры кровяныхъ шариковъ среди клѣтокъ новообразованія.

Наклонность къ распаду въ этой опухоли также большая. Почти весь первый отдѣлъ, значительная часть второго и небольшая третьяго заняты милиарными некрозами. Въ распадѣ кромѣ зернистой массы имѣется кровь, фибринъ, известъ, кристаллы жирныхъ кислотъ и подвергшіеся гіалинизациі сосуды. Окружающая узлы почечная ткань находится въ состояніи интерстиціального воспаленія, болѣе выраженнаго во 2-мъ, чѣмъ въ 3-мъ отдѣлѣ опухоли. Клѣтчатка, окружающая опухоль, инфильтрирована клѣтками новообразованія, которое распространяется въ ней отчасти по лимфатическимъ щелямъ и сосудамъ, а отчасти по венамъ. Клѣтки отличаются своей нѣсколько меньшей величиной, болѣе или менѣе компактной протоплазмой и сравнительнымъ однообразіемъ формъ. Мы здѣсь встрѣчаемъ почти исключительно полигональныя клѣтки, очень похожія на клѣтки надпочечника.

Эластическая ткань въ опухоли констатируется только въ стѣнкахъ болѣе или менѣе крупныхъ сосудовъ. Реакція на хромаффиновую ткань отрицательна.

Метастазы въ сердцѣ. Кромѣ узла, опредѣляемаго уже макроскопически, большая часть мышцы праваго желудочка и жировой клѣтчатки подъ эпикардомъ оказываются инфильтрованными клѣт-

ками новообразованія. Распространяется оно отчасти по кровеноснымъ, отчасти по лимфатическимъ сосудамъ и щелямъ межмышечной соединительной ткани, раздвигая и сдавливая, зачастую, до полной атрофіи мышечные пучки. Можно видѣть иногда, какъ клѣтки новообразованія заползаютъ между отдѣльными волокнами и даже, какъ будто, подъ оболочку ихъ.

Опухольныя клѣтки богаты протоплазмой, которая представляется то зернистой, то болѣе или менѣе компактной, хорошо красящейся гематоксилиномъ и эозиномъ и часто содержащей кровяной пигментъ. Морфологически онѣ очень напоминаютъ клѣтки коркового вещества нормальнаго надпочечника, хотя типическое расположеніе послѣдняго имѣется только въ нѣкоторыхъ узлахъ подъ эпикардомъ, какъ это видно на рисункѣ 9-мъ. Въ миокардѣ же опухоль носитъ скорѣе диффузно-клѣточковый характеръ; правильно сформированные сосуды здѣсь слабо развиты; чаще встрѣчаются отдѣльно лежащія клѣтки эндотелія, въ видѣ параллельно расположенныхъ ядеръ продолговато-овальной формы. Въ другихъ мѣстахъ опухоль расположеніемъ своихъ клѣтокъ и морфологическими свойствами ихъ, напоминаетъ полиморфную саркому (см. рис. 10). При детальномъ обследованіи можно усмотрѣть постепенный переходъ къ послѣдняго рода строенію. Бросается еще въ глаза присутствіе большого количества гигантскихъ клѣтокъ: на каждыя 10—15 обыкновенныхъ приходится одна гигантская. Нѣкоторые узлы состоятъ почти исключительно изъ гигантскихъ клѣтокъ (см. рис. 11). Свѣтлыхъ прозрачныхъ клѣтокъ въ сердечномъ метастазѣ почти нѣтъ.

Легочные метастазы. Метастазы въ легкомъ по своему строенію ничѣмъ не отличаются отъ материнской ткани 2-го и 3-го отдѣла опухоли. Распространяются они по капиллярамъ альвеолъ. Довольно часто клѣтки новообразованія прорываютъ стѣнку капилляра и попадаютъ въ самую альвеолу. Распространяясь по альвеоламъ, разрушая часто стѣнки послѣднихъ, легочные метастазы могутъ достигать значительной величины, занимая, на примѣръ, цѣлую дольку. Среди клѣтокъ новообразованія можно видѣть въ такихъ случаяхъ разбросанныя тамъ и сямъ эластическія волокна, импрегнированныя желѣзомъ, оставшіеся, видимо, послѣ разрушенія стѣнки альвеолъ. Кромѣ метастазовъ въ легкомъ имѣются очаги бронхопневмоніи съ карнификаціей и инфаркты съ гнойнымъ размягченіемъ, непосредственнаго отношенія къ опухоли не имѣющіе.

Тромбъ arter. pulmon. содержитъ некротическія клѣтки новообразованія, вокругъ которыхъ имѣется отложение фибрина, подвергнувшагося организаціи.

Метастазы брыжжейки въ главной своей массѣ пропитаны кровью и подверглись распаду. Только на периферіи ткань сохранилась хорошо и здѣсь она построена по типу перителіомы, т. е. состоитъ изъ капилляровъ и сидящихъ на нихъ въ 1—2 ряда паренхиматозныхъ клѣтокъ. Послѣднія мѣстами походятъ на клѣтки надпочечника, мѣстами носятъ полиморфный характеръ (круглыя, веретенообразныя, цилиндрическія, полигональныя и др.). Гигантскихъ клѣтокъ между ними много. Каждый узелъ окруженъ нѣжной соединительно-тканной капсулой, цѣлость которой въ нѣкоторыхъ узлахъ нарушена и даже видно, какъ клѣтки новообразованія заползаютъ по межклеточнымъ пространствамъ и инфильтрируютъ ткань брыжжейки.

Метастазы въ мозгу двоякаго рода: одни величиной съ конопляное зерно, другіе—съ горошину. Какъ тѣ, такъ и другіе окружены узкимъ геморрагическимъ поясомъ, состоящимъ подъ микроскопомъ изъ подвергнувшейся зернистому распаду мозговой ткани и крови. Ткань метастаза составляютъ, въ первомъ случаѣ, капиллярная строма, образующая различной величины, круглыя и овальныя альвеолы, и паренхиматозныя клѣтки вполне похожія на клѣтки коркового вещества нормальнаго надпочечника и сердечнаго метастаза. Среди нихъ много клѣтокъ, совершенно свѣтлыхъ, прозрачныхъ, какъ въ 1-мъ отдѣлѣ главной опухоли.

Въ метастазахъ 2-го рода на ряду съ такимъ строеніемъ, сохранившимся на очень ограниченномъ пространствѣ, имѣется другое. Именно, большая часть узла состоитъ изъ ряда кистообразныхъ пространствъ, выполненныхъ кровью. Стѣнку ихъ составляетъ запусѣвшій или переполненный кровью капилляръ съ сидящими на немъ вышеописанными опухольными клѣтками, не рѣдко сильно уплотненными подъ вліяніемъ давленія на нихъ крови. Очень многія изъ паренхиматозныхъ клѣтокъ содержатъ въ большомъ количествѣ кровяной пигментъ, не дающій реакціи на желѣзо.

Въ периаортальныхъ лимфатическихъ железахъ брюшной полости строеніе такое же, какъ и въ брыжжейкѣ.

Такимъ образомъ, въ лѣвомъ надпочечникѣ имѣется злокачественная опухоль, захватившая послѣдовательно соответственную почку и давшая многочисленные метастазы по различнымъ органамъ. Мы думаемъ, что опухоль принадлежитъ надпочечнику, а не почкѣ на основаніи макро- и микроскопическихъ свойствъ ея: наиболѣе сильный распадъ, наиболѣе старая часть ея принадлежитъ отдѣлу опухоли, соответствующему какъ разъ анатомическому положенію надпочечника. Чѣмъ дальше отъ него книзу, тѣмъ ткань опухоли представляется лучше сохранившейся. Наиболѣе старая часть ея, не подвергшаяся распаду только въ самыхъ периферическихъ участкахъ, сохранила мѣстами группировку и морфологическія свойства клѣтокъ, присущія substant. fasciculat. нормальнаго надпочечника. Паренхиматозныя клѣтки ея, полигональной и цилиндрической формы, почти совершенно прозрачны благодаря присутствію въ нихъ жира и гликогена. Мѣстами опухоль принимаетъ аденоматозный характеръ, при чемъ железистыя образованія носятъ своеобразный отпечатокъ: membrana propria у нихъ отсутствуетъ и состоятъ они изъ капилляра, покрытаго однимъ рядомъ цилиндрическихъ клѣтокъ.

Перешедши на почку, опухоль пріобрѣтаетъ ангиоматозный характеръ (перителіальный), сохранивъ только кое-гдѣ, на границѣ съ 1-мъ отдѣломъ, прежнее расположеніе клѣтокъ. Послѣднія теряютъ здѣсь прозрачную протоплазму и отличаются большимъ полиморфизмомъ; среди нихъ, кромѣ того, появляется много гигантскихъ клѣтокъ. Перителіальное строеніе сравнительно часто уступаетъ свое мѣсто кистознымъ и кистозно-капиллярнымъ образованіямъ, также впрочемъ построеннымъ, какъ только что упомянутыя железистыя.

Громадные экстравазаты, кистозныя, кровяныя пространства, распадъ и дегенерация паренхимы и соединительной ткани, сопровождающей капиллярную строму, еще болѣе разнообразятъ строеніе данной опухоли. Что касается метастазовъ, то они въ однихъ органахъ построены такъ же, какъ материнская ткань (легкое, брыжжейка), въ другихъ совершенно иначе, какъ, напримѣръ, въ сердцѣ, гдѣ часть походитъ на полиморфную саркому, а часть на substantia fasciculat. нормальнаго надпочечника, какъ это видно изъ рисунковъ 9-го и 10-го.

Девятый случай. Случайная анатомическая находка у больной, 29-и л., умершей послѣ операціи Talma, произведенной по поводу цирроза печени. Выдержка изъ протокола вскрытія (В. В. Воронинъ): «Hypernephroma glandulae suprarenalis; atrophie renis sinistri e compressione. Metastasis per continuitatem in venam renalem sinistr. et in venam cavam infer. Metastasis in hepate. Hyperaemia venosa et oedema pedis utriusque».

Величина опухоли $16 \times 15 \times 8$ сант. Опухоль охватила почку съ верхне-внутренней стороны, оттѣснивъ ее книзу, кнаружи. Почка сдавлена, мала, но капсула ея опухолью не прорасла».

Микроскопическое изслѣдованіе.

При маломъ увеличеніи (объек. 2, окул. I. Leitz'a) прежде всего бросается въ глаза громадное количество экстравазатовъ и рѣзко выраженное дольчатое строеніе опухоли. Последнее получилось благодаря разбросаннымъ по ней въ большомъ количествѣ соединительно-тканнымъ прослойкамъ, образующимъ дольки величиной отъ 2,5 милл. до 2 сант. въ діаметрѣ. Часть изъ нихъ беретъ начало отъ капсулы, покрывающей опухоль со всѣхъ сторонъ и состоящей, какъ показываетъ большое увеличеніе (объек. 4,6 и Immers. Leitz'a), изъ склерозированной, бѣдной клѣтками и сосудами, соединительной ткани. Также построены и соединительно-тканныя прослойки, но многія изъ нихъ находятся въ состояніи отека и гіалинового перерожденія и содержатъ кромѣ того большія количества черно-бураго пигмента, не дающаго реакціи на желѣзо. Опухоль составляютъ кровеносныя капилляры и сидящія на нихъ въ 1—2 ряда клѣтки новообразованія. Капилляры, идущіе одни или въ сопровожденіи соединительной ткани, не придаютъ опухоли того альвеолярнаго характера, который мы видѣли въ первомъ отдѣлѣ 8-го случая, а также распредѣляются, какъ во второмъ и третьемъ отдѣлѣ его. Очень часто (больше, чѣмъ наполовину) капилляры гіалиново-перерождены.

Паренхиматозныя клѣтки полигональной, рѣже цилиндрической формы имѣютъ свѣтлую, прозрачную, почти не окрашенную гематоксилиномъ и эозиномъ протоплазму. Только въ немногихъ мѣстахъ на периферіи протоплазма слабо окрашена и представляется тогда зернистой. Размѣры клѣтокъ $85 \mu \times 58 \mu$ (при самой малой $41 \mu \times 34 \mu$ и самой большой $100 \mu \times 75 \mu$). Ядро круглое, пузырьковидное, съ однимъ ядрышкомъ, окрашивающимся больше частью отъ эозина въ ярко розовый цвѣтъ. Размѣрами оно въ 3—3,5 раза меньше клѣтки. Какъ мы уже отмѣтили, опухоль эта

богата экстравазатами. Можно сказать, что нѣтъ ни одного участка на протяженіи хотя бы одного поля зрѣнія микроскопа (при объек. 4 и окул. 1), гдѣ бы не было крововизліянія. Многія доли сплошь подрядъ заняты имъ. Причѣмъ въ нѣкоторыхъ изъ нихъ кровь свернулась и организовалась; другія уже замѣнены цѣликомъ гіалинизированной соединительной тканью, представляющей подъ микроскопомъ въ видѣ сплошнаго гомогеннаго пространства, окрашеннаго (по V. Gieson'y) въ яркій гранатно-красный цвѣтъ, съ разбросанными по немъ кое-гдѣ круглыми ядрами паренхиматозныхъ клѣтокъ или вытянутыми и попарно лежащими клѣтками сосудистаго эндотелія. Часто въ такихъ участкахъ лежитъ въ большомъ количествѣ кровородный пигментъ (гемосидеринъ). Также же, какъ и въ 8-мъ случаѣ, въ опухоли имѣется много кистозныхъ образованийъ обязанныхъ крововизліянію. Прилегающая почка находится въ состояніи рѣзкой атрофіи и интерстиціального перерожденія отъ давленія.

Такимъ образомъ, данная опухоль, принадлежащая лѣвому надпочечнику, построена по типу перителіомы: рядъ кровеносныхъ капилляровъ и сидяція на нихъ въ 1—2 ряда клѣтки новообразованія. По характеру клѣтокъ она походитъ на первый отдѣлъ предшествовавшаго случая; по распредѣленію сосудовъ на 2-ой и 3-ій отдѣлы его. Отличается она обиліемъ экстравазатовъ, некрозовъ и большою склонностью къ гіалиновому перерожденію стромы, что придаетъ ей своеобразный видъ.

Десятый случай. Изъ исторіи болѣзни видно, что больная, 69-и лѣтъ, поступила 10 декабря 1906 года, а умерла 14 декабря того же года въ терапевтическомъ отдѣленіи Харьковской Губернской Земской больницы при постепенномъ упадкѣ сердечной дѣятельности. *Клиническій діагнозъ:* Neoplasma abdominis.

Важнѣйшія данныя изъ протокола вскрытія.

Наружныя покровы на груди и верхнихъ конечностяхъ бураго цвѣта, въ остальныхъ частяхъ тѣла—блѣднаго. Подкожная клѣтчатка груди, живота и нижнихъ конечностей въ состояніи сильнаго отека. Черепная полость—безъ особыхъ измѣненій. *Грудная полость.* Въ полости праваго плеврального мѣшка 2 литра желтоватой прозрачной жидкости съ плавающими въ ней фибринозными

свертками. Правое легкое—маловоздушно, вѣсомъ 495,0. Плевра покрыта густой сѣтью фибрина, подъ которой находится въ громадномъ количествѣ просвѣчивающіеся бугорки. На плеврѣ, кромѣ того, разбѣяны мелкіе, блѣдно-сѣраго цвѣта узелки, величиной съ просіяное зерно и немного больше. Легочная артерія у корня содержитъ мозговидно рыхлую массу новообразованія, которая продолжается далеко въ глубь, въ паренхиму легкаго. Верхушка *праваго легкаго* содержитъ плотноватый узелъ, величиной съ грецкій орѣхъ, состоящій на разрѣзѣ изъ сѣрыхъ, плотныхъ казеозныхъ массъ, съ булавочную головку и горошину. Въ бронхіальныхъ железахъ—омѣлоторенный казеозный фокусъ. Ткань легкаго на разрѣзѣ темно-вишневаго цвѣта, содержитъ узелки новообразованія, сидящіе въ сильно склерозированныхъ вѣтвяхъ легочной артерій. Въ нижней долѣ подъ плеврой разбѣяны казеозные сухіе сѣроватые очаги величиной съ горошину. *Лѣвое легкое* отечно, вѣсомъ 530,0; края его слегка эмфизематозны; ткань его на разрѣзѣ красно-бураго цвѣта, содержитъ въ вѣтвяхъ легочной артерій желтоватаго цвѣта опухолевые эмболы. Въ полости плеврального мѣшка 300 к. с. прозрачной, кровянистой жидкости. Плевра приращена въ области 6, 7-го реберъ между задней и средней аксиллярными линіями. *Сердце* смѣщено влѣво. Въ полости околосердечной сорочки 20 к. с. прозрачной жидкости. Размѣры его: 9 сант. длины и 10 въ поперечникѣ. Размѣры праваго желудочка 8×4 сант. Arter. coron. извита, склерозирована. Лѣвое венозное отверстіе пропускаетъ 1 палецъ, а правое 2. Valvul. bicuspid. склерозирована съ отложеніемъ извести. Клапаны аорты также склерозированы, точно такъ же, какъ эндокардій. Сосочки мышцы и мясистыя перекладки истончены. На внутренней поверхности аорты въ началѣ нисходящей части ея—склеротическія бляшки. На наружной поверхности перикардія справа имѣется густое высыпаніе просвѣчивающихъ бугорковъ съ отложеніемъ на нихъ фибрина. *Брюшная полость.* Въ брюшной полости 750 к. с. опалесцирующей жидкости. *Селезенка* 11×7×2½ сант., вѣсомъ 120,0. Капсула ея утолщена, трабекулы выражены рѣзко. Пульпа красно-бураго цвѣта выскабливается плохо. Arter. lienal. склерозирована. *Лѣвая почка* 11×7×4 сант., вѣсомъ 150,0. Капсула снимается съ нѣкоторымъ трудомъ. Поверхность гладкая, границы между слоями выражены не особенно ясно. Свѣтло-розовый цвѣтъ медулярнаго вещества постепенно переходитъ въ блѣдно-желтый корковаго. Жира около лоханки много. Arter. renalis. склерозирована. Vena renal. сильно расширена и пропускаетъ указательный палецъ. *Лѣвый надпочечникъ* вѣсомъ въ 5,0; мягкой консистенціи. Медулярное его вещество окрашено въ темно-бурый цвѣтъ, а мозговое въ желтый. *Печень* 27×18×12×8 сант. Вѣсъ 1750,0. На передней поверхности лѣвой доли находится шаровидный узелъ съ рѣзкими границами сѣровато-желтаго цвѣта, діаметромъ въ 3 сант. Ткань его рыхлая, легко рвущаяся, содержитъ очаги размягченія съ кровоизліянiями. На

нижней поверхности правой доли также имѣется мозговидная, крошковатая масса новообразованія, величиной съ яблоко, идущая къ воротамъ печени; такого же характера узелъ новообразованія—и на наружномъ краѣ правой доли, но величиной съ голубиное яйцо. Vena porta совершенно свободна, печеночныя же вены закупорены новообразованіемъ, проросшимъ сюда изъ нижней полой вены. Ткань печени отличается темно-бурой окраской и сильной венозной гипереміей. Границы между дольками ясны, рисунокъ печени мускатный. Со стороны желудочно-кишечнаго тракта, поджелудочной железы, брызжеечныхъ и забрюшинныхъ железъ, половыхъ органовъ, мочевого пузыря и костной системы ничего особеннаго.

Въ правой половинѣ живота находится опухоль, которая верхнимъ своимъ концомъ тѣсно примыкаетъ къ нижней поверхности печени и въ одномъ участкѣ правой доли, гдѣ имѣется вышеупомянутый распадающійся узелъ новообразованія, сращена съ нею, или точнѣе говоря, враста въ нее. Нижнимъ своимъ концомъ она врѣзывается въ почку, отгѣснивши ее въ правую подвздошную ямку. Наружный край опухоли подходит вплотную къ брюшной стѣнкѣ, а внутренний въ средней своей части заходитъ влѣво за позвоночный столбъ. По всей передней поверхности опухоль покрыта брюшиной, черезъ которую просвѣчиваетъ сильно развитая сѣтъ варикозно расширенныхъ венозныхъ сосудовъ. Впереди нея находится: вверху—печень, посрединѣ и внизу—colon ascend. transvers. et coesum, каковыя органы она отодвинула слегка влѣво, нигдѣ съ ними не срастаясь. По внутреннему ея краю и отчасти заходя на ея переднюю поверхность идетъ, въ видѣ цилиндра съ діаметромъ въ 6 сант., нижняя полая вена, выполненная массой новообразованія, начиная отъ мѣста впаденія ven. renal. и до праваго предсердія.

Опухоль имѣетъ форму неправильнаго овала: нижній ея полюсъ, врывающійся въ почку, болѣе узокъ, чѣмъ верхній, примыкающій къ печени и врастающій въ нее. Размѣры ея: длина 18 сант., ширина посрединѣ 15, вверху 12 и внизу 10 сант. Вѣсъ ея вмѣстѣ съ почкой 1200,0. Опухоль бугристая, эластической консистенціи, окружена капсулой. На разрѣзѣ она обнаруживаетъ дольчатое строеніе, благодаря соединительно-тканнымъ прослойкамъ, пронизывающимъ ее въ различныхъ направленіяхъ. Опухоль мягкой консистенціи, желтаго цвѣта, переходящаго мѣстами въ лимонно-желтый, сѣро-красный и красный; послѣдніе 2 оттѣнка объясняются кровоизліянiями, богатствомъ которыхъ отличается данная опухоль. По периферіи новообразованіе окружено слоемъ полупросвѣчивающей блѣдно-сѣрой ткани. Большая часть центра и верхняго полюса опухоли въ общемъ распалась, и распавшаяся масса напоминаетъ содержимое дермоидныхъ и атероматозныхъ кистъ. Масса опухоли проросла правую почечную вену, уничтоживъ почти весь верхній полюсъ почки. Оставшаяся часть правой почки по консистенціи и

окраскѣ ничѣмъ не отличается отъ выше описанной лѣвой. Правого надпочечника нѣтъ. Мѣсто его занято вышеописанной опухолью.

Diagnosis anatomica. Anaemia cerebri. Synechiae pleurae lateris sinistri. Embolia hypernephromatica arteriae pulmonalis sinist-rae. Oedema et emphysema pulmonis sinistri. Exudatum pleuriticum serofibrinosum dextrum tuberculosum. Induratio nigra et tuberculo-sis apicis dextri, inde tuberculosis miliaris pleurae dextrae costalis et pulmonalis. Embolia pulmonis dextri. Collapsus pulmonis dextri. Hydrothorax sinistri. Atrophia cordis fusca. Cirrhosis valvul. bicus-pidal. et valvularum aortae. Degeneratio myxomatodes epicardii. Sc-lerosis arteriae coronariae. Calcinatio glandularum bronchialium. Hypernephroma glandulae suprarenalis dextrae. Thrombosis venae cavae inferior. et venarum hepatic. Sclerosis aortae, arteriarum extremitatum superior. et inferiorum. Metastasis hepatis. Hepar mo-schatum. Induratio cyanotica et atrophia lienis. Atrophia et anaemia renum. Anaemia intestinorum et ventriculi. Ascites. Anasarca extre-mitatum inferiorum. Medulla ossea splenoidea. Infarctus uteri chroni-cus. Atrophia cicatricosa ovariorum.

Микроскопическое описаніе.

На свѣжихъ расщипанныхъ препаратахъ видны (при объек. 4 и 6 Leitz'a) разнообразной формы эпителиальныя клѣтки: полиго-нальныя, круглыя, овальныя и веретенообразныя. Протоплазма ихъ содержитъ въ большомъ количествѣ зернистыя образованія, часть которыхъ растворяется отъ прибавленія уксусной кислоты, часть отъ спирта, часть остается неизмѣненной при дѣйствіи того и дру-гого реактива.

Уплотненные и окрашенные препараты показываютъ, что большая часть новообразованія состоитъ изъ распада. Исключеніе составляютъ периферическія части и нижняя $\frac{1}{3}$ его, уничтожив-шая верхнюю половину правой почки.

При маломъ увеличеніи находимъ, что опухоль покрыта кап-сулой, отъ которой отходятъ трабекулы, разбивающія ее на доли, какъ и въ предшествовавшихъ случаяхъ. Въ капсулѣ обращаютъ вниманіе расширенныя кровеносныя сосуды, въ опухоли—ея альвео-лярный характеръ. Большое увеличеніе (объек. 4, 6 и имерс. Leitz) показываетъ, что капсула состоитъ изъ соединительно-тканныхъ волоконъ, причемъ ближайшая къ опухоли часть бѣдна клѣтками, а чѣмъ дальше отъ нея, тѣмъ количество клѣтокъ дѣлается больше. Бросавшіеся въ глаза при маломъ увеличеніи кровеносныя сосуды принадлежатъ большей частью растянутымъ венамъ и капиллярамъ.

Артеріи представляются суженными, иногда, до полного уничтоже-нія просвѣта благодаря тромбу и endarter. obliterans. Кое-гдѣ въ капсулѣ попадаются обрывки гладкихъ мышечныхъ волоконъ, а на границѣ съ опухолью—скопленія круглоклѣточного инфильтрата. Мѣстами въ ней имѣются очаги обызвѣствленія, и въ нѣкоторыхъ сосудахъ ея—одиночныя опухольныя клѣтки. Трабекулы образованы склерозированной и гиалиново перерожденной, иногда отечной сое-динительной тканью.

Строма опухоли состоитъ изъ капилляровъ, образующихъ не-правильной круглой и овальной формы альвеолы, которыя мѣ-стами представляются сильно вытянутыми. Величина альвеолъ отъ $126 \mu \times 221 \mu$ до $510 \mu \times 272 \mu$. Капилляры больше идутъ одни, рѣже въ сопровожденіи соединительной ткани, находящейся очень часто въ состояніи склероза и гиалиноваго перерожденія.

Промежутки между капиллярами выполнены паренхиматозными эпителиальными, полигональной формы, свѣтлыми клѣтками съ хо-рошо окрашеннымъ ядромъ. Клѣтки сидятъ прямо на сосудахъ и сдавливаютъ ихъ, зачастую, до полного уничтоженія просвѣта, а, изрѣдка, и стѣнки капилляра, такъ что только сохранившійся кое-гдѣ эндотелій указываетъ на когда-то здѣсь существовавшій ка-пилляръ. Если срѣзъ проходитъ перпендикулярно къ кровеносному сосуду, то ясно видно, какъ послѣдній охватывается тѣсно сидя-щими прозрачными полигональными клѣтками, часть которыхъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ потеряла свои ядра.

Паренхиматозныя клѣтки обладаютъ хорошо обозначенными границами, свѣтлымъ прозрачнымъ тѣломъ. Послѣднее при увеличеніи въ 800 и 1300 представляется какъ бы пустотой, пронизанной кое-гдѣ зернистыми протоплазматическими нитями, слегка окрашенными гематоксилиномъ или эозиномъ, или же усыпанной маленькими про-топлазматическими зернами, распределенными безпорядочно по всей клѣткѣ. Обычная полигональная форма клѣтки сравнительно часто мѣняется на неправильно круглую, овальную и цилиндриче-скую. Средняя величина клѣтки $58 \mu \times 38 \mu$ (при самой малой $27 \mu \times 22 \mu$ и самой большой $80 \mu \times 70 \mu$). Ядро пузырьковидное, круглой или овальной формы съ хорошо окрашенной гематоксили-номъ хроматиновой зернистостью и 1—2 рѣзко очерченнымъ яд-рышкомъ, которое часто окрашивается (при гематоксилино-эозиновой окраскѣ), не гематоксилиномъ, а эозиномъ.

Почти каждая клетка имеет хорошо окрашенное ядро, помещающееся обыкновенно несколько эксцентрически. Сравнительно немногие клетки потеряли свои ядра и превратились в кругловатые или полигональные образования, частью совершенно прозрачные, частью с слабо окрашенной гематоксилином зернистостью. Некоторые ядра бледно окрашены с редкими зернами хроматина. Изредка попадаются вакуолизированные ядра. Вакуоли в таких случаях обычно занимают центр, а вокруг них распределяются хроматиновые зерна. Многие ядра бугристы и бледно окрашены, другие сморщены и почти черного (от гематоксилина) цвета — пикноз ядра. Количество их в клетках 1, реже 2. Размеры они в 2 раза меньше тела клетки.

Рядом с только что описанными участками встречаются другие, несколько иначе построенные. И здесь строму составляют капилляры, но только их постоянно сопровождает в небольшом количестве соединительная ткань. Альвеолы — больше вытянутые. Капилляры иногда распределяются таким образом, что паренхиматозные клетки идут в виде колонок, столбов, как in substant. fasciculat. нормального надпочечника, иногда же разбросаны по опухоли без всякого порядка. Паренхиматозные клетки, обнаруживающие и здесь такое же тесное отношение к капиллярам, более полиморфны, более богаты зернистой протоплазмой. Местами последние компактна, хорошо окрашена гематоксилином и эозином. Границы клеток сильно затусованы, так что о точном изменении их не может быть речи.

Клеточные ядра не имеют такой правильной круглой и овальной формы: они здесь часто обезображены. Окраска их то интенсивная, то, наоборот, очень слабая, с еле сохранившимися контурами (кариолиз). Иногда от ядра остается только несколько хроматиновых зернышек (кариорексия).

В участках нижней трети опухоли, лежащих ближе к уцелевшей почечной ткани, обращает внимание ячеистый характер новообразования. Одни ячейки сплошь выполнены опухолью, другие наполовину, а третьи совсем пусты. Образованы они, видимо, на счет интерстициально измененной почки, так как их составляет соединительная ткань, содержащая в большом количестве мочевые каналы и клубочки. Местами стенки их настолько толсты, что ясно преобладают над паренхимой опухоли. Большинство ячеек выполнено опухолью, рыхло в них сидящей.

что видно было под микроскопом, когда приходилось констатировать на каждом шагу ячейки, где опухолевые клетки удержались только в одной половине, а из другой выпали и завернулись, не потеряв связи с оставшейся в ячейке остальной опухолевой массой. Между ячейками разбросано много вен и капилляров, растянутых клетками новообразования и представляющих на поперечных срезах довольно правильными круглыми образованиями. В кровеносных сосудах, с диаметром менее 1000 μ стромы нет: паренхиматозные клетки рыхло набивают сосуд, отличаясь большим разнообразием, как в форме, так и в величине, но с преобладанием все-таки полигонального типа. Величина клеток начиная от 10 μ и до 70 $\mu \times 45 \mu$. Многие из них богаты кровяным пигментом (гемосидерин). В кровеносных сосудах большего диаметра и в выше упомянутых ячейках уже ясно констатируется сосудистая капиллярная строма, с сидящими на капиллярах опухолевыми клетками. Капилляры тут реже образуют альвеолы, чаще просто беспорядочно разбросаны по паренхиме. Опухолевые клетки, полигональной и цилиндрической формы имеют то слабо, то более или менее сильно окрашенную протоплазму. Сравнительно не редко форма их подвергается различного рода вариациям, принимая круглый, овальный, веретенообразный и др. вид. Средняя величина их большая, чем в прежних участках: 85 $\mu \times 68 \mu$ и между ними — много гигантских клеток, размером 136 $\mu \times 100 \mu$. Ядра этих клеток ничем не отличаются от прежних, если не считать часто встречающихся между ними гигантских ядер, размером 63 $\mu \times 40 \mu$. Многие ячейки выполнены совершенно прозрачными клетками.

В некоторых ячейках опухоль принимает ясный сосочковый характер, причем сосочки состоят из слабо оканчивающегося капилляра, покрытого 1-м рядом клеток новообразования.

Среди паренхимы, вблизи стенки ячейки, можно иногда видеть остатки почечной ткани, в виде атрофированных и сильно сдавленных мочевых канальцев и клубочков. Опухоль во всех своих частях богата кровоизлияниями. Кровь распределяется то в виде небольших скоплений, часто единичных экземпляров среди паренхиматозных клеток, то в виде больших экстравазатов, занимающих не только целые альвеолы, но даже доли, и представляется местами мало измененной, местами свернувшейся. Фибринные массы подвергаются соединительно-тканной органи-

зацин и гiалинозу, какъ это наблюдалось нами въ одномъ изъ послѣдующихъ случаевъ, о чемъ будетъ сказано ниже. Большая часть опухоли, повторяемъ, состоитъ изъ распада, въ которомъ, кромѣ зернистыхъ массъ, гiалиново перерожденныхъ трабекулъ, изрѣдка сохранившихся сосудовъ и кристалловъ холестеарина ничего другого не удалось найти. Въ хорошо сохранившейся части опухоли, т. е. на периферіи и въ нижней трети ея, много милиарныхъ некрозовъ.

Заканчивая описаніе материнской опухоли, мы должны еще указать, что въ нѣкоторыхъ своихъ участкахъ, лежащихъ ближе къ центру, тамъ, гдѣ имѣется сильное гiалиновое перерожденіе стромы, опухоль пріобрѣтаетъ сходство съ цилиндромой, какъ это наблюдалось въ 7-мъ случаѣ. Такіе участки рѣдки. Въ удѣлѣвшей почечной паренхимѣ, находящейся въ состояніи интерстиціального и отчасти паренхиматознаго воспаленія, разбросаны тамъ и сямъ немногочисленные отдѣльные опухолевые узлы, сидящіе въ кровеносныхъ сосудахъ, и въ своемъ строеніи ничѣмъ не отличающіеся отъ вышеописанныхъ, сидящихъ въ сосудахъ среди ячеекъ.

Прозрачность и свѣтлый видъ клѣтокъ могутъ быть отнесены на счетъ жира и гликогена, богатствомъ которыхъ онѣ отличаются. Жиръ, кромѣ того, содержится, но въ малыхъ количествахъ и въ видѣ мельчайшихъ зернышекъ, въ клѣткахъ съ окрашенной и даже болѣе или менѣе компактной протоплазмой, какъ это доказываютъ осмевые препараты. Эластическая ткань имѣлась только въ сосудахъ капсулы. Реакція на хромаффиновую ткань отрицательна.

Такимъ образомъ, у насъ имѣется злокачественная опухоль праваго надпочечника, давшая метастазы въ легкія и печень. Верхнимъ концомъ своимъ она вторглась въ правую долю печени, а нижнимъ въ правую почку, оттѣснивши ее предварительно въ подвздошную яму. Мы считаемъ, что данная опухоль принадлежитъ надпочечнику, во-первыхъ, на основаніи отсутствія ткани послѣдняго, во-вторыхъ,—болѣе сильныхъ дегенеративныхъ измѣненій въ той части ея, которая соотвѣтствуетъ анатомическому положенію надпочечника и, наконецъ, въ-третьихъ, на основаніи анатомическихъ отношеній къ печени и къ почкѣ. Опухоль носитъ дольчатый характеръ. Каждая долька является довольно типичной перителіомой съ тою только разницей, что на стѣнкѣ сосуда сидятъ полигональныя эпителиаль-

ныя клѣтки, тождественныя клѣткамъ нормального надпочечника и доброкачественныхъ опухолей его. Только въ почкѣ она мѣстами принимаетъ папилломатозный характеръ, приблизительно аналогичный 3-му и 9-му случаямъ.

Однообразное перителіальное строеніе нарушается еще, кромѣ появленія сосочковъ, гiалиновымъ перерожденіемъ стромы, сообщающимъ опухоли видъ цилиндромы, хотя это наблюдается на ограниченномъ пространствѣ и въ немногочисленныхъ участкахъ.

Тромбъ venae cavae inferioris. Тромбъ venae cavae состоитъ, въ периферическихъ частяхъ, примыкающихъ къ сосудистой стѣнкѣ, изъ той же опухоли, что и материнская ткань.

Легочные метастазы распространяются по системѣ arter. pulmonalis. Сосуды малаго калибра, локализирующіеся въ стѣнкѣ легочной альвеолы, выполняются ими сплошь. Въ большихъ сосудахъ, идущихъ рядомъ съ бронхами, всегда между опухолью и сосудистой стѣнкой остается щель, которая можетъ тянуться почти по всей окружности за исключеніемъ той небольшой части, гдѣ опухоль и стѣнка сосуда находится въ интимной связи, составляя какъ бы одно цѣлое. Въ этихъ случаяхъ опухоль, какъ грибокъ, вдается въ сосудистый просвѣтъ, будучи покрыта слоемъ эндотелія, такъ что циркулирующая кровь непосредственно съ нею не соприкасается.

Само новообразование построено по типу перителіомы. Капилляры стромы образуютъ, какъ и въ материнской ткани, причудливую, въ смыслѣ величины и формы петель, сѣтъ, вслѣдствіе чего получаютъ разнообразныя съ внѣшней стороны альвеолы, которыя то сплошь, то рыхло выполнены паренхиматозными клѣтками. Величина ихъ нѣсколько большая, чѣмъ въ материнской ткани: отъ $336 \mu \times 216 \mu$ до $660 \mu \times 360 \mu$. Иногда нѣсколько альвеол сливаются въ одну, когда раздѣляющій ихъ капилляръ уничтожается давленіемъ опухоли.

Относительно рѣдко опухоль прорываетъ стѣнку сосуда, врывается и инфильтруетъ легочную паренхиму. Эндотелій и паренхиматозныя клѣтки обыкновенно въ такихъ случаяхъ перемѣшиваются другъ съ другомъ, и опухоль пріобрѣтаетъ нѣкоторое сходство съ полиморфной саркомой. Опухолевые клѣтки имѣютъ мѣстами свѣтлую, почти прозрачную и не окрашенную протоплазму, мѣстами зернистую, хорошо окрашенную, переходящую иногда въ болѣе или менѣе компактную. Послѣдняго рода клѣтки встрѣчаются рѣже.

Форма клѣтокъ, какъ и въ материнской ткани, полигональная, хотя она здѣсь чаще мѣняется на неправильно круглую и цилиндрическую. Границы ихъ рельефны. Размѣромъ онѣ нѣсколько меньше материнскихъ: $49 \mu \times 36 \mu$ (при самой малой $20 \mu \times 18 \mu$ и самой большой $75 \mu \times 70 \mu$).

Совершенно прозрачная протоплазма въ нихъ рѣдко бываетъ, такъ какъ почти всегда можно констатировать на прозрачномъ фонѣ хотя бы ничтожное количество нѣжныхъ зернистыхъ нитей или просто зеренъ, окрашенныхъ эозиномъ въ свѣтло-розовый цвѣтъ и не имѣющихъ рѣзко обозначенныхъ границъ. Въмѣсто зеренъ иногда бываютъ видны свѣтло-розовые пятна.

Клѣточные ядра пузырьковидны, круглой и овальной формы, съ рѣзко окрашенной гематоксилиномъ хроматиновой зернистостью и большею частью съ однимъ ядрышкомъ, рельефно выступающимъ на синемъ фонѣ ядра, такъ какъ оно довольно часто окрашивается эозиномъ въ розовый цвѣтъ. Сравнительно часто ядра блѣдно окрашены, съ рѣдкой хроматиновой зернистостью или даже безъ нея, но съ сохранившимся розовымъ ядрышкомъ. Иногда отъ ядра остаются только какіе-то блѣдно-синіе клочки, а тутъ же рядомъ въ протоплазмѣ—покинувшія его зерна хроматина. Рѣдко встрѣчаются ядра, окрашенные въ ровный синій цвѣтъ (безъ зернистости) и съ 1—2 ядрышками. Вакуолизированныя ядра также рѣдки. Иногда въ одномъ ядрѣ часть ядрышекъ окрашивается гематоксилиномъ, часть эозиномъ. Есть—такія ядра, субстанція которыхъ представляется гомогенной, начинающей принимать отъ эозина и отъ фуксина (по V. Gieson'y) красный тонъ, переходящій въ нѣкоторыхъ, правда, единичныхъ экземплярахъ въ яркій красный цвѣтъ (гіалинозъ ядеръ). Наконецъ, встрѣчаются сильно обезображенные ядра. По объему ядра въ 2 раза меньше тѣла клѣтки.

Клѣтки 2-го рода, т. е. съ хорошо окрашенной протоплазмой отличаются прежде всего большимъ полиморфизмомъ: тутъ встрѣчаются круглыя, высокія—цилиндрическія, овальныя и веретенообразныя, но чаще всего опять-таки полигональныя. Въ величинѣ своей онѣ такъ же сильно варьируютъ, какъ и въ формѣ: начиная отъ малыхъ размѣровъ ($13 \mu \times 10 \mu$) онѣ доходятъ до гигантскихъ ($234 \mu \times 100 \mu$). Последнихъ клѣтокъ между ними чрезвычайно много: на каждыя 4—5 обыкновенныхъ—одна гигантская. Клѣточные границы ихъ то рѣзки, то совсѣмъ почти не опредѣлимы. Хорошо въ общемъ окрашенная протоплазма при большомъ увели-

ченіи (1800) рѣдко представляется однородной: она или зерниста, или пятниста, или крапчатая. Крапчатость обуславливается присутствіемъ въ ней темно-синихъ (отъ гематоксилина) зеренъ, которыя по виду вполне подходятъ къ хроматиновымъ зернамъ ядра, обыкновенно въ этихъ случаяхъ блѣдно окрашеннаго и почти вовсе не содержащаго хроматина. Протоплазма гигантскихъ клѣтокъ часто бываетъ вакуолизированной. Изрѣдка встрѣчаются въ ней глыбки и шары красного отъ фуксина (V. Gieson) цвѣта—гіалинозъ клѣточной протоплазмы. Явленія фагоцитоза часты. Жертвой его являются кровяные шарики и паренхиматозныя же клѣтки.

Ядра клѣтокъ съ хорошо окрашенной протоплазмой ничѣмъ не отличаются, кромѣ величины, отъ ядеръ свѣтлыхъ клѣтокъ: они нѣсколько больше по отношенію къ клѣткѣ и между ними много гигантскихъ, достигающихъ большихъ размѣровъ, напр. $72 \mu \times 54 \mu$. Гигантскія ядра свойственны гигантскимъ же клѣткамъ.

Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ опухоль напоминаетъ съ перваго взгляда железистую ткань, и именно, поперечные срѣзы железистыхъ ходовъ. Но при болѣе детальномъ разборѣ оказывается, что это обыкновенныя круглыя альвеолы, центральныя клѣтки которыхъ потеряли ядра и окрашенную протоплазму, превратившись въ крупныя пузырьковидныя образованія, въ то время какъ пристѣточные клѣтки сохранились довольно хорошо. Можно подмѣтить рядъ переходныхъ картинъ отъ альвеолъ съ вполне сохранившимися клѣтками къ только что указаннымъ. Экстравазаты въ легочныхъ метастазахъ значительно рѣже, чѣмъ въ материнской ткани. Миліарные некрозы часты. Эластической ткани въ опухоли нѣтъ.

Такимъ образомъ легочные метастазы главнымъ образомъ локализируются по крупнымъ вѣтвямъ *arter. pulm.*, идущимъ вмѣстѣ съ бронхами, и даже такой крупный сосудъ, какъ *arter. pulm. sinist.* у корня легкаго заполненъ опухольной массой, которая продолжается далеко въ паренхиму легкаго, заполняя по пути въ вѣтви ея. Локализція метастазовъ въ мелкихъ сосудахъ, какъ напримѣръ альвеолярныхъ капиллярахъ, бываетъ, но рѣдко. Полной закупорки сосудистаго просвѣта въ крупныхъ вѣтвяхъ мы не наблюдали; всегда между опухольной пробкой и сосудистой стѣнкой остается щель, выстланная эндотеліемъ и часто содержащая свѣжую кровь. Построены легочные метастазы по тому же принципу, что и материнская ткань. Разница только сказывается въ большемъ полимор-

физмъ опухольныхъ кѣтокъ и въ присутствіи болѣе многочисленныхъ гигантскихъ кѣтокъ. Жира и гликогена въ кѣткахъ много.

Печеночные метастазы. Метастатическіе узлы печени не обладаютъ соединительно-тканной капсулой. На границѣ ихъ съ печеночной тканью много расширенныхъ и переполненныхъ кровью сосудовъ и изрѣдка скопленіе кругло-кѣточного инфильтрата. Прилегающая печеночная ткань, въ которой рѣзко выражены явленія застойной гипереміи, располагается круговыми рядами вокругъ опухоли, причемъ кѣтки ея, замѣтно, здѣсь уплощены, будучи сдавлены сильно развитой между рядами печеночныхъ кѣтокъ соединительной тканью. Опухоль во всѣхъ своихъ частяхъ носитъ чисто альвеолярный характеръ. Альвеолы, какъ и въ материнской ткани, образованы капиллярами. Послѣдніе довольно часто идутъ параллельно другъ другу и разбиваютъ паренхиму на столбики-колонны, какъ in subst. fasciculata нормального надпочечника.

Капиллярная сѣтъ рѣзко обозначена, и многіе капилляры не только сохранили свой просвѣтъ, но даже растянуты переполняющей ихъ кровью, что въ легочныхъ метастазахъ и материнской ткани наблюдалось значительно рѣже. Изрѣдка капилляры сопровождаются гиалиново перерожденной соединительной тканью. Величиной альвеолы отъ $70 \mu \times 60 \mu$ до $306 \mu \times 238 \mu$, хотя есть и значительно большія. Относительно кѣтокъ и ядеръ приходится сказать все то же, что говорилось при описаніи легочныхъ метастазовъ. Особенностью можно считать, что гигантскія кѣтки обнаруживаютъ здѣсь тенденцію собираться группами, заполняя иной разъ собой сплошь всю альвеолу.

Экстравазатовъ здѣсь больше, чѣмъ въ материнской ткани. Можно иногда наблюдать, какъ изливающаяся кровь сдавливаетъ и деформируетъ почти до неузнаваемости опухольныя кѣтки.

Опухоль, проросшая изъ нижней полой вены въ печеночныя, въ своемъ строеніи ничѣмъ не отличается отъ вышесказаннаго.

Такимъ образомъ, распространеніе метастазовъ идетъ по печеночнымъ венамъ, въ которыя, какъ мы уже видѣли, опухоль врастаетъ непосредственно изъ нижней полой вены. Система воротной вены свободна отъ опухоли, какъ макроскопически, такъ и микроскопически. Принципъ строенія, свойственный материнской ткани, сохраненъ. Одна только особенность: гигантскія кѣтки собираются группами и нерѣдко альвеола заполняется только ими одна.

Одиннадцатый случай. Больной, 43-хъ лѣтъ, оперированный въ 1902-мъ году въ Харьковскомъ Военномъ Госпиталѣ по поводу раковой язвы языка съ метастазами въ шейныя лимфатическія железы. Черезъ мѣсяцъ больной былъ выписанъ здоровымъ, а черезъ 2 мѣсяца онъ снова поступилъ туда съ параличемъ верхнихъ конечностей, большой опухолью на шеѣ и въ состояніи сильнаго истощенія, отъ чего вскорѣ и умеръ. Въ мочѣ во все время пребыванія больного въ госпиталѣ ничего патологическаго не было найдено. Въ анамнезѣ имѣется lues, бывший въ юношескомъ возрастѣ и лечившійся.

Важнѣйшія данныя протокола вскрытія.

Правая половина шеи занята узловатой опухолью, отдѣльные узлы которой достигаютъ величины небольшого яблока. Подъ однимъ изъ узловъ кожные покровы отсутствуютъ, и въ образовавшееся отверстіе выступаютъ мягкія опухольныя массы. Опухоль эта при надрѣзѣ сѣро-краснаго цвѣта, мягкой консистенціи. Остальные узлы состоятъ изъ двухъ частей: центральной, болѣе мягкой, краснаго цвѣта, и периферической, плотной, бѣлаго цвѣта. Нѣкоторые узлы проникаютъ до позвоночника, узурпируя его какъ спереди, такъ и сзади и обуславливая тѣмъ сжатіе спинного мозга. Такого же характера имѣется небольшая узелъ и на лѣвой сторонѣ шеи.

Слѣва на второмъ ребрѣ, у его грудиннаго края, и на третьемъ, у его угла, имѣются тотчасъ подъ кожей ограниченныя утолщенія, величиной съ волошскій орѣхъ, на разрѣзѣ сѣро-краснаго цвѣта. На пятомъ ребрѣ—такое же утолщеніе, но достигающее размѣровъ кулака годовалаго ребенка. Ребра въ мѣстахъ утолщеній легко подвижны въ своихъ частяхъ. Плевра на соответствующихъ мѣстахъ измѣненій не представляетъ. Въ другихъ же мѣстахъ плевры и оба легкія пронизаны опухольными узлами, величиной отъ горошины до лѣсного орѣха, мягкой консистенціи и бѣлаго цвѣта на разрѣзѣ. Восходящая аорта и противолежащая часть околосердечной сорочки покрыты сплошь мягкими плоскими узлами новообразования, сѣровато-краснаго цвѣта на разрѣзѣ, и достигающими толщины 1 сант. На стѣнкѣ верхней полой вены въ разстояніи 3 сант. отъ впаденія ея въ правое предсердіе расположенъ красноватаго цвѣта съ воронистой поверхностью опухоленный узелокъ, выстоящій въ просвѣтъ сосуда. Опухоленный узелокъ, величиной съ горошину, имѣется въ правой долѣ печени. Почки содержатъ много узловъ, и на нихъ пупкообразныя втягиванія.

Правый надпочечникъ рѣзко увеличенъ, достигая размѣровъ $6 \times 7 \times 7$ с.; на разрѣзѣ собственная его ткань сохранилась только мѣстами по периферіи, въ видѣ узкой полоски. Прочая ткань узла сѣровато-краснаго цвѣта, мягкая, даетъ много соскоба.

Лѣвый надпочечникъ безъ измѣненій. Поджелудочная железа тоже пронизана узлами новообразованія, на слизистой тонкихъ кишекъ—3 плоскихъ узелка, величиной съ 10 к. монету. Подъ кожей головы узелокъ съ 3 коп. монету. Изъ другихъ отклоненій отъ нормы можно отмѣтить: увеличеніе сердца въ объемѣ съ расширеніемъ его полостей и утолщеніемъ мѣстами его эндокардія, *bicuspid. et tricuspid.* и съ небольшимъ склерозомъ его мышцы; далѣе, небольшой старый туберкулезный узелъ въ нижней долѣ лѣваго легкаго, большое скопленіе серозной жидкости подъ твердой мозговой оболочкой спинного мозга, въ грудномъ отдѣлѣ его и наконецъ слѣды стараго сифилиса на костяхъ и кожѣ.

Микроскопическое описаніе.

Отъ всей опухоли сохранилось только нѣсколько кусочковъ и микроскопическихъ препаратовъ.

Собственной капсулы данная опухоль не имѣетъ и ткань ея мѣстами непосредственно примыкаетъ къ ткани надпочечника, мѣстами же къ капсулѣ его. По опухоли разбросаны немногочисленные соединительно-тканнныя прослойки. Строеніе опухоли въ общемъ такое же, какъ и въ предшествовавшихъ случаяхъ: капиллярная строма и сидящія на капиллярахъ въ 1—2 ряда опухольныя клѣтки. Капилляры многократно вѣтвятся и перекрещиваются, отчего получаются или альвеолы, кругловатой и овальной формы, сплошь выполненныя клѣтками новообразованія, или полости, въ которыя вдаются сосочки. Стѣнка полости и сосочки одинаково построены: состоятъ изъ капилляра, покрытаго клѣтками новообразованія. Въ другихъ участкахъ капилляры идутъ, не давая вѣтвей и не перекрещиваясь на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи, въ результатъ чего получаются колонны изъ клѣтокъ, какъ *in substan. fasciculata* нормальнаго надпочечника.

Клѣтки новообразованія полигональной и круглой формы. Преобладаютъ первыя, но и вторыя довольно распространены, особенно въ мѣстахъ, гдѣ имѣется небольшое кровоизліяніе. Въ нѣкоторыхъ полигональныхъ клѣткахъ, тамъ, гдѣ онѣ лежатъ рыхло, разъединенно, существуютъ небольшіе отростки. Средняя величина клѣтокъ $34 \mu \times 31 \mu$ (при самой малой $26 \mu \times 24 \mu$ и самой большой $51 \mu \times 34 \mu$), приблизительно, равняется величинѣ уцѣлѣвшихъ въ этомъ препаратѣ клѣтокъ надпочечника.

Клѣточные ядра, одни слабо окрашены, пузырьковидны, круглы или овальны съ нѣжной хроматиновой зернистостью и однимъ, часто окрашеннымъ азориномъ въ красный цвѣтъ, ядрышкомъ; дру-

гія, наоборотъ, густо окрашены гематоксилиномъ и безъ ядрышка. Явленія шикноза, каріюлиза, каріорексиса въ ядрахъ часты. Количество ядеръ въ клѣткѣ 1, рѣже 2, но изрѣдка доходитъ до 5. Размѣрами они въ 1,5—2 раза меньше тѣла клѣтки. Встрѣчаются и гигантскія ядра, величиной $45 \mu \times 36 \mu$, но въ гигантскихъ же клѣткахъ. Последнія имѣются въ опухоли въ небольшомъ количествѣ и не достигаютъ особенно большихъ размѣровъ. Рѣзко бросается въ глаза богатство этой опухоли экстравазатами какъ старыми, гдѣ кровь свернулась или подверглась уже зернистому распаду, такъ и совершенно свѣжими, среди которыхъ еще хорошо сохранились клѣтки опухоли, содержащія въ большемъ количествѣ кровяной пигментъ (гемосидеринъ). Часто кровеные шарики въ видѣ отдѣльныхъ экземпляровъ или небольшими кучками скопляются среди мало измѣненной опухольной ткани, гдѣ она въ нѣкоторыхъ мѣстахъ вызываетъ разслаиваніе паренхиматозныхъ клѣтокъ другъ отъ друга, и вотъ тутъ приходится видѣть клѣтки съ отростками.

Некрозы какъ милиарные, такъ и массовые встрѣчаются въ опухоли въ большемъ количествѣ. Сохранившаяся надпочечная ткань мѣстами отодвинута опухолью и находится въ состояніи сильнаго сдавленія и интерстиціального перерожденія, мѣстами безъ перемѣнъ, просто примыкаетъ къ опухоли, мѣстами же опухоль врывается между отдѣльными группами клѣтокъ ея, сдавливая ихъ до полной атрофіи и замѣны соединительной тканью.

Всѣ метастазы построены такъ же, какъ главная опухоль.

Такимъ образомъ, данная опухоль въ однихъ участкахъ имѣетъ строеніе перителіомы, напоминая группировкой и характеромъ клѣтокъ *substant. fascicul.* надпочечника, въ другихъ участкахъ—железисто-капиллярной аденомы, какъ это мы видѣли въ 8-мъ и 9-мъ случаяхъ. Клѣтки походятъ большей частью на эпителиальныя и, въ частности, на клѣтки коры надпочечника. Исключеніе составляютъ только отросчатые клѣтки. Намъ думается, что и послѣднія надо причислить къ эпителиальнымъ клѣткамъ и смотрѣть на ихъ отростки какъ на чисто искусственный продуктъ, образовавшійся при раздѣленіи клѣтокъ другъ отъ друга излившеюся кровью. Перехода отростковъ въ соединительно-тканную строма намъ не пришлось наблюдать.

II ГРУППА.

1 отдѣлъ (типическія гипернефромы почки).

Двѣнадцатый случай. Больной И. К., 50-и лѣтъ, газетчикъ, поступилъ въ городское терапевтическое отдѣленіе Александровской больницы г. Харькова съ жалобой на общій упадокъ силъ. Черезъ 8 дней, при явленіяхъ нарастающей сердечной слабости и высокой температуры, онъ скончался съ невыясненнымъ диагнозомъ и съ подозрѣніемъ на *tub. resur.*

При изслѣдованіи мочи во время пребыванія больного въ больницѣ въ ней найдены: щелочная реакція, уд. вѣсъ 1015, слѣды бѣлка, въ осадкѣ подъ микроскопомъ: 1—3 лейкоцита (въ полѣ зрѣнія микроскопа) и кристаллы трипельфосфата.

Важнѣйшія данныя протокола вскрытія.

На выпуклости мозга, между твердой и мягкой оболочками, — отечная жидкость; на твердой оболочкѣ фибринозно-кровянистое отложение. Вещество мозга гиперемировано, отечно. Оба легкія мѣстами приращены, эмфизематозны; въ нихъ разсѣяны казеозные, частью омѣлотовренные узлы. Въ верхней лѣвой долѣ бронхо-пневмонические очаги гепатизаціи съ сухими отложениями фибрина на плеврѣ. Полости сердца расширены; мускулатура сильно дряблая; два изъ клапановъ аорты между собой сращены. Аорта въ восходящей части и частью въ нисходящей представляетъ *intim'u* утолщенной, бугроватой, съ массой мелкихъ бляшекъ. Селезенка увеличена въ 2—3 раза. Капсула напряжена, утолщена; ткань ея темнокрасная, дряблая, содержитъ бѣловатые некротические очаги, часть которыхъ гнойно размячена. Печень увеличена въ правой долѣ. Ткань ея глинистая. Почки увеличены. Въ лѣвой почкѣ имѣется опухоль, величиной съ малое яблоко, мягкой консистенціи и бѣло-желтаго цвѣта на разрѣзѣ. Опухоль обтянута капсулой, отъ которой отходятъ внутрь ея трабекулы. Ткань почки мѣстами гиперемирована, мягковатой консистенціи. Такія измѣненія и въ правой почкѣ. Желудочно-кишечный трактъ безъ особыхъ измѣненій. Мочевой пузырь и *prostate* гипертрофированы. Большой палецъ лѣвой ноги гангренифицированъ. Паховыя лимфатическія железы увеличены, гипертрофированы.

Опухоль обтянута капсулой, наружная часть которой несомнѣнно образована на счетъ почечной ткани, такъ какъ содержитъ въ себѣ атрофированные запусѣвшіе каналы и клубочки. Отъ капсулы отходятъ трабекулы и разбиваютъ опухоль на различной величины доли. Капсула и трабекулы состоятъ изъ склерозированной, бѣдной кѣлками, соединительной ткани. Трабекулы кромѣ того мѣстами гіалиново перерождены, мѣстами отечны. Опухоль составляютъ, въ каждой ея долѣ, нѣжная капиллярная строма и находящаяся съ ней въ тѣсномъ отношеніи паренхиматозныя, полигональной формы, кѣлки.

Капилляры въ периферическихъ участкахъ распредѣляются такъ, что разбиваютъ паренхиму на цилиндры (колонны, столбы) и кругловатыя или овальныя альвеолы, величиной отъ $200 \mu \times 136 \mu$ и до $840 \mu \times 480 \mu$. Въ этой части опухоль имѣетъ поразительное сходство съ корковымъ веществомъ нормальнаго надпочечника, особенно *subst. fascicul.* его (см. рис. 14-й и срав. съ рис. 12-мъ и 15-мъ). Въ центрѣ опухоли констатируется альвеолярный типъ строенія, чередующійся изрѣдка съ неальвеолярнымъ, но при сохраненіи сосудистой стромы, и съ диффузно-кѣлочковымъ, безъ сохраненія послѣдней, по крайней мѣрѣ, рѣзко выраженной. Немногія альвеолы, какъ центральныхъ, такъ и периферическихъ частей образованы не капиллярами, а нѣжной соединительной тканью, какъ это мы видѣли въ 1-мъ, 3 и 4-мъ случаяхъ.

Паренхиматозныя кѣлки сидятъ въ 1—2 ряда на капиллярахъ, имѣютъ нѣжно зернистую, хорошо красящуюся гематоксилиномъ и эозиномъ протоплазму. По направленію къ центру послѣдняя дѣлается свѣтлѣе и прозрачнѣе. Во многихъ центральныхъ участкахъ красящейся протоплазмы почти нѣтъ: отъ кѣлки остаются рѣзко контурированная оболочка и хорошо сохранившееся ядро; подобная картина представлена на рис. 21-мъ, принадлежащемъ другому аналогичному случаю (13-й), о которомъ будетъ сказано ниже.

Прозрачность кѣлки обусловливается, по всей вѣроятности, присутствіемъ жира и гликогена, доказаннымъ соответственными реакціями и окраской.

Во многихъ кѣлкахъ по всей опухоли встрѣчается зернистый коричневатого-желтый пигментъ, не дающій реакціи на желѣзо.

Средняя величина клѣтки съ зернистой протоплазмой $45 \mu \times 36 \mu$ (при самой малой $36 \mu \times 22 \mu$ и самой большой $54 \mu \times 36 \mu$). Прозрачныя клѣтки нѣсколько меньшей величины.

Ядра въ 2,5—3 раза меньше объема клѣтокъ. Форма ихъ круглая или овальная. Многія имѣютъ 1—2 ядрышка, окрашенные эозиномъ въ розовый цвѣтъ. Ядра прозрачныхъ клѣтокъ отличаются полиморфизмомъ. Явленія каріоліза и пикноза въ нихъ часты.

Въ нѣкоторыхъ центральныхъ и периферическихъ участкахъ опухоли къ капиллярамъ присоединяется иногда въ большомъ количествѣ соединительная ткань, какъ это нами было отмѣчено въ одной изъ опухолей надпочечника (3-й сл.). Изрѣдка соединительная ткань начинаетъ проникать внутрь альвеолъ, разъединять паренхиматозныя клѣтки, сдавливать и измѣнять такимъ образомъ ихъ форму на продолговатую, порой даже веретенообразную, приводя ихъ, зачастую, къ полной атрофіи и исчезанію сначала протоплазмы, потомъ ядра. Соединительная ткань въ такихъ случаяхъ часто находится въ состояніи гіалиноваго перерожденія и отека. Въ первомъ случаѣ все поле зрѣнія подъ микроскопомъ представляется состоящимъ изъ рѣзко контурированныхъ, гомогенныхъ, розовыхъ (при окраскѣ по V. Gieson'у), довольно толстыхъ тяжей съ разбросанными между ними кое-гдѣ опухольными клѣтками полигональной и вытянуто-веретенообразной формы, а иногда только ядрами послѣднихъ. Во второмъ случаѣ волокна выглядятъ сильно разбухшими, разъединенными другъ отъ друга, причемъ клѣтки новообразованія, лежащія между ними, часто подъ вліяніемъ отека принимаютъ шарообразную форму и большіе размѣры.

Рѣзко бросается въ глаза богатство данной опухоли крупными тонкостѣнными кровеносными сосудами, заложенными въ трабекулахъ, а иногда прямо среди паренхимы.

Капилляры самой стромы то спавшіеся, то растянутые болѣе или менѣе сильно кровью. Здѣсь также можно наблюдать, какъ и въ третьемъ случаѣ (рис. 2-й), сильное мысообразное вдавленіе паренхиматозныхъ клѣтокъ въ просвѣтъ капилляровъ. Въ крови всѣхъ этихъ сосудовъ нерѣдко попадаются въ отдѣльныхъ экземплярахъ клѣтки новообразованія.

Такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ имѣется доброкачественная опухоль лѣвой почки, построенная аналогично опухолямъ перваго отдѣла первой же группы, т. е. самого надпочечника. Общій

типъ строенія: нѣжная сосудистая или нѣжно соединительно-тканная строма, придающая опухоли альвеолярный характеръ и полигональныя эпителиальныя клѣтки, имѣющія тѣсное отношеніе къ стромѣ. Протоплазма то нѣжно-зернистая, то свѣтлая, прозрачная, стекловидная, содержитъ жиръ и гликогенъ. Во многихъ периферическихъ участкахъ данная опухоль какъ характеромъ клѣтокъ, такъ и расположеніемъ ихъ вполне походитъ на subst. fascicul. нормального надпочечника (см. рис. 14-й и 15-й). Въ центрѣ же она напоминаетъ одинъ изъ случаевъ первой группы, а именно—3-й. Помимо расположенія и морфологическихъ свойствъ клѣтокъ сходство съ этимъ случаемъ заключается еще въ сильномъ развитіи мѣстами соединительной ткани, деформирующей и приводящей къ атрофіи паренхиматозныя клѣтки. Незначительное отступленіе скъзывается въ появленіи диффузно-клѣтчатковаго характера и въ наклонности къ гіалинозу и отеку соединительной ткани, придающимъ своеобразный отпечатокъ опухоли.

Тринадцатый случай.

Краткая исторія болѣзни. Больная М. Г., 53-хъ лѣтъ, поступила въ одну изъ частныхъ хирургическихъ лечебницъ гор. Харькова 14 мая 1903 года по поводу болей въ правой половинѣ живота и гематурии. *Anamnesis.* 4 мѣсяца назадъ у больной, послѣ поднятія тяжести, «что то сорвалось въ области правой почки». Врачъ констатировалъ смѣщеніе послѣдней и предписалъ бандажъ. Мѣсяць спустя появились внезапно сильнѣйшія боли въ правой половинѣ живота, къ которымъ вскорѣ присоединились рвота желчью и кровь въ мочѣ. Подъ вліяніемъ какихъ то лекарствъ боли успокоились, но 28 апрѣля снова возобновились, точно также и рвота. Въ мочѣ: кровь—сгустками. Количество мочи до поступленія въ лечебницу колебалось между 800 и 1500 к. с. въ сутки. Больная происходила изъ здоровой семьи и раньше ничѣмъ не болѣла; имѣла 7 правильныхъ родовъ.

Stat. praes. Въ правой половинѣ живота прощупывалась увеличенная и болѣзненная почка. Моча—желтая, мутная, слабо-кислой реакціи; уд. вѣсъ 1,019; слабые слѣды бѣлка; сахара и желчныхъ пигментовъ не найдено. Въ осадкѣ: слизь, плоскій роговой эпителий, бѣлыя тѣльца (болѣе 100 въ полѣ зрѣнія микроскопа), кристаллы мочевоы кислоты, эпителий пузыря и почек (3—5 экземпляровъ въ препаратѣ). Со стороны другихъ органовъ отклоненій отъ нормы не найдено.

Diagnosis: tumor renis dextri.

Operatio (проф. Тринклеръ): nephrectomia (19—V. 1903 г.).

Количество мочи въ первые 10 дней послѣ операціи колебалось между 300 и 900 к. с. Минимумъ мочи (300 к. с.)—на 5-ый день. Съ 11-го дня количество устанавливается въ 1400 к. с. 8 іюня больная выписана здоровой, и чувствуетъ себя таковой до настоящаго времени.

Макроскопическое описание удаленной почки.

Правая почка размером $13\frac{1}{2} \times 8 \times 7$ сант. Верхняя $\frac{2}{3}$ органа превращены в шаровидную опухоль, мягкой консистенции. На разрезе видно, что опухоль окружена со всех сторон капсулой, от которой отходят прослойки, придающие ей дольчатый характер. Ткань опухоли желтовато-оранжевого цвета, среди которой попадаются небольшие, сфероватые и сферо-красные участки. Нижняя треть почки имеет нормальный вид.

Микроскопическое описание.

Капсула и трабекулы также построены, как и в предшествовавшем одиннадцатом случае, если не считать присутствия в трабекулах большого количества кровеносных сосудов и кое-где кругло-клеточного инфильтрата.

Строение опухоли в общем однообразное: капиллярная строма и сидящая на капиллярах в 1—2 ряда полигональные клетки, с светлой нжно-зернистой, местами почти прозрачной протоплазмой. Средняя величина их $24 \mu \times 18 \mu$ (при самой малой $22 \mu \times 18 \mu$ и самой большой $36 \mu \times 23 \mu$). Границы клеток то резки, то неясны. Капилляры стромы чаще—спавшиеся, пусты. Рже они растянуты кровью, и тогда отчетливо видно, как опухолевые клетки, сильно вдаваясь в просвет капилляра, отделяются от крови последнего только эндотелием. Часто к капиллярам примыкаются нжные соединительно-тканые волокна. Во многих участках строма гиалиново-перерождена.

Распредляются капилляры по опухоли параллельно друг другу и сферобразно, образуя петли, величиной от $85 \mu \times 70 \mu$ и до $250 \mu \times 200 \mu$, благодаря чему получается строение, подобное *zona fascic. et glomerul.* нормального надпочечника. В немногих участках на периферии такое расположение опухолевых клеток и капилляров теряется: паренхиматозные клетки, имеющие несколько меньшую величину и более компактную протоплазму, беспорядочно перемешаны с сосудистым эндотелием. Дело, видимо, в этих атипических местах обстоит так, что при быстром размножении клеток паренхимы и сосудистого эндотелия перевес берет опухоль и не дает последнему образовать сосудистых трубок, или же последние, образовавшись, были разрушены клетками новообразования.

В каждой опухолевой клетке имеется одно пузырьковидное, круглое или овальное ядро, блдное хроматином, по объему в 2 раза меньшее клетки. Мстами попадаются многоядерные клетки. Явления пикноза и карioreкенса часты. В атипических местах ядра бывают треугольные и лопастные.

Экстравазатов в опухоли много. Кровь встречается в виде одиночных экземпляров, небольшими кучками в 10—20 штук и большими очагами. В последнем случае образуются иногда довольно правильные кистозобразные пространства, стьнку которых составляют капилляры, выстланные теми же полигональными светлыми клетками. В крови таких пространств часто плавают обрывки капилляров с сидящими на них опухолевыми клетками или только последние, принимающие иногда шарообразную форму и наполненные кровяным пигментом (гемосидерин). Встречаются в таких пространствах и сосочки (ложные), представляющие из себя остатки альвеолярных стенок, уцльвших на ограниченном пространстве от разрушительного действия экстравазата. Очень часто вокруг кровоизлияний среди паренхиматозных клеток и в них самих имеется гемосидерин.

Кровь экстравазатов в одних случаях свжая, неизменная, в других свернувшаяся, в третьих превратившаяся в зернистый распад, в четвертых подвергнувшаяся организации и даже почти полному замещению соединительной тканью, часто бывающей в состоянии отека или гиалинового перерождения.

Прилегающая к опухоли паренхима почки находится в состоянии интерстициального воспаления и блкового перерождения. Во многих каналах—гиалиновые цилиндры. На границе с опухолью—большие скопления кругло-клеточного инфильтрата.

Таким образом, данная доброкачественная опухоль правой почки, построена также, как предшествовавшая (12-й сл.). Отличается она только присутствием в ней экстравазатов и значительно меньшей величиной паренхиматозных клеток (почти в 2 раза).

II ГРУППА.

2 отдѣлъ (атипическія гипернефромы почки).

Четырнадцатый случай.

Краткая исторія болѣзни. Больной А. К., 53-хъ лѣтъ, поступилъ въ Московскую Старо-Екатерининскую больницу 1/X—1906 г. съ жалобой на сильное кровотечение изъ пузыря.

Anamnes. 4 года тому назадъ больной впервые и притомъ сразу почувствовалъ, что онъ не можетъ мочиться; только черезъ нѣкоторое время послѣ выдѣленія изъ уретры небольшого стуетка крови мочеиспусканіе стало возможнымъ. Въ теченіе цѣлаго года послѣ этого онъ былъ здоровъ. Но потомъ послѣ ушиба лѣваго бока о край бочки у него время отъ времени стала появляться кровь въ мочѣ. 4 мѣсяца назадъ онъ лежалъ въ той же больницѣ съ переполненнымъ кровяными стуетками мочевымъ пузыремъ, которые только съ трудомъ были удалены промываніемъ послѣдняго. Черезъ недѣлю крови уже не было, даже подъ микроскопомъ. Цистоскопія указывала на катарральныя измѣненія пузыря и расширенныя вены въ участкѣ, ближайшемъ къ шейкѣ. Въ области почекъ ничего прощупать не удавалось. Черезъ 2 недѣли больной выписанъ и до конца іюля 1906 года былъ совершенно здоровъ. Съ этого времени до поступления въ больницу у него 2 раза были приступы гематуріи. Кромѣ сказаннаго ничего въ анамнезѣ отмѣтить нельзя.

Stat. praes. Въ мочѣ—слѣды бѣлка. При цистоскопіи: правый мочеточникъ немного расширенъ, вены въ области шейки выражены рѣзко. Прощупывается нижній полюсъ лѣвой почки. При сепарациі пузыря лѣвый катетръ даетъ мочи въ четыре раза меньше праваго; индиго-карминовая проба даетъ для лѣвой почки грязноватое окрашиваніе, моча же изъ правой почки окрашена въ изумрудно-голубой цвѣтъ. Въ мочѣ изъ лѣвой почки: значительное количество бѣлка, гнойныя тѣльца, выщелоченные красные кровяные шарики, эпителий почечныхъ лоханокъ; реакція слабо кислая. Въ мочѣ изъ правой почки: реакція кислая, слѣды бѣлка, отдѣльные лейкоциты. Кріоскопія: лѣвая п. даетъ 0,77, правая 0,85. Суточное количество мочи отъ 1400,9 до 2050 к. с. За 19 дней опухоль значительно увеличилась.

20/X.—Удаленіе почки черезъ «широкій поясничныи разрѣзъ, длиною 25 сант.».

21/XI. Выписанъ здоровымъ. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ; подъ микроскопомъ ничего ненормальнаго.

Макроскопическое описаніе. Удаленная почка представляетъ изъ себя большую, плотную, бугристую, дольчатую опухоль, величиной $18 \times 16 \times 13$ сант. На разрѣзѣ—пестрая картина: многочисленные узлы разныхъ оттѣнковъ—красноватые, бурые, желтые. Почечная ткань почти отсутствуетъ.

Микроскопическое описаніе.

Опухоль лежитъ подъ капсулой почки, нигдѣ ее не прорывая. Соединительно-тканныя прослойки (трабекулы) разбиваютъ опухоль на многочисленные узлы разнообразной величины и формы. Построены трабекулы, приблизительно, такъ же, какъ въ предшествовавшихъ случаяхъ. Отмѣтимъ только, что многія изъ нихъ гіалинизированы или отечны, часто содержатъ кругло-клеточный инфильтратъ. Трабекулы нѣкоторыхъ узловъ проросли опухолью.

Въ опухоли, т. е. узлахъ различается строма и паренхима. Строму составляютъ то соединительная ткань съ проходящими въ ней кровеносными сосудами, то капилляры. Тѣ и другіе придаютъ ей альвеолярный характеръ, какъ и въ предшествовавшихъ 2-хъ случаяхъ, но только альвеолы, имѣющія круглую и овальную форму, отличаются бѣльшей сравнительно величиной (разъ въ 2—3). Столбикообразное распредѣленіе паренхимы, какъ въ 12-мъ случаѣ, рѣдко. Составляющіе строму капилляры и соединительная ткань во многихъ мѣстахъ гіалиново-перерождены. Капилляры большею частью переполнены и растянуты кровью, рѣдко спавшіеся.

Паренхиму составляютъ полигональныя клетки, имѣющія тѣсное отношеніе къ стромѣ и часто мѣняющія свою обычную форму на кругловатую, яйцевидную и изрѣдка цилиндрическую. Протоплазма ихъ—свѣтлая, нѣжно-зернистая, иногда почти прозрачная. Вообще клетки паренхимы очень походятъ на клетки коркового вещества надпочечника. Величина ихъ $30 \mu \times 20 \mu$ (при самой малой $18 \mu \times 16 \mu$ и самой большой $50 \mu \times 27 \mu$).

Клеточныя ядра пузырьковидны, круглой и овальной формы, бѣдны хроматиномъ; по объему они въ 3—3,5 раза меньше тѣла клетокъ. Нѣкоторыя ядра достигаютъ громадныхъ размѣровъ, какъ, напр., $72 \mu \times 54 \mu$, но это только въ гигантскихъ клеткахъ.

Количество ядеръ въ клеткѣ 1, рѣже 2. Въ гигантскихъ клеткахъ доходитъ до 10. Въ каждомъ полѣ зрѣнія микроскопа (при об. 4) имѣется 2—3 гигантскихъ клетки, величиной 180×82 и нѣсколько меньше. Въ протоплазмѣ ихъ можно видѣть изрѣдка обыкновенныя опухольныя клетки, окруженныя вакуолей (фагоцитозъ). Въ малыхъ узлахъ ($100 \mu \times 200 \mu$), ограниченныхъ сильно развитыми трабекулами, стромы часто не бываетъ и опухольныя клетки выполняютъ ихъ сплошь сами безъ промежуточнаго вещества, тѣсно примыкая другъ къ другу. Въ другихъ узлахъ можно

встрѣтитъ такую картину: въ центрѣ растянутая кровью небольшая вена, отъ которой расходятся по радіусамъ капилляры или соединительно-тканые тяжи, усѣянные въ 1—2 ряда клѣтками новообразования.

Въ нѣкоторыхъ периферическихъ участкахъ на границѣ съ ущѣлѣвшей почечной тканью сильно развитая соединительно-тканная строма беретъ перевѣсъ надъ паренхимой. Между толстыми тяжами ея видны тогда кое-гдѣ опухольныя клѣтки, часто сдавленные и атрофированныя. Въ такихъ мѣстахъ опухоль приобретаетъ сходство со скirrosной формой рака.

Экстравазатовъ въ опухоли много, но они не занимаютъ такихъ обширныхъ пространствъ, какъ, напримѣръ, въ 13-мъ случаѣ.

Наклонность опухоли къ некрозу большая. Въ мѣстахъ распада зачастую отлагается известь.

Ущѣлѣвшая почечная паренхима находится въ состояніи интерстиціального (ближе къ опухоли) и бѣлковаго (дальше отъ нея) перерожденія.

Такимъ образомъ, данное новообразование представляетъ изъ себя доброкачественную дольчатую опухоль лѣвой почки съ начинающимся злокачественнымъ перерожденіемъ, въ виду прорастанія ею трабекулъ, окружающихъ отдѣльные узлы. Построена въ большей своей части по типу коркового слоя надпочечной железы, напоминая въ нѣкоторыхъ мѣстахъ морфологическими свойствами своихъ клѣтокъ и расположеніемъ ихъ subst. fascicul. et glomerul. нормального надпочечника, вышеописанныя доброкачественныя опухоли его, а отчасти предшествовавшій 12-й случай. Въ меньшей своей части опухоль походитъ въ мѣстахъ сильнаго развитія соединительно-тканной стромы на cancer scirrhus., а въ участкахъ съ дольками, гдѣ нѣтъ стромы, гдѣ паренхиматозныя эпителиальныя клѣтки лежатъ тѣсно другъ возлѣ друга безъ всякаго промежуточнаго вещества,—на carcin. simplex.

Пятнадцатый случай.

Краткая исторія болѣзни. Больной Г. З., 48-и лѣтъ, поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе Александровской больницы г. Харькова 20 іюля 1907 года съ жалобой на увеличеніе живота.

Anamnesis. Больной происходитъ изъ здоровой семьи и самъ отличался всегда хорошимъ здоровьемъ. Abusus'омъ in Bach. et Vener. не страдалъ. 1½

недѣли тому назадъ у него безъ видимой причины сталъ расти животъ. За 2 недѣли до этого онъ ужалъ и ушибъ лѣвую руку, послѣ чего тамъ появилась опухоль. Вотъ все, что изъ разспросовъ удалось узнать отъ больного.

Status praesens. На лѣвой рукѣ въ области лучеиастнаго сочлененія имѣется опухоль овальной формы, величиной съ куриное яйцо; располагается она на тыльной поверхности и своей главной массой принадлежитъ радіусу, будучи тѣсно съ нимъ спаянная. Животъ сильно вздутъ, напряженъ; при перкуссіи даетъ тимпанитъ въ верхней половинѣ, въ нижней же полную тупость. Печень и селезенка приподняты на 1 ребро. Животъ ясно флюктуируетъ; прощупать въ немъ ничего не удается. Со стороны другихъ органовъ, кромѣ увеличенія сердца вѣво (на 2 пальца за сосковую линію), измѣненій не найдено. Въ мочѣ ничего патологическаго. Съ 23-го іюля по 16-ое августа сдѣлано было 3 пункции живота и выпущено каждый разъ около 10 литровъ кровянистой жидкости, причемъ прощупать тогда какую нибудь опухоль, узелъ или неровность не удавалось. 16-го августа въ хирургическомъ отдѣленіи была сдѣлана пробная лапаротомія, которая указала, что весь сальникъ, печень, брыжжейка и паріетальная брюшина покрыты опухолевидными узлами величиной отъ горошины до лѣсного орѣха, цвѣта блѣдно-розоваго и черно-краснаго. Послѣ резекціи части сальника (для микроскопическаго изслѣдованія), брюшная полость наглухо зашита. На 6-ой день сняты швы: prima intentio; а на 7-ой день больной при постепенномъ упадкѣ сердечной дѣятельности скончался.

Клиническій діагнозъ: Tuberculos. peritonei et articul. manus sinistr.

Важнѣйшія данныя изъ протокола вскрытія.

Черепная полость. Черепъ—доліхоцефалической формы съ тонкими костями и хорошо развитымъ diploë. Твердая мозговая оболочка слегка утолщена; въ субъарахноидальномъ пространствѣ—значительное скопленіе жидкости. Мягкая мозговая оболочка въ области пахіоновыхъ грануляцій также утолщена и желтоватаго цвѣта.

Вещество мозга на разрѣзѣ гладко, блеститъ, молочно-бѣлаго цвѣта; кое-гдѣ выступаютъ въ немъ красныя точки. Въ лѣвой затылочной долѣ, въ бѣломъ веществѣ имѣется узелъ, шаровидной формы, величиной 3×3 сант., состоящій изъ легко рвущейся темно-красной опухольной массы, обнаруживающей на разрѣзѣ большія кровоизліянія, чередующіяся съ небольшими участками сѣро-бѣлаго цвѣта. Въ боковыхъ желудочкахъ—нѣсколько капель прозрачной жидкости. Мозжечекъ и продолговатый мозгъ—блѣдны. Arteria basilaris—спаившаяся. *Грудная полость.* Стояніе діафрагмы справа на 4 ребрѣ, слѣва—4 межреберья. Бронхіальныя железы увеличены до размѣровъ грецкаго орѣха, антракотичны и нѣкоторые изъ нихъ имѣютъ желтоватыя узлы плотной консистенціи. Плевра праваго легкаго содержитъ немногочисленные плоскіе узелки, діаметромъ отъ 3 миллим. до 1 сант., желто-бѣлаго цвѣта. Въ самомъ легкомъ разбросано также небольшое количество желтоватыхъ узелковъ мяг-

кой консистенции, величиной съ горошину; въ центрѣ нѣкоторыхъ изъ нихъ—распадъ шоколаднаго цвѣта. Такіе же узлы и въ такомъ же количествѣ—въ лѣвомъ легкомъ и плеврѣ. Сердце: размѣромъ $9\frac{1}{2} \times 10$ сант.; лѣвый желудочекъ—12 миллим. толщины, правый—5 миллим. Мышцы его плотной консистенции, глинистаго цвѣта и раздавливаются съ нѣкоторымъ трудомъ. Клапаны нормальны.

Полость живота. Вся брюшина, какъ паріетальная, такъ и висцеральная усеяна мелкими узелками, размѣромъ отъ 1 миллим. до 1 сант. въ діаметрѣ; нѣкоторые изъ нихъ сидятъ какъ бы на ножкахъ. Разсѣянные по тазовой брюшинѣ узелки имѣютъ видъ бляшекъ, величиной отъ 20 до 50 копѣчной монеты. Главная масса узелковъ расположена по брыжжейкѣ, преимущественно у прикрѣпленія ея къ тонкимъ кишкамъ; далѣе, въ брюшинѣ, покрывающей мочевой пузырь и прямую кишку, и въ сальникѣ. Послѣдній утолщенъ (до 2 и 3 сант.), доходитъ до уровня пупка; консистенція его плотная. Цвѣтъ всѣхъ этихъ узловъ сѣровато-бѣлый, съ легкимъ красноватымъ оттѣнкомъ; рѣже—желтовато-бѣлый и желтоватокрасный. Консистенція ихъ плотноватая, а въ узлахъ тазовой брюшины твердая. На разрѣзѣ узлы сальника желтоватаго цвѣта съ кровоизліяніями; остальные узлы на разрѣзѣ сѣровато-бѣлаго цвѣта, и кровоизліянія въ нихъ рѣдки. Лѣвая почка увеличена; размѣры ея $14 \times 10 \times 8$ сант. Вѣсъ 420,0. На срединѣ передней ея поверхности, ближе къ наружному краю расположена бугристая опухоль, длиною $8\frac{1}{2}$ сант., шириной и толщиной 6 сант. Опухоль мягкой консистенции, сращена съ capsul. adipos. и лежитъ подъ tunic. propria renis. На разрѣзѣ видно, что опухоль занимаетъ центральную часть почки, оставивши цѣлыми ея верхній и нижній полюсы. Опухоль доходитъ до слизистой лоханки, нигдѣ ея не прорывая. На разрѣзѣ она имѣетъ въ общемъ пестрый видъ: охряно-желтаго цвѣта участки съ точечными кровоизліяніями чередуются съ сѣро-красными, мозговидными, также имѣющими кровоизліянія, но большихъ размѣровъ. Отъ здоровой почечной ткани опухоль отдѣляется рѣзко выраженной соединительно-тканной капсулой. Паренхима ея разбита соединительно-тканными прослойками на отдѣльныя доли. Vena renalis въ hilusѣ закупорена узломъ величиной съ лѣсной орѣхъ, плотно сращеннымъ со стѣнкой сосуда. Правая почка, размѣрами $12 \times 6 \times 3\frac{1}{2}$ сант., вѣсомъ 160,0. Подъ капсулой ея 4 опухолевыхъ узла, діаметромъ отъ 1 миллим. до 1 сант. На разрѣзѣ узлы—блѣдно-розоваго цвѣта, дрябловатой консистенции. Надпочечники безъ перемѣны. Въ печени на выпуклой и нижней ея поверхности расположены плоско выстоящіе узлы, сѣро-краснаго цвѣта.

Въ поджелудочной железнѣ, приблизительно, на срединѣ ея также имѣется узелъ, овальной формы, размѣрами $1\frac{1}{2} \times 6$ сант., блѣдно-желтаго цвѣта, мягкой консистенции. Нижний конецъ лѣваго луча узурированъ опухолью, величиной съ куриное яйцо, на разрѣзѣ сѣровато-краснаго цвѣта, мозговидной консистенции.

Diagnosis anatomica. Hypernephroma malignum renis sinistri. Metastases multiplices peritonei, hepatis, renis et pulmonum. Metastases in lobo occipitali cerebri, pancre. et glandul. bronchial. Exudat. haemorrhagicum cavit. abdominis. Inanitione summa. Anaemia.

Микроскопическое описаніе.

При изслѣдованіи въ свѣжемъ видѣ на расщипанныхъ препаратахъ (объект. 4 Leitz'a) находимъ большія, вытянутыя, грушевидныя, хвостатыя кѣтки съ зернистой протоплазмой, съ большимъ круглымъ ядромъ и 1 рѣзко обозначеннымъ ядрышкомъ. Между краемъ кѣтки и ядромъ остается довольно широкій поясъ протоплазмы. Зернистость послѣдней двоякаго рода: одна мелкая, матовая, усеивающая почти сплошь всю кѣтку, исчезаетъ отъ дѣйствія уксусной кислоты; другая—болѣе крупная, сильно преломляющая свѣтъ отъ дѣйствія уксусной кислоты не исчезаетъ. Попадаются и другой формы кѣтки, какъ-то: цилиндрическія, овальныя, круглыя, полигональныя, но въ значительно меньшемъ количествѣ.

На фиксированныхъ препаратахъ при маломъ увеличеніи (объект. 2 Leitz'a) констатируется въ опухоли альвеолярный типъ строенія, переходящій мѣстами въ диффузно-кѣточковый, въ соединительно-тканной капсулѣ ея—наличность большого количества щелевидныхъ пространствъ, частью пустыхъ, частью наполненныхъ кровью. Эти пространства при большомъ увеличеніи (4, 6 и Immers. Leitz'a) представляются ничѣмъ инымъ, какъ рядомъ тонкостѣнныхъ венозныхъ сосудовъ. Тамъ, гдѣ въ одномъ мѣстѣ ихъ собирается много и они непосредственно примыкаютъ другъ къ другу, раздѣленные толщею своихъ стѣнокъ съ примѣсью небольшого количества соединительной ткани, получается впечатлѣніе кавернозной опухоли. Въ капсулѣ имѣются, кромѣ того, на границѣ съ опухолью въ видѣ отдѣльныхъ небольшихъ пучковъ гладкіе мышечные волокна и облитерированные съ утолщенными и гиалиново-перерожденными стѣнками артеріальные сосуды, а ближе къ периферіи одиночныя мочевые каналы и клубочки, также гиалиново-перерожденные. Если мы еще добавимъ, что изрѣдка въ капсулѣ попадаетъ круглокѣточная инфильтрація и что сосѣдняя почечная ткань находится въ состояніи рѣзко выраженного интерстиціального воспаленія, то этимъ исчерпываются тѣ патолого-анатомическія данныя, которыя представляетъ капсула и примыкающая къ ней почка.

Трабекулы, обуславливающія дольчатое строеніе опухоли, состоятъ изъ отечныхъ, сильно разбухшихъ, бѣдныхъ кѣтками, сое-

динительно-тканыхъ волоконъ, среди которыхъ иногда попадаются атрофированные мочевые каналы. Въ трабекулахъ много кругло-клеточнаго инфильтрата и кровеносныхъ сосудовъ—растянутыхъ венъ и облитерированныхъ артерій. Многія трабекулы гиалинизированы.

Альвеолы опухоли образованы капиллярами, къ которымъ въ участкахъ, ближайшихъ къ трабекуламъ, примѣшивается въ томъ или иномъ количествѣ соединительная ткань. Капилляры обычно сдавлены опухольными клетками и очень часто до уничтоженія просвѣта. Рѣже они растянуты кровью и тогда клетки могутъ вдаваться въ ихъ просвѣтъ, какъ это мы уже видѣли въ нѣкоторыхъ предшествовавшихъ случаяхъ (3-мъ и 14-мъ).

Форма альвеолъ разнообразна: овальная, круглая, вытянутая, вытянуто-овальная, грушевидная. Иногда нѣсколько альвеолъ сливаются въ одну, о чемъ свидѣлствуютъ остатки когда-то бывшихъ между ними перегородокъ. Нѣкоторыя альвеолы имѣютъ въ центрѣ просвѣтъ и придаютъ опухоли въ такихъ участкахъ железистый характеръ, какъ это мы уже видѣли въ одной изъ опухолей надпочечника. Какъ правило же, альвеолы сплошь выполнены паренхиматозными клетками, имѣющими тѣсное отношеніе къ стромѣ.

Преобладающая форма клетокъ—полигональная. Часто она бываетъ цилиндрической и кубической, значительно рѣже круглой. Всѣ перечисленныя формы могутъ встрѣтиться въ одной и той же альвеолѣ; причемъ пристѣнно располагаются обыкновенно полигональныя или цилиндрическія клетки. Средняя величина ихъ $36 \mu \times 27 \mu$ (при самой малой $27 \mu \times 18 \mu$ и самой большой $72 \mu \times 45 \mu$). Круглыя клетки въ среднемъ 36μ . Границы ихъ, большею частью, ясны, хотя иной разъ въ центрѣ альвеолы онѣ затусованы.

Протоплазма въ однихъ клеткахъ свѣтлая, нѣжно-зернистая, слабо окрашенная гематоксилиномъ и эозиномъ, въ другихъ—почти прозрачная и не окрашенная и, наконецъ, въ третьихъ—она болѣе или менѣе компактна и хорошо окрашена вышеназванными красками. Чаше всего встрѣчаются клетки съ нѣжно зернистой и прозрачной протоплазмой. Свѣтлый видъ и прозрачность протоплазмы обуславливается присутствіемъ въ ней жира и гликогена. Жиръ наблюдается въ видѣ мелкихъ и крупныхъ капель, рѣдко закрывающихъ ядро даже въ томъ случаѣ, когда вся клетка почти сплошь представляется черной отъ осмиевой кислоты, гликогенъ же въ видѣ различной величины глыбокъ, а иногда и кругловатыхъ образований. Ядро круглое, пузырьковидное, богатое хорошо окрашенной хроматиновой

зернистостью; оно обладаетъ 1 ядрышкомъ, окрашеннымъ то гематоксилиномъ, то эозиномъ. Кромѣ круглыхъ ядеръ бываютъ овальныя, грушевидныя, въ формѣ сердца, палочковидныя, яйцевидныя и др., но болѣе рѣдко. Количество ядеръ въ клеткѣ 1, рѣже 2 и очень рѣдко 3—4; бываютъ и безъядерныя клетки. Явленія пикноза и каріолиза въ нихъ часты. Въ нѣкоторыхъ ядрахъ хроматиновая зернистость скопляется по периферіи, въ то время, какъ центръ его принимаетъ гомогенную ярко-красную (при V. Gieson'ѣ) окраску (гиалинозъ ядеръ?). Положеніе ядра большею частью эксцентрическое; иногда оно наполовину лежитъ въ клеткѣ, наполовину внѣ ея; а иногда и совсѣмъ покидаетъ клетку. Величина ядеръ въ 3—3,5 раза меньше тѣла клетки.

Довольно часто опухоль теряетъ альвеолярный характеръ и начинаетъ принимать диффузно-клеточковый, какъ это уже мы видѣли въ 11-мъ и 7-мъ случаяхъ. Усиленно размножающійся эндотелій не образуетъ тогда правильныхъ сосудистыхъ трубокъ, а безпорядочно перемѣшивается съ клетками паренхимы (см. рис. 16). Паренхиматозныя клетки такого участка обыкновенно отличаются большимъ полиморфизмомъ. Среди этой диффузно-клеточковой ткани только кое-гдѣ попадаются альвеолы со свѣтлыми клетками. По всей опухоли, но главнымъ образомъ на периферіи, въ болѣе молодыхъ участкахъ ея, имѣются мѣста, рѣзко отличающіяся отъ выше описанныхъ. Это рѣзкое отличіе придаютъ опухольныя клетки, группирующіяся въ болѣе разнообразныя альвеолы. Разница между клетками тѣхъ и другихъ участковъ бываетъ иногда настолько значительной, что является мысль о различномъ ихъ гистогенезѣ, и только въ немногихъ мѣстахъ изъ массы препаратовъ можно было убѣдиться въ одинаковомъ ихъ происхожденіи. Одно изъ такихъ мѣстъ представлено на рис. 17-мъ. Въ центрѣ рисунка видѣнъ капилляръ, верхняя стѣнка котораго усажена прежними, свѣтлыми, прозрачными клетками, а нижняя новыми, отличающимися отъ первыхъ. Тѣсное отношеніе тѣхъ и другихъ клетокъ къ сосудистой стѣнкѣ и принадлежность одному и тому же капилляру не заставляютъ сомнѣваться въ одинаковомъ ихъ происхожденіи. Новыя клетки бросаются въ глаза прежде всего своимъ сравнительно гигантскимъ размѣромъ (онѣ въ 2—4 раза больше свѣтлыхъ), рѣзко обозначенными границами, компактной, сочной протоплазмой, содержащей часто маленькія зернышки, окрашенныя гематоксилиномъ въ темно-синій цвѣтъ. Сравнительно не рѣдко протоплазма ихъ мелко или

крупно вакуолизирована. Форма разнообразная: полигональная, кругловатая, цилиндрическая, грушевидная и кубическая. Сидя на капиллярахъ, клѣтки эти сдавливаютъ ихъ совершенно, такъ что въ рѣдкихъ случаяхъ только можно видѣть просвѣтъ сохранившимся и выполненнымъ кровью. Зернышки протоплазмы, окрашенные гематоксилиномъ въ синій цвѣтъ,—суть хроматиновые зерна, покинувшія ядро. Они встрѣчаются тогда, когда ядро блѣдно окрашено съ кое-гдѣ разбросанными по немъ зернами хроматина, или же совсѣмъ безъ нихъ; по формѣ и тѣмъ и другія вполне идентичны. Реакція ихъ на желѣзо даетъ отрицательный результатъ, къ извести ихъ также нельзя причислить (растворъ азотно-кислого серебра не заставляетъ ихъ бурѣть). Ядра этихъ клѣтокъ ничѣмъ не отличаются отъ прежнихъ кромѣ нѣсколько большей величины. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ можно видѣть, какъ эти клѣтки начинаютъ прорывать капсулу опухоли и заползать между ея волокнами. Многія изъ нихъ имѣютъ по нѣсколько ядеръ, которые иногда принимаютъ гигантскіе размѣры, какъ на примѣръ, $50 \mu \times 30 \mu$. Распредѣляются ядра неравномѣрно. Иногда они сбиваются въ одну кучу, такъ что получается конгломератъ изъ ядеръ, какъ это наблюдалось уже въ одной изъ опухолей надпочечника (7-й случай).

Фагоцитозъ среди этихъ клѣтокъ частъ. Захватываются ими и окружаются вакуолей бѣлые и красные кровяные шарики и соединяются опухолевые клѣтки. Иногда бываетъ видно, какъ клѣтка начинаетъ окружать псевдоподіями другую, рядомъ лежащую, меньшихъ сравнительно съ нею размѣровъ. Удавалось намъ наблюдать въ нѣкоторыхъ, особенно большихъ (гигантскихъ) клѣткахъ, и каріокINETические фигуры, въ видѣ мультиполярнаго митоза (см. рис. 18-й), свидѣтельствующія о томъ, что эти клѣтки не конгломинационные.

Есть въ опухоли участки, гдѣ альвеолы образуются на счетъ соединительной ткани, которая въ мѣстахъ наибольшаго своего развитія преобладаетъ надъ паренхимой. Часто она заходитъ внутрь альвеолъ, разъединяетъ паренхиматозныя клѣтки, сдавливаетъ ихъ, измѣняетъ форму и приводитъ къ атрофіи (см. рис. 19); аналогичное мы уже видѣли въ случаяхъ 12-мъ и 3-мъ (сравн. рис. 1 и 19). Клѣтки такихъ участковъ то богаты хорошо окрашенной протоплазмой, то почти не содержатъ таковой и представляются прозрачными. Не рѣдко такъ сильно разросшаяся строма подвергается процессу гиалинизации, и тогда очень часто встрѣчаются между гиалинизированными волокнами, на ряду съ обыкновенными

характерными опухолевыми клѣтками, вытянутыя веретенообразныя, очень похожія на фибробластовъ. Но при детальномъ осмотрѣ многихъ препаратовъ всегда можно уловить постепенный переходъ отъ полигональных, цилиндрическихъ и овальныхъ опухолевыхъ клѣтокъ, мѣняющихъ свою форму подъ вліяніемъ давленія на нихъ увеличенной и измѣненной стромы, къ вышеупомянутымъ веретенообразнымъ. Въ протоплазмѣ послѣднихъ фибриллей не удавалось подмѣтить, равно какъ не замѣтенъ былъ и переходъ ихъ въ соединяюще-соединительнотканныя волокна. Произошли онѣ по нашему мнѣнію отъ обыкновенныхъ опухолевыхъ клѣтокъ путемъ постепеннаго измѣненія своей формы, какъ акта приспособленія къ измѣнившимся условіямъ со стороны стромы.

Экстравазатовъ въ опухоли много. Кровь въ нихъ то свѣжая, то свернувшаяся и мѣстами подвергшаяся организаціи. Вновь образованная соединительная ткань и фибринъ такихъ экстравазатовъ очень часто подвергаются процессу гиалинизации. Если кровь попадаетъ въ альвеолы съ просвѣтомъ, то получаютъ довольно правильныя кровяныя кистообразныя пространства (см. рис. 20-й), какъ мы это видѣли въ 8-мъ и 9-мъ случаяхъ опухолей надпочечника (рис. 13-й). Въ крови такихъ пространствъ много клѣтокъ новообразования и лейкоцитовъ, содержащихъ кроверодный пигментъ (гемосидеринъ). Выстилающія ихъ стѣнку паренхиматозныя клѣтки давленіемъ крови иногда сильно уплощаются. Что эти пространства не есть измѣненные капилляры, за это говорятъ всѣ тѣ же соображенія, которыя нами высказывались при описаніи аналогичныхъ образований въ 8-мъ случаѣ.

Эластическая ткань въ опухоли отмѣчена нами только въ стѣнкахъ болѣе или менѣе большихъ сосудовъ. Въ стѣнкахъ альвеолъ мы ее никогда не наблюдали. Реакція на хромаффиновую ткань отрицательна.

Такимъ образомъ, передъ нами имѣется злокачественная опухоль лѣвой почки, давшая многочисленныя метастазы по разнымъ органамъ. Строеніе ея отличается большимъ разнообразіемъ, хотя въ общемъ оно носитъ перителіальный характеръ, такъ какъ опухоль состоитъ изъ капилляровъ и сидящихъ на нихъ клѣтокъ новообразования. Въ болѣе старыхъ частяхъ опухоли паренхиматозныя клѣтки имѣютъ свѣтлую и мѣстами почти прозрачную протоплазму, въ болѣе молодыхъ—сочную, густо окрашенную гематоксилиномъ и

эозиномъ. Размѣры первыхъ въ 1,5—3,5 раза меньше вторыхъ, и форма ихъ отличается меньшимъ полиморфизмомъ. Въ протоплазмѣ свѣтлыхъ клѣтокъ содержится жиръ и гликогенъ, въ протоплазмѣ упитанныхъ только жиръ и то въ небольшомъ количествѣ. Въ участкахъ со свѣтлыми клѣтками, на которые падаетъ въ общемъ больше половины опухоли, новообразование походитъ на типическія гипернефромы надпочечника (см. рис. 21 и сравн. съ рис. 4), въ участкахъ же съ упитанными клѣтками на перителіому съ гигантскими клѣтками. Общій перителіальный характеръ опухоли нарушается тѣми немногочисленными участками, гдѣ она дѣлается диффузно-кѣлочковой и напоминаетъ нѣсколько полиморфную саркому (рис. 16), а также тамъ, гдѣ происходитъ сильное развитіе соединительной ткани съ послѣдующимъ гиалиновымъ перерожденіемъ. Между волокнами соединительной ткани остаются узкія щели и небольшія круглыя гнѣзда, въ которыхъ помѣщаются деформированныя и атрофированныя клѣтки новообразованія. Въ такихъ мѣстахъ опухоль можетъ напоминать скirrosный ракъ (рис. 19).

Тромбъ *venae renalis*. Стѣнка *venae renalis* растянута въ значительной степени (раза въ 4), такъ что упругія волокна ея превратились изъ штопорообразныхъ въ прямолинейныя и мѣстами оказываются прерванными. Часть упругихъ волоконъ съ внутренней стороны сосуда отдѣлена прорастающими стѣнку клѣтками новообразованія. На препаратахъ, взятыхъ черезъ весь поперечникъ сосуда, видно, что середина его занята обыкновеннымъ тромбомъ, на долю котораго приходится $\frac{1}{3}$ просвѣта, остальная часть вплоть до стѣнокъ заполнена опухольной массой. Въ ней мы находимъ все тоже, что и въ материнской ткани. Мѣстами расположеніе паренхимы и стромы бываетъ точно такое-же, какъ in *subst. fascicul.* нормального надпочечника (см. рис. 22 и сравн. съ рис. 12).

Въ нѣкоторыхъ участкахъ встрѣчаются, хотя и рѣдко, неправильной формы большія (въ 2—3 раза больше обыкновенныхъ альвеолъ), кистозныя пространства, образованныя капиллярами съ сидящими на ихъ стѣнкѣ въ 1 рядъ полигональными свѣтлыми клѣтками. Въ просвѣтъ такихъ пространствъ вдаются сосочки, также состоящія изъ капилляра, покрытаго тѣми же клѣтками. Какъ и материнская ткань опухольный тромбъ разбитъ соединительно-тканными прослойками на дольки. Прослойки содержатъ довольно крупныя артеріальные и венозные сосуды, въ стѣнкѣ которыхъ имѣются въ небольшомъ количествѣ упругія волокна.

Построенный въ общемъ такъ же, какъ и материнская ткань, опухольный тромбъ *venae renalis* отличается отъ нея присутствіемъ участковъ тождественныхъ съ *subst. fascicul.* нормального надпочечника (см. рис. 22 и 12) и кистозно-папиллярныхъ образований.

Метастатическіе узлы легкихъ и плевры. Локализациі метастазовъ въ сосудахъ, въ смыслѣ тромба, нельзя указать. Ростъ по типу саркомы—инфильтрирующей. Типъ строенія—альвеолярный. Альвеолы образованы то капиллярами съ примѣсю или безъ соединительной ткани, то только послѣдней. Форма альвеолъ разнообразна. Но можно все-таки отмѣтить, что тамъ, гдѣ онѣ образованы только сосудами, преобладаетъ овальная форма; гдѣ же выступаетъ на первый планъ соединительная ткань, ничего опредѣленнаго въ пользу той или иной формы нельзя сказать.

Количество клѣтокъ въ альвеолѣ 10—12, рѣже бываетъ больше и меньше (до 2—4 клѣтокъ). Паренхиматозныя клѣтки похожи на большія упитанныя клѣтки материнской ткани. Вакуолизированныхъ клѣтокъ среди нихъ мало; наоборотъ, много клѣтокъ съ зернистостью въ протоплазмѣ, окрашенной гематоксилиномъ въ синій цвѣтъ. Гигантскихъ клѣтокъ несравненно больше, чѣмъ въ материнской ткани. Въ протоплазмѣ нѣкоторыхъ изъ нихъ имѣются гомогенныя образованія въ видѣ глыбокъ и шаровъ, окрашенные по V. Gieson'у въ ярко розовый цвѣтъ (гиалинозъ клѣтокъ паренхимы). Свѣтлыхъ и прозрачныхъ гигантскихъ клѣтокъ нѣтъ совсѣмъ.

Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видно, какъ опухольныя клѣтки, подойдя къ легочному сосуду, прорываютъ его *adventia externa et media* и скопляются подъ эндотелиемъ, вдаваясь въ просвѣтъ въ видѣ мыса. Какъ капиллярная, такъ и соединительно-тканная строма очень часто гиалиново перерождаются, сдавливаются въ такихъ случаяхъ паренхиматозныя клѣтки, измѣняются и ведутъ въ концѣ концовъ къ полной атрофіи. Мѣстами отмѣчается сильное развитіе соединительной ткани, захожденіе ея внутрь альвеолъ, отъ чего получается рядъ щелей и небольшихъ кругловатыхъ гнѣздъ, vyplненныхъ 1—3 опухольными клѣтками. Экстравазатовъ мало. По паренхимѣ узла безпорядочно разбросаны въ видѣ отдѣльныхъ тонкихъ и толстыхъ пучковъ эластическія волокна, на которыя нужно смотрѣть, какъ на остатки отъ разрушенной при инфильтраціи опухолью легочной ткани. Легочная паренхима вблизи узловъ сдавлена и замѣщена соединительной тканью, такъ что вокругъ метастаза получается въ нѣкоторыхъ мѣстахъ родъ капсулы. Такимъ образомъ

легочные метастазы построены по типу перителіомы. Но мѣста съ сильно развитой въ качествѣ стромы соединительной тканью напоминаютъ скіррозную форму рака. Паренхиматозныя клѣтки отличаются богатствомъ протоплазмы и большой величиной. Отличаются легочные метастазы отъ материнской ткани отсутствіемъ прозрачныхъ клѣтокъ, железистоподобныхъ образований, напоминая въ общемъ болѣе молодые участки ея, т. е. тѣ, въ которыхъ преобладаютъ большія сочныя клѣтки.

Метастатическій узелъ въ мозгу соединительно-тканной капсулы не имѣетъ. Онъ или непосредственно примыкаетъ къ мозговой ткани, находящейся въ состояніи отека, или же между ними располагается кругло-клѣточная инфильтрація въ видѣ болѣе или менѣе правильнаго пояса, а иногда очаги кровоизліянія. Въ самой опухоли рѣзко выдѣляются многочисленныя растянутыя и переполненныя кровью тонкостѣнные вены, капилляры и большіе экстравазаты.

Строму составляютъ только капилляры и тонкостѣнные вены, а паренхиму сидяція на нихъ двоякаго типа клѣтки: высокія цилиндрическія, съ овальнымъ ядромъ, съ сочной хорошо красящейся протоплазмой, и полигональныя, протоплазма которыхъ часто бываетъ свѣтлой, почти прозрачной и не окрашивающейся. Встрѣчаются и другія формы клѣтокъ, какъ напримѣръ, круглыя, грушевидныя, но рѣдко. Размѣры цилиндрическихъ клѣтокъ $54 \mu \times 24 \mu$ (при самой малой $45 \mu \times 18 \mu$ и самой большой $72 \mu \times 24 \mu$). Полигональныя, клѣтки похожія на соответственныя материнскія и величиной не отличаются отъ нихъ.

Особенность мозгового метастаза это рѣзко выраженный сосочковый характеръ его. Сосуды стромы многократно вѣтвятся и, анастомозируя между собой, образуютъ различной формы полости, въ которыя врастаютъ вторичныя сосудистыя, слѣпо оканчивающіеся, сосочки, унизанныя клѣтками новообразованія; этихъ вторичныхъ сосочковъ можетъ быть такъ много, что почти вся полость выполняется ими. Нѣчто подобное мы уже встрѣчали въ опухольномъ тромбѣ *venae renalis* этого случая и въ опухоляхъ надпочечника 7-го и 8-го случаевъ, но не въ такой рѣзкой степени и на ограниченныхъ участкахъ. Здѣсь большая часть узла носить такой характеръ, меньшая состоитъ изъ альвеолъ, круглыхъ и овальныхъ, какъ въ материнской ткани. Среди экстравазатовъ много опухольныхъ клѣтокъ и лейкоцитовъ, содержащихъ въ большомъ количе-

ствѣ кровородный пигментъ. Эластическая ткань имѣется только въ стѣнкахъ венъ въ небольшомъ количествѣ и въ видѣ отдѣльныхъ тонкихъ волоконцевъ.

Такимъ образомъ, мозговой метастазъ, построенный въ общемъ по типу перителіомы, носить своеобразный характеръ, отличающій его, какъ отъ другихъ метастазовъ, такъ и отъ материнской ткани благодаря рѣзко выраженному въ немъ сосочковому строенію. Отличается онъ еще и своими высокими цилиндрическими клѣтками.

Метастатическіе узлы сальника. Въ узлахъ сальника мѣстами хорошо выражено альвеолярное строеніе, причемъ альвеолы образованы капиллярами или соединительной тканью, мѣстами представляется такая картина: среди паренхиматозныхъ клѣтокъ идетъ въ разнообразныхъ направленіяхъ соединительная ткань, которая то охватываетъ различныя группы клѣтокъ, начиная отъ 1, 2, 3 до 20 и болѣе, то беспорядочно разбросана среди нихъ въ видѣ короткихъ, не соединяющихся другъ съ другомъ пучковъ. Состоитъ соединительная ткань мѣстами изъ тонкихъ нѣжныхъ волоконцевъ, мѣстами изъ толстыхъ грубыхъ пучковъ. При окраскѣ на эластическую ткань видно, что беспорядочно разбросанные по паренхимѣ пучки почти исключительно обязаны ей. Въ другихъ мѣстахъ эластической ткани мало и она обычно представляется фрагментированной. Что касается паренхиматозныхъ клѣтокъ, то онѣ ничѣмъ не отличаются отъ большого типа клѣтокъ материнской ткани, какъ въ смыслѣ формы и характера, такъ и въ смыслѣ тѣснаго отношенія къ стромѣ. Экстравазатовъ много, особенно на периферіи узловъ. Много также и кругло-клѣточного инфильтрата, который помѣщается обыкновенно въ соединительной ткани, заходя и въ паренхиму. Кое-гдѣ среди паренхимы уцѣлѣли жировыя альвеолы.

Такимъ образомъ узлы сальника построены въ общемъ такъ же, какъ и материнская ткань. Обращаетъ на себя вниманіе присутствіе большого количества эластической ткани, беспорядочно въ большинствѣ случаевъ разбросанной по опухоли. Происхожденіе ея, видимо, такое же, какъ въ легочныхъ метастазахъ: она есть остатокъ отъ разрушенной ткани сальника.

Метастатическіе узлы брыжжейки богаты сильно развитой соединительно-тканной стромой, которая значительно превалируетъ надъ паренхимой. Она образуетъ толстые, обыкновенно склерозированные или гиалиново перерожденные тяжи, между которыми остаются большія продолговатыя щели и круглыя гнѣзда, выполненныя парен-

химатозными клетками, отличающимися, прежде всего, своей меньшей величиной, сравнительно с клетками материнской ткани и других метастазов. Средняя величина их $15 \mu \times 14 \mu$ (при самой малой $13 \mu \times 10 \mu$, самой большой $34 \mu \times 31 \mu$). Клетки сдавлены стромой и форма их благодаря этому зачастую обезображена. Наиболее частая всетаки форма полигональная и веретенообразная. Протоплазма их густая, хорошо окрашенная, жира в ней мало. Гигантских клеток нет. Эластическая ткань в небольшом количестве среди стромы в виде фрагментированных отдельных волоконцев.

Таким образом метастазы брюжжейки построены по типу той части материнской ткани, которая похожа на скirrosную форму рака (см. рис. 19).

Метастатические узлы печени не имеют рѣзких границъ, такъ что среди клетокъ новообразования попадаются печеночныя клетки. Одни участки ихъ построены такъ же, какъ только что описанные брюжжечные метастазы, а другіе по типу материнской ткани, тамъ, гдѣ она имѣетъ альвеолы, выполненныя большими клетками съ сочной протоплазмой.

Костный метастазъ. На срѣзахъ, взятыхъ изъ эпифиза, вблизи суставного конца, опухоль отдѣляется отъ суставного хряща тоненькой полоской нормальной кости, имѣющей въ одномъ мѣстѣ дефектъ, черезъ который клетки опухоли вторгаются въ хрящъ. На границѣ съ костной пластинкой имѣется мѣстами круглоклеточный инфильтратъ, мѣстами растянутые сосуды, мѣстами опухоль непосредственно примыкаетъ къ костной пластинкѣ. Метастазъ, какъ и материнская ткань, состоитъ изъ стромы и паренхимы. Строму составляетъ капиллярная сѣть, петли которой сильно вытянуты и заполнены паренхиматозными клетками большого типа, богатыми протоплазмой, какъ въ легочныхъ и сальниковыхъ метастазахъ. Во многихъ участкахъ правильнаго альвеолярнаго строения нѣтъ, хотя вездѣ констатируется сосудистая строма и сидящія на сосудахъ паренхиматозныя клетки. Средняя величина ихъ $43 \mu \times 25 \mu$ (при самой малой $22 \mu \times 16 \mu$ и самой большой $60 \mu \times 30 \mu$). Среди нихъ много гигантскихъ и съ птичьими глазками (фагоцитозъ). На срѣзахъ, взятыхъ изъ діафиза, наблюдается сильное развитіе соединительной ткани, находящейся во многихъ мѣстахъ въ состояніи склероза или гиалиноваго перерожденія. Между толстыми волокнами ея остаются продолговатыя щели и круглыя гнѣзда;

выполненныя клетками новообразованія. Последнія имѣютъ компактную протоплазму и отличаются отъ первыхъ меньшими размерами (средняя величина $17 \mu \times 13 \mu$; при самой малой $21 \mu \times 11 \mu$ и самой большой $31 \mu \times 14 \mu$). Свѣтлыхъ, прозрачныхъ клетокъ въ этомъ метастазѣ нѣтъ. Строеніе костнаго мозга совершенно исчезло. Кое-гдѣ среди паренхимы встрѣчаются островки костной ткани, окруженные фибрознымъ кольцомъ эндоста.

Такимъ образомъ, въ эпифизѣ новообразованіе имѣетъ типъ перителіомы, причемъ клетки отличаются большими размерами. Можно было бы сравнить это новообразованіе съ гиганто-клеточной саркомой, но въ типичной гиганто-клеточной саркомѣ нѣтъ такого равномернаго подбора клетокъ, какъ въ этой опухоли: въ ней, кромѣ гигантскихъ клетокъ, много веретенообразныхъ, чего у насъ нѣтъ. Въ діафизѣ новообразованіе мѣняетъ свою структуру по сравненію съ эпифизомъ, въ томъ направленіи, что въ ней существуетъ не сосудистая, а соединительно-тканная строма, сильно развитая до преобладанія надъ паренхимой.

Шестнадцатый случай. Больной И. Н., 35-и лѣтъ, поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе Харьковской Губернской Земской Больницы по поводу опухоли живота и общаго упадка силъ. Черезъ нѣсколько дней скончался при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности. Въ лѣчебномъ заведеніи у него констатировали, кромѣ общаго исхуданія, асцитъ и опухоль печени.

Важнѣйшія данныя изъ протокола вскрытія.

Трупъ выше средняго роста (170 сант.), хорошаго тѣлосложенія. Наружныя покровы и склеры желтушно окрашены. Нижнія конечности отечны. Животъ увеличенъ въ объемѣ (89 сант.). Подкожный жирный слой атрофированъ. *Грудная полость.* Подъ легочной плеврой, въ лѣвомъ легкомъ, разсыяны въ небольшомъ количествѣ мелкіе блѣдно-желтые узелки, величиной съ булавочную головку. Верхняя доля лѣваго легкаго на разрѣзѣ содержитъ также разсыянные узелки желтовато-бѣлаго цвѣта, мягкой консистенціи, выступающіе надъ плоскостью разрѣза, круглой въ общемъ формѣ и величиной отъ булавочной головки до 3 сант. въ діаметрѣ. Верхушка свободна отъ очаговъ новообразованія. Такіе же узелки и въ нижней долѣ того же легкаго, но въ большемъ количествѣ и величиной отъ горошины до лѣснаго орѣха. Въ правомъ легкомъ тоже просвѣчиваютъ подъ плеврой узелки новообразованія, но въ гораздо большемъ количествѣ, чѣмъ въ лѣвомъ. Въ паренхимѣ верх-

ней и нижней доли того же легкого много опухолевых узелков, величиной с лесной орех, серовато-розового цвета, мозговой консистенции. *Брюшная полость.* В брюшной полости 2000 к. с. мутной кровянистой жидкости (с уд. в. 1011, нейтральной реакции, б.л. 1,3% и с кровью в осадке). Положение брюшных органов неправильное. Печень увеличена в объеме и занимает весь эпигастрий, мезогастрий, оттеснив в сторону все остальные органы брюшной полости. Левая доля печени заходит далеко в левое подреберье и прикрывает селезенку. Под правой долей, в области правой почки прощупывается большая яйцевидная опухоль, с диаметром 20 см. Петли тонких кишок оттеснены в левую половину живота. Правая почка и правый надпочечник превращены в громадную опухоль, окруженную соединительно-тканной капсулой. Окружающая новообразование клетчатка лишена жира, склерозирована, так что новообразование отделяется с трудом. Опухоль на разрезе разделена соединительно-тканными прослойками на различной величины дольки. Цвет ее местами серовато-желтый, местами ярко-лимонно-желтый, местами красный и черно-красный, благодаря кровоизлияниям, имеющимся в опухоли в большом количестве. Консистенция опухоли мягкая, тестоватая. Из многих долек выскабливается мутная, сметано-подобная, желтовато-бурая масса. В нижнем сегменте находятся остатки почечной ткани, пронизанные распадающейся, мозговидной, серовато-желтой массой новообразования. Правый мочеточник, нормальной ширины, входит в массу новообразования, где и теряется. Лоханки проросли со всех сторон новообразованием; последнее проникло в почечную и нижнюю полую вену, где образовался полип, размерами 7×3 с., состоящий в центре из массы опухоли, а на периферии из фибрина. Лимфатические железы вокруг новообразования не изменены. Вес опухоли 1250 гр. Левая почка увеличена в объеме ($12 \times 7 \times 4$ с.), вес ее 200,0. Капсула снимается свободно. Границы между слоями выражены ясно. Кортикальный слой серовато-желтого цвета, вены налиты кровью. Консистенция почки кожистая. Узелков новообразования в ней нет.

Печень, весом 5400,0, размерами 40 см. \times 30 (правая доля) \times 24 (левая); толщина ее 10 см. В правой половине своей выпуклой поверхностью она сращена с диафрагмой, а нижней поверхностью с новообразованием. На остальном протяжении капсула печени гладкая, ровная и блестящая. Под капсулой просвечивают желтоватые узлы, выступающие над поверхностью печени, неправильно круглой формы, величиной от булавочной головки до горошины, лесного ореха и яблока. Воротная вена в начале свободна; но далее в глубине, вследствие разделения ее на 2 ветви, в просвете ее ветвей встречаются крупные пробки, состоящие из новообразования. На разрезе ткань печени всюду пронизана узлами новообразования, бледно-серого и лимонно-желтого цвета, мягко-мозговой консистенции. Границы узлов резкие; местами узлы

сливаются друг с другом. Некоторые из них состоят из расплывающейся, крошковатой, серовато-красной жижицы. Кровоизлияния в узлах часты, что придает им пестрый вид. Вся печень настолько густо пронизана метастазами, что нельзя сдлать ни одного, хотя бы маленького разреза, чтобы не попасть на опухолевый узелок. Селезенка ($13 \times 9 \times 3$) весом 166,0. Капсула утолщена, перекладки выражены хорошо. На разрезе красно-бурого цвета. Пульпы выскабливается мало. Черепная полость не могла быть вскрыта.

Diagnosis anatomica. Synechiae pleurales diaphragmaticae lateris utriusque. Oedema pulmonum. Splenistatio lobi inferioris dextri. Hypostasis lobi inferioris sinistri. Metastases pulmonis utriusque. Atrophia fusca cordis. Hypernephroma malignum renis dextri, in venam cavam penetrans. Hepar volumine aductum cum metastas. innumeratis. Hypertrophia renis sinistri. Perisplenitis chronica fibrosa.

Микроскопическое описание.

Большая часть опухоли распалась, так что только периферические участки и отдельные узлы среди сохранившейся почечной ткани дают возможность прийти к известному заключению относительно ее строения.

Капсула, окружающая опухоль, состоит из бледной клетками соединительной ткани и находится в состоянии отека. Кровеносных сосудов в ней мало. Соединительно-тканная прослойка, разбивающая опухоль на малой и большой величины узлы, в верхней половине так же построены, как и капсула, в нижней — она часто склерозирована и содержит атрофированные мочевые канальцы и клубочки. Во многих из них, кроме того, имеется кругло-клеточный инфильтрат, заходящий в паренхиму опухоли, и кровяной пигмент (гематондин). На границе с уцелевшей почечной тканью опухоль не имеет резко отграничивающей соединительно-тканной оболочки: она здесь инфильтрирует ткань почки и зачастую можно видеть, как новообразование подходит вплотную к мочевому канальцу или клубочку. В других местах ткань опухоли отделяется от них сильно развитой и склерозированной соединительной тканью. Если опухоль подходит к какому-нибудь почечному сосуду, то она нередко прорывает его наружную и среднюю оболочку и стелется под внутренней, пока не прорвет последнюю и не получит таким образом свободного доступа в сосудистый просвет. Изредка наблюдались опухолевые клетки в просвете клубочка. Строму опухоли составляют капилляры с

примѣсью, или безъ соединительной ткани. Распредѣляются они чаще сѣтеобразно, съ болѣе или менѣе правильными круглыми и овальными ячейками, рѣже беспорядочно, не сообщая опухоли альвеолярнаго характера. Просвѣтъ капилляровъ чаще всего отсутствуетъ, благодаря давленію сидящихъ на немъ паренхиматозныхъ клѣтокъ. Рѣже онъ не только сохраненъ, но и растянутъ скопившейся въ немъ кровью.

Паренхиму составляютъ въ большей части опухоли полигональныя, эпителиальныя клѣтки, со свѣтлой, нѣжно-зернистой, мѣстами почти прозрачной протоплазмой, содержащей иногда свѣтло-розовыя (отъ эозина) зерна, которыя придаютъ ей крапчатый видъ (эозинофильная крапчатость), что видно изъ рисунка 7-го. Свѣтлый видъ клѣтокъ зависитъ, по всей вѣроятности, отъ присутствія въ протоплазмѣ жира и гликогена, реакція на который дала положительный результатъ. Въ нѣкоторыхъ участкахъ клѣтки отличаются богатствомъ, болѣе или менѣе компактной, хорошо красящейся гематоксилиномъ и эозиномъ протоплазмы. На-ряду съ полигональными клѣтками встрѣчаются кругловатыя, овальныя (см. рис. 23) высоко-цилиндрическія и, наконецъ, такія, которыя трудно подвести къ какой бы то ни было формѣ. Всѣ клѣтки съ рѣзкими контурами находятся въ тѣсномъ отношеніи къ сосудамъ. Величина ихъ $54 \mu \times 40 \mu$ (при самой малой $22 \mu \times 18 \mu$ и самой большой $80 \mu \times 70 \mu$).

Ядра правильной круглой и овальной формы съ крупной, хорошо окрашенной, хроматиновой зернистостью и 1 рѣзко обозначеннымъ ядрышкомъ. Часто они находятся въ состояніи то каріолиза, то каріорексиса, то пикноза. Ядрышко во многихъ случаяхъ окрашивается эозиномъ въ розовый цвѣтъ. Много ядеръ вакуолизированныхъ, особенно среди гигантскихъ клѣтокъ. Количество ихъ въ клѣткѣ 1—2. Величина ихъ въ 2,5—3 раза меньше объема клѣтки.

Среди обыкновенныхъ, свойственныхъ данной опухоли клѣтокъ, много гигантскихъ, достигающихъ огромныхъ размѣровъ, какъ напримѣръ $360 \mu \times 216 \mu$, когда чуть ли не все поле зрѣнія микроскопа (при маслян. системѣ Leitz'a) занято одной клѣткой. Многія изъ нихъ захватили и окружили вакуолями по 1, по 2 и даже по 3 обыкновенныхъ опухолевыхъ клѣтокъ, причемъ надо отмѣтить, что существуютъ постепенные переходы въ размѣрахъ отъ обыкновенныхъ къ самымъ большимъ гигантскимъ клѣткамъ. Форма послѣднихъ крайне разнообразна, хотя преобладаетъ все-таки полигональная; количество ядеръ въ нихъ 2—4; рѣже по одному и

болѣе 4-хъ. Распредѣленіе ихъ въ клѣткѣ беспорядочное. Часто они сбиваются въ кучу и сливаются другъ съ другомъ, такъ что установить точно число ихъ представляется иной разъ дѣломъ труднымъ. Maximum ядеръ, который намъ приходилось видѣть въ одной клѣткѣ, 10. Гигантскія ядра, достигающія размѣровъ 70μ и даже $115 \mu \times 70 \mu$, не рѣдкость.

Наклонность къ экстравазатамъ и некрозамъ въ этой опухоли очень большая. Некрозы встрѣчаются, въ видѣ массовыхъ, занимающихъ цѣлыя доли, и въ видѣ милиарныхъ (см. рис. 23 и 24). Послѣдніе имѣются даже въ самыхъ молодыхъ узлахъ, лежащихъ отдѣльно среди почечной ткани. Вокругъ милиарныхъ некрозовъ наблюдаются явленія воспаления. Некротизированныя мѣста часто импрегнируются известью (рис. 24).

Экстравазаты, по обыкновенію, занимаютъ собой цѣлыя доли или нѣсколько подъ рядъ альвеолъ, приводя находящіяся тамъ клѣтки къ полной гибели. Сравнительно часто кровь собирается небольшими кучами и отдѣльными экземплярами среди хорошо сохранившихся клѣтокъ новообразованія. Красные кровяные шарики встрѣчаются и въ протоплазмѣ опухолевыхъ клѣтокъ, будучи окруженными вакуолей.

Отдѣльные узлы среди сохранившейся почечной паренхимы окружены капсулой изъ склерозированной соединительной ткани или занимаютъ собой растянутыя вены и капилляры. Они построены такъ же, какъ материнская ткань. Окружающая ихъ почечная паренхима находится въ состояніи рѣзко выраженного интерстиціального воспаления, ведущаго къ атрофіи ея специфическихъ элементовъ. Въ сохранившихся кое-гдѣ мочевыхъ канальцахъ попадаются гиалиновые цилиндры.

Изслѣдуя почечную ткань, лежащую вблизи опухоли на многихъ препаратахъ, и обращая вниманіе на ея сосуды, мы часто въ нихъ констатируемъ присутствіе клѣтокъ новообразованія. Въ однихъ сосудахъ клѣтки единичными экземплярами тѣсно прижимаются къ сосудистому эндотелію, составляя съ нимъ одно цѣлое. Въ другихъ онѣ образуютъ на одномъ какомъ нибудь мѣстѣ небольшую группку,—родъ сосочка, вдающагося слегка въ просвѣтъ сосуда; причемъ, ядра лежащаго подъ ними сосудистаго эндотелія представляются пузырьковидно вздутыми. Въ третьихъ видно, какъ эндотелій начинаетъ вдаваться въ эту группку опухолевыхъ клѣтокъ; и, наконецъ, въ четвертыхъ уже можно констатировать сосочекъ состоя-

пцій изъ капилляра и сидящихъ на немъ въ 1 рядъ опухольныхъ клѣтокъ, въ то время какъ на противоположной сторонѣ и въ другихъ мѣстахъ того же сосуда клѣтки новообразования группируются въ только что упомянутыя небольшія кучки. Далѣе мы видимъ уже сосуды наполовину или вполне заполненные новообразованиемъ.

Эластическая ткань въ опухоли—только въ стѣнкахъ крупныхъ сосудовъ.

Такимъ образомъ данное новообразование представляетъ злокачественную опухоль правой почки, разбитую соединительно-ткаными прослойками на различной величины доли. Въ каждой долѣ имѣется довольно однообразное строение: сосудистая строма и сидящая на сосудахъ полигональныя большія клѣтки, похожія на эпителиальныя клѣтки надпочечника. Въ протоплазмѣ жиръ и гликогенъ.

Распределеніемъ стромы, отношеніемъ къ ней и свойствомъ паренхиматозныхъ клѣтокъ опухоль въ общемъ напоминаетъ описанныя нами въ началѣ доброкачественныя опухоли самого надпочечника (случаи 1—6-й) и почки (случаи 12—13-й). Рѣзкая разница появляется съ нарушеніемъ правильнаго альвеолярнаго характера, когда капилляры, составляющіе строму, безпорядочно разбрасываются по опухоли. Эта разница еще болѣе усугубляется присутствіемъ многочисленныхъ, особенно большихъ гигантскихъ клѣтокъ, когда одна клѣтка занимаетъ чуть ли не все поле зрѣнія микроскопа (при масляной системѣ), а также многочисленныхъ милиарныхъ некрозовъ (помимо массовыхъ), которые имѣются даже въ самыхъ молодыхъ опухольныхъ узлахъ. За злокачественность ея говорятъ прорастаніе ею кровеносныхъ сосудовъ и многочисленные метастазы. Будучи очень злокачественной, какъ и предшествовавшая, она отличается отъ послѣдней несравненно болѣе простымъ устройствомъ, хотя принципъ строенія, отношеніе паренхиматозныхъ клѣтокъ къ стромѣ у нихъ одни и тѣже. Она даже проще и однообразнѣе по устройству 14-го случая, гдѣ дѣло идетъ о начинавшемся только злокачественномъ перерожденіи.

На основаніи картинъ отдѣльныхъ узловъ въ почкѣ ростъ опухоли можно представить себѣ, по крайней мѣрѣ, въ этихъ узлахъ, такимъ образомъ: клѣтки новообразования, попавши въ сосудъ и присосавшись къ эндотелію его, начинаютъ размножаться и вдаваться въ сосудистый просвѣтъ въ видѣ сосочка, лишеннаго стромы. Въ это же самое время лежащій подъ опухольными клѣтками эндо-

телій, вѣроятно, въ силу какого-то раздраженія, производимаго послѣдними, тоже размножается и начинаетъ вдаваться въ образовавшуюся уже маленькую группу клѣтокъ новообразования, придавая ей теперь характеръ болѣе или менѣе организованнаго сосочка. То же самое происходитъ на противоположномъ и другихъ участкахъ стѣнки этого сосуда. Сосочки растутъ, пока не встрѣтятся и не соединятся другъ съ другомъ, благодаря чему и происходитъ заполненіе просвѣта сосуда.

Метастатическіе узлы въ печени распространяются по системѣ *venae portae*, за что говоритъ: 1) присутствіе отдѣльныхъ клѣтокъ новообразования въ растянутыхъ внутридольчатыхъ капиллярахъ; 2) присутствіе фибрина, перемѣшаннаго съ клѣтками опухоли въ сосудахъ *venae portae* и, наконецъ, 3) локалізація узловъ въ кровеносныхъ сосудахъ—капиллярахъ и венахъ Глиссоновой капсулы. Малые узлы, величиной до $240 \mu \times 300 \mu$, лишены стромы. Начиная съ вышеуказанныхъ размѣровъ они имѣютъ строеніе, свойственное материнской ткани, съ тою только особенностью, что капилляры здѣсь чаще сохраняютъ свой просвѣтъ и въ нѣкоторыхъ узлахъ идутъ параллельно другъ другу, благодаря чему паренхима разбивается на столбики, какъ *in subst. fascicul.* нормальнаго надпочечника. Въ большихъ узлахъ (діаметромъ въ 1 сантим. и болѣе) среди паренхимы опухоли констатируются печеночныя клѣтки и соединительная ткань, являющаяся не въ качествѣ стромы, а какъ остатокъ Глиссоновой капсулы. Наклонность къ кровоизліяніямъ въ печеночныхъ метастазахъ большая. Часто можно видѣть, какъ изъ разорваннаго капилляра поступаетъ кровь въ окружающую паренхиму. Въ нѣкоторыхъ узлахъ, благодаря экстравазатамъ, образовался рядъ кровяныхъ пространствъ, подобныхъ тѣмъ, какія мы уже видѣли въ опухоляхъ надпочечника (8-й случай) и почки (13-й случай). Только здѣсь они не имѣютъ сосочковъ и вообще не носятъ такого правильнаго характера, какъ тамъ. Среди хорошо сохранившихся красныхъ кровяныхъ шариковъ такихъ пространствъ, часто встрѣчаются лейкоциты и клѣтки новообразования, содержащія въ большомъ количествѣ кровяной пигментъ (гемосидеринъ). Кровь экстравазатовъ мѣстами свѣжая, мѣстами свернулась и кое-гдѣ подвергнута организациі, мѣстами превратилась въ зернистый распадъ. Часто можно наблюдать, какъ излившаяся кровь сдавливаетъ паренхиматозныя клѣтки и превращаетъ ихъ въ вытянутыя протоплазматическія образования съ сильно уплощеннымъ ядромъ.

Иногда она разрушаетъ клетку, оставивши въ цѣлости только часть ея, къ которой прилежитъ ядро. Иногда же отъ клетки остается одно ядро съ небольшимъ слоемъ вокругъ него протоплазмы. Однимъ словомъ, въ данной картинѣ можно усмотрѣть механическое разрушеніе клетокъ новообразованія излившейся кровью. Самый большой узелъ въ печени имѣетъ тонкую соединительно-тканную капсулу, въ которой разбросана, въ видѣ небольшихъ обрывковъ, эластическая ткань. Строеніе этого узла ничѣмъ не отличается отъ материнской ткани. Примыкающая къ узламъ печень находится въ состояніи сдавленія, атрофіи и соединительно-тканнаго перерожденія.

Такимъ образомъ печеночные метастазы построены по тому же принципу, что и материнская ткань. Распространяются они по системѣ воротной вены. Изливающаяся кровь механически разрушаетъ клетки новообразованія.

Метастатическіе узлы легкихъ. Легочные метастазы чаще всего локализируются въ капиллярахъ періадвентиціальной и адвентиціальной ткани какого нибудь болѣе или менѣе значительнаго легочнаго сосуда, который обыкновенно при этомъ остается неизмѣненнымъ; причемъ онъ то со всѣхъ сторонъ сплошь, какъ муфтой, обхватывается клетками новообразованія (см. рис. 24), то окружается отдѣльными узлами его (см. рис. 25). Вышеупомянутые капилляры (адвентиціал. и періадв. ткани) очень часто наполовину выполнены опухольными клетками, а иногда только содержатъ отдѣльные экземпляры послѣднихъ, которые обыкновенно тѣсно прижимаются къ сосудистому эндотелію, составляя съ нимъ, какъ бы одно цѣлое. Круговое расположеніе метастаза вокругъ сосуда съ тѣснымъ его обхватываніемъ (рис. 24) можно объяснить себѣ слѣдующимъ образомъ: клетки новообразованія, попавши въ сосудъ адвентиціальной или періадвентиціальной ткани, размножаясь, растягиваютъ его, пока въ какомъ нибудь мѣстѣ не прорвутъ и не попадутъ въ только что названную ткань. Продолжая свой ростъ въ послѣдней, опухоль разслаиваетъ ее и, идя по ней, по щелямъ ея, какъ мѣсту наименьшаго сопротивленія, она такимъ образомъ окружаетъ сосудъ со всѣхъ сторонъ. Что касается строенія легочныхъ метастазовъ, то оно ничѣмъ не отличается отъ печеночныхъ. Капилляры стромы опухоли, какъ и капилляры вообще легочной ткани, сильно растянуты кровью. Клетки новообразованія со всѣми свойственными имъ морфологическими особенностями встрѣчаются и въ легочныхъ альвеолахъ, иногда на протяженіи всей долики. Механизмъ происхожденія и

тутъ, навѣрное, таковъ: опухольныя клетки растянули періадвентиціальные сосуды, мѣсто своего обычнаго пребыванія, и прорвали ихъ оболочку какъ разъ въ сторону, гдѣ находится бронхъ, лежащій обыкновенно рядомъ съ крупными сосудами; очутившись, такимъ образомъ, въ просвѣтѣ бронха, онѣ потомъ въ силу тяжести спускаются уже въ альвеолы. Это предположеніе тѣмъ болѣе возможно, что намъ неоднократно удавалось видѣть въ бронхѣ опухольныя клетки отдѣльно и группами. Нельзя отрицать конечно возможности и непосредственнаго перехода опухольныхъ клетокъ изъ разорваннаго сосуда въ просвѣтъ альвеолъ, особенно, если мы примемъ во вниманіе, что существуютъ одиночныя альвеолы, содержащія клетки новообразованія (см. рис. 26). То или другое толкованіе механизма обусловливается взаимнымъ анатомическимъ отношеніемъ метастазовъ въ сосудахъ и окружающихъ ихъ участковъ легочной паренхимы и, разумѣется, трудно исчерпать всѣ mogućія быть при этомъ особенности. Само собой понятно, что клетки новообразованія, попавши въ альвеолы и бронхи, легко могутъ быть выведены при кашлевыхъ толчкахъ наружу и обратить вниманіе изслѣдующаго при разсматриваніи мокроты. Кромѣ метастазовъ въ легочной паренхимѣ, послѣдніе встрѣчаются и въ легочной плеврѣ, давая картину грибовиднаго гипернефронднаго плеврита (pleuritis fungosa hypernephroides (см. рис. 27).

Итакъ, легочные метастазы построены такъ же, какъ материнская ткань и узлы въ печени. Распространяются они по капиллярамъ адвентиціальной и періадвентиціальной ткани.

Семнадцатый случай.

Изъ краткой исторіи болѣзни видно, что Е. Т., 22-хъ л., поступила въ гинекологическое отдѣленіе Харьковской Городской Александровской Больницы 30 ноября 1906 года съ жалобой на боли внизу живота и въ поясницѣ. Больна съ 25 октября того же года, со дня бывшихъ въ это время родовъ. Въ больницѣ у нея констатированы пластическое воспаленіе тазовой брюшины и за мѣсяцъ до смерти «неясно контурированная твердая опухоль живота». Въ мочѣ, изслѣдованной 2 раза, находили подъ микроскопомъ одиночныя лейкоциты и красныя кровяныя шарики. 13 февраля больная скончалась при явленіяхъ сердечной слабости.

Важнѣйшія данныя изъ протокола вскрытія.

Грудная полость. Въ обоихъ легкихъ разсыяны известковые узелки, величиной съ небольшую горошину. Въ лѣвомъ легкомъ имѣется кромѣ того опухолюный узелокъ, величиной съ горошину,

желто-краснаго цвѣта—въ центрѣ, и сѣраго—по периферіи. Въ заднемъ средостѣіи много опухольныхъ узловъ такого же свойства, какъ въ ниже описанной почкѣ.

Брюшная полость. Печень увеличена: длина ея 27 с.; ширина правой доли—21 с., лѣвой—14; толщина $8\frac{1}{2}$ с.; вѣсъ—2150,0. Поверхность ея бугриста, край неровный, фестончатый. Консистенція не вездѣ одинакова: мѣстами она плотная, мѣстами мягкая, и какъ бы флюктуируетъ. Въ правой долѣ имѣется 10, лежащихъ поверхностно, опухольныхъ узловъ, величиной съ грѣцкій орѣхъ и немного больше. Одни изъ этихъ узловъ имѣютъ пупковидное втяженіе, другіе тарелковидное углубленіе. Сѣро-красный цвѣтъ узловъ чередуется съ красноватыми и темносиними точечными и палочкообразными кровоизліяніями, просвѣчивающими черезъ капсулу. Кромѣ этихъ большихъ узловъ—много малыхъ, величиной отъ булавочной головки до боба, сливающихся мѣстами въ болѣе или менѣе обширныя бляшки. Такіе же узлы въ лѣвой долѣ и на нижней поверхности печени. На разрѣзѣ печень полнокровна и застойна; мѣстами ясно виденъ рисунокъ ея. Въ толщѣ печени также много узловъ, различной величины, начиная отъ булавочной головки до грѣцкаго орѣха. Одни изъ этихъ узловъ—мраморнаго вида: по красному фону—сѣрыя прослойки; другіе—бѣловатаго цвѣта, видомъ своимъ напоминающіе рыбье мясо. Послѣ разрѣза мякоть этихъ узловъ выбухаетъ надъ окружающей ее тканью и легко соскабливается.

Въ лѣвой половинѣ живота соотвѣтственно почкѣ имѣется опухоль, тѣсно связанная съ нисходящей частью ободочной кишки, мягкой, мѣстами флюктуирующей, консистенціи и размѣрами $18 \times 17 \times 8$ сант. На разрѣзѣ нижняя треть содержитъ ясно различимую почечную ткань со вкрапленными геморрагическими узелками опухоли величиной до горошины. Верхняя часть состоитъ изъ опухольныхъ узловъ различной величины, начиная отъ просынаго зерна до голубиного яйца, заложенныхъ въ волокнистую основу. Часть узловъ сѣро-краснаго цвѣта, мягкой консистенціи; часть—геморрагическихъ, кавернознаго строенія и болѣе плотной консистенціи, и часть такихъ, какъ въ печени, т. е. мраморныхъ и бѣловатыхъ. Изъ нѣкоторыхъ узловъ выдѣлялась жидкая темная кровь. Опухоль обтянута почечной капсулой, которая съ трудомъ отъ нея отдѣляется. Сзади, приблизительно на уровнѣ *hylus'a*, она прорвана новообразованіемъ, инфильтрировавшимъ околопочечную и забрюшинную клетчатку, и распространяющимся по ней въ видѣ малыхъ и большихъ узловъ, часть которыхъ переходитъ за среднюю линію и узурпируетъ верхніе 3 поясничныхъ позвонка. Вѣсъ опухоли 1080,0.

Правая почка немного уменьшена, вѣсомъ въ 140,0. Ткань ея малокровна, кожистая. Капсула снимается съ трудомъ. Въ лимфатическихъ железахъ над- и подключичной впадины имѣются узлы одинаковаго свойства съ вышеупомянутыми опухольными узлами лѣвой почки. Надпочечники безъ видимыхъ измѣненій.

Diagnosis anatomica. Tumor malignus renis sinistri. Metastases in hepat., in regione retroperitoneali, glandularum periportal., mediastini postici, intra et supraclavicul., atque pulmon. sinistri. Usura e neoplasmate columnae vertebralis. Anaemia. Cachexia.

Микроскопическое описаніе.

Капсула, окружающая всю опухоль и каждый узелъ въ отдѣльности, состоитъ изъ бѣдной клетками соединительной ткани, мѣстами склерозированной, мѣстами рыхлой и отечной, но богатой, какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ кровеносными сосудами. Вены и капилляры ея тонкостѣнны, растянуты кровью, часто содержащей клетки новообразованія при совершенно нормальномъ сосудистомъ эндотелии. Артеріи сильно утолщены, нерѣдко до полного уничтоженія просвѣта, благодаря облитерирующему эндартериту. Соединительная ткань, окружающая отдѣльные узлы, содержитъ мѣстами кругло-клеточный инфильтратъ, особенно, на границѣ съ тѣми участками опухоли, гдѣ есть экстравазаты. Тутъ же иногда встрѣчается и кроверодный пигментъ (гемосидеринъ), импрегнирующий клетки и волокна соединительной ткани. Въ послѣдней, тамъ, гдѣ она окружаетъ узлы, ближайшіе къ уцѣлѣвшей почечной паренхимѣ, много атрофированныхъ мочевыхъ канальцевъ. Опухоль составляютъ, какъ и во всѣхъ бывшихъ до сихъ поръ случаяхъ, сосудистая строма и сидящая на сосудахъ въ 1—2 ряда паренхиматозныя клетки. Строма образована болѣею частью капиллярами съ примѣсью или безъ соединительной ткани. Часто можно видѣть, какъ отъ какого нибудь болѣе или менѣе значительнаго сосуда (діаметромъ отъ 200 до 500 μ) начинается цѣлый рядъ капилляровъ. Нѣкоторые изъ нихъ можно прослѣдить даже на протяженіи нѣсколькихъ полей зрѣнія микроскопа (Leitz'a объективъ 4). Отъ этихъ капилляровъ отходитъ цѣлый рядъ вѣтвей, часть которыхъ оканчивается слѣпо, часть въ свою очередь многократно вѣтвится; анастомозируя между собой они ограничиваютъ различной формы и величины ячейки. Послѣднія, будучи выполнены опухольными клетками, придаютъ новообразованію альвеолярный характеръ. Форма альвеолъ круглая и овальная, но болѣею частью нѣсколько неправильная. Величина круглыхъ отъ 240 μ до 600 μ , овальныхъ отъ 300 $\mu \times 480 \mu$ до 480 $\mu \times 1080 \mu$. Рѣже капилляры идутъ параллельно другъ другу, обуславливая колонообразное распредѣленіе паренхимы, какъ in subst. fascicul. нормальнаго надпочечника. Нѣкоторыя ячейки выполнены не

сплошь клетками, а имѣютъ только пристѣночныя, сидяція на капиллярѣ, отчего получается полость—кистозное пространство, въ которое очень часто врастаютъ сосудистые сосочки, покрытые рядомъ опухолевыхъ клетокъ и оканчивающіеся слѣпо—истинныя кистозно-капиллярныя пространства. Значительно чаще, по нашему мнѣнію, образуются здѣсь полости другимъ путемъ. Дѣло въ томъ, что интимно связанными со стромой являются только пристѣночныя клетки, остальные сидятъ болѣе или менѣе рыхло, часто подвергаются дегенерациі, выпадаютъ, что также ведетъ къ образованію полости. Въ такъ или иначе образованныя кисты-полости не рѣдко изливается кровь, растягиваетъ ихъ и даетъ на большомъ протяженіи цѣлый рядъ кровяныхъ кистозныхъ пространствъ. Капилляры обыкновенно находятся въ спавшемся состояніи, сдавленные клетками новообразованія. Только въ сравнительно немногихъ мѣстахъ они сохраняютъ свой просвѣтъ и даже бываютъ растянуты скопившейся въ нихъ кровью, содержащей нерѣдко опухолевые клетки, рѣзко отличающіяся отъ хорошо сохранившагося сосудистаго эндотелія. Иногда капилляръ совсѣмъ уничтожается клетками опухоли, происходитъ сліяніе нѣсколькихъ альвеолъ въ одну большую. Признаками бывшаго когда то въ качествѣ стромы капилляра, мы считаемъ кое-гдѣ сохранившіяся и попарно лежація клетки эндотелія. Мѣстами опухоль принимаетъ диффузно-клеточковый характеръ: капиллярной стромы нѣтъ, хотя эндотелиальныхъ клетокъ, перемѣшанныхъ съ опухолевыми, довольно много. Вѣроятно, новообразование послѣднихъ идетъ очень быстро и не даетъ возможности сосудистому эндотелію сформироваться въ правильныя капиллярныя трубки.

Паренхиматозныя клетки отличаются полиморфизмомъ и имѣютъ тѣсное отношеніе къ сосудамъ, составляя со стѣнкой его какъ бы одно цѣлое, что особенно хорошо видно, когда на препаратѣ попадаютъ поперечныя сѣзы капилляровъ (рис. 28). Преобладающая форма клетокъ круглая и полигональная съ закругленными углами, рѣже просто полигональная, цилиндрическая и грушевидная. Величина ихъ 37μ и $44 \mu \times 61 \mu$ (при самой малой 17μ для круглыхъ клетокъ, и 20×27 —для полигональныхъ, и самой большой 60μ и $68 \mu \times 85 \mu$). Протоплазма въ центральныхъ участкахъ свѣтлая, почти прозрачная и не окрашенная. Въ периферическихъ она, наоборотъ, хорошо красится, зерниста или вакуолизирована. Изрѣдка она бываетъ здѣсь болѣе или менѣе компактной. Въ вакуолизированныхъ клеткахъ оставшаяся свободной часть протоплазмы

представляется обыкновенно компактной, интенсивно окрашенной, какъ бы сгущенной отъ давящей на нее вакуоли. Въ мѣстахъ, богатыхъ кровоизліяніями, въ свѣтлой прозрачной протоплазмѣ имѣются нерѣдко мелкія зерна, окрашенные эозиномъ въ блестящій розовый цвѣтъ, точъ въ точъ, какъ рядомъ попадающіеся красные кровяные шарики и протоплазма нѣкоторыхъ сосѣднихъ клетокъ. Иногда отъ всей клетки остается только небольшая кучка зеренъ безъ ядра и оболочки, или же одна только оболочка, да находящееся въ состояніи пикноза ядро. Границы клетокъ обыкновенно рѣзкія, хотя въ нѣкоторыхъ центральныхъ участкахъ онѣ бываютъ не ясны, такъ что при бѣгломъ осмотрѣ получается впечатлѣніе большихъ разлитыхъ протоплазматическихъ массъ, среди которыхъ разбросаны тамъ и сямъ въ скудномъ количествѣ сильно обезображенные ядра. Клеточныя ядра пузырьковидны, круглой и овальной формы, мѣняющейся нерѣдко на неправильно четырехугольную, грушевидную, полулунную, почковидную и др. Размѣрами они въ 1,5—2 раза меньше клетокъ. Ядра лежатъ болѣею частью эксцентрически въ половинѣ, ближайшей къ стѣнкѣ сосуда. Хроматиновое вещество ихъ представляется въ видѣ хорошо окрашенныхъ гематоксилиномъ и равномерно распределенныхъ зеренъ. Иногда хроматиновая зернистость распределяется по периферіи, и ядро въ такихъ случаяхъ блѣдно окрашено. Нерѣдко ядра блѣдны, безъ хроматиновой зернистости или почти черныя, сморщенные (пикнозы). Многія клетки лишены ядеръ и вмѣсто нихъ содержатъ хроматиновыя зерна, вполне сходныя по формѣ и окраскѣ съ хроматиномъ, лежащимъ въ ядрахъ сосѣднихъ клетокъ. Количество ядеръ въ клеткѣ 1—2, хотя иногда бываетъ ихъ больше—до 5, такъ что вся клетка сплошь набивается ядрами. Бываетъ и такъ, что одно ядро заполняетъ собой всю клетку, достигая большихъ размѣровъ, напримѣръ, 45μ . Бросается въ глаза въ этой опухоли богатство ея гигантскими клетками, такъ какъ рѣдко какая альвеола лишена ихъ. Границы ихъ рѣзкія, форма крайне разнообразная: круглая, полигональная, грушевидная, веретенообразная. Часто трудно бываетъ подвести ихъ къ какой нибудь формѣ, особенно если въ альвеолу, гдѣ онѣ есть, или по сосѣдству, произошло кровоизліяніе. Величина ихъ отъ $110 \mu \times 200 \mu$ до $150 \mu \times 442 \mu$. При внимательномъ осмотрѣ всегда можно усмотрѣть постепенный переходъ въ величинѣ отъ обыкновенныхъ клетокъ къ гигантскимъ. Протоплазма ихъ никогда не бываетъ однородной, а всегда вакуолизированной или зернистой и хорошо окра-

шенной. Возможно, что многія гигантскія клѣтки относятся къ ряду такъ называемыхъ конглотинаціонныхъ, особенно, если принять во вниманіе, что тутъ наблюдались тѣ же самыя картины, которыя нами описаны въ 8-мъ случ. (рис. 8). Явленія фагоцитоза часты: захватываются и окружаются вакуолей лейкоциты, красные кровяные шарики и сосѣднія опухольныя клѣтки (аутофагизмъ по Подвысоцкому). Ядра гигантскихъ клѣтокъ отличаются отъ прежнихъ большей величиной и присутствіемъ въ нѣкоторыхъ изъ нихъ вакуоль. Величина ихъ отъ $34 \mu \times 17 \mu$ до $68 \mu \times 41 \mu$. Количество ихъ въ клѣткѣ 2—4, рѣже одно и больше 4. Maximum, который намъ приходилось видѣть, 16; въ послѣднемъ случаѣ они лежали скученными и даже отчасти другъ на другѣ.

На границѣ съ уцѣлѣвшей почкой, на-ряду съ только что описанными участками можно отмѣтить другіе съ сильно развитой, въ качествѣ стромы, соединительной тканью (см. рис. 38). Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ она преобладаетъ надъ паренхимой, какъ мы это уже видѣли въ случ. 13-мъ и 14-мъ, образуя щели и небольшія круглыя гнѣзда, въ которыхъ сидятъ полигональныя, свѣтлыя, на эпителий похожія, опухольныя клѣтки, или круглыя, съ болѣе или менѣе компактной, хорошо окрашенной протоплазмой. Часто соединительная ткань испытываетъ гіалиновое перерожденіе или подвергается склерозу. Опухольные узлы, разбросанные въ уцѣлѣвшей почечной ткани, помѣщаются въ растянутыхъ капиллярахъ и венахъ. Стѣнка послѣднихъ была иной разъ настолько сильно измѣненной, вслѣдствіе гибели мышечнаго слоя и замѣны его соединительной тканью, что съ трудомъ и только при окраскѣ на эластическую ткань распознавалась. Строеніе отдѣльныхъ узловъ такое же, какъ и главной опухоли. Только въ сосудахъ, съ діаметромъ меньшимъ 900μ , капиллярной стромы нѣтъ, и опухольныя клѣтки сплошь набиваютъ его. Иногда стѣнка сосуда прорывается растущей опухолью и послѣдняя начинаетъ инфильтрировать почечную ткань, которая отвѣчаетъ на это кругло-клеточной инфильтраціей. Очень многіе сосуды этой части почки содержатъ опухольныя клѣтки. Причемъ въ однихъ изъ нихъ онѣ перемѣшаны единичными экземплярами съ совершенно неизмѣненной кровью,—какъ бы плывутъ съ послѣдней. Въ другихъ онѣ вдругъ вырастаютъ въ шарообразныя образования, давящія на сосудистый эндотелій, ядра котораго рѣзко отличаются отъ ядеръ опухольныхъ клѣтокъ и часто представляются пузырькообразно вздутыми и богатыми хроматиномъ. Въ нѣкото-

рыхъ сосудахъ можно видѣть гигантскія клѣтки, которыя занимаютъ чуть ли не половину просвѣта. Весь центръ опухоли состоитъ изъ распада и экстравазатовъ. Только изрѣдка можно увидѣть еще хорошо сохранившуюся опухольную ткань, состоящую изъ капиллярныхъ альвеолъ, наполненныхъ правильными, полигональными, свѣтлыми эпителиальными клѣтками съ круглымъ и овальнымъ ядромъ, занимающимъ обыкновенно $\frac{1}{3}$ тѣла клѣтки. Вообще вся опухоль чрезвычайно богата кровоизліяніями. Свободно можно сказать, что большая часть ея принадлежитъ экстравазатамъ, которые занимаютъ то нѣсколько узловъ подъ рядъ, приводя къ гибели бывшую тамъ опухоль, то нѣсколько альвеолъ, то, наконецъ, кровь небольшими кучками или отдѣльными экземплярами распределяется между паренхиматозными клѣтками. Когда кровоизліяніе происходитъ въ упомянутыя въ началѣ этого описанія полости, то получается рядъ довольно правильныхъ кистозныхъ кровяныхъ образований, стѣнку которыхъ составляетъ капилляръ, покрытый однимъ рядомъ опухольныхъ клѣтокъ, какъ это уже наблюдалось нами въ опухоли надпочечника (8-й случ.) и почки (15-й случ.). Паренхиматозныя клѣтки, выстилающія такое пространство, обыкновенно цилиндрической и полигональной формы, но она можетъ подъ вліяніемъ давленія крови превращаться въ низко-цилиндрическую и кубическую. Протоплазма этихъ клѣтокъ свѣтлая, почти прозрачная и почти всегда содержитъ кровяной пигментъ (гемосидеринъ). Послѣдній имѣется и въ лейкоцитахъ такого пространства. Иногда только часть пристѣночныхъ клѣтокъ сохраняется цѣлыми, остальные погибаютъ. Кровь этихъ пространствъ, равно, какъ и другихъ экстравазатовъ, мѣстами—свѣжая, мѣстами свернулась и подверглась организаци, мѣстами превратилась въ зернистый распадъ. Кое-гдѣ фибринъ свернувшейся крови гіалиново переродился и далъ подъ микроскопомъ цѣлый рядъ гіалиновыхъ полей.

Въ капсулѣ отдѣльныхъ узловъ, рѣдко въ паренхимѣ самой опухоли нами констатировалось желѣзо иногда даже въ большомъ количествѣ, но всегда тамъ, или въ сосѣдствѣ съ тѣми мѣстами, гдѣ было кровоизліяніе. Окраска на жиръ дала положительный результатъ. Распредѣлялся онъ по тѣлу клѣтки въ видѣ маленькихъ, пылеобразныхъ капель-зеренъ; рѣже въ видѣ большихъ капель, почти никогда не закрывая собой ядра. Гликогенъ содержится въ клѣткахъ опухоли въ небольшомъ количествѣ въ видѣ глыбокъ и шаровъ. Эластическая ткань нами констатировалась только въ сосудахъ.

Если послѣдніе были сильно растянуты опухолью, то она обыкновенно представлялась фрагментированной, въ видѣ тонкихъ и толстыхъ обрывковъ волоконцевъ. Въ распадѣ опухоли кромѣ зернистой массы имѣется кровь, кристаллы холестеарина, известъ, лейкоциты, содержащіе въ большомъ количествѣ кровяной пигментъ.

Такимъ образомъ данная злокачественная опухоль лѣвой почки располагается въ верхней половинѣ ея подъ capsul. propria и состоитъ изъ отдѣльныхъ узловъ, окруженныхъ соединительнотканнмъ покровомъ. Обычно каждый изъ узловъ построенъ по типу перителіомы: сосудистая строма, образующая альвеолы и сидящая на сосудахъ опухолевыхъ клѣткъ. Только на границѣ съ почечной тканью, тамъ, гдѣ въ качествѣ стромы является сильно развитая соединительная ткань, опухоль приобретаетъ большое сходство съ скirrosной формой рака (см. рис. 29).

Опухолевые клѣтки, имѣющія тѣсное отношеніе къ сосудистой стромѣ, отличаются полиморфизмомъ съ преобладаніемъ круглыхъ и полигональныхъ клѣтокъ, а также присутствіемъ среди нихъ большого количества гигантскихъ. Только въ центральныхъ, т. е. болѣе старыхъ участкахъ, онѣ довольно однообразны, полигональной формы съ свѣтлой прозрачной протоплазмой, похожія на эпителий.

Свѣтлый видъ клѣтокъ и вакуолизация обуславливаются присутствіемъ въ нихъ жира и гликогена. Въ опухоли много полостей, образованныхъ капиллярами съ сидящими на нихъ клѣтками новообразованія, и выполненныхъ болѣею частью кровью, отчего получаются довольно правильныя, кровяныя, кистозныя пространства, точно такія, какъ мы уже наблюдали въ 8-мъ и 15-мъ случ. Все высказанное относительно ихъ происхожденія тамъ, переносится сюда всецѣло. Добавимъ только, что многія изъ полостей обязаны распаду центральныхъ клѣтокъ альвеолъ. Наклонность къ кровоизліяніямъ подобнаго рода опухолей объясняется нѣжностью вновь образованныхъ капилляровъ, могущихъ разрываться и кровоточить отъ самой ничтожной причины. Это тѣмъ болѣе будетъ понятно, если мы допустимъ второе предположеніе относительно возникновенія полостей: капилляръ, окруженный опухолевыми клѣтками, при распадѣ послѣднихъ въ центрѣ альвеолы, лишается извѣстнаго давленія, точки опоры, и при природной нѣжности своей легко можетъ разорваться, особенно если хоть чуть повысится давленіе въ немъ. Наконецъ, надо принять во вниманіе еще и возмож-

ность наступленія при распадѣ центра альвеолъ hyperaem. ex vaso, когда кровь, растянувши капилляръ, можетъ устремиться изъ него въ опустѣвшую альвеолу, per rhexin или per diapedesin. Экстравазатовъ и распада въ опухоли много. Иногда опухоль начинаетъ принимать диффузно-клѣточный характеръ, получая тогда сходство съ полиморфной саркомой. Данная опухоль имѣетъ большое сходство съ вышеописаннымъ 15-мъ случаемъ, нося въ то же время своеобразныя отличительныя черты. Сходство заключается, кромѣ общаго принципа строенія, въ сильномъ развитіи мѣстами соединительной ткани, придающей опухоли, приблизительно, одинаковыя картины—скirrosнаго рака (срав. рис. 29 и 19), въ появленіи, въ нѣкоторыхъ участкахъ диффузно-клѣточного строенія и кистозныхъ кровяныхъ пространствъ. Разницу придаютъ паренхиматозныя клѣтки: въ данной опухоли преобладаютъ круглыя клѣтки, въ вышеупомянутой—полигональныя. Своеобразный и отличительный характеръ приобретаетъ эта опухоль вслѣдствіе присутствія большого количества кистозныхъ пространствъ, на стѣнкахъ которыхъ имѣются истинныя сосочки. Такія пространства съ сосочками мы видѣли въ злокачественныхъ опухоляхъ самого надпочечника (8-й, 9-й и 11-й сл.). Реакція на хромаффиновую ткань отрицательна.

Въ метастатическихъ узлахъ опухоль такъ же построена, какъ и въ материнской ткани.

Восемнадцатый случай.

Изъ краткой исторіи болѣзни видно, что больной, В. Е., 46-и лѣтъ, поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе Ростовской Городской Больницы 14 декабря 1907 года съ жалобой на боли въ суставахъ.

При изслѣдованіи больного кромѣ небольшой болѣзненности въ суставахъ, движенія въ которыхъ были совершенно свободны, и систолическаго шума надъ аортой ничего патологическаго не найдено. Въ теченіе мѣсяца боли то усиливались, то уменьшались, сходя иной разъ на нѣтъ. Какихъ либо измѣненій въ области суставовъ не удавалось констатировать и больной при относительно хорошемъ самочувствіи только рѣдкіе дни проводилъ въ постели. Съ этого же времени состояніе здоровья рѣзко ухудшилось: появились сильнѣйшія боли въ суставахъ и ограниченіе движеній, особенно въ правомъ тазобедренномъ. Черезъ нѣсколько дней опухла область праваго локтевого и обоихъ плечевыхъ суставовъ. Съ появленіемъ припухлости боли въ нихъ значительно уменьшились, но движенія сдѣлались еще болѣе ограниченными. Черезъ 2 1/2 мѣсяца послѣ поступленія въ больницу въ нихъ ясно опредѣлялись внутри суставныя переломы при полномъ отсутствіи болей, послѣднія упорно держались въ области праваго тазобедреннаго сустава, подвижность котораго почти отсутствовала. Въ это-же время появи-

лись опухоли на правом 4-м и левом 6-м ребрах, где вскоре получились переломы их. Боли в тазобедренном суставе уменьшились за месяц до смерти с появлением подвижности в нем и внутри суставного перелома. Силы больного постепенно падали и 26-го мая при явлениях упадка сердечной деятельности он скончался. Со стороны мочи ничего ненормального за все время пребывания больного в больнице не отмечалось. *Клинический диагноз:* rheumatismus articularis.

Важнейшие данные из протокола вскрытия.

На груди под кожей имеются небольшие узлы мягкой консистенции, под которыми констатируются подвижные ребра. В ребрах, как спереди, так и сзади, — множественные переломы. Кроме того существуют внутри суставные переломы обеих плечевых костей с утолщением концов их и шейки правого бедра. Переломы получились вследствие узур костного вещества опухолевыми узлами, пестраго вида и мягкой консистенции. Такие узлы имеются еще в телѣ 4—6 грудных позвонков, в телѣ плечевых костей и в обеих подвздошных костях. Под плеврой правого легкого — множественные узлы, величиной с горошину, сѣроватаго цвѣта и плотной консистенции. В правой почке, в верхней половинѣ ея, ближе к hilus'у имеется опухоль, величиной с малое куриное яйцо, мягкой консистенции. Опухоль представляется гладкой, за исключением наиболее выпуклой части ея, где сидит небольшой бугорок, величиной с чечевичное зерно, прорывающій на незначительномъ протяженіи собственную капсулу почки, под которой лежит опухоль. На обычномъ секціонномъ разрѣзѣ прежде всего бросается в глаза пестрый, мраморный видъ опухоли, обусловленный чередованіемъ желто-бѣлыхъ и сѣро-бѣлыхъ участковъ с охряно-желтыми вкрапленіями и с красными и черно-красными экстравазатами. Опухоль имеет капсулу, от которой отходят перекладки, придающія ей дольчатый характер, и подходит вплотную к почечной лоханкѣ, вдаваясь отчасти в просвѣтъ ея, безъ нарушенія цѣлости стѣнокъ ея. При разрѣзѣ всей опухоли на тонкія пластинки в нѣсколькихъ мѣстахъ ея были найдены маленькія кисты, величиной поменьше просынаго зерна, наполненныя тягучимъ, прозрачнымъ свѣтло-желтымъ содержимымъ.

Микроскопическое описаніе.

Капсула опухоли состоит из бѣдной кѣлками и сосудами склерозированной соединительной ткани. Попадающіеся между волокнами ея атрофированные каналцы и клубочки свидѣтельствуют о почечномъ ея происхожденіи. Соединительнотканная трабекулы опухоли находятся большею частью в состояніи отека и сравнительно богаты сосудами. Вены их растянуты кровью, артеріи в состояніи endarteriit. obliter. Мѣстами трабекулы содержатъ в небольшомъ количествѣ кругло-кѣточный инфильтратъ и кровяной пигментъ.

Опухоль составляютъ рѣзко выраженные строма и паренхима. Только в немногихъ участкахъ строма слабо выражена и опухоль принимаетъ тогда диффузно-кѣточный характеръ. Строма образована капиллярами и болѣе крупными тонко-стѣнными кровеносными сосудами, которые вѣтвясь и переплетаясь другъ с другомъ даютъ начало кругловатымъ и овальнымъ ячейкамъ (альвеоламъ) величиной от $100 \mu \times 120 \mu$ и до $600 \mu \times 840 \mu$. Иногда нѣсколько альвеолъ сливаются в одну. Капилляры находятся большею частью в спавшемся состояніи и изрѣдка сопровождаются нѣжными соединительно-тканными волоконцами. Часто можно видѣть, какъ многіе капилляры радіально расходятся отъ растянутого кровью болѣе крупнаго сосуда, имѣющаго нерѣдко треугольную или четырехугольную съ вытянутыми углами форму. Во многихъ сосудахъ имеются среди крови опухолевые кѣтки. В нѣкоторыхъ, значительно меньше многочисленныхъ участкахъ, строма образована нѣжной соединительной тканью, также придающей опухоли альвеолярный характеръ; хотя всегда в такомъ участкѣ имеются альвеолы, образованныя исключительно капиллярами, что особенно хорошо видно, если послѣдніе сохранили свой просвѣтъ или слегка растянуты кровью. Альвеолы большею частью сплошь выполнены паренхиматозными эпителиальными кѣлками, имѣющими тѣсное отношеніе къ стромѣ. Тамъ, где ее составляютъ капилляры, кѣтки сидятъ на нихъ в 1—2 ряда, что легко демонстрируется, если на препаратѣ имѣется поперечный срѣзъ капилляровъ или же то мѣсто, где опухоль, прорвавши капсулу, выдается изъ подъ нея наружу в видѣ сосудистыхъ вѣтвей, покрытыхъ в 1 рядѣ кѣлками новообразования. Нѣкоторыя альвеолы имѣютъ в центрѣ просвѣтъ, обладая тогда большимъ сходствомъ съ железистымъ образованіемъ, стѣнику котораго составляетъ капилляръ и в рѣдкихъ случаяхъ нѣжная соединительная ткань, покрытые однимъ слоемъ эпителиальныхъ кѣлокъ. В просвѣтѣ ихъ довольно часто содержится мелкозернистая, чуть-чуть окрашенная гематоксилиномъ масса, которая иногда представляется в видѣ крупныхъ безцвѣтныхъ капель. Нѣкоторыя изъ этихъ образований пріобрѣтаютъ характеръ кистозныхъ, также построенныхъ, но выстланныхъ болѣе уплощенными кѣлками и содержащихъ в себѣ кровь, изрѣдка перемѣшанную съ вышеупомянутыми крупными безцвѣтными каплями. Количество железистыхъ и кистозныхъ образований во всякомъ случаѣ не велико и обыкновенно они располагаются среди сплош-

ныхъ альвеолъ. Многія кистозныя пространства обязаны своимъ происхожденіемъ, видимо, дегенераціи центральныхъ клѣтокъ альвеолъ, какъ это мы уже наблюдали въ 17-мъ случаѣ. Все наблюдавшееся тамъ, констатируется и здѣсь, а потому и выводъ остается тотъ же. Паренхиматозныя клѣтки довольно однообразной полигональной и цилиндрической формы. Въ сплюснутыхъ альвеолахъ преобладаютъ первыя, въ железистыхъ образованіяхъ—вторыя. Величина ихъ $45 \mu \times 38 \mu$ (при самой малой $30 \mu \times 25 \mu$ и самой большой $45 \mu \times 72 \mu$). Протоплазма ихъ 2-хъ родовъ, какъ это наблюдалось уже нами въ одной изъ опухоли надпочечника и изображено на рис. 5 (случай 8-й): свѣтлая, плохо, или совсѣмъ почти не окрашенная и упитанная, компактная, интенсивно окрашенная. Клѣтки съ перваго рода протоплазмой встрѣчаются наиболѣе часто: изъ нихъ состоитъ весь центръ и большая часть периферіи; клѣтки же со втораго рода протоплазмой имѣются только на периферіи и именно тамъ, гдѣ опухоль прорываетъ капсулу и гдѣ она подходит и вдается въ просвѣтъ лоханки, не нарушая цѣлости послѣдней, т. е. въ наиболѣе молодыхъ участкахъ. При разсматриваніи первыхъ клѣтокъ съ масляной системой можно отмѣтить въ ихъ свѣтлой протоплазмѣ нѣжную чуть-чуть окрашивающуюся зернистость, хотя многія изъ нихъ представляются совершенно прозрачными, стекловидными. Клѣточные ядра пузырьковидны, круглой и овальной формы, рѣзко очерчены, мѣстами бѣдныя, мѣстами богатыя зернистымъ хроматиномъ и часто содержатъ по 1 ядрышку, окрашивающемуся то гематоксилиномъ, то эозиномъ. Каріолизъ и пикнозъ въ нихъ частъ. Величиной они въ 2—2,5 меньше клѣтокъ. Между упитанными клѣтками часты явленія фагоцитоза. Кромѣ того, среди нихъ очень много гигантскихъ клѣтокъ, достигающихъ размѣровъ отъ $140 \mu \times 305 \mu$. Нѣкоторыя изъ гигантскихъ клѣтокъ заполняютъ своимъ тѣломъ цѣликомъ всю альвеолу. Ядеръ въ нихъ всегда много: отъ 5 до 25 и болѣе; причемъ они то безпорядочно разбросаны по тѣлу клѣтки, то скучены въ центрѣ его, то распределены по периферіи, какъ это наблюдается въ Langerhans'овскихъ клѣткахъ при туберкулезѣ. Большое увеличеніе (1300—1600) почти всегда указываетъ на существованіе въ такихъ гигантскихъ клѣткахъ обыкновенныхъ, часто содержащихъ въ свою очередь кровяной пигментъ. Послѣднія клѣтки окружены тонкимъ, свѣтлымъ, иногда рѣзкимъ, иногда еле замѣтнымъ, неокрашеннымъ поясомъ. Ядра такой гигантской клѣтки пузырьковидны, частью

богаты хроматиномъ, частью бѣдны имъ, частью сморщены и окрашены гематоксилиномъ въ почти черный цвѣтъ (пикнозъ), частью же находятся въ состояніи каріорексиса; нѣкоторыя изъ нихъ окружены только что упомянутымъ свѣтлымъ поясомъ. Принимая во вниманіе только что описанную картину, а также частое явленіе фагоцитоза среди упитанныхъ клѣтокъ, мы позволяемъ себѣ высказать такой взглядъ относительно происхожденія, по крайней мѣрѣ, нѣкоторыхъ гигантскихъ клѣтокъ данной опухоли, считая всетаки его не совсѣмъ доказаннымъ, болѣе гипотетичнымъ: обыкновенная клѣтка, находящаяся въ условіяхъ дурного питанія, начинаетъ поглощать сосѣднія, причемъ однѣ изъ нихъ она въ состояніи переварить безъ остатка, въ другихъ уничтожается ею только протоплазма, ядра же остаются нетронутыми, въ третьихъ она и съ протоплазмой ничего не можетъ подѣлать и клѣтки остаются въ ней лежать неизмѣненными, увеличивая въ то же время объемъ поглотившей до гигантскихъ размѣровъ. Въ другихъ гигантскихъ клѣткахъ нами наблюдались тѣ же картины, какъ въ 8-мъ случаѣ (см. рис. 7).

Экстравазатовъ въ опухоли много. Занимаютъ они то одну—двѣ альвеолы, то цѣлыя дольки. Попадая въ предсуществующее, вышеупомянутое кистозное пространство, кровь растягиваетъ его и при существованіи нѣсколькихъ такихъ пространствъ рядомъ получается впечатлѣніе, какъ будто имѣешь дѣло съ ангиомой (angio-ma hyperplastica). Но при болѣе детальномъ обследованіи ясно видно, что объ ангиомѣ не можетъ быть рѣчи: стѣнку такого пространства составляетъ капилляръ съ неизмѣненнымъ эндотелиемъ, а на немъ сидятъ обыкновенныя опухольныя, полигональныя или цилиндрическія клѣтки, часто содержація кровяной пигментъ. Только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ подъ вліяніемъ давленія крови эти клѣтки приняли болѣе уплотненный видъ. Кровь этихъ пространствъ, не циркулирующая, а попавшая туда извнѣ, какъ это наблюдалось нами неоднократно въ другихъ случаяхъ, о чемъ мы уже не разъ говорили (см. случ. 8-й, 9-й и 15-й). Многіе изъ экстравазатовъ подверглись зернистому распаду, другіе—организаціи и замѣщенію соединительной тканью, которая довольно часто въ данной опухоли прорастаетъ и умершіе участки ея.

Эластическая ткань наблюдалась нами только въ стѣнкахъ болѣе или менѣе крупныхъ сосудовъ, не рѣдко, сравнительно, прорастаемыхъ опухолью. Окружающая почечная паренхима находится

въ состояніи сжатія и интерстиціального перерожденія. Клітки почечнаго эпителия въ неизмѣненной части почки въ 1,5—2 раза меньше обыкновенныхъ опухольныхъ клітокъ.

Такимъ образомъ, данное новообразование представляетъ изъ себя злокачественную опухоль правой почки, лежащую въ верхней половинѣ ея ближе въ hilus'у подъ capsula proptia. Опухоль имѣетъ собственную капсулу, образованную самой почечной паренхимой, изъ чего можно сдѣлать выводъ, что первоначальныя клітки, откуда она получила свое развитіе, лежали не непосредственно подъ capsula proptia, а глубже, въ самой почечной ткани. Опухоль разбита на дольки отечными соединительно-ткаными прослойками. Каждая долька состоитъ изъ альвеолъ, образованныхъ больше капиллярами, рѣже нѣжной соединительной тканью и выполненныхъ эпителиальными полигональной и цилиндрической формы клітками съ большимъ пузырьковиднымъ ядромъ съ ядрышкомъ. Клітки интенсивно связаны со стромой и лежатъ безъ промежуточнаго вещества. Протоплазма ихъ въ болѣе старыхъ участкахъ свѣтлая, слабо окрашенная, мѣстами совершенно прозрачная, стекловидная, въ болѣе молодыхъ—компактная, интенсивно окрашенная. Среди послѣднихъ клітокъ много гигантскихъ. Въ общемъ, эта опухоль представляетъ большое сходство съ злокачественной опухолью надпочечника 8-го случая, отличаясь отъ нея только значительно меньшей величиной.

Обращаютъ на себя вниманіе многочисленные метастазы въ различныхъ органахъ при такой сравнительно малой величинѣ опухоли, что нужно объяснять ея ранней способностью прорастать кровеносные сосуды.

Метастазы такъ же построены, какъ и материнская ткань, съ тою только разницей, что въ нихъ больше клітокъ богатыхъ протоплазмой, чѣмъ свѣтлыхъ, прозрачныхъ.

Девятнадцатый случай.

Главнѣйшія данныя изъ исторіи болѣзни. Больной Ю. И., 48-и лѣтъ, крестьянинъ, поступилъ въ факультетскую хирургическую клинику Харьковского Университета 17 ноября 1903 года по поводу болей и опухоли живота.

Anamnesis. Опухоль появилась, по словамъ больного, 10 мѣсяцевъ тому назадъ, была величиной съ куриное яйцо, и потомъ постепенно увеличивалась. Вместе съ опухолью появились и боли въ ней. За эти 10 мѣсяцевъ больной

сильно исхудалъ и ослабѣлъ. Раньше всегда былъ здоровъ. Со стороны наследственности все благополучно. Спиртными напитками не злоупотреблялъ.

Status praesens. При горизонтальномъ положеніи больного въ области живота замѣтно выпячиваніе, занимающее подложечную область, лѣвое подреберье и правую половину его. Выпячиваніе это обусловлено присутствіемъ въ немъ опухоли, раздѣленной бороздой на 2 части: лѣвую—меньшую и правую большую. При дыханіи опухоль смѣщается сверху внизъ, но не въ значительной степени. Меньшая, т. е. лѣвая часть опухоли подходитъ вверхъ къ мечевидному отростку, слѣва—къ лѣвой сосковой линіи, внизу къ пупку и справа простирается на 6 сант. за среднюю линію, гдѣ какъ разъ и располагается вышеупомянутая борозда. Консистенція этой части опухоли плотная, поверхность ея бугристая и вся она подвижная сверху внизъ и въ боковомъ направленіи. Правая часть опухоли занимаетъ соответственную половину живота, простираясь внизъ до гребешка подвздошной кости, гдѣ она уходитъ въ поясничную область и тамъ теряется; вверхъ она подходитъ подъ реберный край, а слѣва не заходитъ за среднюю линію; граница ея здѣсь выпуклая и тянется отъ пупка къ spin. anter. super. Консистенція плотная, мѣстами какъ хрящъ, поверхность бугристая. Подвижности въ ней—никакой. При перкуссии опухоль даетъ тупой тонъ, переходящій по краямъ въ притупленно-тимпанический. При раздуваніи желудка положеніе опухоли и граница тупости остаются безъ перемѣнъ. При раздуваніи кишечника per rectum замѣтно, что colon transv. et ascend. отодвинуты вправо и лежатъ по краю опухоли. Печень—верхняя граница: по парастернальной линіи—5 ребро, по сосковой—6 и аксиллярной—7 ребро; внизу тупость печени переходитъ въ тупость опухоли. Со стороны другихъ органовъ отклоненій отъ нормы не найдено. Моча прозрачная, соломенно-желтого цвѣта, 800 к. с. въ сутки, уд. вѣсъ 1026. Реакція кислая, бѣлка, сахара и желчныхъ пигментовъ нѣтъ. Въ осадкѣ ничего характернаго.

23 ноября была пробная лапаротомія, показавшая, что опухоль вслѣдствіе плотной фиксаціи въ глубинѣ не можетъ быть удалена. Черезъ недѣлю больной скончался при постепенномъ упадкѣ сердечной дѣятельности.

Главнѣйшія данныя изъ протокола вскрытія.

Брюшная полость. Сальникъ утолщенъ, слегка сморщенъ, гиперемированъ и завернутъ вверхъ на бугристую опухоль, расположенную въ правомъ hypochondr. et mesogast. Лѣвый край опухоли доходитъ до лѣвой сосковой линіи, правый по передней поверхности до передней аксиллярной; нижняя граница лежитъ на 12 сант. выше лобка, верхняя граница на 4 сант. ниже мечевиднаго отростка. Опухоль спаяна съ нижней поверхностью печени, особенно у желчнаго пузыря. Верхній край ея, позади печени, упирается въ диафрагму, на которой имѣются небольшіе плоскіе, мозговидно-бѣлые узлы. Задняя поверхность опухоли плотно прилежитъ къ ребрамъ и внутри доходитъ до аорты, причемъ опухольныя массы располагаются надъ послѣдней. На передней и боковыхъ поверхностяхъ опухоль покрыта брюшиной. Печень не выступаетъ изъ за края

ложныхъ реберъ въ правой долѣ, въ лѣвой же—на 4 сант. Желудокъ оттѣсненъ опухолью влѣво. Слѣпая кишка лежитъ на своемъ нормальномъ мѣстѣ, а восходящая и поперечная слѣдуютъ по передне-внутреннему краю опухоли. Восходящая плотно сращена съ послѣдней, приблизительно, на протяженіи 10 сант. Тонкія кишки помѣщаются въ маломъ тазу и лѣвой половинѣ брюшной полости и покрыты темно-красными сгустками крови. Правая почка скрыта въ опухольныхъ массахъ. Верхняя половина ея и лежащій на своемъ нормальномъ мѣстѣ надпочечникъ выдѣляются изъ нихъ легко, въ нижней половинѣ расположены узлы опухоли, сѣро-краснаго цвѣта, пронизанные, частью сѣрыми, частью лимонно-желтыми участками, что придаетъ имъ въ общемъ пестрый видъ. Опухольные узлы почки непрерывно переходятъ въ массу опухоли, представляющей на разрѣзѣ дольчатой, бѣлаго цвѣта, съ сѣрыми и желтыми прослойками. Консистенція всей опухольной ткани плотная. Лоханки расширены, сосочки сглажены и притуплены.

Diagnosis anatomica. Hypernephroma renis dextri; hydronephrosis lateris dextri e compressione. Peritonitis adhaesiva partialis. Hypertrophia renis sinistri et glandul. suprarenalis. Enterocolitis catarrhalis chronica. Marasmus. Pneumonia lobaris lobi superior. pulmonis dextri. Hyperplasia lienis; degeneratio parenchymatosa renum. Dilatatio ventriculi cordis dextri. Oedema pulmonum.

Микроскопическое описаніе.

Въ данной опухоли бросается въ глаза рѣзко выраженная строма, которая во многихъ мѣстахъ преобладаетъ надъ паренхимой. Состоитъ она изъ волокнистой соединительной ткани, распределяющейся по опухоли параллельными другъ другу рядами, или въ видѣ крупно-петлистой сѣти съ круглыми и овальными, иногда вытянутыми ячейками. Количество клѣточныхъ элементовъ и сосудовъ въ стромѣ мѣстами мало, особенно тамъ, гдѣ она склерозирована и гіалиново-перерождена, мѣстами наоборотъ, велико, причемъ клѣтки ея 3-хъ родовъ: фибробласты съ вытянутыми ядрами, круглыя съ большимъ, заполняющимъ всю клѣтку, ядромъ и полибласты. Последніе иногда многочисленны, особенно, при маломъ количествѣ первыхъ, такъ что между ними въ этомъ отношеніи существуетъ извѣстная обратная пропорціональность. Во многихъ мѣстахъ на периферіи и въ центрѣ соединительная ткань отходитъ на второй планъ и тогда рѣзче выступаютъ въ качествѣ стромы сосуды, сопровождаемые соединительно-тканнми фибриллами и находящіеся въ большинствѣ случаевъ въ состояніи гіалиноза. Можно свободно сказать, что значительно большая часть стромы гіалиново переро-

ждена. Распредѣляется строма по паренхимѣ такимъ образомъ, что получаютъ или круглыя и овальныя ячейки, или же колоны (цилиндры) изъ паренхиматозныхъ клѣтокъ.

Пространство между стромой сплошь заполнено паренхиматозными эпителиальнаго типа клѣтками, полигональной формы, со свѣтлой, нѣжно-зернистой протоплазмой, которая иногда бываетъ почти прозрачной, стекловидной. Отношеніе клѣтокъ къ стромѣ тѣсное. Величина ихъ $45 \mu \times 36 \mu$ (при самой большой $60 \mu \times 45 \mu$ и самой малой $36 \mu \times 27 \mu$). На ряду съ полигональными встрѣчаются круглыя, хвостатыя и вытянутыя, похожія на веретенообразныя, но въ значительно меньшемъ количествѣ. Клѣточные ядра пузырьковидны, круглы, бѣдны хроматиномъ и часто содержатъ ядрышко. Въ вытянутыхъ клѣткахъ они принимаютъ тоже нѣсколько удлинненную форму. Размѣрами они въ 1,5—2 раза меньше тѣла клѣтки. Въ мѣстахъ сильнаго развитія стромы присутствуютъ очень часто въ большомъ количествѣ полибласты, располагающіеся иногда правильными одиночными и двойными рядами, иногда небольшими кучками или просто отдѣльными экземплярами среди соединительно-тканнхъ фибриллей; мѣстами ихъ такъ много, а соединительно-тканнхъ волоконъ, наоборотъ, мало, что кажется, будто опухольныя клѣтки окружаются только одними ими. Чѣмъ больше соединительной ткани и клѣтокъ ея (кругловатыхъ съ большимъ ядромъ и фибробластовъ), тѣмъ меньше ихъ. Тѣ же полибласты видны и среди паренхиматозныхъ клѣтокъ, особенно, если послѣднія представляются дегенерированными. Почему ихъ такъ много, какая роль ихъ въ данномъ случаѣ, не являются ли они, быть можетъ, производителями большого количества соединительно-тканной стромы, или же разрушителями паренхиматозныхъ клѣтокъ, куда потомъ врастаетъ соединительная ткань, мы отказываемся рѣшить этотъ вопросъ, но констатируемъ только фактъ существованія ихъ въ большомъ количествѣ. Мѣстами соединительная ткань проникаетъ въ ячейки между паренхиматозными клѣтками и, подвергаясь быстро процессу гіалинизации, сдавливаетъ послѣднія, деформируетъ ихъ, придавая имъ удлинненную, веретенообразную, грушевидную и др. формы. Нерѣдко отъ клѣтки остается только одно ядро съ небольшимъ слоемъ протоплазмы вокругъ него, или совсѣмъ безъ нея. Тотъ же самый процессъ гіалиноза переходитъ очень часто и на паренхиматозныя клѣтки. Отлагаясь въ видѣ глыбокъ или полосокъ, гомогенныхъ на видъ и окрашивающихся по V. Gieson'y

въ гранатно-красный цвѣтъ, гіалинъ приводитъ къ полной гибели клѣтку, причемъ ядро является наиболѣе стойкимъ. При гіалинизации и стромы, и паренхимы подъ микроскопомъ получаютъ въ нѣкоторыхъ участкахъ данной опухоли довольно однообразныя картины гомогенныхъ, блѣдно розовыхъ (отъ эозина) и гранатно-красныхъ (отъ V. Gieson'a) полей, среди которыхъ кое-гдѣ выдѣляются хорошо сохранившіяся ядра опухольныхъ клѣтокъ или только хроматиновые зерна его.

Экстравазатовъ много, хотя и не такъ, какъ въ большинствѣ изъ предшествовавшихъ опухолей. Наклонность къ некрозу большая, особенно въ центральныхъ частяхъ ея. Какъ некротическіе очаги, такъ и экстравазаты очень часто подвергаются прорастанію соединительной тканью, которая быстро гіалинизируется. Нѣкоторые экстравазаты съ свернувшейся кровью гіалинизируются безъ предварительнаго прорастанія соединительной тканью. Многіе участки опухоли подверглись отеку и состоятъ изъ соединительно-тканыхъ, набухшихъ, разъединенныхъ волоконъ и шарообразно вздутыхъ паренхиматозныхъ клѣтокъ. Относительно капсулы опухоли мы ничего опредѣленнаго не можемъ сказать, такъ какъ въ нашемъ пользованіи былъ не весь препаратъ, а только часть его.

Примыкающая къ опухоли паренхима находится въ состояніи интерстиціального воспаления.

Такимъ образомъ, данное новообразование представляетъ изъ себя злокачественную опухоль правой почки съ рѣзко выраженнымъ гіалинозомъ какъ стромы, такъ и паренхимы. Во многихъ мѣстахъ тамъ, гдѣ паренхима идетъ въ видѣ колонъ (цилиндровъ) она получаетъ сходство съ цилиндромой. По свойству большинства клѣтокъ, отношенію ихъ къ стромѣ, распредѣленію цилиндрами и шарообразными группами она походитъ на строеніе коркового вещества нормальнаго надпочечника и доброкачественныхъ опухолей его. Большое разнообразіе внесено полиморфизмомъ клѣтокъ съ одной стороны, и процессами дегенерации—съ другой. Сильнымъ развитіемъ соединительной ткани, гіалинозомъ ея, она очень напоминаетъ 7-й случай опухоли надпочечника.

Двадцатый случай

представляетъ изъ себя препаратъ Харьковскаго патолого-анатомическаго музея, состоящій изъ 2-хъ почекъ, изъ которыхъ одна превращена въ бугристую опухоль, размѣрами $15 \times 12 \times 12$ сант., другая только пронизана многочисленными опухольными узелками, величиной до 1,5 сант. и достигаетъ размѣровъ $13 \times 6 \times 3$. На разрѣзѣ первой почки видно, что она состоитъ изъ отдѣльных опухольныхъ узловъ, раздѣленныхъ толстыми фиброзными перекладинами. Узлы 2-й почки также окружены фиброзной тканью. Препараты очень долго (нѣсколько лѣтъ) лежалъ въ формалинѣ и спиртѣ, а потому о цвѣтѣ его и другихъ свойствахъ говорить не приходится.

Микроскопическое описаніе.

Перекладины, разграничивающія отдѣльные узлы опухоли, состоятъ изъ склерозированной, мѣстами гіалиново-перерожденной или отечной соединительной ткани, изрѣдка содержащей атрофированные мочевые каналы и клубочки. Вся опухоль построена по одному и тому же типу—ангіосаркомы, хотя не во всѣхъ частяхъ ея имѣется одинаковое строеніе. На периферіи сейчасъ же подъ capsula propria опухоль въ нѣкоторыхъ мѣстахъ построена вполне тождественно съ тѣми доброкачественными новообразованиями надпочечника, которыя напоминаютъ ткань послѣдняго, а именно subst. fasciculata et glomerulosa его.

Опухоль состоитъ изъ капиллярной стромы и сидящихъ на капиллярахъ въ 1—2 ряда паренхиматозныхъ клѣтокъ. Капилляры распредѣляются такимъ образомъ, что разбиваютъ паренхиму ея или на цилиндры, или же на различной величины круглой и овальной формы группы (альвеолы). Группировка въ цилиндры болѣе рѣдкая.

Паренхиматозныя клѣтки полигональной, рѣже цилиндрической и круглой формы. Протоплазма ихъ свѣтлая, нѣжно зернистая, слабо окрашенная, часто содержащая просвѣты (не окрашенную часть) въ видѣ то болѣе узкой, то болѣе широкой полоски вокругъ ядра. Иногда вся протоплазма представляется стекловидной, прозрачной, иногда остаются въ ней окрашенными протоплазматическія нити, идущія въ видѣ лучистости отъ ядра къ периферіи. Величина клѣтокъ $48 \mu \times 36 \mu$ (при самой малой $36 \mu \times 32 \mu$ и самой большой $80 \mu \times 75 \mu$). Изрѣдка встрѣчаются гигантскія клѣтки, величиной до 108×117 . Ядра круглы и овальны, богаты хрома-

тиномъ и, зачастую, но не всегда, съ ядрышкомъ. Величина ихъ въ 2,5—3 раза меньше объема клѣтки. Число 1—2, въ гигантскихъ клѣткахъ до 5.

Въ другихъ мѣстахъ этой же почки и отдѣльныхъ узлахъ другой—нѣсколько иное строеніе. Прежде всего, это касается паренхиматозныхъ клѣтокъ, которыя отличаются полиморфизмомъ. На ряду съ полигональными, цилиндрическими и круглыми клѣтками здѣсь встрѣчаются овальные, вытянутыя, веретенообразныя, хвостатыя и др., и порой трудно сказать, какая форма здѣсь преобладаетъ. Число гигантскихъ клѣтокъ среди нихъ значительно больше. Многія альвеолы имѣютъ просвѣты, не рѣдко выполненные кровью и образованные чисто искусственнымъ путемъ. Дѣлю въ томъ, что данная опухоль, какъ и многія другія этого рода, обладаетъ большой склонностью къ дегенерациі своихъ клѣтокъ вообще, клѣтокъ же, не лежащихъ непосредственно на сосудахъ, въ частности. Если просмотрѣть много препаратовъ, то можно видѣть рядомъ съ альвеолой, гдѣ всѣ клѣтки хорошо сохранились, альвеолу съ сохранившимися только пристѣпочными клѣтками, въ то время, какъ центральныя уже носятъ признаки дегенерациі. Въ другихъ альвеолахъ отъ центральныхъ клѣтокъ остались только оболочки, третьи сохранили только пристѣпочный слой съ кое-гдѣ примыкающими къ нимъ 1—3 дегенерировавшими клѣтками или только одинъ пристѣпочный слой. Часто бываетъ такъ, что всѣ центральныя клѣтки подвергаются зернистому распаду. Если въ такую полость попадетъ кровь, то получается родъ кровяной кисты, какъ это мы уже видѣли въ цѣломъ рядѣ предшествовавшихъ опухолей. Понасть же она можетъ, во первыхъ, вслѣдствіе вообще свойственной данной опухоли склонности къ кровоизліяніямъ, о чемъ говорятъ обширные экстравазаты и отдѣльные кровяные элементы среди паренхимы, а во вторыхъ, вслѣдствіе гипереміи ея васо, наступленіе которой всегда можетъ имѣть мѣсто при выпаденіи изъ альвеолы центральныхъ клѣтокъ.

Кровь экстравазатовъ мѣстами хорошо сохранилась и окрасилась, мѣстами красные кровяные шарики выглядываютъ блѣдными, еле еле окрашенными, мѣстами они подверглись зернистому распаду; мѣстами же кровь свернулась, фибриновые свертки лежатъ частью неизмѣненными, частью организованными и гіалиново-перерожденными. Считать эти кровяныя кистозныя пространства за измѣненные сосуды не приходится по тѣмъ же самымъ основаніямъ,

какія уже нами приводились ранѣе при описаніи этихъ пространствъ въ другихъ случаяхъ (8-мъ).

Мы уже упоминали о склонности данной опухоли къ распаду;—можно сказать, что большая часть опухоли подверглась ему. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ происходитъ вращеніе туда соединительной ткани и образованіе на болѣе или менѣе значительномъ пространствѣ рубца. Капиллярная строма во многихъ мѣстахъ гіалинизирована, причемъ утолщенные капилляры сдавливаются и деформируются сидяція на нихъ паренхиматозныя клѣтки, приводя ихъ зачастую къ полной атрофіи.

Такимъ образомъ данный препаратъ представляетъ изъ себя злокачественную опухоль одной почки съ метастазами въ другую. Опухоль состоитъ изъ узловъ, окруженныхъ соединительной тканью и построенныхъ по типу ангиосаркомы. Въ одной своей части на периферіи она напоминаетъ ткань нормального надпочечника и доброкачественныхъ опухолей его, въ другой значительно видоизмѣняется, сохранивъ тотъ же ангиосаркоматозный принципъ строенія. Въ опухоли имѣются железистыя и кистозныя пространства, образованныя болѣею частью чисто искусственнымъ путемъ вслѣдствіе распада центральныхъ клѣтокъ.

Двадцать первый случай. Старый препаратъ, хранящійся въ патолого-анатомическомъ музеѣ Харьковскаго Университета, отъ котораго сохранилось только нѣсколько кусковъ. По нимъ видно, что опухоль состоитъ изъ отдѣльныхъ узловъ, различной величины, начиная отъ просынаго зерна и до вишни. Узлы окружены склерозированной или отечной соединительной тканью, между волокнами которой, какъ показываетъ микроскопъ, имѣются мѣстами атрофированные мочевые каналы. Нѣкоторые узлы лежатъ въ венозныхъ сосудахъ. Составляется узелъ изъ сосудисто-капиллярной или соединительно-тканной стромы и вложенныхъ въ нее паренхиматозныхъ клѣтокъ. Какъ сосуды, такъ и соединительная ткань образуютъ то узко, то широко-петлистую сѣть съ кругловатыми и овальными ячейками и тѣмъ придаютъ опухоли альвеолярный характеръ. Изрѣдка капилляры распределяются такимъ образомъ, что разбиваютъ паренхиму на рядъ колонъ. Часто можно видѣть, какъ соединительно-тканная строма, содержащая сосуды, отходитъ отъ капсулы, окру-

жающей какой нибудь узелъ и по направленію къ центру постепенно сходить на нѣтъ, уступая свое мѣсто только капиллярамъ.

Паренхиматозныя клѣтки въ нѣкоторыхъ участкахъ эпителиальнаго характера, полигональной формы съ свѣтлой, нѣжно-зернистой или совершенно прозрачной, стекловидной протоплазмой, имѣютъ тѣсное отношеніе къ стромѣ. Величина ихъ $30 \mu \times 40 \mu$ (при самой малой $25 \mu \times 20 \mu$ и самой большой $70 \mu \times 60 \mu$). Распределение и морфологическія свойства ихъ очень напоминаютъ строеніе нормальнаго надпочечника, его subst. glomerulosa et fascicul. Чаше встрѣчаются участки, гдѣ опухольныя клѣтки отличаются полиморфизмомъ, гдѣ на ряду съ полигональными имѣются круглыя, овальныя, веретенообразныя, грушевидныя, цилиндрическія и др. формы клѣтки. Въ этихъ участкахъ очень много гигантскихъ клѣтокъ; почти на каждыя 4—5 обыкновенныхъ—1 гигантская. Нѣкоторыя альвеолы сплошь выполняются ими, даже иногда одной гигантской клѣткой, достигающей размѣровъ до $540 \mu \times 200 \mu$.

Просматривая цѣлый рядъ препаратовъ одного и того же и различныхъ мѣстъ, всегда можно найти постепенный переходъ въ величинѣ отъ самыхъ малыхъ обыкновенныхъ къ самымъ большимъ—гигантскимъ. Въ нѣкоторыхъ изъ послѣднихъ удавалось подмѣтить тѣ же самыя картины, какія наблюдались уже нами въ одной изъ опухолей надпочечника (8-й случай). Во многихъ гигантскихъ клѣткахъ наблюдались явленія митоза, относимаго нами къ разряду abortивнаго, мультиполярнаго. Зернистая протоплазма гигантскихъ клѣтокъ обыкновенно хорошо окрашивается. Сравнительно часто она бываетъ вакуолизированной или компактной. Форма клѣтокъ неправильно круглая, четырехугольная, грушевидная, хотя чаще всего въ этой опухоли онѣ имѣютъ видъ безформенныхъ, громадныхъ протоплазматическихъ массъ, содержащихъ болѣею частью по нѣсколько ядеръ: отъ 2 до 25; часто клѣтка кажется какъ бы нафаршированной ядрами. Величина ядра не отличается отъ обыкновенныхъ клѣтокъ, но иногда достигаетъ также гигантскихъ размѣровъ, какъ, напримѣръ, $120 \mu \times 85 \mu$. Въ одной и той же клѣткѣ могутъ быть комбинаціи тѣхъ и другихъ ядеръ. Каріолизъ, каріорексисъ, пикнозъ и вакуолизациа ядеръ очень часты; при чемъ всѣ эти явленія могутъ быть въ одной и той же гигантской клѣткѣ. Фагоцитозъ среди гигантскихъ клѣтокъ, жертвой котораго бываютъ обыкновенныя, явленіе здѣсь частое. Отмѣтимъ, что протоплазма окружающихъ, обыкновенныхъ опухольныхъ клѣтокъ чрезвычайно

часто подвергается дегенераціи и полному исчезанію, такъ что не рѣдко можно видѣть, что гигантская клѣтка окружается одними ядрами обыкновенныхъ клѣтокъ. Экстравазатовъ въ опухоли мало. Наклонность къ распаду большая: иногда цѣлые узлы сплошь подвергаются ему, хотя чаще всего наблюдаются милиарные некрозы.

Такимъ образомъ, въ данномъ препаратѣ имѣется узловатая опухоль почки, построенная по типу ангиосаркомы. Въ однихъ участкахъ она очень походитъ на корковое вещество нормальнаго надпочечника, нарушается съ появленіемъ полиморфизма въ клѣткахъ съ одной стороны, и громаднаго количества гигантскихъ клѣтокъ—съ другой. Клѣточный полиморфизмъ и гигантскія клѣтки составляютъ особенность данной опухоли.

Гистологическая природа и гистогенезъ гипернефромъ.

Типическія гипернефромы надпочечника.

Величина типических гипернефромъ надпочечника колеблется отъ ячменнаго зерна до сливы. Локализируются онѣ въ корковомъ, или въ мозговомъ веществѣ, приводя послѣднее къ сдавленію и атрофіи до полного исчезанія его (наши 1—4 случая). Строго отграничивающей соединительно-тканной оболочкой онѣ обыкновенно не обладаютъ, хотя тенденція къ появленію ея въ нѣкоторыхъ изъ нихъ наблюдается (нашъ 3-й случай). Ткань ихъ чаще всего непосредственно примыкаетъ къ ткани надпочечника; иногда онѣ нѣсколько сдавливаютъ послѣдній (нашъ 1-й и 2-й сл.), или же заставляютъ его располагаться, хотя и не по всей окружности, концентрическими слоями, образуя родъ капсулы для нихъ (нашъ 3-й сл.). Иногда же на границѣ между опухолью и надпочечникомъ имѣется поясъ растянутыхъ кровеносныхъ сосудовъ. Опухоли эти нѣсколько выступаютъ надъ поверхностью разрѣза (Ribbert'a и наши случаи),—мягкой консистенціи и желтаго съ различными оттѣнками цвѣта: лимоннымъ, оранжевымъ, охрянымъ и сѣрнымъ. Въ одномъ случаѣ Kelly опухоль имѣла твердую консистенцію.

Состоятъ онѣ, какъ показываетъ микроскопъ, изъ стромы и паренхимы. Строма образована то капиллярами съ примѣсью или безъ соединительно-тканныхъ волоконъ (фибрилл), то соединительной тканью, идущей обыкновенно, или въ видѣ нѣжныхъ фибрилл (наши 1-й, 2-й, 4-й и отчасти 3-й сл.) или же довольно толстыхъ волоконъ, за частую бѣдныхъ кѣтками, но богатыхъ сосудами (нашъ 3-й сл.). Капилляры большею частью сдавлены паренхимой до уничтоженія просвѣта, хотя не рѣдко послѣдній сохраненъ и даже бываетъ растянутъ имѣющейся въ немъ кровью. По наблюденіямъ большинства авторовъ строма чаще всего—соединительно-тканная, рѣже—комбинированная, т. е. и соединительно-тканная и капиллярная, хотя въ нашихъ случаяхъ чаще наблюдалась вторая, чѣмъ первая (3:1). Исключительно одна капиллярная строма на

всемъ протяженіи всей опухоли не наблюдалась. По Borst'у строма этихъ опухолей—«необыкновенно нѣжная, почти только изъ капилляровъ состоящая» (стр. 786). Распредѣляется строма такимъ образомъ, что разбиваетъ паренхиму на кругловатыя, шарообразныя и продолговатыя группы, и на прямые и извитые тяжи (колонны, шнурки, столбы, цилиндры), очень часто анастомозирующія другъ съ другомъ, такъ что подъ микроскопомъ опухоль носитъ альвеолярный и въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ сѣтчатый видъ («netzartig verbundene Stränge» Borst'a).

Альвеолы на срѣзахъ представляются круглыми, овальными, многоугольными, въ формѣ сердца и вытянутыми, цилиндроподобными. Однимъ словомъ, паренхима здѣсь такъ же распредѣляется, какъ въ корковомъ веществѣ нормальнаго надпочечника, т. е. его зона *glomerulosa, fasciculata et reticularis*. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (3-й) наблюдалось сильное развитіе соединительной ткани, захожденіе ея внутрь альвеолъ съ уничтоженіемъ паренхиматозныхъ кѣтокъ. Въ этомъ же случаѣ было отмѣчено присутствіе въ стромѣ въ небольшомъ количествѣ кругло-кѣточного инфильтрата и экстравазатовъ. Какого либо перерожденія въ стромѣ мы не могли отмѣтить.

Паренхиму составляютъ обычно эпителиальныя, полигональной формы кѣтки, сильно инфильтрированныя жиромъ, имѣющія тѣсное отношеніе къ стромѣ и сидящія въ альвеолахъ безъ всякаго промежуточнаго вещества. Кромѣ полигональных бываютъ, но значительно рѣже, цилиндрическія, круглыя и еще рѣже овальныя и грушевидныя кѣтки (нашъ 3-й сл.). Въ протоплазмѣ ихъ встрѣчается въ видѣ крупныхъ и мелкихъ капель жиръ и часто въ такомъ большомъ количествѣ, что на препаратахъ изъ осміевои кислоты весь срѣзъ кажется почти чернымъ. На срѣзахъ, гдѣ окраска на жиръ не производилась, и послѣдній извлекался обрабатывающими жидкостями, протоплазма представлялась болѣе или менѣе сильно вакуолизированной, а иногда совершенно прозрачной, стекловидной и не окрашенной. Кромѣ жира нами, какъ и Kelly въ 1-мъ случаѣ, констатировался въ протоплазмѣ еще гликогенъ. Присутствіемъ послѣдняго надо, по всей вѣроятности, объяснить наличность въ ней рядомъ съ вакуолями, окрашенными осміевои кислотой, такихъ вакуоль, на которыя осміевая кислота не дѣйствовала. Рѣже протоплазма была компактной и свѣтло-нѣжно-зернистой, хорошо красящейся гематоксилиномъ и эозиномъ. Кромѣ жира и гликогена въ протоплазмѣ нѣкоторыхъ кѣтокъ отмѣчается, какъ

нами (5-й и 3-й сл.), такъ и другими авторами, зернистый пигментъ желто-бѣлаго и желтаго цвѣта, не дающій реакціи на желѣзо (Берлинская лазурь). Подвергается распаду протоплазма рѣдко. Нами наблюдался распадъ изъ 5 случаевъ въ одномъ, и то на ограниченномъ протяженіи. Тѣсное отношеніе клѣтокъ къ стромѣ особенно хорошо видно тамъ, гдѣ имѣется капиллярная строма, причемъ капилляры находятся не въ спавшемся, а, наоборотъ, въ растянутомъ состояніи. Тогда ясно, что клѣтки прямо сидятъ на капиллярной стѣнкѣ и не рѣдко мысообразно вдаются далеко въ просвѣтъ сосуда, такъ что кажется, что при самомъ легкомъ насилии, при небольшомъ нарушеніи цѣлости промежутка между эндотелиемъ, эти опухолевые мысы могутъ попасть въ кровяной токъ (см. рис. 2). Manasse неоднократно видѣлъ въ просвѣтѣ кровеносныхъ сосудовъ данныхъ опухолей перемѣшанныя съ кровью одиночныя или въ видѣ группъ клѣтки новообразованія. Мы видѣли ихъ въ капиллярахъ клѣтчатки, окружающей надпочечникъ.

Величиной клѣтки или такія же, какъ нормальныя надпочечныя, или нѣсколько больше ихъ; сравнительно рѣже онѣ бываютъ меньше. Границы ихъ то рѣзки, то затушеваны. (Средняя величина нормальныхъ надпочечныхъ клѣтокъ по нашимъ изслѣдованіямъ на 20 трупахъ $50 \mu \times 30 \mu$; самая малая $25 \mu \times 20 \mu$ и самая большая $100 \mu \times 70 \mu$). Клѣточные ядра круглы, пузырьковидны и по объему въ 2—2,5 раза меньше объема клѣтки. Наблюдались и гигантскія ядра, до 37μ въ діаметрѣ, но въ гигантскихъ же клѣткахъ. Последнія нами встрѣчались въ 2-хъ изъ 6 сл. (1 и 4), но не въ большомъ количествѣ. Manasse, наоборотъ, было отмѣчено въ этихъ опухоляхъ большое количество гигантскихъ клѣтокъ. Въ паренхимѣ этихъ опухолей нами (3-й сл.), Брюхановымъ, Manasse и Kelly отмѣчались небольшіе экстравазаты.

Такимъ образомъ видно, что опухоли этого рода въ общемъ имѣютъ большое сходство, приближающееся къ тождеству, со строеніемъ коркового вещества нормальнаго надпочечника (см. рис. 1—4; 12 и 15), не допускающее никакого сомнѣнія въ ихъ надпочечномъ происхожденіи. Даже является вопросъ, можно ли ихъ считать опухолями, или же тутъ дѣло идетъ о простой гиперплазій надпочечника, свойственной и другимъ органамъ, напримѣръ, печени. Если это опухоли, то возникаетъ 2-й вопросъ, какъ назвать ихъ. Намъ думается, что тенденція къ болѣе или менѣе рѣзкой обособленности отъ содержащей ихъ надпочечной ткани (нашъ 3-й сл.),

порой отодвиганіе послѣдней въ стороны и давленіе на нее со стороны опухоли, давленіе до приведенія къ полной атрофіи мозгового вещества, нѣкоторая вольность, если можно такъ выразиться, въ распредѣленіи и свойствахъ ихъ стромы, нѣсколько иныя свойства клѣточной протоплазмы (болѣе сильная жировая инфильтрація и гликогенъ), и, наконецъ, нѣсколько болѣе полиморфизмъ самихъ клѣтокъ—все это вмѣстѣ взятое говоритъ противъ простой гиперплазій и заставляютъ насъ признать въ нихъ опухоли. А разъ это такъ, то изъ всѣхъ названій, данныхъ этимъ образованіямъ, какъ то: *struma suprarenalis* Virchow'a, *hyperplasia nodosa* (Kaufmann'a), *adenoma* Ribbert'a, *hypernephroma* Birch-Hirschfeld'a, мы считаемъ болѣе удачными послѣднія два, такъ какъ съ ними связывается обязательное понятіе объ опухоли, и изъ нихъ самымъ подходящимъ и болѣе правильнымъ, по нашему мнѣнію, надо считать номенклатуру Birch-Hirschfeld'a, а не Ribbert'a. Дѣло въ томъ, что его названіе указываетъ намъ не только органъ, какъ думаютъ многіе авторы (Borst, Marschand и др.), гдѣ имѣется новообразованіе, но также и то, что оно произошло изъ клѣтокъ даннаго органа. Если мы называемъ извѣстное новообразованіе, скажемъ, фибромой, то этимъ мы указываемъ, что оно состоитъ и разрослось изъ соединительной ткани, въ какомъ бы органѣ это новообразованіе ни имѣло мѣсто. Точно также и *hypernephroma* будетъ обозначать, что данная опухоль произошла изъ клѣтокъ надпочечника, и если мы еще къ нему добавимъ слово «типическая», то, намъ кажется, этимъ самымъ скажемъ, что она не только развилась изъ клѣтокъ надпочечника, но и построена аналогично ему. Строго говоря, особенно нельзя протестовать и противъ названія Ribbert'a: надпочечникъ есть органъ железистый, эпителиальнаго происхожденія, хотя и съ своеобразной фیزیоміей, и, слѣдовательно, доброкачественныя опухоли, изъ него развивающіяся и состоящія изъ эпителиальныхъ клѣтокъ, имѣющихъ такую же группировку, какъ ткань его, должно быть причислено къ аденомамъ. Но такъ какъ у насъ обычно съ понятіемъ аденомы соединяется представленіе объ опухоли, состоящей изъ образованій, которыя имѣютъ *membrana propria*, высланную железистыми элементами и просвѣтъ, то естественно, что съ морфологической точки зрѣнія названіе аденома для нашихъ опухолей будетъ менѣе подходящимъ. Эти самыя новообразованія, т. е. типическія гипернефромы могутъ принимать и большіе размѣры, какъ это наблюдалось въ

нашемъ 6-мъ случаѣ, гдѣ опухоль достигла величины яблока. Въ послѣднемъ случаѣ конфигурація надпочечника обыкновенно не сохраняется. Въѣстъ съ тѣмъ здѣсь уже начинаетъ сказываться и измѣненіе въ структурѣ, но безъ нарушенія, въ общемъ, типическихъ чертъ, свойственныхъ даннымъ опухолямъ. Измѣненія въ структурѣ вносятъ появленіе дольчатости въ опухоли, обусловленной присутствіемъ въ ней трабекулъ, наклонность ея къ распаду и экстравазатамъ и, наконецъ, появленіе большого количества гигантскихъ клѣтокъ съ гіалинизированной протоплазмой, присутствіе которыхъ нами, правда, отмѣчалось и въ предшествовавшихъ (1 и 4 случ.) случаяхъ, но въ ограниченномъ числѣ. Появленіе гигантскихъ клѣтокъ нѣкоторыми авторами (Borst и др.) считается уже яркимъ признакомъ атипичности; мы же думаемъ, что одиѣ только гигантскія клѣтки, да еще въ небольшомъ количествѣ не могутъ служить выраженіемъ атипичности, если принять во вниманіе существованіе ихъ въ типическихъ гипернефромахъ, наблюдавшееся, какъ нами (случ. 1 и 4), такъ и другими авторами, (напр., Manasse). Мы даже видѣли ихъ въ совершенно нормальномъ надпочечникѣ, какъ это изображено на рис. 30-мъ.

Большое количество ихъ при сохраненіи типическаго расположенія и морфологическихъ свойствъ остальныхъ клѣтокъ, какъ имѣется въ нашемъ 6-мъ случ., скорѣе можетъ служить признакомъ перехода къ атипическимъ гипернефромамъ.

Атипическія гипернефромы надпочечника.

Атипическія гипернефромы надпочечника обладаютъ величиной отъ гусиного яйца до головы взрослого человѣка. Большею частью онѣ обтянуты капсулой, хотя могутъ быть и лишены ея, какъ это имѣлось въ нашемъ 11-мъ случаѣ, гдѣ ткань опухоли непосредственно примыкала къ ткани надпочечника. Поверхность ихъ то гладкая, то бугристая, консистенція эластическая, мягкая. На разрѣзѣ обыкновенно бросается въ глаза рѣзко выраженное дольчатое строеніе, благодаря массѣ соединительно-тканыхъ перекладинъ, пронизывающихъ всюду паренхиму опухоли. Дольки имѣютъ разнообразную величину и форму. Цвѣтъ опухоли никогда не бываетъ однороднымъ, всегда носитъ пестрый мраморный видъ: лимонножелтые (охряно-желтые, сѣрно-желтые) участки чередуются съ бѣло-желтыми, бѣлыми, сѣрыми, сѣро-красными и красными. Преобладаетъ надъ всѣми желтый тонъ и онъ то является харак-

тернымъ для даннаго ряда опухолей, хотя иногда желтаго цвѣта можетъ и не быть вовсе, какъ, напр., въ нашемъ 11-мъ случаѣ, гдѣ ткань опухоли представлялась сѣро-красной. Желтый цвѣтъ опухоли обуславливается присутствіемъ въ ней жира, а сѣрый и красный—старыми и свѣжими кровоизліяніями, богатствомъ которыхъ эти опухоли всегда отличаются. Центральныя части ихъ обыкновенно находятся въ состояніи распада, причемъ распавшаяся масса можетъ напоминать содержимое дермидныхъ и атероматозныхъ кистъ (напр., нашъ 10-й случай).

При микроскопическомъ изслѣдованіи эти опухоли обнаруживаютъ несравненно большія отклоненія въ своемъ строеніи отъ нормальнаго надпочечника, чѣмъ типическія, но сохраняя почти всюду одинъ и тотъ же принципъ,—тѣснаго отношенія паренхиматозныхъ клѣтокъ къ стромѣ. Такъ какъ строма большею частью капиллярная, то въ нихъ рѣзко подчеркивается перителіальный типъ строенія, сказывающійся въ томъ, что свойственныя имъ паренхиматозныя клѣтки тѣсно примыкаютъ (сидятъ) къ сосудамъ. Такое тѣсное отношеніе паренхимы къ стромѣ является отличительной чертой, какъ предшествовавшихъ типическихъ опухолей, такъ и самого надпочечника, и заставило нѣкоторыхъ авторовъ (напримѣръ, Брюханова) смотрѣть на послѣдній, какъ на своего рода «физиологическую перителіому». Коротко говоря: *атипичность опухолей проявляется въ болѣе разнообразной группировкѣ паренхиматозныхъ клѣтокъ, въ болѣемъ полиморфизмѣ ихъ, какъ въ величинѣ, такъ и въ формѣ, въ появленіи железистыхъ, кистозныхъ и ворсинчатыхъ образований, въ болѣе наклонности къ распаду, экстравазатамъ, а также къ дегенеративнымъ процессамъ стромы и паренхимы.*

Въ этихъ опухоляхъ сохранена большею частью та же группировка паренхиматозныхъ клѣтокъ, какъ и въ типическихъ случаяхъ, тѣ же самыя шарообразныя образованія, цилиндры (колонны, тяжи, столбы) и сѣти изъ нихъ, но только онѣ носятъ здѣсь менѣе правильный характеръ, отличаясь несравненно большимъ разнообразіемъ какъ въ формѣ, такъ и въ величинѣ, хотя всетаки, часто въ нихъ попадаются участки, почти тождественные по расположенію клѣтокъ и морфологическимъ свойствамъ ихъ то съ нормальной тканью надпочечника, то съ типическими опухолями его. Какъ и въ послѣднихъ опухоляхъ, группировка клѣтокъ зависитъ здѣсь отъ того или иного распредѣленія стромы, состоящей изъ капил-

ляровъ, къ которымъ иногда примѣшивается соединительная ткань (напримѣръ, 8-й и 10-й сл.). Обычно капилляры сдавлены паренхиматозными клѣтками до полного уничтоженія просвѣта, такъ что только попарно лежащій и идущій дорожками эндотелій съ несомнѣнною свѣдѣтельствомъ о существованіи здѣсь сосуда. Въ капиллярахъ съ сохранившимся просвѣтомъ и особенно растянутыхъ рельефно выступаетъ интимное отношеніе къ нимъ опухолевыхъ клѣтокъ. вмѣстѣ съ тѣмъ, тутъ ясно также отмѣчается (напримѣръ, въ 8-мъ сл.) мысообразное вдавленіе паренхимы въ сосудистый просвѣтъ, какъ это наблюдалось нами въ типическихъ опухоляхъ надпочечника (см. рис. 2-й и 6-й).

Въ рѣдкихъ случаяхъ, и то въ немногочисленныхъ участкахъ, капиллярная строма сходитъ на нѣтъ, уступая свое мѣсто соединительной ткани (нашъ 8-й случ.). Очень часто строма этихъ опухолей подвергается гиалиновому перерожденію (наши 4-й, 8-й, 9-й и 12-й случаи), которое иногда при сильномъ развитіи и при колоннообразномъ распредѣленіи паренхимы придаетъ имъ большое сходство съ цилиндромой, какъ это имѣется въ нашихъ 7-мъ и 10-мъ случ. Гиалиново перерожденная строма, видоизмѣняя вышеуказаннымъ образомъ типическую картину опухоли, въ то же самое время сдавливаетъ паренхиматозныя клѣтки, деформируетъ ихъ до неузнаваемости, такъ что, если бы препаратъ имѣлся только изъ такого мѣста, то ни въ коемъ случаѣ нельзя было прійти къ правильному заключенію относительно истиннаго характера опухоли.

Въ нѣкоторыхъ опухоляхъ на ограниченномъ пространствѣ дольки сплошь выполняются паренхиматозными клѣтками, безъ всякаго промежуточнаго вещества и безъ какой бы то ни было стромы (наши 7-й и отчасти 10-й сл.).

Паренхиматозныя эпителиальнаго типа клѣтки данныхъ опухолей отличаются большимъ полиморфизмомъ и большими колебаніями въ своей величинѣ: здѣсь встрѣчаются клѣтки значительно меньше обыкновенныхъ надпочечныхъ (въ 1,5—2 раза) и значительно больше его, причемъ 2-го рода клѣтки вообще болѣе многочисленны и преобладаютъ надъ первыми. Между ними очень много гигантскихъ: почти что въ каждой опухоли встрѣчаются онѣ. Подробнѣе о гигантскихъ клѣткахъ мы скажемъ позднѣе, при описаніи опухолей почки. Форма клѣтокъ разнообразная: полигональная, цилиндрическая, овальная, низко-кубическая, круглая, вытянутая,

цилиндрическая съ суженнымъ концомъ, грушевидная, хвостатая, веретенообразная; но наиболее характерной и чаще всего, почти въ каждой опухоли встрѣчающейся, будетъ полигональная; часто, но не всегда, можно встрѣтить (у насъ изъ 5 въ 3 случ.: 8, 9 и 10-мъ) еще цилиндрическія и круглыя клѣтки. Обыкновенно полигональныя клѣтки комбинируются съ одной—двумя изъ вышеупомянутыхъ формъ, хотя можно встрѣтить и всѣ формы въ одной и той же опухоли (нашъ 8-й сл.).

Протоплазма клѣтокъ свѣтлая, прозрачная, стекловидная—и это является характернымъ для клѣтокъ данныхъ, атипическихъ опухолей надпочечника. Часто она бываетъ свѣтлой, но нѣжно-зернистой, или на свѣтломъ прозрачномъ фонѣ ея имѣются хорошо окрашенные эозиномъ (при гематоксилин.-эозиновой окраскѣ) нити и зерна, что придаетъ клѣткамъ крапчатый видъ. Свѣтлый и прозрачный видъ протоплазмы зависитъ отъ присутствія въ ней, по всей вѣроятности, жира и гликогена, который нами открывался во всѣхъ изслѣдованныхъ нами опухоляхъ, если только предварительная фиксація препарата не мѣшала этому. На ряду со свѣтлыми и прозрачными клѣтками встрѣчаются въ одной и той же опухоли клѣтки съ хорошо окрашенной упитанной протоплазмой. Изъ нашихъ 5 случаевъ только въ 1-мъ не было клѣтокъ съ такого рода протоплазмой. Клѣтки со свѣтлой и прозрачной протоплазмой встрѣчаются, какъ въ центральныхъ, болѣе старыхъ участкахъ, такъ и въ периферическихъ, болѣе молодыхъ, между тѣмъ, какъ упитанныя—только въ наиболѣе молодыхъ участкахъ. Величиной онѣ нѣсколько больше прозрачныхъ. Иногда протоплазма подвергается гиалиновому перерожденію съ отложеніемъ въ ней солей извести (нашъ 8-й сл.), иногда въ ней наблюдался кровяной пигментъ (гемосидеринъ),—нашъ 10-й случай и Ulrich'a 1-й сл. Границы клѣтокъ обычно рѣзки, но могутъ быть участками затушеваны. Клѣточные ядра пузырьковидны, круглы или овальны, болѣею частью бѣдны хроматиномъ. По величинѣ они въ 2-3 раза меньше клѣтки, такъ что между краемъ ядра и клѣтки находится довольно широкій поясъ протоплазмы.

Встрѣчаются и гигантскія ядра, но въ гигантскихъ же клѣткахъ. Лежитъ ядро, то въ центрѣ, то внѣ его. Явленія каріоліза, каріорексиса и пикноза—во всѣхъ опухоляхъ. Встрѣчаются вакуолизированныя и гиалинизированные ядра рѣдко (нашъ 8-й сл.). Количество ядеръ въ клѣткѣ 1, рѣже 2; многоядерныя клѣтки

почти только гигантскія. Большею частью въ ядрѣ имѣется 1-2 ядрышка, окрашенныхъ то гематоксилиномъ, то эозиномъ.

Своеобразный видъ этимъ опухолямъ придаетъ наличность въ нихъ железистыхъ, кистозныхъ и кистозно-папиллярныхъ образований, носящихъ здѣсь нѣсколько оригинальный видъ и встрѣчавшихся въ нашихъ случаяхъ очень часто: изъ 5—въ 4-хъ (см. сл. 8, 9, 10 и 11-й). Къ вопросу объ этихъ образованияхъ мы еще вернемся при описаніи опухолей почекъ, а теперь только подчеркнемъ фактъ ихъ существованія въ атипическихъ опухоляхъ самого надпочечника. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ опухоль мѣстами носитъ типическое строеніе, мѣстами характеръ саркомы, обязанный, по мнѣнію Neuhäuser'a, разрастанію стромы.

Отличительной чертой еще всѣхъ этихъ опухолей является наклонность ихъ къ кровоизліяніямъ и къ распаду, на которыхъ подробнѣе мы остановимся позднѣе при описаніи этихъ же явленій въ опухоляхъ почекъ въ виду полной тождественности ихъ. Тамъ же мы поговоримъ и о метастазахъ, замѣтивъ здѣсь только, что они распространяются и по лимфатическимъ, но больше по кровеноснымъ сосудамъ, стѣнка которыхъ данными опухолями очень часто прорастается.

Гипернефромы почекъ; ихъ макроскопическія свойства.

Такъ же, какъ только что описанныя опухоли надпочечника, построены и нѣкоторыя опухоли почки, причемъ однѣ изъ нихъ аналогичны типическимъ, другія—атипическимъ опухолямъ его. Какъ тѣ, такъ и другія лежатъ подъ capsula propria почки и большею частью окружены соединительно-тканнымъ покровомъ, отъ котораго обыкновенно отходятъ трабекулы, разбивающія ихъ на дольки и узлы различной величины и формы. Если такого покрова, т. е. капсулы не имѣется (7-й сл. Заболотнова), то во всякомъ случаѣ онѣ рѣзко отграничены отъ почечной паренхимы, которая всегда на границѣ съ опухолью находится въ состояніи интерстиціального воспаленія.

Макроскопически данныя опухоли почки походятъ на вышеописанныя опухоли надпочечника. Та же самая въ большинствѣ случаевъ мягкая консистенція, тотъ же желтый, въ зависимости отъ присутствія жира, съ различными оттѣнками цвѣтъ (сѣрымъ, лимоннымъ, охрянымъ), чередующійся съ бѣлымъ, мозговиднымъ, сѣрымъ, сѣро-краснымъ, коричневымъ, бурымъ, краснымъ и почти чернымъ, что

придаетъ опухоли пестрый мраморный видъ. Последняго рода цвѣтовые оттѣнки за исключеніемъ бѣлаго и мозговиднаго, обуславливаются обильными кровоизліяніями, характерными, какъ мы уже знаемъ, для этого рода опухолей. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ опухоли имѣютъ мѣстами порозный, пещеристый видъ, содержащеловидныя пространства величинной отъ коноплянаго зерна до горошины, а въ одномъ случаѣ Заболотнова (8-мъ) почти вся опухоль состояла изъ кистъ величинной отъ просянаго зерна до куриного яйца со свѣтлымъ и кровяно-краснымъ содержимымъ. Рѣзко выраженная наклонность къ геморрагіямъ въ этихъ опухоляхъ идетъ параллельно съ некрозами, жировымъ распадомъ, слизистымъ размягченіемъ, отчего получаютъ кисты, достигающія иной разъ громаднхъ размѣровъ, замѣщая собой почти всю опухоль и превращая послѣднюю въ большой мѣшокъ изъ соединительной ткани, наполненный распадомъ (Fuchs, Grawitz, Borst и др.). Въ случаѣ Grawitz'a діагнозъ можно было поставить только по метастазамъ. Величина почечныхъ гипернефромъ отъ вишневой косточки до головы взрослаго человѣка.

Микроскопическія свойства типическихъ гипернефромъ почки.

Прежде чѣмъ приступить къ описанію микроскопическихъ свойствъ типическихъ гипернефромъ почки, мы скажемъ нѣсколько словъ о тѣхъ же свойствахъ капсулы и трабекулъ вообще всѣхъ гипернефромъ, такъ какъ они вездѣ приблизительно одинаковы. Какъ капсула, такъ и трабекулы состоятъ изъ соединительной ткани, бѣдной обыкновенно клѣтками и богатой большею частью сосудами. Изрѣдка въ нихъ попадаются гладкія мышечныя волокна (нашъ 8-й сл. и 8-й Заболотнова). Въ капсулѣ почечныхъ гипернефромъ могутъ быть атрофированные каналцы и клубочки, присутствіе которыхъ указываетъ на то, что въ образованіи ея принимаетъ участіе паренхима почки (нашъ 18-й и Burkhardt'a сл.). Трабекулы очень часто находятся въ состояніи склероза, отека, гліалиноза. На границѣ съ опухолью въ капсулѣ и въ трабекулахъ встрѣчается не рѣдко кругло-клѣточная инфильтрація и кровяной пигментъ (наши 8-й и 9-й и случаи Заболотнова, Lubarsch'a и Askanazy).

Подъ микроскопомъ типическія гипернефромы почекъ представляются такими же, какъ и соотвѣтственныя опухоли надпочечника: та же капиллярная, или нѣжная соединительно-тканная строма,

тѣ же, находящіяся съ ней въ интимномъ отношеніи, полигональныя эпителиальнаго характера клѣтки со свѣтлой, нѣжно-зернистой или совершенно прозрачной стекловидной протоплазмой и съ крупнымъ, пузырьковиднымъ большимъ ядромъ, содержащимъ обыкновенно 1—2 ядрышка. Въ этихъ клѣткахъ является рѣзко выраженной оболочка, что дало право Ambrosius'у и Заболотнову (7-й сл.) сравнивать ихъ съ растительными клѣтками. Свѣтлый видъ протоплазмы зависитъ и здѣсь отъ присутствія жира и гликогена (12-й и 13-й сл.). Иногда протоплазма, кажущаяся прозрачной при слабомъ увеличеніи, при сильномъ—оказывается сѣтеобразной (4-й сл. Заболотнова). Группировка паренхиматозныхъ клѣтокъ такая же, какъ въ типическихъ опухоляхъ надпочечника, точнѣе, какъ въ корковомъ веществѣ его. Сходство въ нѣкоторыхъ опухоляхъ почки съ только что упомянутыми опухолями надпочечника и съ нормальнымъ корковымъ веществомъ бываетъ иной разъ поразительнымъ (наши 12-й и 13-й сл. и сл. Трофимова), въ чемъ легко убѣдиться, если сравнить рис. 12, 14 и 15. Незначительное отступленіе можетъ сказываться въ появленіи иногда на ряду съ типичнымъ альвеолярнымъ строеніемъ—диффузно-клѣточковаго, что, правда, бываетъ въ очень ограниченныхъ участкахъ, и въ наклонности, далѣе, стромы къ гіалинозу и отеку, что можетъ придавать своеобразный отпечатокъ опухоли (нашъ 12-й сл.), но также на ограниченномъ пространствѣ. Еще намѣчавшіеся въ типическихъ опухоляхъ надпочечника (3-й сл.) экстравазаты здѣсь могутъ принимать большіе размѣры и вести иногда къ довольно правильнымъ кистознымъ пространствамъ, какъ это имѣется въ нашемъ 13-мъ случаѣ. Собственно послѣдняго рода отступленія составляютъ уже до нѣкоторой степени переходъ къ атипическимъ опухолямъ. Остановимся пока на вопросѣ, какимъ образомъ въ почкѣ могли появиться опухоли, сходныя въ своемъ строеніи съ нормальной тканью надпочечника и нѣкоторыхъ опухолей его; не происходятъ ли послѣднія, какъ и сходныя съ ними опухоли почки отъ одного и того же источника.

О смѣщеніи надпочечниковъ и прибавочныхъ надпочечникахъ.

Многими авторами (Klebs, Grawitz, Ulrich, Kelly и др.) доказанъ фактъ смѣщенія надпочечниковъ и локалізація ихъ подъ capsula propria почки. Обыкновенно они здѣсь отдѣляются отъ окружающей почечной паренхимы слоемъ соединительной

ткани, хотя въ случаѣ Ulrich'a послѣдній мѣстами сходилъ на нѣтъ, и тогда надпочечная ткань непосредственно примыкала къ почечной и даже заходила между мочевыми канальцами послѣдней. Иной разъ не весь надпочечникъ лежитъ подъ капсулой почки, а только часть его, а часть внѣ капсулы. Такое смѣщеніе надпочечниковъ можетъ иногда сочетаться съ отщепленіемъ маленькихъ частичекъ корковой субстанции, частью находящихся въ связи съ главнымъ органомъ, частью—нѣтъ и лежащихъ въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ него, какъ это наблюдалось въ одномъ изъ сл. Ulrich'a. Эти отщепленія отъ главнаго органа, такъ называемые прибавочные надпочечники, могутъ быть и при нормальномъ положеніи его. Ихъ существованіе уже извѣстно (по Poll'ю) съ 1733 г. (Morgagni). Н. Poll, къ мнѣнію котораго мы всецѣло присоединяемся, на основаніи собранной имъ литературы дѣлитъ всѣ прибавочные надпочечники на 3 разряда: 1) прибавочные надпочечники, состоящіе изъ корковой субстанции нормальной gland. suprarenal. (Beizwischennieren); 2)—изъ мозговой (phäochrom Körperchen), и 3) изъ сочетанія той и другой (истинные прибавочные надпочечники). Наиболѣе распространенными являются первые, величиной отъ опредѣляемой только микроскопически до горошины. Состоятъ они или изъ одного какого нибудь корковаго вещества (чаще всего zon. fascicul. et glomerul., рѣже reticularis), или изъ сочетанія 2-хъ и даже 3-хъ его. Съ топографической точки зрѣнія Poll дѣлитъ прибавочные надпочечники на 3 группы: I-я—прибавочные надпочечники въ области почки и главнаго органа (въ корковомъ и мозговомъ веществѣ самого надпочечника, въ капсулѣ и окружающей клѣтчаткѣ его, въ паренхимѣ почки, въ капсулѣ и подъ капсулой ея, на стѣнкѣ сосудовъ—arter. et venae suprarenal. et renal., между ven. cav. et aort., in plex. solaris et renalis, между colon transvers. и селезенкой, въ правой долѣ печени, in lig. hepatoduoden., въ pancreas (Rokitansky, Klebs, Grawitz, Lubarsch, Ulrich, Ribbert и др.); II-я группа: прибавочные надпочечники въ позади-брюшинномъ пространствѣ (около нижняго полюса почки, вдоль ven. sper. intern., на musc. ileopsoas, на synchondros. sacroiliaca (Beneke, Lubarsch, Ulrich и др.), и III-я группа—прибавочные надпочечники въ области половыхъ органовъ (вдоль сѣмяннаго канатика, между яичкомъ и придаткомъ, in rete testis, in paradydim., въ широкихъ связкахъ, вдоль трубъ и въ яичникахъ (Marschand, Ulrich, Dagonet, Aichel и др.). Возникаютъ при-

бавочные надпочечники по Poll'ю и многим другим авторам (Pick, Aichel и др.) двояким образом: одни самостоятельно и независимо от главного органа, другие суть дериваты его, обязанные отщеплению частиц от него. Такие отщепления от коркового вещества, напр., возможны при вхождении в него мозгового, которое, как известно, имеет другой источник происхождения, чем первое (Poll, Ribbert и др.) и только позднее вырастает в него. Далее, по Poll'ю, соединительная ткань при сильном развитии может отшнуровывать различной величины отрѣзки от коркового вещества, которые потом могут снова соединяться с главным органом, а могут и навсегда оставаться отдѣленными от него. Такие отщепления допустимы даже в болѣе позднем периодѣ жизни, «при патологическом образовании соединительной ткани, напр., при сифилисѣ». Принимая во вниманіе, «близкія, интимныя отношенія у эмбриона» между зачатками коркового вещества надпочечника, печени, поджелудочной железой, почками, венами, половыми железами и Stützgewebe этихъ органовъ, а также «необыкновенно рыхлое строеніе надпочечника у маленькаго эмбриона» (Meyer) легко себѣ представить отщепленіе частичекъ надпочечной ткани и попаданіе ихъ на и въ паренхиму этихъ органовъ. При опусканіи половыхъ железъ эти отщепившіяся частички могутъ также спускаться въ малый тазъ и такимъ образомъ далеко уйти отъ первоначальнаго мѣста возникновенія (Dagonet, Chiari, Meyer и др.). Marschand слѣдующимъ образомъ объясняетъ происхожденіе прибавочныхъ надпочечниковъ въ широкихъ связкахъ: отшнуровавшіяся отъ главнаго органа частички коркового вещества, лежащаго у 2—3 мѣсячи эмбриона въ непосредственномъ соудствѣ съ ven. cava, ven. renal и впадающей сюда ven. sperm. intern., остаются сначала въ связи со стѣнкой этихъ сосудовъ и вблизи главнаго органа, потомъ при опусканіи половыхъ органовъ и удлинении вслѣдствіе этого ven. sperm. intern., отщепленные группы надпочечныхъ клѣтокъ стягиваются внизъ до широкой связки. Другіе авторы, какъ, напр., Pilliet, Francesco, полагая, что надпочечникъ развивается въ тѣсной связи съ Wolf'овымъ тѣломъ, допускаютъ смѣщеніе отщепленныхъ частичекъ корковой субстанціи надпочечника вмѣстѣ съ дериватами этого тѣла, т. е. вблизи яичка, Яичника, vas deferens, paradydim., между листками брыжейки.

По Birch-Hirschfeld'у надпочечникъ въ началѣ развитія значительно превосходитъ своей величиной сосѣдніе органы (и

именно почку), но потомъ сильно отстаетъ въ ростѣ, и вотъ тутъ то при рыхломъ соединеніи клѣточныхъ группъ надпочечной ткани и неполномъ отграниченіи отъ болѣе сильно растущихъ сосѣднихъ органовъ, происходитъ отдѣленіе части надпочечной коры, послѣ чего она остается въ соединеніи съ сосѣдними органами, или даже ими окружается. «Такъ объясняетъ Rokitansky присутствіе прибавочныхъ надпочечниковъ въ plexus solaris et renalis». Въ частности, относительно прибавочныхъ надпочечниковъ въ почкахъ Grawitz говоритъ, что въ ранній періодъ развитія, у 2—3-хъ мѣс. эмбриона, почка обхватывается надпочечникомъ со всѣхъ сторонъ за исключеніемъ мѣста, ближайшаго къ hilus'у и ниже отъ него; потомъ, при отставаніи въ ростѣ отъ сильно растущей почки могутъ отщепляться отъ надпочечника частички его ткани и попадать въ щели между долями (Renkuli). При сліяніи послѣднихъ они остаются или прямо подъ capsula propria или даже въ почечной паренхимѣ. Авторъ описываетъ 2 препарата: одинъ, принадлежащій ребенку и представляющій изъ себя почку съ еще не сросшимися долями (Renkuli), содержащую на границѣ двухъ послѣднихъ, на глубинѣ 10 мил., нѣсколько прибавочныхъ надпочечниковъ. На другомъ препаратѣ, принадлежавшемъ почкѣ 30 л. мужчины, имѣлся прибавочный надпочечникъ на глубинѣ 4 мил., гдѣ дольки успѣли слиться, такъ что «получалось впечатлѣніе, какъ будто прибавочный надпочечникъ прямо возникъ среди коркового вещества почки».

Тѣмъ, что надпочечникъ у 2-хъ мѣсячнаго эмбриона обхватываетъ всю почку, за исключеніемъ hilus'a, Grawitz объясняетъ, почему въ области послѣдняго никогда не бываетъ прибавочныхъ надпочечниковъ. Прибавочные надпочечники въ общемъ являются очень частой находкой. Schmorl находилъ въ 9,2% всѣхъ вскрытій, Wiesel въ 76,5% всѣхъ genitalia новорожденныхъ мальчиковъ, Lubarsch на 300 труповъ—8 прибавочныхъ надпочечниковъ въ почкѣ и значительно чаще вдоль ven. suprarenal. et sperm. interna, Berkley (по Федорову) на 2000 вскрытій—5 разъ. Grawitz находилъ ихъ «ежедневно» по одному. Что касается прибавочныхъ надпочечниковъ, состоящихъ изъ мозговой субстанціи и изъ сочетанія послѣдней и корковой (по Poll'ю—истинныхъ прибавочныхъ надпочечниковъ), то относительно ихъ существуетъ въ общемъ ничтожное количество наблюденій (Manasse, Horn, Klebs, Ricker и др.), да и тѣ не всѣ могутъ быть приняты во вниманіе, такъ какъ не вездѣ устанавливалась характер-

ная для мозгового вещества реакція: желто-коричневая и чисто-коричневая окраска от хромовой кислоты и хромово-кислых солей. Pick'у ни въ одномъ прибавочномъ надпочечникѣ эту реакцію еще не удалось получить, почему онъ и полагаетъ, что прибавочные надпочечники состоятъ только изъ корковой субстанции. Упомянемъ вкратцѣ еще, что нѣкоторыми авторами, напримѣръ, Aichel'emъ признается, кромѣ отщепленія отъ главнаго органа, еще другой путь возникновенія прибавочныхъ надпочечниковъ, но только локализирующихся въ области половыхъ органовъ, это путь—самостоятельнаго независимаго отъ главнаго органа происхожденія. Aichel считаетъ ихъ за нормальные органы и даетъ имъ названіе «Marschand'овскіе надпочечники», такъ какъ Marschand'у принадлежитъ честь описанія ихъ въ широкихъ связкахъ.

Такъ или иначе образуются прибавочные надпочечники, но остается одинъ несомнѣнный фактъ, что они существуютъ въ различныхъ вышеуказанныхъ мѣстахъ брюшной полости и въ почкѣ и, иногда во многихъ экземплярахъ, какъ это наблюдалось въ случаѣ Ulrich'a, гдѣ были прибавочные надпочечники подъ capsula propria лѣвой почки, по ven. sperm. interna et-plex. rampiniform. Въ случаѣ Borst'a множественные прибавочные надпочечники были разсѣяны подъ капсулой и въ почечной корѣ. Если существованіе прибавочныхъ надпочечниковъ не подлежитъ сомнѣнію, если есть, такимъ образомъ, на лицо зародышъ, то не удивительно, что изъ этого зародыша, согласно теоріи Conheim'a, подъ вліяніемъ какихъ то, еще неуловимыхъ для насъ, условій, могутъ развиваться опухоли, какъ въ самомъ надпочечникѣ, такъ и другихъ органахъ, гдѣ бы эти зародыши ни находились.

Благодаря существованію прибавочныхъ надпочечниковъ, образующихся при отщепленіи отъ главнаго органа клѣтокъ его, намъ станетъ понятнымъ фактъ предпочтительной локализациі типическихъ гипернефромъ самого надпочечника въ центрѣ его, на мѣстѣ мозговой субстанции, такъ какъ, по мнѣнію Berthram'a (по Ribbert'у), «при вхожденіи клѣточныхъ элементовъ sympathicus'a внутрь надпочечника происходитъ отщепленіе клѣтокъ корковой субстанции и смѣщеніе ихъ въ мозговую. Этою же наличностью прибавочныхъ надпочечниковъ можно объяснить и существованіе множественныхъ гипернефромъ въ одномъ и томъ же организмѣ, какъ это наблюдали мы (5-й сл.) и Beneke. Въ случаѣ послѣдняго автора на ряду съ нѣсколькими маленькими гипернефромами надпочечника имѣлась

одна, немного побольше, въ одной почкѣ, а другая, величиной съ голову—въ другой. Мы согласны съ Ribbert'омъ, что въ послѣднемъ случаѣ дѣло идетъ не о заболѣваніи «системы надпочечника», а о множественныхъ отщепленіяхъ надпочечной ткани, изъ которыхъ одно дало большую опухоль, тѣмъ болѣе, что такіа множественныя отщепленія,—множественные прибавочные надпочечники, повторяемъ, существуютъ (Ulrich, Borst и др.). Наконецъ, очень цѣннымъ въ этомъ отношеніи является случай Ногн'a, гдѣ микроскопически констатировался непосредственный переходъ ткани гипернефромы почки въ прибавочный надпочечникъ.

Первый, указавшій на возможность надпочечнаго происхожденія опухолей въ другихъ органахъ (именно почки) и иллюстрировавшій рядомъ случаевъ, былъ Grawitz, нашедшій потомъ много послѣдователей и гораздо меньше, но за то непримиримыхъ, противниковъ. Собственно, если бы въ почкѣ были только опухоли, похожія на типическія надпочечныя гипернефромы и самую надпочечную ткань, то, возможно, что въ ихъ надпочечномъ происхожденіи никто бы не сомнѣвался, но такъ какъ на сцену выступаютъ атипическія опухоли, безконечно разнообразныя въ своемъ строеніи, то онѣ и послужили предметомъ самыхъ горячихъ споровъ до послѣднихъ дней.

Микроскопическія свойства атипическихъ гипернефромъ почки.

Атипическія гипернефромы почекъ очень походятъ на атипическія же гипернефромы надпочечника. Такое же здѣсь распределеніе паренхимы—колонами (цилиндрами, столбами), шаровидными образованіями и сѣтевидными пучками, находящееся въ зависимости отъ того или иного распространенія стромы, которую здѣсь также болѣею частью составляютъ капилляры и рѣже соединительная ткань (5-й и 7-й сл. Заболотнова). То же самое тѣсное, мы бы сказали, перителіальное отношеніе паренхиматозныхъ клѣтокъ къ стромѣ. Подъ микроскопомъ строеніе ихъ характеризуется присутствіемъ разнообразной величины и формы альвеолъ, точъ въ точъ, какъ это мы видѣли въ атипическихъ гипернефромахъ самого надпочечника. Характерныя полигональныя клѣтки съ свѣтлой и прозрачной протоплазмой, и здѣсь выполняютъ обыкновенно сплошь всю альвеолу, сидя въ 1—2 ряда на капиллярахъ а въ рѣдкихъ случаяхъ на соединительно-тканыхъ волокнахъ. Свѣтлый и прозрачный, стекловидный видъ клѣтокъ обуславливается, какъ и тамъ,

присутствіемъ жира и гликогена. Жиръ въ видѣ крупныхъ и мелкихъ капель, не закрывающихъ обыкновенно ядра, но оттѣсняющихъ зачастую его къ периферіи. Иногда почти вся протоплазма превращается въ жиръ, при сохраненіи въ цѣлости клѣточного ядра съ ядрышкомъ, что даетъ намъ извѣстное право считать, что мы имѣемъ тутъ дѣло съ инфильтраціоннымъ, а не дегенеративнымъ процессомъ. Какъ нами, такъ и другими авторами жиръ констатировался во всѣхъ опухоляхъ этого рода, хотя и не во всѣхъ участкахъ. «Въ опухоляхъ, развивающихся изъ зачатковъ надпочечника», говоритъ Lubarsch, «имѣется жировая инфильтрація даже въ самыхъ маленькихъ, необыкновенно медленно растущихъ, кровоснабженіе которыхъ въ отношеніи къ массѣ клѣточныхъ элементовъ должно считать обильнымъ». Какая химическая натура этого жира, остается до сихъ поръ неизвѣстнымъ, хотя начало къ опредѣленію ея уже положено нѣкоторыми авторами (напр., Stoerk'омъ). Во всякомъ случаѣ это вопросъ дальнѣйшаго будущаго, пока же мы только отмѣтимъ, что *постоянное его присутствіе въ данныхъ опухоляхъ должно считать важнымъ признакомъ въ діагностическомъ отношеніи*. Гликогенъ содержался въ клѣткахъ, въ видѣ глыбокъ и шаровъ, причемъ мы находили его *всякій разъ, когда предварительная фиксація препарата не мешала изслѣдованію*. Hammarsten говоритъ, что «гликогенъ находится въ изобиліи въ эмбриональной ткани, какъ впервые показали Cl. Bernard и Kühne и, повидимому, онъ всегда встрѣчается въ тѣхъ тканяхъ, гдѣ идетъ новообразование и развитіе клѣтокъ. Онъ встрѣчается, слѣдовательно, и въ быстро прогрессирующихъ злокачественныхъ новообразованіяхъ (Hörpesseler)». Тѣмъ не менѣе не всѣмъ авторамъ, или точнѣе не во всѣхъ случаяхъ, удавалось доказать его присутствіе въ этихъ опухоляхъ (сл. Заболотнова и др.). Въ виду же того, что онъ можетъ быть и въ другихъ новообразованіяхъ, какъ, напр., хондрома, эндотелиома, то особенно большого значенія въ діагностическомъ смыслѣ ему придавать нельзя. Gatti найдены въ гипернефромахъ лецитинъ и въ такомъ же %-номъ отношеніи, въ какомъ онъ имѣется въ нормальномъ надпочечникѣ. Фактъ этотъ считается авторомъ, съ чѣмъ нельзя не согласиться, очень важнымъ въ діагностическомъ отношеніи.

Возвращаясь къ клѣткамъ со свѣтлой и прозрачной, слабо или почти не окрашенной протоплазмой, мы отмѣтимъ, что *онѣ необходимы были нами рѣшительно во всѣхъ типическихъ*

случаяхъ, если не на периферіи, то въ центрѣ и являются, повторяемъ, характерными для данного ряда опухолей. Въ нѣкоторыхъ свѣтлыхъ клѣткахъ на прозрачномъ фонѣ имѣлись окрашенные въ эозинъ зерна, какъ въ аналогичныхъ опухоляхъ надпочечника, или нити протоплазмы, отходившія отъ ядра въ видѣ лучистости (16-й сл.). Правда, на ряду съ свѣтлыми, почти во всѣхъ случаяхъ мы встрѣчали и хорошо окрашенные, богатые протоплазмой клѣтки, зачастую лишенные жира и гликогена, но всегда на периферіи, въ болѣе молодыхъ участкахъ опухоли. Лишенные жира клѣтки наблюдались также Burkhardt'омъ и многими другими.

Нѣкоторые авторы находили въ клѣткахъ диффузно разсѣянный желтый и желто-бурый пигментъ, въ однихъ случаяхъ содержащій желѣзо (Lubarsch, Заболотновъ), въ другихъ — нѣтъ (Пирона, Ambrosius, Федоровъ, Marschand). Askanazy находилъ въ клѣткахъ своеобразную субстанцію, характеризовавшуюся сопротивляемостью относительно щелочей и кислотъ, большой способностью окрашиваться гематоксилиномъ и многими основными анилиновыми красками и выглядывавшую подъ микроскопомъ «зернистой или стекловидной гіалиновой массой». Онъ назвалъ ее базофильнымъ гіалиномъ и, такъ какъ ядра содержащихъ ее клѣтокъ не указывали дегенеративныхъ явленій, то онъ не считалъ ее продуктомъ дегенерации.

Контуры клѣтокъ большею частью рѣзки, хотя иногда представляются затупеванными, сглаженными, такъ что при бѣгломъ осмотрѣ опухоли получается впечатлѣніе большихъ разлитыхъ протоплазматическихъ массъ, среди которыхъ разбросаны тамъ и сямъ часто въ такихъ случаяхъ обезображенные ядра (17-й сл.). Кромѣ полигональной формы клѣтокъ постоянно въ этихъ опухоляхъ встрѣчаются круглыя, цилиндрическія, овальныя, грушевидныя, вытянутыя, веретенообразныя (Beneke, Neuhäuser и др.), такъ что мы не будемъ далеки отъ истины, если скажемъ, что *клетки данныхъ опухолей, какъ и аналогичныхъ самого надпочечника, отличаются полиморфизмомъ*. Разница въ формѣ и свойствахъ протоплазмы паренхиматозныхъ клѣтокъ въ одной и той же опухоли иной разъ настолько рѣзкая, что невольно возникаетъ мысль о различномъ ихъ гистогенетическомъ происхожденіи (см., напр., сл. XV и рис. 17) и только детальное обследованіе изъ разныхъ мѣстъ, нахожденіе переходныхъ формъ разъясняетъ намъ истинный характеръ опухолевыхъ клѣтокъ. Особенно фиксировали на

себѣ вниманіе, встрѣчавшіяся участками, иногда даже большими, вытянутыя веретенообразныя клѣтки похожі на фибробластовъ. (Wiesel, Berdach, Ambrosius, Neuhäuser, Zoening, Эрдманъ и др.). Zoening видѣлъ даже въ ихъ протоплазмѣ нѣжныя фибриллы, расположенныя по продольной оси клѣтки. Ambrosius полагаетъ, что обыкновенныя надпочечныя клѣтки могутъ превращаться въ саркоматозныя-веретенообразныя. Neuhäuser считаетъ ихъ чисто соединительно-тканными, обязанными сильному разрастанію стромы, берущей перевѣсъ надъ паренхимой. Zoening не согласенъ съ такимъ толкованіемъ и думаетъ, что онѣ суть тѣ же надпочечныя, т. е. эпителиальныя клѣтки, но только сильно деформированныя. Если сравнивать ихъ съ рядомъ лежащими веретенообразными клѣтками соединительно-тканнаго происхожденія, то разница будетъ сказываться въ присутствіи въ протоплазмѣ первыхъ—жира, а въ ядрѣ—ядрышка, чего нѣтъ въ соединительно-тканныхъ клѣткахъ; перехода, далѣе, фибриллей этихъ клѣтокъ въ соединительную ткань никогда не удавалось наблюдать, въ то время, какъ удается найти постепенный переходъ отъ нихъ къ обыкновеннымъ опухольнымъ полигональнымъ клѣткамъ. Такая деформация паренхиматозныхъ клѣтокъ, насколько мы поняли автора, зависитъ отъ того или иного распредѣленія дегенерированной разбухшей соединительно-тканной стромы; тамъ, гдѣ клѣтки избавляются отъ этого вліянія, когда, напр., при геморрагіяхъ попадаютъ въ кровь, онѣ принимаютъ круглую форму, не теряя своей сѣтчатой массы. Такія клѣтки неоднократно встрѣчались и въ нашихъ опухоляхъ (напр., сл. 15-й, 19-й и 21-й), но обыкновенно въ мѣстахъ съ сильно развитой и гіалиново-перерожденной соединительною тканью, которая сдавливала вообще паренхиматозныя клѣтки, заставляя ихъ приспособляться къ измѣнившимся условіямъ,—деформироваться, давая въ концѣ концовъ сильно измѣненныя веретенообразныя формы. Находя постоянно постепенный переходъ къ обыкновеннымъ опухольнымъ клѣткамъ, мы никогда не могли отмѣтить ни фибриллей въ ихъ протоплазмѣ, ни перехода ихъ въ соединительно-тканныя волокна. Съ другой стороны, надо считаться и съ тѣмъ обстоятельствомъ, что процессъ гіалинизации переходилъ со стромы на паренхиматозныя клѣтки и такъ какъ онъ шелъ довольно медленно и постепенно, не захватывая сразу всей протоплазмы, причемъ отложившіяся въ нихъ массы гіалина по всей вѣроятности сливались съ уже гіалинизированной стромой, то естественно, что и въ такомъ случаѣ клѣтки

могли измѣнить свою обычную и принять ту или иную форму. Измѣняютъ клѣтки свою форму въ этихъ опухоляхъ подъ вліяніемъ отека, когда онѣ набухаютъ и превращаются въ большія шарообразныя образования (19-й сл.), и благодаря механическому воздѣйствію на нихъ излившейся крови (сл. 16-й).

Ядра пузырьковидны, круглой формы, то бѣдныя, то богатые хроматиномъ, большею частью содержатъ 1—2 ядрышка, окрашивающихся въ нашихъ случаяхъ то эозиномъ, то гематоксилиномъ. Въ нѣкоторыхъ опухоляхъ рядомъ съ круглыми ядрами встрѣчаются овальныя, грушевидныя, почковидныя—однимъ словомъ, наблюдается нѣкотораго рода и ядерный полиморфизмъ (17-й сл.). Размѣрами они въ 2—2,5 раза меньше клѣтки (по Заболотнову въ 3—4 раза). Положеніе ихъ чаще центральное, чѣмъ эксцентрическое. Количество ихъ въ клѣткѣ 1—2; многоядерныя клѣтки обыкновенно—гигантскія, хотя иногда и обыкновенныя клѣтки сплошь набиваются ядрами (17-й сл.). Каріолизъ, каріорексисъ и пикнозъ въ ядрахъ клѣтокъ данныхъ опухолей явленіе обычное. Вакуолизированныя и гіалинизированные ядра сравнительно рѣдки (15-й и 16-й сл.).

Размѣрами паренхиматозныя клѣтки или равняются нормальнымъ надпочечнымъ, или же больше ихъ; сравнительно рѣже онѣ бываютъ меньшихъ размѣровъ. Очень много среди нихъ гигантскихъ клѣтокъ. У насъ онѣ встрѣчались во всѣхъ опухоляхъ и въ довольно большихъ количествахъ. Въ одномъ случаѣ, напр. (21-мъ), на каждыя 4—5 обыкновенныхъ приходилась одна гигантская, въ другомъ—въ каждомъ полѣ зрѣнія (при объект. 4 Leitz'a); въ третьемъ—почти въ каждой альвеолѣ (15-й сл.) встрѣчались онѣ. Въ нѣкоторыхъ опухоляхъ вся альвеола цѣликомъ выполнялась одними гигантскими клѣтками. Самые большіе размѣры, какіе намъ приходилось встрѣчать это $540\mu \times 200\mu$ (21-й сл.), когда вся альвеола выполнялась исключительно одной гигантской клѣткой. Границы ихъ всегда рѣзки, форма разнообразная: круглая, полигональная, грушевидная, четырехугольная, но многія представляются въ видѣ безформенныхъ, рѣзко отграниченныхъ массъ. Почти всегда удается установить постепенный переходъ отъ обыкновенныхъ къ самымъ большимъ гигантскимъ клѣткамъ. Протоплазма ихъ зерниста или компактна, хорошо окрашенная; сравнительно часто она бываетъ вакуолизированной, но никогда прозрачной, свѣтлой, какъ это наблюдается въ обыкновенныхъ опухольныхъ клѣткахъ. Въ протоплазмѣ нѣкоторыхъ изъ нихъ отмѣчалось присутствіе въ довольно большомъ

количествѣ свободно лежащихъ хроматиновыхъ зеренъ и отложеніе гіалиновыхъ массъ (15-й сл.).

Явленія фагоцитоза въ нихъ очень часты, и жертвой его являются красные, бѣлые кровяные шарики и обыкновенныя паренхиматозныя клѣтки. Встрѣчаются гигантскія клѣтки въ данныхъ опухоляхъ почти всегда среди упитанныхъ, но не прозрачныхъ клѣтокъ, т. е. въ болѣе молодыхъ участкахъ. Количество ядеръ въ нихъ отъ 2 до 25; размѣры ихъ или приближаются къ ядрамъ обыкновенныхъ клѣтокъ или нѣсколько болѣе; въ клѣткѣ рѣже бываетъ по одному ядру, достигающему въ такихъ случаяхъ болѣею частью гигантскихъ размѣровъ, какъ, на примѣръ, $75\mu \times 51\mu$ (8-й сл.), $72\mu \times 60\mu$ (11-й сл.), $50\mu \times 30\mu$ (15-й сл.), 70μ и $115\mu \times 30\mu$ (16-й сл.), $68\mu \times 41\mu$ (17-й сл.), $120\mu \times 85\mu$ (21-й сл.). Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ комбинируются гигантскія ядра съ обыкновенными (21 сл.). Распредѣляются ядра по клѣткѣ болѣею частью беспорядочно, нерѣдко они сбиваются въ кучу, образуя цѣлый конгломератъ, разобрать въ числѣ ядеръ котораго не представляется возможнымъ (8-й, 15-й, 16-й и 17-й). Иногда констатируется центральное, иногда периферическое стояніе ядеръ, какъ это наблюдается въ гигантскихъ клѣткахъ при туберкулезѣ (8-й и 18 сл.). Такъ же, какъ въ ядрахъ обыкновенныхъ клѣтокъ, въ нихъ часты явленія пикноза, каріорексиса и каріолиза. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ ядрахъ гигантскихъ клѣтокъ нами наблюдался мультиполярный, абортивный митозъ (15-й сл. рис. 18 и 21 сл.). Въ 8-мъ и 21-мъ случаяхъ можно было отмѣтить, что излюбленными мѣстами гигантскихъ клѣтокъ являются небольшія дольки, окруженныя толстыми, бѣдными сосудами, соединительно-тканными прослойками (сл. рис. 37) или же участки опухоли, куда произошло кровоизліяніе и гдѣ имѣются въ большомъ количествѣ клѣтки съ дегенерированной протоплазмой. Естественно является вопросъ, что это за гигантскія клѣтки и какого онѣ происхожденія? Являются ли родоначальникомъ ихъ обыкновенныя опухольныя, т. е. въ данномъ случаѣ эпителиальныя клѣтки, или же онѣ совершенно другого происхожденія и не родственны послѣднимъ. Образованіе гигантскихъ клѣтокъ изъ эпителия фактъ общезвѣстный, описанный многими авторами. Такъ, Babes описываетъ ихъ при сифилитическомъ циррозѣ печени, когда ему удавалось видѣть, какъ изъ печеночныхъ клѣтокъ вырастали въ видѣ отростковъ колбообразныя протоплазматическія массы, которыя при одновременномъ увеличеніи ядеръ

принимали гигантскіе размѣры и, отшнуровавшись, превращались въ гигантскія клѣтки, причемъ, по мнѣнію автора, здѣсь дѣло шло не о гигантскихъ клѣткахъ вѣкругъ инородныхъ тѣлъ, такъ какъ послѣднія ни въ нихъ, ни вѣзлѣ нихъ не наблюдались. Baumgarten (по Babes'y) говоритъ объ образованіи гигантскихъ клѣтокъ изъ эпителия при регенеративныхъ процессахъ, на примѣръ, эпителия роговой оболочки. Далѣе неоднократно наблюдались такія клѣтки въ эпителиальныхъ опухоляхъ, преимущественно карциномахъ, Hansemann'омъ, Borst'омъ, Babes'омъ и др. Borst видѣлъ въ карциномахъ двоякаго рода гигантскія клѣтки: однѣ вѣкругъ инородныхъ тѣлъ Langhans'оваго типа, другія—развившіяся изъ раковой паренхимы. Babes въ своей послѣдней обширной монографіи о гигантскихъ клѣткахъ описываетъ опухоль печени, названную имъ *adeno-carcinoma giganto-cellulare*, которая вся состояла изъ гигантскихъ клѣтокъ, происшедшихъ несомнѣнно изъ печеночныхъ, что авторъ иллюстрируетъ рядомъ превосходныхъ рисунковъ, не позволяющихъ, по нашему мнѣнію, сомнѣваться въ истинномъ гистогенезѣ новообразованія. «Мы далеки отъ того», говоритъ далѣе Babes, «чтобы знать истинную причину такого своеобразнаго процесса роста, но одно только вѣрно, что здѣсь дѣло идетъ не о вліяніи инороднаго тѣла». Относительно гигантскихъ клѣтокъ при ракѣ авторъ высказывается, что онѣ имѣютъ различное происхожденіе, «но рѣдко, какъ выраженіе самостоятельнаго роста ткани, чаще, какъ гигантскія клѣтки вѣкругъ инородныхъ тѣлъ ((Fremdkörperriesenzellen)». Кромѣ гигантскихъ эпителиальныхъ клѣтокъ при ракѣ, по Babes'y, встрѣчаются гигантскія же, но соединительно-тканнаго и сосудистаго происхожденія. Вообще же гигантскія клѣтки, по мнѣнію этого автора, могутъ образоваться, когда при большой энергіи къ росту, существуютъ препятствія къ послѣднему; такія препятствія могутъ создаваться посторонними тѣлами и некротизированной тканью, которая своимъ присутствіемъ вносятъ постоянное длительное раздраженіе. «Въ общемъ можно сказать, что гигантскія клѣтки обязаны своимъ происхожденіемъ хроническому раздраженію и могутъ развиваться изъ различныхъ тканей: сосудовъ, мышцъ, соединительно-тканыхъ элементовъ, эпителия и др. путемъ каріокинеза». Некрозъ раковой ткани можетъ повести къ образованію гигантскихъ клѣтокъ со стороны раковыхъ же элементовъ; когда вновь образовавшіяся гигантскія клѣтки погибаютъ, то начинается образованіе гигантскихъ же клѣтокъ со стороны окружающей

соединительной ткани, «причемъ увеличенные элементы не только окружаютъ раковыя гнѣзда, но проникаютъ въ нихъ и замѣщаютъ ихъ собой». Сводя въ концѣ концовъ образованіе гигантскихъ клѣтокъ къ вліянію со стороны умершей ткани, т. е. въ сущности къ длительному раздраженію инороднымъ тѣломъ, Babes всетаки усматриваетъ и другой родъ возникновенія ихъ, когда говоритъ, что «путемъ мультиполярнаго митоза возникаютъ эпителиальныя гигантскія клѣтки, которыя бываютъ двухъ родовъ: примыкающія непосредственно къ разрушенному участку эпителиальныхъ островковъ и развивающіяся на концѣ проникающихъ впередъ карциноматозныхъ тяжей. Несомнѣнно, что здѣсь мультиполярный ростъ ядеръ и образованіе гигантскихъ клѣтокъ представляетъ изъ себя раннюю стадію рака, которая ведетъ къ дифференцированію гигантскихъ клѣтокъ въ раковыя элементы». «Не исключаются также», говоритъ Babes въ другомъ мѣстѣ относительно эпителиальныхъ клѣтокъ при ракѣ, «что изъ этихъ клѣточныхъ массъ позднѣе дифференцируются отдѣльныя клѣтки и что изъ такихъ гигантскихъ клѣтокъ могутъ возникать раковыя островки». Такимъ образомъ, авторъ признаетъ на ряду съ гигантскими эпителиальными, возникающими подъ вліяніемъ раздраженія, такія, которыя являются на мѣстѣ прогрессивнаго, активнаго разрастанія новообразованія. Образованіе гигантскихъ клѣтокъ черезъ сліяніе, такъ называемыя конглотинаціонныя, Babes не признаетъ: кажущіяся слившимися клѣтки суть конгломераты обыкновенныхъ клѣтокъ и должны быть названы псевдо-гигантскими клѣтками. Въ гипернефромахъ гигантскія клѣтки отмѣчены уже давно и цѣлымъ рядомъ авторовъ: Manasse, Ulrich, Lubarsch, Burkhardt, Брюхановъ, Busse, Заболотновъ, Marschand, Beneke, Askanazy, Добровольская, Федоровъ и др. Lubarsch встрѣчалъ ихъ очень часто (изъ 9 сл. въ 4-хъ) и считаетъ ихъ характерными для даннаго ряда опухолей. Manasse и Burkhardt относятъ ихъ къ разряду конглотинаціонныхъ. Busse видѣлъ гигантскія клѣтки въ гипернефромѣ почки (10-й сл.) со многими обыкновенными и однимъ, но гигантскихъ же размѣровъ, ядромъ. Находя переходныя формы отъ обычныхъ паренхиматозныхъ клѣтокъ къ гигантскимъ, онъ считаетъ послѣднія обыкновенными опухольными клѣтками, но только «чудовищно выродившимися», сильно увеличившимися. Такъ какъ онъ наблюдался Manasse въ опухоляхъ самого надпочечника, то Busse полагаетъ, что «присутствіе этихъ странныхъ клѣтокъ не говоритъ противъ, а за возникновеніе дан-

ныхъ опухолей изъ ростковъ надпочечника». Въ 6-мъ случаѣ Федорова «мѣстами въ ткани опухоли видны клѣтки гораздо большей величины съ 4—5 ядрами, скученными большею частью въ центрѣ и часто имѣющими видъ розетки». Добровольская думаетъ, что гигантскія клѣтки ея случая приближаются къ симплазмѣ, «т. е. къ образованіямъ, которыя встрѣчаются въ плацентѣ и которыя Bonnet опредѣляетъ слѣдующимъ образомъ: всѣ встрѣчающіяся въ плацентѣ начальныя стадіи распада, которыя характеризуются потерей границъ, сліяніемъ, причемъ получаютъ богатые ядрами протоплазматическія образованія съ одновременными явленіями перерожденія въ отличіе отъ активнаго синтиція опредѣляются какъ симплазма». «Можетъ быть», говоритъ далѣе Добровольская про свои гигантскія клѣтки, «это своеобразное приспособленіе клѣтокъ опухоли, позволяющее имъ продолжать существовать, не распадаясь окончательно, хотя и сохраняя въ себѣ черты вырожденія. Явленія распада выражены въ опухоли дѣйствительно слабо». Производитъ гигантскія клѣтки Добровольская отъ обыкновенныхъ путемъ дѣленія ядра, безъ дѣленія протоплазмы и послѣдующаго сліянія образовавшейся такимъ образомъ многоядерной клѣтки съ другими, прилегающими къ ней. «Кромѣ сліянія, увеличеніе размѣровъ отдѣльныхъ клѣтокъ идетъ еще и на счетъ ихъ фагоцитарной дѣятельности».

Обращаясь теперь къ гигантскимъ клѣткамъ въ нашихъ случаяхъ, мы должны прежде всего признать, что производными ихъ являются обыкновенныя паренхиматозныя клѣтки и, такъ какъ послѣднія, по нашему мнѣнію, эпителиальнаго происхожденія, то, слѣдовательно, и онѣ представляютъ изъ себя эпителиальныя гигантскія клѣтки. За происхожденіе ихъ отъ обыкновенныхъ паренхиматозныхъ клѣтокъ говоритъ нѣсколько моментовъ: во первыхъ, наличность переходныхъ картинъ отъ послѣднихъ клѣтокъ къ гигантскимъ; во вторыхъ, тѣ гигантскія клѣтки, которыя мы отнесли къ такъ называемымъ конглотинаціоннымъ, гдѣ ясно видно, что сліяніе происходитъ на счетъ обыкновенныхъ паренхиматозныхъ клѣтокъ и, въ третьихъ, отсутствіе переходныхъ картинъ и связи какъ съ соединительно-тканными клѣтками, такъ и съ сосудистымъ эндотелиемъ, которые, по Babes'у, являются чаще всего родоначальниками гигантскихъ клѣтокъ вообще, а въ эпителиальныхъ опухоляхъ въ частности. Частое ихъ присутствіе въ типическихъ гипернефромахъ и постоянное (по крайней мѣрѣ въ нашихъ случа-

яхъ) въ атипическихъ, говоритъ, по нашему мнѣнію, что *гигантскія клетки* нужно считать *характерными образованиями для опухолей надпочечнаго происхожденія*. Обстоятельство это не должно казаться страннымъ, такъ какъ по нашимъ наблюденіямъ, правда, немногочисленнымъ, онѣ могутъ быть и въ совершенно нормальномъ надпочечникѣ (см. рис. 30). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (18-й сл.) мы склонны объяснить появленіе гигантскихъ клѣтокъ на счетъ фагоцитарной дѣятельности обыкновенныхъ, когда происходитъ захватываніе одной клѣтки другою, но дѣло не доходитъ до полного перевариванія, — усвоенія захваченнаго, какъ думаетъ Добровольская. Въ другихъ случаяхъ (8-й и 21-й сл.) некрозъ опухолевыхъ клѣтокъ, видимо, ведетъ къ образованію гигантскихъ въ смыслѣ Babes'a. Въ третьихъ случаяхъ мы наблюдали гигантскія клѣтки въ молодыхъ участкахъ и особенно много въ мѣстахъ наиболѣе прогрессивнаго активнаго роста клѣточныхъ элементовъ, напримѣръ, при прорастаніи опухоли капсулы (15-й сл.). Такъ какъ въ болѣе старыхъ участкахъ, лежащихъ рядомъ съ молодыми, мы гигантскихъ не могли отмѣтить, то позволяемъ себѣ сдѣлать заключеніе, что послѣднія дифференцировались въ обыкновенныя опухолевыя клѣтки, какъ это наблюдалось Babes'омъ при карциномахъ. Способъ образованія гигантскихъ клѣтокъ до сихъ поръ признавался двоякій: конглютинаціонный и пролиферативный (путемъ размноженія ядеръ при увеличеніи общей массы протоплазмы). Причемъ, по однимъ авторамъ, ядра размножаются прямымъ путемъ, по другимъ — каріокинетическимъ. Babesъ настойчиво говоритъ о размноженіи гигантскихъ клѣтокъ путемъ почкованія отъ обыкновенныхъ (Knospen) и представляетъ рядъ убѣдительныхъ на этотъ счетъ картинъ. Послѣдняго рода картинъ намъ не удавалось видѣть, за то мультиполярный митозъ въ гигантскихъ наблюдался неоднократно (15-й сл. рис. 18 и 21-й сл.). Наблюдались нами и такъ называемыя конглютинаціонныя клѣтки, т. е. образовавшіяся изъ сліянія нѣсколькихъ (см. рис. 8). Не отрицая конглютинаціоннаго способа въ образованіи гигантскихъ клѣтокъ, мы тѣмъ не менѣе полагаемъ, что относительно наблюдающихся здѣсь картинъ можно дать и другое толкованіе и считать ихъ не иллюстраціями сліянія, а, наоборотъ, постепеннаго распада (дифференціаціи) гигантской клѣтки на рядъ обыкновенныхъ, но только порядокъ чтенія этихъ картинъ будетъ обратный тому, какой у насъ описанъ для 8-го случая. Подобнаго рода толкованіе

можетъ быть принято во вниманіе еще и потому, что въ болѣе старыхъ участкахъ, лежащихъ ближе къ периферіи, рядомъ съ молодыми, т. е. тамъ, гдѣ имѣются клѣтки уже значительно инфильтрированныя жиромъ, гигантскихъ клѣтокъ нѣтъ; такое исчезаніе ихъ станетъ понятнымъ при предположеніи, что онѣ дифференцировались въ обыкновенныя паренхиматозныя. Такимъ образомъ, гигантскія клѣтки въ данныхъ опухоляхъ могутъ быть и не патологическими для нихъ продуктами, а тѣми образованиями, которыя помогаютъ имъ отстаивать свою самостоятельность и даже, быть можетъ, размножаться.

Строма данныхъ опухолей почки ничѣмъ не отличается отъ стромы соответственныхъ опухолей надпочечника. Такъ же, какъ и тамъ, она то капиллярная, то соединительно-тканная, хотя по нашимъ наблюденіямъ чаще бываетъ первая, чѣмъ вторая. Одну только соединительно-тканную строму во всей опухоли мы не наблюдали, хотя у Заболотнова такіе случаи были. Капилляры чаще спавшіеся, рѣже растянуты; въ послѣднемъ случаѣ можно видѣть иной разъ сильное вдавленіе въ ихъ просвѣтъ опухолевыхъ клѣтокъ (15-й сл.). Также часто строма подвергается гиалиновому перерожденію (больше, чѣмъ въ половинѣ всѣхъ нашихъ случаевъ; 5 изъ 8), сдавливая и деформируя до неузнаваемости паренхиматозныя клѣтки, а иногда придавая опухоли (19-й сл.) характеръ цилиндры, какъ это мы наблюдали въ сильной степени развитія въ одной изъ атипическихъ опухолей надпочечника (7-й, 9-й и 19-й сл.). Сравнительно часто (изъ 5 въ 3 сл.) данныя опухоли въ нѣкоторыхъ участкахъ пріобрѣтаютъ сходство со скіррозной формой рака вслѣдствіе сильнаго развитія соединительно-тканной стромы, образующей щели и небольшія круглыя гнѣзда, выполненныя эпителиальными полигональными, безъ промежуточнаго вещества клѣтками (14-й и 17-й сл., рис. 29 и 19). Иногда наблюдается сильное развитіе соединительной ткани съ захожденіемъ ея внутрь альвеолъ и приведеніемъ имѣющихся тамъ паренхиматозныхъ клѣтокъ къ деформированію и сдавленію до полной атрофіи (19-й сл.), какъ это уже отмѣчено нами въ опухоляхъ надпочечника. Аналогичное явленіе было и во 2-мъ случаѣ Эрдмана, и въ такой значительной степени, что заставило его говорить о «фиброзной метаморфозѣ опухоли». Вростаніе соединительной ткани внутрь альвеолъ отмѣчено еще Заболотновымъ въ его 7-мъ случаѣ. Кромѣ гиалиноза, строма можетъ подвергаться склерозу, отеку (19-й сл.) и слизистому перерожденію (сл. Lu-

barsch'a). Некоторые опухоли в нескольких участках, правда, немногочисленных и небольших начинают принимать диффузно-клеточный характер, напоминая в общем саркоматозную ткань, когда сосудистый эндотелий беспорядочно перемещивается с паренхиматозными клетками, очевидно, не успевая, вследствие быстрого роста последних, формироваться в правильные трубки (15-й и 17-й сл., рис. 16), точно так же, как это наблюдалось нами и в аналогичных опухолях надпочечника. Такой же саркоматозный характер участками имелся в 10-м сл. Заболотнова, 4-м Ulrich'a, в 8-м Neuhäuser'a. В одной опухоли (14-й сл.) некоторые участки, состоявшие из небольших узлов, величиной до 1000 μ , были выполнены характерными эпителиальными опухолевыми клетками без стромы и промежуточной субстанции, что придавало им сходство с *carcin. simplex*. Сходство с карциномой в некоторых участках отмечено и другими авторами: Ulrich'ом, Burkhardt'ом, Neuhäuser'ом и Busse.

Особенно обращают на себя внимание в данных опухолях почки, как и надпочечника, существование железисто-кистозных и кистозно-папиллярных образований, которые и вызывают собственно разногласие относительно гистогенеза этих опухолей. Источник происхождения этих образований не однороден. Одни из них (17-й, 18-й и 20-й сл.) обязаны дегенерации и выпадению центральных клеток в то время, как пристеночные, сидящие на капилляре и находящиеся в условиях лучшего питания, остаются неизменными. За это говорит ряд переходных картин, которые нам пришлось наблюдать в 20-м сл. Такие и так объясняемые кистозные образования наблюдались другими авторами и описаны в литературе неоднократно (Ambrosius, Lubarsch, Grawitz, Федоров и др.). В других случаях приводят к гибели опухолевую ткань экстравазаты и дают в конечном результате кистозное образование, принимающее иногда обширные размеры. Таким путем образованные кисты наблюдались у Busse, Manasse, Ambrosius'a, Gatti, Horn'a, Lubarsch'a и в наших 8-м, 9-м, 13-м и 17-м случаях. Содержимым их является кровь, опухолевые клетки, обрывки капилляров с кое-где уцелевшими паренхиматозными клетками, кристаллы холестерина, а иногда зернистый распад, перемешанный с кровью. В случаях Busse кистозные образования представляли из себя расширенные лимфатические сосуды или лимфатические пространства, имевшие *intim'u*,

выстланные нормальным эндотелием и выполненные свернувшейся лимфой, к которой иногда примешивались кровь и опухолевые клетки. Если такие кистозные образования лежали группами, то этот участок опухоли напоминал лимфангиому. Подобного рода кисты по Busse могут достигать больших размеров. Другого рода кисты у того же автора представлялись в почечных гипернефромах в виде больших и малых пустых пространств, выстланных однослойным цилиндрическим или кубическим эпителием, лежавшим «прямо на соединительно-тканых фибриллах». В некоторых опухолях данного рода, как почки, так и надпочечника, имеются участки с альвеолами, снабженными ничтожным круглым или щелевидным отверстием, существование которого уже нельзя объяснить ни распадом центральных клеток, ни экстравазатами; стенку таких железистых образований составляют или капилляр (8-й и 18-й сл.), или необходимая соединительно-тканная оболочка (*membr. propria*), выстланные в один ряд характерными полигональными или цилиндрическими клетками (8-й и 18-й сл.). В просвете их может ничего не быть (сл. 8-й), иногда же содержится мелко-зернистая, чуть-чуть окрашенная гематоксилином, или же безцветная в виде крупных капель масса (18-й сл.). В нашем 17-м случае некоторые альвеолы были не сплошь выполнены клетками, а имели только один пристеночный, сидящий на капилляре, составлявшем стенку их, отчего получалась полость,—киста, в которую очень часто врастали сосудистые сосочки, покрытые одним рядом полигональных или цилиндрических клеток; точно такие же кисты с ворсинчатыми образованиями имелись в атипической гипернефроне надпочечника (9-й сл.). Приблизительно такие же железистые и кистозные образования были у Заболотнова, Ulrich'a, Pick'a (опухоль яичника), Buday, Lowenhardt, Manasse, Ricker'a, Neuhäuser'a, Пиронэ и др. Заболотнов считал одни образования интра-альвеоларными капиллярами, измененными благодаря расширению до неузнаваемости, другие—железистыми с коллоидным даже содержанием. Ulrich думал, что они обязаны «недостаточному соприкосновению двух рядов клеток сторонами не лежащими на сосудах»; возникающее при этом отверстие «может сильно расширяться кровоизлиянием».

Таким образом, все до сих пор встречавшиеся железисто-кистозные и кистозно-папиллярные образования приходится разбить

на 2 большія группы. Въ одной изъ нихъ они представляютъ чисто искусственный продуктъ («ложныя образованія»), обязанный или дегенеративнымъ процессамъ, или же чрезмѣрному расширенію кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ. Въ другой дѣло идетъ о настоящихъ (истинныхъ) железисто-кистозныхъ и кистозно-папиллярныхъ образованіяхъ. Правда, въ большинствѣ нашихъ случаевъ у нихъ нѣтъ мет. прог., и стѣнку ихъ составляетъ капилляръ, что придаетъ имъ своеобразный оригинальный видъ, но въ нѣкоторыхъ несомнѣнно имѣется и membran. прог. (18-й сл.). Мы не говоримъ о тѣхъ истинныхъ кистозныхъ и папиллярныхъ образованіяхъ, которыя могутъ развиваться, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (Ricker), изъ участковъ почки, расположенныхъ среди ткани гипернефромъ. Такіе изолированные участки почечной паренхимы, лежавшіе среди небольшихъ зачатковъ надпочечной ткани въ почкѣ, наблюдались нѣсколькими авторами (Kelly, Ricker, Ulrich). Считаясь съ теоріей Ribbert'a, мы представляемъ себѣ возможнымъ возникновеніе кистозной и папиллярной опухоли изъ этихъ изолированныхъ участковъ почечной паренхимы, но тогда будетъ итти рѣчь, какъ справедливо говоритъ Федоровъ, объ опухоли почки, но не надпочечника. Железистыя, кистозныя и папиллярныя образованія въ гипернефромахъ являются главнымъ предметомъ споровъ и представляютъ по существу единственное основаніе, на которое опираются противники надпочечнаго происхожденія нѣкоторыхъ опухолей почекъ.

Sudeck говоритъ, что какъ кисты, такъ и щелевидныя пространства должны возникать изъ «преформированныхъ щелевидныхъ пространствъ», а между тѣмъ какъ «они не описаны въ несомнѣнныхъ надпочечныхъ опухоляхъ». Возражая Ногіу, признававшему надпочечнаго характера опухоли въ почкѣ, даже если тамъ существуютъ кистозно-папиллярныя образованія, Sudeck категорически высказывается противъ этого, такъ какъ въ самомъ надпочечникѣ еще не наблюдались папиллярныя опухоли». Stoerk въ своемъ обширномъ трудѣ о гистогенезѣ Grawitz'овскихъ опухолей указываетъ, «что папиллярныя образованія, такъ часто встрѣчающіяся въ Grawitz'овскихъ опухоляхъ», заставляютъ предполагать свободную поверхность, отъ которой и пространство, въ которое должны вращиваться ворсинки, между тѣмъ какъ подобныя условія отсутствуютъ и для надпочечника и для его первичныхъ опухолей: *«человѣческій надпочечникъ не образуетъ ни физиологическимъ, ни патоло-*

гическимъ образомъ, ни при какихъ обстоятельствахъ ни трубкообразнаго (Schlauchartige), ни кистознаго расположенія эпителия, вопреки всемъ указаніямъ на «трубкообразныя», щелевидныя пространства въ аденомахъ надпочечника и въ надпочечникѣ собакъ и лошадей». Ribbert, признающій вообще надпочечныя опухоли почки, относится отрицательно къ существованію въ нихъ железисто-подобныхъ образованій. «Если опухоль состоитъ изъ железисто-подобныхъ, отчетливымъ просвѣтомъ снабженныхъ, образованій, то я не считаю ее за надпочечную аденому. Такія опухоли я, какъ и Sudeck, произвожу отъ почки». Borst совѣтуетъ быть осторожнымъ въ сужденіяхъ «относительно принадлежности къ классу надпочечныхъ тѣхъ опухолей почки, которыя содержатъ въ большомъ количествѣ железистыя и кистозно-папиллярныя образованія». Ricker (по Borst'y) указываетъ на то, что «железистыя пространства (tubuli) и кисты, наблюдающіяся на периферіи надпочечныхъ опухолей, должны быть отнесены къ примыкающей почечной паренхимѣ, которая можетъ быть включенной и въ самую опухоль (возможны отщепленные ростки), такъ что tubuli и кисты происходятъ отъ разрастанія почечной субстанции. Обращаясь теперь къ нашимъ случаямъ, именно къ опухолямъ самаго надпочечника, мы несомнѣнно констатируемъ въ нихъ присутствіе только что упомянутыхъ образованій, и уже a priori можемъ сказать, что и во всѣхъ опухоляхъ, имѣющихъ надпочечное происхожденіе, въ какихъ бы органахъ онѣ ни находились, могутъ быть такія образованія; поэтому нисколько нѣтъ удивительнаго, что онѣ имѣются въ надпочечныхъ опухоляхъ почки, а также въ такого же характера опухоляхъ и другихъ органовъ, какъ, напримѣръ, яичникъ (Pick) и др.

Наконецъ, надо считаться съ заявленіемъ такого авторитетнаго ученаго, какъ Marschand, который говоритъ, что железистыя, одѣтыя цилиндрическимъ эпителиемъ, полости можно найти иногда въ нормальномъ надпочечникѣ человѣка и лошади. Къ сожалѣнію, этотъ авторъ не иллюстрировалъ своихъ наблюденій, а потому, видимо, и вызвалъ такое недовѣрчивое къ себѣ отношеніе со стороны многихъ и, особенно, Stoerk'a. Также недовѣрчиво послѣдній авторъ относится и къ случаю Dobbertin'a, видѣвшаго въ врожденной опухоли лѣваго надпочечника 14-и мѣсячнаго младенца железистыя и ворсинчатыя образованія. Далѣе, при сужденіи вопроса объ этихъ образованіяхъ, нельзя обходить молчаніемъ находженіе въ эмбриональномъ надпочечникѣ (Graupner по Borst'y) и въ типическихъ

опухоляхъ самаго надпочечника (Ulrich, Askanazy, Manasse и нашъ сл.). Желая провѣрить наблюденія Marschand'a, а также заявленіе Busse, что ключъ къ объясненію многихъ на первый взглядъ загадочныхъ образованій надо искать въ гистологической картинѣ эмбриональной gland. suprarenal., мы изслѣдовали около 40 (отъ 20 труповъ) нормальныхъ надпочечниковъ и надпочечники 3, 4, 5 и 7-и мѣсячныхъ эмбрионовъ. *) И вотъ, въ одномъ надпочечникѣ, принадлежавшемъ 22-хъ лѣтнему солдату, умершему отъ туберкулеза, намъ удалось сдѣлать интересное наблюденіе: *въ надпочечникѣ, не представлявшемъ макроскопически никакихъ измѣненій, имѣлась adeno-papill'ярная kystoma*, причемъ удалось прослѣдить начальную стадію ея развитія. Наблюдавшіяся картины представлены на 31—36 рис.; изъ нихъ на рис. 31-мъ имѣется наиболѣе ранняя стадія развитія: здѣсь рядъ надпочечныхъ клѣтокъ съ пузырьковидными вздутыми, часто въ видѣ стрѣлъ располагающимися ядрами; рис. 32-й показываетъ уже сформировавшіяся клѣтки съ ясно-выраженной цилиндрическо-эпителиальной фізіономіей; далѣе, на рис. 33-мъ видно, какъ эти клѣтки образовали трубочку съ расширеніемъ по срединѣ и лежащую среди нормальной надпочечной ткани; такая же, приблизительно, трубочка, но въ поперечномъ срѣзѣ представлена на рис. 34-мъ. На рис. 35-мъ мы видимъ, какъ эпителий, выстилающій стѣнку кисты, начинаетъ складываться вѣеромъ и, наконецъ, рис. 36-й представляетъ ясно выраженную adeno-kystom'u съ расширенными полостями, содержащими муцины и расположенными въ склерозированной соединительной ткани. Какъ бы ни шло развитіе данной опухоли, мы все-таки на основаніи этого случая позволяемъ себѣ высказаться вполне опредѣленно, что *въ надпочечникѣ могутъ быть adeno-papill'ярная кистомы*. Этимъ самымъ мы опровергаемъ мнѣнія тѣхъ авторовъ (Sudeck и Stoerk), которые, держась противоположнаго взгляда, отрицаютъ существованіе надпочечныхъ опухолей въ почкѣ.

Данныя опухоли почки, какъ и аналогичныя надпочечника отличаются настолько *большой наклонностью къ кровоизліяніямъ, что ихъ можно отнести къ одной изъ характерныхъ чертъ ихъ*. Кровь встрѣчается то въ видѣ небольшихъ кучекъ и отдѣльныхъ экземпляровъ

Примѣчаніе. За любезное предоставленіе въ мое распоряженіе послѣдняго рода матеріала я высказываю гинекологическому отдѣленію Александр. больницы, съ приватъ-доцентомъ М. М. Мироновымъ во главѣ, свою искреннюю благодарность.

среди паренхиматозныхъ клѣтокъ, то на протяженіи одной или нѣсколькихъ альвеолъ, то, наконецъ, она занимаетъ цѣлыя доли, такъ что иной разъ большая часть опухоли занята экстравазатами (17-й сл.); причемъ, въ однихъ участкахъ она можетъ быть болѣе или менѣе свѣжей, мало измѣненной, въ другихъ же—подвергнувшейся измѣненію, сказывающемуся въ плохой (малой) окраскѣ форменныхъ элементовъ, въ третьихъ—превратиться въ зернистый распадъ, въ четвертыхъ свернуться. Свернувшіяся массы или подвергаются организациі, обыкновенно съ послѣдующимъ гіалинозомъ вновь образовавшейся соединительной ткани, или же сами непосредственно гіалинизируются, давая подъ микроскопомъ и въ томъ и въ другомъ случаѣ рядъ гіалиновыхъ полей, среди которыхъ коегдѣ имѣется кровяной пигментъ (10-й, 11-й, 15-й и 19-й сл.). Причину кровоизліянія надо искать въ различныхъ моментахъ. Тутъ, вѣроятно, непосредственное разрушеніе опухоли стѣнки кровеноснаго сосуда играетъ роль; и наклонность къ дегенерациі паренхиматозныхъ клѣтокъ можетъ имѣть значеніе: примыкая тѣсно къ капиллярамъ, клѣтки представляютъ извѣстную опору для ихъ слабыхъ стѣнокъ; лишившись ея, капиллярная стѣнка при нарушеніяхъ кровообращенія, напимѣръ, при гипереміи, легко можетъ разорваться и дать кровоизліяніе; наконецъ, нельзя исключить и возможности вслѣдствіе распада примыкающихъ къ капилляру опухолевыхъ клѣтокъ гипереміи ex vaso, когда кровь можетъ устремиться изъ сосуда per rhexin, или даже per diapedesin. Попадая въ альвеолу или предсуществующія щелевидныя и кистозныя пространства, кровь растягиваетъ ихъ, отъ чего получаютъ иногда довольно правильныя кровяныя кисты, стѣнку которыхъ обыкновенно составляетъ капилляръ, рѣже соединительная ткань, покрытые однимъ рядомъ опухолевыхъ клѣтокъ. Полигональная и цилиндрическая форма послѣднихъ можетъ подъ вліяніемъ давленія излившейся крови превращаться въ низко-цилиндрическую и кубическую. Протоплазма ихъ свѣтлая, почти прозрачная, всегда содержитъ кровяной пигментъ (гемосидеринъ), который кромѣ того имѣется и въ лейкоцитахъ такого пространства. Иногда только часть пристѣночныхъ клѣтокъ сохраняется цѣлыми, остальные погибаютъ. Въ крови такихъ пространствъ часто наблюдаются отдѣльными экземплярами или отдѣльными группами опухолевые клѣтки и обрывки капилляровъ (см. рис. 13-й и 20-й).

Некрозы такъ же часты въ этихъ опухоляхъ какъ и экстравазаты, и также могутъ считаться характерными для нихъ.

Встрѣчаются они то въ видѣ массовыхъ на протяженіи нѣсколькихъ долей или по крайней мѣрѣ альвеолъ, то въ видѣ милиарныхъ, которые могутъ быть даже въ молодыхъ участкахъ (16-й сл., рис. 23-й и 24-й). Состоятъ некрозы обыкновенно изъ зернистыхъ массъ, крови, кристалловъ, жирныхъ кислотъ, извести, лейкоцитовъ, содержащихъ кровяной пигментъ. Импрегнація известью очень часта даже въ милиарныхъ некрозахъ (рис. 24-й). Вокругъ некрозовъ иногда наблюдается явленіе воспаленія (16-й сл.), а иногда они прорастаютъ соединительной тканью, какъ это имѣлось въ 18-мъ и 20-мъ сл.

Данныя опухоли почки и аналогичныя надпочечника обладаютъ большою способностью прорасти встрѣчающіеся кровеносные сосуды (Busse, Kelly, Askanazy и наши 8-й и 17-й сл.) и давать такимъ путемъ многочисленные метастазы, какъ въ самой почечной паренхимѣ, такъ и въ отдаленныхъ органахъ; изъ нихъ постоянно (по нашимъ наблюденіямъ): въ легкихъ, очень часто (почти въ половинѣ) въ печени, въ костяхъ и рѣже въ другихъ органахъ: мозгъ, сальникъ, брыжжейка, поджелудочная железа, сердце, позади-брюшная клѣтчатка и ея лимфатическія железы. По другимъ авторамъ (Ulrich, Busse, Lubarsch, Kelly, Horn и др.) легкія поражаются метастазами также чаще всего; затѣмъ часто поражаются кости и печень и потомъ уже остальные органы. Метастазы въ лимфатическихъ железахъ тоже не представляютъ рѣдкости (Burchardt и др.). Однимъ словомъ, мы будемъ правы, если скажемъ, что метастазы распространяются по кровеноснымъ и лимфатическимъ путямъ, хотя по первымъ нѣсколько чаще, чѣмъ по вторымъ, но не такъ рѣдко, какъ думаетъ это Borst.

Отличительной чертой этихъ опухолей является еще то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ рано прорастаютъ кровеносные сосуды и даютъ метастазы, когда сами имѣютъ сравнительно небольшую величину, какъ это было въ случаѣ Hoffman'a, гдѣ опухоль была въ волошскій орѣхъ и отчасти въ нашемъ 18-мъ сл., гдѣ она достигла величины куриного яйца. Неоднократно метастазы принимались за первичную опухоль, удалялись оперативнымъ путемъ и только позднѣе—въ одномъ, напр., случаѣ, 5½ лѣтъ спустя послѣ операции (Albrecht) устанавливался истинный характеръ заболевания. Диагностировались метастазы гипернефромъ, какъ: osteosarcoma (Löwenhardt), gonitis tuberculosa, osteoperiostitis tubercul. (Albrecht), rheumatismus articular. (нашъ 18-й сл.). Наклонность

къ прорастанію кровеносныхъ сосудовъ есть вообще свойство почечныхъ опухолей, хотя въ гипернефромахъ оно особенно рѣзко выражено, что съ большою степенью вѣроятности можно объяснить чисто анатомическими отношеніями, существующими между паренхимой и сосудами. Еще Manasse указалъ, что въ типическихъ гипернефромахъ надпочечника можно было отчетливо видѣть, какъ опухолевныя клѣтки цѣлыми отростками вдавались въ просвѣтъ кровеносныхъ сосудовъ, такъ что между ними и кровью не было никакой перегородки. Мы лично неоднократно отмѣчали, какъ въ типическихъ, такъ и въ атипическихъ случаяхъ, сильное мысообразное вдаваніе въ просвѣтъ сосудовъ паренхиматозныхъ клѣтокъ, но всегда отдѣляющихся отъ кровяной жидкости слоемъ сосудистаго эндотелія (см. рис. 2-й и 6-й). Эти мысы опухолевныхъ клѣтокъ соединялись съ остальной паренхимой зачастую при помощи узенькаго перешейка, который легко, видимо, при самомъ небольшомъ насиліи, можетъ оторваться. Этимъ, намъ думается, надо объяснить то присутствіе опухолевныхъ клѣтокъ въ кровеносныхъ сосудахъ капсулы и клѣтчаткѣ, окружающей надпочечникъ, гдѣ локализовалась типическая, т. е. совершенно доброкачественная опухоль (нашъ 3-й сл.). Въ атипическихъ же случаяхъ, гдѣ ростъ ткани идетъ гораздо энергичнѣе, еще легче представить себѣ такое попаданіе опухолевныхъ клѣтокъ въ токъ крови при наличности только что описанныхъ анатомическихъ отношеній. Намъ приходилось видѣть непосредственное прорываніе стѣнокъ сосудовъ (16-й сл.) и присутствіе въ просвѣтѣ послѣднихъ большого количества опухолевныхъ клѣтокъ, какъ въ самой опухоли, такъ и среди макроскопически неизмѣненной сосѣдней почечной ткани. Въ одномъ, напр., случаѣ (17-мъ) во всѣхъ рѣзительно кусочкахъ, взятыхъ изъ неизмѣненной прилегавшей почечной паренхимы, имѣлись въ сосудахъ ея клѣтки новообразованія, гдѣ онѣ лежали то одиночными экземплярами, тѣсно перемѣшанныя съ кровью, то шарообразными группами. Просматривая отдѣльные опухолевные узлы, разбросанные среди почечной паренхимы, неоднократно также приходилось устанавливать отчасти съ помощью окраски на эластическую ткань, что они локализируются въ растянутыхъ и сильно измѣненныхъ кровеносныхъ сосудахъ (16-й и 17-й сл.), причемъ въ одномъ случаѣ можно даже было прослѣдить и составить себѣ, съ извѣстной степенью вѣроятности, ростъ опухоли (16-й сл.). Попадши въ большой сосудъ (почечную

вену) и продолжая уже дальнѣйшій путь роста по ней, данные опухоли въ нѣкоторыхъ случаяхъ достигали, нигдѣ не прерываясь, до ven. cav. (Borst, Lubarsch, Федоровъ, Ulrich) и до правого сердца (нашъ 10-й сл. и сл. Ribbert'a), причемъ по пути, какъ это было въ нашемъ случаѣ, новообразование проникало въ печеночныя вены и, распространяясь по ней уже противъ тока крови, достигало до мельчайшихъ развѣтвленій. Прорывъ капсулы, отдѣляющей всю опухоль и каждый изъ узловъ въ отдѣльности, явленіе здѣсь частое, причемъ опухоль начинаетъ инфильтрировать окружающую ткань, будетъ ли то почечная паренхима (16-й сл.), или жировая клѣтчатка (8-й сл.).

Что касается строенія метастазовъ, то обыкновенно въ нихъ сохраняется принципъ строенія материнской ткани, но большею частью молодыхъ ея участковъ, хотя во многихъ случаяхъ все таки существуютъ болѣе или менѣе значительныя отступленія. Такъ, напр., въ нихъ никогда намъ, какъ и Lubarsch'у, не удавалось видѣть железистыхъ, кистозныхъ и кистозно-папиллярныхъ образований, въ то время какъ въ материнской ткани они были (8-й, 15-й, 17-й, 18-й сл. и 2-й сл. Lubarsch'a). Исключенія изъ этого составляютъ мозговые метастазы нашихъ 8-го и 15-го случаевъ, легочные—1-го сл. Ulrich'a и печеночные—Кулеша. Экстравазаты, обычные для материнской ткани, здѣсь никогда не достигаютъ такихъ большихъ размѣровъ, а часто и совсѣмъ отсутствуютъ, опять таки за исключеніемъ мозговыхъ метастазовъ (8-й сл.). Иногда приходилось отмѣчать появленіе большого количества сравнительно съ материнской тканью гигантскихъ клѣтокъ, какъ это имѣлось въ сердечномъ метастазѣ 8-го сл., гдѣ нѣкоторые узлы сплошь состояли изъ нихъ (см. рис. 11-й). Паренхиматозныя клѣтки метастазовъ обыкновенно походятъ на клѣтки самыхъ молодыхъ участковъ материнской ткани, отличающихся, какъ извѣстно, полиморфизмомъ, и не содержащихъ еще жира и гликогена. Только въ одномъ случаѣ у насъ имѣлось отступленіе отъ этого: именно въ клѣткахъ легочныхъ метастазовъ 10-го случая былъ въ обильномъ количествѣ и жиръ, и гликогенъ, то же самое наблюдалось и въ 5-мъ случаѣ Lubarsch'a. Отсутствие жира Ribbert, съ мнѣніемъ котораго мы согласны, объясняетъ слѣдующимъ образомъ: «такъ какъ скопленіе жира есть функциональный процессъ надпочечника, то въ его отсутствіи скрывается молодой характеръ клѣтокъ, которыя при быстромъ ростѣ не имѣютъ времени обнаружить свою функцію».

Въ одномъ нашемъ (8-мъ) и Lubarsch'a (3-мъ) случаѣ метастазы въ околопочечной жировой клѣтчаткѣ, не измѣняя своего общаго характера строенія, тѣмъ отклонялись отъ материнской ткани, что были поразительно похожи, почти тождественны съ корковой субстанціей нормальнаго надпочечника. Въ нѣкоторыхъ метастазахъ имѣются значительныя отклоненія въ строеніи; напр., въ томъ же самомъ 8-мъ сл., въ миокардѣ, они расположеніемъ клѣтокъ напоминаютъ саркому, а въ эпикардѣ,—subst. fascicul. нормальнаго надпочечника. Мы склонны объяснить такую разницу съ извѣстной степенью, конечно, вѣроятности, сердечной дѣятельностью; постоянныя сокращенія мышцы сердца давили на присутствовавшую въ ней и размножавшуюся опухольную ткань, и, возможно, этимъ мѣшали эндотелію формироваться въ правильныя трубки. Въ жировой клѣтчаткѣ эпикарда, на которую сердечныя сокращенія не такъ вліяютъ, гдѣ имѣются, слѣдовательно, иныя условія, получается правильно сформированная капиллярная сѣть, точно такая, какъ и во всѣхъ остальныхъ метастазахъ этого же случая; можетъ быть и такъ, что тутъ клѣтки новообразования просто пролиферировали быстрѣе, такъ что новообразование сосудовъ не успѣвало за ними, какъ это иногда наблюдается въ нѣкоторыхъ участкахъ материнской опухоли. Въ 15-мъ сл. мозговой метастазъ довольно рѣзко отличался какъ отъ остальныхъ, такъ и отъ материнской ткани, сохранивъ ея перителіальный типъ строенія; именно въ большей своей части онъ состоялъ изъ кистозно-папиллярныхъ образований, которыя въ материнской ткани встрѣчались, какъ исключеніе. Тѣмъ не менѣе мы вполне согласны съ Ribbert'омъ, полагающимъ, что опухоль въ метастазахъ «своего характера принципиально не мѣняетъ» точнѣе говоря: метастазы въ общемъ морфологическими свойствами своихъ клѣтокъ и отношеніемъ ихъ къ стромѣ напоминаютъ материнскую ткань и чаще всего болѣе молодые участки ея, рѣже старые. То же самое подтверждается Lubarsch'омъ, Burkhardt'омъ и другими.

Интереснымъ является путь распространенія метастазовъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ по легкимъ: въ одномъ нашемъ случаѣ (10-мъ) метастазы распространяются по системѣ art. pulm. и больше по крупнымъ вѣтвямъ, идущимъ вмѣстѣ съ бронхами въ интерстиціальной ткани легкаго, что даетъ намъ нѣкоторое право сдѣлать заключеніе о началѣ распространенія метастаза съ болѣе крупныхъ вѣтвей, можетъ быть даже съ главной вѣтви arter. pulm.,

гдѣ имѣется опухолюный тромбъ; отсюда же опухоль непрерывно росла по сосудистымъ трубкамъ, т. е. держалась того же принципа непрерывнаго роста, по которому она достигла праваго предсердія, заползни по дорогѣ въ печеночную вену и даже въ мельчайшія развѣтвленія ея. Эмболія легочныхъ артерій, начиная съ крупныхъ вѣтвей до мельчайшихъ развѣтвленій, отмѣчена Lubarsch'омъ и Oberdörfer'омъ. У послѣдняго автора опухоль непрерывно росла изъ почечной вены по вена сава до праваго желудочка и отсюда въ легочную артерію. Отмѣтимъ, что между стѣнкой arter. pulm. и выполняющей ее опухолью всюду имѣется болѣе или менѣе узкая щель, выстланная эндотеліемъ, такъ что циркулирующая кровь нигдѣ непосредственно съ кѣтками новообразованія не соприкасается. Это обстоятельство мы склонны объяснить такимъ образомъ: опухолюныя кѣтки, врастающія въ просвѣтъ сосуда, являются чуждыми, не родственными его эндотелію и природа, чтобы дать возможность крови циркулировать, выслала защитительный для нея барьеръ въ видѣ покрывающихъ опухоль эндотеліальныхъ кѣтокъ. Въ другомъ (8-мъ) случаѣ метастазы локализируются въ мелкихъ сосудахъ—въ капиллярахъ легочныхъ альвеолъ, въ третьемъ (16-мъ сл.) также въ мелкихъ сосудахъ, по адвентиціальной и періадвентиціальной ткани болѣе крупныхъ, остающихся обыкновенно при этомъ неизмѣненными (см. рис. 24 и 25); причемъ послѣдніе то сплошь, какъ муфтой обхватываются кѣтками новообразованія (рис. 24), то окружаются отдѣльными узлами его (рис. 25).

Такого же характера опухоли, какъ только что описанныя въ почкѣ и надпочечникѣ, наблюдались и въ другихъ органахъ, и именно тамъ, гдѣ доказано существованіе прибавочныхъ надпочечниковъ: въ печени (Schmorl и Bindo de Weichi), въ позади брюшинномъ пространствѣ между почкой и малымъ тазомъ (Chiari), въ правой подвздошной ямѣ (Fuchs), въ яичникѣ (Pick), въ широкой связкѣ (Reham и Wyss) и въ стѣнкѣ желудка (Winkler).

Патолого-анатомическія измѣненія, наступающія въ томъ органѣ, гдѣ локализируются гипернефромы, носятъ главнымъ образомъ интерстиціальный характеръ, хотя рука объ руку съ нимъ идутъ и различнаго рода паренхиматозныя измѣненія (наши сл. почечныхъ гипернефромъ и сл. Федорова).

Діагнозъ гипернефромъ въ типическихъ случаяхъ не представляетъ затрудненій, въ какихъ бы органахъ онѣ ни находились: *здесь резко выражено сходство съ корковой субстанціей нормаль-*

наго надпочечника, какъ въ морфологическихъ свойствахъ кѣточныхъ элементовъ, такъ и въ группировкѣ ихъ, при наличности въ то же время факта существованія прибавочныхъ надпочечниковъ. Несравненно труднѣе діагнозъ въ атипическихъ случаяхъ, такъ какъ вторичныя, свойственныя имъ, измѣненія въ значительной степени могутъ маскировать и скрывать истинный характеръ опухоли. И тутъ является характернымъ и необходимымъ для постановки правильнаго діагноза *присутствіе свѣтлыхъ, большихъ, стекловидныхъ, зачастую совершенно прозрачныхъ эпителиальнаго надпочечнаго типа полигональныхъ кѣтокъ, имѣющихъ тѣсное отношеніе къ сосудистой стромѣ и распределяющихся, благодаря послѣдней, въ видѣ шаровъ, цилиндровъ (колоннъ, столбовъ) и стѣтвидныхъ пучковъ, другими словами,—такъ же, какъ въ корковомъ веществѣ нормальнаго надпочечника и типическихъ опухолей его, но не нося такого правильнаго характера, а, наоборотъ, обнаруживая большое разнообразіе въ величинѣ и въ формѣ своихъ кѣточныхъ группъ.*

Сосудистая строма и тѣсное отношеніе къ ней кѣтокъ новообразованія приближаютъ данныя опухоли съ морфологической точки зрѣнія ближе всего къ одному изъ видовъ ангиосаркомъ, такъ называемымъ перителіомамъ, къ которымъ и причисляютъ ихъ нѣкоторые авторы (Hildebrandt). Lubarsch даже говоритъ, что если бы въ основу опредѣленія опухоли класть морфологическій принципъ, то гипернефромы слѣдовало бы причислить къ перителіомамъ. Согласно толкованію Ziegler'a, перителіома возникаетъ вслѣдствіе разрастанія кѣтокъ наружной оболочки (Aussenwandt) и періадвентиціальной ткани сосуда, такъ что послѣдній окружается болѣе или менѣе толстымъ слоемъ вновь образованныхъ кѣточныхъ элементовъ полигональной, продолговатой, кубической, цилиндрической формы (Zellmantel). Въ типическихъ случаяхъ почти вся опухоль представляется состоящей изъ переплетающихся (Gewirr) кровеносныхъ сосудовъ, стѣнка которыхъ замкнута (окружена) въ «мощные ряды» кѣтокъ, примыкающихъ прямо къ эндотелію. «Толстые кѣточные тяжи (трубки)» идутъ частью изолированно, частью анастомозируя другъ съ другомъ, въ результатъ чего возникаетъ «разнообразнаго вида сплетенія» (Plexiformes Angiosarcom). При сильномъ разрастаніи кѣтокъ вокругъ сосудовъ происходитъ сліяніе «сосѣднихъ кѣточныхъ тяжей», которое приводитъ большую опухоль въ концѣ концовъ къ обыкновенному

виду саркомъ. Въ нашихъ же опухоляхъ мы не видимъ ни «plexiform'еннаго» habitus'a въ расположеніи клѣточныхъ группъ, ни рѣзко выраженнаго саркоматознаго строенія; если это и отмѣчается въ нѣкоторыхъ опухоляхъ, то на ограниченномъ пространствѣ; вообще же имъ свойственна, повторяемъ, шарообразная, цилиндрикоподобная и рѣже стѣсвидная группировка клѣточныхъ элементовъ. Наконецъ, надо брать во вниманіе и самыя опухольныя клѣтки: въ гипернефромахъ, въ характерныхъ мѣстахъ, съ которыми и приходится считаться при постановкѣ діагноза, онѣ чисто эпителиальныя, похожія на надпочечныя, въ перителіомѣ же онѣ только мѣстами могутъ приближаться къ нимъ, болѣею же частью въ нихъ выраженъ саркоматозный (соединительно-тканый) характеръ. Тѣмъ не менѣе мы все таки легко представляемъ себѣ такіе случаи перителіомъ, гдѣ трудно будетъ провести границу въ морфологическомъ смыслѣ между ними и гипернефромами. *Существованіе въ этихъ опухоляхъ железистыхъ, кистозныхъ и кистозно-папиллярныхъ образований не говоритъ противъ ихъ надпочечнаго происхожденія*, такъ какъ подобныя образования, какъ это мы уже видѣли раньше, бываютъ въ патологически измѣненномъ надпочечникѣ. Скажемъ даже болѣе: *своимъ присутствіемъ рядомъ съ вышеописанной характерной для надпочечныхъ опухолей структурой, они подкрѣпляютъ діагнозъ гипернефромы и служатъ отличительнымъ признакомъ отъ сходныхъ съ ними въ морфологическомъ отношеніи перителіомъ*. Наличие ихъ въ гипернефромахъ почки не можетъ заставить признать послѣднія за почечную аденому, какъ это думаютъ Sudeck, Stoerk и даже Ribbert, *если рядомъ въ той же опухоли будетъ только что указанная, какъ «характерная и необходимая для постановки правильнаго діагноза», структура атипическихъ гипернефромъ*. Другое дѣло, если вышеуказанная структура является не рѣзко выраженной или совсѣмъ затушеванной различнаго рода вторичными и регрессивными процессами, а на первый планъ будутъ выступать аденоматозныя, кистозныя и кистозно-папиллярныя свойства опухоли. Тутъ нужно быть въ высшей степени осмотрительнымъ при опредѣленіи гистогенеза новообразованія и только тогда отвергать возможность почечной аденомы и признавать наличие гипернефромы, когда *паренхиматозныя клѣтки, составляющія опухоль, а, следовательно, и железисто-кистозныя образования будутъ по характеру своему «вполнѣ идентичны (по крайней*

мѣръ во многихъ участкахъ) съ эпителиемъ корковой субстанции нормальнаго надпочечника» (Федоровъ), а не мочевыхъ канальцевъ.

Присутствіе крови въ кистозныхъ пространствахъ гипернефромъ заставило нѣкоторыхъ авторовъ (De Paoli) считать ихъ за измѣненные кровеносные сосуды, эндотеліи которыхъ принялъ эпителиальный видъ и причислить все новообразование къ одному изъ видовъ ангиосаркомъ, а именно, эндотеліомамъ кровеносныхъ сосудовъ (Haemangioendotheliom). Эндотеліомой этого вида Ziegler считаетъ такую опухоль, которая «возникаетъ благодаря тому, что въ предсущствующихъ и во вновь образованныхъ кровеносныхъ сосудахъ имѣетъ мѣсто видоизмѣненіе и размноженіе эндотелія такимъ образомъ, что возникаютъ сосудистыя пространства, одѣтыя кубическимъ или цилиндрическимъ эндотелиемъ, или же каналы, выполненные вполнѣ такими же клѣтками, причемъ эндотеліальныя клѣтки, смотря по стадіи развитія, могутъ содержать или гликогенъ или жиръ, или и то, и другое». Согласно данному опредѣленію, интересующія насъ опухоли ни въ коемъ случаѣ не могутъ быть причислены къ этому виду эндотеліомъ уже по одному тому, что имѣющіяся въ нихъ кистозныя кровяныя пространства не представляютъ изъ себя «сосудистыхъ пространствъ», такъ какъ содержащаяся въ нихъ кровь не есть циркулирующая, а попавшая сюда извнѣ, за что говорятъ и различный видъ ея въ разныхъ кистахъ и присутствіе кровяного пигмента какъ въ клѣткахъ, выстилающихъ ихъ стѣнку, такъ и въ окружающей ткани и, наконецъ, наличие въ окружности ихъ свѣжихъ и старыхъ экстравазатовъ. Если же брать во вниманіе «каналы, выполненные вполнѣ опухольными клѣтками», то тутъ и подавно нельзя говорить объ эндотеліомѣ, ибо въ нашихъ случаяхъ дѣло идетъ не объ измѣненномъ эндотелии, выполняющемъ вполнѣ кровеносный сосудъ, а о типическомъ эпителии, сидящемъ на эндотеліальной трубкѣ и сдавливающимъ ее зачастую до уничтоженія просвѣта.

Считать данныя опухоли карциномами, какъ это дѣлаетъ Busse и др., тоже нѣтъ основанія, такъ какъ карциномоподобное строеніе бываетъ въ нихъ только участками и является, такъ сказать, исключеніемъ, но не правиломъ. По тѣмъ же самымъ основаніямъ мы не можемъ причислить ихъ и къ саркомамъ, какъ дѣлаетъ это Veneke, тѣмъ болѣе, что обуславливающія саркоматозный видъ клѣтки не соединительно-тканнаго происхожденія, а суть тѣ же

эпителиальныя, но только въ нѣкоторыхъ участкахъ нѣсколько измѣненныхъ подѣ вліяніемъ окружающихъ условій.

При постановкѣ діагноза гипернефромъ всегда нужно помнить, что разные участки данныхъ опухолей могутъ имѣть разнохарактерное строеніе; поэтому, если ограничиваться въ своихъ изслѣдованіяхъ 1—2 мѣстами, то легко впасть въ ошибку, поставивъ ложную діагностику. Стоитъ взглянуть на рисунки, принадлежащіе нашему 15-му случаю (рис. 16, 19—22), чтобы убѣдиться въ справедливости только что высказаннаго положенія. Въ самомъ дѣлѣ, тутъ могла быть рѣчь о саркомѣ (рис. 16-й), о скіррозной формѣ рака (рис. 19-й и 29-й) и объ ангиосаркомѣ (рис. 20-й), и только детальное обслѣдованіе разныхъ участковъ привело на истинный путь, указавъ такіа картины, какія изображены на 22-мъ рис., и которыя уже ни въ коемъ случаѣ не даютъ намъ права сомнѣваться въ надпочечномъ характерѣ опухоли.

Какое же названіе будетъ самое подходящее для даннаго ряда опухолей? Предложеніе Borst'a и Lubarsch'a называть гипернефромъ «опухолями типа надпочечника» трудно пріемлемо, такъ какъ подобнаго рода опредѣленіемъ мы не указываемъ, что опухоль происходитъ изъ клѣтокъ надпочечника, а только то, что она построена по типу его. Признавая, что данныя опухоли являются производными надпочечной ткани и что въ ихъ строеніи красной нитью проходитъ тенденція воспроизвести структуру свойственную нормальному надпочечнику, мы и полагаемъ, что самое подходящее для нихъ названіе, за отсутствіемъ этиологическаго момента, будетъ то, которое укажетъ намъ на вышеприведенныя характерныя ихъ особенности. Къ такимъ мы причисляемъ названіе, данное Ribbert'омъ—надпочечная аденома (Nebennierenadenome), Marschand'омъ—надпочечная эпителиома и Birch-Hirschfeld'омъ—гипернефрома. Последнее является наиболѣе популярнымъ и, повидимому, пріобрѣвшимъ право гражданства. Намъ лично оно удовлетворяетъ больше всего по своей краткости и выразительности, причемъ мы совершенно не согласны, повторяемъ, съ авторами, считающими, что окончаніе «ома» обозначаетъ органъ, откуда исходитъ извѣстное новообразование; намъ, какъ и многимъ другимъ, думается, что оно должно обозначать ту специфическую ткань, отъ которой беретъ начало данная опухоль, гдѣ бы она ни находилась. Поэтому «гипернефрома» будетъ означать, что данная опухоль развилась изъ надпочечной ткани. Если же мы добавимъ слово «типическая»,

то этимъ скажемъ, что она не только получила свое развитіе отъ надпочечной ткани, но и построена по типу ея. Нарушеніе этого типа въ опухоляхъ надпочечнаго происхожденія будетъ обозначать терминъ «атипическая», причемъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ рѣзко подчеркивается или железистый, или кистозный, или папиллярный, или ракообразный, или саркомоподобный, или цилиндроподобный характеръ, мы пожалуй, предложили бы обозначать эти характерныя особенности даннаго случая добавленіемъ соотвѣтственнаго термина—adenomatodes, cystomatodes, papillare, carcinomatodes, sarcomatodes, cylindromatodes. Если опухоль надпочечнаго происхожденія является сложной по строенію, проще говоря, если въ ней комбинируется нѣсколько изъ выше перечисленныхъ характерныхъ особенностей», какъ, напримѣръ, въ нашемъ 15-мъ случаѣ, тогда можно обозначить терминомъ «полиморфной»—hypernephroma atypicum polimorphum».

Сложность гистологическихъ картинъ гипернефромъ, ихъ локализанія въ чуждой имъ ткани (почки, широкія связки, забрюшинная клѣтчатка и т. д.), естественно, заставили искать другихъ путей, кромѣ микроскопій, для доказательства ихъ надпочечнаго происхожденія. Въ этомъ направленіи намѣчены двѣ дороги, по которымъ и слѣдуетъ идти будущимъ изслѣдователямъ: это—біохимическая и экспериментальная. Какъ та, такъ и другая представляются пока мало разработанными. Начало первой положено тѣми изслѣдователями, которые старались опредѣлить, отчего зависитъ своеобразный, свѣтлый видъ паренхиматозныхъ клѣтокъ гипернефромъ, какіе жиры присутствуютъ въ ихъ протоплазмѣ и т. д. Kroftan на основаніи экспериментовъ пришелъ къ заключенію, что водная вытяжка гипернефромъ почки обладаетъ діагностическими, гликолитическими ферментами и особой цвѣтовой реакціей (обесцвѣчиваніе отъ прибавленія вытяжки гипернефромъ смѣси изъ 1% раствора крахмала и нѣсколькихъ капель слабого раствора іода, имѣющей голубой цвѣтъ), чего нѣтъ у другихъ опухолей почки. Къ сожалѣнію, болѣе позднія наблюденія Koerber'a и отчасти наши (только относительно цвѣтовой реакціи) не подтвердили выводовъ Kroftan'a. Въ нашихъ случаяхъ вышеупомянутая цвѣтовая реакція воднаго экстракта гипернефромъ всегда давала положительный результатъ, но такой же мы, какъ и Koerber, получали, хотя и не во всѣхъ случаяхъ, и отъ вытяжки другихъ органовъ (печень, почка, поджелудочная железа).

Проф. Федоровъ испытывалъ водную вытяжку гипернефромъ на присутствіе адреналина, «при помощи физиологической реакціи,—расширенія зрачка свѣже-вырѣзаннаго лягушечьяго глаза» («адреналинъ расширяетъ зрачекъ, возбуждая окончанія симпатическаго нерва въ *m. dilat. pupillae*»). Производилось это такимъ образомъ: брали 100,0 опухоли изъ различныхъ участковъ, измельчали и растирали пестикомъ съ 40,0 физиологическаго раствора поваренной соли въ кашицеобразную массу, которую потомъ фильтровали черезъ складчатый фильтръ на холоду въ теченіе 24 часовъ. Въ полученную прозрачную, кроваво-окрашенную жидкость опускали глазъ только что убитой разрушеніемъ головного и спинного мозга лягушки, другой глазъ которой помѣщали въ баночку съ физиологическимъ растворомъ поваренной соли; предварительно были опредѣлены измѣреніемъ ширина и форма обоихъ зрачковъ. Сосуды съ глазами переносили въ «защищенное отъ прямого дѣйствія солнечныхъ лучей мѣсто». Черезъ 1½ часа уже было видно, что зрачекъ глаза, лежавшій въ вытяжкѣ опухоли, въ 3 раза шире лежавшаго въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли, ширина котораго оставалась безъ перемѣнъ. Такая разниа констатировалась и черезъ сутки. Но тутъ важно, по мнѣнію проф. Кравкова, «исключить: 1) вліяніе трупнаго атропина, дающаго въ большихъ концентраціяхъ подобную реакцію (онъ расширяетъ зрачекъ, парализуя *n. oculomotor.* въ *m. sphinct. pupil.*); 2) вліяніе того количества адреналина, который можетъ оказаться во всякой почкѣ (нужно доказать, что здоровая почка не содержитъ адреналина въ такомъ количествѣ, чтобы настой ея давалъ реакцію—расширенія зрачка) и 3) вліяніе на лягушечій глазъ человѣческой крови». Для исключенія всего этого въ клиникѣ проф. Федорова были продѣланы контрольные опыты и получились слѣдующія данныя: ни въ вытяжкѣ изъ цѣлой патологически неизмѣненной почки (1½ сутокъ послѣ смерти), ни въ человѣческой крови (кровь, добытая во время операціи, разбавлялась 20 к. с. физиологическаго раствора поваренной соли) не получилось расширенія зрачковъ «по сравненію съ глазами при одинаковыхъ условіяхъ затемненія, остававшимися въ физиологическомъ растворѣ соли». Мы лично могли продѣлать эту физиологическую реакцію, къ сожалѣнію, только съ кровью и съ вытяжкой различныхъ органовъ, гдѣ бываютъ гипернефромы, но не съ вытяжкой послѣднихъ за неимѣніемъ подходящаго матеріала. Нами было сдѣлано около 40 опытовъ съ вытяжками изъ печени, мозга,

почки, надпочечника и просто съ кровью и физиологическимъ растворомъ поваренной соли. При приготовленіи вытяжки мы поступали согласно указанію проф. Федорова. Органы брались изъ свѣжихъ труповъ (6—10 часовъ назадъ умершихъ) и изъ такихъ, послѣ смерти которыхъ прошло 24—48 часовъ. Результаты опытовъ получились у насъ самые противорѣчивые. Въ однихъ случаяхъ зрачки отъ дѣйствія вытяжки и крови не расширялись; въ другихъ же—они расширялись; причемъ самое большое расширеніе давала вытяжка мозга. Не входя въ критическую оцѣнку самаго способа опредѣленія данной физиологической реакціи, мы одно только на основаніи своихъ опытовъ можемъ сказать, что предлагаемый проф. Федоровымъ способъ опредѣленія адреналина по нашему мнѣнію требуетъ дальнѣйшей разработки и провѣрки при помощи другого какого нибудь способа. А *priori* трудно допустить (хотя, конечно, и не невозможно), чтобы въ гипернефромахъ вырабатывался адреналинъ. Надо считаться съ тѣмъ, что онѣ построены по типу корковаго вещества надпочечника и, судя по имѣющимся фактамъ, развиваются изъ клѣтокъ послѣдняго. Если бы теперь оказалось въ нихъ адреналинъ, пришлось бы сдѣлать тройкаго рода предположеніе: или то, что адреналинъ вырабатывается и корковымъ веществомъ надпочечника, чему противорѣчатъ многія литературныя данныя, или, что опухоли мозгового вещества, эмбриологически не родственнаго корковому, могутъ походить на послѣднее и давать эпителиальнаго характера образованія, или же, наконецъ, то, что и мозговое и корковое вещество—эпителиальнаго происхожденія, т. е. эмбриологически родственны.

Эксперименты касались имплантаціи надпочечной ткани въ почку и дали слѣдующіе результаты. У Schmieden'a пересаженный надпочечникъ взрослого животнаго въ большей своей части не только прижилъ, но даже разросся, причемъ получились картины, аналогичныя Grawitz'овскимъ опухолямъ. У Stoerk'a и Haberer'a ничего подобнаго не получилось. У Repere и Parodi пересаженные кусочки приживали, но потомъ они прорастали соединительной тканью и погибали; у Lecènes'a (по Garré) они не только приживали, но при дальнѣйшемъ ростѣ превращались въ опухоли «типа гипернефромъ». Neuhäuser, пересаживавшій надпочечники въ почку только что родившихся кроликовъ получилъ въ одномъ случаѣ такое образованіе, про которое говоритъ, что «если бы его нашли у человѣка, то считали бы безъ всякаго сомнѣнія настоя-

щей опухолью, такъ какъ оно обладало свойствами, характеризующими новообразование: 1) Прежде всего это касается роста. Изъ надпочечника величиной съ конопляное зерно получилось образование, занявшее почти всю верхнюю треть почки; такимъ образомъ ростъ ткани очевиденъ. 2) Опухоль состояла изъ эпителиальныхъ клѣточныхъ гнѣздъ, лежавшихъ во вновь образованной соединительно-тканной стромѣ. Клѣтки группами проникали въ тканевыя щели, инфильтровали почку и сдавливаніемъ паренхимы разрушали ее. 3) Мы можемъ далѣе говорить о распространеніи новообразования по кровеноснымъ сосудамъ, аналогично опухолямъ Grawitz'a. Отторгнутыя опухолевныя клѣтки жизнеспособны. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ внутри и внѣ сосудовъ видны дочерніе узлы,—метастазы внутри того же органа. Причина этой опухоли—самостоятельный ростъ молодой ткани, отдѣленной отъ первоначальной своей связи съ окружающими частями и перенесенной въ чуждую ей среду». Авторъ представляетъ нѣсколько рисунковъ, свидѣтельствующихъ о сходствѣ между тканью нормального надпочечника и его экспериментально полученной опухолью.

Такимъ образомъ экспериментальныя данныя уже начинаютъ говорить о возможности развитія опухоли изъ отщепленныхъ клѣтокъ надпочечника, но ихъ такъ мало, что сдѣлать какой либо опредѣленный категорическій выводъ пока не приходится.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.

Почечныя гипернефромы.

Представляя большой интересъ въ патолого-анатомическомъ отношеніи, гипернефромы являются не менѣе интересными и въ клиническомъ, хотя надо сознаться, что съ этой послѣдней стороны онѣ мало разработаны. Какъ ни какъ, но приходится согласиться со многими авторами, что разнообразіе въ патолого-анатомической картинѣ гипернефромъ не можетъ не отражаться на клиническомъ теченіи ихъ и не можетъ не придавать имъ разнохарактерной фізіономіи, которая, естественно, затрудняетъ детальное изученіе ихъ въ клиническомъ отношеніи. Сравнительная частота почечныхъ гипернефромъ даетъ намъ право начать именно съ нихъ. Большинство авторовъ послѣдняго времени изъ различныхъ опухолей почекъ чаще всего отмѣчаетъ гипернефрому, хотя нѣкоторые держатся и противоположнаго мнѣнія. Такъ, Clairmont'омъ (24 случая опухолей почекъ) гипернефрома отмѣчена въ 70%, Albrecht'омъ (32 сл.)—въ 87%, Küster'омъ въ 75%, Albarran'омъ же она отмѣчается въ 22,4% (380 сл. опухолей почекъ), въ клиникахъ Московскаго и Харьковскаго университетовъ (отчеты 1880—1908 г.г.)—въ 24% (25 сл. опухолей почекъ). По отношенію къ другимъ хирургическимъ заболѣваніямъ почечная гипернефрома встрѣчается (судя по отчетамъ хирургическихъ клиникъ Харьковскаго и Московскаго университетовъ) въ 0,08% (въ Харьковскихъ клиникахъ на 11778 хирургическихъ больныхъ гипернефрома отмѣчена 4 раза; въ Московскихъ—на 6848 такихъ же больныхъ гипернефрома отмѣчена 2 раза). На секціонномъ столѣ гипернефрома почекъ отмѣчена у Kelly въ 0,19% (на 3098 вскрытій—6 почечныхъ гипернефромъ), въ патолого-анатомическомъ институтѣ Харьковскаго Университета (отчетъ за 1902—1909 г.г.)—въ 0,22% (на 2231 вскрытій—5 почечныхъ гипернефромъ). Эти цифровыя данныя свидѣлствуютъ, что почечныя гипернефромы, встрѣчаются рѣдко сравнительно съ опухолями другихъ органовъ.

По возрасту, въ которомъ встрѣчались гипернефромы, случаи распредѣлялись, судя по собраннымъ нами даннымъ (126 сл.), такъ:

Отъ 1—10 лѣтъ	1 случай
» 10—20 »	0 »
» 20—30 »	5 »
» 30—40 »	15 »
» 40—50 »	42 »
» 50—60 »	44 »
» 60—70 »	13 »
» 70—80 »	4 »

(Въ 2-хъ случаяхъ возрастъ не обозначенъ).

Такимъ образомъ, наичаще всего гипернефромы встрѣчаются между 40—60 годами, рѣже всего—въ дѣтскіе и юношескіе годы и между 60—80. Къ такому же выводу относительно возраста приходятъ Albarran, Albrecht, Федоровъ и др.

Мужчины страдают почечной гипернефромой почти вдвое чаще, чѣмъ женщины. Преобладаніе мужскаго пола надъ женскимъ отмѣчено и другими авторами, и не только при гипернефромахъ, но и вообще при опухоляхъ почек (Küster, Israël, Garré и др.).

Правая почка поражается по нашимъ даннымъ почти съ такою же частотою, какъ и лѣвая (59:65), по даннымъ другихъ авторовъ она поражается то рѣже (Albrecht, Albarran, Федоровъ и др.), то чаще лѣвой (Clairmont, Заболотный).

Одинъ разъ имѣлось двухстороннее пораженіе почки и одинъ разъ—гипернефрома подковообразной почки (Funccius).

Симптомы и теченіе почечныхъ гипернефромъ.

Наиболѣе частыми и, какъ принято говорить, кардинальными симптомами почечныхъ гипернефромъ являются три: *гематурия, опухоль и боль*, которыя обыкновенно и кладутся въ основу діагностики данныхъ опухолей. Что касается *гематурии*, а, именно, цифровыхъ данныхъ частоты ея, то тутъ не у всѣхъ авторовъ получаются одинаковые выводы. Karsamer констатируетъ гематурию въ 90,5%, Burkhardt въ 80% (30 случ. наблюденій), Федоровъ въ 69,2% (13 сл. наблюденій), Albrecht въ 39,3% (28 сл. набл.), Albarran въ 75% (77 сл. набл.), Israël въ 88,2% (17 сл. набл.), во всѣхъ же собранныхъ нами, включая и собственные случаи (всего 126), гематурия встрѣчалась 71 разъ, иначе

говоря, только немного болѣе половины больныхъ съ гипернефромами страдаетъ почечнымъ кровотеченіемъ. Наступаетъ гематурия болѣею частью самопроизвольно (по нашимъ даннымъ въ 87,3%) и далеко рѣже подъ вліяніемъ какихъ либо моментовъ, какъ, напр., травма, тяжелая физическая работа, выпрыгиванье изъ экипажа, поднятіе тяжести, изслѣдованіе врачомъ почечной области (9-й сл. Albrecht'a) и проч. Чаше всего она бываетъ безболѣзненной, въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ сопровождается потрясающимъ ознобомъ (Braatz, Добровольская), рвотой (нашъ сл. и сл. Федорова), задержкой мочи (Albrecht, Gatti и др.) и болями въ почечной области и вдоль мочеточника, которыя иногда принимаютъ коликообразный характеръ (Manasse, Perthes, Федоровъ и др.) Albrecht констатировалъ боли въ поясничной области на сторонѣ заболѣванія непосредственно передъ или во время гематурии въ 5 изъ 9 случаевъ и придаетъ имъ въ діагностическомъ отношеніи большое значеніе.

Относительно частоты отдѣльныхъ приступовъ гематурій, продолжительности ихъ и промежутковъ между ними, а также количества крови, выдѣляющейся при каждомъ приступѣ, чего либо опредѣленнаго, характернаго для гипернефромъ подмѣтить никому не удалось. Одно только можно сказать, что гематурия рѣдко бываетъ однократной, какъ это наблюдалось въ случаяхъ Paoli, Perthes'a и др.; чаще всего она носитъ періодическій характеръ съ промежутками отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ дней, недѣль, мѣсяцевъ и даже годовъ (сл. Albrecht'a, Braatz'a и Hildebrandt'a). Продолжительность отдѣльныхъ приступовъ ограничивалась то нѣсколькими часами, то днями, недѣлями и мѣсяцами (8-й сл. Albrecht'a). Что касается количества крови, то наблюдались всевозможные переходы отъ очень обильныхъ, профузныхъ кровотеченій до опредѣляемыхъ только микроскопически. Бывали случаи такой сильной гематурии, что приходилось вслѣдствіе незнанія источника кровотеченія прибѣгать къ надлобковому сѣченію пузыря (сл. Федорова, Hildebrandt'a и Clairmont'a). Въ случаѣ Clairmont'a пузырь настолько былъ выполненъ кровяными сгустками, что мочеиспусканіе было невозможно, такъ что пришлось прибѣгнуть къ *sectio alta*; источникъ кровотеченія тѣмъ не менѣе не былъ выясненъ; пузырь былъ зашитъ, но на 4-й день его расшили, и тогда только установлено было, что кровоточить лѣвая почка. Въ одномъ изъ случаевъ Albrecht'a на глазахъ изслѣдующаго врача

образовалась въ области почки опухоль, сопровождавшаяся сильными коликообразными болями и объясняемая авторомъ максимальнымъ наполненіемъ кровью почечнаго таза вслѣдствіе временной закупорки мочеточника свертками.

Кровь при гематуріи то диффузно окрашиваетъ мочу, то содержится въ видѣ отдѣльныхъ элементовъ, то выдѣляется сгустками или червеобразными свертками (сл. Федорова, Bräuninger'a, Israël'a, Albrecht'a и др.). Въ одномъ изъ случаевъ Albrecht'a свертки достигали очень большой величины (до 30 сант.). Червеобразные свертки въ слабокровянистой или свѣтлой мочѣ считаются нѣкоторыми авторами (главнымъ образомъ Israël'емъ), патогномичными для кровотеченій при опухоляхъ почекъ resp. при гипернефромахъ. Иногда наблюдалось выдѣленіе чистой крови (8-й сл. Albrecht'a, Ulrich'a, Lubarsch'a, Winkler'a). Появляется гематурія, судя по наблюденіямъ многихъ авторовъ, обычно уже тогда, когда гипернефрома приняла болѣе или менѣе значительные размѣры, опредѣляемые простымъ ощупываніемъ. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ опухоль не была констатирована совсѣмъ, или же значительно позднѣе появленія первыхъ приступовъ гематуріи, такъ что послѣдняя являлась единственнымъ или первымъ симптомомъ заболѣванія (сл. Busse, Albrecht'a, Федорова, Israël'a и др.). По собраннымъ Albarran'омъ даннымъ гематурія, какъ первый симптомъ, наблюдалась въ 57%, по нашимъ даннымъ (39 случаевъ) въ 53% *). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ Tuffier гематурія появлялась раньше опухоли на 2—3 года, а у Israël'a на 6, 8 и 10 лѣтъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наблюдается гематурія, оказывается *in sectio vivo et mortuo*, что гипернефрома прорасла почечную лоханку, разрушивъ ея слизистую, и ближайшей причиной кровотеченія являлась болѣею частью некротически распавшаяся опухоль. Тамъ же, гдѣ слизистая лоханка цѣла, гематурія можетъ не быть, даже если опухоль достигла громадной величины (случ. Федорова (6 и 7) и наши). Отсюда понятна гематурія при относительно малыхъ опухоляхъ, не опредѣляемыхъ клинически, но лежащихъ вблизи лоханки и легко проникающихъ туда, и отсутствіе ея при большихъ гипернефромахъ не прорастающихъ послѣднюю, если только кровотеченіе не наступитъ вслѣдствіе венознаго застоя отъ давленія большой опухолью, какъ это наблюдалось въ 23-мъ случ.

*) **Примѣчаніе.** По отношенію же къ числу случаевъ почечныхъ гипернефромъ вообще гематурія, какъ первый симптомъ, встрѣчалась въ 31%.

Albrecht'a (конгестивное кровотеченіе) и въ нѣкоторыхъ другихъ случаяхъ. Такимъ образомъ мы видимъ, что наиболее характернымъ для гематуріи при гипернефромахъ являются ея безболѣзненность и безпричинность, и эти свойства рѣзко отличаютъ ее отъ гематуріи при почечныхъ камняхъ и различныхъ воспалительныхъ процессахъ почекъ, гдѣ боли проходятъ обыкновенно красной нитью черезъ все страданіе, хотя, какъ мы уже упомянули раньше, присутствіе ихъ еще не исключаетъ наличности опухоли. Въ одномъ, напр., случаѣ (2-мъ) Федорова онѣ даже носили характеръ, типичный для почечной колики. *Въ общемъ гематурія при гипернефромахъ близко подходитъ къ гематуріи при другихъ опухоляхъ почекъ, хотя она встрѣчается здѣсь нѣсколько чаще.* Другой симптомъ—*опухоль*, опредѣляемая ощупываніемъ, встрѣчается по нашимъ даннымъ (126 сл.) въ 84%. Эта цифра, приблизительно, подходитъ къ цифрамъ другихъ авторовъ, какъ, напр., Albarran, Imbert, гдѣ опухоль встрѣчалась въ 89%, и Albrecht (93%). Въ случаяхъ же Clairmont'a опухоль являлась постояннымъ симптомомъ. Вообще опухоли почекъ опредѣляются ощупываніемъ по Küster'y въ $\frac{2}{3}$ случаевъ, Israël же изъ 68 опухолей почекъ констатировалъ ихъ въ 62, т. е. 91%. Относительно характера опухоли опредѣленнаго чего либо нельзя отмѣтить. Опухоль бываетъ то съ бугристой (чаще!), то съ гладкой поверхностью, то твердой, то мягкой, эластической консистенціи, то подвижная, (при дыханіи или при ощупываніи), то, наоборотъ, мало или совсѣмъ неподвижная; въ немногихъ случаяхъ (въ 6%) отмѣчались въ ней *ballotement renale* и флюктуация, обязанная распаду опухоли (Strübing, Федоровъ, Grawitz и др.). При пробной пункции получалась то мутная, шоколаднаго цвѣта жидкость съ кристаллами холестеарина (Strübing и др.), то свѣтлая, водянистая съ круглыми клѣтками (Winkler). Braatz описываетъ случай, гдѣ гипернефрома почки мѣняла свое положеніе при перемѣнѣ положенія тѣла: лежащая при положеніи больного на спинѣ въ подреберья, она быстро опускалась въ полость живота до *sp. ant. sup.*, какъ только больной ложился на бокъ и глубоко дышалъ. Аналогичные случаи сообщаются Lotheisen'омъ, Perthes'омъ и др. Величиной гипернефромъ были, начиная отъ яблока до мужской головы и болѣе, когда онѣ выполняли собой болѣе половины живота. Края ихъ никогда не бываютъ острыми, а всегда закруглены, что помогаетъ иной разъ дифференцировать ихъ отъ опухолей печени и селезенки.

Верхняя граница ихъ большею частью уходитъ въ подреберье, такъ что ощупываніе ея обыкновенно не удается, за тѣмъ рѣдкимъ исключеніемъ, когда гипернефромы локализируются въ подвижной почкѣ, которую можно сдвинуть далеко внизъ отъ ея обычнаго положенія (сл. Baartz'a и 21 сл. Albrecht'a и др.). Въ исторіяхъ болѣзней разныхъ авторовъ локализациа почечныхъ гипернефромъ обозначалась различнымъ образомъ: подреберье, просто полость живота, область селезенки, область почки, поясничная область, область желчнаго пузыря и подложечная область. Помѣщаясь въ подреберьи, опухоль иногда сильно выпячивается впередъ реберный край и даже нижній конецъ грудины. Отъ печени и селезенки ее въ большинствѣ случаевъ можно было отграничить какъ ощупываніемъ, такъ и перкуссіей, хотя въ 6,6% это не удавалось (сл. Winkler, Lubarsch, Strübing и др.), причемъ въ одномъ изъ такихъ случаевъ она была отнесена къ опухоли селезенки (сл. Albrecht'a). Перкуссия и ощупываніе почечныхъ гипернефромъ обыкновенно безболѣзненны, хотя иногда (по нашему подсчету въ 5,6%) констатировалась небольшая болѣзненность или же чувствительность (сл. Winkler, Добровольская, Gatti и др.). Перкуторный звукъ опухоли—притупленный или тупой, переходящій зачастую въ тимпанитъ при раздуваніи *per anum* толстыхъ кишокъ; только изрѣдка (въ 4%) получался надъ опухолью постоянно чистый тимпанитъ (сл. Geiss'a, Strübing'a и др.). Аускультациа опухоли только въ одномъ случаѣ дала дующій шумъ (сл. Brauninger'a). Толстыя кишки большею частью помѣщаются впереди опухоли, рѣже по краямъ ея; нерѣдко ихъ удается прощупать въ видѣ уплощеннаго, нѣсколько подвижнаго въ стороны тяжа, который при раздуваніи кишечника *per rectum* даетъ ясный тимпанитъ надъ притупленіемъ, обусловленнымъ присутствіемъ подъ кишкой опухоли. Въ одномъ случаѣ (17-мъ) Albrecht'a вмѣсто опухоли констатировалась на ограниченномъ пространствѣ резистентность брюшной стѣнки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ опухоль, какъ таковая, не прощупывается, а констатируется просто увеличенная почка (сл. Winkler'a, нашъ и др.). Какъ правило, почечныя гипернефромы отличаются довольно медленнымъ ростомъ, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ достигали большихъ размѣровъ въ теченіе нѣсколькихъ недѣль (сл. Розанова, Федорова и др.). Часто опухоль сочеталась съ другими кардинальными симптомами, а именно: съ гематуріей и болью (38%), съ одной только болью

(29%) и съ одной гематуріей (25%); въ 7% она была единственнымъ симптомомъ, достигая въ нѣкоторыхъ случаяхъ громадныхъ размѣровъ и не вызывая почти никакихъ болѣзненныхъ явленій (сл. Oberndorfer'a). Въ 8% собранныхъ нами случаевъ опухоль являлась первымъ симптомомъ заболѣванія (сл. Albrecht'a, Lotheisen'a и др.) *). *Боль*, наблюдающаяся при гипернефромахъ двоякаго типа: болѣе или менѣе постоянная и перемежающаяся. Въ первомъ случаѣ она можетъ быть то сильной, переходя временами въ коликообразную, то слабой, тупой, ноющей, исчезающей какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ только на короткое время. Иногда же больнымъ ощущается въ области заболѣванія вмѣсто боли чувство тяжести. Локализациа болей при гипернефромахъ довольно разнообразная, но чаще всего онѣ сосредоточиваются въ подреберьи и поясничной области, сравнительно рѣже—въ крестцѣ. Изъ другихъ мѣстъ, гдѣ бываютъ боли, разными авторами отмѣчены: область селезенки, подложечная область (Федоровъ), область мочевого пузыря (Grawitz), область печени и желчнаго пузыря, спина, нижняя половина грудной клѣтки, нижняя часть живота, testiculum (Albrecht). Въ послѣднемъ случаѣ (20-мъ), напр., боли были настолько сильныя, что заставляли отнять testiculum, не смотря на то, что видимыхъ измѣненій кромѣ небольшой отечности въ немъ не было. Сосредоточиваясь въ одной изъ перечисленныхъ выше областей, боли часто иррадируютъ то въ ногу, то въ спину, то въ пахъ и яичко, то въ пупокъ (сл. Albrecht'a и Tedenat). Иногда боли мѣняютъ свою локализациу. Въ этомъ отношеніи представляетъ извѣстный интересъ 14-й случай Albrecht'a: его больной послѣ одного сильнаго напряженія во время работы почувствовалъ колющія боли въ правой поясничной области, которыя черезъ нѣсколько недѣль исчезли; черезъ 4 года появились стрѣляющія боли въ правомъ бедрѣ соотвѣтственно *p. ischiad.*, и принятыя за *ischias*; черезъ мѣсяцъ эти боли исчезли, смѣнившись почти такими же болями, какія были въ первый разъ, но только съ болѣе поверхностной локализацией—«сейчасъ же подъ кожей». Эти боли, рвущаго характера, усиливались при каждомъ движеніи и исчезали при покоѣ. Вскорѣ послѣ ихъ начала у больного появились давя-

*) **Примѣчаніе.** По отношенію къ числу почечныхъ гипернефромъ вообще опухоль съ гематуріей и болью встрѣчалась въ 31,7%, съ одной только болью въ 24,6%, съ одной гематуріей въ 20,6%; единственнымъ симптомомъ она являлась въ 5,5% и первымъ симптомомъ въ 6,3%.

шія боли въ подложечной области; онѣ были связаны съ ѣдой и продолжались послѣ принятія пищи около двухъ часовъ. За мѣсяцъ, приблизительно, до операціи послѣднія боли во время пребыванія больного въ клиникѣ исчезли, и оставались только боли въ правой поясничной области. Перемежающіяся боли носятъ болѣею частью коликообразный острый характеръ, сосредоточиваясь по преимуществу въ поясничной области и въ подреберья и иррадируя изрѣдка въ пахъ (сл. Федорова), въ п. ischiad., въ пупокъ (сл. Albrecht'a). Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ онѣ наблюдались вдоль мочеточника (сл. Manasse и Paoli), въ области печени (сл. Albrecht'a), въ крестцѣ и въ области желудка. Перемежающіяся боли то сопровождаются гематуріей (сл. Федорова), то находятся внѣ всякой зависимости отъ нея, а въ одномъ случаѣ (Paoli) онѣ поднимались всякій разъ по прекращеніи гематуріи и исчезали при появленіи послѣдней. Появляются боли обыкновенно безъ видимой причины, хотя иногда имъ предшествовала травма: поднятіе тяжести, просто большая физическая работа, тугое стягиваніе поясомъ живота (сл. Freyer'a, Gatti и др.). Изрѣдка эти боли сопровождались тошнотой и рвотой (сл. Федорова) или задержкой мочи (сл. Albrecht'a). Также изрѣдка онѣ изъ перемежающихся дѣлались постоянными (сл. Grosheintz'a). Промежутки между отдѣльными приступами измѣняются часами, днями, недѣлями и мѣсяцами. Нерѣдко боли, какъ перемежающіяся, такъ и постоянныя, являются первымъ и въ теченіе многихъ мѣсяцевъ, даже лѣтъ, единственнымъ симптомомъ, къ которому потомъ уже присоединялись гематурія или опухоль; такъ, напр., въ случаѣ Ulrich'a боли предшествовали 18 л., Braatz'a 13 л. По статистикѣ, собранной Albarran'омъ и Imbert'омъ, боль являлась первымъ симптомомъ въ 32%; то же самое, приблизительно, отмѣчается и въ собранныхъ нами случаяхъ.

Причину этихъ болей надо искать съ одной стороны, въ непосредственномъ давленіи растущихъ опухолей на нервы, съ другой—въ тѣхъ патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ, которымъ подвергаются гипернефромы. Изъ предшествовавшего мы уже знаемъ, какими богатыми и разнообразными въ смыслѣ времени происхожденія кровоизліяніями отличаются данныя опухоли. Неудивительно, какъ справедливо замѣчаетъ Israël, что при всякомъ кровоизліяніи, которое должно вызвать повышеніе давленія, благодаря тому, что опухоль заключена въ капсулу, являются боли. Могутъ появиться онѣ также въ

результатѣ тѣхъ воспалительныхъ процессовъ, которые наблюдали мы какъ въ самой опухоли, такъ и въ почкѣ, содержащей ее; наконецъ, онѣ могутъ быть обусловлены прохожденіемъ кровяныхъ свертковъ черезъ мочеточники. Боли при гипернефромахъ могутъ имѣть известное значеніе въ діагностическомъ смыслѣ, какъ это впервые отмѣтилъ Albrecht, въ томъ случаѣ, если у больного констатируется почечная опухоль и долгое время ихъ существованіе при отсутствіи кахексіи.

Считаясь съ упомянутыми выше кардинальными симптомами, Albarran и Imbert установили 4 клиническихъ формы гипернефромъ: 1) болѣзненную форму, 2) форму, характеризующуюся присутствіемъ одной только опухоли, 3) одной только гематуріи и, наконецъ, 4) полную форму, когда у больного имѣется и опухоль и гематурія. По собраннымъ нами даннымъ чаще всего встрѣчается первая и четвертая форма, рѣже вторая и третья, что приблизительно совпадаетъ съ данными вышеупомянутыхъ авторовъ.

Другіе симптомы, встрѣчавшіеся при гипернефромахъ, уже относятся къ разряду второстепенныхъ, а именно: *varicosele*, *измѣненія со стороны мочи*, *разстройства желудочно-кишечнаго тракта*, *лихорадка*, *кахексія*, *одышка*, *разстройства мочеиспусканія*, *асцитъ*, *метастазы и пигментация кожи*. *Varicosele* изъ 126 случаевъ наблюдалось 4 раза: 3 раза на лѣвой сторонѣ и 1—на правой (сл. Albrecht'a, Федорова и др.). Оно отличается отъ обыкновеннаго идиопатическаго тѣмъ, что остается неизмѣннымъ при всякомъ положеніи больного, напр., при лежаніи. Появленіе *varicosele*, которое было отмѣчено нѣсколькими авторами при опухоляхъ почекъ вообще, одни (Israël, Küster и др.) объясняли давленіемъ опухоли на ven. spermat., другіе (Legueus) давленіемъ не самой опухоли, а метастатически измѣненныхъ лимфатическихъ железъ, лежащихъ между почечными сосудами. Если теперь обратиться къ даннымъ патологической анатоміи наблюдавшихся случаевъ, то увидимъ, что сплошь и рядомъ, не смотря на существованіе громадныхъ опухолей и сращеніе ихъ съ ven. spermat., *varicosele* тѣмъ не менѣе не наблюдается. Также не наблюдалось оно во многихъ изъ тѣхъ случаевъ, гдѣ почечные сосуды и vena cava были окружены, «замуравлены» со всѣхъ сторонъ опухолью измѣненными лимфатическими железами (сл. Albrecht'a, Israël'я, Heresco). Почему при одинаково, видимо, условіяхъ въ однихъ случаяхъ получается *varicosele*, а въ другихъ нѣтъ, объясненій

этому надо искать, вѣроятнѣ всего, въ большей или меньшей способности организма создавать достаточные коллатеральные пути, а, можетъ быть, и въ природныхъ свойствахъ самихъ сосудистыхъ стѣнокъ, когда для одного случая достаточно уже небольшого давления на ven. spermat. или renal., чтобы вызвать расширение вентъ сѣмянного канатика, въ то время какъ въ другомъ даже большее давление не оказываетъ замѣтнаго вліянія. Какъ бы то ни было, но мы должны считаться съ этимъ симптомомъ, особенно, если примемъ во вниманіе, что въ одномъ изъ случаевъ гипернефромъ (Albrecht 20-й сл.) *varicocele* явилось первымъ симптомомъ.

Наблюдаемая при гипернефромахъ *кахеція* находится въ зависимости иной разъ отъ обильныхъ потерь крови, другой разъ она бываетъ безъ нихъ, но, когда опухоль достигаетъ болѣе или менѣе значительной величины, хотя тутъ нужно отмѣтить, что сплошь и рядомъ при существованіи послѣдняго условія *кахеція* тѣмъ не менѣе отсутствуетъ. Можетъ она отсутствовать даже въ то время, когда гипернефрома дала многочисленные метастазы, что прекрасно иллюстрируется однимъ изъ случаевъ Albrecht'a (4-мъ), гдѣ *кахеція* развилась только спустя 6 лѣтъ послѣ операціи—ампутаціи по поводу патологическаго перелома бедра (метастазъ гипернефромъ). Albrechtъ думаетъ, съ чѣмъ до извѣстной степени можно согласиться, что *кахеція*, какъ симптомъ, можетъ быть принята во вниманіе, если она отсутствуетъ, не смотря на долгое существованіе опухоли. Хотя не слѣдуетъ забывать, что наблюдались рѣдкіе случаи долгаго существованія *carcinom'*ы почки, гдѣ *кахеція* въ то же время не было (сл. Israël'я).

Разстройство желудочно-кишечнаго тракта наблюдалось въ 5,5% всѣхъ случаевъ гипернефромъ (7:126) (сл. Strübing'a, Wyss'a и др.). Сказывалось оно въ потери аппетита, въ боляхъ въ области желудка (11 сл. Albrecht'a), въ кишечныхъ коликахъ, въ тошнотѣ, отрыжкѣ, изжогѣ и рвотѣ, въ поносахъ или запорахъ (сл. Wyss'a и Albrecht'a) и въ признакахъ суженія *pylorus'a*. Въ случаѣ, напр., Albrecht'a (13-мъ) настолько рѣзко выдѣлялись желудочно-кишечныя явленія, что, считаясь съ ними, а также съ отсутствіемъ свободной соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ и наличностью опухоли въ лѣвомъ подреберьи, поставили діагнозъ *carcin. ventriculi*, а при операціи оказалось, что тутъ дѣло идетъ о гипернефромѣ подвижной лѣвой почки. Принимая во вниманіе, что во всѣхъ случаяхъ съ явленіями желудочно-кишечнаго раз-

стройства имѣлись большія опухоли, надо полагать, что они обуславливались непосредственнымъ давленіемъ новообразованія на тѣ или другія части желудочно-кишечнаго тракта, хотя, конечно, нельзя отрицать и «рефлекторнаго пути».

Одышка, наблюдавшаяся изрѣдка при гипернефромахъ (сл. Perthes'a и Strübing'a), объясняется давленіемъ опухоли на диафрагму, какъ это неоднократно бываетъ при разныхъ опухоляхъ живота.

Относительно мочи болѣе или менѣе точныя свѣдѣнія у насъ имѣются только въ 90 сл. почечныхъ гипернефромъ. Изъ исторіи болѣзней видно, что въ 29 сл., т. е., въ 32%, моча была совершенно нормальной безъ всякихъ патологическихъ примѣсей въ осадкѣ, хотя опухоли достигали громаднхъ размѣровъ и почти въ половинѣ дали метастазы по разнымъ органамъ; въ одномъ изъ нихъ имѣлись метастазы даже въ другой почкѣ (нашъ 3-й сл.). Въ 6 случаяхъ въ мочѣ имѣлся бѣлокъ и цилиндры (сл. Бѣлинскаго, Wyss'a, Wooley'a и др.). Изъ 45 случаевъ, гдѣ констатировалась періодическая гематурія, моча была нормальной внѣ приступовъ послѣдней только 6 разъ, въ остальныхъ же случаяхъ она была патологически измѣненной, что сказывалось или въ присутствіи подъ микроскопомъ болѣе или менѣе значительнаго количества эритроцитовъ (сл. Askanazy, Lubarsch, Федоровъ, нашъ 2-й сл., Grosheintz и др.), или въ присутствіи бѣлка (Funccius, Lubarsch и др.), или же кромѣ бѣлка еще лейкоцитовъ и различныхъ цилиндровъ (сл. Busse, Gatti, Ulrich и др.). Изъ 8-и случаевъ, гдѣ моча каждой почки изслѣдовалась отдѣльно (катетеризація мочеточниковъ), въ 3-хъ изъ нихъ моча здоровой (т. е. не содержащей опухоли) почки не содержала ничего патологическаго, въ двухъ—въ ней имѣлся бѣлокъ, цилиндры и лейкоциты; моча больной же почки содержала кровь и гнойныя тѣльца и въ 3-хъ случаяхъ не выдѣлялась совсѣмъ. Опухолевые элементы несомнѣнно обнаружены были только въ 3-хъ случаяхъ (сл. Lubarsch'a, Marischeler'a и Perthes'a). Добавимъ, что послѣ нефректоміи моча, бывшая до того патологически измѣненной, дѣлалась вскорѣ нормальной, о чемъ свидѣтельствуютъ случаи Askanazy, Федорова, нашъ и многіе другіе. У Albrecht'a, изъ 18 сл., въ 5—моча не представляла измѣненій, въ остальныхъ были—то бѣлокъ, то красные и бѣлые кровяные шарики. Israëlъ придаетъ большое значеніе нахожденію подъ микроскопомъ крови при макроскопи-

чески чистой мочѣ, считая эту находку почти правиломъ при личности въ почкѣ злокачественной опухоли. Изъ всего этого можно сдѣлать тотъ выводъ, что далеко не рѣдко моча бываетъ нормальной даже тогда, когда гипернефрома достигла большихъ размѣровъ—это разъ; второе, патологически измѣненная моча можетъ сдѣлаться нормальной послѣ нефректомии даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она выдѣлялась изъ другой, не содержащей опухоли почки, какъ это наблюдалось, напр., въ 9-мъ случаѣ Федорова.

Разстройство со стороны мочеиспускания выражалось то въ появленіи болѣзненного мочеиспускания, то въ учащеніи его, то въ невозможности мочиться, не смотря на позывы. Обыкновенно такія разстройства наступали во время гематуріи, хотя иногда они отмѣчаются у такихъ больныхъ, гдѣ гематуріи не было (14-й сл. Albrecht'a).

Въ 2-хъ случаяхъ гипернефромъ (изъ 126) (нашъ 15-й сл. и сл. Вепеке), тамъ, гдѣ имѣлись многочисленные метастазы по висцеральной брюшинѣ, наблюдался *геморрагическій асцитъ*. Въ нашемъ случаѣ видно было при пробной лапаротоміи, какъ метастатическіе узлы, разбросанные въ большомъ количествѣ по сальнику, кровоточили при самомъ деликатномъ обращеніи съ ними, а микроскопъ обнаруживалъ необыкновенное богатство ихъ тонкостѣнными нѣжными сосудами.

Лихорадка встрѣчалась на 126 случаевъ 7 разъ; изъ нихъ въ 3-хъ случаяхъ повышенная температура появлялась во время приступовъ гематуріи (сл. Braatz'a и Федорова), въ остальныхъ же она съ ними не была связана. Опухоли въ этихъ случаяхъ то были громадныхъ размѣровъ, съ массой распада (сл. Федорова) и метастазами, то, наоборотъ, сравнительно малой величины и съ небольшимъ количествомъ распада (1 сл. Braatz'a). Появленіе лихорадки наблюдается вообще при быстро растущихъ и распадающихся опухоляхъ; нѣкоторые связывали ее съ появленіемъ многочисленныхъ метастазовъ по разнымъ органамъ (Федоровъ), другіе съ прорастаніемъ опухолью капсулы (Israël). Полноты ради мы должны упомянуть, что наблюдались случаи, какъ, напр., у того же Федорова (6-й сл.), гдѣ при существованіи почечной гипернефромы съ массой распада и метастазами лихорадки не было, такъ что въ общемъ вопросъ о лихорадкѣ остается еще темнымъ и мы только можемъ довольствоваться фактами, что она бываетъ при гипернефромахъ, какъ и при другихъ опухоляхъ.

Метастазы при гипернефромахъ помимо своей частоты интересны еще тѣмъ, что довольно часто выступали въ картинѣ болѣзни на первый планъ, вели къ ложной діагностикѣ, заставляя прибѣгать къ оперативному вмѣшательству, и только далеко позднѣе обнаруживалась ошибка. Фигурировали они подъ различнымъ діагнозомъ: туберкулеза и саркомы костей (случ. Albrecht'a и Заболотнова), рака влагалища съ метастазами въ кожѣ (сл. Hoffmann'a), опухоли мозга (сл. Wooley'a), туберкулеза костей и брюшины (нашъ 15-й сл.), суставнаго ревматизма (нашъ 18-й сл.), саркомы позвоночника (сл. Эрдмана), бартолинита (сл. Федорова), злокачественной опухоли ключицы (сл. Löwenhardt'a) и проч. Причину такихъ сравнительно частыхъ ошибокъ надо искать, съ одной стороны, въ скрытомъ положеніи почки, съ другой—въ болѣе сильномъ развитіи опухоли въ метастазахъ, чѣмъ въ главномъ органѣ. Въ этомъ отношеніи особенно интересенъ 16-й случай Albrecht'a: метастазъ въ лѣвомъ плечѣ былъ величиной съ дѣтскую головку, а материнская опухоль почки—съ лѣсной орѣхъ. Въ случаѣ Эрдмана материнская опухоль достигала величины каштана, а метастазъ въ тазовой кости—куриного яйца. Въ другомъ случаѣ (4-мъ) Albrecht'a истинный діагнозъ былъ установленъ только 5½ лѣтъ спустя послѣ произведенной ампутаціи (метастазъ гипернефромы), несмотря на то, что больной неоднократно изслѣдовался. Въ случаѣ Федорова больная поступила въ гинекологическую клинику съ жалобой на опухоль въ области срамной губы; здѣсь поставлена была діагностика бартолинита, сдѣланъ разрѣзъ, который обнаружилъ распавшуюся, сильно кровоточащую массу. Температура черезъ нѣсколько дней пала, но потомъ поднялась съ появленіемъ сильныхъ болей въ подреберья, и тогда только выясненъ былъ настоящій діагнозъ. Въ нашемъ случаѣ на первый планъ выступали явленія со стороны суставовъ, затѣмъ множественные переломы костей, между тѣмъ какъ опухоль почки ничѣмъ не давала о себѣ знать, такъ какъ моча была нормальная, а сама опухоль не прощупывалась, что и неудивительно, если принять во вниманіе ея сравнительно небольшую величину при локализаци на верхнемъ полюсѣ. Считаясь съ своими случаями, а также наблюденіями другихъ авторовъ, Albrecht предлагаетъ вспомнить о гипернефромахъ почки, разъ мы имѣемъ злокачественную опухоль въ старческомъ возрастѣ.

Пигментация кожи при почечных гипернефромах наблюдалась въ видѣ веснушекъ (Clairmont, Adrian и др.) и въ видѣ диффузно-бураго, коричневаго (бронзоваго) окрашиванія различныхъ частей тѣла, какъ при morbus Addisonii (сл. Бѣлинскаго, Clairmont'a, Winkler'a и др.). Первые представлялись рѣзко ограниченными, не выстоящими надъ кожей пятнами, величиной отъ точки до ячменнаго зерна и изрѣдка больше, съ различными цвѣтовыми оттѣнками отъ свѣтло-коричневаго до интенсивно-чернаго цвѣта. Располагались онѣ на совершенно нормальной кожѣ и преимущественно, по крайней мѣрѣ, въ первые моменты своего появленія на разгибательной поверхности предплечій. Что касается диффузнаго окрашиванія, то оно ничѣмъ не отличается отъ такового при morbus Addisonii. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдались сочетанія того и другого рода пигментации (Clairmont, Adrian и др.). Въ одномъ изъ случаевъ Clairmont'a диффузное окрашиваніе имѣлось и на слизистыхъ оболочкахъ. Въ случаѣ Winkler'a (22-мѣ) кромѣ бронзовой окраски кожи были и другіе симптомы morbus Addisonii, что отмѣчаютъ, по сообщенію Adrian'a, еще нѣсколько авторовъ. Въ общемъ пигментация кожи при гипернефромахъ наблюдалась довольно рѣдко (первый родъ пигментации, возможно, потому, что на него не обращали вниманія). Тѣмъ не менѣе этотъ симптомъ долженъ быть причисленъ къ числу важныхъ при дифференціальной діагностикѣ даннаго рода опухолей и возможно, что съ увеличеніемъ числа наблюденій при болѣе внимательномъ къ нему отношеніи онъ будетъ отнесенъ къ главнымъ симптомамъ.

Насколько разнообразны гипернефромы въ гистологическомъ отношеніи и проявленіи болѣзненныхъ симптомовъ, настолько же онѣ разнообразны и въ теченіи своемъ. Между случаями, гдѣ отъ начала страданія и до конца его протекло отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до нѣсколькихъ даже десятковъ лѣтъ есть всевозможные переходы. Примѣромъ такихъ крайностей можно представить случаи Krönlein'a и Федорова. Больной Krönlein'a имѣлъ гипернефрому почки въ теченіе 25 лѣтъ и тѣмъ не менѣе чувствовалъ себя здоровымъ, что продолжалось и еще 3 года спустя послѣ нефректоміи; больному же Федорова уже черезъ 6 мѣс. послѣ начала заболѣванія нельзя было удалить почку вслѣдствіе громаднхъ сращеній. Гипернефромы долго, въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, могутъ быть вполне доброкачественными опухолями и подъ конецъ только при-

нимать злокачественный характеръ,—что можно видѣть на больномъ Askanazy, имѣвшемъ отъ роду 54 г., который впервые замѣтилъ у себя опухоль въ ранней юности.

Діагнозъ почечныхъ гипернефромъ.

Подводя итоги всему сказанному относительно клинической стороны почечныхъ гипернефромъ, мы должны прійти къ заключенію, что симптоматологія ихъ очень близка къ симптоматологіи другихъ злокачественныхъ опухолей почекъ, и только въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ извѣстной степенью вѣроятности можно говорить о гипернефромахъ (долгое существованіе опухоли при отсутствіи кахексін, пигментация кожи при наличности другихъ кардинальныхъ симптомовъ); поэтому діагнозъ почечныхъ гипернефромъ въ сущности сводится къ діагнозу просто опухолей почекъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ выше названные кардинальные симптомы на лицо діагнозъ почечной опухоли очень простъ. Сравнительно простъ онъ и тамъ, гдѣ констатируется одна опухоль въ области почки. Но, къ сожалѣнію, констатировать ее не всегда легко, такъ какъ почка лежитъ довольно глубоко, а опухоль очень часто локализируется на ея верхнемъ полюсѣ, который менѣе всего доступенъ ощупыванію, а потому при небольшомъ размѣрѣ она легко можетъ ускользнуть отъ изслѣдующаго врача. Рентгенографія къ сожалѣнію пока еще безсильна помочь намъ въ этомъ дѣлѣ. О томъ, какъ производить ощупываніе почекъ мы подробно описывать не станемъ, такъ какъ это не входитъ въ программу нашей работы; упомянемъ только, что передъ изслѣдованіемъ желательное основательное очищеніе кишечника и освобожденіе его отъ газовъ, насколько это достигается предварительной клизмой и вставленіемъ in rectum во время изслѣдованія наконечника; и что ощупываніе иной разъ лучше удастся въ теплой ваннѣ. Положеніе больного должно быть то на спинѣ, то на здоровомъ боку, то среднее (полубоковое), какъ предлагаетъ проф. Israël, между тѣмъ и другимъ (уголъ въ 45°): въ зависимости отъ анатомической локализациі опухоли лучше прощупывается, то въ томъ, то въ другомъ положеніи. При ощупываніи не слѣдуетъ забывать о «ballotement rénal» Guyon'a, такъ какъ извѣстны случаи, гдѣ оно помогало устанавливать истинный діагнозъ (сл. Israël'я). Брюшные покровы при ощупываніи должны быть не напряжены, и, кромѣ того, нужно пользоваться экспираторнымъ расслабленіемъ ихъ, чтобы постепенно глубже

продвинуть концы пальцевъ одной изъ рукъ, (по Israël'ю—указательнаго и средняго пальцевъ) положенныхъ на переднюю стѣнку живота (другую руку изслѣдующій кладетъ сзади и надавливаетъ ею спереди на поясничную область непосредственно подъ краемъ послѣдняго ребра или на него самого). Для рѣшенія вопроса, что данная опухоль принадлежитъ почкѣ, надо считаться, помимо анатомическаго положенія, еще съ признаками, характеризующими забрюшинную опухоль вообще и съ сравнительнымъ изслѣдованіемъ мочи каждой почки въ отдѣльности. Изслѣдованіе это показываетъ, какъ видно изъ случаевъ Федорова, Grosheintz'a и др., что моча изъ почки, содержащей болѣе или менѣе значительной величины опухоль, выдѣляется въ меньшемъ количествѣ, или же совсѣмъ не выдѣляется, съ меньшимъ удѣльнымъ вѣсомъ, съ меньшей точкой замерзанія и съ меньшимъ процентомъ содержанія сахара при флоридиновой пробѣ. Слѣдуетъ также имѣть въ виду, что на мочу можетъ оказывать вліяніе сдавленіе мочеточника, какъ опухолью самой почки, такъ и другихъ органовъ. При изслѣдованіи ощупываніемъ необходимо помнитъ случай Rovsing'a, который прощупывалъ нижній полюсъ здоровой почки (компенсаторно увеличенной) и не ощупывалъ больной почки, на верхнемъ полюсѣ которой, какъ потомъ оказалось, имѣлась опухоль.

При дифференціальномъ діагнозѣ опухолей почекъ отъ другихъ опухолей живота надо считаться съ опухолями брыжейки, сальника, яичника, печени, селезенки, поджелудочной железы, толстой кишки, брюшной стѣнки, околопочечной кѣтчатки, позадибрюшинныхъ лимфатическихъ железъ и натечнымъ гнойникомъ. Мы позволимъ себѣ здѣсь отмѣтить вкратцѣ, наиболѣе существенные признаки каждаго изъ перечисленныхъ выше заболѣваній.

Для опухоли брыжейки является характернымъ ея подвижность, какъ въ вертикальномъ, такъ и въ горизонтальномъ направленіи, тенденція локализоваться по срединѣ живота около пупка, ясный звукъ при перкуссіи, обязаный присутствію тонкихъ кишекъ впереди опухоли и передача пульсацій аорты.

Опухоли сальника поверхностны, подвижны, при перкуссіи даютъ тупой звукъ.

Опухоли яичника растутъ снизу вверхъ, имѣютъ ножку въ маломъ тазу; кишечныя петли располагаются обыкновенно по сторонамъ ихъ, такъ что тупой звукъ опухоли окружается тимпанизмомъ кишечника.

При опухоляхъ печени имѣется увеличеніе даннаго органа, респираторная подвижность его, выпячиваніе нижнихъ реберъ, отодвиганіе нижней границы опухоли впередъ при раздуваніи кишечника (Савельевъ), отодвиганіе самой опухоли вверхъ и отклоненіе вправо при раздуваніи желудка, отсутствіе ballotement и яснаго звука между печенью и опухолью; кромѣ того, печеночныя опухоли довольно часто оканчиваются рѣзко выраженнымъ краемъ, продолжающимся въ стороны; наличность функціональных разстройствъ со стороны печени и измѣненій со стороны мочи значительно облегчаютъ діагностику.

При опухоляхъ селезенки должны быть приняты во вниманіе рѣзкій съ вырѣзками край, хотя при большихъ опухоляхъ можетъ и не быть его, большая респираторная подвижность его, расположеніе опухоли впереди ободочной кишки, такъ что тимпанить, обусловленный присутствіемъ толстой кишки впереди опухолей почекъ при селезеночныхъ опухоляхъ отсутствуетъ; отсутствуетъ также при нихъ и ballotement général. Длинная ось опухоли селезенки располагается не вертикально, какъ это свойственно бываетъ опухолямъ почекъ, а косо: сверху внизъ и вправо, къ пупку. При раздуваніи желудка опухоль отодвигается влѣво, при раздуваніи кишечника влѣво и вверхъ. Нижнія ребра на лѣвой сторонѣ при опухоляхъ селезенки выпячиваются наружу.

Опухоли поджелудочной железы очень часто первоначально появляются вверху живота и растутъ сверху внизъ. При раздуваніи желудка онѣ исчезаютъ, помѣщаясь за желудкомъ снизу, при раздуваніи кишечника онѣ исчезаютъ за верхнимъ краемъ поперечной ободочной кишки (Мартыновъ). Кромѣ того, обыкновенно при нихъ бываютъ разстройства пищеваренія, обильное количество жира въ испражненіяхъ, замедленіе салоловой реакціи при отсутствіи пониженія моторной функціи желудка, а въ мочѣ иногда сахаръ. При злокачественныхъ опухоляхъ поджелудочной железы должны быть на лицо боли въ надчревьѣ, желтуха, кахексія, асцитъ и твердая, бугристая опухоль, лежащая на уровнѣ 1—2 поясничныхъ позвонковъ.

Для опухолей толстой кишки характерны явленія стеноза кишечника, кровь въ испражненіяхъ.

Опухоли брюшной стѣнки при перкуссіи даютъ тупость, не исчезающую при раздуваніи кишечника; будучи подвижными при расслабленномъ состояніи мышцъ, онѣ иммобилизируются при сокра-

щеніи ихъ; располагаясь поверхностно онѣ, въ противоположность другимъ опухолямъ живота, не исчезаютъ при сокращеніи брюшного пресса.

Опухоли околопочечной клетчатки при отсутствіи измѣненій въ мочѣ трудно дифференцировать отъ опухолей почекъ, если только нѣтъ возможности отдѣльно прощупать почку отъ опухоли, какъ это удавалось Israël'ю.

Опухоли забрюшинныхъ железъ располагаются ближе къ средней линіи, къ позвоночнику; со стороны мочи отклоненій обыкновенно при нихъ не бываетъ.

При подозрѣніи на затечный гнойникъ надо искать измѣненій со стороны костной системы.

Когда констатирована опухоль въ области почки, то тутъ надо считаться съ возможностью увеличенія ея отъ туберкулезнаго воспаления, съ наличностью закрытаго піо- и гидро-нефроза, съ эхинококкомъ, съ кистозной опухолью почки и съ аневризмой почечной артеріи.

Для туберкулеза почки характерны гной въ мочѣ, гектическая лихорадка, туберкулезъ въ другихъ органахъ, туберкулезныя bacilli въ мочѣ.

При закрытомъ піонефрозѣ увеличенная почка болѣзненна, сопровождается лихорадкой, въ анамнезѣ можно констатировать частую симптомы почечнаго заболѣванія: почечная колика, отхожденіе камней и проч.

Закрытый гидронефрозъ легко устанавливается катетеризаціей мочеточниковъ, а иногда и просто ощупываніемъ, когда изслѣдуемая опухоль на глазахъ изслѣдующаго врача исчезаетъ. Истинному діагнозу можетъ помочь иногда и пробная пункція.

Кистозная опухоль почки въ большинствѣ случаевъ страданіе двухстороннее, при одностороннемъ же дифференціальное распознаваніе трудно.

Трудно оно также при эхинококковой опухоли, если послѣдняя не флюктуируетъ, не имѣетъ гидатического дрожанія или въ мочѣ не имѣется дочернихъ пузырей и крючковъ эхинококка.

Объ аневризмѣ почечной артеріи можно думать тогда, если опухоль появилась послѣ травмы.

Значительно усложняется діагностика, когда у больного имѣется только одна гематурія. Послѣдняя, какъ извѣстно, констатируется

изслѣдованіемъ мочи, осмотромъ при цистоскопіи и катетеризаціей мочеточниковъ. При изслѣдованіи мочи имѣетъ, между прочимъ, большое діагностическое значеніе присутствіе кровяныхъ свертковъ въ видѣ тонкихъ длинныхъ (до 10—30 сант.) нитей, представляющихъ оттискъ мочеточника. Такіе свертки могутъ быть и уретрального происхожденія, хотя они тогда толще и короче, а главное при уретральномъ кровотеченіи кромѣ свертковъ имѣется еще отхожденіе изъ уретры чистой крови. Israël на основаніи своихъ многочисленныхъ изслѣдованій считаетъ патогномичнымъ для почечныхъ опухолей присутствіе въ совершенно свѣтлой мочѣ кровяныхъ свертковъ, напоминающихъ по виду триперныя нити и состоящихъ подъ микроскопомъ изъ нитчатого фибринознаго основанія и вложенныхъ туда эритроцитовъ, большихъ жировыхъ капель, набухшихъ эпителиальныхъ клетокъ и лейкоцитовъ имбибированныхъ кровянымъ пигментомъ. Возникаютъ эти свертки, по мнѣнію Israël'я, при прониканіи опухоли въ почечную лоханку и оттуда въ мочеточникъ: свѣшивающаяся въ послѣдній опухолевая масса выдѣляетъ серозную жидкость, которая свертывается въ мочеточникѣ и даетъ вышеупомянутыя нити. Разъ установлена гематурія, должны быть приняты во вниманіе наиболѣе характерныя для почечныхъ опухолей черты ея: безпричинность и безболѣзненность, хотя тутъ же нужно помнить, что болѣзненная гематурія еще не говоритъ противъ новообразованія почки. Безпричинное и безболѣзненное кровотеченіе можетъ быть при опухоляхъ пузыря, но тутъ цистоскопія приводитъ къ правильному діагнозу. При пузырьной гематуріи, кромѣ того, первыя порціи мочи обыкновенно бываютъ свѣтлыми, въ послѣднихъ же моча сильно окрашена, и даже можетъ выдѣляться чистая кровь. Установивъ при помощи цистоскопа или сепараторовъ пузыря, что гематурія обязана одной почкѣ, надо считаться, помимо опухоли, съ слѣдующими страданіями ея: туберкулезомъ, нефролитіазомъ, піелонефритомъ, геморрагическимъ нефритомъ, и съ гематуріей, наблюдающейся при гемофилии, блуждающей почкѣ, опухоляхъ лоханки и съ все еще существующимъ, такъ называемымъ, эссенціальнымъ кровотеченіемъ.

О дифференціаціи съ туберкулезомъ почки мы уже говорили.

При нефролитіазѣ на первый планъ болѣзни выступаютъ почечныя колики; гематурія при немъ находится большею частью въ зависимости отъ физическаго напряженія; цѣнныя услуги оказываетъ здѣсь еще рентгенографія, указывающая на присутствіе

камня, хотя тутъ не слѣдуетъ забывать о комбинаціи камней съ почечными опухолями; такая комбинація возможна и съ камнями мочевого пузыря.

При піелонефритѣ моча—съ гноемъ, почка болѣзненна и гематурія обыкновенно ничтожная, хотя иногда бываетъ и обильной; не слѣдуетъ только упускать изъ виду, что піелонефритъ можетъ быть и осложненіемъ всякой почечной опухоли.

Геморрагическій нефритъ обыкновенно страданіе двухстороннее, хотя въ данный моментъ можетъ кровоточить одна какая нибудь почка; внимательное многократное наблюденіе и цистоскопія обыкновенно выясняютъ истинный діагнозъ. При одностороннемъ страданіи распознаваніе можетъ быть невозможнымъ.

При подозрѣніи на гемофилю надо искать геморрагій въ другихъ органахъ, а также наклонность къ нимъ въ анамнезѣ больного.

Гематурія при блуждающей почкѣ можетъ представить большія трудности для распознаванія, но тутъ предпринимаемое лѣченіе помогаютъ установить истинный діагнозъ. При оперативномъ лѣченіи непосредственный осмотръ и ощупываніе блуждающей почки даютъ возможность опредѣлить, есть ли въ ней опухоль или нѣтъ; при консервативномъ лѣченіи устраненіе основного страданія влечетъ за собой исчезаніе гематуріи.

При дифференціаціи отъ опухолей лоханки и такъ называемыхъ эссенціальныхъ кровотеченій будетъ играть значительную роль опредѣленіе функціональной способности каждой почки въ отдѣльности, но только не слѣдуетъ переоцѣнивать этого важнаго, но все еще мало разработаннаго метода изслѣдованія. На своемъ небольшомъ матеріалѣ почечныхъ заболѣваній мы могли убѣдиться, это и подтверждается Федоровымъ и другими авторами, оперировавшими уже съ большимъ количествомъ случаевъ, что имѣющіеся въ нашемъ распоряженіи функціональные способы—кріоскопія, флоридзиновая и индиго-карминовая пробы еще не достаточно совершенны. Они въ состояніи, какъ совершенно справедливо говоритъ Федоровъ, указать намъ съ большей или меньшей точностью на количество функционирующей съ каждой стороны почечной паренхимы; если послѣдняя уничтожена опухолью въ болѣе или менѣе значительной степени, то тогда разнища въ функціональной способности между здоровой и больной почкой будетъ значительная, не наблюдающаяся ни при эссенці-

альныхъ кровотеченій, ни при опухоляхъ лоханки (здѣсь разумѣется главнымъ образомъ папилломы и такія, которыя не перешли на почечную паренхиму). При небольшой же опухоли, да еще капсулированной, когда почечная паренхима страдаетъ мало, эта разнища можетъ быть ничтожной или даже совсѣмъ отсутствовать. Наконецъ, надо считаться, по Федорову, къ чему мы всецѣло присоединяемся, и съ такими моментами, какъ компенсаторная способность сохранившейся почечной паренхимы, измѣненія со стороны другой почки, не содержащей опухоли (токсическій нефритъ?) моментами, которые понижаютъ функціональную способность другой почки въ значительной степени и сводятъ такимъ образомъ разнищу между обѣими почками иногда къ нулю.

Если въ анамнезѣ имѣется гематурія, а цистоскопія и катетеризація мочеточниковъ ее не устанавливаютъ, что всегда возможно при изслѣдованіи внѣ приступовъ кровотеченій, то тутъ можетъ оказать громадную услугу функціональная діагностика каждой почки въ отдѣльности: сравнительное пониженіе функціональной способности указываетъ на больной органъ; при этомъ, конечно, не надо упускать изъ виду и качественного анализа мочи. Въ томъ случаѣ, когда функціональная способность обѣихъ почекъ одинакова, при наличности въ анамнезѣ гематуріи и отсутствіи какихъ либо признаковъ, указывающихъ на больной органъ, приходится или выждать приступа гематуріи, если позволяетъ хорошее состояніе силъ больного, когда цистоскопія точно укажетъ намъ, какая почка кровоточитъ, или же остается прибѣгнуть къ обнаженію почки со стороны поясицы. Послѣдняго рода методъ есть, само собой разумѣется, *ultimum refugium*, и къ нему слѣдуетъ прибѣгать въ томъ случаѣ, когда всѣ способы изслѣдованія не приводятъ къ цѣли, а между тѣмъ имѣются въ анамнезѣ или *stat. praesens*. такіе серьезные симптомы, какъ гематурія или боли. Пробное обнаженіе почки не только можетъ указать на больной органъ, но также и на то, имѣется ли у больного другая почка, хотя тутъ нужно быть внимательнымъ и не забывать того печальнаго случая Eiselberg'a, который приводится Федоровымъ въ его работѣ: Eiselberg, убѣдившись ощупываніемъ черезъ разрѣзъ въ брюшинѣ со стороны поясицы въ присутствіи второй почки, удалилъ больную; на вскрытіи оказалось, что онъ удалилъ единственную почку, а то, что онъ принялъ за вторую почку, было затвердѣніе въ поджелудочной железнѣ.

Что касается второстепенных признаков почечных опухолей, какъ, напр., varicoscele, лихорадки, метастазы и другіе, то они имѣютъ значеніе только въ связи съ главными.

Въ послѣднее время Küster старается дифференцировать гипернефрому отъ рака и саркомы почки на основаніи объективныхъ данныхъ. «Если мы находимъ въ возрастѣ 35—70 лѣтъ перемежающуюся гематурию, боли и диффузную, съ не рѣзкими границами опухоль въ почечной области, то это говоритъ съ большой степенью вѣроятности за ракъ. Если къ тому еще поверхность опухоли прощупывается, какъ мелкобугристая масса, то вѣроятность переходитъ въ увѣренность». При отличіи отъ саркомы авторъ совѣтуетъ прежде всего считаться съ частотой гипернефромъ и сравнительной рѣдкостью саркомъ. Саркома, кромѣ того, характеризуется крупной бугристостью, склонностью быстро срастаться съ окружающими частями и терять такимъ образомъ рано подвижность. Кровотеченія при саркомѣ рѣже и не такъ обильны. «Опухоль, которая въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ остается безъ измѣненій, но потомъ начинаетъ расти, никогда не можетъ быть саркомой, а должна быть гипернефромой».

Заканчивая обзоръ діагностическихъ признаковъ почечныхъ гипернефромъ, герм. почечныхъ опухолей, мы считаемъ нужнымъ также упомянуть и о тѣхъ заболѣваніяхъ, съ которыми смѣшивались почечныя гипернефромы: ракъ печени, опухоль яичника, киста поджелудочной железы, опухоль толстой кишки, ракъ желудка и холодный нарывъ. Объ ошибочныхъ діагнозахъ, къ которымъ вели метастазы, мы уже говорили.

Лѣченіе почечныхъ гипернефромъ.

Лѣченіе пока остается только оперативнымъ, и можетъ состоять или въ удаленіи опухоли вмѣстѣ съ органомъ содержащимъ ее, т. е. въ нефректоми, или же только въ удаленіи самой опухоли, т. е. резекціи почки. О послѣдней можетъ идти рѣчь въ тѣхъ случаяхъ тогда, когда гипернефрома представляется въ видѣ небольшого хорошо капсулированнаго узла. Большинство авторовъ отрицаютъ данную операцію, не признавая ее цѣлесообразной, и предлагаютъ во всѣхъ случаяхъ удалять весь органъ, если только почка не представляется единственной или подковообразной. Съ точки зрѣнія Федорова полное удаленіе всего органа

необходимо въ виду большой склонности гипернефромъ рано прорасти кровеносные сосуды, а потому постоянной неувѣренности, что съ удаленіемъ одного только узла удалено все больное и что по соседству не сидитъ гдѣ нибудь другой узелъ, — какъ это описано въ случаяхъ Israël'я. Намъ лично все таки думается, что при небольшихъ узлахъ, рѣзко отграниченныхъ при помощи соединительно-тканной капсулы и занимающихъ собой меньше половины почки еще допустима частичная резекція при условіи, что другая пока является не совсемъ здоровой въ настоящемъ или даже въ прошломъ.

Является вопросъ, какимъ путемъ удалять почку, внѣбрюшинно или внутрибрюшинно? Одни хирурги, какъ Israël, отстаиваютъ первый способъ, другіе, какъ Küster, отводятъ ему мало мѣста, больше же рекомендуютъ прибѣгать къ внутрибрюшному способу.

Судя по цифровымъ даннымъ (Gaggé), первый способъ болѣе безопасный, хотя статистика послѣдняго времени (Héreseo, Albargan) сводитъ эту разницу почти на нѣтъ: 21,9—22% смертности при пояничномъ способѣ и 22,5—23% при внутрибрюшномъ. Тѣмъ не менѣе почти все авторы сходятся на томъ, что къ первому способу слѣдуетъ прибѣгать всегда въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль небольшая и подвижная. При большой же и мало подвижной опухоли болѣе цѣлесообразнымъ будетъ внутри и внѣ-внутрибрюшинный способъ. Послѣдній горячо рекомендуется Федоровымъ, Clairmont'омъ и Morriss'омъ. При немъ разрѣзъ проводится отъ muscul. erector. trunci до пупка или нѣсколько ниже. Брюшина вскрывается въ передней части этого разрѣза. Вскрытіе брюшины помогаетъ ориентироваться въ отношеніяхъ опухоли къ окружающимъ органамъ, главнымъ образомъ, аортѣ и полой венѣ, и узнать, поражены ли забрюшинныя и брыжжечныя железы, проще говоря, вскрытіе брюшины рѣшаетъ вопросъ относительно возможности или невозможности оперировать. Сама операція можетъ быть произведена внѣбрюшинно, если только отгородить брюшную полость при помощи тампоновъ. При большомъ кровотеченіи можно черезъ разрѣзъ въ брюшинѣ прижать hylus почки, какъ это и было въ одномъ изъ случаевъ Федорова. Вмѣстѣ съ почкой необходимо удалять жировую капсулу и надпочечникъ соотвѣтственной стороны въ виду того, что лимфатическіе сосуды всѣхъ этихъ органовъ анастомозируютъ другъ съ другомъ. Само собой разумѣется, что также необходимо экстирпировать и лимфатическія

железы, расположенныя въ *hylus'*, выше и ниже его вокругъ аорты и нижней полой вены вдоль позвоночника *). Составныя части почечной ножки (*arteria et vena renalis, urether*) должны быть перевязаны, по возможности, въ отдѣльности. При перевязкѣ ихъ нужно обращать вниманіе, не имѣются ли въ просвѣтѣ ихъ опухолевидныя массы, и стараться, что само собою понятно, положить лигатуру въ предѣлахъ здоровой, т. е., не содержащей опухоли, части сосуда. Нѣкоторымъ хирургамъ удавалось это, послѣ того какъ они, вскрывъ сосудъ, легкимъ потягиваніемъ удаляли изъ него опухолевидный тромбъ. Въ случаѣ необходимости накладывать лигатуру на сосудъ съ опухолью лучше положить шовъ на стѣнку сосуда. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сосуды ножки заключены въ рубецъ, или гдѣ имѣется короткая ножка, слѣдуетъ ограничиться наложеніемъ клеммы, оставивъ его въ ранѣ на 48—72 часа. При удаленіи лѣвой почки и перевязкѣ сосудовъ ея надо считаться, что *vena spermatica sinistra* впадаетъ въ почечную вену. По удаленіи почки брюшная полость зашивается наглухо и такимъ образомъ изолируется отъ громадной полости въ забрюшинной клетчаткѣ, которая дренируется. Употребленія іодоформенной марли слѣдуетъ избѣгать, принимая во вниманіе то, что наблюдались случаи отравленія послѣ тампонады ею (сл. *Israëli*) и что у больного остается только одна почка.

*) **Примѣчаніе.** Исходя изъ этого положенія, Grégoire предложилъ свой широкій поясничный разрѣзъ, который по Küster'у состоитъ въ слѣдующемъ: разрѣзъ ведется, начиная внутри отъ *spina ant. super.* косо кнаружи и кверху, огибаетъ подъ тупымъ угломъ *arist. os. ilei* и на *axill'ярной* линіи поднимается перпендикулярно кверху до реберной дуги; здѣсь еще разъ поворачиваетъ и идетъ вдоль послѣдней внутри до верхняго края XI-го ребра. Если опухоль велика, XI-е ребро перерѣзается и вмѣстѣ съ лоскутомъ откидывается кпереди. По той же линіи разрѣза и въ связи съ кожей перерѣзаются мышцы и отдѣляются отъ брюшины. Получившійся такимъ образомъ большой лоскутъ откидывается кпереди настолько, что область позвоночнаго столба обнажается. Послѣ этого слѣдуетъ обнаженіе почки съ ея жировой капсулой и въ связи съ надпочечникомъ, перевязка почечныхъ сосудовъ, удаленіе лимфатическихъ железъ, лежащихъ вдоль позвоночника и на грудно-брюшной преградѣ, перерѣзка мочеточника, и опухоль со «всеми своими придатками (*mit allen ihren Anhängen*)» выкачивается однимъ кускомъ изъ раны. Относительно этого способа ничего опредѣленнаго еще нельзя сказать, такъ какъ число оперированныхъ случаевъ ничтожно (всего три, и тѣ сильно запущенные, окончившіеся летально).

Мы лично продѣлали этотъ разрѣзъ на трупѣ и убѣдились, что онъ дѣйствительно даетъ широкій доступъ къ почкѣ, надпочечнику и лимфатическимъ железамъ, лежащимъ вдоль позвоночника, но раневая поверхность при немъ должна получаться громаднѣйшая.

Нѣкоторые хирурги, какъ Küster и Eiselberg, отстаиваютъ лапаротомный способъ удаленія почки, такъ какъ черезъ него легче подойти къ *hilus'u* и перевязать сосуды, а также легче ориентироваться въ отношеніяхъ опухоли къ другимъ органамъ. Лапаротомный способъ долженъ быть оставленъ для тѣхъ случаевъ, гдѣ діагнозъ не выясненъ, гдѣ существуетъ подозрѣніе или на подковообразную почку, или на метастазы въ брюшной полости. Само собою разумѣется, что при наличности громадныхъ, совершенно неподвижныхъ опухолей, или при существованіи метастазовъ, операція противопоказана.

Важный вопросъ еще, какъ поступать въ тѣхъ случаяхъ, когда вторая почка больна и въ мочѣ ея содержится бѣлокъ и цилиндры. Нѣкоторые авторы, какъ Küster и Karsammer, совѣтуютъ обращать вниманіе въ такихъ случаяхъ на время появленія сахара послѣ впрыскиванія флоридина (0,01); въ нормѣ онъ долженъ появляться не позднѣе какъ черезъ 1/2 часа; если же онъ появляется позже, черезъ 40—50 минутъ, то это указываетъ, что почка функционально неспособна, и операція, нефректомія, противопоказана. Другіе же авторы, какъ Федоровъ и *Israëli*, не считаютъ это противопоказаніемъ, такъ какъ у нихъ наблюдались случаи хорошо перенесенной операціи нефректоміи, между тѣмъ какъ сахаръ вообще не появлялся въ мочѣ послѣ впрыскиванія флоридина. Съ другой стороны, проф. Федоровъ приводитъ случай, гдѣ сахаръ появился черезъ 15 минутъ, а больной тѣмъ не менѣе погибъ отъ уреміи. Считаясь съ этими данными, послѣдній авторъ видитъ противопоказаніе къ операціи только при наличности уремическихъ явленій въ настоящемъ или же какихъ либо указаній на нихъ въ прошломъ.

Противопоказаніемъ къ нефректоміи должно считать еще діабетъ, хотя, по *Israëli*ю, діабетъ, рѣзко уменьшающійся подъ вліяніемъ діетическихъ мѣръ, не можетъ служить противопоказаніемъ къ операціи.

Процентъ смертности послѣ нефректомій по поводу опухолей почекъ является и въ послѣднее время все еще большимъ: у Eiselberg'a—35%, Karsammer'a—30,3%, Федорова—29,5%, *Israëli*'я—18,6%, Küster'a—24%, Clairmont'a—39%, Albarra'n'a и Imbert'a—22%, Héreseo (по Lotheissen'у) до 1890 г.—60%, а съ 1890 г.—19,35%, Schmieden'a при поясничномъ способѣ (722 сл.)—22,9%, при перитонеальномъ (234 сл.)—33,2%. Изъ собранныхъ нами 77 случаевъ нефректомій по поводу почечныхъ гипернефромъ, смертныхъ случаевъ насчитывается 20, т. е.

26%. Причиной смерти отмечены: перитонитъ, инфекция раны, упадокъ сердечной дѣятельности, эмболия легочной артеріи, кровотечение изъ раны и уремія. Упадокъ сердечной дѣятельности и уремія—наиболѣе частая причина смерти. По Israël'ю самой частой причиной смерти (въ 62,5%) является параличъ сердца, причемъ мышца послѣдняго при секціи оказывалась дегенеративно измѣненной; считаясь съ этимъ, авторъ совѣтуетъ передъ нефректоміей, какъ можно тщательнѣе изслѣдовать этотъ органъ.

Изъ оперативныхъ осложненій самыми серьезными являлись пораненія нижней полой вены и mesocolon'a. Albarran насчитываетъ на 213 нефректомій 8 сл. пораненій вены, изъ которыхъ 2 только выздоровѣли, въ остальныхъ же послѣдовала быстрая смерть.

Большинство больныхъ, перенесшихъ хорошо операцію, погибли потомъ или отъ мѣстныхъ рецидивовъ, или же отъ метастазовъ. Таковы случаи Krönlein'a, Albrecht'a, Eiselberg'a, Israël'я, Albarran'a и Imbert'a и многихъ другихъ. Изъ собранныхъ нами 55 случаевъ, перенесшихъ операцію, умерло отъ метастазовъ и рецидивовъ 25; остальные были свободны отъ нихъ и наблюдались отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до нѣсколькихъ лѣтъ:

отъ 2-хъ до 8-и мѣсяцевъ	9 случаевъ
въ теченіе года.	4 »
» » 2 лѣтъ	3 »
» » 4 ¹ / ₂ »	1 »
» » 6 »	1 »
» » 7 »	1 »
» » 8 »	1 »
» » 9 »	1 »

О двухъ больныхъ сказано, что они были здоровы въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, а объ остальныхъ, что они выписаны здоровыми. У Israël'я были подъ наблюдениемъ и оставались здоровыми: одинъ въ теченіе 10 лѣтъ и 2 м., другой—въ теченіе 6¹/₂ лѣтъ, третій—5 л. и 8 м., у Schmieden'a 9 и 8 лѣтъ, у Ulrich'a 7 л., у Garrè 8¹/₂ л., у Albarran'a и Imbert'a 4—5 л. 3 сл., 5—6 л. 1 сл., 6—7 л. 2 сл., 11—12 л. 1 сл. Наблюдались случаи поздняго наступленія мѣстныхъ рецидивовъ или метастазовъ, какъ, наприм., случаи Krönlein'a (11 лѣтъ спустя послѣ операціи), Clairmont'a (10 л.) и др. Такимъ образомъ мы видимъ, что прогностика нефректомій при опухоляхъ почекъ вообще и гипернефро-

махъ въ частности не представляется особенно хорошей. Причину этого печального явленія надо искать въ томъ, что на операцію попадаютъ уже запущенные случаи. Надо надѣяться, что въ будущемъ съ улучшеніемъ методовъ изслѣдованія, прогностика значительно улучшится. Улучшенія методовъ изслѣдованія надо ждать со стороны болѣе тщательнаго и правильнаго опредѣленія функциональной способности почекъ, со стороны рентгенографіи, когда мы будемъ умѣть опредѣлять даже небольшие опухолевые узлы. Возможно, что большое значеніе для діагностики будетъ имѣть, если окажется дѣйствительнымъ, что въ гипернефромахъ имѣется адреналинъ, какъ это думаютъ Федоровъ и Grosheintz и, если только мы научимся какъ нибудь опредѣлять его клинически (изслѣдованіемъ ли крови, мочи и т. д.); а, можетъ быть, такое же значеніе будетъ имѣть предполагаемый нами въ гипернефромахъ холинъ. Слѣдуетъ ждать также улучшенія прогностики послѣ нефректомій отъ замѣны эфирной и хлороформенной общей анестезіи какой нибудь другой, гдѣ употребляющіяся фармакологическія средства не будутъ оказывать такого вреднаго дѣйствія на сердце и почки.

Гипернефромы надпочечника и другихъ органовъ.

Что касается гипернефромъ, локализирующихся въ надпочечникахъ и въ другихъ органахъ, то о клиникѣ ихъ, въ виду крайне немногочисленныхъ наблюденій, приходится сказать чрезвычайно немногое. Намъ удалось собрать всего 30 случаевъ: 20 гипернефромъ *) самого надпочечника (сл. Федорова, Grosheintz'a, M. Albrecht'a, 5 нашихъ и др.), 3 гипернефромы въ области женскихъ половыхъ органовъ (сл. Peham'a, Weiss'a и Pick'a), 2—въ поджелудочной железнѣ (сл. Ribbert-Kronlein'a и Mohr'a) 2—въ полости таза (сл. Chiari и Fuchs'a), 2 вблизи почки вдоль ven. spermat. intern'a (сл. Freyer'a и Weiss'a) и одна гипернефрома въ стѣнкѣ желудка (сл. Winkler'a)..

Надпочечники представляютъ изъ себя еще болѣе скрытые въ анатомическомъ отношеніи органы, чѣмъ почки, а потому и болѣе трудные для изслѣдованія и наблюденія. Помѣщаясь въ глубинѣ,

*) Многія изъ надпочечныхъ гипернефромъ, помѣщенныхъ въ таблицѣ, не вошли въ это число, такъ какъ онѣ являются или случайными секціонными находками, или лишенными какихъ бы то ни было клиническихъ данныхъ.

въ поддиафрагмальномъ пространствѣ, защищенномъ ребрами, надпочечныя гипернефромы только тогда доступны для ощупыванія, когда достигаютъ болѣе или менѣе значительныхъ размѣровъ, но и тутъ обыкновенно наступаютъ большія трудности при дифференціальномъ діагнозѣ отъ почечныхъ гипернефромъ въ виду тѣсныхъ топографо-анатомическихъ отношеній, которыя существуютъ между почкой и надпочечникомъ. При обзорѣ исторій болѣзней больныхъ надпочечными гипернефромами прежде всего бросается въ глаза небольшая продолжительность заболѣванія: отъ начала появленія первыхъ симптомовъ болѣзни до смерти протекаетъ всего нѣсколько мѣсяцевъ, изрѣдка годъ и только одинъ разъ нѣсколько лѣтъ (8 лѣтъ—сл. Winkler'a). Наиболее частыми симптомами при надпочечныхъ гипернефромахъ являются боль и опухоль, болѣе рѣдкими—лихорадка, пигментация кожи и измѣненія со стороны мочи. *Боль*, встрѣчавшаяся въ собранныхъ нами случаяхъ въ 45% (9:20), носила то болѣе или менѣе постоянный характеръ, то періодическій—приступами. Локализовалась она въ одной изъ поясничныхъ областей и гипогастрии, т. е. въ области поясничнаго сплетенія, что является довольно понятнымъ, принимая во вниманіе нормальное расположеніе надпочечника у боковой поверхности тѣла позвонковъ вблизи мѣста выхода вышеназванныхъ нервовъ, когда уже небольшое увеличеніе этого органа можетъ сдавливать ихъ. Въ одномъ случаѣ боль сосредоточивалась въ области желудка, гдѣ констатировалась и опухоль (1-й сл. Winkler'a). У больного Israël'я помимо болѣе имѣлась еще гиперестезія (чувство жженія) въ области распространенія n. il.-hypogastrici et il.-inguinal.

Во всѣхъ нашихъ случаяхъ, гдѣ имѣлась боль, она являлась первымъ симптомомъ заболѣванія, а въ двухъ случаяхъ (3-й и 4-й сл. Winkler'a) и единственнымъ, если не считать присутствія въ одномъ изъ нихъ бѣлка въ мочѣ, а въ другомъ затрудненнаго дыханія, появившагося подъ конецъ жизни. Подобнаго рода боли могутъ быть и при почечныхъ опухоляхъ, но болѣею частью въ томъ случаѣ, когда послѣднія достигаютъ болѣе или менѣе значительныхъ размѣровъ и выходятъ за предѣлы почки, чему долгое время мѣшаетъ окружающая данный органъ довольно плотная собственная капсула его, каковой нѣтъ у надпочечника. *Слѣдовательно, при наличности болѣе и парестезій въ области поясничнаго сплетенія и при отсутствіи опухоли въ области почки у насъ можетъ быть въ подозрѣніи опухоль надпочечника.*

Опухоль констатирована ощупываніемъ также въ 45%. Располагалась она обыкновенно въ подреберьи, имѣя то гладкую, то бугристую поверхность и будучи болѣею частью неподвижной, хотя въ двухъ случаяхъ (нашъ и Winkler'a) имѣлась и подвижность. Величиной опухоли были, начиная отъ куриного яйца до головы взрослого человѣка, причемъ въ одномъ случаѣ опухоль оттѣсняла сердце кверху (сл. M. Albrecht'a). Толстыя кишки располагались (при раздуваніи per anum) впереди или кнутри отъ опухоли. Въ одномъ случаѣ (1-й сл. Winkler'a) опухоль прощупывалась въ области желудка, и одинъ разъ она была (2-й сл. Winkler'a) первымъ симптомомъ заболѣванія. По Israël'ю опухоль надпочечника прощупывается въ подреберьи впереди и нѣсколько кнутри отъ почки. Принимая во вниманіе довольно тѣсное отношеніе этихъ органовъ другъ къ другу, мы должны признаться, что на основаніи одной только прощупываемой опухоли трудно поставить правильный діагнозъ, и вполне согласны съ Israël'емъ, что рѣчь о немъ можетъ идти только въ томъ случаѣ, если почка настолько оттѣснена опухолью, что удастся прощупать ея верхній полюсъ и доказать его неучастіе.

Объ изслѣдованіи мочи упоминается изъ 20 случаевъ въ 12, причемъ въ 6 она была совершенно нормальной, въ 6 же (т. е. 30%) содержала бѣлокъ, лейкоциты и цилиндры. Въ одномъ случаѣ (2-й Winkler'a) тамъ, гдѣ опухоль перешла на почку, наблюдалась гематурія. Israël наблюдалъ гематурию при опухоляхъ надпочечника даже тогда, когда послѣдняя не переходила на почку и объяснялъ это затрудненнымъ оттокомъ венозной крови, вызываемымъ прорастаніемъ, сдавленіемъ и тромбозомъ нижней полой, или почечной вены опухолевидно измѣненными надпочечникомъ или лимфатическими железами. Тѣмъ же надо объяснить и тѣ измѣненія въ мочѣ, которыя наблюдались въ собранныхъ нами случаяхъ, и тѣ уремическіе припадки (головокруженіе, рвота, амаурозъ), которые были у одного изъ больныхъ Israël'я. Считая подобнаго рода объясненіе вполне вѣроятнымъ, мы тѣмъ не менѣе должны отмѣтить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ, несмотря на прорастаніе и тромбъ ven. cavae et renalis, измѣненій со стороны мочи не было (7-й и др. случаи Winkler'a). Само собой разумѣется, что отмѣченные измѣненія со стороны мочи, имѣющія сходство съ таковыми же при опухоляхъ почекъ, усложняютъ и затрудняютъ дифференціальный діагнозъ между послѣдними и опухолями надпочечника.

Лихорадка при надпочечныхъ гипернефромахъ отмѣчена нами въ 2-хъ случаяхъ (Winkler и Fränkel), т. е. въ 10%, между тѣмъ, какъ Israël отмѣчаетъ ее въ 57% первичныхъ опухолей надпочечника (всего 9 сл. опухолей) и придаетъ этому симптому большое значеніе при дифференціальномъ діагнозѣ отъ опухолей почки, если только, конечно, не существуетъ другихъ какихъ либо причинъ для лихорадки.

Наблюдавшаяся Clairmont'омъ, Adrian'омъ и др. *пигментация кожи* такого же характера, какъ и при почечныхъ гипернефромахъ (см. выше), въ собранныхъ нами случаяхъ не наблюдалась совсѣмъ; тѣмъ не менѣе мы вполне согласны съ Adrian'омъ, что этому симптому при наличности его приходится придавать большое діагностическое значеніе.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ картина заболѣванія начиналась, а иногда и состояла только изъ упадка питанія и силъ (сл. Winkler'a), и только на секціи оказывалось, что имѣлась надпочечная гипернефрома. Въ другихъ же случаяхъ (въ 30%; 20 : 6) на первый планъ болѣзни выступали, какъ и при почечныхъ гипернефромахъ, явленія со стороны метастазовъ, симптомовъ же опухоли надпочечниковъ или совсѣмъ не было, или же онѣ отходили на второй планъ и появлялись позднѣе (напр., 13-й случ. Winkler'a). Изъ 6 случаевъ подобнаго рода въ 3-хъ имѣлись симптомы мозгового страданія (сл. Winkler'a и Wooley'a), въ одномъ язвы языка и шейнаго лимфаденита (нашъ сл.), въ одномъ—симптомы заболѣванія легкаго (7-й сл. Winkler'a) и въ одномъ—симптомы поражения сустава (13-й сл. Winkler'a).

Резюмируя все сказанное о надпочечныхъ гипернефромахъ, мы должны прійти къ заключенію, что діагнозъ ихъ сводится къ діагнозу опухоли надпочечника вообще и представляется въ высшей степени труднымъ. *Объ опухоли надпочечника можно говорить съ большою степенью вѣроятности только въ томъ случаѣ, если у насъ измѣются на лицо боли и парестезіи въ области plexus lumbalis, лихорадка, гематурія и пигментация кожи при отсутствіи опухоли въ области почки или же при наличности ея, но тогда, когда почку ощущиваніемъ можно отграничить отъ опухоли.*

Лѣченіе надпочечныхъ гипернефромъ (resp. опухолей надпочечника) должно быть, само собой разумѣется, хирургическое, хотя о результатѣ его пока не приходится говорить въ виду ничтожнаго количества наблюденій. Israël, прооперировавшій нѣсколько случа-

евъ опухолей надпочечника, высказываетъ пессимистическій взглядъ: тамъ, гдѣ операція дала бы хорошій результатъ, опухоли надпочечника большею частью не діагностируются, гдѣ же діагнозъ устанавливается, онѣ трудно оперируемы въ виду тѣснаго срастанія съ окружающими органами (печень, почка, vena cava, грудобрюшная преграда) и распространеннаго пораженія лимфатическихъ железъ. Удаленіе опухолей надпочечника по Israël'ю чрезвычайно трудно, особенно на правой сторонѣ, гдѣ надпочечникъ часто бываетъ интимно связанъ съ нижней полой веной. При операціи приходится жертвовать почкой, такъ какъ безъ ея удаленія трудно подойти къ надпочечнику да и, кромѣ того, капсула ея всегда инфильтрируется опухолью.

Гипернефромы въ области половыхъ органовъ давали симптомы, свойственные новообразованіямъ ихъ, а потому діагностировались то какъ опухоли яичниковъ (сл. Weiss'a и Reham'a), то какъ опухоли широкой связки (сл. Pick'a).

Въ случаѣ Freyer'a, гдѣ гипернефрома исходила изъ «ростковъ надпочечника», расположенныхъ вдоль ven. sperm. interna, наблюдались періодическія боли въ лѣвой половинѣ живота, появившіяся послѣ тяжелой работы, а само новообразованіе, принятое авторомъ за воспалительную опухоль брыжжейки тонкихъ кишокъ, лежало въ той же половинѣ живота, прикрытое толстой кишкой. Въ случаѣ Ribbert-Kronlein'a, гдѣ дѣло шло о гипернефромѣ поджелудочной железы, имѣлась опухоль въ области pylorus'a, за что она и была принята клиницистомъ.

Вполнѣ естественно является вопросъ, почему на такое, сравнительно, большое количество почечныхъ гипернефромъ приходится такъ мало непочечныхъ. Къ сожалѣнію, опредѣленнаго отвѣта пока нельзя дать на него. Можетъ быть тутъ имѣетъ значеніе высказанный нѣкоторыми авторами взглядъ, что лежащія около сосудовъ (ven. sperm.) и въ тазу прибавочные надпочечники, представляютъ изъ себя хорошо организованныя образованія, отъ которыхъ рѣдко отщепляются съ нарушеніемъ органической связи отдѣльныя клѣтки, или даже комплексы ихъ; между тѣмъ, какъ въ почкахъ смѣщеніе отдѣльныхъ клѣтокъ надпочечника въ почечную паренхиму съ нарушеніемъ органической связи—явленіе довольно частое (Ribbert, Ricker (по Fuchs'y).

Выводы и заключение.

Такимъ образомъ, на основаніи всего вышесказаннаго, мы приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Въ надпочечникѣ и почкѣ существуетъ рядъ вполне тождественныхъ опухолей.

2) По микроскопическимъ свойствамъ ихъ можно подраздѣлить на два разряда: типическія и атипическія. Первые представляютъ большое сходство съ корковымъ веществомъ нормальнаго надпочечника, а у вторыхъ имѣются значительныя отступленія отъ послѣдняго, обязанныя различнымъ вторичнымъ измѣненіямъ, наступающимъ какъ въ стромѣ, такъ и въ паренхимѣ.

3) Такія же опухоли имѣются, судя по литературнымъ даннымъ, и въ другихъ органахъ, какъ-то: въ печени, въ женскихъ половыхъ органахъ, въ клѣтчаткѣ таза, вдоль *ven. sperm. interna* и въ стѣнкѣ желудка.

4) Полное сходство всѣхъ этихъ опухолей между собою заставляетъ считать ихъ гистогенетически родственными и искать для нихъ одинъ и тотъ же источникъ происхожденія.

5) Сходство ихъ съ нормальной *glandula suprarenalis* при наличности факта существованія во всѣхъ вышеупомянутыхъ органахъ клѣтокъ послѣдней въ видѣ такъ называемыхъ прибавочныхъ надпочечниковъ, а также фактовъ непосредственной связи между тканью данныхъ опухолей и тканью нормальнаго, смѣщеннаго и прибавочнаго надпочечниковъ (Horn, Beneke, Ulrich) даютъ право считать эти опухоли производными надпочечной клѣтки.

6) Отсутствие въ нихъ хромаффиновой ткани и сходство съ корковой субстанціей надпочечника дѣлаютъ возможнымъ происхожденіе ихъ именно отъ клѣтокъ послѣдней.

7) Сходство съ корковымъ веществомъ сказывается въ морфологическихъ свойствахъ клѣточныхъ элементовъ, въ распредѣленіи и отношеніи ихъ къ стромѣ, но жировая инфильтрація выражена въ нихъ болѣе рѣзко, чѣмъ это наблюдается въ нормальномъ надпочечникѣ.

8) Необходимымъ критеріемъ для постановки правильнаго диагноза нужно считать, какъ уже было сказано, присутствіе свѣтлыхъ большихъ стекловидныхъ, зачастую совершенно прозрачныхъ эпителиальнаго надпочечнаго типа полигональных клѣтокъ, имѣющихъ тѣсное отношеніе къ стромѣ и распредѣляющихся благодаря послѣд-

ней въ видѣ шаровъ, цилиндровъ колонъ, столбовъ и сѣтевидныхъ пучковъ, другими словами, такъ же, какъ въ корковомъ веществѣ нормальнаго надпочечника.

9) Атипическимъ гипернефромамъ свойственны: болѣе разнообразная группировка паренхиматозныхъ клѣтокъ, болѣе полиморфизмъ какъ въ величинѣ, такъ и въ формѣ ихъ, появленіе въ нихъ железисто-кистозныхъ и ворсинчатыхъ образований, большая склонность къ распаду и экстравазатамъ, а также къ дегенеративнымъ процессамъ стромы и паренхимы.

10) Форма клѣтокъ можетъ мѣняться въ зависимости отъ дегенеративныхъ процессовъ, наступающихъ въ стромѣ (гліалиозъ, склерозъ, отекъ и пр.).

11) Гигантскія клѣтки, констатированныя нами во всѣхъ атипическихъ гипернефромахъ, имѣютъ эпителиальное надпочечное происхожденіе; присутствіе ихъ надо считать характернымъ для даннаго ряда опухолей.

12) Гигантскія клѣтки могутъ быть и въ нормальномъ надпочечникѣ.

13) Железисто-кистозно-папиллярныя образования не только не говорятъ, какъ это полагаютъ Sudeck, Ribbert, Stoerk и др., противъ надпочечнаго происхожденія гипернефромъ, но даже помогаютъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ дифференцировать данныя опухоли отъ сходныхъ съ ними въ морфологическомъ отношеніи ангиосаркомъ.

14) Кистозныя и кистозно-папиллярныя опухоли могутъ быть, вопреки мнѣнію Stoerk'a и Sudeck'a, и въ надпочечникѣ.

15) Кромѣ истинныхъ кистозныхъ и кистозно-папиллярныхъ образований въ гипернефромахъ встрѣчаются ложныя, обязанныя или дегенеративнымъ процессамъ или же, какъ это думаютъ Busse и Заболотновъ, чрезмѣрному расширенію кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ.

16) Саркоматозный характеръ приобрѣтаютъ гипернефромы въ тѣхъ случаяхъ, когда происходитъ быстрый ростъ паренхиматозныхъ клѣтокъ, въ то время какъ сосудистый эндотелій, также быстро размножающійся, не успѣваетъ формироваться въ правильныя сосудистыя трубки, а беспорядочно перемѣшивается съ клѣтками паренхимы. Нельзя отрицать и взгляда, высказаннаго Neuhäuser'омъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ саркоматозный характеръ гипернефромъ обуславливается усиленнымъ разрастаніемъ соединительно-тканыхъ клѣтокъ стромы.

17) Сравнительно болѣе частое распространеніе метастазовъ по кровеноснымъ путямъ и присутствіе въ послѣднихъ клѣтокъ новообразованія, даже въ доброкачественныхъ случаяхъ, объясняются тѣсными анатомическими отношеніями, существующими между сосудистой стромой и паренхимой гипернефромъ.

18) Непосредственного соприкосновенія паренхимы съ циркулирующей кровью намъ, въ противоположность Manasse, никогда не удавалось видѣть: всегда между кровяной жидкостью и клѣтками новообразованія лежали клѣтки сосудистаго эндотелія.

19) Въ метастазахъ, сохраняющихъ въ большинствѣ случаевъ принципъ строенія материнской ткани, именно, чаще всего болѣе молодыхъ участковъ ея, иногда рѣзче подчеркивается сходство съ нормальнымъ надпочечникомъ, чѣмъ это имѣется въ главной опухоли.

20) Хромаффиновая ткань въ гипернефромахъ не доказана.

21) Въ клиническомъ отношеніи гипернефроды представляютъ изъ себя опухоли *sui generis*, являясь въ однихъ случаяхъ вполнѣ доброкачественными и обнаруживая въ другихъ большую злокачественность.

Заканчивая свою работу, считаю долгомъ высказать сердечную благодарность проф. Н. Ф. Мельникову-Разведенкову какъ за тему и руководство въ моей работѣ, такъ и за тотъ радушный пріемъ, который я постоянно встрѣчалъ въ его лабораторіи.

Съ чувствомъ глубокой признательности вспоминаю я нынѣ покойнаго, незабвеннаго учителя, проф. Н. А. Соколова, даваго мнѣ возможность начать научное клиническое образованіе въ Харьковскомъ университетѣ.

Директору госпитальной хирургической клиники проф. Ю. Р. Пенскому, помогавшему продолжать это образованіе, выражаю искреннюю благодарность.

Докторамъ Э. Н. Винтелеру, А. В. Говорову, М. М. Шулгину и С. Л. Эрлиху высказываю товарищеское спасибо за рядъ услугъ, оказанныхъ мнѣ при этой работѣ въ разное время.

Большая также благодарность д-ру П. А. Пустовойтову и студ. Элькинду за рядъ ихъ хорошихъ рисунковъ.

Таблица 247 случаевъ гипернефромъ *).

Гипернефроды почекъ.

*) Въ этой таблицѣ мы сгруппировали все тѣ случаи гипернефромъ, которые легли въ основу какъ паталого-анатомической, такъ и клинической картины даннаго заболѣванія. Она является до нѣкоторой степени подтвержденіемъ всего вышеизложеннаго, почему мы и считали необходимымъ приложить ее къ нашей работѣ. Случаи размѣщены въ алфавитномъ порядкѣ авторовъ.

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Askanazy	54 м.	Б. замѣтилъ опухоль въ лѣвой почечной области еще въ юношескихъ годахъ. Опухоль часто исчезала. За три года до операціи появилась гематурия, сначала рѣдко, а потомъ все чаще и обильнѣе. 3 мѣсяца спустя послѣ начала гематурии опухоль сдѣлалась стационарной и стала быстро расти.	Въ лѣвой половинѣ живота прощупывается опухоль, распространяющаяся отъ лѣвой реберной дуги до подвздошной кости и отъ пупка до позвоночника. Опухоль бугристая и не подвижна.	Гематурия и опухоль	Безъ бѣлка и сахара; подъ микроскопомъ — красные кровяные шарики. Въ первые дни послѣ операціи моча — въ скудныхъ количествахъ, но потомъ быстро приходитъ къ нормѣ.	Neoplasma malign. renis sinistri.
Ambrosius						
1-й сл.	78 м.	С л у ч а й н а я с е к ц и о н н а я				х о д к а
2-й сл.						
3-й сл.	66 ж.	Не приведены.	Не приведены.			Carcinoma ventriculi.

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описание опухоли	Краткое микроскопическое описание	Патолого- анатоми- ческій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrectomia (черезъ поясничн. разрѣзъ).		Лѣвая почка за исклю- ченіемъ нижней части превращена въ опухоль, ве- личины 15×13×12 сант., состоящую изъ узловъ желтаго цвѣта, мягкой кон- систенціи, и проросшую ven. renal.	Капиллярно-альвеоляр- ная строма, выполненная свѣтлыми, прозрачными полигональными кѣтками, похожими на кѣтки над- почечника. Въ опухляхъ— много желѣзистыхъ обра- зованій съ просвѣтомъ и участковъ, состоящихъ изъ веретенообразныхъ кѣ- токъ. Паренхиматозныя кѣтки содержатъ жиръ, гликогенъ и базофильный гліалинъ.			
		На верхнемъ полюсѣ почки имѣется хорошо капсулированная опухоль, величины съ лѣвой орѣхъ.	Формой, видомъ и рас- положеніемъ кѣточныхъ элементовъ походить на корковую субстанцію нор- мального надпочечника. Въ опухляхъ—много кро- воизліяній, а въ кѣткахъ— кровоаногеннаго пигмента. Фор- ма кѣтокъ—полигональ- ная и кубическая.			
		На верхнемъ полюсѣ почки бѣло-желтаго цвѣ- та опухоль, величиной 1½×1 сант.	Соединительно-тканная строма, образующая раз- личной величины и фор- мы альвеолы и выполня- ющія ее эпителиальныя сильно инфильтрирован. жиромъ кѣтки. Въ боль- шихъ альвеолахъ имѣются просвѣты.			
		На верхнемъ полюсѣ лѣвой почки имѣется опу- холь, величиной 5½×4½ сант. Опухоль—бугри- стая, на разрѣзѣ дольча- тая, желтаго цвѣта, съ многочисленными крово- изліяніями.	Походить на предыду- щую. Въ нѣкоторыхъ уча- сткахъ имѣются телеан- гиэктатическіе расширен- ные капилляры.	Carcinoma ventricu- li et tumor renis.		

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
P. Albrecht						
1-й сл.	36 м.	Въ теченіи двухъ лѣтъ у больного было два приступа острыхъ болей въ области печени, носившихъ рѣзкій характеръ. За недѣлю до операціи появились сильныя тянущія боли въ правой половинѣ живота.	Въ правой половинѣ живота прощупывается подвижная, эластической консистенціи опухоль, величиной больше дѣтской головки.	Боли въ области печени и правой половинѣ живота и опухоль.	Нормальна.	Tumor renis dextri.
2-й сл.	44 ж.	2 мѣсяца назадъ послѣ тяжелой работы появилась гематурія, сопровождавшаяся болѣзненнымъ позывомъ къ мочеиспусканию. Съ тѣхъ поръ гематурія—всякій разъ послѣ сильнаго физическаго напряженія.	Въ лѣвомъ hypochondr. прощупывается подвижная, твердая, бугристая опухоль, величиной съ дѣтскую головку. Опухоль при перкуссии даетъ притупленіе и отдѣляется отъ селезенки полосой тимпанита.	Гематурія и опухоль.	Слѣды бѣлка. Крови (въ приступе гематуріи) нѣтъ.	Tumor renis sinistri.
3-й сл.	51 ж.	11 лѣтъ тому назадъ больная страдала болями въ лѣвой ногѣ, исчезнувшими черезъ нѣсколько мѣсяцевъ. Годъ тому назадъ появились сильныя боли въ крестцѣ и поясничной области, отдававшія въ пунокъ. Появлялись онѣ черезъ различныя промежутки времени и связывались съ задержкой мочи. 3 мѣсяца назадъ замѣчена въ лѣвой половинѣ живота опухоль.	Въ лѣвой половинѣ живота прощупывается подвижная, величиной больше дѣтской головки опухоль, простирающаяся къзади до позвоночника. Опухоль мѣстами твердая, мѣстами мягкая, флюктуирующая.	Боли и опухоль.	Нормальна, если не считать констатированныхъ подъ микроскопомъ эпителиоидныхъ клѣтокъ.	Tumor renis sinistri.

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатоми- ческой діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrectomia (черезъ пояснич. разрѣзъ).	Смерть черезъ 24 ч. послѣ операціи.	На верхнемъ полюсѣ правой почки имѣется гладкая твердая опухоль, величиной съ куриное яйцо.		Anaemia post. extir. glandul. suprarenal et renis dextr. Resectio venae cav. infer.	Въ легкихъ.	При операціи поранена ven. cava infer. и перевязъ въ двухъ мѣстахъ.
Nephrectomia (черезъ пояснич. разрѣзъ).	Выписалась черезъ 3 недѣли послѣ операціи здоровой. Умерла черезъ 7 л. 8 м. отъ метастазовъ въ позвоночникъ и спинной мозгъ.	Лѣвая почка превращена въ опухоль, величиной съ дѣтскую головку. Опухоль уничтожила почти всю почечную паренхиму и проросла почечную лоханку.	«Struma suprarenalis aberrata».			
Nephrectomia (черезъ пояснич. разрѣзъ).	Смерть черезъ 2 года: метастазовъ и рецидива не было.	Лѣвая почка превращена въ опухоль, величиной съ голову взрослого человѣка. Въ опухоли много кистозныхъ, желевидныхъ пространствъ, экстравазатовъ и некротическихъ участковъ.	«Типичная гипернефрома».	Pleuritis, pneum. cruposa, degenerat. renis dextr...		

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
P. Albrecht						
4-й сл.	60 м.	Больной поступил по поводу сверлящих болей въ нижней трети лѣваго бедра, гдѣ вскорѣ появилась припухлость, а затѣмъ переломъ, потребовавшій ампутаціи. Микроскопическое изслѣдованіе указало на присутствіе въ бедрѣ опухоли, похожей на гипернефрону. Въ области почекъ ничего не прощупывалось. Въ теченіи 5-и лѣтъ послѣ операціи чувствовалъ себя хорошо, но потомъ появились опухоли на ребрѣ, бедрѣ и лбу, по поводу которыхъ онъ поступилъ снова въ клинику.	Въ лѣвомъ подреберьи по lin. axillar. media прощупывается при глубокомъ вдохѣ опухоль, подвижная при дыханіи. Кроме того, констатируется рядъ опухолей на правомъ бедрѣ, на лбу и ребрахъ.	Боли въ бедрѣ.	Ничего патологическаго не содержитъ.	Sarcoma femoris.
5-й сл.	53 ж.	5 мѣсяцевъ назадъ замѣтила примѣсь крови въ мочѣ. 2 мѣсяца спустя—задержка мочи, исчезающая послѣ приложенія тепла на область мочевого пузыря; выдѣлившаяся моча содержала темно красныя рыхлыя свертки. Такіе приступы повторились нѣсколько разъ, не сопровождаясь болями. Вскорѣ послѣ начала заболѣванія больная замѣтила и опухоль, которая въ послѣднее время стала быстро увеличиваться.	Въ лѣвой половинѣ живота въ подреберьи прощупывается твердая, бугристая, легко подвижная сверху внизъ и изъ стороны опухоль, величиной съ дѣтскую головку. Надъ опухолью—тимпанитъ. Colon descendens при раздуваніи проходитъ по наружной сторонѣ опухоли.	Гематурия и опухоль.	Видъ приступа гематурии: слѣды бѣлка и въ осадкѣ—лейкоциты, слизь и плоскій эпителий. Послѣ приступа гематурии тотчасъ же: много эритроцитовъ, лейкоцитовъ и отдѣльных клетокъ плоскаго эпителия.	Neoplasma renis sinistri.

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
	Смерть черезъ 5 л. 10 м. послѣ ам- путаціи бедрѣ.	Лѣвая почка превра- щена въ опухоль, величи- ной съ кулакъ, сѣро-крас- наго цвѣта, состоящую изъ долей и пронизанную щелевидными простран- ствами.	«Struma suprarenalis aberrata».	Hyperne- phroma ren. sinist. cum. metast...	Въ лег- кихъ, моз- гу, саль- никѣ, под- желуд. же- лезѣ, серд- цѣ и ко- стяхъ.	
Nephrec- tomya (въ брю- шинно).	Черезъ 3 недѣли выписался здоро- вымъ; ум. черезъ 4 года отъ рецидива и метаст.	Лѣвая почка превра- щена въ опухоль, величи- ной побольше страусо- ва яйца. Опухоль состоитъ изъ 7 отдѣльных узловъ, содержитъ щелевидныя пространства и на разрѣзѣ имѣетъ пестрый видъ: сѣро-бѣлые участки чере- дуются съ желтыми, темно- красными и шоколадно- коричневыми.	«Типичская злокаче- ственная гипернефрома почки».	Pneumon., pleuritis purulent...	Въ заты- лочной кости.	При опе- раціи была вскрыта на мѣ- стахъ сращенія съ опу- холью брюшная полость и тща- тельно потомъ защита.

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
P. Albrecht						
6-й сл.	42 м.	Около 3-хъ лѣтъ тому назадъ у больной послѣ прыжка появился 1-й приступъ гематуріи, повторившійся потомъ нѣсколько разъ съ промежутками отъ недѣли до 3-хъ мѣсяцевъ. 2 1/2 года спустя послѣ начала заболѣванія больной замѣтилъ у себя въ правомъ боку опухоль.	Въ правой половинѣ живота имѣется опухоль, простирающаяся внизъ до линіи соединяющей обѣ spin. anter. super., внутри на 2 пальца за средин. линію, снаружки до «почечной области», вверху уходитъ въ подреберье. Опухоль—неподвижная и отъ тупости печени не отграниченная. Col. ascend. надъ опухолью не доказана.	Гематурія и опухоль.	Мутная, кислая, 1700 к. с. въ сутки. Удѣлъ 1026, содержитъ бѣл. и индикантъ. Въ осадкѣ: въ небольш. количествѣ бѣлые и красныя кровяныя шарики, гиалиновые цилиндры и эпителий пузыря. Въ первое время послѣ операціи количество бѣлка увеличилось вдвое (2:1000); появилось много зернистыхъ цилиндровъ, но ко времени выписки моча сдѣлалась нормальной.	Neoplasma renis dextri.
7-й сл.	42 м.	Годъ назадъ больной замѣтилъ у себя на лбу подвижную твердую небольшую опухоль, величиной съ зерно боба. Последнее время опухоль стала быстро расти и потеряла подвижность.	На лбу имѣется неподвижная плотная опухоль, величиной съ куриное яйцо.	Опухоль на лбу.	Кислая, содержитъ бѣлокъ.	Sarcoma frontis.

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣйшій срокъ наблюденія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого-анатомическій диагнозъ	Мета-стазы	Примѣчаніе
Nephrectomia (внѣбрюшинно).	Выписался здоровымъ черезъ 3 недѣли послѣ операціи; ум. отъ рецидива чер. 1 г. 7 м.	Не приведено авторомъ.	«Злокачественная гипернефрома» («Grawitz-Tumor»).			Опухоль удалена не вся вследствие сращенія съ нижней полостью веной.
Удаленіе опухоли на лбу.	Смерть вскорѣ послѣ операціи.	Лѣвая почка превращена въ опухоль, величиной почти съ кулакъ взрослого человѣка. Опухоль занимаетъ нижнюю половину почки и состоитъ большей частью изъ распадающейся желтой или коричнево-желтой ткани, пронизанной кровоизлияніями. Почечная лоханка выполнена опухолью.	«Злокачественная гипернефрома съ характернымъ перителіальнымъ расположеніемъ кѣлокъ». Кѣлки велики, вздуты, сильно инфильтрированы жиромъ.	Carcinoma renis sin. e struma suprarenal. aberrata... Anaemia post resectionem carcinom. secundar...	Въ черепныхъ костяхъ. Построены такъ же, какъ и главная опухоль.	При искусственномъ дыханіи во время операціи констатирована въ лѣвомъ подреберьи твердая, бугристая опухоль.

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
P. Albrecht						
8-й сл.	35 ж.	7 мѣс. назадъ внезапныя сильныя боли въ правой поясничной области, отдававшія въ пупокъ и сопровождавшіяся потерей сознанія съ послѣдующей гематуріей (выдѣлилась свѣтло-красная кровь съ темно-красными сгустками). Съ того времени моча постоянно кровавая. Приступъ болей повторялся 12 разъ. Последнее время частые позывы къ мочеиспусканию и исхуданіе.	Въ правой половинѣ живота вверху бугристая, твердая, подвижная по всемъ направленіямъ, опухоль, величиной съ дѣтскую головку.	Гематурія, опухоль и боли.	Содержитъ кровь.	Neoplasma renis dextri.
9-й сл.	45 м.	Болезнь около 6 мѣс. Заболѣлъ внезапно, почувствовавъ сильный позывъ къ мочеиспусканию; несмотря на сильное натуживаніе больной могъ выпустить только нѣсколько капель кроваво-окрашенной жидкости, и только черезъ 2 дня помочился, какъ слѣдуетъ. Послѣ этого была нѣсколько разъ гематурія съ промежутками отъ 1 до 2-хъ мѣс. Не задолго до операціи больной замѣтилъ у себя опухоль.	Въ лѣвой половинѣ живота имѣется подвижная при дыханіи и при ощупываніи опухоль, лежащая позади толстой кишки и распространяющаяся отъ реберной дуги почти до crista oss. ilei. Кромѣ того у больного имѣется лѣвостороннее varicoscele.	Гематурія и опухоль.	Внѣ приступа гематуріи нормальная, во время приступа содержитъ бѣлокъ, а въ осадкѣ — красн. кров. шарики и лейкоциты.	Neoplasma renis sinistri.
10-й сл.	43 м.	3 года назадъ «послѣ простуды» появились боли въ лѣвой почечной области и гематурія съ выдѣленіемъ кровяныхъ свертковъ, длиною въ 30 сант. Черезъ годъ гематурія повторилась; тогда же въ больницѣ найдена лѣвосторонняя почечная опухоль, которая и была удалена. Черезъ годъ удаленъ былъ рецидивъ, но черезъ 2 мѣс. появился новый.	Слѣва подъ 12-мъ ребромъ имѣется на мѣстѣ рубца опухоль, величиной съ малое яблоко.	Опухоль, гематурія и боль.	Ничего патологическаго.	Neoplasma renis sinistri (recidiv).

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrectomia (внѣбрюшинно).	Смерть черезъ 9 мѣсяцевъ.	«Гипернефрома правой почки, проросшая capsul. fibrosa и инфильтрировавшая capsul. adiposa renis».	«Гипернефрома почки».			Опухоль сращена съ брюшиной.
Nephrectomia (внѣбрюшинно).	Выписался черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи здоровымъ, а умеръ черезъ 8 м. отъ метастазовъ.	Лѣвая почка превращена въ опухоль, величиной съ мужскую голову.	«Типическая гипернефрома».	Hypertrophie renis dextri post extirpation. renis sinist...	Въ печени, легкихъ, брыжжейкѣ, перипортальныхъ лимфатическихъ железахъ и позвонкахъ.	Опухоль сращена съ брюшиной.
	Смерть отъ рецидива.	Не приведено.	«Злокачественная гипернефрома».			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
P. Albrecht						
11-й сл.	34 м.	Боленъ около 15-ти л. 2 раза въ годъ у него появляются въ области желудка приступы острыхъ болей послѣ приема тяжелой пищи; послѣдніе 1 1/2 года съ появленіемъ въ области желудка опухоли приступы болей участились: каждыя 2 недѣли.	Подъ лѣвой реберной дугой прощупывается твердая, бугристая, респираторно подвижная опухоль, величиной съ кулакъ. Тупость опухоли отдѣляется отъ тупости печени и селезенки полосой тимпанита. Толстая кишка проходитъ надъ опухолью. Желудокъ лежитъ вправо отъ нея.	Опухоль и боли.	Ничего патологическаго.	Neoplasma abdominis.
12-й сл.	47 м.	Годъ назадъ замѣтилъ въ животѣ опухоль, которая медленно росла и болей не причиняла.	Въ лѣвой половинѣ живота прощупывается большая опухоль, распространяющаяся внизъ до symphys. pubis, вправо на 4 пальца за средин. линию, вверхъ на палецъ не доходить до реберной дуги. Опухоль плотной консистенціи, съ гладкой поверхностью, съ неясной флюктуаціей, нѣсколько подвижная. Col. descend. — надъ опухолью.	Опухоль.	Ничего патологическаго.	Neoplasma renis sinistri.
13-й сл.	66 м.	Въ теченіи 8 мѣсяц. страдаетъ потерей аппетита, отрыжкой, къ которымъ вскорѣ присоединилась рвота послѣ обѣда и временами сильныя боли въ лѣвомъ подреберьи. Въ послѣднее время рвота прекратилась.	Въ лѣвомъ подреберьи прощупывается бугристая, плотная, малоподвижная опухоль, величиной съ мужской кулакъ. Тупость селезенки не рѣзко отличается отъ тупости опухоли. Colon — подъ опухолью. Отсутствіе соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ.	Боли въ подреберьи и опухоль.	Ничего патологическаго.	Carcin. curvat. majoris ventriculi.

Лѣченіе	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- скій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Laparotomia.	Смерть вскорѣ послѣ операции отъ острой анеміи.	Опухоль въ области лѣвой почки, захватившая и соответственный надпочечникъ.	«Типическая гипернефрома».	Hypertroph. renis sin. et. gland. supraren. Anaemia...	Въ перипортальныхъ лимфатическихъ железахъ.	Опухоль сращена съ диафрагмой.
Nephrectomia (вѣбрюшинно).	Смерть тотчасъ послѣ наложенія шва.	Опухоль лѣвой почки, занимающая верхній полюсъ ея.	«Типическая гипернефрома».	Острая анемія послѣ удаленія опухоли...	Въ перипортальныхъ и ретроперитонеальныхъ лимфатическихъ железахъ и плеврѣ.	Опухоль сращена съ паріетальной брюшиной, сальникомъ и диафрагмой.
Nephrectomia per laparotomiam.	Черезъ 2 мѣсяца послѣ операции выпалъ съ большимъ упадкомъ силъ; умеръ черезъ 7 мѣсяцевъ отъ метастазовъ.	Лѣвая почка превращена въ мягкую, бугристую опухоль, величиной съ дѣтскую головку; на разрѣзѣ опухоль имѣетъ пестрый видъ: сѣробѣлые и желтые участки чередуются съ темнокрасными.	«Злокачественная гипернефрома».			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
P. Albrecht 14-й сл.	47 м.	4 года назадъ послѣ сильнаго напряженія во время работы появились колющія боли въ области правой почки. За 7 мѣс. до операціи рвущія боли въ правомъ бедрѣ соот- вѣстств. nerv. ischiad. Черезъ мѣсяць эти боли смѣнились болями въ пра- вой поясничной области такими же, какъ и въ первый разъ, но съ бо- лѣе поверхностной лока- лизацией — «сейчасъ же подъ кожей». Эти боли усиливались при движе- ніяхъ, исчезали при покоѣ и продолжались около 6 мѣс. Въмѣстѣ съ послѣд- ними болями у больного появились давящія боли въ области желудка, по- явившіяся послѣ обѣда и продолжавшіяся около 2-хъ час. За 2 мѣсяца до операціи внезапная за- держка мочи, несмотря на сильные позывы къ моченоспусканію, быстро исчезнувшая. Вскорѣ по- слѣ этого больной посту- пилъ въ клинику, гдѣ бо- ли въ области желудка исчезли.	Въ правомъ подре- берьи прощупывается бу- ристая, неподвижная опу- холь, простирающаяся внизъ до «горизонтальной линии, проведенной че- резъ пупокъ». При бимануальномъ изслѣдованіи опухоль прощупывается сзади подъ 12-мъ реб- ромъ. Отчетливо выра- женъ ballotement rénal.	Боли и опу- холь.	Содержитъ сѣтды бѣлка и подъ ми- кроскопомъ слизь, немно- го лейкоци- товъ и ги- алин. цилиндр. Временами попадаются деформиро- ванные крас- ныя кровян. тѣльца въ ви- дѣ отдѣль- ныхъ экзем- пляровъ и цилиндровъ.	Neoplas- ma renis dextri.

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатоми- ческій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrec- tomy (внѣбрю- шинно).	Умеръ черезъ недѣлю.	Опухоль, величиной съ дѣтскую головку, зани- маетъ средину и нижній полосъ правой почки. Консистенція ея твердая, цвѣтъ на разрѣзѣ сѣро- желтый. Vena renalis вы- полнена опухолями мас- сами.	«Злокачественная ги- пернефрома».	Extirpat. renis dext. Insuffici- entia valv. aortae. Nephritis parenchi- matosa. Metasta- ses...	Въ лег- кихъ, поч- кѣ, ре- тропері- тонеаль- ныхъ лим- фатическ. железахъ и въ ниж- ней половъ вентѣ.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
P. Albrecht						
15-й сл.	48 м.	Поступилъ съ жалобой на боль въ колѣнѣ, которое заболѣло 19 мѣс. назадъ послѣ ушиба. На основаніи измѣненій въ колѣнѣ поставленъ діагнозъ туберкулеза и сдѣлана ампутація бедра. На другой день послѣ операціи констатирована бугристая, твердая опухоль въ области правой почки. Теперь былъ поставленъ діагнозъ гипернефромы съ метастазами въ колѣнѣ, что и подтвердилось гистологическимъ изслѣдованіемъ опухоли колѣна.		Боли и опухоль въ колѣнѣ и опухоль въ области почки.	Большую частью нормальна; одинъ только разъ констатированы круглыя рѣзко контурованныя клѣтки съ большимъ пузырьковиднымъ ядромъ и нѣжной зернистой, пигментированной протоплазмой.	Gonit. tbc.
16-й сл.	66 ж.	9 мѣсяцевъ назадъ появились боли сначала въ лѣвомъ боку, потомъ въ плечѣ, гдѣ 5 мѣсяцевъ спустя послѣ начала заболѣванія констатирована припухлость. Поставивъ діагнозъ туберкулеза, приступили къ операціи, но вскорѣ же вслѣдствіе сильнаго кровотеченія прекратили ее. На вырѣзанныхъ кусочкахъ — гипернефрома.	Припухлость въ области лѣваго плечевого сустава и ключицы. Прощупывается нижній полюсъ лѣвой почки.	Боли и припухлость въ области плечевого сустава и ключицы.	Содержитъ только немного лейкоцитовъ.	Tubercul. clavicul.
17-й сл.	40 м.	6 мѣсяцевъ назадъ послѣ удара въ животъ появились сильныя боли въ немъ, продолжавшіяся около 3-хъ недѣль. Боли въ животѣ смѣнялись болями въ лѣвой поясничной области, которая дѣлалась все интенсивнѣе. 1½ мѣсяца назадъ больной замѣтилъ увеличеніе лѣвой половины мошонки. Раньше болѣлъ lues'омъ и тифомъ.	Лѣвая поясничная область болѣе выпукла, чѣмъ правая. Въ лѣвомъ mesogastrii имѣется резистентность, величиной «съ кулакъ». Толстыя кишки при раздуваніи — впереди резистентны. Кромѣ того у больного имѣется лѣвостороннее расширеніе вѣнъ сѣмяннаго канатика, не исчезающее при лежаніи больного.	Боли, опухоль и varicocele.	Содержитъ слѣды бѣлка.	Neoplasma renis sinistri.

Лѣчение	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Amputatio femoris.	Выписанъ съ зажившей раной. Умеръ черезъ 1½ года послѣ операціи отъ метастазовъ.		«Злокачественная гипернефрома».			
		Въ лѣвой почкѣ, въ нижнемъ полюсѣ, имѣется опухоль, величиной съ воложскій орѣхъ, свѣтложелтаго цвѣта со многими кровоизліяніями.	«Grawitz'овская опухоль». Клѣтки большія, сильно инфильтрированныя жиромъ, съ большимъ хорошо окрашеннымъ ядромъ. Расположеніе клѣтокъ — «характерное перителіальное».	Tumor renis sinistri Grawitz'a cum metastas...	Въ легкихъ, правомъ надпочечникѣ и ключицѣ.	
Nephrectomia (внѣбрюшинно).	Выписанъ черезъ мѣсяцъ здоровымъ. 4 мѣсяца спустя также здоровъ.	Опухоль лѣвой почки, величиной съ кулакъ, сѣро-краснаго цвѣта, мягкой консистенціи, частью некротизированная.	«Злокачественная гипернефрома».			Varicocele исчезло черезъ мѣс. послѣ операціи.

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клинический диагнозъ
P. Albrecht						
18-й сл.	54 ж.	Въ теченіи 2-хъ лѣтъ — частыя боли различной интенсивности въ правой поясничной области. Вскорѣ послѣ начала заболѣванія появилось лихорадочное состояніе съ повышеніемъ температуры до 40° и «значительное уменьшеніе количества мочи».	Въ правой половинѣ живота прощупывается подвижная опухоль.	Боли и опухоль.		Tumor renis dextri.
19-й сл.	57 м.	Въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ — боли въ правой поясничной области. За 1/2 года до операціи началась гематурія, которая съ теченіемъ времени все увеличивалась.	Въ правой почечной области прощупывается бугристая, неподвижная, твердая опухоль, величиной съ дѣтскую головку. Подкожныя вены живота сильно расширены.	Боли, гематурія и опухоль.		Tumor renis dextri.
20-й сл.	45 м.	Около года тому назадъ появились сильныя тянущія боли въ лѣвомъ яичкѣ, которое вскорѣ припухло, и температура повысилась до 40°. Былъ поставленъ діагнозъ нарыва яичка, но по разрывѣ его ничего кромѣ отека не нашли. Въ виду сильныхъ болей яичко пришлось отнять. Во время наркоза въ лѣвой почкѣ констатирована опухоль, которая и была удалена оперативнымъ путемъ.		Боли въ яичкѣ и опухоль въ области почки.		Abscessus testiculi et tumor renis sinistr.
21-й сл.	28 ж.	Въ теченіи послѣднихъ лѣтъ — боли въ лѣвой половинѣ живота, исчезающія при совершенномъ покоѣ. Большая сама прощупывалась у себя опухоль.	Въ лѣвой половинѣ живота прощупывается твердая, бугристая, подвижная опухоль, величиной съ кулакъ. Опухоль можно сдвинуть до symph. pubis.	Боли и опухоль.	Моча не содержитъ ничего патологическаго.	Tumor lienis.

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- скій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrectomia (внѣбрюшинно).	Смерть черезъ недѣлю отъ уремій.	Въ нижней половинѣ правой почки дольчатая опухоль, коричнево желтаго цвѣта, величиной съ апельсинъ. Опухоль содержитъ много щелевидныхъ пространствъ, величиной отъ булавочной головки до горошины и проникаетъ въ лоханку и почечную вену.	„Grawitz'овская опухоль почки“.			
Nephrectomia (внѣбрюшинно).	Смерть на слѣдующій день (мочи не было).		«Grawitz'овская опухоль».			
Incisio testicul. et nephrectomia (внѣбрюшинно).	Смерть черезъ 20 часовъ послѣ операціи.	Опухоль лѣвой почки величиной съ голову взрослого человѣка.	«Злокачественная гипернефрома».			
Nephrectomia per laparotomiam.	Выписанъ здоров.; чер. 2 г. 8 м. — метаст. вѣлопаткѣ, который былъ удаленъ, и послѣ этого больной оставался здоровымъ въ теченіи 1 1/2 года.	Опухоль — въ верхней половинѣ лѣвой почки.	«Grawitz'овская опухоль».			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
P. Albrecht						
22-й сл.	47 ж.	16 лѣтъ назадъ появились въ области желудка тупыя боли вѣтъ завися-мости отъ принятія пищи, и тогда же вишнево-краснаго цвѣта моча. За 9 мѣ-сяцевъ до операціи появи-лись сильныя боли въ об-ласти крестца, возникав-шія при лежаніи и исче-завшія при хожденіи и си-дѣніи; продолжались онѣ около мѣсяца. Последніе 2 года больной ясно отмѣ-чалъ примѣсь крови въ мочѣ, которая появлялась черезъ 1—2 мѣсяца и на короткое время.	Въ лѣвомъ подреберьи прощупывается бугристая, респираторно подвижная опухоль. Ballotement вы-раженъ ясно. Толстыя кишки надъ опухолью.	Боли, опу-холь и гема-турія.	Вѣтъ присту-повъ гемату-ріи моча со-держитъ слѣ-ды бѣлка, а въ осадкѣ немно-го эритроци-товъ и криста-ловъ мочевой кислоты. Во время гемату-ріи подъ мик-роскопомъ — масса эритро-цитовъ.	Tumor renis sinistri.
23-й сл.	58 ж.	За нѣсколько дней до операціи—гематурія, со-провождавшаяся лѣвосторонней коликой.	Въ лѣвой почечной об-ласти прощупывается опу-холь.	Гема-турія и боли.		Tumor renis sinistri.
24-й сл.	53 м.	4 мѣсяца назадъ за-мѣтилъ въ правой поло-винѣ живота твердую опу-холь, которая быстро стала расти.	Въ правой почечной области имѣется плотной консистенціи опухоль, ве-личины съ дѣтскую голов-ку. При bimanu'альномъ изслѣдованіи—ballotement. Толстыя кишки лежатъ сверху и снизу.	Опу-холь.	Ничего пато-логическаго.	
25-й сл.	58 ж.	Нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ больная за-мѣтила у себя опухоль въ лѣвой половинѣ живота.	Въ лѣвомъ подреберьи прощупывается опухоль, величиной съ яблоко. Рѣзко выраженъ ballo-tement.	Опу-холь.	Ничего пато-логическаго.	Tumor renis sinistri.

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй-шій срокъ наблюде-нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого-анатомическій диагнозъ	Мета-стазы	Примѣ-чаніе
Nephrec-tomia (вѣтъбрю-шинно).	Умеръ че-резъ 31 $\frac{1}{2}$ м. отъ реци-дива.	Лѣвая почка превра-щена въ опухоль, величи-ной 17×10×8 сан., жел-таго цвѣта съ многочис-ленными кровоизліяніями.	«Злокачественная ги-пернефрома».			
Nephrec-tomia (вѣтъбрю-шинно).	Черезъ 2 недѣли послѣ опе-раціи вы-писалъ здо-ровымъ. Оставался здоровымъ въ теченіи 4-хъ (наб-людавших-ся) лѣтъ.	Опухоль лѣвой почки мягко-эластической кон-систенціи, желто краснаго цвѣта, съ щелевидными пространствами. Опухоль проникаетъ въ почечную вену. Величина опухоли—мужской кулакъ.	«Злокачественная ги-пернефрома».			
Laparo-tomia.	Смерть на 3-й день при по-степен-номъ уна-дкѣ сердеч-ной дѣя-тельности.		«Типичная гиперне-фрома».	Carcinom. renis dex- cum mē-tast...	Въ легкихъ.	Опухоль не уда-лима вслѣд-ствіе сра-щеній.
Nephrec-tomia (вѣтъбрю-шинно).	Гладкое заживле-ніе раны.	Въ нижней половинѣ лѣв. почки имѣется опухоль съро желтаго, охряно жел-таго и коричнево краснаго цвѣта со многими щеле-видными пространствами и съ очагами обызвествленія. Размѣры 18×7×6 сант.	«Grawitz'овская опу-холь».			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
P. Albrecht						
26-й сл.	43 ж.	Нѣсколько лѣтъ тому назадъ замѣтила въ лѣвой половинѣ живота опухоль, которая страданій ей не причиняла.	Въ лѣвой половинѣ живота констатируется подвижная, позади—брюшинная опухоль, величиной съ голову взрослого челоѣка.	Опухоль.	Ничего патологическаго.	Tumor renis sinistri.
27-й сл.	56 м.	6 лѣтъ назадъ появилась гематурія и сильныя боли въ области пузыря. За годъ, приблизительно, до операціи появились боли и опухоль въ лѣвой поясничной области. Гематурія продолжалась все время и носила періодическій характеръ.	Въ лѣвой половинѣ живота прощупывается бугристая, неподвижная опухоль, величиной больше мужской головы.	Боль, гематурія и опухоль.	Содержитъ кровь, бѣлокъ и лейкоциты.	Tumor renis sinistri.
28-й сл.	54 м.	9 мѣсяцевъ назадъ у больной появилась безпричинная и безболѣзненная гематурія, и тогда же онъ замѣтилъ у себя въ правой половинѣ живота опухоль.	«Въ правой почечной области отчетливо прощупывается опухоль».	Гематурія и опухоль.		Tumor renis dextri.
Бѣлинскій						
1-й сл.	44 м.	Поступилъ «съ жалобами на боль въ лѣвомъ подреберьи и гематурію, которая за послѣднее время на столько была сильна, что подорвала силы больного въ значительной степени».	Въ лѣвой половинѣ живота прощупывается плотная бугристая опухоль, подвижная справа на лѣво, величиной съ дѣтскую головку. Кромѣ того у больной констатированы учащенный пульсъ и землистый цвѣтъ лица.	Боль, гематурія и опухоль.		Tumor malign. renis sinistri.

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrectomia (внѣбрюшинно).	Выписана здоровой. Остался здоровымъ 1 годъ и 10 мѣс.	Лѣвая почка превращена въ опухоль велич. $26 \times 15 \times 15$ сан. Опухоль бугристая, красновато-сѣраго и охряно-желтаго цвѣта на разрѣзѣ, съ многочисленными кистозными пространствами и кровоизліяніями. Почечная лоханка выполнена опухольной массой.	«Типическая злокачественная гипернефрома».			
Nephrectomia (внѣбрюшинно).	Выписанъ здоровымъ. Въ теченіи года былъ совершенно здоровъ.	Опухоль занимаетъ нижній полюсъ почки и состоитъ изъ распадающейся желтой и коричнево-желтой, пронизанной кровоизліяніями, массы. Опухоль проникла въ почечную лоханку.	«Злокачественная гипернефрома по типу перителіомы».			
Nephrectomia (внѣбрюшинно).	Черезъ 3 недѣли послѣ операціи выписанъ здоровымъ. Умеръ черезъ 1 1/2 года отъ рецидива.	Опухоль правой почки величиной съ мужской кулакъ. На разрѣзѣ состоитъ изъ охряно-желтыхъ участковъ, окруженныхъ грубо волокнистой соединительной тканью. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ ея нмѣются кисты, величиной до лѣсного орѣха, выполненныя кровяными свертками.	Злокачественная гипернефрома.			
Nephrectomia (внѣбрюшинно).	Смерть черезъ 2 недѣли отъ инфекціи раны.	Въ нижней половинѣ лѣвой почки—бугристая опухоль величиной съ дѣтскую головку. На разрѣзѣ опухоль представляется дольчатой, желтаго, бурого и чернаго цвѣта.	Походить на корковое вещество надпочечника. Строма образована капиллярами, на которыхъ сидятъ полигональныя сильно инфильтрированныя жиромъ кѣтки. Кромѣ полигональных встрѣчаются и другой формы кѣтки.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Бѣлинскій						
2-й сл.		Препаратъ изъ патолого-анатомическаго	музея Одесскаго ун			
3-й сл.	32 ж.	7 мѣсяцевъ назадъ появились боль и опухоль въ правомъ подреберьи.	Въ правой поясничной области прощупывается опухоль съ ясной флюктуацией. Пузырь при цистоскопическомъ—нормаленъ. Черезъ катетръ, введенный въ правый мочеточникъ, моча не выделялась. Правая нога наощупь холоднѣе лѣвой. Цвѣтъ лица и рукъ—землистый.	Боль и опухоль.	510 к. с. въ сутки. Уд. вѣс. 1021. Нейтральна, съ бѣлымъ осадкомъ. Въ осадкѣ: немного гнойныхъ тѣлецъ и гліалин. цилиндры.	Hydro-nephrosis dex.
4-й сл.		Препаратъ изъ патолого-анатомическаго	музея Одесскаго ун			
5-й сл.		»	»	»	»	»
Венеке						
1-й сл.	53 м.	6 лѣтъ тому назадъ появились боли въ нижней половинѣ живота и тогда же—опухоль въ области селезенки. За мѣсяць до смерти—асцитъ.	Въ лѣвомъ подреберьи опухоль, простирающаяся до пупка. Опухоль—съ гладкой поверхностью, твердой консистенціи, чувствительная при дотрагиваніи и подвижная при дыханіи. Кромѣ опухоли у больного имѣется пупочная грыжа.	Боль и опухоль.	Нормальная.	Neoplasma abdominis.
2-й сл.	61 ж.	С л у ч а й н а я с е к ц і о н н а я н а				

Лѣченіе	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описание	Краткое микроскопическое описание	Патолого- анатомическій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
иверситета.		Одна изъ почекъ превращена въ опухоль величиной съ 2 кулака. Опухоль бугристая, покрыта почечной капсулой. Почечная лоханка выполнена опухолью.	Походить на предыдущій случай.			
Nephrectomia (внѣбрюшинно).	Выписалась здоровой черезъ 3 1/2 мѣсяца послѣ операции.	Въ правой почкѣ—опухоль, величиной съ голову новорожденного. Опухоль покрыта собст. капсулой, на разрѣзѣ представляется дольчатой и состоящей изъ свѣтло желтыхъ, розовыхъ, темно красныхъ и черныхъ участковъ. Опухоль проникла въ почечную лоханку. Въ центрѣ опухоли много распада.	Походить на корковое вещество надпочечника. Строма капиллярная. Паренхимат. кѣтки отличаются полиморфизмомъ: полигональны, веретенообразныя, цилиндрич.; есть и гигантск. кѣтки. Въ опухоли много щелевидныхъ пространствъ, выполненныхъ кровью.			
иверситета.		Опухоль правой почки, желтовато сѣраго цвѣта, величиной съ воложскій орѣхъ.	Походить на zona fasciculata et glomerulosa нормального надпочечника.			
»	»	Въ одной изъ почек опухоль величиной съ лѣсной орѣхъ.	Походить на предыдущую.			
х о д к а.		Лѣвая почка превращена въ опухоль величиной съ мужскую голову. Опухоль на разрѣзѣ представляется дольчатой и пестрой. Въ обоихъ надпочечникахъ—рядъ опухолей величиной съ булавочную головку.	Всѣ опухоли одинаково построены: по типу надпочечника. Отличаются онѣ только отъ послѣдняго болѣе широкимъ разнообразіемъ въ величинѣ и формѣ кѣточныхъ элементовъ. Мѣстами опухоль почки принимаетъ саркоматозный характеръ, причемъ отъ перваго рода строения къ послѣднему существуетъ постепенный переходъ.			
		Въ верхней половинѣ правой почки дольчатая, желтаго цвѣта опухоль, величиной съ лѣсной орѣхъ.	Опухоль состоитъ изъ идущихъ колоннами круглыхъ свѣтлыхъ кѣтокъ и лежащихъ между ними капилляровъ.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главные симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ	
Brauninger	50 м.	Болезнь около 3-хъ л. гематуріей, сопровождающеюся болями въ лѣвой почечной области. Промежутки между отдѣльными приступами гематурій отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ мѣсяцевъ.	Въ лѣвой половинѣ живота прощупывается твердая, подвижная опухоль, величиной въ 2 кулака. При аускультации опухоли слышенъ дующій шумъ. При цистоскопии лѣвый мочеточникъ представляется шире правого.	Боль, гематурія и опухоль.	Внѣ приступовъ гематур. нормальная. При изслѣд. кровян. сверт. выделяющ. во время гематуріи, найдены крас. кровян. шар., лейкоциты, конгломераты веретенообр. клѣтокъ и большія жирно-перерожд. круглыя клѣтки.	Tumor renis sinistri.	
Braatz	1-й сл.	49 ж.	2 г. назадъ у больной появилось чувство тяжести въ лѣвомъ боку, а нѣсколько мѣсяцевъ спустя — первый приступъ гематуріи и коликообразныя боли. Гематурія потомъ повторялась 3 раза съ промежутками въ 3—4 мѣсяца.	Въ правой поясничной области прощупывается мало подвижная съ гладкой поверхностью опухоль, величиной въ 2 кулака. Кромѣ того у больной констатируется подвижная лѣвая почка, тошнота и рвота и вечернія повышенія температуры до 37,9°.	Боль, гематурія и опухоль.	500—800 к.с. въ сутки, содержатъ гной и кровяные свертки.	Tumor renis dextri.
	2-й сл.	44 ж.	17 лѣтъ назадъ—приступъ болей въ лѣвомъ боку. 13 лѣтъ спустя первый приступъ гематуріи при хорошемъ самочувствіи и безъ болей. Слѣдующіе приступы гематуріи сопровождались потрясающимъ ознобомъ, лихорадкой, сильными позывами къ мочеиспусканию, и повышеніемъ температуры до 39,7°. Въ мочѣ были кровяные свертки.	Въ лѣвой почечной области прощупывается круглая бугристая опухоль, величиной съ дѣтскую головку. Въ положеніи на правомъ боку опухоль при глубокомъ дыханіи спускается въ полость живота до spina ant. super. sinist. При лежаніи на спинѣ она уходитъ въ подреберье.	Боль, опухоль и гематурія.	Содержитъ немного лейкоцитовъ.	Tumor renis sinistri.

Лѣченіе	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- скій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrectomia (выбрюшинно).	Здоровъ въ теченіи 4 1/2 лѣтъ.	Опухоль занимаетъ 2/3 лѣвой почки и состоитъ изъ желтаго цвѣта, плотной консистенціи узловъ.	Походитъ на корковое вещество надпочечника.			Моча въ первые 2 дня послѣ операции содержала цилиндры и лейкоциты, но потомъ сдѣлалась нормальной.
Nephrectomia (выбрюшинно).	Умерла чер. 11 1/2 г. отъ легочныхъ метастазовъ.	Опухоль занимаетъ нижній полюсъ правой почки и достигаетъ величины 10×10×6 сант. Опухоль проросла почечную лоханку и состоитъ изъ узловъ пестраго вида на разрѣзѣ: на желтомъ фонѣ разсыяны бѣлые, сѣро-бѣлые и красные участки	Походитъ на substant. glomerulosa нормальнаго надпочечника. Паренхиматозныя клѣтки кругловатой, кубической, полигональной и цилиндрической формы, содержатъ жиръ, гликогенъ и кровяной пигментъ. Между ними много гигантскихъ клѣтокъ.			
Nephrectomia (выбрюшинно).	Здорова въ теченіи 9 мѣс.	Отличается отъ предыдущей богатствомъ щелевидныхъ пространствъ.	Въ общемъ походитъ на предыдущую; отличается отъ нея присутствіемъ железистыхъ образований и отсутствіемъ гигантскихъ клѣтокъ.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Busse						
1-й сл. (по автору 9-й)	55 м.	Болезнь около 6 мѣс. безпричинной перемежающейся гематуріей. За мѣсяць до операціи замѣтилъ въ лѣвомъ боку быстро растущую опухоль.	Въ лѣвой почечной области прощупывается плотная съ гладкой поверхностью опухоль. Толстыя кишки лежатъ впереди опухоли.	Гематурія и опухоль.		Tumor renis sinistri.
2-й сл.	54 м.	Въ теченіе 6 лѣтъ перемежающаяся гематурія, начавшаяся послѣ ушиба лѣваго бока. 5 лѣтъ спустя послѣ начала заболѣванія констатирована тамъ же опухоль.		Опухоль и гематурія.		
3-й сл.	66 ж.	7 мѣсяцевъ назадъ гематурія съ болями, и тогда же больная замѣтила въ лѣвой половинѣ живота опухоль.		Боль, опухоль и гематурія.	Ничего патологическаго не содержитъ.	Tumor renis sinistri.
4-й сл.	41 ж.	10 мѣсяцевъ назадъ—1-й приступъ гематуріи, а 4 мѣсяца спустя—2-й. Черезъ мѣсяць послѣ перваго приступа появилось чувство тяжести въ лѣвомъ подреберьи.	Въ лѣвомъ подреберьи прощупывается мало подвижная, съ гладкой поверхностью опухоль, распространяющаяся книзу до линіи соединяющей обь spin. ant. super., сзади—до позвоночника и впереди на 2 пальца не доходить до lin. alba.	Гематурія и опухоль.	Содержитъ бѣлокъ и кровь.	Tumor renis sinistri.

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrectomia (вѣбрю- шинно).	Выписанъ здоро- вымъ.	Въ нижней половинѣ лѣвой почки узловатая, плотной консистенціи опухоль, величиной 12×10×9 сант. Опухоль на разрѣзѣ имѣетъ пестрый видъ, такъ какъ состоитъ изъ сѣро-бѣлыхъ, мозговидныхъ и желтыхъ участковъ, пронизанных старыми и свѣжими кровоизліяніями.	Въ центрѣ походить на корковое вещество нормального надпочечника, на периферіи—на альвеолярную карциному. Клетки богаты жиромъ.			
		Лѣвая почка превращена въ опухоль, сѣробѣлаго цвѣта, величиной 24×16×6 сант.	Опухоль походить на корковое вещество нормального надпочечника; мѣстами принимаетъ папиллярный характеръ; мѣстами имѣются кровяныя пространства выстланныя эндотелиемъ и представляющія изъ себя расширенныя венозные капиллярныя сосуды. Въ клеткахъ много жира, и среди нихъ много гигантскихъ клетокъ.	Tumor renis sinistricum metast...	Въ легкихъ и почкахъ. По строенію походятъ на главную опухоль.	
Nephrectomia.		Лѣвая почка превращена въ опухоль величиной 18×14×12 сант., похожую на опухоль 1-го случая.	Въ центральныхъ участкахъ походить на корковое вещество надпочечника, въ периферическихъ опухоль носитъ частью папиллярный характеръ. Въ паренхиматозныхъ клеткахъ—жиръ.			
Nephrectomia.	Выписанъ здоро- вымъ.	Въ лѣвой почкѣ—опухоль величиной 14×11×10 сант., состоящая изъ узловъ желтаго, бѣлаго и краснаго цвѣта. Опухоль проросла почечную лоханку и содержитъ кисты съ прозрачнымъ содержимымъ.	Отличается отъ опухоли 1-го случая присутствіемъ многочисленныхъ кистозныхъ пространствъ, обьязанныхъ частью краснаду, частью расширенію лимфатическихъ сосудовъ. Въ паренхиматозныхъ клеткахъ—жиръ и гликогенъ.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Busse						
5-й сл.	54 м.	Музейный	препар			
Burkhardt						
1-й сл.	46 м.	Въ теченіи двухъ послѣднихъ лѣтъ—чувство тяжести въ лѣвой поясничной области при подниманіи бедра. За 4 мѣсяца до операціи—гематурия.	Въ лѣвомъ боку прощупывается опухоль величиной съ мужскую голову.	Гематурия, опухоль и боль.		Tumor abdominis.
2-й сл.	40 м.	Въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ страдает перемежающейся гематурией.	Въ области лѣвой почки прощупывается опухоль.	Гематурия и опухоль.		Tumor renis sinistri.
3-й сл.	50 м.	Въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ страдает болями въ лѣвомъ боку, и недавно—перемежающейся гематурией.	Въ области лѣвой почки прощупывается опухоль.	Боль, гематурия и опухоль.		Tumor malignus renis sinistri.
4-й сл.	57 ж.	Въ теченіи послѣдняго года—боли въ крестцовой области, особенно послѣ поднятія тяжести.	Въ правомъ подреберьи—подвижная опухоль.	Боль и опухоль.		

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
а т ъ.		На верхнемъ полюсѣ почки имѣется опухоль 9-и сант. въ діаметрѣ; консистенція ея твердая, цвѣтъ—желтый и красный. Опухоль проникаетъ въ почечную лоханку и вену.	Походитъ на предыдущую.			
Nephrectomia.	Выписанъ здоровымъ. Умеръ черезъ 1/2 г. отъ метастазовъ.	Лѣвая почка превращена въ опухоль, величиной съ мужскую голову. Опухоль состоитъ изъ узловъ, мягкой консистенціи, богата кровонизліями и распадомъ, содержитъ кистозныя пространства.	Опухоль походитъ въ общемъ на zona fasciculata нормального надпочечника; мѣстами она принимаетъ диффузно-клеточковый характеръ. Въ паренхиматозныхъ клеткахъ много жира.			
Nephrectomia.	Умеръ черезъ 1/2 г. послѣ операціи отъ рецидива.	Лѣвая почка превращена въ опухоль, величиной съ мужскую кулакъ; въ общемъ походитъ на предыдущую.	Во многихъ участкахъ походитъ на substant. fascicul. et glomerul. нормальн. надпочечн., мѣстами—на carcinom. simplex.			
Nephrectomia.	Смерть отъ уремій.	Лѣвая почка превращена въ опухоль, величиной съ дѣтскую головку. Опухоль состоитъ изъ отдѣльныхъ узловъ, мягкой консистенціи, богата кровонизліями и распадомъ.	Походитъ на опухоль 1-го случая. Паренхимат. клетки цилиндр. и полигон. формы, сильно инфильтрированы жиромъ. Строма—сосудистая.	Nephritis parenchimatosa...	Въ легкихъ. Похожи на главную опухоль.	
Nephrectomia.	Смерть отъ перитонита.	Верхнія 2/3 правой почки превращены въ узловатую опухоль, величиной съ дѣтскую головку. Въ опухоли много щелевидныхъ пространствъ и кровонизліи.	Опухоль походитъ на корковое вещество надпочечника; есть гигантск. клетки. Имѣющіяся въ опухоли кистозныя пространства обязаны дегенеративнымъ процессамъ.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Боголю- бовъ	?	2 года назадъ появи- лась гематурія, которая была сначала 1—2 раза въ мѣсяцъ, потомъ все чаще и послѣдніе 1½ мѣсяца по- стоянно. 1½ года спустя послѣ начала гематуріи больной сталъ испытывать боли въ лѣвой поясничной области, усилившіяся при работѣ и ходьбѣ.	Въ лѣвой почечной об- ласти прощупывается опу- холь, величиной съ ку- лакъ, съ гладкой поверх- ностью, эластической кон- систенціи, малоподвижная и болѣзненная при надав- ливаніи. При цистоскопії ничего ненормальнаго не найдено.	Боль, гемату- рія и опу- холь.	Ничего пато- логическаго не содержитъ.	Tumor renis sinistri.
2-й сл.	40 м.	9 мѣсяцевъ назадъ по- явились боли въ области лѣвой почки, иррадирую- щіе въ лѣвый пахъ и яичко. Боли были постоян- ными и временами обост- рялись. 7 мѣсяцъ спустя послѣ начала заболѣванія — гематурія, продолжавшаяся до операціи.	Въ области лѣвой поч- ки прощупывается опухоль съ гладкой поверхностью. Ballotement général выра- женъ ясно. При цистоско- пії видно, какъ изъ лѣ- ваго мочеточника выдѣ- ляется кровь.	Боль, гемату- рія и опу- холь.	Содержитъ кровь.	Tumor renis sinistri.
Видау	63 м.	С л у ч а й н а я с е к ц и о н н а я х о д к а.				
Доброволь- ская	46 м.	4 мѣсяца назадъ на- чалась гематурія, повто- рившаяся потомъ 2 раза въ мѣсяцъ; подъ конецъ значительно чаще. Кровь выдѣлялась сгустками и червеобразными сверт- ками. Нѣсколько разъ ге- матурія сопровождалась потрясающими ознобами. Временами въ поясницѣ были боли.	Въ правой половинѣ живота — опухоль, смѣ- щающаяся при дыханіи внизъ, съ бугристой по- верхностью, плотной кон- систенціи и болѣзненная при надавливаніи. При цистоскопії устье праваго мочеточника представ- ляется расширеннымъ и окруженнымъ гиперемі- рованнымъ поясомъ.	Боль, гемату- рія и опу- холь.	Изъ обѣихъ почекъ (раз- дѣлитель Luis'a) ни- чего патоло- гическаго не содержитъ.	Tumor renis dextri.

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- скій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrec- tomya (внѣбрю- шинно).	Умеръ че- резъ 3 мѣ- сяца отъ неизвѣст- ной при- чины.	Верхняя половина лѣ- вой почки превращена въ бугристую опухоль, мягкой консистенціи, желтаго и краснаго цвѣта.	Часть опухоли построе- на по типу zona fasciculat. нормальнаго надпочечни- ка, часть по типу поли- морфной саркомы, а часть носитъ железистый харак- теръ.			
Nephrec- tomya (внѣбрю- шинно).	Умеръ че- резъ 5 мѣ- сяцевъ отъ мѣтаста- зовъ и ре- цидива.	Верхняя половина лѣ- вой почки превращена въ бугристую опухоль, вели- чиной съ дѣтскую головку. Опухоль на разрѣзѣ со- стоитъ изъ бѣлыхъ, жел- тыхъ, красныхъ и корич- невыхъ участковъ.	Опухоль походитъ въ общемъ на zona fasciculata нормальнаго надпочечни- ка, хотя мѣстами теряетъ правильный, свойственный послѣдней характеръ. Въ опухоли много гигантскихъ кѣлокъ.			
		Въ правой почкѣ имѣ- ется опухоль, величиной 8×7×8 сант., состоящая изъ отдѣльныхъ узловъ желтовато-бѣлаго и жел- таго цвѣта, мягкой кон- систенціи. Мѣстами въ опухоли имѣются щеле- видныя пространства.	Опухоль состоитъ изъ капил. стромы и круглыхъ, цилиндрическихъ, бога- тыхъ жиромъ паренхима- тозныхъ кѣлокъ. Въ об- щемъ опухоль походитъ на корков. вещество над- почечн. Мѣстами въ ней много крововзліній, рас- пада и настоящихъ ки- стозныхъ образованийъ.			
Nephrec- tomya (внѣбрю- шинно).	Умерла черезъ 4 мѣсяца отъ реци- дива и ме- таста- зовъ.	Правая почка увели- чена въ 2½ раза; верх- нія 2/3 заняты бугристой, розово-бѣлаго цвѣта, опу- холью.	Опухоль состоитъ изъ долей, а каждая доля изъ альвеол., образован- ныхъ капиллярами, и вы- полненныхъ полигональн., цилиндрическими, круг- лыми и др. формы кѣт- ками, содержащими жиръ и гликогенъ. Въ опухоли много гигантскихъ кѣлокъ.			Въ сердцѣ, легкихъ и бронхіаль- ныхъ лим- фатич. железахъ. Похожи на главную опухоль.

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Driessen						
1-й сл.	34 ж.	6 лѣтъ назадъ появи- лась опухоль правой поло- вины живота, а за нѣ- сколько мѣсяцевъ до опе- раціи—сильныя боли въ области правой почки.	Въ правой половинѣ живота прощупывается бугристая, подвижная, твердая, съ брюшными и половыми органами не связанная опухоль, вели- чиной съ голову взрослого человѣка.	Боль и опу- холь.	Не содержитъ ничего пато- логическаго.	
2-й сл.	79 м.	С л у ч а й н а я	с е к ц і о н н а я	а х о д к а.		
Эрдманъ						
1-й сл.	54 м.	Поступилъ въ клинику съ опухолью въ тазу, съ параличемъ нижнихъ ко- нечностей, пролежнями и циститомъ, и вскорѣ ум.			Саркома тазовыхъ костей съ метаста- зами въ спинной мозгъ.	
2-й сл.	57 ж.	Въ теченіе нѣсколь- кихъ лѣтъ—гематурія.	Въ лѣвой половинѣ живота прощупывается опухоль.	Гема- турія и опу- холь.		

Лѣченіе	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатоми- ческій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrec- tomy per laparoto- miam.	Смерть черезъ 12 часовъ отъ крово- теченія.	Въ правой почкѣ— опухоль, величиной съ го- лову взрослого человѣка. Опухоль дольчатая, бѣло- желтаго цвѣта, эластиче- ской консистенціи, мѣ- стами распадающаяся.	Опухоль состоитъ изъ соединительнотканыхъ и сосудистыхъ альвеолъ, вы- полненныхъ полигональ- ными свѣтлыми стекловид- ными клѣтками, содержа- щими жиръ и гликогенъ. Въ опухоли много щеле- видныхъ пространствъ, выстланныхъ тѣми же клѣтками и наполненныхъ кровью. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ имѣются сосочки.	Extirpat. tumor. renis dextri. Anaemia		
		Верхняя половина од- ной изъ почекъ занята бугристой, желто-бѣлаго цвѣта опухолью, величи- ной съ дѣтскую головку.	Такъ же построена, какъ и предыдущая, но, кромѣ полигональныхъ клѣтокъ, имѣются еще ку- бическія и круглыя.			
		Въ правой почкѣ— опухоль, мягкой консис- тенціи, бѣлаго цвѣта, съ кровоизліяніями, величи- ной съ каштанъ.	Капиллярная, мѣста- ми соединительнотканная строма и большія поли- гональныя, свѣтлыя, па- ренхиматозныя клѣтки, со- держащія жиръ и глико- генъ. Капилляры идутъ то рядами, образуя ко- лонны, то сѣтеобразно.	Tumor renis dextri cum metast...	Въ позво- ночныхъ и тазовыхъ костяхъ. Первые построены по типу полиморф- ной сар- комы, а вторые по типу пери- телиомы.	
Nephrec- tomy	Смерть че- резъ нѣ- сколько недѣль.	Въ верхней половинѣ лѣвой почки — опухоль, величиной съ кулакъ. Опухоль состоитъ изъ бѣ- лыхъ, желтыхъ и крас- ныхъ участковъ.	Походитъ на преды- дущую съ тѣмъ только исключеніемъ, что многіе ея участки распались и подверглись «фиброзной метаморфозѣ».			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Федоровъ и Деревенко						
1-й сл.	50 ж.	2 года назадъ больная замѣтила въ лѣвомъ подреберьи опухоль, которая быстро исчезла; черезъ годъ и 5 мѣсяцевъ она снова появилась и стала постепенно увеличиваться. Въ теченіе 3—4 послѣднихъ мѣсяцевъ бывала изрѣдка гематурія.	Изъ подъ лѣваго ребернаго края выступаетъ огромная опухоль, занимающая лѣвую половину живота. Около пупка прощупывается отдѣльный узелъ, но какъ-бы спаянный съ опухолью. Температура 38,7—38,9°.	Гематурія и опухоль.	1700 к. с. въ сутки, кислой реакціи; содержитъ слѣды бѣлка. Въ осадкѣ: красныя кровяныя тѣльца и лейкоциты.	Neoplasma (hypernephroma) renis sin.
2-й сл.	30 ж.	Больна около 6 мѣсяцевъ періодической гематуріей, сопровождающейся коликообразными болями въ правой половине живота съ отдачей въ пахъ, второй и повышеніемъ температуры. Въ промежуткахъ между приступами гематурій больная чувствуетъ себя здоровой. Продолжительность отдѣльных приступовъ гематуріи—недѣля, промежутки между ними 1½—3 мѣс.	Правая почка представляется подвижной, увеличенной, плотноватой консистенціи, съ гладкой поверхностью. При цистоскопії изъ лѣвой почки получено 150 к. с. нормальной мочи, а изъ правой—ничего.	Боль, гематурія и опухоль.	2000 к. с. въ сутки; содержитъ безформенныя кровяныя сгустки. Въ осадкѣ много эритроцитовъ. Послѣ операціи моча нормальная.	Tumor renis dextri.
3-й сл.	27 ж.	Поступила въ гинекологическую клинику по поводу опухоли въ области labii. major. dextr. и повышен. температуры. Опухоль была разрѣзана и выскоблена; t° пала, но черезъ нѣсколько дней снова поднялась, причемъ появились сильныя боли въ лѣвомъ подреберьи и тутъ же быстро увеличивавшаяся опухоль. Больная была переведена въ хирургическую клинику.	Въ лѣвомъ подреберьи прощупывается болѣзненная и флюктуирующая опухоль, доходящая кнутри до пупка и книзу на 2 пальца ниже его. При катетераціи изъ лѣваго мочеточника за 6 час. не получилось ни капли мочи.	Боль, гематурія и опухоль.	Содержитъ кровь.	Сначала бартолинитъ; потомъ: haematonephrosis sinistra.

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrectomia (per laparotomiam).	Смерть черезъ нѣсколько часовъ при явленіяхъ паралича сердца.	Лѣвая почка превращена въ опухоль, величиной 21 × 13 × 12 сант. Опухоль мягкой консистенціи, состоитъ изъ желтыхъ, аспидно-сѣрыхъ и бурокрасныхъ участковъ; мѣстами въ ней много распада и экстравазатовъ. Опухоль проросла art. et ven. renalis et suprarenalis.	Опухоль походитъ на корковую субстанцію нормального надпочечника.	Laparotomia et nephrectomia.	Въ легкихъ, печени и клетчаткѣ таза.	
Nephrectomia (черезъ поясничный разрѣзъ).	Выписана на 35-й день съ небольшимъ свищемъ.	Центръ правой почки занятъ опухолью, величиной 3½ × 3 сан. Опухоль представляется пестрой на разрѣзѣ, такъ какъ состоитъ изъ красныхъ, бурочерныхъ, желтоватобѣлыхъ и желтоваторозовыхъ участковъ.	Капиллярная строма цепенхиматозныя клетки, похожія на клетки subst. glomer. Въ опухоли имѣются кисты съ капиллярными образованиями.			
Nephrectomia (черезъ поясничный разрѣзъ).	Смерть черезъ нѣсколько часовъ (опухоль не удалена).	Лѣвая почка занята узловой опухолью, мягкой консистенціи, красноватаго и бѣлаго цвѣта. На соотвѣтственной сторонѣ имѣется гематонепрозъ.	Строма образована капиллярами, распределенными въ видѣ сѣти, и выполнена эпителиальными клетками со свѣтлой протоплазмой, похожими на клетки надпочечника. Въ опухоли много экстравазатовъ.	Neoplasma renis sinistri cum metastas. Pyelitis dextr...	Въ около- вагалищ- ной клет- чаткѣ.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптома	Моча	Клиническій диагнозъ
Федоровъ и Деревенко						
4-й сл.	47 м.	7 мѣсяцевъ назадъ— гематурія съ болью и рѣзью при мочеиспусканіи; выдѣлились червеобразные кровяные сгустки, длиною около 2-хъ вершк., и нѣсколько камешковъ. Съ тѣхъ поръ у больного ноющая боль въ лѣвомъ боку.	Изъ подъ праваго ре- бернаго края выпячива- ется большая, малопод- вижная, мягко упругой консистенціи опухоль, про- стирающаяся книзу до уровня пупка. (Въ другой клиникѣ не задолго передъ этимъ у больного найдены туберкулезныя бациллы въ мочѣ и мокротѣ).	Боль, гемату- рия и опу- холь.	Моча правой почки щелоч- ная, съ кровью, гноемъ и ту- беркул. пал. Изъ лѣвой— моча нормаль- ная. Флоридзи- новая проба справа 0,06%, слѣва 0,30%.	Tubercu- losis renis dextri.
5-й сл.	50 ж.	Больна около года бо- лями въ правомъ боку, опухолью тамъ же и пе- ремежающейся гематуріей.	Изъ подъ праваго ре- бернаго края выпячива- ется малоподвижная, без- болѣзненная, плотная, съ гладкой поверхностью опу- холь, доходящая книзу до уровня пупка. При цисто- скопіи въ пузырь измѣ- неній не найдено.	Боль, гемату- рия и опу- холь.	Содержитъ кровь. Флори- данновая про- ба: справа 0,40%, слѣва 0,75% сахара.	Tumor renis dextri
6-й сл.	37 ж.	3 года назадъ боль- ная послѣ ушиба стала испытывать боли въ пра- вомъ боку, крестцѣ и по- гѣ. 2½ года спустя—1-я гематурія, продолжавшаяся 2 дня и повторившаяся черезъ 2½ мѣс. Вскорѣ послѣ 1-й гематурии кон- статирована врачомъ опухоль въ правомъ подреберьи.	Въ правой половинѣ живота, прощупывается подвижная, съ гладкой поверхностью, плотно уп- ругая опухоль, величи- ной съ дѣтскую головку. Опухоль прощупывается и со стороны поясницы.	Боль, гемату- рия и опу- холь.	1500—1800 к. с. въ сут.; удѣльн. вѣсъ 1010; слабо- кисл. реакц. съ бѣлкомъ. Моча изъ пра- вой почки со- держитъ бѣ- локъ, а въ осадкѣ не- много лейко- цитовъ, эри- троцитовъ и гидиновыхъ цилиндровъ. Моча изъ лѣ- вой почки отличается только тѣмъ, что не со- держитъ ци- линдровъ.	Hyperne- phroma renis dextri.

Лѣчение	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- скій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrec- tomia (черезъ поясничн. разрѣзъ).	Смерть черезъ 9 м. отъ исто- щенія вслѣдствіе частыхъ кровотече- ній изъ не- закрившаго свища.	Правая почка превра- щена въ опухоль, величи- ной съ голову взрослого человѣка. Цвѣтъ опухоли на разрѣзѣ желтоват., мѣ- стами красноватый и крас- новато-бурый. Консистен- ція рыхлая. Распада въ опухоли много.	Капиллярная, альвео- лярная строма и сидяція на капиллярахъ въ 1—2 слоя большія, полигональ- ныя эпителиальныя клѣт- ки съ 1-мъ крупнымъ, круглымъ свѣтлымъ, рѣзко контурированнымъ ядромъ, въ центрѣ котораго имѣет- ся крупное темное ядрышко.			
Nephrec- tomia (черезъ поясничн. но со вскрыті- емъ брюш- ной по- лости).	Смерть черезъ 6 м. при явля- ніяхъ на- растаю- щей сла- бости и обильномъ кровоте- ченіи изъ свища, оставша- гося послѣ операциі.	Въ правой почкѣ— опухоль, величиной 14× 8 сант. Опухоль бугри- ста, цвѣтъ ея отъ жел- таго до темно-багроваго. Въ опухоли много распада и кистовидныхъ полостей, выполненныхъ кровяни- стымъ содержимымъ. Опу- холь прорасла лоханку.	На капиллярахъ стро- мы сидятъ эпителиальныя клѣтки съ свѣтлой прото- плазмой и мелкозерни- стымъ желтоватымъ пиг- ментомъ. Клѣтки больше клѣтокъ мочевыхъ канал- цевъ. Въ общемъ опухоль походитъ на zona fasci- culat, нормального надпо- чечника. Въ опухоли много гиалинизированныхъ участковъ.			
Nephrec- tomia (черезъ пояснич- ный раз- рѣзъ, но со вскры- тіемъ брю- шины).	Выписа- лась на 19-й день здоровой.	Правая почка пре- вращена въ опухоль, ве- личиною 14×8 сант. Кон- систенція опухоли мяг- кая, цвѣтъ мѣстами жел- товатый, мѣстами насы- щенно-красный и красно- бурый.	Въ «зрѣлыхъ» участ- кахъ опухоль построена по типу альвеолярной аде- номы, въ «зонѣ первична- го роста» имѣетъ папил- лярный типъ строенія. Паренхиматозныя клѣтки— эпителиальнаго характера, разнообразной величины и формы, со свѣтлой стекловидной протоплаз- мой. Мѣстами имѣются кисты, выстланныя ку- бическими и полигональ- ными эпителиальными клѣтками. Въ опухоли много экстравазатовъ.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Федоровъ и Деревенко						
7-й сл.	40 ж.	Больна около 3-хъ л. перемежающейся гематурией, которая была сначала редкой, но послѣдній годъ частой и обильной; послѣдній же годъ появились боли въ лѣвомъ подреберьи, учащенные позывы къ мочеиспусканию и общее недомоганіе.	Въ лѣвомъ подреберьи прощупывается большая, мягко-упругая, подвижная и мало болѣзненная при давленіи опухоль.	Боль, гематурия и опухоль.	Моча правой почки слабо кислая, со слѣдами бѣлка; въ осадкѣ содержитъ много эритроцитовъ и мало лейкоцитовъ. Моча лѣвой почки отличается тѣмъ, что содержитъ много лейкоцитовъ и мало эритроцитовъ. Флоридзиновая проба: справа 0,32%, а слѣва ничего. Послѣ операціи моча нормальная.	Tumor renis sinistri.
8-й сл.	54 м.	Нѣсколько недѣль тому назадъ появилось ощущение тяжести и колотья въ подложечной области, которое стало постояннымъ и не зависѣло отъ принятія пищи; вскорѣ послѣ начала заболѣванія больной замѣтилъ опухоль въ лѣвомъ подреберьи и кровь въ мочѣ.	Въ лѣвой половинѣ живота прощупывается опухоль, величиной съ дѣтскую головку, неподвижная при дыханіи, мягко-упругой консистенціи. Верхній конецъ опухоли уходитъ въ подреберье, а внутри опухоль не доходитъ на 2 пальца до средней линіи, а снизу на палецъ выше spin. anter. super. Кнутри отъ опухоли прощупывается въ подложечной области твердое круглое тѣло, величиной съ куриное яйцо.	Боль, гематурия и опухоль.	Моча правой почки кислой реакціи, съ бѣлкомъ 12‰; въ осадкѣ: гліановые, эпителиальные и зернистые цилиндры. Моча лѣвой почки съ бѣлкомъ 4‰; въ осадкѣ: немного гнойныхъ тѣлецъ, много эритроцитовъ и цилиндровъ. Флоридзиновая проба сахара не дала.	Hypernephroma renis sinistri.

Лѣченіе	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrectomia (вѣбрю- шинно).	Черезъ 2 мѣсяца послѣ опе- раціи вы- писана здоровой.	Въ верхней половинѣ лѣвой почки — опухоль, величиной съ крупное яблоко; опухоль превратилась въ кисту съ кашецеобразнымъ кровянистымъ содержимымъ, на стѣнкѣ которой уцѣлѣлъ слой опухолевой ткани.	Альвеолярная капиллярная строма и паренхиматозныя кѣтки, имѣющія большое сходство съ кѣтками коркового слоя надпочечника. Въ кѣткахъ — жиръ и гликогенъ.			
Laparotomia pro- batoria.	Смерть на 25-й день при явле- ніяхъ по- степенна- го упадка силъ.	Въ нижней половинѣ лѣвой почки имѣется опухоль, состоящая изъ сѣро-бѣлыхъ плотныхъ и распавшихся гнойвидныхъ участковъ.	Альвеолярная строма и эпителиальная со свѣтлой протоплазмой кѣтки.	Neoplasma renis sinistri. Degener. amyloid. lienis, renis et hepatis...	Въ легкихъ.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Füchte	56 ж.	Около 6 лѣтъ у больной—опухоль, которую долгое время относили къ селезенкѣ. Болей опухоли не причиняла. За 7 мѣсяцевъ до операціи—гематурия продолжавшаяся 3 недѣли. Въ послѣднее время б. похудѣла.	Въ лѣвомъ подреберьи прощупывается опухоль, величиной съ дѣтскую головку. Опухоль безболѣзненная, подвижная, бугристая, при дыханіи опускающаяся книзу. При перкуссии даетъ притупленіи. звукъ, переходящ. въ тупость селезенки.	Гематурия и опухоль.	Ничего патологическаго не содержитъ.	Tumor renis sinistri.
Funccius	53 ж.	2 1/2 года назадъ появились сильныя боли въ животѣ, особенно въ правомъ подреберьи; черезъ годъ послѣ заболѣванія—задержка мочи, потомъ гематурия, сопровождавшаяся сильными болями.	Въ полости живота прощупывается опухоль, твердой консистенціи, подвижная во все стороны; нижняя граница опухоли sumph. rub., верхняя на три поперечныхъ пальца не доходитъ до пупка; подъ лѣвой реберной дугой прощупывается другая, малоподвижная, величиной съ яблоко; на мѣстѣ перехода впадалъ въ матку прощупывается третья опухоль.	Боль, гематурия и опухоль.	Содержитъ слѣды бѣлка.	Множественная злокачественная опухоль живота, исходящая отъ почки или яичника.
Grawitz 1-й сл.	40 м.	12 лѣтъ назадъ появилось чувство тяжести въ области мочевого пузыря при мочеиспусканіи и мутная моча, въ которой много было слизи и плоскихъ эпителиальныхъ клетокъ; поставленъ діагнозъ пиелита и предпринято соответственное лѣченіе, не давшее никакого результата. 7 лѣтъ спустя—перемежающаяся гематурия, а за 2 года до смерти—опухоль живота и чувство онемѣнія въ лѣвой ногѣ.	Въ области селезенки констатирована круглая, мягкая, флюктуирующая опухоль, вынычивающая лѣвое подреберье. При пробной пункции получена мутная жидкость съ кристал. холестерина. Пункция повторена была нѣсколько разъ и въ послѣдней найдена примѣсь мочи.	Боль, гематурия и опухоль.	Содержитъ кровь, слизь, эпителии, пузыри, круглыя, овальныя, зернистыя клетки и ворсинки, покрытыя такими же клетками.	

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Лѣвая почка превращена въ бугристую опухоль, величиной 18,5×11×9 сант. Опухоль состоитъ изъ отдѣльных узловъ и имѣетъ пестрый видъ на разрѣзѣ: желтые участки чередуются съ сѣро-красными и сѣро-бѣлыми.	Часть опухоли построена по типу надпочечника, часть по типу фибросаркомы.	Tumor renis sinistri cum metastas...	Въ почкѣ, легкиихъ, селезенкѣ, диафрагмѣ и желудкѣ.	
		Узловатая опухоль подковообразной почки.	Опухоль походитъ на zona glomerulosa нормального надпочечника и содержитъ железистыя образования. Строма мѣстами гиалиново перерождена.	Опухоль подковообразной почки съ метастазами...	Въ поджелудочной железнѣ, печени и яичникѣ. Построены также, какъ главная опухоль.	
		Лѣвая почка превращена въ опухоль, величиной 25×20 сант., представляющую изъ себя, за небольшимъ исключеніемъ, мѣшокъ, наполненный распадаемъ.	Опухоль походитъ на корковое вещество нормального надпочечника. Паренхиматозныя клетки, полигональной формы, эпителиальнаго типа, содержатъ жиръ и располагаются рядами.	Tumor renis sinistr. cum metastas...	Въ забрюшинныхъ лимфат. железахъ, легкиихъ и правой почкѣ; походятъ на главную опухоль.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Grawitz						
2-й сл.	53 ж.	С л у ч а й н а я с е к ц и о н н а я				
Gatti						
1-й сл.	62 ж.	8 лѣтъ назадъ упала и ушибла себя правый бокъ, гдѣ появились сильныя боли, черезъ нѣсколько дней покоя исчезнувшія. 6 лѣтъ спустя—тупыя тягостныя боли подъ правой реберной дугой и гематурия. Годъ спустя замѣчена въ правомъ подреберьи опухоль. Последній годъ боли въ правомъ боку непрерывно.	Въ правомъ подреберьи прощупывается бугристая, эластической консистенціи, болѣзненная при сильномъ давленіи опухоль; величиной съ дѣтскую головку. Температура утромъ 37,5°, вечер. 38°.	Боль, гематурия и опухоль.	750—1000 к. с. въ сутки. Мочевины 21—24,0. Бѣлка и сахара нѣтъ. Уд. вѣс. 1020.	Neoplasma renis dextri.
2-й сл.	58 м.	3 года назадъ—сильный ушибъ правой поясничной области. 8 мѣсяцевъ назадъ—безпричинная гематурия, а спустя 2 мѣсяца сильныя боли въ правомъ подреберьи. Съ того времени и боли и гематурия периодически продолжаются. За 5 мѣсяцевъ до операціи замѣчено въ правомъ подреберьи затвердѣніе.	Въ правомъ подреберьи прощупывается бугристая, твердая, подвижная при дыханіи и мало болѣзненная опухоль, величиной съ кулакъ. Толстыя кишки впереди опухоли.	Боль, гематурия и опухоль.	1000—1200 к. с. въ сутки, со слѣдами бѣлка; мочевины 24,0 gromil. Подъ микроскопомъ кровь.	Tumor renis dextri.
Geiss	50 м.	7 мѣсяцевъ назадъ—внезапная гематурия, продолжавшаяся 4 дня. Послѣ этого она повторилась 5 разъ. Болей не было, но послѣднее время—чувство тяжести въ лѣвой поясничной области.	Въ лѣвой половинѣ живота бугристая, нѣсколько подвижная опухоль, исчезающая вверху подъ реберной дугой. Надъ опухолью тимпанитъ. Balotement rénal выраженъ ясно.	Боль, гематурия и опухоль.	Кислая, мутная, со слѣдами бѣлка, уд. в. 1017. Подъ микроскопомъ много бѣлыхъ и немного красныхъ кровяныхъ шариковъ. Мочевины на 1950 к. сан. мочи—32,424.	Tumor renis sinistr. (struma suprarenalis).

Лѣченіе	Посходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатоми- ческій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
х о д к а.		Правая почка увеличена втрое. Въ верхней половинѣ ея — опухоль, мягкой консистенціи, молочно бѣлаго, частью краснаго и сѣро желтаго цвѣта.	Опухоль походитъ на корковую субстанцію надпочечника.	Liposarcoma myxomatodes renis dextri...		
Nephrectomia (въ брюшинно).	Выписанъ здоровымъ. Спусти 8 мѣсяцевъ послѣ операціи здоровъ.	Правая почка, величиной въ 2 1/2 раза больше нормальной, превращена въ опухоль, состоящую изъ отдѣльных узловъ, мягкой консистенціи, сѣро краснаго, сѣро желтаго и чернаго цвѣта. Часть опухоли имѣетъ порозный видъ.	Нѣжная капиллярная или соединительн. тканная строма и полигональныя свѣтлыя съ большимъ ядромъ и ядрышкомъ кѣтки. Въ кѣткахъ — жиръ, гликогенъ и лецитинъ. Въ опухоли много щелевидныхъ пространствъ, обязанныхъ распаду.			
Nephrectomia (въ брюшинно).	Выписанъ здоровымъ и остается таковымъ въ теченіи послѣдующихъ 6 м.	Нижняя половина правой почки занята опухолью, состоящей изъ отдѣльных узловъ, твердой и мягкой консистенціи, бѣлаго, сѣраго и желтаго цвѣта.	Опухоль походитъ на корковую субстанцію надпочечника. Кѣтки содержатъ жиръ и гликогенъ. Въ опухоли много щелевидныхъ пространствъ, обязан. распаду.			
Nephrectomia (въ брюшинно).	Черезъ 3 мѣсяца рецидивъ, отъ котораго больной скончался.	Въ нижней половинѣ лѣвой почки — опухоль, величиной съ кулакъ, желтаго и чернаго краснаго цвѣта.	Походитъ на корковое вещество надпочечника. Кѣтки велики, отличаются полиморфизмомъ и содержатъ много гликогена.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Grosheintz						
1-й сл.	24 ж.	За 8 мѣсяц. до смерти появились острые боли въ лѣвой поясничной области, а потомъ и въ правой рукѣ. Вскорѣ послѣ этого больная замѣтила у себя опухоль. Боли были сначала періодическими, а потомъ приняли постоянный характеръ. 4 мѣсяца спустя послѣ начала заболѣванія — сильная гематурия, повторившаяся черезъ мѣсяцъ. У матери больной — cancer mammae.	Въ лѣвомъ подреберьи прощупывается опухоль, съ гладкой поверхностью, при перкуссии дающая притупленіе. Опухоль лежитъ позади colon, но со стороны поясницы не прощупывается. Въ грудной части позвоночника кифозъ. Парезъ пузыря и нижнихъ конечностей. Пателлярные рефлексы повышены.	Боль, опухоль и гематурия.	При катетер. моча изъ лѣвой въ $\frac{3}{4}$ ч. выдѣлилась въ количествѣ нѣсколькихъ капель и содержала гнойныя и красныя кровяныя тѣльца; мочи изъ правой почки было 5 к. с.; въ ней отмѣчено только немного красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. При вторичной катетеризаціи изъ правой почки выдѣлилось много мочи, въ то время какъ изъ лѣвой нѣсколько к. с.	Hypernephroma gland. suprarenalis.
2-й сл.	43 м.	5 лѣтъ назадъ — лѣво-сторонняя почечная колика съ отхожденіемъ камней. Съ того времени частыя колики въ лѣвой поясничной области и временами кровь въ мочѣ. За 10 дней до операціи больной констатировалъ у себя опухоль.	Въ лѣвомъ подреберьи прощупывается мягкая, бугристая опухоль, имѣющая форму селезенки, хотя вырѣзка и острый край не опредѣляются. При раздуваніи толстыхъ кишекъ опухоль отклоняется къзади и въ сторону, и на мѣстѣ опухоли получается тимпанитъ. При рентгеноскопії получается на мѣстѣ опухоли слабая тѣнь.	Боль, опухоль и гематурия.	Содержитъ кровь.	Tumor renis sinistri.

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Лѣвая почка превращена въ опухоль, величиной въ 2 кулака. Вся опухоль за исключеніемъ нижняго конца подверглась распаду; сохранившаяся часть желто-краснаго цвѣта съ многочисленными кровоизліяніями.	Соединительно-тканая, съ большимъ количествомъ капилляровъ, строма и большія полигональныя, содержащія жиръ, паренхиматозныя кѣтки.	Hypernephroma malignum renis sinistr. cum metast...	Въ плечевой кости, ребрахъ, позвоночныхъ, тазовыхъ костяхъ. Въ гистологическомъ отношеніи походятъ на главную опухоль.	
Nephrectomia (вѣбрюшинно).	Смерть черезъ 5 дней при явленіяхъ сердечной слабости.	На мѣстѣ лѣвой почки и надпочечника — опухоль, величиной съ дѣтскую головку. Опухоль состоитъ изъ отдѣльных узловъ, часть которыхъ превратилась въ каменную массу.	Опухоль состоитъ изъ альвеолъ, образованныхъ нѣжной соединительной тканью и капиллярами и выполненныхъ большими полигональными сильно инфильтрированными жиромъ кѣтками.	Status post extirpation. tumor. renis et glandul. suprarenalis. Cor adiposum...	Въ легкихъ.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Grosheintz 3-й сл.	65 ж.					
4-й сл.	89 м.	С л у ч а й н а я	с е к ц і о н н а я	н а х о д к а.		Retent. urinae, hypertro- phia pro- stat. et pneumonia hypostat.
Graupner	55 м.	2 года назадъ у боль- ного появилась опухоль и періодическая гемату- рія. Последніе 3 мѣсяца опухоль стала сильно ра- сти, появился легкій отекъ нижнихъ конечностей и общее исхуданіе.				
Hoffmann 1-й сл.	56 м.	2 года назадъ появи- лись боли въ лѣвой ногѣ, а не задолго до смерти параличъ лѣвой руки.	Въ области желчнаго пузыря прощупывается опухоль, величиной съ ку- лакъ. Опухоль плотная, бугристая, подвижная при дыханіи. Тупость ея сли- вается съ тупостью пе- чени. Въ области пояс- ницы ничего ненормаль- наго.	Боль.	Не содержитъ ничего пато- логическаго.	

Лѣченіе	Исходъ операци и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатоми- ческій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrec- tomy (внѣбрю- шинно).	Смерть послѣ опе- раціи.	Опухоль правой поч- ки, величиной съ яйцо страуса. Опухоль состо- итъ изъ отдѣльных уз- ловъ, величиной отъ лѣс- ного орѣха до дѣтскаго кулака. Видъ опухоли на разрѣзѣ пестрый, такъ какъ она состоитъ изъ желтыхъ, красныхъ, сѣ- рыхъ и бѣлыхъ участковъ.	Паренхима опухоли разбита мѣстами на аль- веолы, мѣстами на ци- линдры; мѣстами же опу- холь носитъ саркоматоз- ный характеръ. Строма и паренхиматозныя клѣт- ки такія же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ.	Degenera- tio adipos. cordis. Endocar- dit. vulv. aort...	Въ забрю- шинныхъ лимфати- ческихъ железахъ, печени и легкихъ.	
		На верхнемъ полюсѣ лѣвой почки — опухоль, величиной съ кулакъ. Цвѣтъ опухоли на раз- рѣзѣ желто-красный и красный.	Опухоль походитъ на предыдущую.	Hyperne- phromare- nis sinistr. Hypertr. prost...		
		Лѣвая почка превра- щена въ опухоль, вели- чиной 20×13×10 сант., состоящую изъ отдѣльных узловъ золотисто-желтаго цвѣта.	Нѣжная соединительно- тканная, богатая сосу- дами строма и большія паренхиматозныя полиго- нальныя клѣтки, идущія рядами. Въ общемъ по- ходитъ на корковую суб- станцію надпочечника. Гіалиново перерожденная въ нѣкоторыхъ мѣстахъ строма придаетъ опухоли характеръ цилиндромы.			
		На верхнемъ полюсѣ правой почки сѣро-бѣ- лаго цвѣта узелъ, вели- чиной съ воложскій орѣхъ.	«Злокачественная ги- пернефрома».	Hyperne- phroma renis dextri cum metastas...	Въ лег- кихъ, пле- врѣ, реб- рахъ, бронхіаль- ныхъ лим- фатическ. железахъ, селезенкѣ, шейкѣ бедрѣ и мозгу.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главнѣе симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Graupner 2-й сл.	60 ж.	$\frac{1}{2}$ года назадъ появилась припухлость на стѣнкѣ влагалища, 4 мѣсяца спустя — опухоль на внутренней поверхности бедра, величиной съ яблоко.	При входѣ въ мочеиспускательный каналъ — опухоль, величиной съ воложскій орѣхъ, переходящая на стѣнку влагалища; кромѣ того имѣется опухоль на внутренней поверхности бедра, величиной съ яблоко. Въ лѣвой почечной области констатируется «резистентность».	Иногда нормальная, иногда содержитъ бѣлокъ, лейкоциты, красные кровяные шарики и эпителиальныя кѣтки.		Carcinoma vaginae cum metast. in cut.
Hildebrand 1-й сл.	47 ж.	Больной страдаетъ въ теченіе 8-ми лѣтъ перемежающейся гематуріей. Въ началѣ заболѣванія гематурія была настолько сильной, что заставила, вслѣдствіе незнанія источника кровотеченія, прибѣгнуть къ sectia alta. Гематурія повторялась каждыя 3—4 недѣли.	Правая почка представляется увеличенной. Изъ праваго мочеточника выдѣляется кровавая моча.	Гематурія и увеличенная почка.	Содержитъ кровь и бѣлокъ.	Tuberculis renis dextri.
2-й сл.	39 ж.	Въ теченіе 8-ми мѣсяцевъ — гематурія.	Въ правомъ подреберьи прощупывается твердая, бугристая опухоль, величиной съ мужскую голову.	Гематурія и опухоль.	Временами съ кровью и бѣлкомъ, временами безъ нихъ. Послѣ операціи моча нормальная.	Tuberculis renis dextri. (палочки смегмы по ошибкѣ были приняты за туберкулезныя бациллы).
Horn 1-й сл.	68 ж.	С л у ч а й н а я с е к ц и о н н а я				н а

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Въ лѣвой почкѣ — опухоль, величиной съ дѣтскій кулакъ, состоящая изъ отдѣльных узловъ, нестраго вида на разрѣзѣ.	«Злокачественная гипернефрома».	Hypernephroma ren. sinist. cum metast...	Въ легкихъ, влагалищѣ, забрюшинныхъ лимфатич. железахъ и бедрахъ.	
Nephrectomia.	Смерть черезъ $\frac{1}{2}$ часа отъ остраго малокровія.	* Дольчатая опухоль праваго почки, мягкой консистенціи, синеватого, мѣстами желтаго цвѣта, величиной съ мужскую голову.	Капиллярная, альвеолярная строма, въ которой сидятъ богатые жиромъ и гликогеномъ полигональныя и круглыя кѣтки. Въ общемъ опухоль походитъ на ткань надпочечника.	Anaemia...	Въ перипортальныхъ лимфатическихъ железахъ.	Для останковъ сильнаго кровоте-ченія вскрыта брюшная полость.
Nephrectomia (внѣбрюшинно).	Здоровъ въ теченіе 1 г. 9 мѣс. послѣ операціи.	П о х о д и т ь н а	п р е д ы д у щ у ю.			
х о д	к а.	На нижнемъ полюсѣ имѣется круглая, дольчатая опухоль, $1\frac{1}{2}$ сант. въ діаметрѣ.	Въ молодыхъ участкахъ походить на надпочечникъ, въ болѣе старыхъ уклоняется отъ такого строенія вслѣдствіе появленія кистозныхъ пространствъ, обзанныхъ дегенерациіи центральныхъ кѣтокъ.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Норн 2-й сл.	89 ж.	И с т о р	і н б о	л ѣ	з н	п н
3-й сл.		»	»	»	»	»
4-й сл.		С л у ч а й н а я	с е к ц і	о н н а я	н а	
5-й сл.	37 м.	И с т о р	і н б о	л ѣ	з н	п н
6-й сл.		С л у ч а й н а я	с е к ц і	о н н а я	н а	
7-й сл.		И с т о р	і н б о	л ѣ	з н	п н
8-й сл.	40 м.	С л у ч а й н а я	с е к ц і	о н н а я	н а	

Лѣченіе	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описание	Краткое микроскопическое описание	Патолого- анатоми- ческой діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
лѣ	т ѣ	Въ одной изъ почекъ— узловатая опухоль.	Молодые участки по- хожи на zona fasciculata et glomer. нормального надпочечника. Строма— нѣжная соединительно- тканная.			
»	»	Въ одной изъ почекъ— опухоль, величиной съ яблоко.	Походить на предыду- щую, хотя строма обра- зована не нѣжными, а грубыми соединительно- тканными волокнами.			
х о д	к а.	Въ одной изъ почекъ имѣется небольшая опу- холь, окруженная со всѣхъ сторонъ почечной парен- химой.	Въ периферическихъ участкахъ опухоль похо- дитъ на корковую суб- станцію нормального над- почечника, въ централь- ныхъ носитъ саркоматоз- ный характеръ.			
лѣ	т ѣ	Въ лѣвой почкѣ—опу- холь, величиной съ голову взрослага человека, со- стоящая въ центрѣ изъ распада и экстравазатовъ. Опухоль проросла нижнюю полую вену.	Походить на предыду- щую, хотя мѣстами въ ней имѣются папиллярныя раз- растанія.			
х о д	к а.	Въ правой почкѣ— опухоль, 1 сант. въ ді- аметрѣ.	Въ периферическихъ участкахъ походить на корковое вещество нор- мального надпочечника; въ центральныхъ же носитъ кистозно-папиллярный ха- рактеръ.			
н ѣ	т ѣ	Кистознаго характера опухоль одной изъ почекъ.	Опухоль походить мѣ- стами на zona fasciculata, мѣстами на carcinom.			
х о д	к а.	Въ нижней половинѣ одной изъ почекъ имѣется опухоль, 1 ³ / ₄ сант. въ ді- аметрѣ, мягкой конси- стенціи, красно-коричне- ваго цвѣта на периферіи и темноватаго въ центрѣ.	На периферіи опухоль построена по типу zona fasciculat. нормального надпочечника. Въ центрѣ она отличается богатыми кровоизліяніями и состо- итъ изъ веретенообраз- ныхъ клѣтокъ, среди ко- торыхъ много канилля- ровъ.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Horn 9-й, 10-й, 11-й и 12-й сл.		С л у ч а й н а я	с е к ц і о н н а я			н а
Kusmik 1-й сл.	57 м.	Въ теченіе нѣсколь- кихъ мѣсяцевъ 3 раза гематурія при незначи- тельномъ чувствѣ напри- женія въ лѣвой бедренной области. Раньше болѣлъ lues'омъ и гонор.	Въ лѣвомъ подреберьи прощупывается бугристая опухоль, величиной съ мужской кулакъ, при пер- куссии дающая тимпанитъ. При цистоскопії пузырь представляется нормаль- нымъ.	Гема- турія и опу- холь.	Ничего пато- логическаго.	Hydrone- phrosis si- nistr.
2-й сл.	54 ж.	Годъ назадъ—безпри- чинная и безболѣзнен- ная гематурія, повторяв- шаяся потомъ каждыя 2 недѣли съ продолжитель- ностью въ 1—2 дня. Че- резъ 9 мѣс. отъ начала заболѣванія замѣтила въ правой половинѣ живота безболѣзненную опухоль.	Въ правой половинѣ живота—безболѣзненная, мало подвижная, бугри- стая, величиной съ дѣт- скую головку, опухоль, простирающаяся отъ ре- берной дуги до тазовыхъ костей и до бѣлой линіи. При перкуссии опухоли по сосковой линіи—тим- панитъ, по подмышечной— притупленіе.	Гема- турія и опу- холь.	Кислая, удѣльный вѣсъ 1024, мутная съ бѣлкомъ. Въ осадкѣ много гнойныхъ тѣ- лецъ и эри- троцитовъ.	Tumor re- nis dextri.
Koerber	73 м.	2 года назадъ была ампутация по поводу опу- холи бедра.				
Kelly 1-й сл.	64 м.	С л у ч а й н а я	с е к ц і о н н а я			н а

Лѣченіе	Исходъ операци и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатоми- ческій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
х о д к а.			Походить на zona fas- cicul. et glomer. нор- мального надпочечника.			
Nephrec- tomia (внѣбрю- шинно).	Выписанъ здоровымъ.	Въ нижней половинѣ лѣвой почки имѣется опу- холь, плотной консистен- ции, состоящая изъ отдѣль- ныхъ узловъ; цвѣтъ опу- холи на разрѣзѣ темный, красноватый, темно-крас- ный и коричнево-крас- ный. Въ опухоли—много- численныя полости, вели- чиной до просяного зер- на, наполненныя кровью или желеобразной массой.	Альвеолярная соеди- нительно-тканная, мѣста- ми капиллярная строма, выполненная большими угловатыми съ прозрач- ной протоплазмой клѣт- ками. Въ нѣкоторыхъ аль- веолахъ имѣются непра- вильной формы просвѣты, содержащіе часто кровь. Въ клѣткахъ—жиръ.			
Nephrec- tomia (внѣбрю- шинно).	Въ тече- ніи 1 г. послѣ опе- раціи чув- ствовала себя хо- рошо, но потомъ уремія и вскорѣ смерть.	Въ верхней половинѣ правой почки—опухоль, величиной съ кокосовый орѣхъ, дольчатая. Цвѣтъ опухоли на разрѣзѣ жел- тый съ темно-красными участками. Опухоль бо- гата старыми и свѣжими кровоизлияніями и рас- падомъ.	Опухоль носитъ аль- веолярный характеръ. Между капиллярами стро- мы лежатъ большія, по- хожія на надпочечныя, клѣтки полигональной формы, богатыя жиромъ съ большимъ пузырько- виднымъ ядромъ, съ 1—2 интензивно-окрашенными ядрышками.			
х о д к а.		Лѣвая почка превра- щена въ опухоль, вели- чиной 16×10×11 сант.	Опухоль походить на корковое вещество над- почечника.		Въ лег- кихъ, плеврѣ и ребрахъ.	
х о д к а.		Въ корковомъ веще- ствѣ лѣвой почки имѣ- ется рѣзко ограничен- ная опухоль, величиной съ зерно боба. Цвѣтъ опухоли на разрѣзѣ жел- товато-бѣлый.	Походить на корковое вещество нормального надпочечника.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Kelly. 2-й сл.	59 м.	И с т о р і и	б о л ѣ з н и	н ѣ т ѣ.		Pleuritis absoluta sinistra, bronchitis acuta.
3-й сл.	50 м.	»	»	»	»	Tumor lienis et anaemia gravis.
4-й сл.	54 ж.	»	»	»	»	Sarcoma renis dextri.

Лѣченіе	Исходъ операци и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомич- ескій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Въ лѣвой почкѣ— опу- холь, величиной съ ку- лакъ. Опухоль мягкой консистенціи, бѣлаго цвѣ- та, въ центрѣ распавша- яся.	Опухоль походитъ на корковое вещество нор- мального надпочечника. Клѣтки отличаются поли- морфизмомъ, сильно ин- фильтрированы жиромъ и имѣютъ тѣсное отно- шеніе къ сосудистой стро- мѣ. Въ опухоли много некрозовъ и экстраваза- товъ. Многіе сосуды вы- полнены опухолевыми клѣтками.	Hyperne- phromare- nissinistri. Pleuritis absoluta sinistra...	Въ лег- кихъ. По- строены такъ же, какъ и главная опухоль.	
		Лѣвая почка превра- щена въ опухоль, вели- чиной съ яйцо страуса. Опухоль бугристая, бѣ- лаго, мѣстами желтого цвѣта, съ кровоизліяні- ми, мягкой консистенціи, прорасла почечную вену и мочеточникъ.	Капиллярная строма образуетъ сѣть, петли ко- торой выполнены боль- шими эпителиальными, цилиндрическими и поли- гональными клѣтками, си- дящими прямо на капил- лярахъ. Въ опухоли на- блюдается большая на- клонность къ дегенера- тивнымъ процессамъ и геморрагіи.	Hyperne- phromare- nissinistri; anaemia gravis...		
		Правая почка превра- щена въ опухоль, вели- чиной съ дѣтскую головку. Оп.—мягкой консистен- ции, свѣтло коричневаго цвѣта на разрѣзѣ, бога- тая распадами и экстрава- затами, прорасла почеч- ную и нижнюю полую вену.	Походитъ на преды- дущую.	Hyperne- phromare- niss dextri cum me- tas...	Въ лег- кихъ. По- строена такъ же, какъ мате- ринская ткань.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Каблуковъ	48 м.	Поступилъ съ жалобами на опухоль живота и боли въ правой поясничной области, отдававшія въ ногу по ходу сѣдалищнаго нерва. Появились боли послѣ ушиба правой поясничной области 3 года тому назадъ. 2½ года спустя послѣ начала заболѣванія констатирована врачами правая блуждающая почка.	Въ правой половинѣ опухоль, распространяющаяся отъ реберной дуги до Пупартовой связки; внутри опухоль доходитъ почти до средней линіи, снаружи — до позвоночника. Опухоль плотная, бугристая, подвижная при дыханіи и съ вырѣзкой на внутренней сторонѣ. Кромѣ того у больного имѣется пупочная и паховая грыжи.	Боль, и опухоль.	Ничего патологическаго.	Tumor renis dextri.
Костенко	50 м.	Поступилъ съ жалобой на общій упадокъ силъ и черезъ 8 дней скончался при явленіяхъ нарастающей сердечной слабости и высокой температурѣ съ подозрѣніемъ на typh recur.		1—3 лейкоцита въ полѣ зрѣнія.		Typhus recur.?
2-й сл. (въ текстѣ 13-й).	53 ж.	Больна около 4 мѣсяцевъ, послѣ того какъ подняла что то тяжелое и когда у нея «что то сорвалось въ области почки». Черезъ мѣсяць послѣ этого у нея появились сильныя боли въ правой половинѣ живота, рвота желчью и гематурия, которая повторилась 2 мѣсяца спустя.	Въ правой половинѣ живота прощупывается увеличенная и болѣзненная почка.	Боль, гематурия и опухоль.	Слабокислой реакціи, уд. вѣсъ 1019; подъ микроскопомъ содержитъ болѣе 100 лейкоцитовъ въ полѣ зрѣнія, эпителий пузыря и почечъ.	Tumor renis dextri.

Лѣченіе	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrectomia (вѣбрю- шинно).	Выписанъ здоро- вымъ.	Правая почка превра-щена въ верхней своей половинѣ въ опухоль, величиной 22×12×10 сант. Опухоль бугристая, плотная, въ центрѣ распавшаяся.	Капиллярная строма и сидѣнія на капиллярахъ эпителиальныя сильно инфильтрированныя жиромъ клѣтки.			Случайно поранена брюшная полость и тотчасъ же зашита.
		Въ лѣвой почкѣ — опухоль, величиной съ малое яблоко, мягкой консистенціи и бѣло-желтаго цвѣта на разрѣзѣ.	Походитъ на zona fasciculata нормального надпочечника.			
Nephrectomia (вѣбрю- шинно).	Въ теченіи 6 лѣтъ послѣ операции здорова.	Верхнія 2/3 правой почки превращены въ шаровидную опухоль, мягкой консистенціи, желто-оранжеваго цвѣта съ сѣроватыми и сѣро-красными участками. Величина опухоли вмѣстѣ съ сохранившейся почечной тканью 13½×8×7 сант.	Походитъ на предыдущую. Въ оп. много экстравазатовъ.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Костенко 3-й сл. (въ текстѣ 15-й).	48 м.	1 1/2 недѣли назадъ сталъ расти животъ, а за 2 недѣли до этого появи- лась на рукѣ послѣ ушиба опухоль.	Въ полости живота констатирована послѣ про- кола кровянистая жид- кость, а на лѣвой рукѣ опухоль, величиной съ куриное яйцо.	Ascites и опу- холь, руки.	Ничего пато- логическаго.	Tubercu- losis peritonei et articu- lationis sinistri.
4-й сл. (въ текстѣ 16-й сл.).	35 м.	Поступилъ съ жало- бой на опухоль живота и упадокъ силъ; черезъ нѣс- колько дней скончался.	Общее исхуданіе, ас- цитъ и опухоль въ области печени.	Опу- холь.		Neoplas- ma hepa- tis.
5-й сл. (въ текстѣ 17-й сл.).	22 ж.	Больна около мѣсяца болями внизу живота, по- явившимися послѣ родовъ.	Въ полости живота прощупывается рѣзко кон- турирован. твердая опу- холь.	Боль и опу- холь.	содержать одиночныя бѣлые и крас- ные кровяные шарики.	Neoplas- ma abdo- minis.

Лѣчение	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- скій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Laparo- tomia. proba- toria.	Смерть на 7-й день послѣ опе- рации при постепен- номъ упадкѣ сердечной дѣятель- ности.	Въ лѣвой почкѣ — опу- холь, величиной съ гуси- ное яйцо, мягкой конси- стенціи, охряно-желтаго цвѣта съ кровоизліяніями.	Оп. отличается боль- шимъ разнообразіемъ: ча- стью походить на преды- дущую, частью на поли- морфную саркому, частью на ангиосаркому. Мѣста- ми имѣются железистыя образованія.	Hyper- nephroma malign. renis sinistri cum me- tastas...	Въ брю- шинѣ, пе- чени, почкѣ, лег- кихъ, моз- гу, подже- луд. желе- зѣ и брон- хиальныхъ лимфат. железахъ; построены въ общемъ также, какъ глав- ная опу- холь, хотя въ мозгу рѣзко вы- раженъ сосочко- вый ха- рактеръ опухоли.	
		Правая почка превра- щена въ громадную опу- холь (больше мужской головы), мягкой конси- стенціи, пестраго вида на разрѣзѣ съ преобладані- емъ желтаго тона.	Опухоль въ общемъ походить на первые два случая, хотя мѣстами пра- вильнаго распределенія паренхимы не существу- етъ. Отличается она еще отъ нихъ присутствіемъ гигантскихъ клѣтокъ.	Hyperne- phroma malign. renis dextri cum metastas...	Въ лег- кихъ и пе- чени. По- строены также, какъ глав- ная опу- холь.	
		Лѣвая почка превра- щена въ опухоль, вели- чиной 18×17×8 сант., сѣро-краснаго цвѣта, плот- новатой консистенціи.	Опухоль походить на 3-й случай.	Cachexia, tumor ma- lign. renis sinist. cum metastas...	Въ печени легкихъ, позвон- кахъ и лимф. же- лезахъ (за- брюшин., средостѣн. и подклю- чичныхъ). Постро- ены такъ же, какъ материн. ткань.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Костенко						
6-й сл. (въ текстъ 18-й сл.).	46 м.	Заболѣлъ нѣсколько недѣль тому назадъ боля- ми въ суставахъ рукъ и ногъ.	Сначала кромѣ болѣз- ненности въ суставахъ ни- чего ненормального не констатировано, затѣмъ тамъ появилась припух- лость, а спустя нѣкоторое время — внутри — сустав- ные переломы.	Боль въ су- ставахъ. рукъ и ногъ.	Ничего пато- логическаго.	Rheuma- tismus ar- ticul?
7-й сл. (въ текстъ 19-й сл.).		Болезнь около 10 мѣ- сяцевъ опухолью и болью живота.	Въ полости живота— опухоль, занимающая пра- вую половину его, подклю- жечную область и лѣвое подреберье. Опухоль плот- ной консистенціи, бугри- стая, неподвижная. При раздуваніи желудка поло- женіе опухоли не мѣня- ется. При раздуваніи ки- шечника видно, что colon transvers. etascend. ото- двинуты вправо и лежатъ по краю опухоли.	Боль и опу- холь.	Ничего пато- логическаго.	Neoplas- ma abdo- minis.
8-й сл. (въ текстъ 20-й сл.).		М у з е	й н ы й п	р	е п а р	а т ь
9-й сл. (въ текстъ 21-й).						

Лѣчение	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюда- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- скій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Въ верхней половинѣ правой почки—опухоль, величиной съ куриное яйцо, мягкой консистен- ции, нестраго мраморнаго вида на разрѣзѣ.	Походитъ на опухоль перваго и отчасти треть- яго случая.	Tumor malignus renis dext- ri...	Въ реб- рахъ, плеврѣ, костяхъ и въ лег- кихъ. По- строены такъ же, какъ и главная опухоль.	
Laparo- tomia pro- batoria.	Смерть черезъ не- дѣлю при явленіяхъ упадка сердечной дѣятель- ности.	Правая почка превра- щена въ опухоль, состоя- щую изъ узловъ, нестраго вида на разрѣзѣ.	Опухоль въ общемъ по- ходитъ на корковое ве- щество надпочечника, а мѣстами, вслѣдствіе гліа- новаго перерожденія стро- мы, на цилиндрому.	Hyperne- phom. re- nis dextri. Oedema- pulmon...		
		Одна изъ почек пре- вращена въ узловатую опухоль, величиной 15× 12×12 сант. Другая про- низана опухольными узел- ками, величиной до 1½ с. въ діаметрѣ.	Опухоль походитъ на корковое вещество нор- мальнаго надпочечника, но мѣстами имѣетъ желе- зистыя и кистозныя обра- зованія.			
		Отъ препарата почки сохранилось только нѣ- сколько кусковъ.	Опухоль въ общемъ походитъ на корковое ве- щество нормальнаго над- почечника. Особенность данной опухоли составля- ютъ кѣлочный полимор- физмъ и гигантскія кѣлки.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Костенко						
10-й сл. (въ текстѣ 14-й).	53 м.	4 года назадъ—без- причинная гематурия. Годъ спустя послѣ ушиба лѣ- ваго бока гематурия стала повторяться черезъ раз- личные промежутки вре- мени.	Прощупывается ниж- ній полюсъ лѣвой почки. При цистоскопії устье праваго мочеточника представляется нѣсколько расширеннымъ.	Гема- турия и опу- холь.	Моча лѣвой почки содер- жить бѣлокъ, гнойные и красные кро- вяные шарик- и; моча пра- вой—слѣды бѣлка и от- дѣльные лей- коциты.	Hyperne- phroma renis sinistri.
Lubarsch						
1-й сл.	52 м.	Въ теченіе 5 мѣся- цевъ—безпричинная и без- болѣзненная періодичес- кая гематурия.	Въ правой половинѣ живота узловатая, мало- подвижная опухоль. При перкуссии получается ту- пость, которая переходитъ въ тупость печени (2 мѣ- сяца назадъ больной из- слѣдовался подл. нарко- зомъ: кромѣ резистент- ности въ правой почечной области ничего патологи- ческаго не найдено).	Гема- турия и опу- холь.	Временами нормальная, временами съ кровью.	Sarcoma renis dextr.
2-й сл.	64 ж.	1 1/2 года назадъ по- явились боли въ правой половинѣ живота, отдава- вшія кзади и въ правую ногу, спустя годъ—безпри- чинная и безболѣзненная гематурия, повторившаяся черезъ мѣсяць. Съ этого времени—частое мочеис- пусканіе.	Въ правой пояснич- ной области—опухоль, величиной съ дѣтскую головку, подвижная, буг- ристая, мягкой консистен- ціи. Впереди опухоли ле- жатъ кишки.	Боль, гемат- урия и опу- холь.	Содержитъ бѣлокъ.	Sarcoma renis dextr.
3-й сл.	73 м.	2 года назадъ появи- лась задержка мочи, по- требованная въ теченіе долгаго времени катете- ризации. Приблизительно въ это же время больной сталъ ощущать чувство давленія внизу живота. Спустя годъ послѣ начала заболѣванія замѣтить въ правомъ подреберьи опу- холь.	Въ правомъ подреберьи прощупывается подвиж- ная при дыханіи опухоль.	Боль и опу- холь.	Ничего пато- логическаго.	Neoplas- ma renis dextr.

Лѣченіе	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патологи- анатоми- ческій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrec- tomia renis sinistri.	Черезъ мѣсяць послѣ опе- раціи вы- писанъ здоро- вымъ.	Лѣвая почка превра- щена въ опухоль, вели- чиной 18×16×13 сант., пестраго вида на разрѣзѣ.	Опухоль походитъ мѣ- стами на zona fascie. et glo- mer. нормальнаго над- почечника, мѣстами же на cancer simpl. et scirr- housus.			
Nephrec- tomia (выбрю- шинно).	Смерть черезъ день отъ эмболии легочной артеріи и уреміи.	На нижнемъ полюсѣ правой почки имѣется узловатая опухоль, вели- чиной съ дѣтскую головку, мягкой консистенціи, сѣ- раго, сѣро-бѣлаго, сѣро- желтаго и желто-краснаго цвѣта. Мѣстами имѣются щелевидныя пространства, выполненные студенистой массой.	Сосудистая строма и сидящая на сосудахъ эпи- телиальная, прозрачная, съ большимъ ядромъ, клѣт- ки, среди котораго имѣ- ются гигантскія. Въ уча- сткахъ, примыкающихъ къ капсулѣ, опухоль походитъ на корковое вещество над- почечника. Паренхиматоз- ныя клѣтки богаты жи- ромъ и гликогеномъ.	Embolia arter. pul- monalis. Metasta- ses...	Въ жиро- вой кап- сулѣ. По- строены такъ же, какъ глав- ная опу- холь.	
Nephrec- tomia (выбрю- шинно).	Смерть черезъ 6 дней послѣ операциі отъ уреміи.	Въ верхней половинѣ правой почки,—бугристая, мягкой консистенціи, жел- таго цвѣта опухоль, вели- чиной 11×10×4 сант. Мѣстами въ опухоли имѣ- ются полости.	Походитъ на предше- ствующій случай. Сосуди- стая строма мѣстами ги- алинизирована.	Degenera- tio adiposa renis sinistri...		
		На верхнемъ по- люсѣ правой почки буг- ристая, мягкой консис- тенціи опухоль. Цвѣтъ ея на разрѣзѣ желтый, мѣ- стами желто-красный.	Опухоль въ общемъ по- ходитъ на корковое веще- ство надпочечника. Па- ренхиматозныя клѣтки от- личаются полиморфизмомъ и содержатъ жиръ и гли- когенъ; между ними есть и гигантскія клѣтки. Въ нѣкоторыхъ альвеолахъ— намекъ на просвѣты.	Stroma sarcoma- todes aber- rans renis dextr. Bronchor- neumonia..	Въ лег- кихъ, плев- рѣ, легочн. арт. Похо- дятъ на корковое вещество надпочеч- ника.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Lubaresh.						
4-й сл.	59 м.	С л у ч а й н а я с е к ц и о н н а я				
5-й сл.	40 м.	«Около года существовали	симптомы почечной опухоли».	Содержитъ кровь и опухолевые элементы.	Neoplasma renis.	
6-й сл.		М у з е й н ы й п р е п а р а т				
7-й сл.	50 м.	7 лѣтъ назадъ появились боли въ крестцѣ, слѣва отъ позвоночника, а 4 года спустя, — безпричинная гематурия, повторявшаяся потомъ 2 раза послѣ физическаго напряженія. При первомъ приступѣ гематурии выделялась кровь, а потомъ чистая моча; при послѣдующихъ приступахъ кровь была перемѣшана съ мочей. Боли въ крестцѣ во время гематурии усиливались.	Больной изслѣдовался подѣ наркозомъ: въ области лѣвой почки прощупывается бугристая опухоль. При цистоскопии изъ лѣваго мочеточника выделялась кровь.	Боль, гематурия и опухоль.	Содержитъ кровь.	Tumor renis sinistri.
Löwenhardt.	46 м.	5 лѣтъ назадъ появилась опухоль въ области ключицы.		Опухоль въ области ключицы.	Ничего патологическаго.	Tumor malignus in regione claviculae.

Лѣчение	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
х о д к а.		Въ обѣихъ почкахъ — по одной небольшой, рѣзко отграниченной, опухоли, мягкой консистенціи, желтаго и сѣро краснаго цвѣта на разрѣзѣ.	Обѣ опухоли походятъ на корковое вещество нормальнаго надпочечника. Паренхиматозныя клѣтки содержатъ жиръ и гликогенъ, и часто проникаютъ въ венозные сосуды.			
Nephrectomia.	Смерть отъ кровотечения.	Въ распоряженіи автора имѣлось нѣсколько кусочковъ опухоли почки.	Походить на предыдущую.			
а т ѣ.		Въ одной изъ почек — дольчатая опухоль, величиной съ лѣвой орѣхъ и окруженная капсулой.	Опухоль построена по типу перителіомы и походить на корковое вещество нормальнаго надпочечника. Строма опухоли сосудистая, паренхиматозныя клѣтки — полигональной и цилиндрической формы, сидятъ на сосудахъ.			
Nephrectomia.	Смерть черезъ 4 дня при явленияхъ упадка сердечной дѣятельности.	Въ нижней половинѣ лѣвой почки — узловатая, мягкая, желтаго и сѣро краснаго цвѣта, опухоль, богатая кровоизліяніями.	Построена по типу перителіомы. Сосудистая строма и полигональныя, рѣже цилиндрическія клѣтки, среди которыхъ есть и гигантскія клѣтки. Строма мѣстами гиалинизирована; клѣтки содержатъ жиръ и гликогенъ.			
		На верхнемъ полюсѣ правой почки — опухоль, перешедшая на надпочечникъ и имѣющая пестрый видъ на разрѣзѣ, обусловленный тѣмъ, что желто-сѣрые участки чередуются съ желтыми, бѣлыми, мозговидными и красными. Большая часть опухоли распалась.	На периферіи опухоль походить на zona fasciculata нормальнаго надпочечника, въ центрѣ же въ ней имѣется много кистозно-папиллярныхъ образований.	Struma sarcomatodes renis dextri cum metastas... Atrophia cordis...	Въ ключицѣ, печени, легкихъ, позвоночникѣ и желудкѣ.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Lotheissen						
1-й сл.	20 м.	Годъ тому назадъ у больного появилась опухоль, не причинившая ему никакихъ страданій, а 7 мѣс. спустя—гематурия.	Въ правой половинѣ живота—опухоль, которую ограничить отъ печени не удается. Опухоль кажется флюктуирующей.	Гематурия и опухоль.	Содержитъ кровь.	Киста поджелудочной железы.
2-й сл.	56 ж.	4 мѣсяца назадъ появилась опухоль съ болями въ поясничной и крестцовой области, отдававшими въ бедро.	Въ правой поясничной области твердая, бугристая опухоль, величиной съ дѣтскую головку, рѣзко ограниченная и респираторно подвижная. Въ коленно-локтевомъ положеніи опухоль опускается впередъ.	Боли и опухоль.	Содержитъ бѣлокъ.	Tumor renis dextri.
Manasse						
1-й сл.	53 ж.	Въ теченіе 2—3-хъ л. страдаетъ болями въ поясницѣ, особенно при нагибаніи. 4 мѣс. назадъ замѣтила въ области желчного пузыря опухоль, величиной съ яйцо, которая постепенно увеличивалась.		Боль и опухоль.		
2-й сл.		М у з е й н ы й	п р е п а			
3-й сл.	37 ж.	Н е п р и в е д е н ы .				

Лѣчение	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- скій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Laparotomia et nephrectomia.	Здоровъ въ теченіи 2 1/2 л. послѣ операциі.	На верхнемъ полюсѣ правой почки—дольчатая, мягкой консистенціи, сильно распавшаяся опухоль.	Альвеолярная соединительно-тканная и сосудистая строма и свѣтлая съ большимъ ядромъ полигональная, кубическая и цилиндрическая кѣтки. Мѣстами въ опухоли имѣются щелевидныя пространства, выстланныя такими же кѣтками.			
Nephrectomia (внѣбрюшинно).	Смерть черезъ 1 1/2 года отъ рецидива.	Верхнія 2/3 правой почки заняты плотной опухолью, величиной съ дѣтскую головку.	Походитъ на предыдущую.			
Nephrectomia.	Выписана здоровой.	На верхнемъ полюсѣ правой почки—опухоль, величиной съ лѣсной орѣхъ. Опухоль бугристая, плотная, желтого цвѣта на разрѣзѣ, съ однимъ геморрагическимъ очагомъ.	Опухоль походитъ на zona fasciculata нормального надпочечника. Строма капиллярная, паренхиматозная кѣтки кубической, круглой и полигональной формы. Въ кѣткахъ жиръ и гликогенъ.			
р а т ъ .		Одна изъ почекъ превращена въ плотную опухоль, величиной съ мужской кулакъ.	Походитъ на предыдущую, но имѣетъ гигантскія кѣтки. Опухолевые кѣтки группами вдаются въ венозные сосуды. Строма гиалинизирована во многихъ мѣстахъ.			
Nephrectomia.	Здорова въ теченіи 3-хъ лѣтъ и 2-хъ мѣсяцевъ.	Узловатая опухоль лѣвой почки.	Походитъ на предыдущую. Венозные сосуды стромы на поперечныхъ срѣзахъ представляются треугольными и четырехугольными.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Manasse 4-й сл.	63 м.	Болезнь около 5 лѣтъ. Началось заболѣваніе съ потрясающаго озноба, колѣкъ въ лѣвой почечной области и гематуріи. Такіе приступы ежегодно 2—4 раза; въ промежуткахъ между ними больной ощущаетъ тупыя боли въ поясницѣ.		Боль и гематурія	Внѣ приступовъ гематуріи моча содержитъ гнойныя тѣльца и гиалиновые цилиндры; во время приступа — много красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.	
Metzner	75 м.	С л у ч а й н а я с е к ц і о н н а я				
Marischler	61 м.	Годъ назадъ появились боли въ крестцѣ, отдававшія въ правую ногу. Черезъ 1/2 года отъ начала заболѣванія—1-й приступъ гематуріи, 3 мѣсяца спустя—2-й, а черезъ мѣсяцъ—3-й.	Въ области правой почки—опухоль, лежащая подъ col. ascen. Кромѣ того у больного имѣются увеличенныя лимфатическія железы шеи, увеличенная печень и селезенка и измѣненія со стороны крови, указывающія на существованіе лейкеміи.	Боль, гематурія и опухоль.	Въ свободные отъ гематуріи промежутки моча содержитъ слѣды бѣлка и въ осадкѣ—лейкоциты и эритроциты. Во время гематуріи въ ней много крови и въ послѣднее время кусочковъ опухоли.	Carcinoma renis dextri et leukæmia lymphat.
Neuhäuser 1-й сл.	54 м.	Н е п р и в е д е н ы			а в т о р	

Лѣченіе	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- скій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Въ верхней и средней части лѣвой почки—бугристая опухоль, величиной съ кулакъ. Консистенція опухоли—мягкая, цвѣтъ—желтый.	Сосудистая строма и полигональныя, кубическія и круглыя кѣтки, располагающіяся въ видѣ цилиндровъ. Мѣстами въ опухоли имѣются кистозныя пространства и железистыя трубки, выстланныя тѣми же кѣтками. Въ протоплазмѣ кѣтокъ въ большомъ количествѣ жиръ и кое гдѣ кровяной пигментъ.	Tumor renis sinistri. Hypertrophia cordis...		
х о д к а.		На верхнемъ полюсѣ правой почки мягкая опухоль, величиной съ лѣсной орѣхъ. Цвѣтъ опухоли на разрѣзѣ—желтый и мѣстами сѣро-красный.	Часть опухоли походитъ на zona fasciculata нормального надпочечника, а часть на папиллярную кистому яичника.			
		Въ правой почкѣ—опухоль, желто-коричневого цвѣта, величиной съ дѣтскую головку. Опухоль проникаетъ въ почечную и нижнюю полую вену, въ почечную лоханку и мочеточникъ.	Опухоль походитъ на zona fasciculata нормального надпочечника.	Perithelioma carcinom. supraglandul. renis dextri. Hyperplasia leukæm. renis...	Въ печени, легкихъ и позвоночникѣ.	
о м ъ.		Правая почка превращена въ опухоль, величиной 14×11×7 1/2 сант. Цвѣтъ опухоли на разрѣзѣ желто-коричневый; центръ ея состоитъ изъ рубцовой ткани, среди которой вкраплены участки опухоли бѣлаго цвѣта.	Опухоль походитъ на zona fasciculata et glomerulosa нормального надпочечника.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Neuhäuser						
2-й сл.	48 м.	Н е п р и в е д е н ы			а в т о р	
3-й сл.	42 м.	»	»	»	»	»
4-й сл.	57 м.	»	»	»	»	»
5-й сл.	61 м.	»	»	»	»	»
6-й сл.	51 ж.	»	»	»	»	»
7-й сл.	58 м.	»	»	»	»	»

Лѣченіе	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- ской діагнозы	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
о м ъ.		Большая часть правой почки занята опухолью, величиной 12×8×7 сант., состоящую изъ узловъ сѣро-желтого цвѣта съ кровоизліяніями.	Походить на предыдущую.			
»	»	Лѣвая почка превращена въ опухоль, величиной 20×11×7 сант. Опухоль состоитъ изъ отдѣльных долей желтого цвѣта съ геморагіями. Въ центрѣ она распалась и превратилась въ полость. Опухоль проросла почечную вену.	На ряду съ такимъ же строеніемъ, какъ въ предыдущихъ случаяхъ, имѣются участки съ железястыми щелевидными пространствами.			
»	»	Въ лѣвой почкѣ — дольчатая опухоль, сѣро-краснаго цвѣта на разрѣзѣ, величиной въ 1½ кулака.	Опухоль походить на предыдущую.			
»	»	Въ нижнемъ полюсѣ правой почки — опухоль, величиной съ яблоко, состоящая изъ узловъ сѣро-желтого цвѣта на разрѣзѣ. Въ центрѣ опухоль распалась.	Часть опухоли походить на zona fasciculata glomer. нормального надпочечника, а часть на карциному.			
»	»	Правая почка превращена въ опухоль, величиной 25×17×22 сант., состоящую изъ узловъ сѣро-краснаго цвѣта. Отъ почки сохранилась небольшая часть нижняго полюса.	Походить на предыдущую.			
»	»	Въ лѣвой почкѣ — узловатая опухоль, мягкой консистенціи, величиной съ дѣтскую головку. Опухоль проросла почечную лоханку.	Часть опухоли походить на zona fasciculata et glomerulosa нормального надпочечника; въ другой части ея имѣется сильное разрастаніе стромы.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Neuhäuser.						
8-й сл.	52 м.	Н е п р	и в е д е н ы	а в т	о р	
9-й сл.	54 м.	»	»	»	»	»
Пиронэ	60 ж.	С л у ч а й н а я	с е к ц і о н н а я	н а		
Paoli						
1-й сл.	30 м.	Годъ и 8 мѣсяцевъ тому назадъ увалъ съ лѣтницы и ушибъ себя правый бокъ, послѣ чего началась у него гематурія. Какъ только она прекра- щалась, поднимались силь- ныя боли вдоль праваго мочеточника, тошнота, рвота и лихорадочное состояніе, по прекраще- ніи которыхъ выдѣлялись съ мочей червеобразные свертки крови и куски сѣрой ткани.	Въ области правой почки прощупывается опу- холь.	Боль, опу- холь и гемату- рія.	Содержитъ бѣлокъ, а въ осадкѣ: лей- коциты, эри- троциты и куски некро- тиз. ткани.	Tumor renis dextri.
2-й сл.	38 м.	Боленъ 5½ лѣтъ пере- межающейся гематуріей. Не задолго до операціи замѣтилъ у себя опухоль.	Въ лѣвой половинѣ живота плотная, подвиж- ная при дыханіи опухоль, величиной съ мужскую голову. Опухоль распро- страняется отъ лѣваго подреберья до crist. os. ilei и вправо заходитъ на 2 пальца за среднюю линію.	Гемату- рія и опу- холь.	Содержитъ бѣлокъ и цилиндры.	Tumor renis sini- stri.

Лѣчение	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатоми- ческій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
о м ъ.		Лѣвая почка превра- щена въ опухоль, вели- чиной 20×12×10 сант. Опухоль состоитъ изъ уз- ловъ сѣро-бѣлаго цвѣта съ геморрагическими оча- гами.	Часть опухоли похо- дитъ на zona fasciculata et glomerulosa нормаль- наго надпочечника, а часть—на полиморфную саркому.			
»	»	П о х о д и т ь н а	п р е д ы д у щ у ю.			
х о д к а.		Въ лѣвой почкѣ—рѣз- ко ограниченная опухоль, величиной съ большой каштанъ. Цвѣтъ опухоли на разрѣзѣ сѣро желтый, консистенція мягкая.	Въ периферическихъ участкахъ опухоль носитъ аденоматозный характеръ, въ центральныхъ ретику- лярный, а въ общемъ по- ходитъ на корковую суб- станцію надпочечника.			
Удаленіе опухоли при по- мощи острой ложечки.	Здоровъ въ теченіе 6 мѣся- цевъ послѣ операціи.	Въ правой почкѣ — опухоль, величиной съ яблоко.	Построена по типу пе- рителіомы, съ многочис- ленными кистозными про- странствами, выполнен- ными кровью и съ обшир- нымъ гиалиновымъ пере- рожденіемъ стромы и па- ренхимы.			
Nephrec- tomia.	Смерть черезъ 7 дней послѣ операціи при по- степен- номъ упад- кѣ сердеч- ной дѣя- тельности.	Въ лѣвой почкѣ — опу- холь, величиной съ муж- скую голову, сѣраго и желтаго цвѣта на разрѣзѣ.	Построена по типу ан- гиосаркомы. Гиалинозъ стромы и паренхимы.	Sarcoma renis si- nistri cum metast...	Въ забрю- шинныхъ лимфати- ческихъ железахъ.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клинический діагнозъ
Paoli. 3-й сл.	37 ж.	Годъ назадъ замѣтила въ животѣ опухоль, страданій ей не причинявшую.	Въ полости живота подвижная опухоль, величиной съ дѣтскую головку.	Опухоль.	Ничего патологическаго.	Tumor ovarii.
Perthes. 1-й сл.	50 м.	Годъ назадъ появилась сильная гематурия, повторявшаяся потомъ каждыя 4—6 недѣли и сопровождавшаяся коликообразными болями въ правомъ боку. 11 мѣсяцевъ спустя послѣ перваго приступа гематурии больной замѣтила у себя подъ печенью опухоль.	Подъ правымъ краемъ печени прощупывается подвижная опухоль, легко смѣщающаяся при перемѣнѣ положенія больной. Col. ascend.—впереди и внутри отъ опухоли.	Боль, гематурия и опухоль.	Содержитъ клѣтки опухоли.	Tumor renis dextri.
2-й сл.	46 ж.	5 лѣтъ назадъ появилась гематурия и вскорѣ—опухоль живота, которая постепенно увеличивалась съ одновременнымъ появленіемъ изжоги, рвоты, одышки и общаго исхуданія.	Подъ правымъ краемъ печени прощупывается подвижная опухоль, легко смѣщающаяся при перемѣнѣ положенія больной. Col. ascend.—впереди и внутри отъ опухоли.	Гематурия и опухоль.	Временами содержитъ кровь.	Tumor renis dextri.
3-й сл.	56 м.	2 года назадъ появились коликообразныя боли въ правой почечной области съ одновременной гематуріей. Подобнаго рода боли съ гематуріей повторялись нѣсколько разъ.	Въ правой половинѣ живота имѣется эластической консистенціи опухоль.	Боль и гематурия.	Ничего патологическаго	
Rupprecht. 2 1/2		1/2 года назадъ появилась въ полости живота опухоль.	Въ правой половинѣ живота имѣется эластической консистенціи опухоль.	Опухоль.	Ничего патологическаго	
Розановъ.		См. 10-й случай Костенко.				

Лѣченіе	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		На выпукломъ краю почки—опухоль, 9 сант. въ діаметрѣ. Цвѣтъ опухоли на разрѣзѣ темно красный, консистенція—мягкая.	Походитъ на корковое вещество нормальнаго надпочечника.			
Laparo- tomia.	Черезъ 5 1/2 мѣсяцевъ послѣ опер.—рецидивъ, а черезъ 1 г. 8 мѣсяцевъ смерть отъ него.	Не приведено.	Опухоль носитъ мѣстами альвеолярный характеръ строенія, мѣстами—типъ гиганто-клѣтчатой саркомы. Въ клѣткахъ много жира.			
Laparo- tomia.	Смерть отъ рецидива 6 мѣсяц. спустя послѣ операциі.	Опухоль правой почки, величиной 14×14×9 сантиметровъ, желтаго цвѣта на разрѣзѣ. Въ центрѣ ея имѣются 2 кистозныя полости, наполненныя кровью.	Опухоль состоитъ изъ капиллярной стромы и большихъ эпителиальныхъ паренхиматозныхъ клѣтокъ, содержащихъ жиръ и гликогенъ. Въ общемъ она походитъ на корковое вещество надпочечника.	Recidiv. cum metastast... Degeneration adiposa et amyloid. renis sinistri...	Въ переднемъ средостѣніи, плеврѣ, легкихъ, сердцѣ и печени.	
Laparo- tomia.	Смерть черезъ 3 недѣли послѣ операциі	Опухоль занимаетъ средину правой почки, размѣры которой 12×11×7 сант. Опухоль проросла почечную вену и лоханку.	Походитъ на предыдущую.	Laparot. Degeneration amyloid. renis sin., lienis. et hepatitis...	Въ печени.	
Nephrec- tomia.	Здоровъ послѣ операциі около года	Опухоль правой почки, величиной съ дѣтскую головку, на разрѣзѣ выглядывающая «какъ саркома».	«Опухоль состоитъ изъ надпочечной ткани», а именно корковой субстанціи ея.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Strübing.						
1-й сл.	72 м.	Поступилъ съ жалобами на одышку, отеки ногъ, гастрическія расстройства и шейно-плечевую невралгію.	Правая половина живота занята большой неподвижной, ясно флюктуирующей, съ гладкой поверхностью опухолью; ограничить ее отъ печени не удастся. Толстыя кишки лежатъ впереди опухоли. При пробной пункции получена кофейнаго цвѣта жидкость, богатая бѣлкомъ и содержащая кристаллы холестерина.	Боль и опухоль.	Все время была нормальной, только не задолго до смерти появился въ ней бѣлокъ.	«Правосторонняя киста почки».
2-й сл.	64 ж.	Около 3-хъ мѣсяцевъ тому назадъ появились послѣ поднятія тяжести сильныя боли въ лѣвомъ боку съ вечерними (до 38,8°) повышеніями температуры.	Подъ лѣвой реберной дугой прощупывается круглая, мягкая, безболѣзненная опухоль, величиной съ кулакъ, при перкуссии дающая тимпанитъ. Черезъ нѣсколько дней опухоль стала быстро расти и давать флюктуацию.	Боль и опухоль.	Ничего патологическаго.	Внѣбрюшинный околопочечный абсцессъ.
Заболотновъ.						
1-й сл.	51 ж.	С л у ч а й н а я с е к ц і о н н а я	и н а			
2-й сл.	43 м.	>	>	>	>	>
3-й сл.	74 ж.	>	>	>	>	>

Лѣченіе	Исходъ операци и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Въ области правой почки кистозная опухоль, величиной 26×24×22 сант., содержащая 5 литровъ шоколадно-коричневаго цвѣта жидкости.	Стѣнка кисты состоитъ изъ соединительнотканной стромы и вытянутыхъ полигональных, богатыхъ жиромъ, эпителиальныхъ клетокъ. Мѣстами опухоль приобретаетъ сходство съ саркомой.	Tumor renis dextri cum metast...	Въ печени.	
Incisio.	Смерть на 16-й день при явленіяхъ отека легкихъ.	Опухоль лѣвой почки.	Походить на предыдущую.	Секцій не было.		Послѣ разрѣза выдѣлилась темно-красная жидкость съ клочками ткани.
х о д	к а.	На верхнемъ полюсѣ правой почки -- мягкая опухоль, величиной съ вишневую косточку.	Опухоль походить на zona glomerulosa нормального надпочечника. Строма -- капиллярная, клетки -- полигональныя, свѣтлыя, богатыя жиромъ.			
>	>	На нижнемъ полюсѣ правой почки -- желтаго цвѣта опухоль, величиной съ лѣсной орѣхъ.	Походить на предыдущую, но мѣстами имѣются железистыя образования.			
>	>	На нижнемъ полюсѣ одной изъ почек -- коричнево-краснаго цвѣта опухоль, величиной съ лѣсной орѣхъ.	Походить на корковое вещество надпочечника. Въ паренхиматозныхъ клеткахъ -- много жира.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главные симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Забодот- новъ						
4-й сл.	71 м.	С л у ч а й н а я	с е к ц і о н н а я			
5-й сл.		И с т о р і я	б о л ѣ з н и			
6-й сл.	68 м.					Tubercu- losis pedis et pulmon. Pleuritis exudativ.
7-й сл.	60 м.	За 2 недѣли до опе- раціи—сильная гематурія.		Гема- турія.		Tumor renis sinistri.
8-й сл.		И с т о р і я	б о л ѣ з н и			

Лѣчение	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатоми- ческій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
х о д к а.		На одномъ изъ полю- совъ почки—опухоль, ве- личины $2\frac{1}{2} \times 2$ сант.; желтого и желто краснаго цвѣта, съ шелевидными пространствами въ центрѣ.	Походитъ на zona glo- merul. et fasciculata нор- мального надпочечника. Мѣстами имѣются желе- зистыя и кистозныя обра- зованія, выполненныя го- могенной массой. Въ па- ренхиматозн. клѣткахъ— гликогенъ.			
н ѣ т ѣ.		На верхнемъ полюсѣ почки—опухоль, величи- ной $8 \times 6 \times 6$ сант. Перифе- рические участки жел- таго и бѣлаго цвѣта, цен- тральные желтаго и крас- наго. Отграниченіе отъ почечной ткани—не сов- сѣмъ рѣзкое.	Походитъ на zona fas- ciculata нормального над- почечника. Въ клѣткахъ— гликогенъ.			
		Въ правой почкѣ— дольчатая опухоль, вели- чины 9×8 сант. Опу- холь прорасла ven. renal.	Походитъ на subst. fascicul. et glomerulosa нормальн. надпочечника. Въ опухоли имѣются мѣ- стами железнитыя обра- зованія и гигантскія клѣтки.	Tumor renis dex- tri e gland. supraren. accessor. ortus. cum metast...	Въ лег- кихъ, плев- рѣ, ключи- цѣ, стопѣ, въ надпо- чечникѣ и почкѣ.	
Nephrec- tomia.	Смерть че- резъ 75 часовъ послѣ опе- раціи.	Въ лѣвой почкѣ—уз- ловатая опухоль бѣлаго и желтаго цвѣта. Опухоль прорасла ven. renal., sup- rarenalis, cava inferior et vena ilica utriusque.	Альвеолярная соеди- нительнотканная строма, выполненная эпителиальн. полигональными клѣтками, содержащ. жиръ.	Extirp. tumor renis sinistri. Metast...	Въ пече- ни, лег- кихъ и плеврѣ.	
н ѣ т ѣ.		Большая часть опу- холи одной изъ почекъ состоитъ изъ кистъ, раз- личной величины, начинная отъ просянаго зерна до куриного яйца.	Походитъ на корковое вещество надпочечника.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Заболот- новъ						
9-й сл.	48	За 2 мѣсяца до смерти —альбуминурия, къ кото- рой вскорѣ присоедини- лась гематурия.		Гема- турия.		Tumor renis sinistri.
10-й сл.	59 ж.	И с т о р і и	б о л ѣ з н и	и ѣ т ѣ.		Tumor abdomi- nis.
11-й сл.	49 м.					Tumor ossis ster- ni malign- us. Pleu- rit. exudat. Paraple- gia.
Зыковъ	58 ж.	8 мѣсяцевъ назадъ по- явились сильные боли въ лѣвой половинѣ живота, спинѣ и рукѣ. Черезъ 4 мѣсяца боли усилились и сконцентрировались въ лѣвой половинѣ живота; въ это же время появи- лась и гематурия.	Правая почка пред- ставляется нѣсколько уве- личенной, лѣвая же уве- личена вдвое и болѣз- ненна при ощупываніи.	Боль, гемат- урия и опу- холь.	Мутная, со- держитъ слѣ- ды бѣлка, а въ осадкѣ гнойныя тѣльца.	Tumor renis sinistr.

Лѣченіе	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюда- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатоми- ческій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Опухоль лѣвой почки, коричневого и краснаго цвѣта на разрѣзѣ; въ ней много щелевидныхъ про- странствъ, содержащихъ опалесцирующую жидкость. Почечная вена содержитъ опух. массы.	Походить на преды- дущую.	Tumor renis sinistr. partim extirpa- tus...		
		Правая почка превра- щена въ опухоль, вели- чиной съ дѣтскую головку и состоящую изъ узловъ желтаго цвѣта со многими кровоизлияніями. Почеч- ная вена выполнена опу- хольными массами вплоть до нижней полой вены.	Опухоль мѣстами по- ходить на корковое веще- ство надпочечника, мѣста- ми носитъ саркоматозный характеръ. Клетки отли- чаются полиморфизмомъ.	Carcin. renis dextri e gland. accessor ortus cum metast.	Въ яич- никѣ, сальникѣ, печени, брыжжей- кѣ, въ легкихъ, плеврѣ и забрю- шинныхъ лимфат. железахъ.	
		Правая почка прев- ращена въ бугристую опу- холь, величиной 12×10× ×5 сант., консистенція опухоли мягкая, цвѣтъ— сѣро красный и желтый. Опухоль проросла лохан- ку, мочеточникъ и почеч- ные сосуды.	Въ периферическихъ участкахъ походить на корковое вещество над- почечника, въ централь- ныхъ—строение это видо- измѣняется вслѣдствіе регрессивныхъ процес- совъ.	Tumor renis dextri cum me- tast...	Въ плеврѣ, легкихъ, грудинѣ и позвон- кахъ.	
Nephrec- tomia (внѣбрю- шинно).	Здорова въ тече- ніе 1 года и 9 мѣ- сяцевъ.	На верхнемъ полюсѣ правой почки—опухоль.	Походить на корковое вещество надпочечника.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главнѣе симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Schmieden.	42 м.	Страдаетъ гематуріей въ теченіе 10 лѣтъ.	Въ правой половинѣ живота — опухоль, распространяющаяся до spin. anter. super.	Гематурія и опухоль.		Tumor renis dextri.
Трофимовъ.	43 ж.	3 года назадъ больная замѣтила въ нижней части живота, надъ правой Пупартовой связкой, безболѣзненную, мало-подвижную опухоль, величиной съ куриное яйцо.	Въ правой половинѣ живота — опухоль, величиной съ дѣтскую головку. Границы ея: верхняя на 5—6 сант. ниже края реберной дуги; нижняя — Пупартова связка; внутренняя — срединная линия, снаружи же опухоль прикрывается «къ боковому отдѣлу брюшной стѣнки». Сзади она «ясно ощущается въ поясничной и почечной областяхъ». Опухоль гладкая, плотная, безболѣзненная, смѣщаемая кверху и кзади. Впереди ея располагаются кишки. При цистоскопіи найдено небольшое расширение устья праваго мочеточника.	Опухоль.	Содержитъ слѣды бѣлка; подъ микроскопомъ: много лейкоцитовъ, гиалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ и кристалловъ мочевой кислоты; суточн. количество 2000 к. с. Моча изъ лѣвой почки ничего патологическаго не содержитъ.	Tumor renis dextri.
Tédénat. 1-й сл.	57 ж.	Въ теченіе 5-ти лѣтъ страдаетъ приступами острыхъ болей въ лѣвой половинѣ живота и лѣвой поясничной области, продолжающимися около 12 час. и сопровождающимися тошнотой и рвотой. 1½ года назадъ приступы участились и боли стали иррадіровать въ пупокъ. ½ года спустя больная замѣтила въ лѣвомъ боку опухоль. За 3 мѣсяца до операціи появилась безболѣзненная гематурія, повторявшаяся 4 раза.	Въ лѣвой поясничной области прощупывается опухоль, величиной въ два кулака. Опухоль мало-подвижная, твердой консистенціи, болѣзненная при дотрагиваніи. Кожа въ лѣвой поясничной области представляется отеочной.	Боль, гематурія и опухоль.	1000—1200 к. с. въ сутки; содержитъ бѣлокъ, а подъ микроскопомъ: гнойные и красные кровяные шарики.	Tumor renis sinistri.

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrectomia (внѣбрю- шинно).	Здоровъ въ тече- ніе 9 л. послѣ опе- раціи.	Опухоль правой почки.	Походитъ на корковое вещество надпочечника.			
Nephrectomia (внѣбрю- шинно).	Черезъ 5 недѣль послѣ опе- раціи больная выписана здоровой. 7 мѣсяц. спустя также здо- рова.	Правая почка за ис- ключеніемъ верхняго по- люса превращена въ опухоль, величиной 20× 11½×13½ сант. Опу- холь бугристая, упруго- плотной консистенціи, желтого, оранжеваго и ко- ричневаго цвѣта на раз- рѣзѣ. Въ центрѣ ея имѣ- ется полость размягченія.	Походитъ на zona fas- ciculata нормальнаго над- почечника.			
Nephrectomia (внѣбрю- шинно).	Здорова въ теченіи 7 лѣтъ послѣ опе- раціи.	Лѣвая почка превра- щена въ опухоль, вели- чиной въ два кулака. Въ опухоли много малень- кихъ кистъ, наполнен- ныхъ кровяной жид- костью. Консистенція опу- холи плотноватая.	Походитъ на корко- вое вещество нормальна- го надпочечника. Строма сосудистая, паренхима- тозная клѣтки — полиго- нальной формы, со свѣ- тлой протоплазмой.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Tédenat 2-й сл.	46 м.	5 лѣтъ назадъ—первая гематурія, сопровождавшаяся болями въ области правой почки. 2-я гематурія—2 недѣли тому назадъ; — продолжалась около 5 дней. Въ теченіи послѣднихъ 6 мѣсяцевъ наблюдалось временами отхожденіе съ мочей кровяныхъ свертковъ, и почти каждый разъ передъ отхожденіемъ—легкая почечная колика.	Правая почка представляется увеличенной, немного болѣзненной.	Гематурія, боль и опухоль.	1400—1800 к. с. въ сутки; патологическаго ничего не содержитъ.	Tumor renis dextri.
Ulrich 1-й сл.	54 м.	Исторія	болѣзнь	не привела		
2-й сл.	54 м.	20 лѣтъ назадъ появились сильныя боли въ лѣвой почечной области, отдававшія въ спину. 1 1/2 года назадъ—первый приступъ гематуріи. Послѣдняя повторялась потомъ сначала черезъ 2—5 мѣсяцевъ, а затѣмъ каждыя 2—4 недѣли.	Въ лѣвой половинѣ живота—плотная, подвижная спереди назадъ, опухоль. Вверху она уходитъ подъ реберную дугу, внизу достигаетъ уровня пупка, а справа—срединной линіи. Моченспусканіе каждыя 2—3 часа. Въ уретрѣ и пузырьѣ—ничего ненормальнаго.	Боль, гематурія и опухоль.	Содержать бѣлокъ, а въ осадкѣ—лейкоц., эритроциты и гіалиновые цилиндры.	Tumor renis sinistri.

Лѣченіе	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrectomia (внѣбрю- шинно).	Заживле- ніе раны гладкое. Смерть черезъ 2 года отъ метаста- зовъ.	На верхнемъ полюсѣ правой почки имѣется опухоль, величиной съ куриное яйцо. Опухоль дольчатая, мягкой консистенціи, пестраго вида на разрѣзѣ, такъ какъ состоитъ изъ желтыхъ, сѣрыхъ и красныхъ участковъ.	Въ однихъ участкахъ опухоль походитъ на zona fasciculata, въ другихъ—на ангиосаркому, въ третьихъ—на круглокѣточную саркому.			
	д е н а.	Лѣвая почка превращена въ опухоль, захватившую соотвѣтственный надпочечникъ и состоящую изъ узловъ желто-краснаго и желтаго цвѣта. Опухоль проросла почечную лоханку и вену.	Опухоль состоитъ изъ капилляровъ и сидящихъ на нихъ паренхиматозныхъ, полигональной, круглой, цилиндрической и кубической формы кѣлокъ. Протоплазма кѣлокъ нѣжно-зернистая и стекловидная, содержитъ жиръ и гликогенъ, а иногда коричневатого желтаго пигмента. Распредѣляются кѣлки полосами и круглыми группами. Строма мѣстами гиалинизирована.	Neoplasma renis et gland. supraren. sinistri cum metastas...	Въ позавидной брюшин. лимфат. железахъ, легкихъ, плеврѣ и щитовидной, железахъ. Построены также, какъ материнская ткань.	
Nephrectomia.	3 мѣсяца спустя послѣ операции — здоровъ.	Походитъ на первую.	Въ общемъ походитъ на предыдущую, хотя мѣстами имѣются карциномоподобныя и капиллярныя разрастанія.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Ulrich						
3-й сл.	54 м.	Около 10 мѣсяцевъ тому назадъ гематурія и внезапныя боли живота; гематурія продолжалась 2 недѣли. 2 мѣсяца спустя — 2-я гематурія съ болями въ правой половинѣ живота. Въ теченіи послѣдняго мѣсяца гематурія—все время.	Въ правой половинѣ живота—опухоль, величиной съ дѣтскую головку. Опухоль плотной консистенціи, съ гладкой поверхностью, съ печенью не связанная, при ощупываніи не чувствительная; при перкуссіи даетъ притупленіе.	Боль, гематурія и опухоль.	Содержитъ кровяные свертки; въ осадкѣ: лейкоциты, эритроциты, зернистые цилиндры, почечный эпителий.	Tumor renis dextri.
4-й сл.	47 ж.	4 недѣли назадъ появились боли внизу живота, повторившіяся черезъ 2 недѣли и сопровождавшіяся рвотой.	Въ правой половинѣ живота на уровнѣ пупка прощупывается подвижная опухоль, величиной съ дѣтскую головку. Надъ опухолью при перкуссіи получается притупленіе, сливающееся съ тупостью печени.	Боль и опухоль.		Tumor renis dextri.
Weiler	30 м.	Исторія бо	лѣзни не пр	ив е д е н а.		Carcinoma renis sinistr.
Wyss	59 м.	Больной поступилъ съ жалобой на кишечныя колики, головныя боли и изжогу.	Въ правой половинѣ живота прощупывается бугристая, подвижная опухоль, величиной съ дѣтскую головку. Опухоль распространяется отъ ребернаго края до уровня пупка и ясно отграничивается отъ печени.	Боль и опухоль.	Содержитъ слѣды бѣлка.	Carcinoma renis dextr...

Лѣченіе	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrectomia.	Здоровъ въ теченіи 1 1/2 г. послѣ операции.	Опухоль занимаетъ нижнюю половину правой почки; она бугристая, желтого и коричнево-желтого цвѣта на разрѣзѣ, мягко-эластической консистенціи и въ центрѣ содержитъ полость съ кровянымъ содержимымъ. Почечная лоханка содержитъ опухольныя массы.	Походить на опухоль 1-го случая.			
Nephrectomia (внѣбрюшинно).	Здорова въ теченіи 7 лѣтъ послѣ операции.	П о х о д и т ь н а	п р е д ы д у щ у ю.			Полость брюшины при операциі случайно вскрыта и тотчасъ же зашита.
		Въ области лѣвой почки и надпочечника—малообразная опухоль бѣло-желтого цвѣта на разрѣзѣ.	Походить на корковое вещество нормальнаго надпочечника.	Tumor renis et gl. suprarenal. sinistri.	Въ печени, легкихъ и бронхіальныхъ железахъ.	
Nephrectomia (внѣбрюшинно).	Смерть черезъ 1 1/2 года отъ метастазовъ.	Правая почка превращена въ бугристую опухоль, величиной 16×8×7 сант. Опухоль прорасла почечную лоханку и вену, и въ большей части своей распалась. Видъ опухоли на разрѣзѣ—пестрый.	«Злокачественная гипернефроидная опухоль правой почки».			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Winkler						
1-й сл.	73 м.	С л у ч а й н а я	с е к ц і о н н а я			
2-й сл.	44 м.	3 мѣсяца, прибли- зительно, назадъ больной ушибъ себя лѣвую поло- вину груди, послѣ чего сталъ чувствовать здѣсь сильныя боли. Черезъ мѣ- сяцъ онъ замѣтилъ подъ лѣвой реберной дугой опухоль.	Значительное выпячи- ваніе «лѣвой боковой стѣнки груди». Въ поло- сти живота слѣва прощу- пывается опухоль, твер- дой консистенціи и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ чув- ствительная при давленіи. Пробная пункція дала во- дянистую жидкость, со- державшую круглыя клѣт- ки съ большимъ пузырько- виднымъ ядромъ.	Боль и опу- холь.	Содержитъ слѣды бѣлка.	
3-й сл.	46 м.	За 3 мѣсяца до смерти у больного появились сильныя боли въ животѣ, и одновременно онъ за- мѣтилъ тамъ же опухоль, которая потомъ постепен- но увеличивалась. 2 мѣ- сяца спустя отъ начала заболѣванія появился ас- цитъ и отекъ обѣихъ ногъ. Скончался больной при постепенномъ упадкѣ силъ.	Въ правой почечной области прощупывается опухоль, величиной съ дѣтскую головку, непод- вижная при дыханіи.	Боль и опу- холь.		
4-й сл.	35 м.	Годъ назадъ у больного появился рядъ нервныхъ симптомовъ (сильная раз- дражимость, приступы го- ловокруженій, чувство опо- ясыванія и пр.), а нѣ- сколько мѣсяцевъ спустя коричневое окрашиваніе нѣсколькихъ участковъ кожи.				Заболѣва- ніе спин- ного мозга и надпо- чечниковъ (Tumor aut tuber- culosis).

Лѣченіе	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатоми- ческій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
х о д к а.		Въ правой почкѣ— опухоль, величиной съ ку- риное яйцо; опухоль— мягкой консистенціи, не- страго вида на разрѣзѣ: свѣтло-красные и свѣтло- желтые участки череду- ются съ темно-желтыми, коричнево красными и голубоватыми.	Походитъ на корко- вое вещество надпочечни- ка, особенно на zona fas- cicul. его; клѣтки содер- жатъ жиръ и гликогенъ. Въ опухоли много рас- пада...	Tumor renis dextri. Emphyse- ma pulm...		
		Правая почка и над- почечникъ превращены въ большую, сильно рас- павшуюся опухоль.	Походитъ на предыду- щую. Въ опухоли много кровоизліяній.	Tumor renis et gland. supraren. sinistri cum metast...	Въ легкихъ.	
		Въ области правой почки и надпочечника имѣется большая опухоль, сильно распавшаяся въ центрѣ, пестраго вида на разрѣзѣ: на блѣдно крас- номъ фонѣ разбѣяны мно- гочисленные, желтые, ко- ричневые, красные и чер- ные участки.	Походитъ на преды- дущую. Много некрозовъ.			
		На нижнемъ полюсѣ правой почки имѣется опухоль, величиной съ ку- лакъ, съ бугристой поверх- ностью, распространяю- щаяся до позвоночника. Опухоль роникаетъ въ ни- жнюю подую вену.	Походитъ на корковое вещество надпочечника.	Tumor renis dex- tri cum metas... Myelitis e compres- sione...	Въ надпо- чечникѣ и позво- ночникѣ.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Winkler						
5-й сл.	50 ж.	Послѣ предшествовав- шихъ въ теченіи долгаго времени болѣй въ спинѣ, у больной внезапно на- ступила шесть недѣль тому назадъ гематурія, повто- рившаяся при каждомъ мочеиспусканіи.	Правая почка при ощупываніи представ- ляется значительно увели- ченной и подвижной. При цистоскопії видно, что изъ правой почки выдѣ- ляется кровь.	Гема- турія, боль и опу- холь.	Содержитъ кровь.	Tumor renis dextri.
6-й сл.		Приблизительно за 2 года до смерти у больн. появилась гематурія, при- чемъ иной разъ выдѣля- лась чистая кровь. 19 мѣсяцевъ спустя послѣ начала заболѣванія об- наружена опухоль живота; не задолго до смерти— асцитъ.	Отекъ голеней и стопъ. На лѣвой конечности— варикозно расширенныя сосуды, на правой—то же, но въ меньшей степени. Расширенными извиты- ми венами богата нижняя часть правой половины грудной кѣтки и область праваго hypochondrium'a. Подъ печенью прощупы- вается опухоль съ глад- кой поверхностью, вели- чиной въ 2 кулака. Опу- холь легко сдвигается кзади въ промежутокъ между 12-мъ ребромъ и crist. os. ilei.	Гема- турія и опу- холь.	Содержитъ бѣлокъ; въ осадкѣ: черве- образныя, частью окра- шен. кровью, частью без- цвѣтныя обра- зованія.	

Лѣченіе	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- ской диагнозы	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrec- tomiā (виѣбрю- шинно).		Правая почка превра- щена въ опухоль, вели- чиной 16,0×6,5×4,8 с., мягкой консистенціи, ко- ричнево-желтаго, свѣтло- желтаго и голубовато-чер- наго цвѣта. Почечная ткань сохранилась на верхнемъ полюсѣ. Опухоль проросла лоханку и со- стоитъ изъ отдѣльныхъ узловъ.	Походитъ на корковое вещество нормального над- почечника. Мѣстами опу- холь богата сосудами, особенно, «широкими кро- вяными пространствами съ необыкновенно тонкой стѣнкой». Кѣтки богаты жиромъ и содержатъ въ небольшомъ количествѣ гликогенъ.			
		Правая почка увели- чена втрое и пронизана опухолями узлами, ве- личины отъ горошины до лѣснаго орѣха. Узлы мягкой консистенціи, жел- таго, желто-краснаго и бѣ- ло-желтаго цвѣта. Опухоль проросла ven. renalis et ven. cav. infer. до праваго предсердія, нигдѣ не пре- рываясь.	Походитъ на корковую субстанцію надпочечника.	Tumor renis dextr. cum metastas...	Въ лег- кихъ, пле- врѣ, лим- фат. брон- хіальн. и забрюшин- ныхъ железахъ и лѣвомъ надпочеч. Въ микро- скопич. от- ношеніи походятъ на матер. ткань, хо- тя кѣтки отличают- ся больш. полимор- физмомъ.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Winkler						
7-й сл.		За 3 мѣсяца до смерти больной ушибъ себя при паденіи лѣвый бокъ, послѣ чего у него появились сильныя боли въ лѣвой поясничной области уменьшивш. черезъ нѣсколько дней, но совсѣмъ не исчезнувшія. Спустя нѣсколько недѣль послѣ несчастнаго случая онъ замѣтилъ опухоль въ «лѣвой бедренной области и спинѣ». Опухоль быстро увеличивалась вмѣстѣ съ сильнымъ упадкомъ силъ больного, который за день до смерти поступилъ въ клинику.	Рѣзко выраженное выпячиваніе нижней половины живота и выпотъ въ лѣвой плевральной полости.	Боль и опухоль.		
8-й сл.	73 м.	Заболѣваніе началось 1/2 года назадъ съ припухлости печени и сильныхъ болей въ лѣвомъ боку. Въ это же время появились рвота, боль въ области желудка и выпячиваніе между мечевиднымъ отросткомъ и пупкомъ. Силы больного значительно стали падать, и онъ черезъ 6 мѣсяцевъ отъ начала заболѣванія скончался при постепенномъ упадкѣ силъ.	Въ области желудка между мечевиднымъ отросткомъ и пупкомъ прощупывается опухоль, не рѣзко ограниченная отъ печени.	Боль и опухоль.		

Лѣченіе	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Правый надпочечникъ и почка заняты опухолью, величиной съ мужскую голову. Опухоль мягкой консистенціи, желтого и коричневатого-желтого цвѣта, прорасла почечную вену и лоханку. Часть опухоли представляетъ изъ себя распадъ.	Походитъ на корковое вещество надпочечника. Паренхиматозныя кѣтки распределяются длинными рядами между нѣжными соединительно-тканными волокнами.	Tumor gland. sup- raren. et renis sinis- tri. cum metast. Ascites haemorr.	Въ лег- кихъ, пе- чени, лим- фат. поз- ади—брю- шинныхъ железахъ, пояснич- ныхъ мышцахъ, и плеврѣ. Построе- ны такъ же, какъ материн- ская ткань.	
		Лѣвый надпочечникъ и почка превращены въ опухоль, величиной 17×9,5×8 сант. Часть опухоли представляетъ изъ себя распадъ.	Опухоль носитъ мѣстами периваскулярный характеръ, мѣстами папиллярный.	Tumor renis sinist. cum metastas... Pneumo- nia...	Въ печени, твердой мозговой оболочкѣ и правомъ надпочеч- никѣ.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Winkler						
9-й сл.	56 м.	У больного при жизни рѣзко выступали симптомы Morbus Addisonii и опухоли мозга.				Morbus Addisonii. Tumor lobi frontalis sinistri cerebri. Bronchit. purul.
10-й сл.	64 м.	2 года назадъ внезапно появились сильныя кровотеченія изъ уретры. Съ того времени больной худѣетъ; въ послѣднее время—отекъ ногъ. Умеръ послѣ профузнаго насмортоу.	Въ правой половинѣ живота — большая твердая опухоль, распространяющаяся книзу почти до Пупартовой связки. При дыханіи опухоль мало подвижна, отграничить отъ края печени ее не удастся. Туберкулезъ легкихъ.	Гематурия и опухоль.	Содержитъ въ большомъ количествѣ красныя кровяныя тѣльца.	
11-й сл.	63 м.	С л у ч а й н а я с е к ц и о н н а я н а				

Лѣчение	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описание	Краткое микроскопическое описание	Патолого- анатоми- ческій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Въ правой почкѣ— опухоль, величиной съ кулакъ, бугристая, блѣло-желтого цвѣта съ коричневыми пятнами; опухоль проникаетъ въ почечную вену.	Походитъ на корковое вещество надпочечника. Мѣстами носитъ саркоматозный характеръ, мѣстами ворсинчатый. Въ опухоли много распада и кровоизліяній.	Tumor renis sinistri cum metastas... Pigmentatio fusca universalis. Melanosis villorum intestini. Struma colloid. Bronchit. purulenta.	Въ мозгу. Походитъ на главную опухоль.	
		Правый надпочечникъ и почка превращены въ громадную опухоль, мягкой консистенціи, желто-краснаго цвѣта съ темно- и черно-красными участками. Опухоль проросла почечную вену, лоханку и проникла въ мочеточникъ.	Мѣстами походитъ на zona fasciculata надпочечника, мѣстами носитъ папиллярный характеръ. Кѣтки богаты жиромъ и гликогеномъ.	Tumor gland. supraren. et renis dextri. progrediens in uretherem d. et ven. renal. dext. cum metastas... Tubercul. pulmon...	Въ легкихъ, въ лимфатическихъ железахъ задняго средостѣнія, бронхіальныхъ и позадибрюшинныхъ, въ лѣвой почкѣ, паріэталной и висцеральной брюшинѣ.	
		Въ лѣвой почкѣ— опухоль, 3,5 сант. въ діаметрѣ, коричневаго и желтого цвѣта, мягкой консистенціи. Такого же характера опухоль имѣлась на большой кривизнѣ желудка.	Обѣ опухоли походять на корковое вещество надпочечника.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Loening.	47 ж.	5 лѣтъ назадъ боль- ная замѣтила въ лѣвомъ подреберьи маленькую опухоль, которая послѣд- нее время, съ появле- емъ болей въ лѣвой по- ловинѣ живота, стала сильно расти.	Въ лѣвой половинѣ живота прощупывается шарообразная опухоль.	Боль и опу- холь.	Не содержитъ ничего пато- логическаго.	Tumor abdominis.

Лѣченіе	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- скій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Nephrec- tomiā per lapa- rotomiā.	Смерть отъ пери- тонита.	Лѣвая почка превра- щена въ узловатую опу- холь, величиной 23×15× ×15 сант. Видъ опухоли на разрѣзѣ—пестрый.	Мѣстами походитъ на корковое вещество нор- мальнаго надпочечника, мѣстами на веретенооб- разную саркому.	Extirpatio renis si- nistri cum metastas... Peritonitis purul.	Въ за- брюшин- ныхъ лим- фатиче- скихъ же- лезахъ.	

Гипернефромы надпочечниковъ и другихъ органовъ.

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главный симптомъ	Моча	Клиническій діагнозъ
M. Albrecht	29 ж.	Больная около года страдала сильными болями въ области селезенки, отдававшими вверхъ и низу.	Лѣвая половина живота выпячена болѣзненной на ощупь, съ гладкой поверхностью, опухолью. Нижняя граница ея на 3 пальца ниже уровня пупка, вверхъ опухоль уходитъ въ подреберье. При перкуссии опухоль даетъ притупленіе. Сердце отбѣснено ею вверхъ. Лѣвая нижняя конечность отечна.	Боли и опухоль.	Нормальна.	Pseudo-leukoemia lienalis.
Birch-Hirschfeld.						Carcinoma hepatis.
Berdez.						
1-й сл.		С л у ч а й н а я	с е к ц і о н н а я	н а х	о д к а.	
2-й сл.		>	>	>	>	>
3-й сл.	70 м.	>	>	>	>	>

Лѣченіе	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Въ области лѣваго надпочечника—опухоль, величиной съ мужскую голову. На разрѣзѣ опухоль представляется дольчатой и состоитъ изъ желтыхъ, красныхъ и сѣрыхъ участковъ. Въ центрѣ ея—полость, содержащая жидкость шоколаднаго цвѣта.	Походитъ на корковую субстанцію надпочечника. Большія полигональныя, сильно инфильтрированныя жиромъ, клѣтки располагаются альвеолами и длинными двойными рядами. Среди них много гигантскихъ клѣтокъ.	Tumor gland. suprarenalis sinistri cum metastas...	Въ легкихъ. Строениемъ походятъ на главную опухоль.	Въ полости живота 150 к. с. прозрачной свѣтлой жидкости.
		Правый надпочечникъ превращенъ въ опухоль величиной съ мужскую голову.	Альвеолярная, сосудистая строма и эпителиальные паренхиматозныя клѣтки. Въ общемъ опухоль походитъ на корковое вещество надпочечника.			
		Въ правомъ надпочечникѣ—опухоль, величиной $3 \times 2\frac{1}{2}$ сант, сѣробѣлаго цвѣта, плотной консистенціи.	Походитъ на zona glomerulosa нормальнаго надпочечника.			
		Въ правомъ надпочечникѣ—опухоль, величиной съ лѣсной орѣхъ, желтаго и сѣраго цвѣта на разрѣзѣ.	Походитъ на zona fasciculata нормальнаго надпочечника.			
		Въ правомъ надпочечникѣ—плотная опухоль, величиною $3\frac{1}{2} \times 2\frac{1}{2}$ сантиметровъ, коричневаго, мѣстами красноватаго цвѣта.	Опухоль построена по типу мозгового вещества нормальнаго надпочечника.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клинический діагнозъ
Врюхановъ.						
1-й сл.	68 м.	С л у ч а й н а я с е к ц и о н н а я				
2-й сл.	14 мѣс. ж.					
3-й сл.	63 м.	Первые симптомы заблѣванія у больного обнаружили за 3 мѣс. до смерти, «сказавшись въ появленіи легкаго отека ногъ и чувства слабости». При изслѣдованіи больного въ больничномъ учрежденіи были найдены гипертрофія лѣваго сердца и увеличенная заблѣзанная печень. Вскорѣ съ больнымъ случился апоплексическій ударъ, отъ котораго онъ и скончался.		Содержитъ сахаръ.		
4-й сл.	63 ж.	Исторія болѣзни не приведена.				Carcinoma renis dextri.

Лѣченіе	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- скій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
х о д к а.		Въ правомъ надпочечникѣ—опухоль, 5 сант. въ діаметрѣ, стро-блagoцѣт-та съ геморрагическими очагами.	Опухоль построена по типу перителіомы. Кѣт-ки отличаются полимор-физмомъ, но походятъ на кѣт-ки мозгового веще-ства. Въ опухоли много кровоизліяній.			
>	>	Правый надпочечникъ превращенъ въ узловатую, мозговидную опухоль, съ многочисленными крово-изліяніями. величиной въ 2 кулака.	Опухоль походитъ на карциному съ соедини-тельно-тканной, богатой капиллярами стромой и полигональными эпители-альными кѣт-ками. Въ опухоли имѣются перехо-ды отъ участковъ, постро-енныхъ по типу zona fasci-culata, къ только что упомянутымъ.		Въ забрю-шинныхъ лимфати-ческихъ железахъ пиячникѣ. Построе-ны такъ же, какъ главная опухоль.	
		Въ правомъ надпочеч-никѣ—бугристая опухоль, величиной съ мужской кулакъ.	Въ периферическихъ участкахъ походитъ на корковое вещество нор-мального надпочечника, въ центральныхъ—на ме-дуллярную карциному.	Tumor malign. gl. suprarenal. cum metastas... Nephritis chronica...	Въ печени и легкомъ. Построе-ны такъ же, какъ главная опухоль.	
		Въ правомъ надпочеч-никѣ—опухоль, 4 сант. въ діаметрѣ, а въ пра-вой почкѣ—7 сант. въ ді-аметрѣ. Опухоль почки проросла почечную вену.	Обѣ опухоли похо-дятъ на zona fasciculata нормального надпочечни-ка. Въ кѣт-кахъ много жира.	Tumor glan. su-pprarenal. et renis dextri.	Въ peri-онныхъ лимфати-ческихъ железахъ и селе-зенкѣ.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Bindo de Vecchi	29 ж.	С л у ч а й н	а я с е к ц і о н н а я			
Chiari (по Fuchs'y).	44 м.					
Fränkel.	18 ж.	Годъ назадъ больная почувствовала внезапное сильное сердцебіеніе, продолжавшееся нѣсколько минутъ и сопровождавшееся тошнотой и головной болью; то же самое повторилось $\frac{1}{4}$ года спустя, послѣ чего у больной появились боли въ ногахъ и въ головѣ, лихорадочное состояніе и рвота.	Пульсъ 112, напряженный; сердце увеличено вѣтѣ, первый токъ акцентуированъ. Retinitis albuminurica. Struma.	Содержитъ бѣлокъ, а въ осадкѣ: не-много лейкоцитовъ и цилиндровъ.	Nephritis interstitialis.	

Лѣчение	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- ской діагнозы	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
х о д в а.		Въ правой долѣ печени—опухоль, желтаго цвѣта, величиной побольше лѣснаго орѣха.	Походитъ на zona fasciculata et reticularis нормального надпочечника. Въ опухоли имѣются участки съ железисто-кистозными образованіями. Кѣтки—цилиндрической, кубической и полигональной формы съ свѣтлой стекловидной протоплазмой и съ большимъ пузырьковиднымъ ядромъ.			
Laparo- tomia.	Смерть отъ реци- дива черезъ 6 мѣсяц. послѣ операциі	Между почкой и малымъ тазомъ имѣется опухоль, желто бѣлаго цвѣта, величиной съ мужскую голову, распавшаяся въ центрѣ. Опухоль хорошо капсулирована и лежитъ за брюшиной.	Походятъ на zona fasciculata et glomerulosa нормального надпочечника, мѣстами же носить железистый характеръ. Паренхиматозныя кѣтки—большой величины (до 50 л.), эпителиального характера, полигональной формы, сильно инфильтрированы жиромъ и кое-гдѣ съ коричнево зернистымъ пигментомъ.			
		Въ лѣвомъ надпочечникѣ опухоль, мягкой консистенціи, величиной съ кулакъ. На разрѣзѣ представляется, какъ будто „вся масса ея состоитъ изъ свернувшейся крови“. Такого же характера опухоль—въ правомъ надпочечникѣ, но величиной съ лѣсную орѣхъ.	Капилляры стромы образуютъ сѣть, петли которой выполнены большими разнообразной формы кѣтками. Нѣкоторыя петли пусты, нѣкоторыя образованы соединительной тканью. Опухоль богата экстравазатами.	Tumor gl. surpar. utriusque. Hypertrophia cordis et haemorrhag. endocardii, pelv. renal...		

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Федоровъ и Деревенко.	47 м.	Боленъ около года; послѣ простуды появились постоянныя боли въ животѣ и поясницѣ. 2 мѣсяца спустя послѣ начала заболѣванія замѣтилъ въ животѣ опухоль. Последнее время появились отеки ногъ и общее исхуданіе.	Въ брюшной полости—большая, неподвижная опухоль, величиной съ голову взрослого человѣка. Опухоль распространяется отъ праваго ребернаго края до соответств. Пупартовой связки и не доходит до середины линіи. на 2—3 пальца; поверхность ея бугристая. Вены праваго сѣмяннаго канатика сильно расширены. Въ придаткѣ праваго яичка—узелъ, величиной съ лѣсной орѣхъ.	Боль и опухоль.	Изъ правой почки за 2 часа выдѣлилось 6 куб. сант.; изъ лѣвой 160 к. с. Въ осадкѣ первой имѣются красн. кровин. шарик. и зернистые цилиндры. Моча лѣвой почки ничего патологическаго не содержитъ.	Tumor renis dextri.
Freyer.	25 м.	Три года назадъ—ушибъ лѣвой ноги. Черезъ 2 1/2 года послѣ тяжелой работы—сильн. боли въ лѣвой половинѣ живота, печезнувшія черезъ 5 недѣль и повторившіяся за недѣлю до операціи. Врачами діагнос. то опухоль кишки, то блуждающая почка.	Въ лѣвой половинѣ живота прощупывается опухоль тверд. консис., уходящ. подъ реберную дугу. Опухоль простирается внизъ на 3 попер. пояса ниже уровня пупка, а справа до срединной линіи; подвижности въ ней никакой даже при дыханіи. Толстыя кишки лежатъ впереди опухоли.	Боль и опухоль.	Не содержитъ ничего патологическаго.	Воспал. опухоль въ корнѣ брыжжейки.
Fuchs.	72 м.	19 лѣтъ назадъ—ампутир. вслѣдствіе «артеріосклеротич. гангрены» правой стопы. Послѣ этого ничѣмъ особен. не болѣл. За 2 1/2 мѣсяца до смерти появился пролежень въ области прав. сѣдалища. бугра; вскорѣ послѣ этого—множест. фурунк. на бедрѣхъ и элифантіазисъ правой ноги, затѣмъ рожа и смерть.				

Лѣченіе	Исходъ операціи и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Operatio probatoria.	Смерть на 3-й день при постепенномъ упадкѣ сердечной дѣятельности.	Правый надпочечникъ превращенъ въ громадную опухоль, захватившую и соответствующую почку и проросшую почечную артерію и вену и нижнюю полую вену. Главная масса состоитъ изъ рыхлой, желтоватой распадающейся ткани. Больше молодые участки—розоваго цвѣта.	Походитъ на корковое вещество нормальнаго надпочечника.	Neoplas. gland. supraren. dextr. cum propagatione ad renum dextr...	Въ плеврѣ, легкихъ, перибронхиальныхъ лимфатич. железахъ и въ придаткѣ праваго яичка.	Опухоль неудалима вслѣдствіе обширныхъ сращеній.
Laparo- tomia. probatoria.	Смерть черезъ 3 1/2 мѣс. послѣ операціи.	Въ лѣвой половинѣ живота—громадная опухоль нестраго вида на разрѣзѣ. Бѣло-сѣрые и красные участки чередуются съ желтыми и темно-сѣрыми. Опухоль развилась изъ зачатковъ надпочечниковъ, расположенныхъ вдоль ven. spermatic. intern. и потомъ уже перешла на почку.	Походитъ на корковое вещество надпочечника.	Struma suprarenalis aberrata. Pyelitis sinistra...		Опухоль неудалима вслѣдствіе обширныхъ сращеній.
		Правая половина таза занята опухолью, величиною съ мужскую голову, на разрѣзѣ представляющей мозговидно бѣловатой и красноватой. Большая часть ея размягчена и превращена въ красноватую жидкость. Правая половина крестцовой и подвздошной кости—узурпированы ею.	Опухоль дольчатая; каждая долька состоитъ изъ капил. альвеол. стромы и лежащихъ въ нихъ эпителиальныхъ, полигональных, кубическихъ, цилиндрическихъ клѣтокъ, сильно инфильтриров. жиромъ, съ 1 пузырькомъ. ядромъ и ядрышкомъ. Мѣстами—диффузно-клѣточ. строеніе. Въ клѣт. и вѣтв. ихъ—гликогенъ. Въ опухолитическомъ экстравазатѣ.	Sarcoma pelvis...	Въ лѣвой почкѣ и такого же строенія, какъ материнская ткань.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клинический діагнозъ
Horn.		И с т о р і я	б о л ѣ з н и	н е	п р	и в е
Kelly 1-й сл.	72	С л у ч а й н а я	с е к ц і о н н а я	н а		
2-й сл.	68 ж.	И с т о р і я	б о л ѣ з н и			
Костенко 1-й сл.	35 м.	С л у ч а й н а я	с е к ц і о н н а я	н а		
2-й сл.	75 м.					

Лѣченіе	Исходъ операци и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- ский діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
д е н а.		Большая опухоль од- ного изъ надпочечниковъ.	Въ периферическихъ участкахъ походитъ на zona fasciculat. нормаль- наго надпочечника, въ центральныхъ — на сар- кому.	Tumor gland. suprarenalis cum metast...	Въ лег- кихъ и пе- чени; по- строена такъ же, какъ глав- ная опу- холь.	
х о д к а.		Въ надпочечникѣ—опу- хольный узелъ, величиной съ вишню, твердой кон- систенціи, желтаго цвѣта.	Походитъ на zona reti- cularis et fasciculata нор- мальнаго надпочечника. Строма сосудистая. Въ кѣлѣткахъ имѣется темно- коричневый, зернист., без- железистый пигментъ, гли- когенъ и жиръ.			
н ѣ т ѣ.		Узловатая опухоль лѣ- ваго надпочечника.	Походитъ на преды- дущій случай, хотя кѣлѣ- тки отличаются нѣсколько большой величиной и ме- нѣ правильнымъ распо- ложеніемъ.	Hyperne- phroma gland. sup- rarenalis sinistri cum me- tast...	Въпузырь, легкихъ, и нижней полой венѣ.	
х о д к а.		Въ лѣвомъ надпочеч- никѣ—опухоль, 1 1/2 сант. въ діаметръ, мягкой кон- систенціи, желто-оранже- ваго цвѣта.	Походитъ на zona glo- merulosa et fasciculata. Строма соединительно- тканная, мѣстами капил- лярная, кѣлѣтки полиго- нальныя, рѣже круглыя и цилиндрическія, богатыя жиромъ и гликогеномъ. Въ небольшихъ количествахъ имѣются гигантскія кѣлѣтки.			
		Въ правомъ надпочеч- никѣ—опухоль величиной съ воложскій орѣхъ, мя- гой консистенціи, охра- желтаго цвѣта.	Походитъ на преды- дущую.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главные симптомы	Моча	Клинический диагнозъ
Костенко						
3-й сл.	58 м.	С л у ч а й н а я	с е к ц і я	о п н а я	н а	
4-й сл.	40 м.	»	»	»	»	»
5-й сл.		»	»	»	»	»
6-й сл.	36 м.	»	»	»	»	»
7-й сл.		О п у х о л ь	у д а л е н а	п р и	о п е	

Лѣченіе	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описание	Краткое микроскопическое описание	Патолого- анатоми- ческий диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
х о д к а.		Въ обоихъ надпочечникахъ въ центръ имѣется по 1-й опухоли, величиной съ горошину, ярко-желтаго цвѣта, мягкой консистенціи.	Походить на предыдущую, хотя мѣстами отличается отъ нея болѣе сильнымъ развитіемъ соединительно-тканной стромы, присутствіемъ экстравазатовъ и склонностью къ распаду.			
»	»	Походить на предыдущую.	Походить на предыдущую, если не считать присутствія гигантскихъ клѣтокъ.			
»	»	Въ одномъ изъ надпочечниковъ имѣется опухоль, величиной съ сливу, нестраго вида на разрѣзѣ, что обусловливается присутствіемъ охряно-желтыхъ, бѣлыхъ и сѣрыхъ участками. Такого же, приблизительно, характера опухоль имѣется въ клѣткѣ, окружающая этотъ надпочечникъ. Обѣ опухоли окружены капсулой.	Походятъ на предыдущія съ тою только разницей, что въ нѣкоторыхъ участкахъ ихъ имѣются железистыя образованія.			
»	»	Въ лѣвомъ надпочечникѣ — бугристая шаровидная опухоль, величиной съ яблоко, состоящая изъ свѣтло-оранжевыхъ узелковъ, раздѣленныхъ втянутыми сѣрыми участками. Опухоль — мягкой консистенціи.	Походить на корковое вещество нормального надпочечника, хотя въ ней много гигантскихъ клѣтокъ. Опухоль богата кровеносными и распадомъ.			
»	»	Одинъ изъ надпочечниковъ превращенъ въ опухоль, величиной съ голову взрослого человека и представляетъ изъ себя мѣшокъ со стѣнкой, толщиной отъ 1 до 3 сан., наполненный кровяными свертками.	Мѣстами походить на корковую субстанцію надпочечника, мѣстами на цилиндрому, мѣстами носить диффузный клѣточковый характеръ.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главные симптомы	Моча	Клинический діагнозъ
Костенко						
8-й сл.	60 м.	Въ юношескихъ годахъ перенесъ lues, а нѣсколько дней тому назадъ—воспаленіе легкихъ, послѣ чего у него остались боли въ боку и кашель.	Въ лѣвой половинѣ живота немного правѣе селезенки прощупывается неподвижная, твердая опухоль, величиной съ куриное яйцо. При раздуваніи желудка и толстыхъ кишокъ она не прощупывается.	Опухоль.	Ничего патологическаго не содержитъ.	Neoplasma abdominis.
9-й сл.	29 ж.	С л у ч а й н а я с е к ц и о н н а я н а х о д к а.				
10-й сл.	69 ж.					Neoplasma abdominis.

Лѣчение	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Лѣвый надпочечникъ и почка превращены въ опухоль, величиной $21 \times 13 \times 12$ сант. Опухоль—дольчатая, мягкой, дряблой консистенціи, мѣстами распавшаяся, сѣро-краснаго и желтаго цвѣта на разрѣзѣ.	Походитъ на zona fasciculat. нормального надпочечника, мѣстами носитъ аденоматозный и папиллярный характеръ. Паренхиматозныя клѣтки богаты жиромъ и гликогеномъ; среди нихъ много гигантскихъ клѣтокъ. Мѣстами въ опухоли много экстравазатовъ и распада.	Hypernephroma gl. suprarenal. sinister. cum metast...	Въ брыжжейкѣ, сердцѣ, легкихъ и періаортальныхъ лимфатич. железахъ. Часть метастазовъ походитъ на главн. опухоль, часть на полиморфную саркому, а часть на zona fasciculata нормального надпочечн.	
		Лѣвый надпочечникъ превращенъ въ опухоль, величиной $16 \times 15 \times 8$ сант.	Походитъ на предыдущую.			
		Правый надпочечникъ превращенъ въ опухоль, величиной $18 \times 15 \times 12$ сант. Опухоль—бугристая, дольчатая, мягкой консистенціи, желтаго, сѣро-краснаго и краснаго цвѣта. Центръ опухоли превратился въ кашицеобразную массу.	Опухоль построена по типу перителіомы: капиллярная строма и сидящая на капил. эпителии паренхиматозныя клѣтки похожія на клѣтки нормального надпочечника. Мѣстами опухоль носитъ папиллярный характеръ. Въ клѣткахъ много жира и гликогена.	Hypernephroma gland. suprarenal. dexteri.	Въ печени и легкихъ. Походятъ на главную опухоль.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главные симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Костенко 11-й сл.	43 м.	Больной былъ опери- рованъ по поводу рако- вой язвы языка и мета- стазовъ въ шейныя лим- фатическія железы. Че- резъ 2 мѣсяца послѣ опе- раціи онъ поступилъ съ параличемъ верхнихъ ко- нечностей, большой опу- холью на шеѣ, въ состо- яніи сильного истощенія, отъ чего вскорѣ и скон- чался.			Не содержитъ ничего пато- логическаго.	Cancer linguae.
Кулеша.	68 ж.	2 мѣсяца тому назадъ появилась опухоль и боль въ правой половинѣ жи- вота.	Правая половина жи- вота занята бугристой плотной опухолью, рас- пространяющейся отъ праваго подреберья до со- отвѣтственной подвздош- ной области и до пупка. Кромѣ того у больной имѣется увеличенная и плотная селезенка и as- cites.	Боль и опу- холь.	Содержитъ бѣлокъ.	Carcinoma hepatis.
Lubarsch. 1-й сл.		Музейный препаратъ.				

Лѣченіе	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатоми- ческій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Правый надпочечникъ превращенъ въ опухоль, величиной 6×7×7 сант. Опухоль сѣро-краснаго цвѣта, мягкой консистен- ціи.	Опухоль мѣстами по- ходитъ на zona fasciculata нормальнаго надпочечни- ка, мѣстами носитъ па- пиллярный характеръ.	Hyperne- phrom. gl. supraren. dextr. cum metastas...	Въ шей- ныхъ лимфати- ческихъ железахъ, печени, ребрахъ, легкихъ, почкахъ, поджелу- дочной железѣ и въ кожѣ головы.	
		Правый надпочечникъ превращенъ въ опухоль, величиной съ кулакъ, а лѣвый—съ яблоко.	Въ периферическихъ участкахъ опухоль похо- дитъ на корковое веще- ство надпочечника, хотя мѣстами имѣются кистоз- но-папиллярныя образо- ванія. Въ центральныхъ участкахъ опухоли—міо- саркоматозная ткань.	Tumor gland. supraren- nalis utriusque cum metast...	Въ пече- ни, салъ- никѣ, лег- кихъ, брю- шинѣ, сердцѣ, въ брыжже- чныхъ и бронхіаль- ныхъ лим- фатиче- скихъ же- лезахъ.	
		Опухоль праваго над- почечника, перешедшая на почку, величиной съ дѣтскій кулакъ, мягкой консистенціи, сѣро-крас- наго, мѣстами желтова- таго цвѣта, съ многочис- ленными кровоизліяніями.	Построена по типу ангіо-саркомы: сосудистая строма и сидящая на со- судахъ полигональныя кѣтки, со свѣтлой, пѣж- ной, зернистой или дыр- чатой протоплазмой, со- держашей гликогенъ. Въ опухоли много экстрава- затовъ и кровянаго пиг- мента.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Lubarsch						
2-й сл.	54 м.	Анамнезъ не могъ быть отобранъ вслѣдствіе тяже- лаго состоянія здоровья больного.	Въ полости живота кромѣ асцита ничего не найдено.		Содержитъ бѣлокъ.	
Mañasse						
1-й сл.		С л у ч а й н а я с е к ц і о н н а я н а х о д к а.				
2-й сл.	70 м.	„	„	„	„	„
3-й сл.	80 ж.	„	„	„	„	„
4-й сл.	50 ж.	„	„	„	„	„
5-й сл.		„	„	„	„	„
6-й сл. (по автору 24-й сл.)	64 м.	„	„	„	„	„

Лѣченіе	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатоми- ческій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Опухоль лѣваго над- почечника и почки, вели- чиной $17 \times 7 \times 5\frac{1}{2}$ сант., состоитъ изъ узловъ желто- краснаго и желтаго цвѣта. Опухоль проникаетъ въ по- чечную вену.	Построена по типу перителіомы, новъ общему походить на корковое ве- щество надпочеч. Клѣтки полигональныя, круглыя, или цилиндрической формы, содержать жиръ и глико- генъ; между ними есть гигантскія клѣтки.	Carcinoma glandul. supraren. et renis sinistri cum me- tastas...	Въ ретро- перитон. лимфатич. железахъ, легкихъ, плеврѣ, поджелуд. и щитовид- железѣ; построены также, какъ мате- ринская ткань.	
		Въ лѣвомъ надпочеч- никѣ—опухоль бѣло-жел- таго цвѣта, величиной съ лѣсной орѣхъ.	Также построена, какъ и корковое вещество над- почечника. Клѣтки сильно инфильтрированы жиромъ, нѣкоторые изъ нихъ груп- пами вдавались въ про- свѣтъ венозныхъ сосудовъ.			
		Въ правомъ надпочеч- никѣ—опухоль величиной съ вишню, бѣло-желт. цвѣта.	Отличается отъ преды- дущей только тѣмъ, что содержитъ гигант. клѣтки.			
		Почти весь надпочеч- никъ занятъ опухолью, величиной съ куриное яйцо.	Построена также, какъ первая.			
		Опухоль надпочечника величиной съ вишню, желтаго цвѣта, мягкой консистенціи.	Походить на преды- дущую.			
		Опухоль надпочечника величиной съ куриное яйцо.	Построена также, какъ мозговое вещество над- почечника.			
		Опухоль лѣваго над- почечника, величиной съ куриное яйцо, бѣлаго цвѣта, плотноватой кон- систенціи.	Походить на мозговое вещество нормального над- почечника.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Manasse. 7-й сл. (25-й сл.)		М у з е	й н ы й п	р	е п	а р
8-й сл.		И с т о р	і н б о	л ъ з	н н	
Mohr.	42 ж.	С л у ч а й н	а я с е к ц і	о н н а я	н а	
Reham. 1-й сл.		9 мѣсяцевъ назадъ появились меноратія, чувство давленія въ области желудка, а 3 мѣсяца спустя—припухлость живота.	Въ нижней половинѣ живота справа прощупывается эластич. шарообразная, величиной съ мужскую голову опухоль. Въ лѣвой половинѣ живота тоже прощупывается опухоль, хотя и не такъ ясно.			Опухоль яичника, можетъ быть, двухсторонняя.

Лѣченіе	Исходъ операци и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описание опухоли	Краткое микроскопическое описание	Патолого- анатомиче- скій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
а	ъ	Опухоль надпочечника, величиной съ куриное яйцо, сѣро-бѣлаго цвѣта, съ кровоизліяніями.	Построена по типу коркового вещества надпочечника. Строма сосудистая. Въ опухоли есть гигантскія клітки и правильныя железист. трубки.			
н ѣ т ѣ.		Правый надпочечникъ превращенъ въ опухоль, величиной 8×6½×2 сантиметра, пестраго вида на разрѣзѣ: желт., красн. и бѣл. участки. Лѣвый надпочечникъ нѣсколько увеличенъ.	Оп. построена по типу carcinom'y simpl.	Tumor glandul. suprarenalis dextri. cum metast...	Въ печени, верхнихъ и нижн. конечностяхъ, и надпочечникѣ.	
х о д к а.		Въ поджелудочной железѣ опухоль, величиной съ малый кулакъ, пестрая на разрѣзѣ: чередованіе бѣлыхъ, желтыхъ и красныхъ участковъ. Такая же опухоль въ нижней половинѣ правой почки.	Нѣжная соединительно тканная, богатая сосудами, альвеолярная строма и интимно связанная съ ней паренхиматозныя надпочечнаго характера клітки.			Обѣ опухоли одинаково построены и подходятъ на корков. субстанцію надпочечника; развились не независимо другъ отъ друга.
Laparotomia.		Правый яичникъ превращенъ въ кисту, рядомъ съ которой имѣется мягкая, величиной съ дѣтскую головку «солидная» опухоль, состоящая изъ отдѣльных узловъ сѣро-краснаго и коричнево-желтаго цвѣта.	«Солидная часть» построена по типу zona fasciculata et glomerulosa; строма сосудистая, паренхиматозныя клітки эпителиальнаго типа, полигональной и цилиндрической формы. Гликогена въ опухолѣ много.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клинический диагнозъ
Pick.	51 ж.	Больная давно страдает перемежающимися болями въ поясничной области, запорами и частыми позывами къ мочеиспусканию.	Выпаденіе матки и задней стѣнки влагалища; матка отклонена вправо, тѣсно примыкающей къ ней неподвижной опухолью, величиной съ мужскую голову, твердой консистенции.			Prolapsus uteri et vaginac. Intralig. fibroid.
Ribbert.	63 ж.	3 года назадъ больная замѣтила въ животѣ на уровнѣ пупка опухоль величиной съ лѣсной орѣхъ, которая постепенно потомъ увеличивалась.	Въ области pylorus'a прощупывается опухоль, величиной съ мужской кулакъ, плотной консистенции, бугристая, не много чувствительная при дотрагиваніи.			Carcinoma pylori.
Schmorl						
1-й сл.	67 м.	С л у ч а й н а я с е к ц і о н н а я				х о д к а.
2-й сл.	76 м.	»	»	»	»	»
3-й сл.		»	»	»	»	»

Лѣчение	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
Laparo- tomia.	На 21 день выписалась здоровой, а черезъ 13/4 года — смерть отъ метастазовъ.	Правый яичникъ превращенъ въ опухоль, величиной съ мужскую голову, плотной консистенции, желтаго цвѣта.	Походитъ на subst. glomerul. et fasciculata. Строма капиллярная, паренхиматозныя кѣтки полигональной формы, содержатъ жиръ, гликогенъ и кое гдѣ желто-красный пигментъ. Отношеніе къ стромѣ интимное. Нѣкоторыя альвеолы имѣютъ въ центрѣ просвѣтъ, облитый распаду.			
Laparo- tomia.	Смерть на 7-й день.	Въ головкѣ pancreas — опухоль, величиной 8×5×4 сант., плотной консистенции, дольчатая, сѣро-краснаго, сѣро-бѣлаго и темно краснаго цвѣта на разрѣзѣ.	Капиллярная строма и сидящая на капиллярахъ эпителиальная паренхиматозныя кѣтки очень похожія на кѣтки рядомъ лежащей надпочечной ткани.			
		На нижней поверхности правой доли печени — опухоль, величиной съ лѣсной орѣхъ, плотной консистенции, коричневатожелтаго цвѣта.	Паренхима распределена подобно zona fasciculata нормального надпочечника. Эпит. кѣт. — куб. полигон. формы, сильно инфильтрированы жиромъ и содержатъ зол.-жел. зернистый пигментъ.			
		Между вѣтвями plex. solaris — опухоль, величиной съ куриное яйцо.	Походитъ на предыдущую.			
		Между col. transv. и селезенкой — опухоль, величиной съ лѣсной орѣхъ.	Походитъ на предыдущую.			

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главнѣе симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Wooley	43 м.	3 мѣсяца назадъ больной внезапно потерялъ на 20 мин. сознание, послѣ чего чувствовалъ слабость въ теченіе мѣсяца; вскорѣ послѣ того появились головная боль, рвота и другіе симптомы, указывавшія на менингитъ и опухоль мозга.			Содержитъ слѣды бѣлка.	Mening. Tumor cerebri
Weiss	1-й сл.	17 ж.	Нѣсколько мѣсяцевъ назадъ появилась внизу живота опухоль, которая въ послѣдній мѣсяць стала быстро расти.	Животъ выпяченъ твердой, неподвижной, немного чувствительный при до-трагиваніи, поднимающейся изъ малаго таза, опухолью, съ гладкой поверхностью и простирающейся кверху почти до пупка.		Sarcom. ovarior. dextri.
	2-й сл.	27 ж.	2 1/2 года назадъ больная замѣтила, что у нея сталъ увеличиваться животъ, появилась усталость въ ногахъ и общее исхуданіе; послѣднее время появились боли въ почечной области и припуханіе ногъ.	Въ лѣвой половинѣ живота прощупывается опухоль, величиной съ мужскую голову. Опухоль бугристая, твердой консистенціи.	Опухоль и боли.	Ничего патологическаго не содержитъ.

Лѣченіе	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Правый надпочечникъ превращенъ въ опухоль, бѣлаго и желтаго цвѣта. Въ лѣвомъ надпочечникѣ имѣется нѣсколько не большихъ опухолевыхъ узловъ.	Мѣстами опухоль по-ходитъ на zona fascicu- lata нормальнаго надпо- чечника; мѣстами носитъ железистый характеръ.	Tumor gland. supraren. dextri cum metast...	Въ лег- кихъ, моз- гу и въ забрюшин. железахъ. Часть ихъ походить на глав- ную опу- холь, а часть на кругло- клеточн. альвеол. саркому.	
Laparot.	Смерть на 3-й день.	Въ правой широкой маточной связкѣ — опу- холь, величиной съ муж- скую голову, мягкой кон- систенціи, «своеобразнаго маслянаго желтаго цвѣта», съ многочисленными ге- моррагіями.	Капиллярная строма и сидящая на капиллярахъ въ 1—2 и болѣе рядовъ круглыя, полигональныя, кубическія и цилиндри- ческія клетки, сильно инфильтрированы жиромъ. Мѣстами опухоль носитъ диффузно-клеточков. ха- рактеръ.	Tumor ligam. lati. ut. cum. metast...	Въ regio- нарныхъ лимфатич. железахъ и яичникѣ.	
Extirpatio tumoris per lapa- rotomiam.	Смерть отъ перитони- та на 6-й день.	Въ позабрюшинной клетчаткѣ кнутри отъ лѣ- вой почки и надпочеч- ника имѣется опухоль, ве- личины съ голову взрос- лаго человѣка. На раз- рѣзѣ опухоль представ- ляется желтой съ много- численными кровоизлія- ніями.	Походить на корковое вещество надпочечника. Строма капиллярная, клѣ- тки эпителиальнаго типа, богатыя жиромъ и глико- геномъ.	Operatio- laparoto- mia. Peri- tonitis purul.		

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главные симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Winkler						
1-й сл.	57 ж.	<p>1/2 года тому назадъ появились сильныя боли въ области желудка, сопровождавшіяся рвотами. Последнее время больная стала ощущать опухоль въ области желудка, головную боль, головокруженіе и чувство слабости, что и заставило ее обратиться въ лечебное заведеніе, гдѣ она вскорѣ скончалась при явленіяхъ сердечной слабости.</p>	<p>Въ области желудка прощупывалась опухоль плотной консистенціи.</p>	<p>Боль, и опухоль</p>		
2-й сл.	19 ж.	<p>8 лѣтъ тому назадъ больная случайно замѣтила въ правой половинѣ живота опухоль, которая въ теченіе двухъ лѣтъ не причинила ей страданій. 6 лѣтъ назадъ послѣ паденія и ушиба живота у больной началась гематурия, продолжавшаяся все время съ различными промежутками. Последніе дни у больной появились боли въ животѣ.</p>	<p>Справа отъ пупка отмѣчается выпячиваніе живота. При ощупываніи констатируется опухоль, мѣстами узловатая, мѣстами съ гладкой поверхностью, распространяющаяся отъ пупка къ правой почкѣ и величиной приблизительно въ два кулака. Опухоль подвижна и немного чувствительна при давленіи. При раздуваніи толстой кишки опухоль нѣсколько сдвигается въ правую сторону, а кишка располагается впереди нея.</p>	<p>Гематурия, опухоль и боль.</p>	<p>Моча мутная, со слѣдами бѣлка.</p>	

Лѣченіе	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатоми- ческій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		<p>Лѣвый надпочечникъ представляется увеличеннымъ. На разрѣзѣ видно, что надпочечная ткань превращена въ сѣро-бѣлую, по краямъ слегка полосатую опухоль, со многими кровоизлияніями въ центрѣ. Вокругъ опухоли сохранилась надпочечная ткань въ видѣ узкой полоски 3 милим. шириной, — хотя мѣстами ея не имѣется и опухоль примыкаетъ къ капсулѣ. Правый надпочечникъ такой же, какъ и лѣвый.</p>	<p>Мѣстами походитъ на zona fasciculata, мѣстами на carcinoma simplex. Клетки отличаются полиморфизмомъ.</p>	<p>Tumor gland. suprarenalis utr. cum metas...</p>	<p>Въ печени, мозгу и мозжечкѣ.</p>	
		<p>Опухоль праваго надпочечника, перешедшая на соотвѣтств. почку, величиной (вмѣстѣ съ почкой) 18×11 1/2×6 сант. Цвѣтъ опухоли мѣстами темно-красный, мѣстами зелено-желтый, консистенція ея мягкая. Часть опухоли распалась; почечная лоханка и сосуды выполнены опухольной массой.</p>	<p>Часть опухоли походитъ на zona fasciculata нормального надпочечника, часть на carcinom'u, причемъ клетки мѣстами напоминаютъ клетки корковой субстанции надпочечника, мѣстами отличаются большимъ полиморфизмомъ. Въ центрѣ опухоли много экстравазатовъ.</p>	<p>Tumor gland. supraren. et renis dextr.</p>		

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главные симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Winkler						
3-й сл.	66 м.	Три мѣсяца назадъ появились сильныя боли въ лѣвомъ боку, заставившія больного поступить въ госпиталь, гдѣ кромѣ чувствительности въ области лѣвой почки и въ лѣвомъ подреберьи ничего при ощупываніи не найдено. Въ теченіи 3-хъ послѣдующихъ мѣсяцевъ боли мѣнялись въ своей интенсивности. Временами происходило легкое повышение t^0 .	Рѣзко выражена чувствительность при ощупываніи области лѣвой почки и лѣваго подреберья.	Боль.	Мутная, съ большимъ количествомъ бѣлка, лейкоцитовъ и съ отдѣльн. цилиндрами. 3 мѣс. позднѣе моча изъ лѣвой почки была нормальной.	
4-й сл.	46 м.	6 мѣсяцевъ назадъ больной ушибъ себя лѣвый бокъ, — что заставило его пролежать въ постели нѣсколько дней; 4 мѣсяца спустя послѣ травмы появились въ лѣвомъ боку боли, которыя постепенно усиливались и стали иррадіровать въ правый бокъ и лѣвую нижнюю конечность. Силы больного постепенно падали и черезъ 6 мѣсяцевъ отъ полученія травмы больной скончался.	Въ лѣвомъ подреберьи прощупывается опухоль.	Боли и опухоль.	Не содержитъ ничего патологическаго.	

Лѣченіе	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Лѣвый надпочечникъ превращенъ въ шарообразную опухоль величиной $10 \times 12\frac{1}{2}$ сант. Опухоль мягкой консистенціи, желто-краснаго цвѣта, сращенная съ верхнимъ полюсомъ почки и грудобрюшной преградой. Опухоль проросла почечную вену.	Походитъ частью на корковое вещество надпочечника, частью на сарцином'у. Въ опухоли много полигональных гигантскихъ клѣтокъ и не-большихъ размѣровъ кистъ.	Tumor gland. supragen. sinistri progred. in. ven. ren.		
		Лѣвый надпочечникъ превращенъ въ опухоль величиной съ гусиное яйцо. Опухоль дольчатая, мягкой консистенціи, коричнево и красно-желтаго цвѣта, мѣстами распавшаяся.	Опухоль построена по типу перителіомы.	Tumor gland. supren. sinistri cum metastas...	Въ печени и воротахъ венѣ.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Winkler						
5-й сл.	50 м.	Боленъ въ теченіи 8 мѣсяцевъ. Время отъ времени у него появляются сильныя боли въ бокахъ, особенно лѣвомъ; наступаютъ онѣ внезапно и продолжаются 1½—2 часа. Въ промежуткѣ больной чувствуетъ себя вполне здоровымъ. Сначала боли были 1—2 раза въ недѣлю, но потомъ все чаще и послѣднее время почти безъ перерыва, причемъ съ боковъ онѣ стали распространяться и на спину.	Кромѣ увеличенія сердечной тупости, ослабленныхъ тоновъ сердца ничего не найдено.	Боли.		
6-й сл.	48 м.	1½ года страдалъ головными болями, а ½ года назадъ наступило ступорное состояніе.				

Лѣченіе	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- скій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Оба надпочечника превращены въ опухоль, величиной съ куриное яйцо, твердой, мѣстами кашицеобразной консистенціи. На разрѣзѣ видно, что опухоль окружена тоненькой полоской корковой субстанціи надпочечника. Цвѣтъ опухоли бѣлый и желто-красный.	Многочисл. «кровеносн. пространства» различной величины, во кругъ которыхъ располагаются въ радіальномъ направленіи опухоли. Кѣтки. Послѣднія походятъ на кѣтки zona fasciculata надпочечника. Въ опухоли много экстравазатовъ и распада.	Tumor glan. supr. utriusque cum metast..	Въ лег-кихъ, пе-чени, моз-гу, реб-рахъ, поз-вонкахъ, основаніи черепа и брыж-жееч. лим-фатическ. железахъ. Постро-ены частью, какъ ма-теринская ткань, частью отличаются отъ нея разно-образіемъ въ вели-чинѣ и формѣ кѣточ-ныхъ эле-ментовъ.	
		Лѣвый надпочечникъ превращенъ въ опухоль, величиной съ куриное яйцо. Ткань надпочечника сохранилась только на верхнемъ полюсѣ. Опухоль сѣро-краснаго цвѣта, съ многочисл. свѣтло желт. и темно-голубыми пятнами.	Походить на преды-дущую.	Tumor glan. supr. sinistri cum metast...	Въ почкѣ, печени, мозгу. Въ общемъ походятъ на мате-ринскую ткань.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Winkler						
7-й сл.	16 ж.	11 мѣсяцевъ назадъ болѣла лѣвостороннимъ воспаленіемъ легкихъ и плевры, послѣ чего вскорѣ началъ увеличиваться животъ и припухать ноги.	Въ правой половинѣ спины отмѣчаются сильно расширенныя вены. Обѣ ноги отечны. Животъ представляется опухшимъ, печень — увеличенной, болѣзненной при ощупываніи, съ острымъ нижнимъ краемъ.		Содержитъ бѣлокъ, немного цилиндровъ и много эпителиальныхъ клѣтокъ.	
8-й сл.	59 м.	Страдаетъ въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ болями въ животѣ и общимъ упадкомъ силъ.	Въ полости живота имѣется бугристая опухоль, распространяющаяся отъ праваго ребернаго края до spin. anter. super. dextr. Въ обоихъ легкихъ «явленія катарра».	Боль, и опухоль.	Содержитъ бѣлокъ и много лейкоцитовъ.	
9-й сл.	48 ж.	6 мѣсяцевъ назадъ появились головныя боли, а нѣсколько недѣль позднѣе — разстройство рѣчи, параличъ facialis. и слѣпоты.				

Лѣченіе	Исходъ операции и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомическій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		На мѣстѣ прав. надпочечника наход. опухоль, величиной съ яйцо страуса, овальной формы, сращенная съ печенью и почкой. На разрѣзѣ верхн. треть ея состоитъ изъ темно-черныхъ мягкихъ массъ, средняя и нижняя изъ круглыхъ узловъ сѣро-красн. и желтоватаго цвѣта. Между узлами видны кое-гдѣ остатки надпочечной ткани. Опухоль выполн. непрерывно полую вену до прав. предсердія.	Опухоль частью подходит на корковое вещество надпочечника, мѣстами носитъ периваскулярный характеръ. Кровен. сосуды отлич. необыкновен. разнообраз. въ смыслѣ ширины просвѣта. Опухоль мѣстами имѣетъ ангиоматозный к каверноз. характеръ. Между сосудами и сидящ. на нихъ клѣтк. имѣется нѣжная соединит. ткань.	Hyper-nephroma dextr. cum met. Thromb. ven. cav. inf., ven. ren. sin., venil. utr., art. pulm. utr...	Въ печени и легкихъ.	
		Лѣвый надпочечникъ превращенъ въ опухоль, величиной съ глубинное яйцо, мягкой консистенціи, сѣро-краснаго цвѣта. Опухоль проникла въ почечную вену и выполнила ее до полой вены.	Опухоль состоитъ изъ двойкаго рода ткани: компактной, рѣзко отгранич. клѣточн. группы и кавернозные кровяныя пространства отгран. опух. клѣтками. Опух. клѣтки походятъ на клѣтки корковой субстанціи надпочечника. Мѣстами опухоль носитъ карциноматозный характеръ.	Tumor gland. supr. sin. in ren. progred. cum met... Bronchitis.	Въ печени, легкихъ, позвоночнике. Въ общемъ походить на материнскую ткань.	
		Правый надпочечникъ превращенъ въ опухоль, твердой консистенціи сѣро-краснаго цвѣта.	Опухоль носитъ периваскулярный характеръ, хотя между сосудами и клѣтками ея имѣется соединит. ткань. Сосуды представляютъ изъ себя широкія тонко-стѣнныя «кровен. пространства». Опух. клѣтки походятъ на клѣтки надпочечника. Опухоль обнар. наклонность къ крововизл. и дегенеративнымъ процессамъ.	Tumor gland. supr. dex. cum metast...	Въ мозгу и легкихъ.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій діагнозъ
Winkler						
10-й сл.	48 м.	И с т о р	і н б о л ѣ з н и			
11-й сл.	2 р.	7 мѣсяцевъ назадъ стали отмѣчать упадокъ питанія, а 4 мѣсяца спустя увеличеніе живота. Въ это же, приблизительно, время появился лѣвосторонній экзофтальмусъ. Черезъ 9 мѣсяцевъ отъ начала заболѣванія—смерть при явленіяхъ затрудненнаго (замедленнаго) дыханія.				

Лѣченіе	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое макроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатомиче- скій діагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
н ѣ т ѣ.		Лѣвый надпочечникъ превращенъ въ узловатую опухоль, эластич. консистенціи, величиной съ дѣтскую головку. На разрѣзѣ видно, что большая часть ея превратилась въ кашецеобразную массу желтаго цвѣта. Только нижняя часть, величиной съ малый кулакъ представляется не распавшейся, дольчатой, мягкой консистенціи, красно-желтаго цвѣта. Опухоль прорасла почечную вену.	Опухоль носитъ периваскулярный характеръ. Въ общемъ походитъ на предыдущую, хотя не имѣетъ такихъ большихъ сосудовъ.	Tumor gland. supragen. sinistri...		
		Оба надпочечника превращены въ опухоли, мягкой консистенціи и пестраго вида на разрѣзѣ. Часть ткани сохранила цвѣтъ нормальнаго надпочечника, часть же обладаетъ ржаво-коричневою, сѣро-красной и розовой окраской. Величина лѣваго надпочечника 7 : 4,8 : 4 сант., праваго — 4 : 3,2 : 2,1 сант.	Соединительно - тканная строма, образующая широкопетлистую сѣть, и кубическія или круглыя кѣтки, сплошь заполняющія ее.		Въ позади- брюшин. лимфатич. железахъ, легкихъ и черепѣ. Своимъ строені- емъ они походятъ частью (лимфат. жел.) на материн. ткань, частью же (легкіе и черепъ) на мелко- кругло- кѣточ- ную сар- кому.	

Авторъ	Возрастъ Полъ	Краткія анамнестическія данныя	Краткій stat. praesens	Главныя симптомы	Моча	Клиническій диагнозъ
Winkler 12-й сл.	2-й г.	Съ 6-ти мѣсяцевъ отъ роду ребенокъ болѣсть: рвоты и упадокъ пита- нія. Умеръ при посте- пенномъ упадкѣ силъ.	Сильно увеличенная печень, увеличенныя па- ховыя лимфатическія же- лезы, диффузный брон- хитъ, и опухоль, величи- ной съ голубиное яйцо, in muscul. quadric. fe- mor. et gastrocnem.			
13-й сл.	27 м.	¹ / ₂ года назадъ у боль- ного появились опухоль и боль сначала въ пра- вомъ локтевомъ сочлене- ніи, а потомъ въ лѣвомъ боку подъ реберной ду- гой. Больной сталъ бы- стро худѣть и чувство- вать сильный упадокъ силъ.	Въ лѣвой половинѣ живота констатирована опухоль.	Боль и опу- холь.		
Ziegler 1-й сл.	85 ж.	С л у ч а й н а я с е к ц и о н н а я				
2-й сл.	69 ж.					

Лѣченіе	Исходъ операциі и дальнѣй- шій срокъ наблюде- нія	Краткое микроскопическое описаніе опухоли	Краткое микроскопическое описаніе	Патолого- анатоми- ческій диагнозъ	Мета- стазы	Примѣ- чаніе
		Лѣвый надпочечникъ превращенъ въ опухоль, величиной съ куриное яйцо, мягкой консистен- ціи, сѣро-краснаго цвѣта, съ щелевидными про- странствами въ срединѣ.	Походить на преды- дущую, хотя кѣтки от- личаются нѣсколько боль- шимъ полиморфизмомъ.	Tumor gland. supraren. sinistr. cum metast...	Почти во всѣхъ лимфатич. железахъ, печени, костяхъ и мускулахъ бедра. Въ стро- еніи по- ходятъ на материн. ткань.	
Laparoto- mia.	Смерть при по- степен- номъ упадкѣ силъ.	Лѣвый надпочечникъ превращенъ въ опухоль, величиной 10×8×8 сан., мягкой консистенціи, ко- ричнево-краснаго цвѣта, сильно распавшуюся. Та- кая же опухоль и въ дру- гомъ надпочечникѣ.	Въ общемъ походить на первый случай.	Sarcoma. gland. supraren. utriusque cum metast...	Въ щито- видной же- лезѣ, сердцѣ и въ пра- вомъ локтев. со- члененіи.	
х о д к а.		Въ лѣвомъ надпочеч- никѣ—опухоль, величи- ной съ финикъ, желтаго и краснаго цвѣта.	На периферіи похо- дитъ на subst. fasciculat. et. glomerul. нормального надпочечника. Въ центрѣ имѣетъ еще и кистозныя пространства выполн. кровью. Строма въ цен- трѣ мѣстами гиалинизи- рована.	Strum. supraren. sinistri, oedema pulm.		
		Лѣвый надпочечникъ превращенъ въ опухоль, величиной 3×2 сант.	Походить на преды- дущую.			

ПЕРЕЧЕНЬ ЛИТЕРАТУРЫ.

- Adrian. Zur Klinik der Nebennierengeschwülste. Zeitschr. f. Urologie. Bd. IV. 1910.
- Albrecht P. Zur Klinik und pathologischen Anat. der malign. Hypernephre. Arch. f. klin. Chir. Bd. 77. 1905.
- Alexander. Untersuch. über die Nebenniere und ihre Beziehung zum Nervensystem. Ziegler's Beitr. Bd. 11. 1892.
- Albrecht Max. Kasuistischer Beitrag zu den malignen Nebennierenstrumen. Dissert. 1897.
- Ambrosius. Beiträge zur Lehre von den Nierengeschwülsten. Dissert. 1891.
- Askanazy. Die bösartigen Geschwülste der in der Niere eingeschlossenen Nebennierenkeime. Ziegler's Beitr. Bd. 14. 1893.
- Richtigstellung einiger Bemerkungen Dr. Sudeck's «zur Lehre von den aberrirten Nebennierengeschwülsten in der Niere». Virchow's Archiv. Bd. 136. 1894.
- Aichel. Vergleichende Entwicklungsgeschichte und Stammesgeschichte der Nebennieren. Arch. f. mikr. Anat. und Entwickel. Bd. 56. 1900.
- Angerer. Beiträge zur Chirurgie der Nieren. Münch. med. Woch. №№ 27, 28, 30. 1891.
- Apolant H. Die epithelialen Geschwülste der Maus. Arbeit. aus dem kön. Inst. f. exp. Ther. zu Frankfurt am M.
- Bericht über die verhandlungen der deut. pathol. Gesellschaft auf. d. 12. Tagung, gehalten zu Kill von 23 bis 25 Apr. 1908. Centralbl. f. allg. Path. und path. An. № 10. 1908.
- Arnold. Ein Beitrag zur inneren Structur und dem Chemismus der Nebenniere. Virchow's Arch. Bd. 35.
- Albarran et Imbert. Les tumeurs du rein. Paris. 1903.
- Albrecht. Zellulärpathologie. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 1.
- Die physikalische Organisation der Zelle. 1 Bd. 2 H.
- Die Grundprobleme der Geschwülstlehre. Bd. 3. H. 3 u. 4.

- Бѣлинскій. Первичныя опухоли почекъ надпочечнаго типа (гипернефромъ). Хирургія. 1908 г. № 143.
- Borst. Die Lehre von den Geschwülsten. 1902.
- Bräuninger. Beiträge zur Nierenchir. Beitr. z. kl. Chir. Bd. 18. 1897.
- Buday. Beiträge z. Cystenbildung in den supraren. Nierengeschwülsten. Ziegler's Beitr. Bd. 24. 1898.
- Бобровъ В. Къ вопросу о діагностикѣ и оперативномъ леченіи болѣзней почекъ. Диссертация. 1892 г.
- Braatz. Zur Nierenextirpation. Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 48. H. 1.
- Birch-Hirschfeld. Beitr. z. path. Anat. der Nierengeschwülste. Ziegler's Beitr. Bd. 24. 1898.
- Lehrbuch der path. Anat. V. Aufl. 1896. I. Bd.
- Sarcomat. Drüsengeschwülst. der Niere im Kindersalter. Ziegler's Beitr. Bd. 24. 1898.
- Birch-Hirschfeld und Garten. Ueber das Verhalten implantierter embryonaler Zellen in erwachsenen Thierkörpern. Ziegl. Beitr. Bd. 26. 1899.
- Burkhardt. Die klin. und pathol.-anat. Stellung der malign. Nebennierenadenome der Niere. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 55. 1900.
- Bormann. Metastasenbildung bei histol. gutart. Geschwülsten. Ziegl. Beitr. 1906.
- Böhler. Beitrag. zur Klinik. der Nierentumoren, speziell. der mal. Hyperneph. Wien. klin. Woch. 1903. № 19—20.
- Beneke. Zur Lehre von der Versprengung. von Nebennierenkeimen in der Niere nebst Bemerkungen zur allgem. Onkologie. Ziegler's Beitr. Bd. 9. 1890.
- Bieck. Beiträge zur Casuistik der Nierengeschwülste. Dissert. 1886.
- Busse. Ueber Bau, Entwicklung und Eintheilung der Nierengeschwülste. Virch. Arch. Bd. 157. 1899.
- Berdach. Ein Fall von primärem Sarcom der Nebenniere nebst einig. diagnostischen Bemerkungen. Wien. med. Woch. № 10, 11. 1899.
- Besche. Maligne Nebennierengeschwulst mit Metastasen in Knochen-system. Ref. Centralbl. f. allgem. Pathol. Bd. 158.
- Боголюбовъ. Zur Chir. der Nebennierengeschwülste. Arch. f. klin. Chir. Bd. 80. H. 1.
- Боголюбовъ. Къ патол. анат. и клиникѣ гипернефромъ. Русск. хир. арх. 1906. Книга III.

- Berdez. Contribution à l'étude des tumeurs des capsules surrénales. Arch. de medic. experim. № 3. 1892.
- V. Babes. Beobachtungen über Riesenzellen. Abt. C. Pathologie und path. Anatomie. C. Heft 20.
- Брюхановъ. О первичныхъ опухоляхъ надпочечниковъ. Дисс. 1889.
- Bonnet. Ueber Syncytien, Plasmodien und Symplasma in der Placenta der Säugethiere und des Menschen. Monatsschr. f. Geburtshülfe u. Gynaecol. Bd. 18. 1903.
- Bindo de Vecchi. Ueber einen Fall von Hypernephrom der Leber. Virch. Arch. Bd. 177.
- Binder A. Ueber Riesenzellenbildung bei congenitaler Lues der Leber. Virchow's Archiv. Bd. 177. H. 1.
- Chiari. Zur Kenntniss der accessor. Nebenn. der Menschen. Zeitschr. f. Heilk. Bd. 5. 1884. (Ref. по Fuchs'y).
- Clairmont. Beiträge zur Nierenchirurgie. Arch. f. klin. Chir. Bd. 79. 1906.
- Corty Mac. Maligne Hyperneph. Berl. klin. Woch. № 44. 1905.
- Croftan. Nötiz über d. chem. Methode Hyperneph. der Niere von ander. Nieren-Geschwülsten. Virchow's Arch. Bd. 169. 1902.
- Driessen. Untersuchungen über glykogenreiche Endotheliome. Ziegler's. Beitr. Bd. 12. 1892.
- Dobbertin. Ziegler's Beitr. 28.
- Добровольская. Къ вопросу о гипернефр. Арх. біол. наукъ. Т. 12. В. 45.
- Достоевскій. Матеріалъ для микроскоп. анатоміи надпочечныхъ железъ. Диссерт.
- Деревенко и Федоровъ. Къ вопросу о новообразованіяхъ почекъ. Труды госпитальной хирургической клиники проф. Федорова. Томъ II. Часть вторая.
- Eiselberg. Diagnose und Therapie der Nierentumoren. Zeitschr. f. Urologie. Bd. 2. 1908. H. 1.
- Ehrlich P. Experimentelle Carcinomstudien Mäusen.
- Enderlen. Beitrag zur Nierenchirurgie. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 41. 1895.
- Эрдманъ. Къ вопросу о строеніи гипернефромъ. Изв. Имп. Военно-мед. Акад. № 3. 1907.
- Füchte. Ueber eine ungewöhnliche Struma supr. aberrata der linken Niere. Dissert. 1900.

- Freitag. Beitrag zur Casuistik der primären Nierensarcom. Ziegler's Beitr. № 24. 1898.
- Fränkel. Ein Fall v. doppelseitig., völlig latent verlaufenen Nebennierentumor... Virch. Arch. 103. 1886.
- Fuchs. Die versprengten Nebennierenkeime und ihre Neubildungen. Dissert. 1908.
- Funccius Bruno. Ueber von versprengten Nebennierenkeimen ausgehende Tumoren beider Nieren, complicirt durch Hufesenniere. Dissert. 1905.
- Freyer. Zur Kenntniss der von versprengten Keimen der Nebenniere ausgehenden Abdominalgeschwülste. Dissert. 1900.
- Fioravante e Pelegrino. Studi clinico ed anat.-patol. sulla trombosi neopl. della vena cava ascendente. Morgagni. 1906. Рефер. Centralbl. f. Chir. № 12. 1906.
- Geiss. P. Achtzehn Jahre Nierenchir. Dissert. 1889.
- Grawitz. Die sogen. Lipome der Niere. Virchow's Arch. Bd. 93.
— Die Entstehung von Nierentumoren aus Nebennierengewebe. Arch. f. kl. Chir. 30. 1884.
- Gussenbauer. Ein Beitrag z. Lehre v. der Verbreitung des Epithelialkrebsses auf Lymph... Arch. f. klin. Chir. Bd. 14.
- Gatti. Ueber die von abgesprengten Nebennierenkeimen ausgehenden Nierengeschwülste. Virch. Arch. 144.
— Der Lecithingehalt der Grawitz'schen Nierenstrumen. Virchow's Arch. 150.
- Görle. Nierencarcinom. Münch. med. Wochenschr. № 5. 1898.
- Graupner. Ein malignes Hypernephrom mit hyaliner Degeneration der Stroma (Cylindrom). Ziegler's Beitr. Bd. 24.
— Zur Histogenese des primären Nierencarcinom's. Ziegl. Beitr. 24.
- Grohè. Ueber Nierentumoren. Arch. f. kl. Chir. Bd. 63.
- Grosheintz. Die Hypernephrome der Niere nebst Beiträgen zur Kasuistik. Zeitschr. f. Urol. Bd. I. 1907. H. 7.
- Garré und Ehrhardt. Nierenchirurgie. 1907.
- Horn. Beitrag zur Histogenese der aus aberrirten Nebennierenkeimen entstandenen Nierengeschwülste. Virchow's Arch. Bd. 126. 1891.
- Hansemann. Ueber Nierengeschwülste. Zeitschr. f. kl. Med. 44. 1902.

- Hildebrandt. Ueber den Bau gewisser Nierentumoren, ihre Beziehung zu den Nierenadenomen und zur Nebenniere nebst Mittheil. über den Glykogenbefund in diesen, so wie in anderen Geschwülsten. Arch. f. kl. Chir. Bd. 47. 1894.
— Weiterer Beitrag zur pathol. Anat. der Nierengeschw. Arch. f. kl. Chir. Bd. 48.
- Hollen. Zur Casuistik der Nierengeschwülste. Dissert. 1890.
- Herczel. Ueber Nierenexstirpation. Beitr. z. kl. Chir. Bd. 6. 1896.
- Hochenegg. Beitr. zur Nierenchir. Wien. kl. Woch. № 24—28. 1891.
- Hoffman. Ueber Hypernephrom—Metastasen.
- Israel. Chir. klin. der Nierenkrankheiten. Berlin. 1901.
— Zur Diagnose der Nebennieren—geschwülste. D. medic. Woch. 1905. № 44.
- Iores. Ueber Nebennieren—Sarcome.
Deut. med. Wochenschr. 1894. S. 209.
- Касогледовъ. Адриналия въ гипернефромахъ. Русскій врачъ. № 51. 1909 г.
- Kelly. Ueber Hypernephrome der Niere. Ziegl. Beitr. Bd. 23. 1898.
- Klebs. Handbuch der pathol. Anat. I. Abt. 2. 1876.
— Die allgem. Pathologie. Th. 2.
- Krönlein. Ueber Nierengeschwülste. Corresp. für Schweizer Aerzte 1905 r. № 13.
- Kundrat. Epidermoidalkrebs der Niere ausgehend vom Nierenbecken. Wien. kl. Woch. 1892.
- Kohn. Diagnostik und Therapie der Nierentumoren. Zeitschr. f. Urologie. Bd. 2. 1908.
- Küster. Gliome Nebenn. Virchow's Arch. 180. 1905.
— Diagnostik und Therapie der Nierentumoren. Zeitschr. f. Urol. Bd. 2. 1908.
- Kusmik. Hypernephroma renis. Beitr. z. kl. Chir. Bd. 45. H. I.
- Kapsammer. Nierendiagnostik und Nierenchirurgie. Wien. 1907.
— Ueber die Bedeutung der Phloridzinmethode. Arch. f. kl. Chir. 79.
- Koerber. Ueber die Croftansche Methode zur Erkennung von Nebennierengewebe auf biochemischen Wege. Virch. Arch. Bd. 192.
— Kann Nebennierengewebe durch biochemische Reaktionen nachgewiesen werden? Dissert. 1903.
- Карповъ. Изслѣдованіе о прямомъ дѣленіи клѣтокъ. Диссерт. 1904.

- Кулеша. О злокачественномъ новообраз. надпочечниковъ. Рус. врачъ. № 46—48. 1902.
- Каблуковъ. Изъ области почечной хирургии. Хирургия. Дек. т. 14. 1903.
- Lubarsch. Beiträge zur Histologie der von Nebennierenkeimen ausgehenden Nierengeschwülste. Virch. Arch. Bd. 135. 1894.
- Ueber die Abstammung gewisser Nierengeschw. von embryonal abgespreng. Nebennierenkeimen. Virch. Arch. Bd. 137. 1894.
- Langhans. Ueber Glykogen in pathologischen Neubildungen und den menschlichen Eihäuten. Virch. Arch. Bd. 120.
- Löwenhardt. Zur Kenntniss der malign. Nierentumoren. Deut. Zeitschr. für Chir. Bd. 28. 1888.
- Lothéissen. Ein Beitr. zur Chir. der Nieren. Arch. f. kl. Chir. Bd. 52. 1896.
- Loening. Ueber sarcomähnliche Umwandlung in einem Suprarenalen Nierentumoren. Ziegler. Beitr. Bd. 44.
- Merkel. Beitrag zur Kenntniss der sogen. embryon. Drüsengeschwülste der Niere. Ziegler's Beitr. Bd. 24. 1898.
- Müller. Ueber die Lipome und lipomatösen Mischgeschwülste der Niere. Virch. Arch. Bd. 145.
- Мильманъ. Опухоли надпочечниковъ въ освѣщеніи теоріи бластоцитовъ. Харьк. Медицин. Журналъ. Томъ VII. № 2.
- Marischler. Ein Fall von lymphatischen Leukämie und einem Grawitz'schen Tumor der rechten Niere. Wien. kl. Woch. № 30. 1896.
- R. Mohr. Ueber einen Nebennierentumor der rechten Niere mit gleichzeitiger hyperplast. accessor. Nebenniere im Schwanz des Pancreas. Ziegler's Beitr. Bd. 47.
- Marschand. Ueber accessor. Nebennieren. in Lig. latum. Virch. Arch. Bd. 92.
- Manasse. Ueber die hyperplastischen Tumoren der Nebennieren. Virch. Arch. Bd. 133.
- Zur Histologie und Histogenese der primären Nierengeschwülste. Virchow's Arch. Bd. 142, 143, 145.
- Ueber die Beziehungen der Nebennieren zu den Venen und dem venösen Kreislauf. Virch. Arch. Bd. 135. 1894.

- Marchetti. Ueber eine Degenerationszyste der Nebenniere mit kompensatorischer Hypertrophie. Virchow. Archiv. Bd. 172.
- Beitr. z. Kenntniss der path. Anatomie d. Nebenn. Virchow. Archiv. Bd. 177. 1904.
- May. Beiträge zur pathol. Anat. der Nebennieren. Virch. Arch. Bd. 108. 1887.
- Meyer. Zur norm. und pathol. Anatomie der accessor. Nebennierenrinde des Genitalsgebietes. Central. f. path. Anat. 1908.
- Meyer. Die subserösen Epithelknötchen an Tuben, Lig. lat., Hoden und Nebenhoden. Virchow. Archiv. Bd. 171. H. 3.
- Michäel. Zum Vorkommen der accessor. Nebennieren. Arch. f. kl. Med. Bd. 43.
- Metzner. Beitrag zur Kenntniss der primären Nierengeschwülste. Dissert. 1888.
- Neuhäuser. Das hypernephroide Carcinom und Sarcom.... Arch. f. kl. Chir. Bd. 79. 1906.
- Freie Vereinigung der d. Chir. Berl. 149. Sitz. 10 Juli, 1905. C-bl. f. Chir. № 35. 1905.
- Ueber die Fortentwicklung jugendlicher in die Niere implantierter Nebennieren. D. med. Wch. 1909. № 8. S. 332.
- Niosi Francesco. Die Mesenterialzysten embryonalen Ursprungs nebst einigen Bemerkungen zur Entwicklungsgeschichte der Nebennieren—Rindensubstanz.... Virch. Archiv. Bd. 190. H. 2.
- Oberndorffer. Aerztlicher. Verein München. München. medicin. Wochenschrift. 1907. № 52.
- Pinner. Beitrag zur Nierechir. Arch. f. kl. Chir. Bd. 56. 1898.
- Perthes G. Ueber Nierenexstirpation. Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. 42. 1896.
- Paoli. Beitrag zur Kenntniss der prim. Angiosarcome der Niere. Ziegler's Beitr. Bd. 8. 1890.
- Pawlik. Casuistischer Beitr. zur Diagnose und Ther. der Geschwülste der Nierengegend. Arch. f. kl. Chir. Bd. 53.
- Peham. Aus accessor. Nebennieren entstandene Ovarialtumor. Monatsschr. f. Geb.-h. und Gynäk. Bd. 10.
- Pick. Die Marschand'schen Nebennieren und ihre Neoplasmen. Arch. f. Gynäk. Bd. 64. 1901.
- H. Poll. Die vergleichende Entwicklungsgeschichte der Nebennierensysteme der Wirbelth. (Handbuch der vergleichenden und experimentalen Entwicklungslehre der Wirbelthiere).

- Parodi. Ueber die Einpflanzung der fötalen Nebenniere. *Peф. Centralbl. f. allg. Pathol.* Bd. 16. 1905.
- Pilliet. Sclerose et Adenome des capsules surrénales. *Le progrès med.* № 30, 1889 et № 1, 1890.
- Contribution à l'étude des adénomes des capsules surrénales. *Bulletin de la soc. anat. de Paris.* Juillet. 1892.
- Capsules surrénales dans le plexus solaire. *Bulletin de la soc. anat.* 1891.
- Пирона. Къ вопросу объ опухол. надпочечнаго происхожденія. *Арх. біол. наукъ.* Вып. I. т. X. 1903.
- Репере. *Peф. Centralbl. für allg. Pathol.* 1904.
- Подвысоцкій. Ueber Autolyse und Autofagismus in Endotheliomen und Sarcomen. *Юб. Сб. С. М. Лукьянова и Ziegler's Beitr.* Bd. 38. 1905.
- Пожарисскій. Два случая первичной опухоли почекъ. *Мед. обозр.* № 6. 1904.
- Къ вопросу о гипернефромахъ. *Труды IX-го Пироговскаго съезда.*
- Ricker. Beiträge zur Lehre von den Geschwülsten in der Niere. *Centralbl. f. allg. Pathol.* Bd. 8. p. 417.
- Zur Histologie der in der Niere gelegenen Nebennierentheile. *Centralbl. f. allg. Pathol.* Bd. 7. p. 363.
- Rabl. Die Entwicklung und Structur der Nebennieren bei den Vögeln. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 38. 1891.
- Rosenstein. Erkrankungen der Nebennieren. *Virchow's Arch.* Bd. 84.
- Rupprecht. Kasuistik. Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden. *Centralbl. f. Gynäk.* Bd. 14.
- Rössle. Epitheliale Riesenzellen der Leber bei Tuberkulose. *Verhandl. der deut. pathol. Gesellschaft.*
- Rocher. L' haimaturie dans les neoplasmes du rein, sa valeur diagnostique et progn. *Thèse.* Paris 1901.
- Ribbert H. *Geschwulstlehre.* 1904.
- Розановъ. Къ патол. анат. и клин. злокачественныхъ опухолей почекъ (въ частн. гипернефромъ). *Мед. обозр.* 1907.
- Stoörk. Zur Histogenese der Grawitz'schen Nierengeschwülste. *Beiträge Ziegl.* Bd. 43. H. 3.
- Зыковъ В. Ueber einen Fall von Struma aberr. ren. *Arch. f. kl. Chir.* Bd. 58. 1898.

- Strübing. Ueber heterologe Nierenstrumen. *D. Arch. f. kl. Med.* Bd. 43. 1888. p. 599.
- Sudeck. Ueber die Structur der Nierenadenome, ihre Stellung zu den Strumae supraren. aberrat. *Virchow's Arch.* Bd. 133. 1893.
- Zur Lehre von den aberrierten Nebennierengeschw. in der Niere. *Virchow's Arch.* Bd. 136. 1894.
- Schmorl. Zur Kenntniss der accessor. Nebennieren. *Ziegler's Beitr.* Bd. 9. 1890.
- Saviotti. Zur Casuistik der Nebennieren—Krankheiten. *Virch. Arch.* Bd. 39.
- Schmieden. Die Erfolge der Nierenchirurgie. *Deut. Zeitschr. f. Chir.* Bd. 62. 1902.
- Erfolgreiche experim. Verlagerung von Nebennierengeschw. ein Beitr. zur Lehre von den Strum. Supraren. aberrat. *D. Zeitschr.* Bd. 70. 1903.
- Stilling. Zur Anat. der Nebennier. *Virchow's Arch.* Bd. 109.
- Stratz. Nephrectomie wegen Nierengeschwulst. *Mitteil. aus den Grenzgeb.* Bd. 5.
- Sutter. Beitr. zur Kenntniss der Metastasen der prim. Nieren—Carcinom. *Virch. Arch.* Bd. 168.
- Schilling. Operativ. geheiltes Nebennierenkystom. *München. Medic. Wochenschrift* № 6. 1906. Ст. 268.
- Заболотновъ. Zur Lehre von den Nierengeschwülsten suprarenalen Ursprungs. *Ziegler's Beitr.* Bd. 41. 1907. Lief. 1.
- Злокачеств. опух. почки надпочечнаго типа (Hypernephroma renis). *Рус. хир. арх.*, кн. 3. 1906.
- Sabourin. Contribution à l'étude de la cirrhose rénale. Etude sur quelques variétés des tumeurs du rein. *Arch. de phys. norm. et path.* Janvier: № 1. v. 9. 1882.
- Tietz. Ueber die Operationen bei Struma suprarenalis accessoria. *maligna Grawitz.* Dissert. 1901.
- Tédénat. Hypernephromes du rein. *Annal. des mal. des org. gen. urin.* v. 2. 1907. № 24.
- Трофимовъ. Къ учению о первичныхъ новообразованіяхъ почки надпочечнаго типа. *Сборникъ въ память В. П. Крылова.*
- Ulrich. Anat. Untersuch. über ganz und part. verlag. und accessor. Nebennieren und über die sogen. echten Lipome der Nieren, über die Frage der von den Nebennieren abgel. Nierengeschw. *Ziegler's Beitr.* Bd. 18. 1895.

- Ziegler. Beiträge zur Kenntniss der Nebennierentumoren. Dissert. 1895.
- Virchow. Die Krankhaften Geschwülste. Bd. 1. 1863.
- Wyss. M. O. Zwei Decennien Nierenchir. Beitr. z. kl. Chir. 32. 1902.
- Weiler. Die Bildungsanomalien der Nebennieren.... Dissert. 1885.
- Weichselbaum. Grundriss der pathol. Histologie. 1892.
- Weiss B. Zur Kenntniss der von versprengten Nebennieren—Keimen ausgehenden Geschwülsten. Ziegler's Beitr. Bd. 24. 1898.
- Wiefel. Ueber Adenom der Niere. Dissert. 1885.
- Wiesel. Accessor. Nebenn. in Bereiche des Nebenhodens. Wien. kl. Woch. 1898.
- Wooley. Ein primärer, karzinomatoider Tumor (Mesothelioma) der Nebennieren mit sarcomatösen Metastasen. Virchow. Arch. Bd. 172.
- Winkler. Die Gewächse der Nebennieren. 1909.
- Валяшко. Объ упругой ткани въ новообразованіяхъ. Диссертація. 1906.

Таблицы

ФОТОТИПЪ СЪ ОБЪЯСНЕНІЯМИ.

Таблица I.

Рисунок 1. Случай 3-й. Типическая гипернефрома надпочечника. Сильное развитие соединительнотканной стромы. Мѣстами соединительная ткань заходитъ внутрь альвеолъ, разъединяя паренхиматозныя клѣтки другъ отъ друга и сдавливая ихъ до полной атрофіи (Leitz. Ocul. 3, Syst. 4).

Рисунок 2. Случай 3-й. Капилляры стромы сильно растянуты кровью. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ (напр. 1) видно, какъ паренхиматозныя клѣтки на подобіе мысовъ вдаются въ сосудистыя просвѣты (Leitz. Oc. 1, Syst. 6).

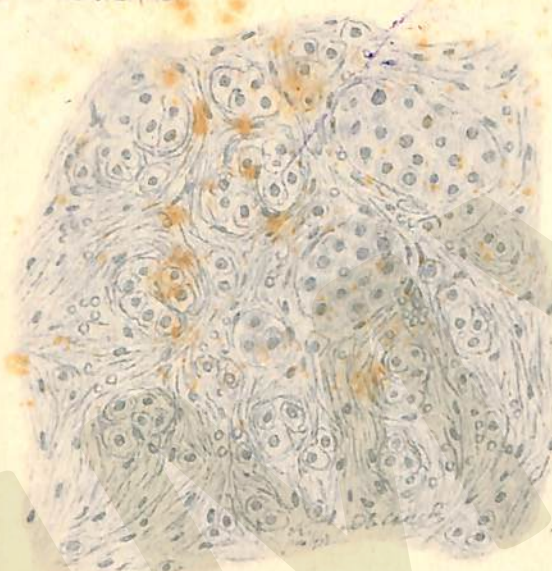
Рисунок 3. Случай 4-й. Строение прибавочного надпочечника: капиллярная строма и сидяція на капиллярахъ паренхиматозныя, эпителиальнаго типа, клѣтки (Leitz. Oc. 1, Syst. 6).

Рисунок 4. Случай 3-й. Строение типической гипернефромы надпочечника: альвеолы, образованныя капиллярами и выполненныя паренхиматозными, полигональными, эпителиальными клѣтками (Leitz. Oc. 3, Syst. 6).

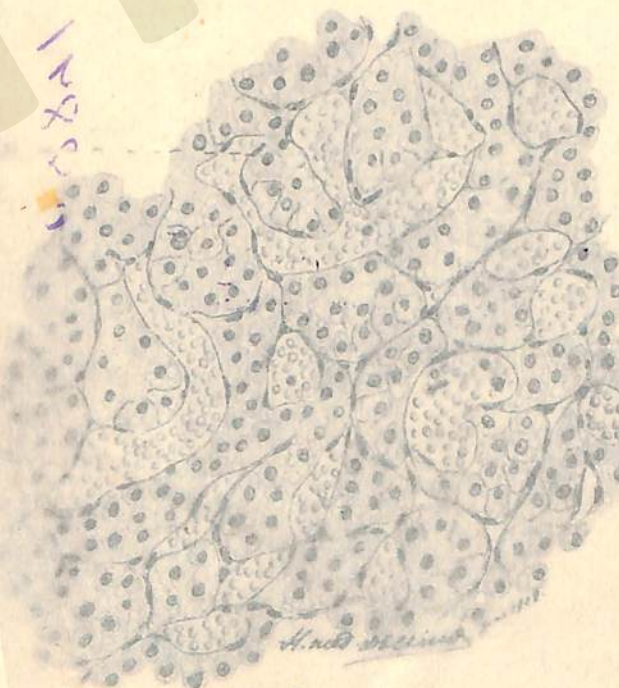
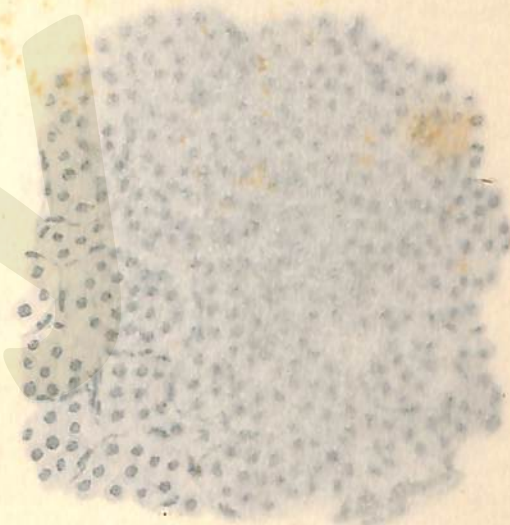
Харк. Институт
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА

М. Т. КОСТЕНКО

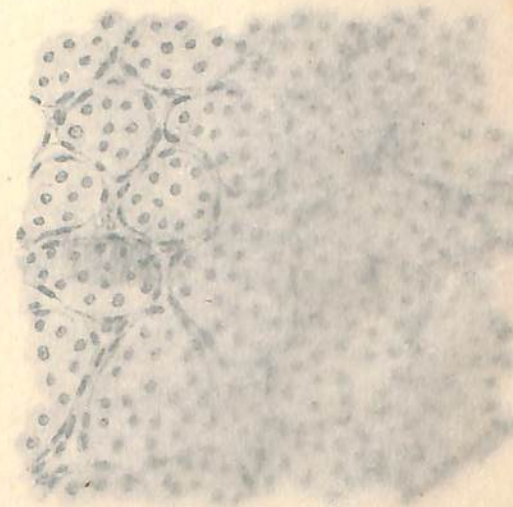
Гипернефрома



1.



2



14889

14889

ТАБЛИЦА I.

Рисунок 1. Случай 3-й. Типическая гипернефрома надпочечника. Сильное развитие соединительнотканной стромы. Мѣстами соединительная ткань заходитъ внутрь альвеолъ, раздѣляя паренхиматозныя кѣтки другъ отъ друга и сдавливая ихъ до полной атрофіи (Leitz. Ocul. 3, Syst. 4).

Рисунок 2. Случай 3-й. Капилляры стромы сильно растянуты кровью. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ (напр. 1) видно, какъ паренхиматозныя кѣтки на подобіе мысовъ вдаются въ сосудистыя просвѣты (Leitz. Oc. 1, Syst. 6).

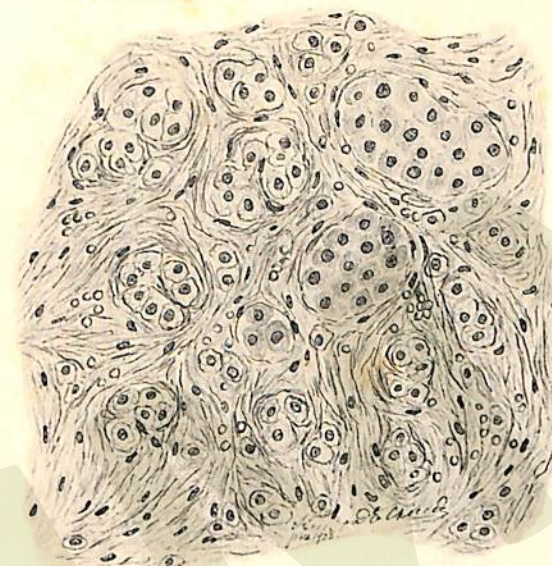
Рисунок 3. Случай 4-й. Строеніе прибавочнаго надпочечника: капиллярная строма и сидяція на капиллярахъ паренхиматозныя, эпителиальнаго типа, кѣтки (Leitz. Oc. 1, Syst. 6).

Рисунок 4. Случай 3-й. Строеніе типической гипернефромы надпочечника: альвеолы, образованныя капиллярами и выполненныя паренхиматозными, полигональными, эпителиальными кѣтками (Leitz. Oc. 3, Syst. 6).

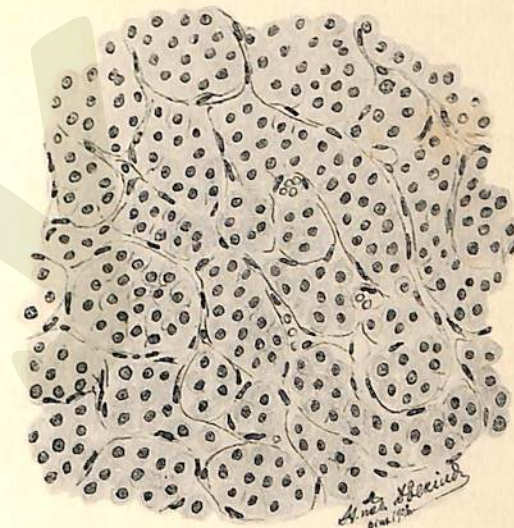
Харьковский институт
НАУКОВА БИБЛИОТЕКА

М. Т. КОСТЕНКО.

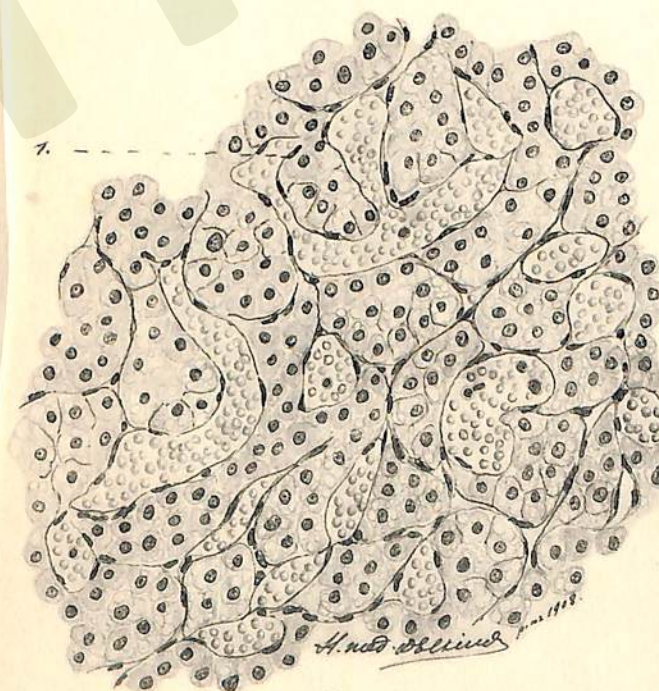
Гипернефромы.



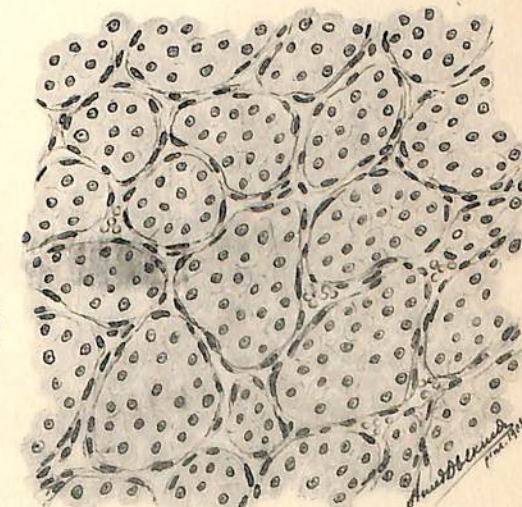
1.



3.



2.



4.

Таблица II.

Рисунок 5. Случай 8-й. Атипическая гипернефрома надпочечника. Общий характер строения опухоли: капиллярная строма и сидящая на капиллярах паренхиматозная клетка. В правой половине рис. паренхиматозная клетка—упитанная, богатая протоплазмой, в левой—светлая, совершенно почти прозрачная (Leitz. Oc. 3, Syst. 4).

Рисунок 6. Случай 8-й. В верхней половине рис. поперечно перерезанные капилляры с тесно примыкающими к их стенкам паренхиматозными клетками. Тут же можно видеть, как опухолевые клетки мысообразно вдаются в просвет сосуда (Leitz. Oc. 1, Syst. 6).

Рисунок 7. Случай 8-й. Капилляры, составляющие строму, покрыты полигональными светлыми паренхиматозными клетками, содержащими в своей протоплазме большое количество зерен, окрашенных эозином в ярко-розовый цвет (на рисунке—черный цв.)—эозинофильная крапчатость (Leitz. Oc. 3, Syst. 6).

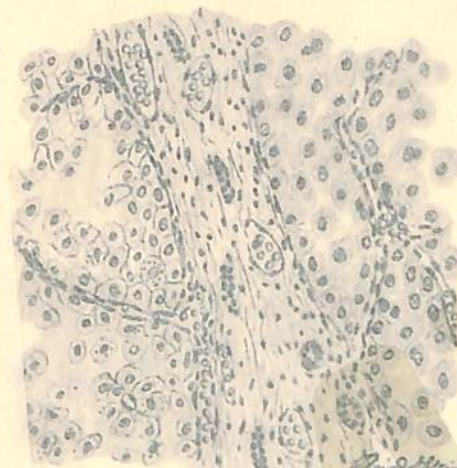
Рисунок 8. Случай 8-й. Поперечно перерезанный тонкостенный кровеносный сосуд, с плавающими в нем опухолевыми клетками, образующими несколько конгломератов. В одних из них границы составляющих их клеток резко очерчены (напр. а); в других отчетливы границы только некоторых клеток, тогда как другие успели уже слиться (напр. б, с, d); в третьих границы между отдельными клетками нельзя уже отметить: клетки слились и дали одну гигантскую (е, к, l) (Leitz. Oc. 3, Syst. 6).

Рисунок 9. Случай 8-й. Метастаз в сердце (под эпикардом), своим строением напоминающий корковое вещество нормального надпочечника. Строма—капиллярная; сидящая на капиллярах паренхиматозная клетка—полигональной и круглой формы (Leitz. Ocul. 3, Syst. 6).

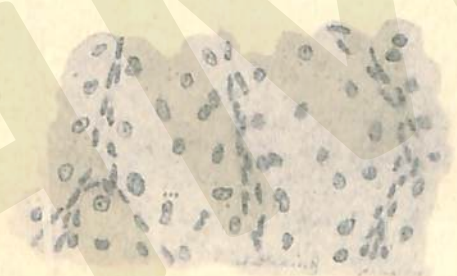
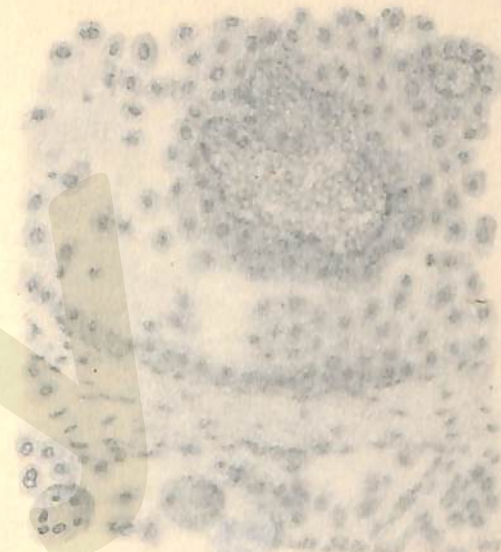
Рисунок 10. Случай 8-й. Тот же метастаз в миокарде носит диффузно-клеточный характер (Leitz. Oc. 3, Syst. 4).

М. Т. КОСТЕНКО.

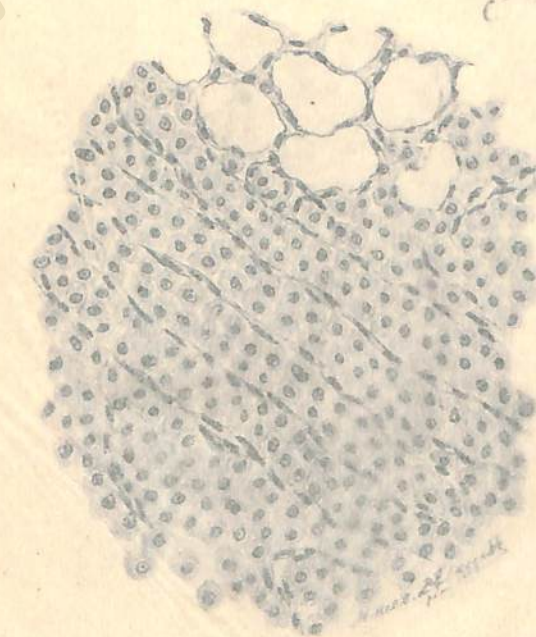
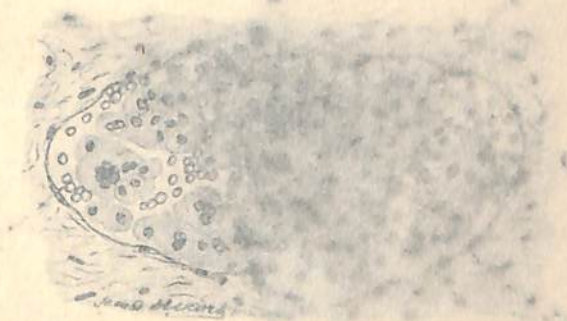
Гипернефромы.



5.



7.



9.

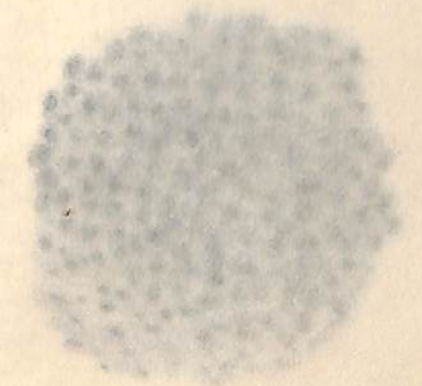


ТАБЛИЦА II.

Рисунок 5. Случай 8-й. Атипичная гипернефрома надпочечника. Общий характер строения опухоли: капиллярная строма и сидящая на капиллярах паренхиматозная клетка. В правой половине рис. паренхиматозная клетка—упитанная, богатая протоплазмой, в левой—светлая, совершенно почти прозрачная (Leitz. Oc. 3, Syst. 4).

Рисунок 6. Случай 8-й. В верхней половине рис. поперечно перерезанные капилляры с тесно примыкающими к их стенкам паренхиматозными клетками. Тут же можно видеть, как опухолевые клетки мысообразно вдаются в просвет сосуда (Leitz. Oc. 1, Syst. 6).

Рисунок 7. Случай 8-й. Капилляры, составляющие строму, покрыты полигональными светлыми паренхиматозными клетками, содержащими в своей протоплазме большое количество зерен, окрашенных эозином в ярко-розовый цвет (на рисунке—черный цв.)—эозинофильная крапчатость (Leitz. Oc. 3, Syst. 6).

Рисунок 8. Случай 8-й. Поперечно перерезанный тонкостенный кровеносный сосуд, с плавающими в нем опухолевыми клетками, образующими несколько конгломератов. В одних из них границы составляющих их клеток резко очерчены (напр. а); в других отчетливы границы только некоторых клеток, тогда как другие успели уже слиться (напр. b, c, d); в третьих границы между отдельными клетками нельзя уже отметить: клетки слились и дали одну гигантскую (e, k, l) (Leitz. Oc. 3, Syst. 6).

Рисунок 9. Случай 8-й. Метастаз в сердце (под эпикардом), своим строением напоминающий корковое вещество нормального надпочечника. Строма—капиллярная; сидящая на капиллярах паренхиматозная клетка—полигональной и круглой формы (Leitz. Ocul. 3, Syst. 6).

Рисунок 10. Случай 8-й. Тот же метастаз в миокарде носит диффузно-клеточный характер (Leitz. Oc. 3, Syst. 4).

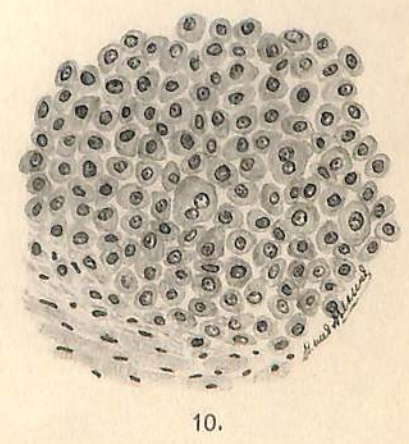
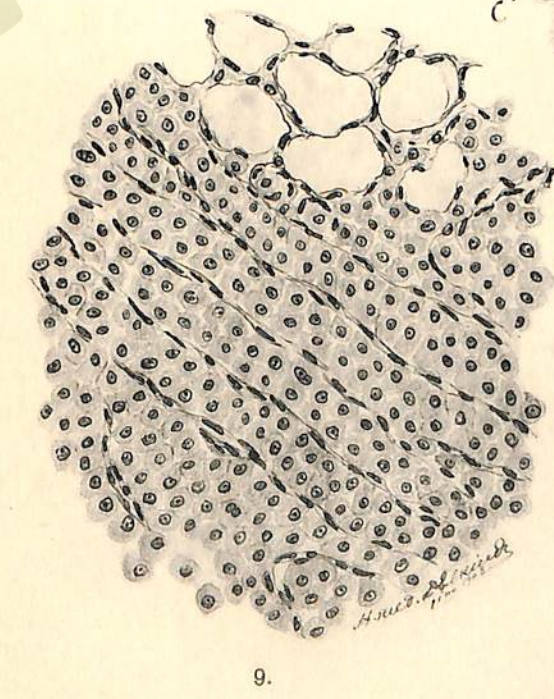
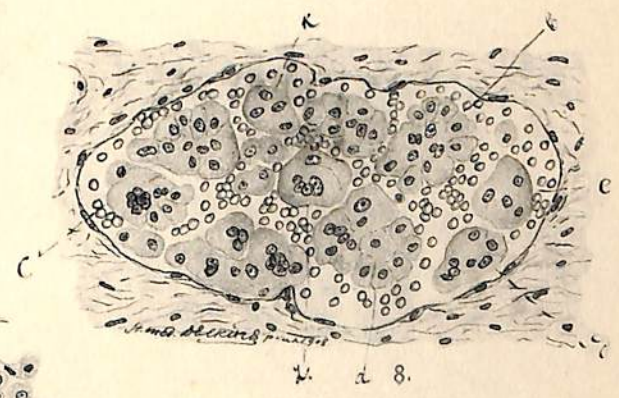
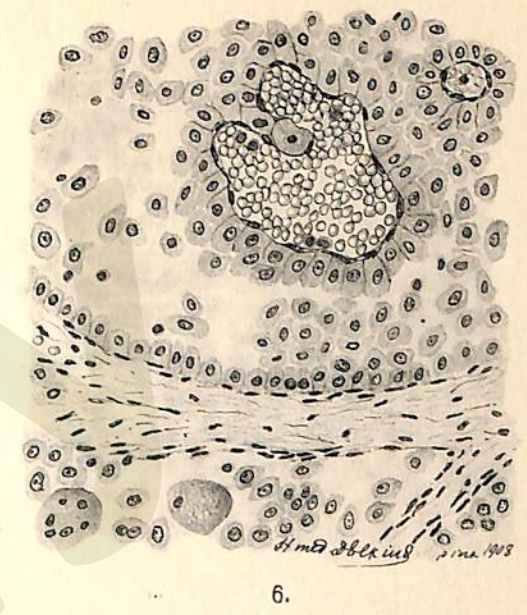
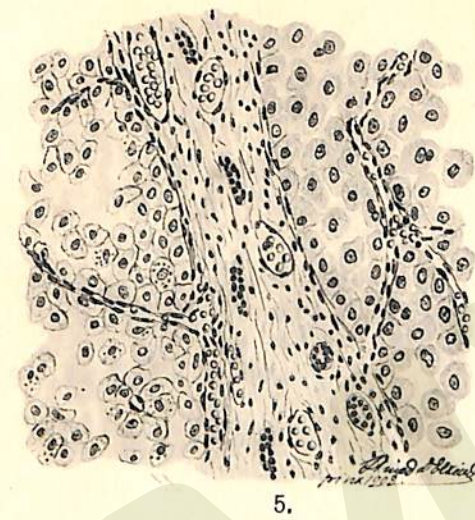


ТАБЛИЦА III.

Рисунок 11. Случай 8-й. Атипическая гипернефрома надпочечника. Метастатические узлы в сердцѣ, богатые гигантскими клетками (Leitz. Oc. 3, Syst. 4).

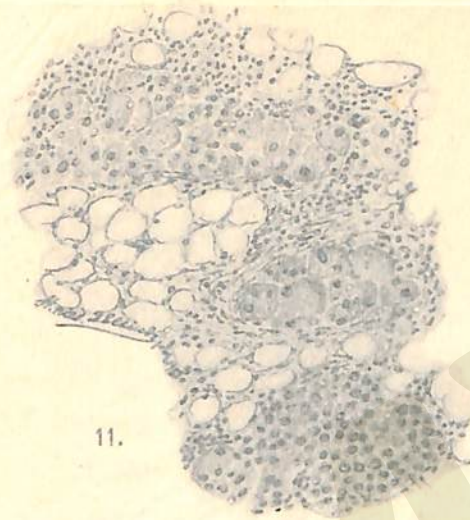
Рисунок 12. Кортикальное вещество нормального надпочечника (Leitz. Oc. 3, Syst. 4).

Рисунок 13. Случай 8-й. Атипическая гипернефрома надпочечника. Ряд кистозно-папиллярных образований. Какъ стѣнка кисты, такъ и сосочки состоятъ изъ капилляра и сидящихъ на немъ паренхиматозныхъ клетокъ. Въ полостяхъ кистъ имѣется кровь, поперечно перерѣзанные сосочки, содержащіе въ большомъ количествѣ кровородный пигментъ (на рис.—въ видѣ черныхъ точечныхъ массъ) и отдѣльныя паренхиматозныя клетки (Leitz. Oc. 3, Syst. 4).

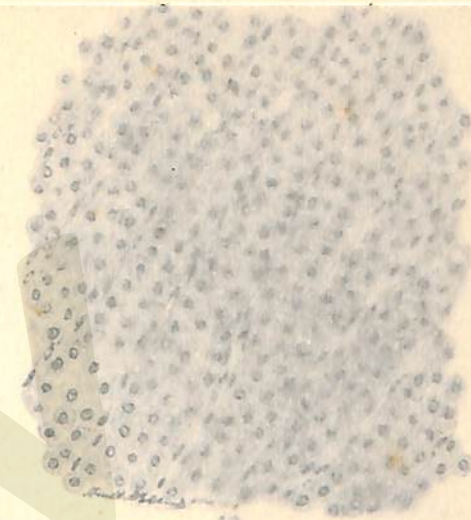
Рисунок 14. Случай 12. Типическая гипернефрома почки, представляющая поразительное сходство съ корковымъ веществомъ нормального надпочечника (сравни. съ рис. 12 и 15) (Leitz. Oc. 3, Syst. 4).

Рисунок 15. Substantia glomerulosa et fasciculata нормального надпочечника (Leitz. Oc. 3, Syst. 6).

Рисунок 16. Случай 15. Атипическая гипернефрома почки. На рисунокѣ изображенъ участокъ опухоли, носящій диффузно-клеточковый, а не альвеолярный характеръ (Zeiss. Ocul 4 (45 mm.), Syst. DD).



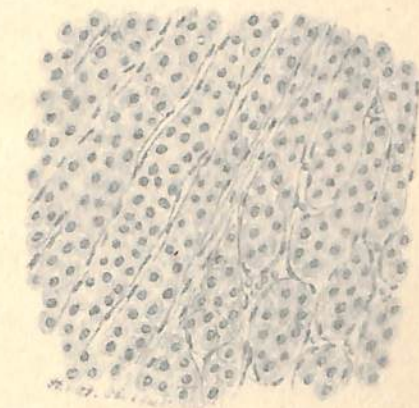
11.



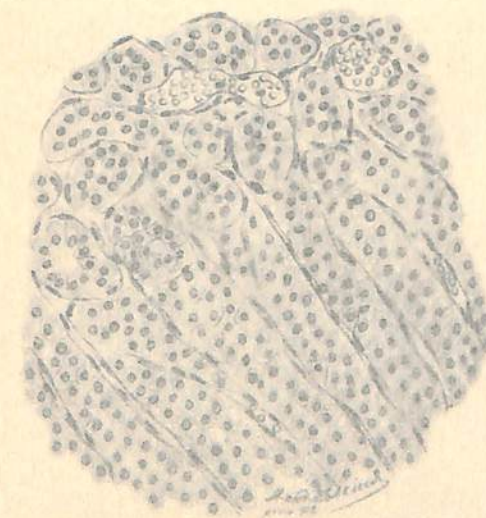
12.



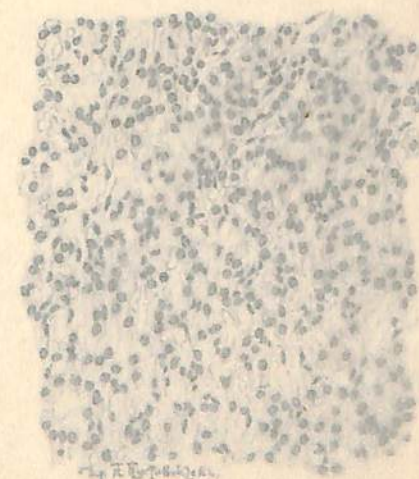
13.



14.



15.



16.

ТАБЛИЦА III.

Рисунок 11. Случай 8-й. Атипическая гипернефрома надпочечника. Междоузельные узлы в сердце, богатые гигантскими клетками (Leitz. Oc. 3, Syst. 4).

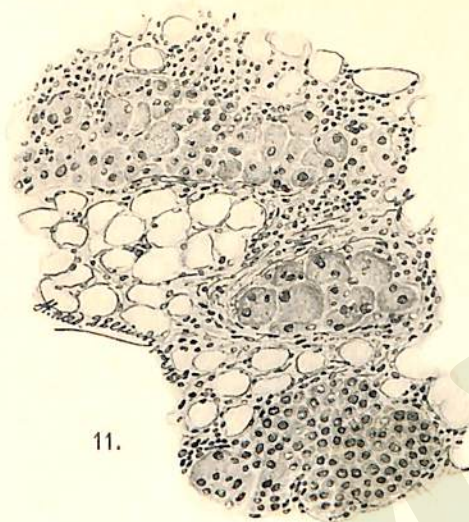
Рисунок 12. Кортикальное вещество нормального надпочечника (Leitz. Oc. 3, Syst. 4).

Рисунок 13. Случай 8-й. Атипическая гипернефрома надпочечника. Ряд кистозно-папиллярных образований. Как стбика кисты, так и сосочки состоят из капилляра и сидящих на нем паренхиматозных клеток. В полостях кист имбется кровь, попеременно перерезанные сосочки, содержащие в большом количестве кровяной пигмент (на рис. — в видѣ черныхъ точекъ) и отдаленныя паренхиматозныя клетки (Leitz. Oc. 3, Syst. 4).

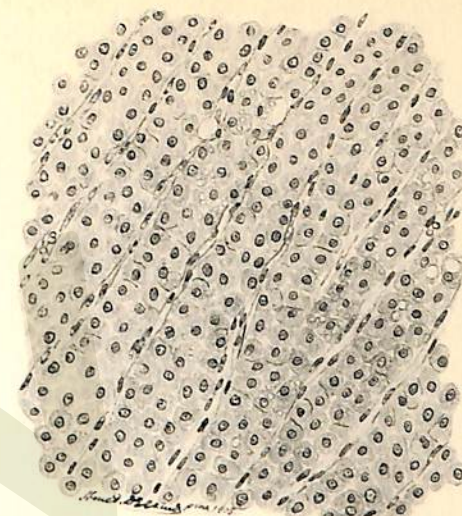
Рисунок 14. Случай 12. Типическая гипернефрома почки, представляющая паразитическое сходство съ корковымъ веществомъ нормального надпочечника (ср. рис. 12 и 15) (Leitz. Oc. 3, Syst. 4).

Рисунок 15. Substantia glomerulosa et fasciculata нормального надпочечника (Leitz. Oc. 3, Syst. 6).

Рисунок 16. Случай 13. Атипическая гипернефрома почки. На рисункѣ изображенъ участокъ опухоли, носящій диффузно-альвеолярный, а не альвеолярный характеръ (Zeiss. Ocul 4 (45 mm.), Syst. DD).



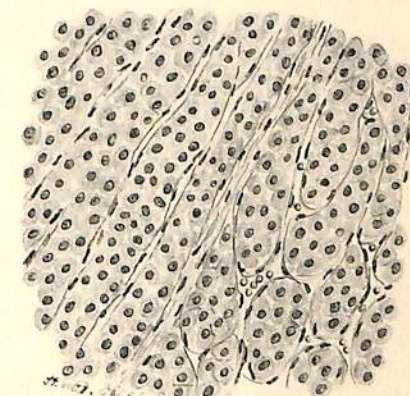
11.



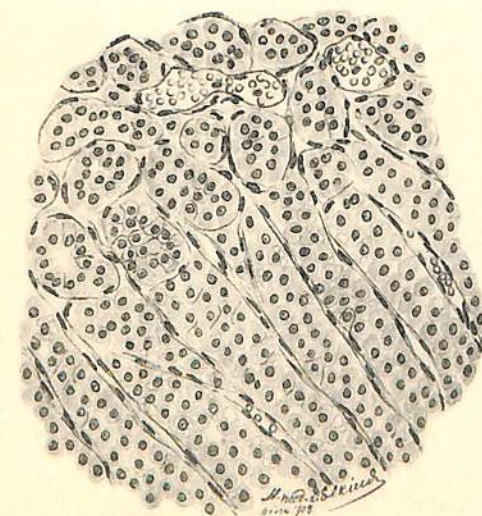
12.



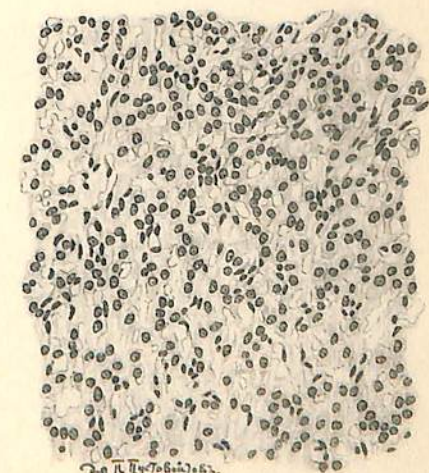
13.



14.



15.



16.

Таблица IV.

Рисунок 17. Случай 15-й. Атипичная гипернефрома почки. Рисунок ясно указывает на одинаковый гистогенезъ столь различныхъ съ виду паренхиматозныхъ клѣтокъ верхней и нижней половины (см. стр. 101); (Leitz. Oc. 4, Syst. 4).

Рисунок 18. Случай 15-й. Мультиполярный митозъ въ гигантской клѣткѣ (Leitz. Oc. 4. Syst. 6).

Рисунок 19. Случай 15-й. Сильное развитіе соединительно-тканной стромы. Сходство со скирромъ (Zeiss. Ocul. 4 (45 mm.), Syst. C).

Рисунок 20. Случай 15-й. Кистозныя, наполненныя кровью и отчасти паренхиматозными клѣтками, пространства (Zeiss. Ocul. 4, Apochromat. 4 mm.).

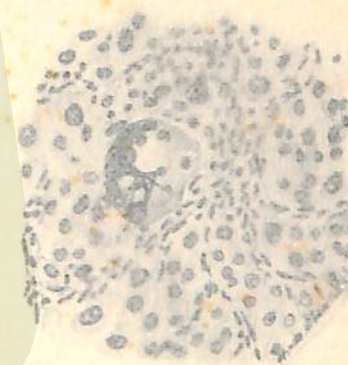
М. Т. КОСТЕНКО.

IV.

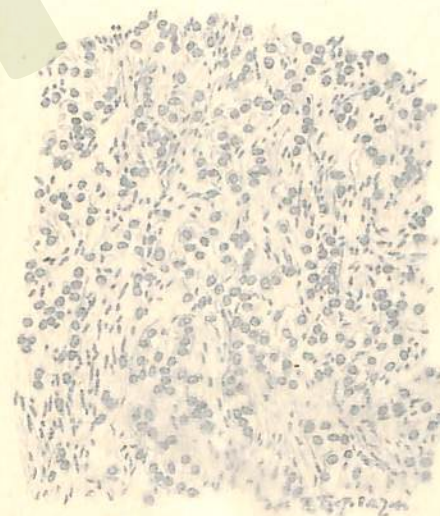
Гипернефрома.



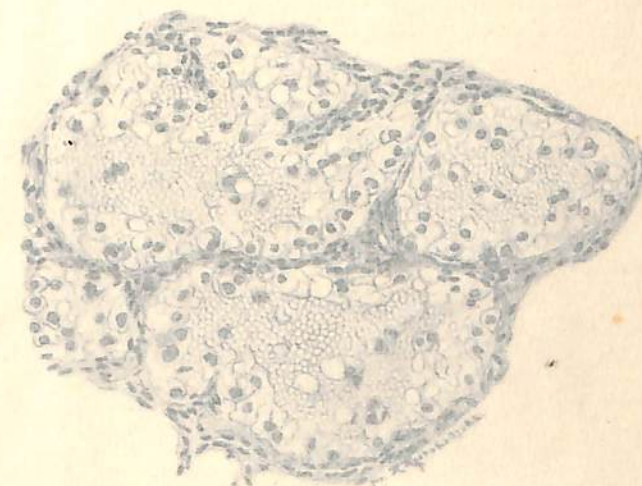
17.



18.



19.



20.

Гипернефромы.

ТАБЛИЦА IV.

Рисунок 17. Случай 15-й. Атипичная гипернефрома почки.
 Рисунок ясно указывает на одноклассный гистогенез столь различных по виду паренхиматозных клеток верхней и нижней пирамиды (см. стр. 101); (Leitz. Oc. 4, Syst. 4).

Рисунок 18. Случай 15-й. Мультифокальный митоз в гипернефромной клетке (Leitz. Oc. 4, Syst. 6).

Рисунок 19. Случай 15-й. Сильное развитие соединительнотканной стромы. Сходство со скirrosом (Zeiss. Ocul. 4 (45 mm.), Syst. C).

Рисунок 20. Случай 15-й. Кистозная, наполненная кровью и частью паренхиматозными клетками, полостная гипернефрома (Zeiss. Ocul. 4, Syst. 4 mm.).



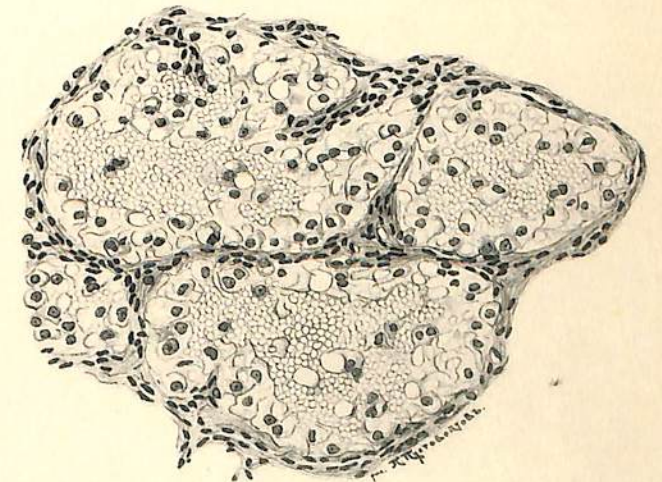
17.



18.



19.



20.

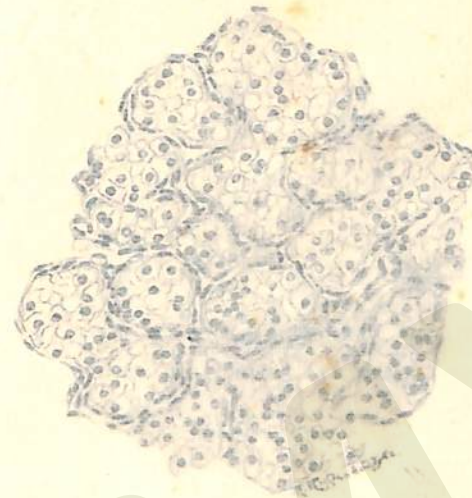
ТАБЛИЦА V.

Рисунок 21. Случай 15-й. Атипическая гипернефрома почки. Альвеолы, образованные капиллярами и выполненными светлыми полигональными паренхиматозными клетками (Zeiss. Ocul. 2, Syst. DD).

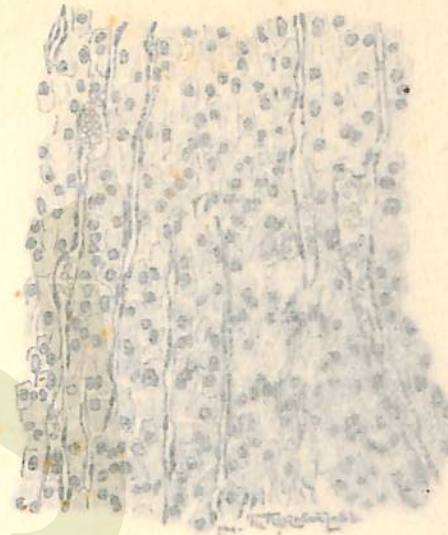
Рисунок 22. Случай 15-й. Таже опухоль, но проникающая в вен. renal. и имѣющая здѣсь большое сходство съ корковымъ веществомъ нормального надпочечника. (Zeiss. 4 Ocul. 45 mm. Syst. 4 mm.).

Рисунок 23. Случай 16-й. Атипическая гипернефрома почки. Участокъ опухолей, состоящий изъ круглыхъ и овальныхъ паренхиматозныхъ клетокъ. Внизу—милиарный некрозъ. (Zeiss. Ocul. 4 (45 mm.). Syst. C).

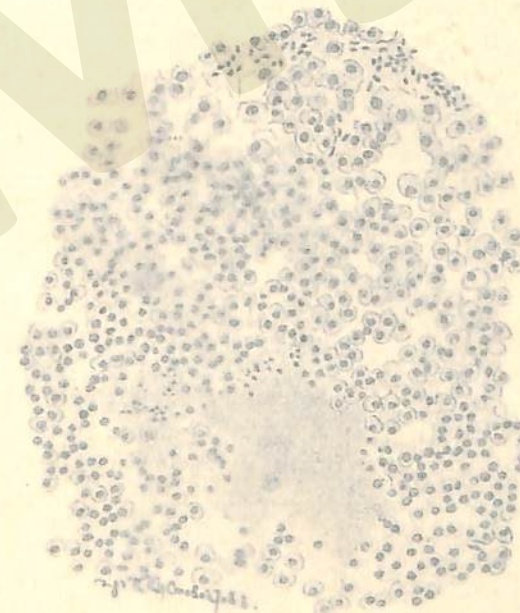
Рисунок 24. Случай 16-й. Метастазъ въ легкомъ: легочный сосудъ (въ лѣвой половинѣ рисунка) окруженъ со всѣхъ сторонъ клетками новообразованія. Вправо отъ сосуда—милиарный некрозъ, импрегнированный известью (черныя точки); еще правѣ—легочная ткань. (Zeiss. Ocul. 2, Syst. C).



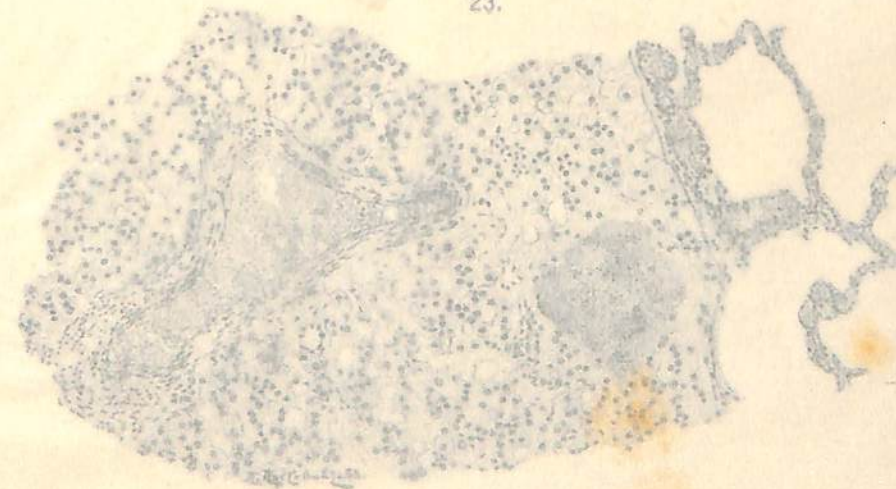
21.



22.



23.



24.

ТАБЛИЦА V.

Рисунок 21. Случай 15-й. Атипическая гипернефрома почки. Альвеолы, образованные капиллярами и выстланные светлыми полигональными паренхиматозными клетками (Zeiss. Ocul. 2, Syst. DD).

Рисунок 22. Случай 15-й. Та же опухоль, но проникшая в вен. канал и имеющая здесь большое сходство с корковым веществом нормального надпочечника. (Zeiss. 4 Ocul. 45 mm. Syst. 4 mm.).

Рисунок 23. Случай 16-й. Атипическая гипернефрома почки. Участок опухоли, состоящий из круглых и овальных паренхиматозных клеток. Внизу — милиарный некроз. (Zeiss. Ocul. 4 (45 mm.). Syst. C).

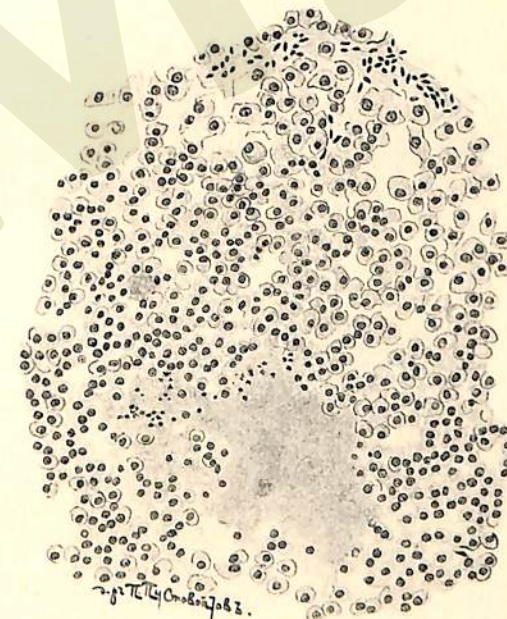
Рисунок 24. Случай 16-й. Метастаз в легком: легочный сосуд (на левой стороне рисунка) окружен со всех сторон клетками новообразования. Вправо от сосуда — милиарный некроз, импрессионированный навесью (черная точка); еще правее — легочная ткань. (Zeiss. Ocul. 2, Syst. C).



21.



22.



23.



24.

Таблица VI.

Рисунок 25. Случай 16-й. Атипическая гипернефрома почки. Метастазъ въ легкомъ: легочный сосудъ, окруженный въ видѣ отдѣльныхъ узловъ клетками новообразованія. Кверху и книзу отъ него—легочная ткань (Leitz. Oc. 1, Syst. 3).

Рисунок 26. Случай 16-й. Легочныя альвеолы, содержащія опухольныя клетки. (Zeiss. Oc. 4 (45 mm.), Syst. DD).

Рисунок 27. Случай 16-й. Pleuritis fungosa hypernephroides (въ лѣвой половинѣ рисунка). (Zeiss. Oc. 2, Syst. C).

Рисунок 28. Случай 17-й. Атипическая гипернефрома почки. Капилляры стромы, унизанныя свѣтлыми паренхиматозными клетками, тѣсно примыкающими къ ихъ стѣнкамъ (Zeiss. Ocul. 2, Syst. DD).

Рисунок 29. Случай 17-й. Рисунокъ изображаетъ участокъ, гдѣ въ качествѣ стромы является сильно развитая соединительная ткань, образующая для паренхимы узкія щели и гнѣзда. Опухоль въ данномъ мѣстѣ приобретаетъ большое сходство со скirrромъ. (Zeiss Ocul. 4 (45 mm.), Syst. DD).



Рисунки VI.

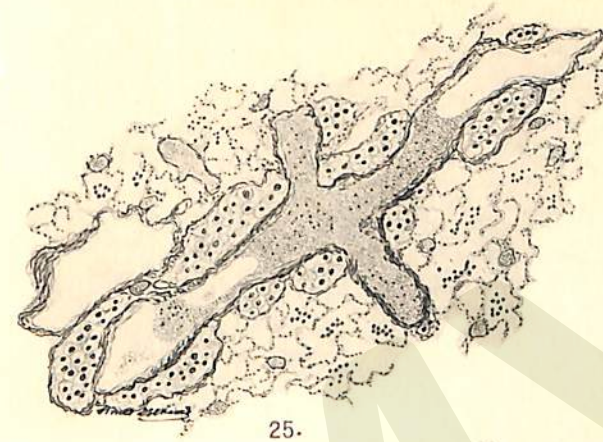
Рисунок 25. Случай 18-й. Атипическая гипернефрома почки. Метастазы из почечной опухоли, перенесенный в виде отдельных узелков скелетом гипернефромой Кьерху и книзу от него — лимфатическая система (Zeiss, Oc. 1, Syst. B).

Рисунок 26. Случай 16-й. Легочная альвеола, содержащая опухольную ткань. (Zeiss, Oc. 4 (45 mm.), Syst. DD).

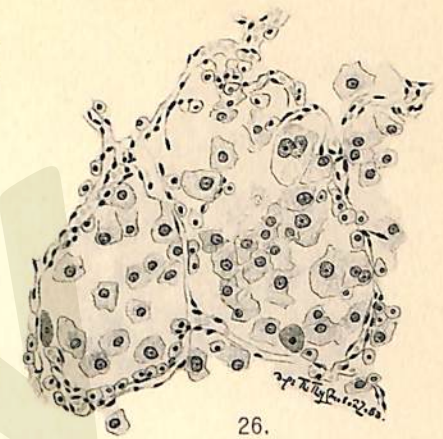
Рисунок 27. Случай 16-й. Pleuritis fungosa hypernephroides (в атласе изображен рисунок). (Zeiss, Oc. 2, Syst. C).

Рисунок 28. Случай 17-й. Атипическая гипернефрома почки. Капиллярная строма, увязанная светлыми паренхиматозными клетками, прилегающими к их створкам (Zeiss, Ocul. 2, Syst. DD).

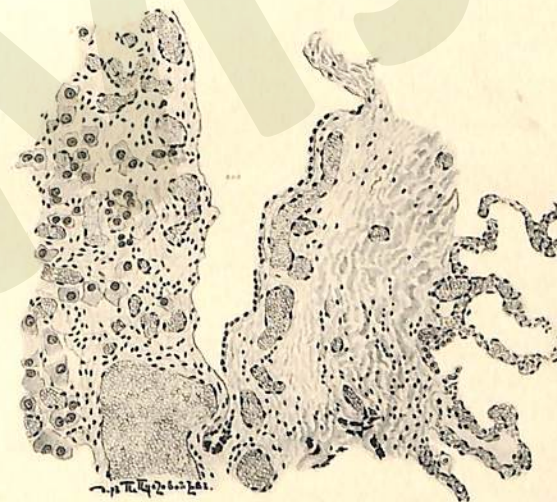
Рисунок 29. Случай 17-й. Рисунок изображает участок, где из капиллярной стромы является сильно развитая соединительная ткань, образующая для паренхимы узкие щели и гнезда. Опухоль в данном месте приобретает большое сходство со скirrром. (Zeiss, Ocul. 4 (45 mm.), Syst. DD).



25.



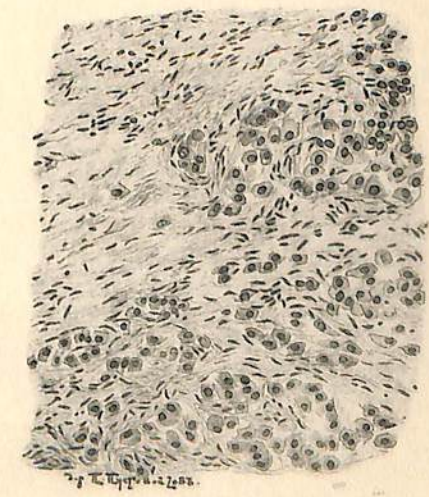
26.



27.



28.



29.

Таблица VII.

Рисунок 30. Гигантскія клетки въ корковой субстанціи нормального надпочечника. (Leitz. Ocul. 3, Syst. 6).

Рисунки 31—36. Представляютъ различныя стадіи развитія adeno-papill'ярной кистомы надпочечника.

Рисунок 31. Adeno-papill'ярная kystoma надпочечника. Наиболее ранняя стадія развитія: рядъ надпочечныхъ клетокъ съ пузырьковидными вздутыми, часто въ видѣ стрѣлъ располагающимися, ядрами (Zeiss. Oc. 2, Syst. DD).

Рисунок 32. Adeno-papill'ярная kystoma надпочечника. Вполнѣ сформировавшіяся клетки съ ясно выраженной цилиндрическо-эпителиальной физиономіей (Zeiss. Oc. 2, Apochr. 3 mm.).

Рисунок 33. Adeno-papill'ярная kystoma надпочечника. Опухолевые клетки уже образовали трубочку съ расширеніемъ посрединѣ и лежащую среди нормальной надпочечной ткани (Zeiss Oc. 2, Syst. DD).

Рисунок 34. Такая же, приблизительно, трубочка, но въ поперечномъ сѣзѣ. (Zeiss. Ocul. 4, Apochr. 2 mm.).

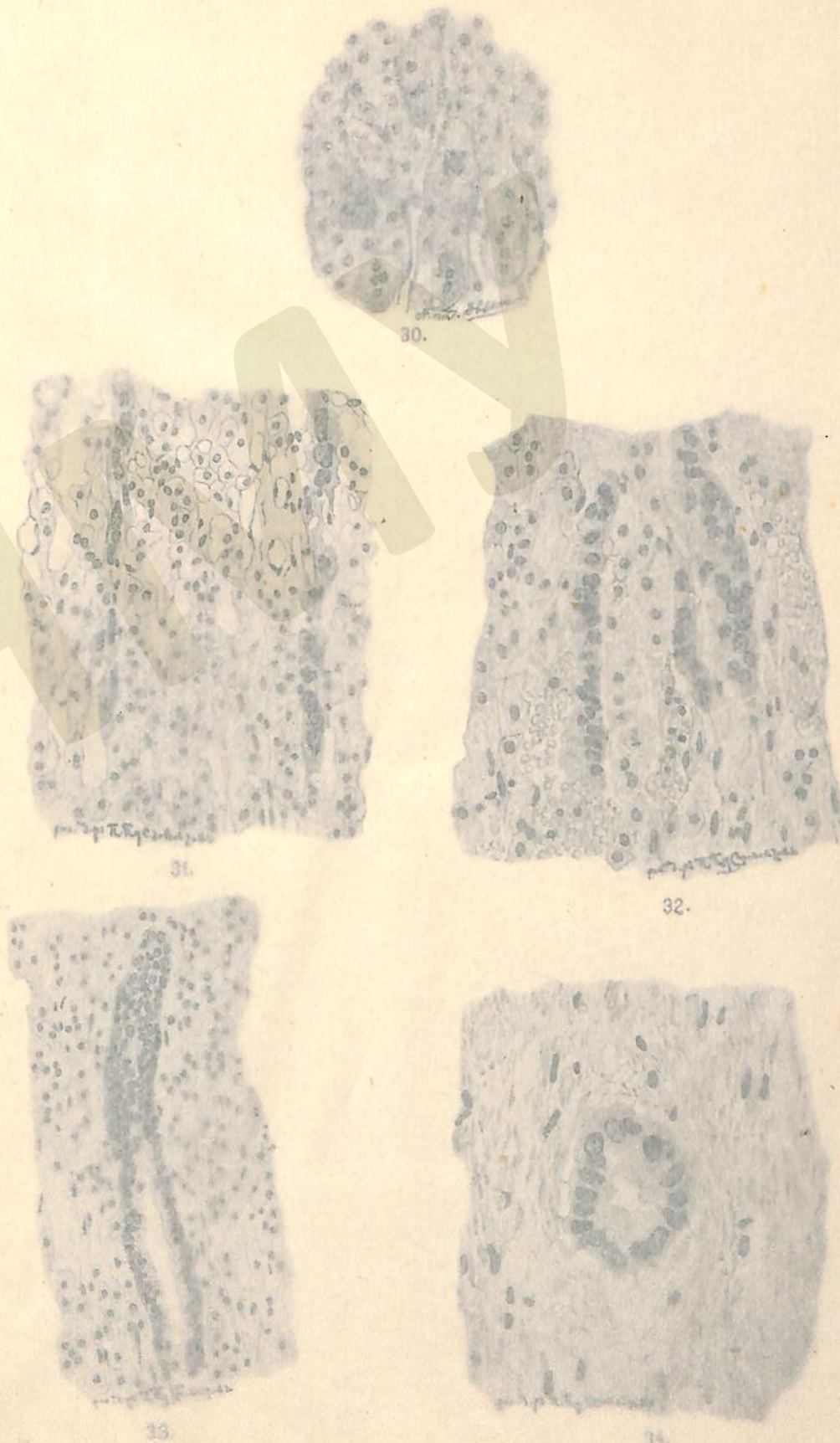


Таблица VII.

Рисунок 30. Гипернефрома из корковой субстанции нормального надпочечника. (Zeiss. Oc. 2, Syst. 6).

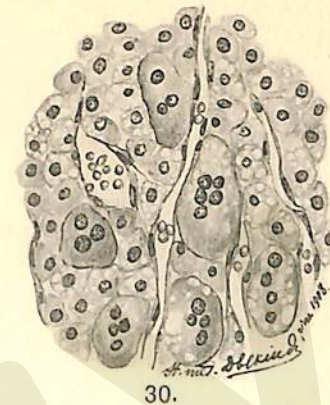
Рисунки 31—36. Представляют различные стадии развития адено-папиллярной кисты надпочечника.

Рисунок 31. Адено-папиллярная киста надпочечника. Наиболее ранняя стадия развития: ряд надпочечных клеток с пузырьковидными вздутыми, частью уже стрелчато расположенными, ядрами (Zeiss. Oc. 2, Syst. DD).

Рисунок 32. Адено-папиллярная киста надпочечника. Вполнѣ сформировавшаяся клетки с ясно выраженной цилиндрическо-эпителиальной физиономіей (Zeiss. Oc. 2, Apochr. 3 mm.).

Рисунок 33. Адено-папиллярная киста надпочечника. Опухолевые клетки уже образовали трубочку с расширением посрединѣ и лежащую среди нормальной надпочечной ткани (Zeiss Oc. 2, Syst. DD).

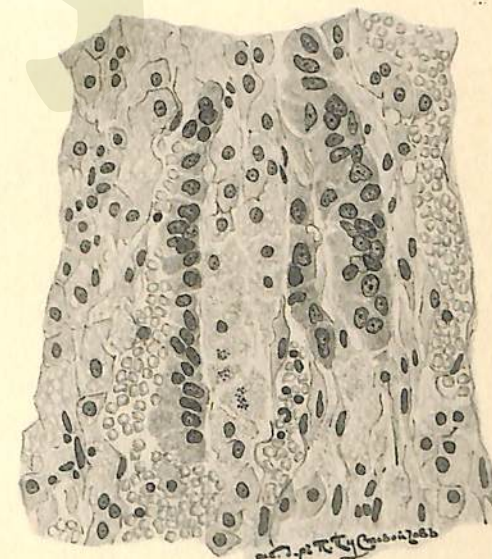
Рисунок 34. Такая же, предположительно, трубочка, но въ поперечномъ сѣзѣ. (Zeiss Oc. 2, Apochr. 2 mm.).



30.



31.



32.



33.



34.

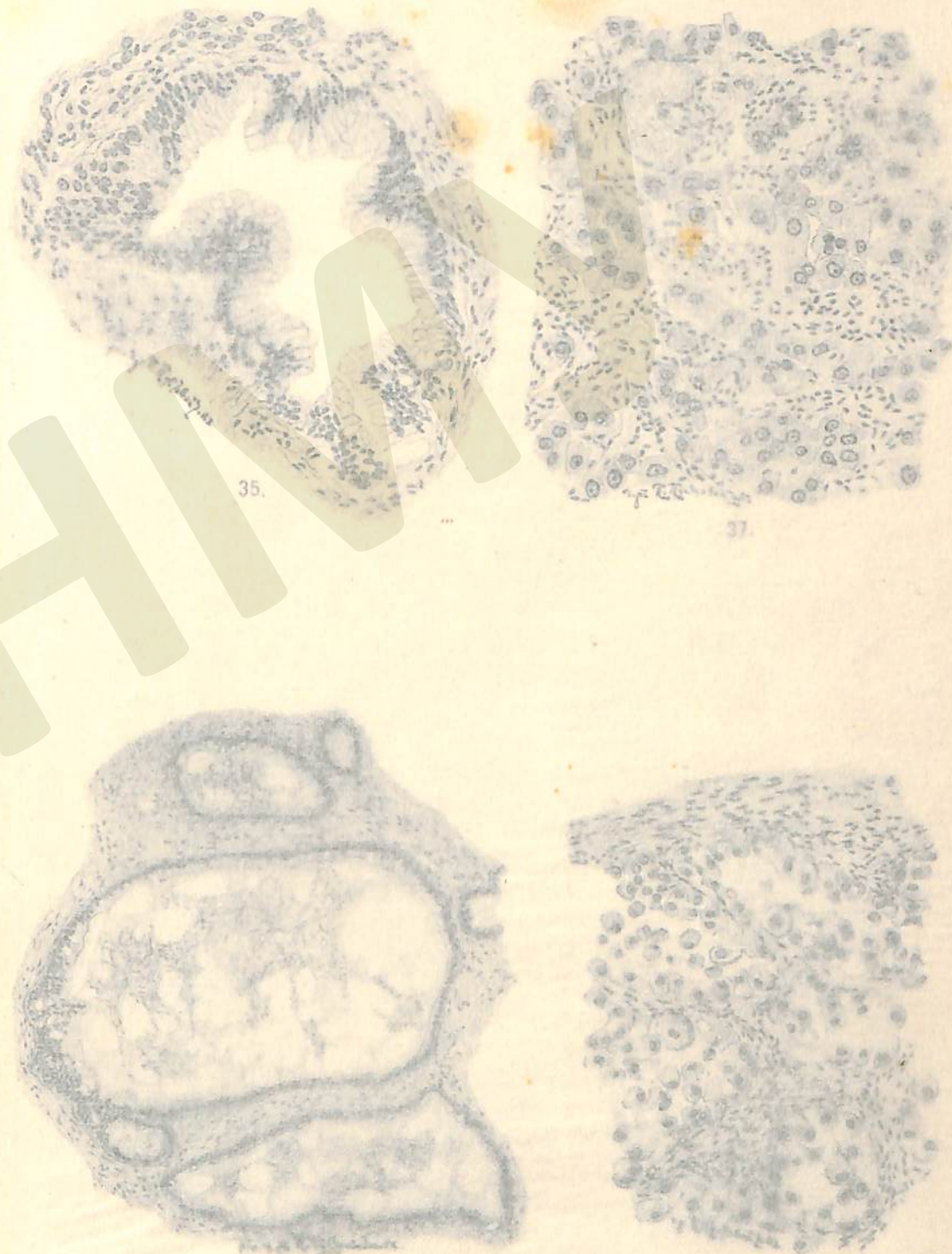
Таблица VIII.

Рисунок 35. Adeno-папиллярная kystoma. Эпителий, выстилающий стѣнку кисты, складывается вѣеромъ, образуя сосочекъ. (Zeiss. Ocul. 2, Syst. DD).

Рисунок 36. Ясно выраженная adeno-kystom'a съ расширенными полостями, содержащими муцины. (Leitz Ocul. 2. Syst. C.).

Рисунок 37. Случай 8-й. Рядъ гигантскихъ клѣтокъ, расположенныхъ среди сильно развитой, отчасти склерозированной соединительной ткани. (Zeiss. Ocul. 4 (45 mm.), Syst. DD).

Рисунок 38. Случай 17-й. Альвеолы, образованныя соединительно-тканной стромой и выполненныя круглыми и полигональными паренхиматозными клѣтками (Zeiss. Ocul. 2, Syst. C).



Т. КОСТЕНКО.

Гипернефроны.

ТАБЛИЦА VIII.

Рисунок 35. Альвеолярная зона kystoma. Эпителій, выстилающий стѣну полости, образованъ изъ веретѣнокъ, образуя сосочекъ. Zeiss. Ocul. 2, Syst. DD.

Рисунок 36. Ядро мѣшчатой альвеолярной кисты съ расширенными полостями, содержащими муцины. (Leitz Ocul. 2, Syst. C.).

Рисунок 37. Сегментъ 9-10. Рядъ гигантскихъ клетокъ, расположенныхъ среди сильно развитой, участка склерозированной соединительной ткани. (Zeiss. Ocul. 4 (45 мм.), Syst. DD).

Рисунок 38. Сегментъ 11-12. Альвеолы, образованные соединительно-тканной стромой и выстланные круглыми и полигональными паренхиматозными клетками. (Zeiss. Ocul. 2, Syst. C.).



35.



37.



36.



38.