

Серія диссерацій, захищавшихся въ Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1888—1889 академическомъ году.

№ 8.

EPITHELIOMA RODENS

(ULCUS RODENS)

ВЪ КЛИНИЧЕСКОМЪ

И

ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОМЪ ОТНОШЕНІЯХЪ.

Диссерація

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

орднатора хирургической клиники профессора Е. И. Богдановскаго

В. А. Розова.

Цензорами, по назначенію Конференціи, были профессора: Н. П. Ивановскій, В. М. Тарновскій и части преподаватель В. А. Ратимовъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Д-та Удѣловъ, Моховал, 36.

1888.

V 63885

3703

Серія Диссерацій, захищавшихся въ Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1888—1889 академическомъ году.

№ 8.

7-НОВЯ 2012

33 ПЕРЕВІРНО
1936

EPITHELIOMA RODENS

(ULCUS RODENS)

816-206
P-65

3703
1941

ВЪ КЛИНИЧЕСКОМЪ

И

ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОМЪ ОТНОШЕНІЯХЪ,

Диссерація

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

ординатора хирургической клиники профессора Е. И. Богдановскаго

В. А. Розова.

Цензурани, по назначенію Конференціи, были профессеры: Н. П. Ивановскій, В. М. Тарновскій и частн. преподаватель В. А. Ратимовъ.

Переучено
1888 г.

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Д-та Удѣлова, Моховая, 36.

1888.

1950

№ 481-60

7 - мая 2012

Докторскую диссертацию лекаря **Василія Розова**, подъ заглавіемъ «Epithelioma rodens (ulcus rodens), въ клиническомъ и патолого-анатомическомъ отношеніи» печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ, Ноября 15 дня 1888 г.

Ученый Секретарь **В. Пашутинъ**.

63825

Тѣма моей работы принадлежитъ моему покойному учителю **Евстафію Ивановичу Богдановскому**.

Вопросъ о разработкѣ *ulcus rodens* въ клиническомъ и патолого-анатомическомъ отношеніи долгое время былъ одной изъ любимыхъ идей покойнаго учителя, стремившагося обосновать клиническія симптомы на анатомо-гистологическихъ свойствахъ новообразованія.

Мнѣ выпало на долю посылить осуществить разрѣшеніе этого вопроса. Но смерть незабвеннаго учителя лишила меня возможности публично благодарить его на этихъ страницахъ и за предложенную мнѣ тему для настоящей работы и за тѣ знанія по клинической хирургіи, которыми я всецѣло обязанъ ему, занимаясь три года подъ его руководствомъ.

Незабвенной памяти моего учителя да послужить этотъ скромный трудъ по занимавшему его вопросу.

НБ

Среди новообразований, поражающих преимущественно покровы лица, *ulcus rodens* или *epithelioma rodens* занимает первое место по обширности местных разрушений. Имѣя столь разрушительное мѣстное теченіе, оно не влечетъ за собой общаго зараженія. Это единственное новообразование гдѣ въ тоже время отложенія массъ его такъ незначительно, что оно долго принималось за язву. О природѣ этого язвеннаго новообразованія до сихъ поръ въ иностранной литературѣ не перестаютъ появляться спеціальныя изслѣдованія, съ весьма разнорѣчивыми мнѣніями о его природѣ. Съ тѣхъ поръ какъ были найдены эпителиальныя элементы, заложеныя въ строму, одни авторы причисляли его къ кожнымъ ракамъ, другіе къ аденомамъ кожныхъ железъ и т. д. По этому я охотно согласился на предложеніе моего глубокоуважаемаго учителя профессора Е. И. Богдановскаго заняться изслѣдованіемъ этого язвеннаго процесса въ клиническомъ и патолого анатомическомъ отношеніи.

Въ нашей литературѣ, кромѣ работы доктора Якобсона и сообщенія многоуважаемаго профессора Н. П. Ивановскаго о язвенномъ новообразованіи, которымъ страдалъ нашъ знаменитый хирургъ П. И. Пироговъ—нѣтъ болѣе спеціальныхъ работъ, посвященныхъ изслѣдованію этой клинической формы. Представляя свое изслѣдованіе, я далеко отъ мысли сказать что-нибудь

рѣшающее въ такомъ темномъ родѣ опухолей, каковы эпителиальныя и къ которымъ относится занимающее насъ новообразование.

Не могу не оговориться объ одномъ изъ недостаткомъ моей работы: она не снабжена рисунками. Схематическіе рисунки очень мало выражаютъ дѣйствительную картину, а представитъ цѣлый рядъ рисунковъ, уясняющихъ какъ топографію новообразования, такъ и его детали, у меня не было возможности по весьма многимъ обстоятельствамъ.

Заболеванія человеческого организма, извѣстныя подъ именемъ новообразованій (neoplasma, tumor), уже въ древности занимали врачей своеобразностью своей природы, и въ особенности тѣ изъ нихъ, которыя извѣстны подъ именемъ злокачественныхъ новообразованій. Съ тѣхъ поръ патологи и по настоящее время не перестаютъ удѣлять изслѣдованію ихъ не мало труда. Въ настоящее время ученіе объ опухоляхъ значительно поднялось впередъ въ смыслѣ изученія микроскопическаго строенія, развитія, отношенія къ организму и т. д. Правда, болѣе точное изученіе, въ особенности гистогенеза и этиологіи, пока вѣтаетъ еще въ области гипотезъ. Если бы мы хотѣли охарактеризовать въ общихъ чертахъ взгляды на гистогенезъ опухолей, то должны были бы раздѣлить воззрѣнія авторовъ на слѣдующія двѣ группы: по однимъ опухоли могутъ развиваться путемъ измѣненія уже существующихъ дифференцированныхъ тканей или въ количественномъ отношеніи (увеличеніе), или въ качественномъ — произведеніе тканей, стоящихъ ниже въ развитіи, напр. круглоклеточкова саркома состоитъ изъ тканей болѣе молодой, менѣ дифференцированной, чѣмъ напр. ткань фибромы (Virchow и его послѣдователи). По воззрѣніямъ другихъ авторовъ (Cohnheim, Пашутинъ, Thierfelder, Wölfler и др.) всѣ истинныя neoplasmata происходятъ не изъ дифференцированныхъ тканей, а напротивъ изъ ростковъ, которые долго сохраняютъ свои эмбриональныя свойства, оставаясь среди дифференцированныхъ тканей и при благоприятныхъ, хотя неизвѣстныхъ намъ условіяхъ, растутъ и превращаются въ опухоль. Такой взглядъ на гистогенезъ распространяется какъ на доброкачественныя, такъ и на злокачественныя новообразования (Пашутинъ, Cohnheim). Оба эти воззрѣнія имѣ-

Центральная библиотека
ИМПЕРАТОРСКАГО УЧИЛИЩНАГО ЗАВѢДѢНІЯ
БИБЛИОТЕКА

ют за собой корифеев науки; окончательное же рѣшеніе вопроса все-таки принадлежит будущему. Понятно, что сообразно различнымъ взглядамъ на гистогенезъ новообразованій изменяется и классификація опухолей. Безспорно самый темный отдѣлъ въ ученіи объ опухоляхъ представляетъ группа эпителиальныхъ новообразованій, въ особенности злокачественныхъ, или раковыя. Въ самомъ дѣлѣ, что такое ракъ? Вирховъ ¹⁾ говоритъ: „я не думаю, чтобы нашелся человекъ, который былъ бы въ состояніи дать отвѣтъ, что такое собственно опухоль“. Едва ли нельзя того же сказать и объ опредѣленіи рака, если мы вспомнимъ, что до сихъ поръ лучшие патолого-анатомы допускаютъ существованіе соединительно-тканнаго рака, другіе считаютъ раковыя образования только въ смыслѣ происхожденія изъ эпителия. Такое противорѣчіе во взглядахъ на гистогенезъ раковыхъ образований какъ нельзя болѣе говорить о неточности нашихъ свѣдѣній о происхожденіи и развитіи этой группы новообразованій, весьма богатой общими формъ.

Отдѣльные виды этой группы изучены хорошо микроскопически какъ въ смыслѣ морфологіи, такъ и въ гистогенетическомъ отношеніи, въ смыслѣ роста, отношенія къ организму, микроскопическихъ признаковъ, словомъ даютъ полную картину структуры и клиническихъ признаковъ, позволяющихъ произвести весьма точную діагностику на больномъ и сообразно съ этимъ принимать терапевтическія воздѣйствія и дѣлать предсказаніе для здоровья больного. Есть между ними и спорныя формы, къ каковымъ принадлежатъ *ulcus rodens*, *epithelioma rodens*, или плоскій кожный ракъ авторовъ. Въ то время какъ одни авторы считаютъ эту патологическую форму за ракъ, имѣя въ виду главнымъ образомъ микроскопическую картину, подходящую подъ опредѣленіе раковыхъ образований въ морфологическомъ отношеніи, другіе, имѣя въ виду главнымъ образомъ клиническую картину, отрицаютъ раковую натуру этого образования. Такая спорная переходная форма имѣютъ особенный интересъ какъ въ практическомъ смыслѣ для хирурга-клинициста, такъ и въ чисто теоретическомъ, стоя на границѣ между доброкачественными эпителиальными образованиями и злокачественными. Клиницисты

¹⁾ Ученіе объ опухоляхъ. Русск. перев., стр. 2.

опираются главнымъ образомъ на теченіе, несходное съ теченіемъ раковыхъ образований; патолого-анатомы же, указывая на развитіе и микроскопическую картину, въ которой они видятъ черты существенныя для опредѣленія раковыхъ образований, не смотря на несходство клинической картины, относятъ ее къ отдѣльной группѣ раковыхъ образований подъ именемъ плоскаго эпителиальнаго рака, или поверхностнаго кожнаго рака.

Разсуждая теоретически, такое разногласіе можетъ зависѣть: а) отъ различія возрѣвнїи на раковыя образования; б) отъ степени важности, каковую авторы придаютъ не только морфологіи, но и клинической картинѣ. Другими словами, здѣсь идетъ рѣчь о томъ, должно ли классифицировать опухоли только по микроскопической картинѣ, т. е. имѣя въ виду одну морфологію образования, или же на основаніи морфологіи и клиническихъ признаковъ, въ которыхъ проявляется вся совокупность свойствъ новообразования, выражалъ „азинъ“ его. Въ своемъ мѣстѣ мы возвратимся къ этому вопросу болѣе подробно, а теперь изложимъ вкратцѣ взгляды авторовъ на эту патологическую форму съ клинической и гистологической точки зрѣнія.

Первый, описавшій это заболѣваніе въ 1827 г. и выдѣлившій его въ особенную клиническую форму, былъ англичанинъ Артуръ Джекобъ ¹⁾. Ранѣе у старыхъ авторовъ оно было извѣстно подъ именемъ *Noli tangere* ²⁾. А. Яacob описалъ язву на вѣкъ, которую онъ назвалъ «своеобразной» (*peculiar*). Вотъ такъ онъ ее описываетъ: «деструктивный язвенный своеобразный процессъ, который я наблюдалъ на вѣкахъ, разрушилъ ихъ и распространился на глазное яблоко, орбиту и лицо. Характерный признакъ заключается въ крайней медленности теченія, своеобразномъ состояніи краевъ и поверхности язвы, въ сравнительно незначительной болѣзненности, какою она сопровождается; неподатливостью другому гѣбченію кромѣ экстирпаціи и въ томъ, что сосѣдніе лимфатическія железы не пора-

¹⁾ An ulcer of peculiar character. By Arthur Jacob, M. D. The Dublin Hospital reports. 1827 г., стр. 232.

²⁾ Thiersch. Der Epithelialkrebs n. s. w. p. 30.

жаются. Медленность течения этой болѣзни дѣйствительно замѣчательна: изъ трехъ случаевъ, которые я наблюдалъ, въ одномъ (который на рис.) болѣзнь существовала 4 года и въ настоящее время мало подвинулась впередъ. Въ другомъ случаѣ, у незамужней дѣвочки 54 л., язва существуетъ 23 года и никогда не заживала. Глазное яблоко обнажено путемъ изъязвленія годъ назадъ, но до сихъ поръ не разрушено еще вполне. Въ 3-мъ случаѣ, у мужчины 60 лѣтъ, болѣзнь явилась за 9 лѣтъ до смерти, а смерть произошла отъ совсѣмъ другой причины. Я сдѣлалъ еще нѣсколько выдержекъ, такъ какъ отъ въ высокой степени наблюдательнаго автора не ускользнуло ничего, что составляетъ клиническую особенность *ulcus rodens*. «Страданія больныхъ не велики... Нѣтъ стрѣляющихъ болей и главнѣйшее неудобство вызывалось повидому обнаженіемъ нервовъ». Что касается до вліянія на общее состояніе, то это видно изъ слѣдующихъ словъ: «Въ моихъ случаяхъ болѣзнь, въ самый разгаръ ея, позволяла заниматься обычными занятіями». А мужчина 60 лѣтъ «былъ веселъ и пользовался всеми дарами жизни». Что касается начала развитія, то у одной больной «язва послѣдовала за ударомъ». У женщины, у которой болѣзнь длилась 23 года, «болѣзнь началась ядршшомъ подъ кожей»; существовавшимъ 2—3 года, которое она сорвала; образовалась язва, не заживавшая все время. Въ третьемъ случаѣ язва началась въ рубцѣ отъ «сливающейся оспы». Образовалась язва, которую Jacobъ описываетъ слѣдующимъ образомъ: «края возвышенны, гладки, амѣобраны». «Кожа по собѣдству не утолщена и не измѣнена въ цвѣтъ. То, что находится между краями (т. е. дно), мѣстами является совершенно ровной, сосудистой и отдѣляющей поверхностью». «Въ другихъ мѣстахъ язва покрыта здоровымъ повидому, цвѣтущимъ и плотнымъ грануляціями». Далѣе Jacobъ указываетъ на то, что язва можетъ мѣстами рубцеваться, но заживленія не бываетъ. «Отдѣленіе язвы не такое, которое хирурги называютъ нездоровымъ... жидкое и чистое. Воня не больше, чѣмъ отъ обыкновенной язвы, если только пораженное мѣсто содержится чисто». «Сильныхъ кровотеченій не бываетъ и когда язва кровоточитъ, то источникомъ его являются поверхностныя вены, а не то чтобы сосуды разрушались путемъ изъязвленія». «Никогда пораженія лимфа-

тическихъ железъ я не наблюдалъ». «Болѣзнь распространяется исключительно путемъ изъязвленія». Послѣ такого описанія, говоритъ Jacobъ, едва ли еще нужно доказывать, что эта болѣзнь своеобразна и что ее нельзя смѣшивать ни съ ракомъ, ни съ болѣзью, которую называли *Lyrus'omъ* (или *Noli tangere*¹⁾). Отъ рака отличіе состоитъ въ отсутствіи стрѣляющихъ болей, фунгознаго разростанія, вони, дурнаго отдѣленія, кровотеченій и пораженія лимфатическихъ железъ, а отъ *Lyrus'a* по отсутствію шелушащихся струпуевъ и воспалительныхъ краевъ, въ общемъ видѣ ея, теченія и терапіи. Равнымъ образомъ болѣзнь отличается отъ той язвы, которая случайно поражаетъ старые рубцы и даетъ фунгознаго разростанія въ видѣ цвѣтной капусты. Что касается лѣченія, то Jacobъ признаетъ дѣйствительнымъ одно хирургическое лѣченіе. А Jacobъ, классически описавъ язву, указавъ на ея характерныя особенности (медленное теченіе, отсутствіе пораженія железъ, пифилтраціи краевъ, незаживаемость и наклонность къ разрушенію), онъ имѣлъ полное право назвать ее особенной язвой, указывая на отличіе отъ раковъ, онъ тѣмъ самымъ призналъ неоплазматическій характеръ ея. Нѣкоторые другіе клиническіе признаки могли быть указаны только по изученіи морфологическомъ, каковое тогда еще не могло имѣть мѣста. Я нарочно остановился долѣе на описаніи Jacob'a, имѣя въ виду классичность описанія, а во вторыхъ — англійскіе авторы, признавая *ulcus rodens* за отдѣльную клиническую форму, описываютъ ее съ тѣхъ поръ почти въ тѣхъ же выраженіяхъ. «Обычная язва» Jacob'a получила только названіе «*Rodent ulcer*» и подъ этимъ именемъ описывается у англійскихъ авторовъ.

Brodie²⁾ слѣдующимъ образомъ говоритъ объ этой язвѣ: «у человека мягкій узелокъ на лицѣ, покрытый гладкой кожей. Онъ можетъ называться бородавкой, но это совсѣмъ не то. Разрѣзавъ его вы увидите, что онъ состоитъ изъ плотной субстанціи... Бугорокъ можетъ оставаться на лицѣ въ теченіи многихъ лѣтъ, а затѣмъ, когда пациентъ старѣется, онъ можетъ потомъ изъязвляться. Язва распространяется медленно, но постоянно,

¹⁾ Здѣсь есть противорѣчіе съ Тиршемъ, который говоритъ, что *ulcus rodens* есть болѣзнь, носившая названіе у старшихъ авторовъ *noli tangere*.

²⁾ См. Paget. Lectures on surg. Path. v. II, p. 453. 1853.

и если ее предоставить самой себѣ, можетъ занять пѣлую щеку, обнаружить кости лица и грозить жизни пациента; но для этого нужно нѣсколько лѣтъ... Этотъ бугорокъ и язву слѣдуетъ разсматривать какъ злокачественные. Тѣмъ не менѣе они не похожи на *fungus haematodes* или *cancer* по той причинѣ, что это есть болѣзнь чисто мѣстная. Она не поражаетъ лимфатическихъ железъ, а равно не бываетъ появленія подобной опухоли и въ другихъ частяхъ тѣла*.

Эта язва названа была Paget'омъ ¹⁾ „Rodent ulcer“ и описывается имъ слѣдующимъ образомъ: „она неправильной формы, но въ общемъ приближается къ овальной, или круглой; дно хотя и глубокое и какъ бы вырытое, но въ большинствѣ своихъ частей не бороздковатообразное, не узловатое и не зернистое. Оно отличается отъ канкротозной язвы отсутствіемъ или меньшимъ количествомъ новообразованной ткани (т. е. инфльтраціи); оно относительно сухо и блестяще, выдѣляетъ на поверхности мало пихра или гноя, и имѣетъ обыкновенно темный и красновато-желтый пѣвъ. Край ея слегка или совсѣмъ не возвышенъ, рѣдко бываетъ подрытъ, округленъ или представляетъ незначительную бугристость. Непосредственно прилегающая кожа кажется здоровой. Дно и основаніе одинаково твердо, какъ будто связано со слоемъ индурированной ткани, около одной линіи въ толщину. Этотъ слой почти не увеличивается въ толщину по мѣрѣ распространенія язвы и въ этомъ заключается отличие отъ канкротозныхъ извѣявленій. При распространеніи *ulcus rodens* мы видимъ только разрушеніе; при распространеніи *ulcus canceris* мы видимъ, что разрушеніе сопровождается новообразованиемъ и обыкновенно большимъ“. Что касается макроскопическаго вида субстрата новообразования, то, по Paget'у, онъ твердый, гладкій, или нѣжно фиброзный и мало сочный. Что касается элементовъ самого новообразования, то, по Paget'у „ни края ни дно не содержатъ никакихъ элементовъ, похожихъ на элементы эпителиальнаго или какого нибудь рака“, а состоятъ изъ элементовъ свойственныхъ грануляціямъ, „заложенныхъ между тканями, на которыхъ лежатъ язвы“. Лимфатическія железы по Paget'у никогда не поражаются, какъ это бываетъ при ракахъ.

¹⁾ Brodie. Lectures on Pathology, p. 333.

Названіе „Rodent ulcer“, разъѣдающей язвы, данное Педжетомъ, было udržано и послѣдующими хирургами и патолого-анатомами и перешло вѣроятно изъ Англіи къ американскимъ ученымъ ¹⁾.

Въ 1845 году Lebert ²⁾ назвалъ эту язву во Франціи *ulcère cancroïde (ulcère rongéant, а позднѣе ulcus rodens* ³⁾). Въ своемъ сочиненіи „Physiologie pathol.“ описываетъ *ulcère cancroïde du nez*. „Женщина 70 лѣтъ имѣла продолжительное время на нижней боковой части носа язву величійны въ 2 франка, которую называли раковой (*cancroëux*). Кожа совершенно разрушена и поверхность хряща была изъѣдена. При жизни эта язва отдѣляла блѣдно-желтый секретъ, по виду и консистенціи похожий на жирную глинну“. „Женщина умерла. На аутопсіи мы не нашли никакого раковаго пораженія внутреннихъ органовъ, это же доставило намъ возможность сдѣлать разрѣзъ дна края язвы на лицѣ. Можно было убѣдиться, что язва не имѣла канкротозной ткани. Отдѣленіе язвы, поразившее насъ при жизни больной, состояло изъ смѣси жировыхъ шариковъ и эпидермоидальныхъ чешуекъ на подобіе зеренъ *d'elaine*. При болѣе тщательномъ разсмотрѣніи это вещество поверхности язвы обязано обильному эпидермоидальному отдѣленію. Въ основаніи опухоли видны были волокна дермы и эпидермоидальные элементы, но нигдѣ и слѣда элементовъ, похожихъ на элементы рака. Мы замѣтили то же самое во многихъ случаяхъ, въ которыхъ ножомъ были удалены небольшія язвы лица, въ которыхъ никакія терапевтическія средства не могли вызвать рубцеванія“. Lebert усиленно нитируетъ, что въ язвѣ онъ не нашелъ раковыхъ элементовъ и что не было пораженія внутреннихъ и другихъ органовъ, что доказано аутопсіей. Такого же характера язву (*ulcère rongéant*) онъ описываетъ и на *portio vaginalis uteri* у больной 56 лѣтъ, умершей отъ кровотеченій. На аутопсіи оказалось, что ни одинъ органъ не показалъ и слѣда раковой опухоли ⁴⁾. Выдающееся свойство *ulcère rongéant* по Lebert'у ⁵⁾ состоитъ въ разрушеніи ткани. Хотя *ulcère rongéant* и по-

¹⁾ См. Agnew's Surgery, vol. III, p. 98. 1883 г.

²⁾ Lebert. Physiologie pathologique 1845 г., т. II. p. 404.

³⁾ Thiersch. I. с. p. 30.

⁴⁾ Lebert. I. с. стр. 342.

⁵⁾ Id. 291 стр. и слѣд.

копся иногда на затвердѣломъ и воспалительномъ основаніи и имѣетъ такого же характера края, но въ нихъ нигдѣ нельзя найти истинной раковой ткани (veritable tissu cancereux). „На шейкѣ матки часто встрѣчаются язвы, которыя принимаютъ за раковыя; онѣ приводятъ къ смерти больныхъ вслѣдствіе анеміи и кровотеченій, которыми сопровождается это заболѣваніе“... „На аутопси же не встрѣчаютъ раковой ткани, а равно канцерозныхъ опухолей въ другихъ органахъ. Мы не можемъ сказать также, чтобы вся раковая масса была уничтожена изъязвленіемъ“... „Если въ маткѣ есть истинный ракъ, то мы находимъ его обыкновенно во влагалищѣ, въ различныхъ частяхъ матки и въ другихъ органахъ. Однажды мы встрѣтили канцероидную язву матки и въ то же время много фибромъ въ этомъ же органѣ, чего не бываетъ одновременно при настоящихъ ракахъ“... „Канцероидныя язвы встрѣчаются иногда in recto, но безъ слѣда раковой ткани ни вокругъ, ни въ другихъ органахъ“... Въ заключеніе Lebert говоритъ: „Различныя формы язвы, на которыя мы обращаемъ вниманіе патологовъ, какъ кажется очень существенно отличаются отъ настоящихъ раковъ“.

Schuh отнесъ ulcus rodens къ плоскимъ кожнымъ ракамъ ¹⁾ (Flacher Krebs). По Schuh ²⁾ его плоскій ракъ начинается маленькимъ узелкомъ въ кожѣ, но остается въ такомъ видѣ очень короткое время; такъ что рѣдко удается видѣть больныхъ въ этомъ періодѣ. Узелокъ переходитъ въ язву похожую на обыкновенную, но имѣющую слѣдующія особенности: отдѣляетъ мало гноя, дно не равномерно зернисто, но ровно и болѣе твердо, имѣетъ очень твердый край; совсѣмъ не имѣетъ наклонности къ заживленію, а напротивъ, въ теченіи мѣсяцевъ и годовъ все увеличивается. Распространяется язва главнымъ образомъ по поверхности, а не въ глубину, оставаясь поэтому всегда плоской. Эти признаки и отличаютъ эту форму (плоскую) рака отъ другихъ образованій, Schuh и назвалъ это заболѣваніе впервые „flache Krebs, а не Hautkrebs“ именно потому, что онъ распространяется по поверхности; съ другой стороны— въ кожѣ могутъ быть различныя раки (Vorwort, стр. VII). Если

¹⁾ Thiersch, I. с. р. 30.

²⁾ Pathol. und Ther. d. Pseudoplasmen 1854, p. 268 и слѣд.

и бываетъ иногда мѣстами рубцеваніе (Überhäutung)—то падеетъ только тщетную надежду на выздоровленіе ¹⁾. „Возлѣзъ можетъ продолжаться долгие годы, не причина страданія организму“. Наблюдать ли Schuh когда нибудь измѣненіе раковое при его flache Krebs во внутреннихъ органахъ? Никогда (Innere Organe werden von diesen Processen nie ergriffen auch findet man bei den Leichenuntersuchungen nie an einem Eingeweide irgend eine andere Krebsform, стр. 270). Поражаются ли сосѣднія лимфатическія железы? Обыкновенно нѣтъ. „Но гдѣ уже разрушены многія или важныя части, происходитъ изоморфная (?) (isomorphe) инфильтрація сосѣднихъ железъ, отсутствіе сна, истощеніе, дурной видъ лица и лихорадка“ (стр. 270). А пораженія эти бывають настолько велики, что разрушается „остовъ носа, верхняя челюсть, глазное яблоко, орбита, небныя кости, рѣшетчатая кость, или кости черепа“... Что такое изоморфная инфильтрація, есть ли это раковое пораженіе или опухоль вслѣдствіе раздраженія отъ всасыванія продуктовъ инфицирующихся съ поверхности столь обширной язвы— не указано авторомъ. Какіе же гистологическіе элементы нашелъ авторъ при изслѣдованіи язвы? Въ одномъ случаѣ язвы, разрушившей половину лица, вѣло и большую часть верхней челюсти, авторъ нашелъ „круглыя клѣтки съ одиночнымъ или двойнымъ ядромъ, весьма лзынымъ при обработкѣ уксусной кислотой“ (стр. 271), которыя авторъ называетъ эпителиальными. Что касается толщины новообразованія, то авторъ говоритъ, что «не смотря на большія разрушенія, на трущѣ не находятъ ничего отъ первоначальнаго рака, потому что тонкій слой въ послѣдніе дни жизни обыкновенно отмираетъ ²⁾».

¹⁾ Впрочемъ на стр. 270 I. с. Schuh говорить, что при чистомъ содержаніи дѣйствительное рубцеваніе можетъ происходить на значительномъ пространствѣ язвы.

²⁾ Path. und Therap. d. Pseudoplasmen. Такъ какъ терминъ «flache Krebs» родился на почвѣ систематическаго и поменклатурнаго измѣненія авторомъ, а отсюда проишк и въ иностранной литературы, то я позволю себѣ маленькое отступленіе по поводу его исторіи. Первый страдъ описалъ Schuh. Этотъ авторъ я поясняетъ— почему онъ избралъ терминъ flache, и почему именно Krebs. Имѣлъ ли авторъ въ виду анатомическую сторону процесса или клиническую? Въ опредѣленіи понятія рака я остался на почвѣ практика, потому что всякое другое основаніе шатко (стр. V, Vorwort). Какъ же понимаетъ ракъ съ этой точки зрѣнія Schuh? Это видно

Из сказаннаго видно, что эта форма, которую Шу описывает как „flache Krebs“, въ теченіи своемъ ничѣмъ не отличается отъ тѣхъ язвенныхъ формъ, которыя прежде приведены авторомъ подъ названіемъ ulcer rodent, ulcus rodens, ulcér gonçant etc. Съ клинической стороны ничего новаго не отмѣчено, но причислена она къ ракамъ подъ названіемъ „плоскаго рака“.

Насколько выборъ названія удаченъ, отчасти видно изъ сказаннаго въ примѣчаніи.

Rokitansky ¹⁾, говоря о «канкрозныхъ язвахъ» кожи (т. е. происходящихъ отъ раковыхъ изъязвленій, нотируетъ, что въ то время какъ часть новообразованія распадается (изъязвляется) «вокругъ язвы, т. е. въ ткани, образующей края и основание прежде бывшей язвы, отлагается новая канкротная масса въ видѣ инфильтраціи, или новыхъ узловъ». Описавъ характеръ

изъ тѣхъ выраженій, которыя онъ дѣлаетъ противъ Bennet'a и Lebert'a, которые выключаютъ его эпителиальный ракъ изъ раковыхъ образованій, Такое утвержденіе Schull считаетъ нелогичнымъ на слѣдующихъ основаніяхъ: 1) Эта pseudoplasma распространяется отъ одной ткани къ другой и вовлекаетъ ихъ, путемъ инфильтраціи, въ такой же процессъ. 2) Всѣ эпителиальныя раки сопровождаются кахексией, какъ и мозговикъ (Marsk-schwamphen). 3) Эпителиальный ракъ также поражаетъ сосѣднія железы—признакъ, по Schull, весьма важный въ діагностику рака. 4) Строчіе эпителиальнаго рака схоже съ медулярнымъ ракомъ по альвеолярному строенію, формѣ язвы и т. д. 5) По ненормальному видѣренію эпитеція въ подлежащую ткань. Вотъ тѣ основанія, въ силу которыхъ его Eribellae Krebs (flache, rascinöser, kömiger) должн считать за раки. Слѣдовательно и его flacher Krebs тоже должн имѣть тѣ же свойства, ибо онъ есть Krebs, а flacher отличается его только отъ другихъ раковъ, какъ это онъ и самъ говоритъ. На сколько это такъ, будетъ видно изъ дальнѣйшаго, т. е. если вѣрно, что flacher Krebs ведетъ къ истощенію, поражаетъ сосѣднія железы и проч., то дѣйствительно это патологическое образованіе можно будетъ обозначать съ полнымъ правомъ «раковымъ», а въ отличіе отъ другихъ—плоскимъ ракомъ. Къ сожалѣнію, ставши на эту «логическую» точку, предложенную самимъ Schull, —нельзя не видѣть противорѣчія между содержаніемъ понятія Krebs (какое даетъ самъ авторъ) съ свойствами тѣхъ „Geschwülste“, которые онъ описываетъ какъ flacher Krebs. Эпителиальный же ракъ опредѣляетъ Шу такъ (стр. 268): „подъ этимъ именемъ понимается такая форма рака, которая или во всей массѣ, или въ большей части состоитъ изъ элементовъ, схожихъ (ähnlich) съ элементами мостовиднаго эпитеція“. Въ дальнѣйшемъ это названіе было udržено Таршемъ и получило полное право гражданства въ нѣмецкой литературѣ, а отсюда было взято авторами другихъ націй.

¹⁾ Rokitansky. Руководство къ патолог. анатоміи, ч. 1, отд. 2, русск. перев. Москва. 1849 г., стр. 149.

настоящей раковой язвы на кожѣ, авторъ указываетъ на существованіе другаго рода язвъ, отличныхъ отъ канкротныхъ, хотя и называемыхъ канкротными. «Замѣчательны тѣ канкротныя язвы, въ которыхъ разрушеніе ткани происходитъ не только безъ замѣтнаго предшествовавшаго канкротнаго перерожденія, но даже безъ произведенія канкротной сукровицы» (т. е. сукровицы, въ которой попадаютъ эпителиальные элементы). «Эти язвы, которыя столь часто, особенно на лицѣ, причиняютъ обширныя опустошенія и вообще считаются за канкротныя по причинѣ разрушенія, распространеннаго на всѣ ткани безъ различія, и по причинѣ своей упорности—требуютъ во всѣхъ отношеніяхъ новыхъ, многосложныхъ и точныхъ изслѣдованій». Изъ этого видно, что язвы, которыя болѣе всего походятъ на ulcus rodens по теченію, признакамъ анатомическимъ и положенію (лицо), не считаются Рокитанскимъ за раковыя.

Въ другомъ мѣстѣ ¹⁾ онъ говоритъ, что такія же язвы бываютъ и на маточномъ рыльцѣ. Онъ ихъ называетъ развѣдающими (фагаденческими) язвами (ulcus corrodens Claque'a). «Сія послѣдняя походитъ на канкротныя язвы кожи: не имѣя основаніемъ ложнаго продукта (т. е. новообразованія), она мало по малу разрушаетъ влагалище, часто даже большій отдѣлъ матки, при чемъ разрушаетъ и примыкающую ткань, проходя до прямой кишки и мочевого пузыря». Въ основѣ этого процесса, по Рокитанскому, лежитъ «медленный процессъ воспалительный».

Broca ²⁾ производитъ клѣтки новообразованія въ язвѣ изъ мальпигиева слоя и волосныхъ жѣлковъ, вступающихъ въ глубину. Толщина слоя новообразованія не превышаетъ одного миллиметра, новообразованіе рѣзко отграничено отъ здоровыхъ частей.

Förster ³⁾ называетъ ulcus rodens другимъ именемъ: ulcus exedens. Въ текстѣ къ своему атласу ⁴⁾ Förster даетъ описаніе препарата изъ язвы на кожѣ лица, изъ котораго

¹⁾ Рокитанскій. I. с. часть II, перев. 1857 г., стр. 569.

²⁾ Broca. Bullet. d. L'Academie d. Med. Nov. 1855.

³⁾ Förster. Рук. патол. анат., перев. Ахпарунова 1856 г., а изд. 1859 г., стр. 84.

⁴⁾ Förster. Handbuch. В. II, p. 846. Thierch I. с. p. 31.

явствует, что скопления эпителиальных клеток новообразования имѣли видъ железисто-подобный, одиночный. Можно видѣть, говоритъ Förster, что отъ клетокъ слизистаго слоя идутъ въ глубину согі железисто-подобныя продолженія, то бутылко-подобныя съ боковыми отрѣсками, то цилиндрически, длинны и узкія. Видъ этихъ образований таковъ, что невольно является мысль, «что здѣсь имѣется железистая опухоль, происшедшая черезъ новообразование железъ изъ rete Malpighii по типу ихъ эмбриональнаго развитія» (рис. на табл. XXXII, Fig. 5 вполне соотвѣствуетъ описанію). Въ другомъ мѣстѣ ¹⁾ Förster говоритъ слѣдующее: «все наблюденыя, указывающія на развитіе эпителиальныхъ массъ этихъ опухолей (эпителиальныхъ раковъ кожи) изъ разрощенія нормальнаго эпителия, относятся не къ настоящимъ эпителиомамъ или канкродамъ, а къ язвеннымъ сосочковымъ и железистымъ опухолямъ кожи, которыя только по наружному сходству были отнесены къ эпителиомамъ.» При послѣднихъ, по Försterу, всегда бываетъ пораженіе лимфатическихъ железъ и даже внутреннихъ органовъ (стр. 85). Переходъ этихъ язвенныхъ сосочковыхъ и железистыхъ образований въ ракъ авторъ допускаетъ возможнымъ, если подъ основаніемъ ихъ разовьется отдѣльно раковый узелъ (русск. перев., стр. 71), который потомъ и развивается уже самостоятельно.

Подъ именемъ «Noli me tangere» въ 1857 г. Dr Verneuil ²⁾ сообщилъ случай язва на лицѣ, названной канкродомъ. Больной 45 лѣтъ, средней конституціи; по причинѣ глухоты Вернейль не могъ узнать подробностей изъ анамнеза. Известно было, что язва существовала много лѣтъ. Была полъзуема caustica, послѣ чего слѣдовали временныя улучшенія, а затѣмъ началось заболѣваніе съ изъязвившагося прыща на щекѣ. «Почти вся правая щека занята была очень поверхностнымъ изъязвленіемъ, начиная отъ верхней половины верхней губы до глазаго яблока, съ полнымъ разрушеніемъ нижняго вѣка. Правая половина носа изъязвлена, а снаружи язва доходила до средины скуловой дуги. Здѣсь же, на уровнѣ

¹⁾ Förster. Supplement zum Atlas, s. 17, 1856.

²⁾ Verneuil. Bullet. de la société anatom. de Paris. 1857, 2 série t. II, p. 35 et suiv.

внутренней спайки вѣкъ и впереди m. masseteris находится на краю нѣсколько узелковъ еще не изъязвленныхъ, что указываетъ на эксцентрическое распространене изъязвленія. Язва казалась меньше во 1) вследствие стягиванія сосѣднихъ частей къ fossam caninam, какъ къ центру, рубцовой тканью, развившаеся послѣ повторныхъ прижиганій; во 2) большая часть боковой поверхности носа занята была бѣлымъ рубцомъ на мѣстѣ бывшаго изъязвленія. «Только небольшой, твердый, красный валикъ, ограничивающій этотъ рубецъ, продолжался къ периферіи мѣстѣ съ изъязвленіемъ, доказывая, что язва, поднимая въ срединѣ, продолжала изъязвляться». Изъязвившаяся часть покрыта «мясистыми разрощеніями, не покрытыми распадами и не кровотоками при дотриваніи». «Глубина разрощенія очень незначительна», только у нижняго орбитальнаго края вѣко разрушено во всю толщю, и «стѣтъ погружался на одинъ сантиметръ»; это мѣсто занято было фунгузными разрощеніями, аналогичными тѣмъ, которыя были на изъязвленіи. Общее состояніе здоровья очень удовлетворительно, и железъ нигдѣ не увеличены. Вернейлемъ былъ поставленъ діагнозъ гипертрофіи потовыхъ железъ съ частичнымъ изъязвленіемъ на основаніи: «давности болѣзни», медленности теченія, серпигинозности распространенія, присутствія периферическаго валика, эксцентрическихъ возвышеній расположенныхъ въ дермѣ, и, наконецъ, на отсутствіи пораженія железъ. Кромѣ того общій видъ болѣзни разнится отъ другихъ заболѣваній на лицѣ, какъ то: lupus, canceroid въ собственномъ смыслѣ и сосочковая опухоль. Это именно типъ noli me tangere, специальный видъ котораго легче узнать, чѣмъ описать. Проникновеніе же болѣзни въ орбиту не можетъ служить противорѣчіемъ. Послѣ операціи оказалось, что «на уровнѣ нижняго орбитальнаго края вся толща кожи была разрушена; нужно было приподнять глазное яблоко, чтобы пойти глубже; кость была размячена, (частичная резекціа). Повторное рассмотрѣніе разрывовъ, взятыхъ изъ периферическаго валика (т. е. края язвы) «и возвышеній въ дермѣ», показало, что они состоятъ «изъ маленкихъ закругленныхъ бѣловатыхъ массъ, покрытыхъ эпидермисомъ и тонкимъ слоемъ дермы». Помѣщались они въ небольшихъ впадинахъ, «рѣзко ограниченныхъ» — ихъ можно

было выдуть; величина ихъ отъ 2 до 4 мм. Ткань этихъ образований «рыхла, разсыпается на кусочки, не смѣшивающаяся съ водой». «На остаткѣ свободнаго края вѣка имѣютъ болѣе плотную консистенцію». При раздѣриваніи этихъ тѣлецъ получались «цилиндры вѣтвистые, длинной отъ 12 до 15 мт.» При слабѣмъ увеличеніи микроскопа на цилиндрахъ замѣтны были «вздутія, служенія и боковые придатки»; фигуры подходили «на узловатые корни, несущіе на себѣ массу болѣе мелкихъ корешковъ». Придатки кончались «слѣпымъ концомъ», «вилообразнымъ развѣтвленіемъ», «цилиндрами или конусами». Эти образования заканчивались «ясными контурами симметрически расположеннаго эпителия, а иногда ограничивались тѣмъ то въ родѣ ясной перегородки» (стр. 39). «Эти железистые элементы образованы полемъ мостовиднаго эпителия, расположеннаго правильной мозаикой». Кѣтки лежали такъ близко другъ къ другу, что ни одна изъ нихъ «не шалава свободно въ жидкости». На нѣкоторыхъ препаратахъ видно было «диффузное поле эпителиальныхъ кѣтокъ» вслѣдствіе значительнаго распиренія «трубочекъ», или отъ «слиянія трубочекъ», но съ очень рѣзкими контурами на периферіи, «такъ что въ нихъ можно было узнать тотъ же железистый характеръ». Отъ этихъ массъ выходили боковые отростки. Количество эпидермоидальныхъ шаровъ (globes epidermiques) было незначительно. Соответственно дну язвы—картина была та же. «Ткань, которая проникла въ орбиту, была точно такой же природы». Обстоятельство, почему здѣсь «железистая ткань» очутилась на такой глубинѣ, Verneuil объясняетъ тѣмъ, что потовыя железы лежатъ не на одной глубинѣ и сопряженіе къ ихъ разрастанію незначительно, вслѣдствіе отсутствія подъ ними плотной ткани (напр. кости, или хряща). Что касается размятченія кости, то Verneuil не могъ выяснитъ, есть ли это результатъ инфильтраціи железистыми элементами или благодаря только соедѣству язвы. Гдѣ находилась болѣзнь, тамъ «сальныхъ железъ, волосяныхъ мѣшковъ и сосочковъ» не было. Но губа представляла въ этомъ отношеніи исключеніе, такъ какъ забодѣваніе потовыхъ железъ было еще не полное, и можно было найтти здѣсь сальныя железы и волосяные мѣшечки». Несомнѣнно, что язва, описанная Вернейлемъ подъ именемъ poli me-

tangere, по клинической картинѣ весьма походить на тѣ язвы, которая англійскими авторами описываются подъ именемъ *ulcus rodens*. Что же касается гистологической картины, то опредѣленно сказать объ этомъ трудно.

Язва, описанная въ 1857 г. Volkman'омъ¹⁾, по клинической картинѣ: сильно опухшимъ отвороченнымъ краемъ, бугристому дну и проч., не можетъ быть отнесена къ *ulcus rodens*. Да и микроскопическое строеніе убѣдило Фолькмана, что онъ имѣлъ дѣло съ изъязвившейся цилиндромой, что и заставило его обозвать эту язву «Cylinder-Geschwulst». Поэтому мы и не остановимся далѣе на этомъ случаѣ. Медленное же теченіе новообразования весьма просто можетъ быть объяснено тѣмъ обстоятельствомъ, что клѣточныя массы претерпѣвали перерожденіе, свойственное этому роду новообразований—гліалиновое, «близко стоящее къ коллоидному веществу, но не тождественное съ нимъ»²⁾. Отсутствіе пораженія близлежащихъ железъ, наблюдавшееся въ этомъ случаѣ, свойственно вообще цилиндромамъ³⁾.

Въ 1860 году Hutchinson⁴⁾ собралъ случаи *ulcus rodens*, наблюдавшіеся въ различныхъ госпиталяхъ и различными хирургами Англій. Сюда вошли случаи, бывшіе подъ наблюденіемъ Startista, Dixon'a, Critchett'a, Woman'a, Poland'a, Caesar-Hawkins'a, Humphry и Fergusson'a⁵⁾. Всѣхъ случаевъ 42. Гутчинсонъ приводитъ исторію болѣзни каждаго случая, и рассмотрѣвши, онъ сгруппировать ихъ въ таблицу⁶⁾. Изъ 42 случаевъ—22 раза *ulcus rodens* наблюдался у мужчинъ и 20 разъ у женщинъ; самый молодой возрастъ 40 лѣтъ, самый старыи—88 лѣтъ; въ среднемъ 60 лѣтъ. Поражается только лицо, за исключеніемъ одного случая, гдѣ *ulc. rod.* былъ около носа. На лицѣ чаще всего (36) вѣки, носъ и принадлежнія части и одинъ разъ на ухѣ. Замѣчательно, что, въ противоположность расу, *ulcus rodens* ни разу не наблюдался на нижней губѣ, гдѣ онъ чаще

¹⁾ Virch. Arch. т. XII, 1857, стр. 293.

²⁾ Проф. Н. П. Ивановскій. Уч. общ. патол. anat., стр. 526.

³⁾ Проф. Н. П. Ивановскій. l. c., стр. 530.

⁴⁾ Medical Times and Gazet. 1860, v. II, p. 158, 182, 237, 304.

⁵⁾ Fergusson. Medical Times and Gazet for June 1855, p. 626.

⁶⁾ Med. Times etc. 1860, p. 301.

всего бывает. Средняя продолжительность течения — 8 летъ. Наибольшая продолжительность—25 летъ (случай № 28). Разрушено было все лицо (лобъ, носъ, щека и ухо), но безъ поражения лимфатическихъ железъ и съ удовлетворительнымъ общимъ состояніемъ здоровья (безъ кахексии). Въ другихъ случаяхъ болѣзнь длилась 6, 12, 14, 17, 18 летъ безъ поражения железъ (не говоря о внутреннихъ органахъ) и кахексии. Что касается заботливаго лечения, то только въ одномъ случаѣ железъ были немного увеличены; но по словамъ больного это увеличение исчезло, опять появившись, а послѣ вырѣзыванія язвы совсемъ исчезло. Очевидно, что это было воспалительное увеличение, а не на счетъ новообразованія. Гутчinsonъ говорить, что это самый важный симптомъ въ отличіе отъ раковъ. Что касается наследственности, то ея вовсе нельзя было констатировать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больные могли указать что нибудь въ этомъ отношеніи. Болѣзненность язвы отсутствовала въ большинствѣ случаевъ, а гдѣ была, то мѣшала сну. Въ большинствѣ случаевъ количество новообразованія незначительно; края и дно слегка только уплотнены, да и это уплотненіе рѣдко ограничивалось отъ окружающихъ здоровыхъ тканей (т. е. отсутствіе инфильтраціи). Общее состояніе здоровья было удовлетворительно не смотря на болѣзненность и, при обширныхъ пораженіяхъ, повторныя кровоточенія.

Вотъ какъ формулируетъ свои выводы самъ авторъ ¹⁾.

1) «Часто на одной или на обѣихъ сторонахъ лица наблюдается язва, характеризующаяся уплотненнымъ краемъ, наклонностью распространяться на прилегающія ткани, безъ ихъ разлгчій. Язва распространяется очень медленно, безъ боли, не ведеть къ кахексии, не сопровождается пораженіемъ железъ или внутреннихъ органовъ».

2) «При разрываніи края язвы или частей новообразованія не замѣчается клеточковыхъ элементовъ (cellstructures), какъ въ рагѣ, а образованіе фиброзной ткани».

3) «Эта язва отличается отъ lupus exedens тѣмъ, что никогда не бываетъ въ молодомъ возрастѣ и никогда произвольно не заживаетъ; между тѣмъ какъ lupus exedens лишь рѣдко на-

чинается послѣ 30 лѣтъ и обыкновенно имѣеть наклонность, по истеченіи нѣкотораго времени, къ произвольному рубцеванію. Далѣе оба отличаются другъ отъ друга тѣмъ, что lupus имѣеть на краю узелки и онъ воснастаетъ, безъ уплотненія; язва же, о которой идетъ рѣчь, представляетъ плотный край безъ бугровъ и воспалительнаго раздраженія».

4) «Ulcus rodens отличается отъ cancer тѣмъ, что въ ней весьма рѣдко бываетъ наклонность къ образованію массы новообразованій, никогда не бываетъ пораженія железъ и никогда не бываетъ отложеній во внутреннихъ органахъ».

5) «Ulcus rodens чаще всего появляется между 50 и 60 годами и одинаково часто у обѣихъ половъ».

6) «Очень рѣдко встрѣчается на другихъ частяхъ тѣла кромѣ лица, и чаще всего на вѣкахъ».

7) «Страненъ и весьма знаменателенъ тотъ фактъ, что не наблюдалось ни одного случая, въ которомъ бы ulcus rodens появлялся на нижней губѣ первично, или черезъ распространеніе, между тѣмъ какъ эта часть весьма часто поражается эпителиальнымъ ракомъ».

8) «Діагнозъ ulcus rodens обыкновенно легкій: язва съ твердымъ синюзнымъ краемъ, расположенная на какой нибудь части кожи двухъ верхнихъ третей лица, продолжающаяся много лѣтъ, почти безболѣзненна и встрѣчающаяся у особъ средняго или пожилаго возраста, пользующихся хорошимъ здоровьемъ, безъ увеличенія лимфатическихъ железъ — подобную язву всегда можно назвать ulcus rodens».

9) «Прогнозъ разнообразится отъ степени распространенія болѣзни и ея лѣченія. Предоставленная самой себѣ, она будетъ медленно, но несомнѣнно, подвигаться впередъ какъ въ ширину, такъ и въ глубину и вѣроятно уничтожатъ жизнь пациента въ теченіи отъ 10 до 25 лѣтъ. Смерть произойдетъ вслѣдствіе истощенія, какъ результата нагноенія, кровоточеній, боли и т. д., и вѣроятность ея увеличивается иногда тѣмъ обстоятельствомъ, что пациентъ не можетъ принимать пищу, когда пораженъ ротъ». Когда же она удалена ножомъ, можно дѣлать благоприятное предсказаніе».

Что касается микроскопическаго строенія, то Гутчinsonъ находилъ слѣдующее: «рѣдко приходится видѣть, чтобы онѣ

(т. е. эпидермоидальная чешуйка) вросли в глубину, или бы имѣли такой характеръ и такое количество, что могли бы подать поводъ къ смѣшенію ихъ съ структурой эпителиального рака».

Обстоятельное изслѣдованіе одной язвы, въ особенности съ микроскопической стороны, далъ Ed. Kirsch ¹⁾. «Язва находилась на верхнемъ лѣвомъ вѣку у 56 лѣтнаго больного. Началась съ маленькаго узелка, а черезъ 2 года заняла $\frac{2}{3}$ верхняго вѣка, не проникая до періоста и кости marg. orbit. По очищеніи отъ гноя дно покрыто тонкими разраженіями ($\frac{1}{2}$ l. l. выс.). Края зубчаты, незначительно инфильтрированы, покрыты эпидермисомъ, не покрасившіе. На днѣ язвы при микроскопическомъ изслѣдованіи Kirsch нашелъ «солидные клетчаточные цилиндры (Zelcyylinder), состоящие изъ 3 — 6 круглыхъ клетокъ». На краю такихъ цилиндровъ клетка принимала или веретенообразную (очевидно авторъ смѣшалъ плоскій эпителий, видный въ профиль, съ веретенообразными клетками), или цилиндрическую форму (Cylinder-Epithel). Изъ этихъ Zelcyylinder выходили боковые отростки (Triebe) различной величины, имѣющіе отъ 20 до 30 клетокъ; или же отъ вершины его выходилъ два длинныхъ побѣга (Ausläufer). Оба они состоятъ изъ вытянутыхъ въ длину клетокъ, плотно прилегающихъ другъ къ другу, имѣя на периферіи клетки цилиндрическаго эпителия. Рядомъ съ цилиндрами изъ клетокъ, а иногда и выходя изъ нихъ, лежали скопленія клетокъ вышеописаннаго характера въ видѣ слѣпыхъ мѣшковъ (Die chlauchförmigen Hasl Kolben Рокитанскаго). Контуръ этихъ образованій рѣзко очерченъ и заключены въ существовавшую оболочку (mit einer stententen Membran eingeschlossen fein). Всѣ эти образованія, плотно втиснутыя, лежатъ другъ подлѣ друга многократно анастомозируя своими отростками». Клетки походили на тѣ, «которыя нормально встрѣчаются въ самомъ молодомъ слое stratum Malpighii». На другихъ мѣстахъ попадались кучки и кружки клетокъ (Zellenhaufen und Areoli) вышеописаннаго характера, не достигавшія очень значительной величины. «Эти всѣ образованія имѣли видъ совершенно железистой структуры и на поперечныхъ разрѣзахъ походили на

¹⁾ Vierteljahrsschr. f. d. pract. Heilkunde in Prag, 1860, B. I, p. 168.

железистые пузыри». Что касается стромы, то авторъ говоритъ, что цилиндры, перелетаясь отростками, образовали съѣтъ съ узкими просвѣтами, «наполненными свободными круглыми или продолговатыми клетками», т. е. очевидно грануляціонными элементами. Волосяные мѣшки и салныя железы не представляли значительныхъ измѣненій—они были часто прижаты другъ къ другу и атрофированы, или растянуты и переполнены жиромъ. Въ итогѣ изслѣдованія получилось: «новообразование изъ клетчаточныхъ скопленій и цилиндровъ, изъ которыхъ не развивается стойкая ткань, такъ что общій характеръ этого язвеннаго продукта нужно назвать разрушительнымъ». «Обильное разрастаніе эпидермоидальныхъ образованій на краяхъ язвы съ характеромъ эпителиомы». Къ какому виду причисляетъ авторъ этотъ экземпляръ изъязвляющагося новообразования? «По этимъ даннымъ трудно объявлять эту язву какимъ либо именемъ и приписать ее къ опредѣленной категоріи». Автору, между прочимъ, извѣстно было наблюденіе Dr. Lamb'a, что слизистая оболочка большихъ бронхъ часто разрастается въ видѣ Zelcyylinder въ подлежащую ткань вокругъ туберкулезныхъ кавернъ, и такіе же Zelcyylinder наблюдались имъ на дузовыхъ язвахъ (стр. 155), а также на плацентѣ (стр. 173). Kirsch только упоминаетъ объ этомъ безъ дальнѣйшихъ выводовъ.

Въ 1865 году Thiersch ¹⁾, трактуетъ объ эпителиальномъ ракѣ, говоритъ «что исторія эпителиальнаго рака тѣсно связана съ язвой, которая преимущественно попадаетъ на лицъ старыхъ людей». «Болѣзненный слой ткани, составляющій дно язвы, неглубокій (s. eicht) въ началѣ и остается неглубокимъ, медленно распространяется по окружности и въ глубину. Хотя эта болѣзнь часто рецидивируетъ, однако можетъ быть оперирована съ лучшимъ успѣхомъ, чѣмъ обыкновенный эпителиальный ракъ, такъ какъ железы лимфатическія не поражаются». Вотъ это то язва и есть ulcus rodens авторовъ ²⁾; по Тиршу же это и есть плоскій эпителиальный ракъ „flacher Krebs“, названіе, которое, какъ было упомянуто, заимствовано имъ у Schub. Слѣдовательно клинически „flacher Krebs“ Тирша

¹⁾ Thiersch. Der Epithelialkrebs namentlich der Haut, Leipzig, 1865 г., s. 30.

²⁾ Т и р ш ь, стр. 53.

должен соответствовать *ulcus rodens* авторов, являющей своею строго определенной клиническою физиономію и такъ прекрасно описанную Гутчинсономъ и другими. Что же такое „*flacher Epithelial Krebs*“ Тирша? На стр. 51 авторъ даетъ слѣдующее опредѣленіе: „плоскій эпителиальный ракъ представляетъ *seesida* (курсивъ мой) только поверхностно лежацій, толщиною въ нѣсколько миллиметровъ, слой эпителиальнаго новообразования, который на разрывахъ показываетъ довольно ровный контуръ, рѣзко ограниченный отъ стroma“. „Плоскій эпителиальный ракъ я знаю почти только какъ плоскую язву, съ плоскими, или незначительно утолщенными краями, ближайшая окружность которыхъ не представляетъ никакого уклоненія ни въ своемъ цвѣтѣ, ни въ плотности, ни въ формѣ“. Такимъ образомъ, по опредѣленію клиническою самою язвы—„*flacher Krebs*“ вполне походить на *ulcus rodens*, и если прибавить, что при *flacher Krebs* железы никогда не поражаются—картина будетъ тождественна. Такъ какъ Тиршъ отличаетъ плоскій ракъ отъ глубокаго, то я и приведу здѣсь его опредѣленіе глубокаго рака, въ отличіе отъ плоскаго: „глубокіе эпителиальные раки образуютъ обыкновенно язву очень неправильной формы, въ краяхъ которой находятся твердые узлы, величиной отъ горошины до лѣснаго орѣха“ (стр. 52). „Глубокій ракъ не имѣетъ рѣзкой границы (на разрывѣ и въ противоположность плоскому раку), а эпителиальныя массы не занимаютъ только поверхностнаго слоя, но проникаютъ далеко въ глубь въ формѣ неправильныхъ скопленій клѣтокъ“ (стр. 51). Теченіе поверхностнаго рака медленнѣе глубокаго (стр. 52). Оговоримся кстати, что Тиршъ, упоминая слово *Krebs*, также какъ и Schulz, вкладываетъ въ него понятіе, основанное на чисто клиническихъ данныхъ (стр. 55). Посмотримъ, къ какимъ результатамъ пришелъ Тиршъ съ клинической стороны.

Изъ 102 случаевъ его эпителиальнаго рака, на лицѣ попадались въ видѣ язвъ 30 разъ. Но изъ этихъ 30 случаевъ по клинической картинѣ (сильное припуханіе, вывороченные края, узлы и проч., а также пораженіе железъ) самъ авторъ исключаетъ 8 случаевъ, такимъ образомъ свои „*flachen Krebsen*“ Тиршъ наблюдалъ на лицѣ только въ 22 случаяхъ, которые онъ и относитъ къ *ulcus rodens* (стр. 261). Остальные

должны быть отнесены къ глубокому раку. Но случай 56 (табл. V, стр. 252) хотя и причисленъ къ плоскимъ ракамъ, по клинической картинѣ не можетъ быть названъ таковымъ. Заболѣваніе началось въ видѣ узла, сидящаго подъ кожей, величиной въ голубиное яйцо. На стр. 138 авторъ самъ говоритъ, что до операціи онъ считалъ его „за саркому“ (*ein subcutaneus Sarcom der weicheren Gattung*). Послѣ операціи вскорѣ (3 мѣс.) появился рецидивъ въ видѣ узла, величиной въ лѣсной орѣхъ. Микроскопическое изслѣдованіе тоже убѣдило автора, что это есть глубокій ракъ, развившійся повидимому изъ потовыхъ железъ. Случай 50, на тѣхъ же основаніяхъ, вѣроятно тоже не относится къ *ulcus rodens*, какъ случай—не бывший подъ наблюденіемъ автора и отъ котораго не сохранилось препарата. Новообразование, начавшееся изъ родимаго пятна, дало язву съ сильно вывороченными краями, а черезъ мѣсяцъ послѣ операціи рецидивъ величиной въ яблоко—картина неподходящая къ плоскому раку! Изъ рассмотрѣнія этихъ 20 случаевъ плоскаго рака (*ulcus rodens*) слѣдуетъ:

Болезнь эта принадлежитъ болѣе зрѣлому возрасту и чаще всего бываетъ между 50 и 60 годами. Разъ только наблюдался случай 31 года и разъ 75; болышинство случаевъ у пациентовъ за 40 лѣтъ. Средняя продолжительность болѣзни около 10 лѣтъ; въ числѣ этихъ случаевъ Тиршемъ приведены случаи, гдѣ отъ начала заболѣванія до первой операціи прошло 15 и 16 лѣтъ. Ни разу не наблюдалось пораженія не только внутреннихъ органовъ, но даже ни разу не были поражены близъ лежація железы, не смотря на весьма значительную продолжительность болѣзни. Если мужики поражались этой болѣзью чаще чѣмъ женщины, то очевидно, что это не болѣе ни менѣе какъ случайность. Что болѣзнь чаще встрѣчается на лицѣ, это видно изъ того, что всѣ случаи плоскаго рака, собранные Тиршемъ, поражали только лицо, но ни разу не наблюдались на нижней губѣ, гдѣ чаще всего наблюдается глубокій ракъ. Такъ изъ 102 случаевъ рака приведенныхъ у Тирша—48 случаевъ рака нижней губы. Ни разу плоскій ракъ не наблюдался на мѣстѣ перехода кожи въ слизистую оболочку. Такимъ образомъ изъ выводовъ, на основаніи клиническаго теченія случаевъ, собранныхъ Тиршемъ, видно, что они аналогичны вполне выводамъ Гут-

тинсона изъ его 40 случаевъ. Признаковъ, свойственныхъ раку, какъ злокачественному новообразованію, совсемъ нѣтъ, если только исключить мѣстное разрушеніе, зависящее хотя отъ медленнаго, но прогрессивнаго язвеннаго разрушенія. Что касается гистологической стороны вопроса, то мы приведемъ воззрѣнія Тирша ниже. Скажемъ только, что онъ счѣтаетъ вѣроятнымъ разрастаніе эпителія изъ rete Malpighii и изъ салныхъ железъ. Къ сожалѣнію онъ не показалъ послѣдовательныхъ измѣненій, происходящихъ при этомъ, на что указываетъ Вальдейеръ, Кармальтъ ¹⁾ и другіе.

О. Weber ²⁾ согласенъ съ Тиршемъ, что *ulcus rodens* англійскихъ авторовъ есть «эпителиальный ракъ, не смотря на сильную склонность къ образованію рубца». Какъ клиническая особенность этой формы состоитъ въ томъ, что «необходимо весьма долгое время, чтобы онъ достигъ значительнаго распространенія», при чемъ не замѣчается никакой склонности переходить на лимфатическія железы, и приводитъ случай (рис. 19, стр. 170), гдѣ разрушено «все лицо съ окружающими глазъ частями», но безъ пораженія железъ.

Въ 1867 году Моог³⁾ Ch. издалъ свою брошюру объ *ulcus rodens*. По Моогу язва развивается изъ бородавки, родимаго пятна или хроническаго прыща (pimple). Выдающийся симптомъ въ теченіи новообразованія,—что оно идетъ центробѣжно впередъ, а засимъ слѣдуетъ изъясненіе, немного остающееся позади, такъ что даже въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ изъясненіе является самымъ выдающимся явленіемъ, можно найти новообразованіе. Разныя ткани поддаются разрушенію въ неодинаковой степени—легче всего изъясняется кожа, кости, медленнѣе хрящъ. Что касается глубины, то, распространяясь главнымъ образомъ по поверхности, оно постепенно разрушаетъ и подлежащія ткани, и степень глубины ограничивается лишь жизнью пациента. «Микроскопическій характеръ не настолько уклоняется отъ нормальнаго строенія, чтобы придать злокаче-

¹⁾ Virch. Arch. Bd. IV, стр. 481.

²⁾ Ручов. къ общ. и частн. хирургіи, т. I, ч. III, пер. Фрея 1868 г., стр. 168.

³⁾ Ch. Moor. Rodent canc. 1867. Къ сожалѣнію мнѣ не удалось достать ее и я пользуюсь рефератомъ въ Edinb. medical Journal 1868. v. XIII, part II, p. 943.

ственности новообразованію». «Продолжительность теченія обыкновенно велика, среднимъ числомъ отъ 5 до 25 лѣтъ». «Болезнь мало истощаетъ, но опасна въ нѣкоторыхъ частяхъ лица тѣмъ, что можетъ разрушить крупныя сосуды, или же захватить мозгъ и dura mater». Вообще же поражаетъ субъектовъ въ возрастѣ около 50 лѣтъ, пользовавшихся полнымъ здоровьемъ. Лимфатическія железы не поражаются. «Въ одномъ случаѣ, говоритъ Моогъ, твердость и увеличеніе железъ медленно прошла послѣ удаленія первичнаго новообразованія и не повторилась» (стр. 19). Моогъ не смѣшиваетъ это заблужденіе съ *lupus* охъ и даетъ рядъ признаковъ, вполне отличающихъ эти двѣ язвенныя формы, (Моогъ имѣлъ громадный клинической матеріалъ въ Миддлсекскомъ госпиталѣ для канцерозныхъ больныхъ) какъ по теченію, такъ и по объективнымъ признакамъ, свойственнымъ злокачественному язвенному и *ulcus rodens*. Въ этомъ отношеніи трудъ автора считается Эриксономъ классическимъ. Что касается отличія отъ рака, то Моогъ указываетъ на то обстоятельство, что хотя *ulcus rodens* и имѣетъ сходство съ ракомъ по своей способности безъ различія поражать всѣ встрѣчающіяся ему на пути ткани, но отличается отъ рака тѣмъ, что не инфильтрируетъ въ такой степени окружающія ткани, какъ ракъ, во вторыхъ тѣмъ, что при *ulcus rodens* не бываетъ пораженія железъ при самомъ продолжительномъ существованіи язвы, тогда какъ пораженіе железъ при ракѣ начинается довольно рано и всегда бываетъ. Причина, въ силу которой не бываетъ пораженія железъ, авторъ полагаетъ въ «натурѣ самаго образованія». «Въ самомъ новообразованіи не бываетъ обыкновенно обильнаго количества быстро растущихъ кѣлокъ, а лишь кѣлочки, обладающія слабой жизнѣнностью» ¹⁾. «Онѣ никогда не имѣютъ той способности къ разрастанію, которая характеризуетъ элементы обыкновеннаго рака, попадающіе въ железы». Авторъ полагаетъ, что кѣлочки *ulcus rodens* даже если бы и попали въ лимфатическія железы, то онѣ неспособны къ дальнѣйшему разрастанію. Очень жаль, что за неизмѣнимъ подлинника, я не могу воспользоваться числовыми данными о наблюдаемыхъ имъ случаяхъ. Что касается мѣстоположенія *ulcus rodens*, то Моогъ наблюдаетъ ее почти только на лицѣ.

¹⁾ Ch. Moor. Rodent canc. p. 35.

Исследование Мура, указавшее самостоятельность этой патологической формы, не заканчивает ряда работ, специально посвященных выяснению природы *ulcus rodens*, в Англии и отчасти в Америке. В то время как в Германии со времени известной работы Тирша об эпителиальном раке *ulcus rodens* отнесены къ поверхностному кожному раку, работы Вальдейера¹⁾ о развитии рака еще болѣе утвердили это мнѣніе у нѣмцев.

Waldeyer²⁾ причисляет «*flecher Krebs*» Тирша и *ulcus rodens* авторовъ къ кожнымъ ракамъ (*carcinoma cutis*), какъ особенную разновидность, давая названіе ей *carcinoma granulозum*, указывая тѣмъ на сильное развитіе грануляціонныхъ элементовъ въ стромѣ. Если Тиршъ имѣлъ въ виду еще клиническую точку зрѣнія, то Вальдейеръ главнымъ образомъ стоитъ на микроскопической точкѣ зрѣнія, такъ какъ здѣсь самымъ яснымъ образомъ можно демонстровать связь эпителиальныхъ скопленій съ «междусосочковыми разроженіями *rete Malpighii*». Онъ приводитъ всего три случая, самый интересный изъ нихъ бесспорно третій (s. 98). «Почти все лицо образовало большую язвенную поверхность; многія кости обнажены, какъ на скелетѣ, правое глазное яблоко уничтожено, а орбита обнажена до кости, а въ ней дефектъ величиной въ 10 грошовую монету. Губы, носъ и вѣки другаго глаза совершенно разрушены; вся картина этой головы по-истинѣ поразительна». Больная умерла отъ кровотечения внезапно. Истлѣла черезъ зондъ, но была всегда доволна. Страданіе длилось много лѣтъ, но пораженія органовъ и железъ *post mortem* не найдено. Язва не имѣла, по словамъ Вальдейера, ничего общаго съ *lupus'омъ*³⁾ при всемъ желаніи его найти что нибудь указывавшее на *lupus*.

Въ 1871 году I. W. Hülke⁴⁾ сообщилъ 5 случаевъ *ul-*

¹⁾ Waldeyer. Die Entwickl. d. carc. Virch. Arch. Bd. XLI. s. 470 и Virch. Arch. Bd. LV. s. 67 и слѣд.

²⁾ Waldeyer. Arch. arch. Bd. LV. s. 93.

³⁾ Что касается другихъ двухъ случаевъ, то первый приводитъ нѣкоторое сомнѣніе въ диагнозъ быстрымъ теченіемъ—въ нѣсколько мѣсяцевъ язва заняла весь тылъ руки, а во вторыхъ возрастъ очень ранній—21 г. Во 2-мъ случаѣ тоже мало клиническихъ указаній.

⁴⁾ Hülke I. Transactions of the pathol. society of London 1871 г., vol. XXII, pp. 326 и слѣд.

ceris rodentis. Въ первомъ случаѣ у 70 лѣтней женщины язва 12 или 14 лѣтъ назадъ началась въ видѣ прыща, изъязвившагося, разрушила боковой хрящъ носа, перегородку и распространилась на правую щеку, отъ нижняго вѣка и до края верхней губы. Толщина дна и краевъ около 2 линій. Женщина здорова; наслѣдственности нѣтъ. Пораженія железъ и кахексін нѣтъ. Во 2-мъ случаѣ, у мужчины 53 лѣтъ, язва существовала «много лѣтъ». Величина ея около дюйма въ діаметрѣ; округлое очертаніе. Часть края рубцуется, часть же уплотнена слегка и подрыта. Дно гладкое, покрытое мелкими твердыми грануляціями; находилась язва на щекѣ. Лимфатическія железы не поражены, кахексін нѣтъ. Случай 31-й женщины 60 лѣтъ, сильная. На подбородкѣ язва, почти безболѣзненная, обнажившая поверхность нижней челюсти. Край язвы уплотненъ; часть дна составляетъ некротизированная черная поверхность кости, другая часть занята плотными грануляціями. На мѣстѣ некротизированной кости гнойное вонючее отдѣленіе; на остальной части дна отдѣленіе скудное и безъ запаха. Операция. Черезъ 18 мѣсяцевъ рецидивъ. Операция и выздоровленіе. До первой операціи язва существовала болѣе 5 лѣтъ и началась изъ бородавки незначительной величины, существовавшей до изъязвленія 7 лѣтъ. Кахексін и пораженія лимфатическихъ железъ не было. Въ 4-мъ случаѣ, у женщины 69 лѣтъ, язва на щекѣ, около 1/2 дюйма въ діаметрѣ. Край слегка утолщенъ и подрытъ; отдѣленіе сероватое и въ незначительномъ количествѣ. Язва развилась изъ прыща, существовавагого отъ рожденія, за 5 лѣтъ до поступленія въ госпиталь. Пораженія лимфатическихъ железъ и кахексін не было. Въ 5-мъ случаѣ, у мужчины 50 лѣтъ, язва на правой щекѣ, существовавшая «очень долго», величиною 4—2 д. въ діаметрахъ. Край толщій отъ 2 до 3 линій, рѣзко очерченъ отъ окружающей ткани, рѣзко обрѣзанъ со стороны дна. Дно уплотненное, частью гладкое и блестящее, частью усыпанное мелкими плотными грануляціями. Язва, простиралась почти отъ угла рта и до уха, обнажала въ одномъ мѣстѣ поверхность нижней челюсти. Пораженія лимфатическихъ железъ и кахексін не было. Что касается микроскопическаго строенія, то общее въ этихъ случаяхъ—то, что строма сильно пропни-

тана грануляционными элементами. В первом случае в эту грануляционную стroma заложены скопления, то цилиндрическая, то округлая, клетки, «похожих на клетки rete mucosum». Во 2-м случае «ближе к поверхности язвы найдены эпителиальные чешуйки (scales)». В 4-м случае— в более глубоких слоях cutis скопления клеток новообразования, «имеющих расположение похожее на железистое». В более поверхностных слоях цилиндрической скопления клеток, похожих на низко цилиндрический эпителий (subcolumnar epithelium). Сосочки cutis увеличены, «сальные и потовые железы расширены. В 5-м случае строение аналогичное с описанным.

Warren ¹⁾, I. Collins в отдельном сочинении о rodent ulcer сообщил тоже пять случаев этого заболевания. В 1-м случае, у мужчины 66 лет, язва занимает левое ala nasi и верхнюю губу от septum nasi до угла рта. Язва начала развиваться 8 лет назад из опаранного прыща на губе. Лимфатические железы здоровы (р. 14). Новообразование состояло главным образом из соединительной ткани, и только «при тщательном исследовании можно было найти эпителиальные скопления». 2-й случай—мужчина 64 лет. Язва величиной в $\frac{3}{4}$ дюйма в диаметре, на левом виске, край утолщен незначительно; соседняя кожа вполне здорова. Развилась из прыща, который в продолжении 32 лет изъязвлялся и покрывался струпом. В глубину язва простирается до подкожной клетчатки. Железы не поражены. Микроскопическое исследование: эпидермис на краю язвы утолщен. В строме, усаянной грануляционными элементами, находятся эпителиальные скопления, частью анастомозирующие между собой. Клетки похожи на клетки rete Malpighii. По бокам этих скоплений клетки с более длинным диаметром. Потовые и сальные железы нормальные. 3-й случай—мужчина 42 лет. Болзнь началась 11 лет назад из прыща на ala nasi, который был опаран. Язва занимает все крыло носа. Край слегка приподнят. Прилежащая кожа здорова. Общее состояние весьма удовлетворительно. Увеличение желез нет (р. 21). При исследовании строма пронитана грануляционными элементами.

¹⁾ Warren, I. Collins. The Anatomy and development of rodent ulcer. Boston 1872, p. 14.

Расположение клеточных скоплений в виде тонких трубочек, анастомозирующих между собой. «Повсюду эпителиальная образования резко отделялись от соединительной ткани—они не инфильтрировали соединительной ткани» (р. 23). Эпидермидальных шаров не было. На краях—одна или две расширенные сальные железы. Случай 4 (р. 26)—мужчина 60 лет, замечал 29 лет назад пятно на лбу вроде аспе и, стараясь выдавить его, опарался; образовалась язвочка. Язвочка спустя некоторое время зарубцевалась сама собой. Так повторялось несколько раз, наконец стала постоянной и затея постепенно увеличивалась, пока не достигла почти 3 дюймов в диаметре, распространилась до края носа, уничтожила правое и захватила левое веко. Край язвы на 1 линию выше окружающих тканей. Общее состояние удовлетворительно. По микроскопическому строению этот случай похож на 3-й (р. 29). Скопления эпителиальных клеток «повидимому находились впрямую сообщен с волосяными мешками» (р. 28). Случай 5-й—двушка 25 лет. Язва на стороне носа, $\frac{2}{3}$ дюйма в диаметре; развилась в продолжении 8 месяцев. Случай этот автор считает не типическим—слишком молодой возраст. Лимфатические железы не поражены. Расположение клеточных скоплений эпителия—трубочатое, и находится в соотношении с rete mucosum. Потовые железы нормальные. Строма инфильтрирована грануляционными элементами. Что же такое ulcus rodens по Warren'у? Суммируя результаты исследования, автор приходит к следующим выводам (р. 36): 1. «Все рассмотренные случаи ulcus rodens—суть формы эпителиального рака». 2. «Они отличаются от тех, типом которых служат рак нижней губы, меньшей величиной клеток». 3. «Эти язвы можно разделить гистологически, по расположению скоплений, на две группы—трубочатая и альвеолярная». Как развивается новообразование? На стр. 61 находим следующее: «образование раковых клеток предшествует выходу обильных кровяных шариков через стеньки сосудов и скопление их в окружающих лимфатических пространствах». «Затем следует переход их в клетки, весьма похожие на клетки rete Malpighii». «Эпителий нормальный заболзвших частей не принимает деятельного участия, производя только

влияние на характер начинающегося новообразования». Словомъ, action de présence Cornil et Ranvier воскресает у автора во всей красѣ, при чемъ влияние оказывается эпителиемъ на бывше кровяные шарки, вышедшіе изъ кровеносныхъ сосудовъ. Что касается попытокъ Warren'a объяснить чисто мѣстный характеръ новообразования, отсутствіе пораженія железъ и другихъ органовъ, то авторъ не пошелъ далѣе Моога. «Злокачественность новообразования зависитъ отъ количества и дѣятельности кѣлочныхъ элементовъ новообразования, отъ количества внутри и внѣ кѣлокъ соковъ и отъ богатства кровеносныхъ сосудовъ». Въ *ulcus rodens* количество новообразования незначительно — толщиной въ одну, или много двѣ линіи. Сосудовъ мало. Кѣлки обладаютъ слабой способностью къ пролифераціи — «вотъ самое удовлетворительное объясненіе неспособности этой болѣзни заражать соседнія части»¹⁾. «Въ силу этихъ особенностей *ulcus rodens* есть типъ формы доброкачественнаго рака», заканчиваетъ Warren свои выводы.

У насъ объ *ulcus rodens* писалъ въ 1875 году д-ръ Якобсонъ²⁾. Авторъ сообщил одинъ случай, наблюденный имъ въ клиникѣ проф. Е. И. Богдановскаго. Крестьянинъ А. Семеновъ, 43 лѣтъ, криваго тѣлосложенія. «На лѣвой щецѣ въ области жевательной мышцы — язва, измѣняющая въ поперечномъ размѣрѣ 5 сантим., въ продольномъ 7. Края слегка мозолсты, передній немного подрытъ. Дно неровное, на ощупь мягкое, образовало жевательной мышцей, мѣстами покрытой грануляциями хорошаго вида, мѣстами же совершенно обнаженною» (стр. 359). Язва существуетъ около 2 лѣтъ. «Постояннымъ явленіемъ было образование рубца и излѣчленіе его» (стр. 362) въ продолженіи 5 мѣсяцевъ. Строма язвеннаго новообразования состояла «въ поверхностныхъ слояхъ изъ грануляціонныхъ элементовъ болѣею частью круглой формы, съ небольшою примѣсью кѣлокъ веретенообразныхъ». Въ болѣе глубокихъ слояхъ число грануляціонныхъ элементовъ становилось меньше и ткань получала «болѣе волокнистый видъ» (стр. 371). «Сосудами ткань не богата». Въ стромѣ заложены небольшія

¹⁾ Warren. Rodent ulcer, p. 65.
²⁾ А. В. Якобсонъ. Журналъ нормаль и патологич. гистологич. М. М. Руднева, т. IX, стр. 355 и слѣд.

фигуры и цилиндрической формы, состоящія изъ эпителиальныхъ кѣлокъ. Авторъ называетъ указанное новообразование *carcinoma granulosa* (Вальдефера).

Въ 1878 году Thin¹⁾ G. описалъ два случая язвы. Въ одномъ случаѣ, у женщины 68 лѣтъ, язва началась съ маленькаго прыща на лопаткѣ, соответственно *spina scapulae*, 43 года назадъ; но 27 лѣтъ назадъ образовалась язва, которая оставалась постоянной. Пораженія лимфатическихъ железъ не было. Язва заняла почти всю область лопатки и имѣла незначительно углощенный край и дно. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ днѣ не найдено новообразования, а края состояли изъ цилиндрической формы скопленій эпителия, рѣзко отдѣлявшихся отъ стромѣ койкой пограничныхъ цилиндрическихъ кѣлокъ. Изъ кожныхъ образований только потовыя железы были растянуты, или наполнены кѣлками, но рѣдо. Въ другомъ случаѣ, у большаго 60 лѣтъ, язва въ волосистой части головы отъ 3 до 4 дюймовъ въ діаметрѣ, съ остро обрѣзанымъ краемъ и гладкимъ дномъ, не уплотненнымъ. Развилась изъ прыща и существовала 8 лѣтъ. Строма усѣяна грануляциями; скопленія новообразования — какъ въ первомъ случаѣ. Заболѣванія потовыхъ железъ не найдено. Регрессивныя измѣненія въ сальныхъ железахъ и волосинныхъ мѣшкахъ. Тѣмъ не менѣе авторъ полагаеъ, что эти типичные случаи *ulcus rodens* суть аденомы потовыхъ железъ. Замѣчу еще, что авторъ во многихъ мѣстахъ находилъ «соприкосновеніе» описанныхъ кѣлочныхъ скопленій *cum rete Malpighii*. Было ли это одно только соприкосновеніе?

Въ слѣдующемъ 1879 году Thin²⁾ онародовалъ изслѣдованіе еще 2-хъ случаевъ *ulceris rodentis*. Въ первомъ случаѣ, у мужчины 54 лѣтъ, язва на лѣвой сторонѣ носа, простиравшаяся на щеку, 1½ дюйма въ діаметрѣ, съ незначительнымъ уплотненіемъ краевъ и дна. Наслѣдственности нѣтъ. Развилась изъ прыща въ продолженіи 4 лѣтъ. Общее состояніе удовлетворительное. «Въ нѣкоторыхъ кѣлочныхъ скопленіяхъ новообразования можно было ясно различать *membranam propriam*» (стр. 374). Эти скопленія кѣлокъ новообразования «соприка-

¹⁾ Thin Georg. Transaction of the patholog. soc. of London, vol. XXIX, p. 237 и слѣд. и 241 и слѣд.

²⁾ Thin. Transact. of the pathol. soc. vol. XXX, p. 373 и слѣд.

сались» съ межсосочковыми продолженіями rete Malpighii. Сальныя железы и волосные мѣшки были либо нормальны, либо атрофированы. Потовыя железы болѣею частью нормальны и только одинъ разъ просвѣтъ оказался растянутъ гомогенной массой. 2-й случай—мужчина 41 года, здоровый вообще. Язва развилась изъ опараннаго прыща въ продолженіи 9 лѣтъ, занимала лѣвое крыло носа и часть верхней губы. При микроскопическомъ изслѣдованіи: цилиндрическія массы клѣтокъ рѣзко отграничены отъ стромы, въ видѣ железистыхъ образований, съ колоннообразными клѣтками на периферіи и *meshgana pgrorgia*. Железистыя придатки не измѣнены. Во всѣхъ 4 случаяхъ не наблюдались эпидермоидальные шары. Авторъ остается при своемъ мнѣніи, что *ulcus rodens* есть аденома потовыхъ железъ, считая выводы Тирша и Wargen'a не доказанными.

Въ томъ же году W. Tilbury Fox и T. Colcott Fox ¹⁾ сообщили результатъ изслѣдованій шести случаевъ *ulceris rodentis*. Въ первомъ случаѣ язвочка развилась изъ пятнышка на крылѣ носа, которое было опарано во время умыванія; послѣ повторныхъ прижиганій репидивировала въ продолженіи 18 лѣтъ. Во 2-мъ случаѣ, у женщины 60 лѣтъ, язва развилась изъ бѣлаго узелка на сторонѣ носа, была лечима прижиганіями, репидивировала въ продолженіи болѣе 10 лѣтъ. Въ 3-мъ случаѣ, у 57 лѣтняго субъекта, язва при переходѣ кожи щеки въ *ala nasi*, существовавшая около 4 лѣтъ. Всѣ три случая—типическія *ulcera rodentia*. Въ 4-мъ случаѣ, у субъекта 63 лѣтъ, язва, существовавшая много лѣтъ, развилась изъ прыща на сторонѣ носа, ниже угла глаза. Въ 5-мъ случаѣ—возрастъ 68 лѣтъ, продолжительность язвы 4 года, а въ 6-мъ — возрастъ 61 годъ, съ изъязвленіемъ, продолжавшимся нѣсколько лѣтъ. По авторамъ разрастаніе массъ новообразованія начинается изъ rete Malpighii и наружнаго влагалища (*external root sheath*) волосаного мѣшка. Потовыя и сальныя железы не представляли измѣненій.

Ferguson ²⁾, изслѣдуя у женщины 50 лѣтъ *ulcus rodens*, поразившую наружныя четверти вѣкъ праваго глаза, пришелъ къ тому заключенію, что *ulcus rodens* есть эпителиома, клѣточ-

ныя скопленія которой, располагаясь то въ видѣ круговъ, то цилиндровъ, развиваются путемъ размноженія клѣтокъ Мальпигиева слоя.

Въ томъ же (1885) году Paul ¹⁾ F. сообщилъ результаты изслѣдованій о 22 достовѣрныхъ случаяхъ *ulceris rodentis*. Всѣ случаи наблюдались на лицѣ «вдали отъ перехода кожи на слизистыя оболочки». Средній возрастъ больныхъ 50 лѣтъ, крайніе 35 и 72 г. Самые ранніе случаи наблюдались у женщинъ. Въ среднемъ до операціи протекло 6 лѣтъ, крайніе: 6 мѣсяцевъ и 14 лѣтъ; «сравнительно непродолжительнаго теченія язвы—были самыя маленькія». Авторъ, считая *ulcus rodens* за новообразованіе, родственное раку, такъ опредѣляетъ ихъ сходство и разницу. «Начинаясь въ кожѣ, различныя формы *ulceris rodentis* распространяются, какъ это свойственно и раку, какъ въ самой кожѣ, такъ и въ подлежащихъ тканяхъ. Не поражается только то, что такъ легко поражается въ другихъ ракахъ, именно лимфатическая система». По расположенію и формѣ клѣточныхъ скопленій авторъ различаетъ грубчатую и акциозную формы. Строма съ мелко-клѣточной инфильтраціей, которая «можетъ развиваться въ нормальную грануляціонную ткань и, покрывая поверхность язвы, по временамъ можетъ даже рубцеваться». Развивается *ulcus rodens* изъ кожи, какъ «изъ углаго», а не изъ отдѣльныхъ образований. «Строеніе *ulcus rodens* представляетъ большое разнообразіе, но и при нормальномъ развитіи изъ rete Malpighii развиваются самыя разнообразныя эпителиальныя образования». «Въ нѣкоторыхъ *ulcus rodens* можно видѣть такія подробности строенія, которыя вводятъ сходны съ явленіями развитія кожныхъ придатковъ». Общее расположеніе и типъ новообразованія схожъ съ «медленно растущей эпителиомой». Въ сущности же вопросъ, отчего зависитъ несоотвѣстствіе клинической картины съ микроскопической структурой—остается не рѣшеннымъ Paul'e мѣ, какъ и его предшественникамъ, отчего и приходится автору употреблять выраженіе «хроническаго рака» кожи для выраженія натуры этого образованія, имѣющаго столь рѣзкія клиническія особенности, отличающія его отъ раковъ.

¹⁾ Transact. of the patholog. soc. of London, p. 361 и сѣд. vol. XXX.

²⁾ Ferguson. St. Bartholomew's Hospital Reports, vol. XXI, p. 101. 1885.

¹⁾ Paul. The British Medical Journal, may 1885, стр. 981.

Въ 1883 году въ засѣданіи Общества Русскихъ Врачей проф. Н. П. Ивановскій¹⁾ сообщилъ результаты изслѣдованія явны, которую страдалъ нашъ знаменитый хирургъ Н. И. Пироговъ, которую послѣдній при жизни диагноспроваль какъ *ulcus sanerosum*. Какъ понималъ Н. И. Пироговъ эту язву, видно изъ слѣдующихъ словъ: «хирурги думаютъ, что у меня ракъ, или саркома; по моему мнѣнію—ни то, ни другое, а *alvus sanerosum*», другими словами, *ulcus rodens* авторовъ. Проф. Н. П. Ивановскій, изслѣдовавъ ее микроскопически, вплоть присоединился къ этому диагнозу и далъ лучшее объясненіе и характеристику природы этого язвеннаго новообразованія, какія мнѣ пришлось встрѣтить гдѣ бы то ни было въ литературѣ по этому вопросу и къ которымъ я возвращусь въ другомъ мѣстѣ.

Изъ этого литературнаго очерка, представляющаго различныя воззрѣнія клиницистовъ, хирурговъ и патологовъ, общающаго собой періодъ за 60 лѣтъ (съ 1827 г.), бесспорно можно сдѣлать два вывода. Въ то время какъ всѣ авторы согласны съ характеристикой *ulcus rodens* съ клинической стороны, признавая за ней самостоятельную форму заблѣванія, измѣняющую свои, только ей свойственные, признаки клиническаго теченія, существенно отличающіе ее отъ рака, воззрѣнія авторовъ на натуру этого новообразованія, съ микроскопической точки зрѣнія, самыя разнообразныя. Самостоятельность этого язвеннаго новообразованія въ отличіе отъ раковъ въ особенности выдвигается англійскими учеными; первое описаніе ея клиническаго теченія и діагностики принадлежитъ тоже англійчанину Артуру Джэкобу. У англійчанъ же болѣе всего посвящено специальныхъ изслѣдованій объ *ulcus rodens* съ клинической и анатомической стороны. Гутчисонъ и Муръ классически разработали клиническую сторону на основаніи многочисленныхъ наблюденій. Число случаевъ, описанныхъ въ литературѣ у англійчанъ, самое большое какъ съ клинической, такъ и съ микроскопической стороны. Первое лучшее микроскопическое описаніе бесспорно принадлежитъ ябъну Kirsch'y. Въ Германіи же Schun, послѣ него главнымъ образомъ Thiersch, причисляли ее къ ракамъ подь именемъ

плоскаго кожнаго рака, а затѣмъ Billroth, Waldeyer и другіе. Такъ какъ со времени Thiersch'a и Waldeyer'a упрочилось понятіе о ракъ, какъ о новообразованіи съ атипическимъ, нарушающимъ нормальную границу, разрастаніемъ эпителия въ подлежащую ткань, что наблюдается и при *ulcus rodens*, съ тѣхъ поръ во всѣхъ учебникахъ патологической анатоміи и хирургической патологіи *ulcus rodens* трактуется какъ плоскій кожный ракъ. Одинокое стоитъ между ними Cohnheim²⁾, считающій, что «поверхностный кожный ракъ *ulcus rodens* древнихъ» есть «не ракъ», т. е. не злокачественная опухоль. Англійчане и американцы и по сіе время выдѣляютъ *ulcus rodens* въ отдѣльную клиническую форму, такъ напримѣръ Эриксенъ³⁾, Agnew³⁾ и другіе, отличая ее отъ рака и считая только мѣстнымъ пораженіемъ.

У насъ проф. Е. П. Богдановскій, со свойственной ему клинической наблюдательностью и замѣчательной тонкостью въ клиническомъ распознаваніи опухолей, постоянно отмѣчалъ на лекціяхъ особенность этого язвеннаго новообразованія, которое извѣстно подь именемъ *ulcus rodens*, *epithelioma rodens*, указывая на его отличительныя черты отъ раковъ въ клиническомъ отношеніи, хотя въ гистологическомъ отношеніи «внѣдреніе эпителиальной гиперплазіи въ подлежащую ткань приближаетъ этотъ процессъ къ характеру рака»⁴⁾. Въ числѣ клиническихъ признаковъ, отличающихъ *ulcus rodens* отъ рака, проф. Богдановскій указываетъ на медленное теченіе—годами, и при самыхъ обширныхъ язвахъ—отсутствіе пораженія лимфатическихъ железъ, метастазовъ во внутреннихъ органахъ, кахексіи. «Безъ всякаго сомнѣнія, говоритъ проф. Богдановскій, дальнѣйшія патолого-анатомическія изслѣдованія покажутъ, что кожный ракъ составляетъ особенный отдѣлъ новообразованій, который долженъ быть названъ *epithelioma rodens*»⁵⁾.

¹⁾ Cohnheim. Общая патологія. Русск. перев. 1878 г., т. I, стр. 681.

²⁾ Эриксенъ. Теоретич. и практич. хирургія, стр. 984.

³⁾ Agnew. The principle and practice of surg. vol. III, p. 98. Philadelphia 1883.

⁴⁾ Записки по клинической хирургіи проф. Богдановскаго, вып. I 1887 г., стр. 109.

⁵⁾ I. e. p. 136.

¹⁾ Труды Общ. Русск. Врачей за 1883—84 г., вып. 1, стр. 40.

Проф. Левшинъ *) тоже отрицаетъ раковый характеръ *ulcus rodens* на основаніи крайней медленности течения, распространения по поверхности, отсутствія поражения железъ при самыхъ продолжительныхъ язвахъ и рубцеванія безъ всякихъ постороннихъ вмѣшательствъ, наблюдававшихся въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

Словомъ, клиническіе факты говорятъ противъ микрокопическаго анализа изслѣдователей, причисляющихъ данную форму къ ракамъ. Безспорно, что такое противорѣчіе должно быть только кажущееся. Если клиницисты имѣютъ много всѣхъ данныхъ въ пользу отличія *ulcus rodens* отъ рака, а микрокописты въ пользу рака, слѣдовательно какое либо обстоятельство опущено при микрокопическомъ изслѣдованіи, давшее поводъ къ смѣшенію *ulcus rodens* съ раковымъ процессомъ. При систематикѣ эпителиальныхъ образований имѣлась въ виду одна морфологія на основаніи микрокопической картины, т. е. допущена нѣкоторая односторонность, такъ какъ въ микрокопической картинѣ выражается далеко не вся жизнь новообразованія. На чемъ же тогда должно основывать систематику? Систематика на основаніи морфологіи или описательная, уступила мѣсто систематикѣ на основаніи сравнительнаго метода изслѣдованія и дала въ другихъ наукахъ, ботаникѣ, зоологіи и проч., блестящіе результаты. Еще больше успѣховъ биологическія науки достигли, пользуясь сравнительнымъ методомъ на основаніи не только одной морфологіи, но и на основаніи сравненія исторіи развитія. Такой методъ сравнительный на основаніи морфологіи и исторіи развитія единственно правильный и въ примѣненіи его къ изученію той группы патологическихъ образований, которая извѣстна подъ именемъ *neoplasmata*. Natura опухолей должна быть распознаваема не только по структурѣ, но и по совокупности всѣхъ данныхъ, въ томъ числѣ и тѣхъ, которыя доставляются клинкой, такъ какъ въ клиническихъ наблюденіяхъ мы имѣемъ проявленіе жизни новообразованія во всей совокупности процессовъ, совершающихся не только въ одинъ опредѣленный моментъ, но и во весь періодъ ея существованія. Другими словами клиническія данныя, если они точно выражаютъ особенности заболѣванія, суть результатъ проявленія равнодѣйствующей изъ всѣхъ процессовъ, со-

вершающихся въ заболѣваніи, микрокопическая же картина выражаетъ большую, или меньшую часть факторовъ, составляющихъ эту равнодѣйствующую. Громадный шагъ впередъ въ разработкѣ извѣстныхъ явленій состоитъ въ обобщеніи ихъ. Въ примѣненіи къ эпителиальнымъ образованиямъ это и было сдѣлано Тиршемъ, Вальдеперомъ и у насъ М. М. Рудневымъ †). Но обобщеніе безусловно хорошо, если оно не наислѣдуетъ фактовъ, другими словами, достаточно объяснить всѣ факты извѣстной категоріи. Общая цѣль знанія состоитъ въ томъ, чтобы свести всѣ явленія сложныя на болѣе простыя, показавъ ихъ точныя отношенія между собой. Физика, химія, механика стремятся привести всѣ явленія къ движенію; тѣмъ не менѣе никто же не станеть отрицать свѣтъ, теплоту, электричество и т. д., какъ самостоятельныя явленія, потому только, что это есть формы движенія матеріи. Вышеуказанное обобщеніе Тирша и Вальдефера безусловно громадный шагъ впередъ, но вѣроятно оно не обнимаетъ всѣхъ случаевъ атпическаго разрастанія эпителия, а потому служить источникомъ разногласій и противорѣчій между клиническими данными и результатами микрокопическаго изслѣдованія, что такъ ясно выражается во взглядахъ авторовъ на *ulcus rodens*. Вотъ почему въ дальнѣйшемъ намъ изслѣдованіи мы постараемся вести наши разсужденія не на основаніи однихъ клиническихъ, или однихъ только микрокопическихъ данныхъ, но на основаніи тѣхъ и другихъ, взаимно пополняя и объясняя ихъ другъ другомъ. Точныя клиническія наблюденія имѣютъ такую же важную роль въ выясненіи природы заболѣванія, какъ и микрокопическія данныя, и послѣднія намъ должны объяснить первыя.

Прежде чѣмъ перейти къ описанію случаевъ, изслѣдованіе которыхъ я здѣсь изложу, скажу нѣсколько словъ объ источникѣ ихъ полученія и объ обработкѣ препаратовъ. Часть случаевъ наблюдалась мной въ нашей клиникѣ, другая часть въ Маринской больницѣ, что и будетъ мной обозначено въ каждомъ случаѣ.

Что касается обработки препаратовъ, то она производилась слѣдующимъ образомъ. Вырѣзанная язва, смотря по величинѣ,

*) Левшинъ. Основы хирургіи. Казань, 1875 г., стр. 463.

†) Журналъ нормальн. и патологич. гистологіи Руднева, 1870 г., т. II.

разрывается на несколько кусков. Одна часть уплотняется в Моллеровской жидкости, съ последовательным погружением сначала в слабый раствор (42%), потом в 75% раствор спирта и в нем уже и сохраняется. Другая часть погружалась немедленно же в раствор Флемминга, видоизмененный ГоГемь¹⁾ (раствора осм. к. 1%—10 ч., хром. кисл. 1%—25 ч., уксуc. кисл. 2%—5 ч., воды 68 ч. по объему). Потом мы стали употреблять болѣе крѣпкій раствор Flemming'a; раствор: осм. к. 2%—4 ч., 1% хром. кисл.—15, *ocidi acetici glac.*—1 часть²⁾.

Послѣ фиксации (въ послѣднемъ растворѣ не болѣе 6 час.) промывка въ проточной водѣ, а затѣмъ—спиртъ. Не слѣдуетъ долго держать препарата во Флемминговой жидкости, такъ какъ окраска препарата совершается гораздо труднѣе и требуетъ болѣе продолжительнаго времени. Весьма важно промыть препаратъ тщательно въ водѣ передъ погружениемъ въ спиртъ. Лучшую окраску послѣ обработки Флемминговой жидкостью даютъ анилиновые краски. Прикрокарминъ требуетъ продолжительнаго пребыванія въ его растворѣ. Гематоксилинъ красить очень хорошо.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы фиксировали части опухоли въ крѣпкомъ (95%) спирту. Удобство этого способа заключается въ томъ, что спиртные препараты прекрасно и скоро окрашиваются всеми употребительными растворами красокъ.

Передъ погружениемъ въ ту или другую фиксирующую среду мы не обмывали препаратъ предвѣрительно водой отъ сгустковъ крови, чтобы избѣжать опоражниванія сосудовъ и такимъ образомъ сохранить возможно полнѣе естественную инъекцію кровеносныхъ сосудовъ, что и удалось довольно удовлетворительно. Этотъ способъ мнѣ кажется единственнымъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло, а) съ незначительной величины препаратами, б) гдѣ нѣтъ настолько значительныхъ сосудовъ, чтобы можно было ихъ инъецировать черезъ канюлю.

Срѣзы производились микротомомъ Schanze. Для этого препараты заключались въ гумми-арабикъ, целлоидинъ и парафинъ. Заключение въ гумми-арабикъ (растворъ консистенціи

сиропа по Klebs'y³⁾ мы скоро оставили, въ виду того, что срѣзы получаются менѣе тонкіе; трудно получить большіе срѣзы, что важно при изученіи топографіи новообразованія; при последовательной промывкѣ водой многія части выпадаютъ изъ препарата. При заключеніи въ парафинъ получаются очень тонкіе срѣзы, въ особенности при незначительной ихъ величинѣ; но болѣе крупныя срѣзы трудно расправляютъ на бритвѣ въ избѣжаніе ихъ скручиванія. Удобство—полученіе серій путемъ наклейки на стекло каждаго срѣза. Что касается процесса заключенія въ парафинъ, то онъ состоитъ въ слѣдующемъ. Послѣ обезжизненія препаратъ погружается въ гвоздичное масло, отсюда въ растворъ парафина въ xylol'ѣ, а затѣмъ въ чистый расплавленный парафинъ (при t 45°); срѣзы наклеивались на стекло при помощи разведеннаго спирта, держались нѣкоторое время въ термостатѣ, а затѣмъ парафинъ осебоздавался изъ срѣзовъ ксилолемъ (канадскій бальзамъ въ ксилолѣ). Самый лучший способъ заключенія препаратовъ для полученія тонкихъ и большихъ срѣзовъ—это целлоидинъ. Срѣзы величиной отъ 2 до 3 см. получаются очень легко. Срѣзы во всю толщину почки (отъ капсулы и до сосочка) получаются безъ особеннаго труда. 2-е удобство срѣзовъ изъ целлоидина—ничто изъ препарата не выпадаетъ. 3-е—препараты весьма легко расправляются на предметномъ стеклышкѣ. Если бы случайно срѣзы и скомкались, то повторное погруженіе изъ спирта въ воду помогаетъ быстрому развертыванію. Толщина срѣзовъ въ 2 дѣленія (микротомомъ) самая обыкновенная. Краски извлекаются изъ целлоидина быстрѣе, чѣмъ изъ тканей—почему послѣ промывки получаются совершенно прозрачныя промекутки, куда проникъ целлоидинъ. Впрочемъ послѣдній легко удалить погруженіемъ срѣза на шпатель или на предметномъ стеклѣ въ гвоздичное масло, поэтому, желая оставить целлоидинъ въ срѣзѣ—необходимо для просвѣтленія употребить другія масла—*ol. cedri*, *ol. bergamotti*, съ последовательнымъ заключеніемъ въ канадскій бальзамъ (растворъ его въ ксилолѣ или хлороформѣ). Въ виду такихъ удобствъ мы преимущественно и пользовались этимъ способомъ. Сравнительное неудобство—требуется отъ 2 до 5 сутокъ для хорошаго заключенія, погружалъ сначала въ жидкій

¹⁾ Pol. Lehrbuch der vergleich. microscop. Anatomie, 1884 г., s. 100.

²⁾ Zeitschrift f. wissenschaft. Microscopie. Bd. I, Jafagang 1884 г. стр. 349.

³⁾ Pol. op. c. s. 115.

раствор целлоидина в смеси эфира со спиртомъ, а потомъ перенося в раствор целлоидина, консистенціи густаго сиропа; по достиженіи достаточной консистенціи, вслѣдствіе испаренія эфира и спирта, заключенные куски вырѣзываются и переносятся въ 75% спиртъ. Что касается окраски, то мы употребляли Гренахерскій карминъ, гематоксилинъ по Фридендеру¹⁾ и Эрлиху²⁾. Очень скоро и интенсивно окрашивается гематоксилинъ по Гренахеру. Гематоксилинъ съ азозномъ Рено менѣе удобенъ, чѣмъ послѣдовательное окрашивание азозномъ послѣ окраски гематоксилиномъ. Насыщенный водный растворъ сафранина (перекрашивание съ послѣдовательнымъ извлеченіемъ спиртомъ, подкисленнымъ соляной кислотой), пикрокарминъ.

Послѣ этихъ предварительныхъ замѣчаній перейду къ изложенію изслѣдованныхъ мною случаевъ.

Epithelioma rodens palpebrae infer. sinistrae.

Случай 1-й.

Анна Терентьева, 36 лѣтъ отъ роду, крестьянка. Поступила къ намъ въ клинику 2 марта 1887 года съ язвой въ кожѣ лѣваго нижняго вѣка, величиной въ 1½ стп. въ диаметръ. Большая умѣренного гѣлослоения, но вполнѣ здорова, съ хорошимъ питаніемъ, «худой болѣзненно не болѣла». Язва занимаетъ наружную половину указанного вѣка и частью переходитъ за его наружный уголъ, но рѣсничный край въ видѣ очень узкой полоски остается свободнымъ. Железы въ различныхъ областяхъ тѣла нормальной величины и консистенціи. На кожѣ никакихъ рубцовъ отъ язвы нѣтъ. Утолщеній перистальныхъ тоже. Замужемъ и имѣетъ нѣсколько здоровыхъ дѣтей. По словамъ больной, 4 года назадъ (т. е. когда больной было 32 года) на мѣстѣ теперешней язвы появлялась сухая чешуйка, которую болная часто снимала. Спустя нѣкоторое время по снѣтій корки получились влажная поверхность, а потомъ и маленькая язвочка, покрывающаяся коркой. Около 3 лѣтъ назадъ она сдѣлалась уже язвой и медленно увеличивалась, пока наконецъ не достигла указанной выше величины.

¹⁾ Фридендеръ. Микроскопич. техника, русск. перев.

²⁾ Лавдовскій. Основ. къ научен. микроскоп. анатоміи, 1887 г., т. I, стр. 29.

Во все время развитія и теперь язва оставалась безболѣзненною. Отдѣленіе незначительное, жидкое, быстро подсыхающее. Край язвы довольно круто спускается ко дну, уплотненъ, причемъ уплотненіе не болѣе 2—3 мм.; дно уплотнено незначительно. Язва сдвигается въ стороны вмѣстѣ съ кожей—слѣдовательно занимаетъ только толщу кожи. Дно язвы покрыто мелкими грануляціями консистенціи болѣе плотной, чѣмъ обыкновенныя воспалительныя. Кожа, прикрывающая край, и сосѣдняя, не представляетъ никакихъ воспалительныхъ измѣненій. Уплотненный незначительно край довольно рѣзко отграничивается отъ сосѣднихъ здоровыхъ тканей, отдѣльныхъ узелковъ нигдѣ нѣтъ. На основаніи указанныхъ клиническихъ признаковъ диагнозъ *ulcus rodens*—несомнѣненъ.

Анамнезъ и отсутствіе измѣненій въ кожѣ и костяхъ, продолжительность теченія,—описанныя свойства язвы отличаютъ ее отъ сифилитическаго изъязвленія. Отсутствіе воспалительныхъ измѣненій и узелковъ въ краяхъ, рубцеванія, самый видъ язвы—отличаютъ эту язву отъ лupoзанаго изъязвленія (*Lupus exulcerans*). Рѣзкое отграниченіе и незначительность инфильтраціи въ краяхъ и днѣ, отсутствіе пораженій железъ при продолжительности теченія (около 4 лѣтъ), отсутствіе кахексіи—все это отличаетъ имѣющуюся язву отъ кожного рака. 4 года для рака большой періодъ—онъ даетъ громадное разрушеніе, глубокую язву и обязательно пораженіе железъ.

При разрѣзѣ, проведенномъ черезъ дно и край язвы, инфильтрація оказалась очень незначительной—миллиметра 2—3. Въ профиль на разрѣзѣ край язвы представляется незначительно возвышеннымъ, инфильтратъ не заходитъ за край далѣе 1½ мм. На срѣзахъ (фиксація Флемминга-Фолевскимъ растворомъ, спиртъ; при маломъ увеличеніи—ок. 2, объект. 4—Нартаск) черезъ край и дно, идя съ периферіи, мы замѣтили слѣдующее. Въ наружной кожкѣ, на небольшомъ разстояніи отъ края язвы, начинается увеличеніе междусосочковыхъ разрывовъ мадзингива слоя эпителиа; въ началѣ незначительное, у самаго края оно даетъ значительныя выпячиванія на подобіе пальцевъ, то въ видѣ правильныхъ колъ, то бутылкообразная. Нѣкоторыя изъ нихъ оканчиваются слѣпымъ округленнымъ концомъ, другія раздѣляются на второстепенныя вѣтви. Грани-

цы их ясно ограничены от стромы, на столько же ясно, как и в нормальных сосочках. Надо замѣтить, что эти разрошенія мальпигіева слоя увеличиваются не всегда равномерно съ приближеніемъ къ краю язвы, мѣстами попадаются перерывы, не представляющіе ненормальныхъ разрошеній, за которыми опять идутъ, слѣдуя еще ближе къ краю язвы, болѣе глубоко вдающіеся разрошенія мальпигіева слоя. Иногда два незначительно вросшія въ видѣ цилиндровъ эпителиальныя образованія анастомозируютъ между собою, отдѣляя участокъ подлежащей ткани. Само дно язвы занято различныхъ формъ, въ видѣ трубокъ со вздутіями, часто анастомозирующими между собою, эпителиальными образованіями. Я говорю эпителиальными на томъ основаніи, что можно прослѣдить соединеніе этихъ клеточныхъ скопленій непосредственно со *stratum Malpighii*, помимо того, что они представляютъ скопленія клетѣтокъ безъ всякаго промежуточнаго вещества, клетѣтокъ, похожихъ на клетѣки мальпигіева слоя. Нигдѣ въ такомъ скопленіи нельзя найти сосуда. По бокамъ эти скопленія окружены каймой клетѣтокъ, изгибающихся въ цилиндрической. Срединя этихъ образованій занята клетѣтками, прилегающими плотно другъ къ другу то болѣе округленными, то болѣе овальными, то многоугольными. Въ язычкахъ на краю язвы, не глубоко вдающихся въ подлежащую ткань, клетѣки ничѣмъ не отличаются отъ клетѣтокъ мальпигіева слоя, но въ скопленіяхъ, которыя лежатъ глубже, въ самомъ днѣ язвы, контуры клетѣтокъ чрезвычайно иѣжны, но на хорошо окрашенныхъ препаратахъ гематоксиальномъ съ эозинномъ границы ихъ все-таки видны довольно ясно. Ядра такой же величины, какъ и въ клетѣкахъ мальпигіева слоя. Мѣстами попадаются совершенно круглой формы скопленія съ цилиндрическими клетѣками по периферіи—очевидно это разрывъ поперечно-идущей трубки. Иногда довольно толстый цилиндръ разбивается на двѣ трубки, которыя на иѣкоторомъ разстояніи опять сливаются. Въ общемъ толщина такихъ цилиндровъ клетѣтокъ въ 10, 15 и до 30. Что касается стромы, то она въ данномъ случаѣ представляется въ днѣ язвы сильно инфилтрированной грануляціонными элементами. Эта грануляціонная инфилтрація въ особенности сильно выражена соответственно дну и краямъ язвы и въ данномъ случаѣ въ глубину простирается глубже клубочковъ иотовыхъ

железь, проникаетъ между долекъ жировой ткани и мышечными пучками. Постепенно къ периферіи эта инфилтрація уменьшается и дѣлается совсѣмъ незначительной, постепенно дѣлается болѣе поверхностной и оканчиваясь не много далѣе границы начинающагося разрошенія мальпигіева слоя. Вышеописанныя эпителиальныя образованія не идутъ глубже уровня клубочковъ иотовыхъ железей. Къ самой поверхности дна язвы соединительнотканная почти совсѣмъ исчезаетъ, такъ что поверхность дна язвы образована грануляціонной тканью съ заложеными то тамъ, то сямъ вышеописанными эпителиальными образованіями, выше этого—на поверхности дна распадъ. Я обращаю вниманіе на количественное отношеніе эпителиальныхъ скопленій къ стромѣ. Въ общей массѣ количество эпителиальныхъ скопленій незначительно, такъ что остаются между ними довольно значительныя промежутки стромы. Выше мной было указано на то обстоятельство, что къ периферіи количество грануляціонныхъ элементовъ дѣлается менѣе значительнымъ. Въ данномъ случаѣ я могу указать еще на одно обстоятельство. Грануляціонные элементы располагаются гуще у вершины начинающихся разрастаться языковъ. Тамъ гдѣ есть перерывы, т. е. гдѣ нѣтъ этихъ пальцевидныхъ вычлываній, почти совсѣмъ нѣтъ или мало грануляціонныхъ элементовъ. Меня интересовало вопросъ, что раньше начинается? разрошеніе ли мальпигіева слоя изъ межсосочковыхъ пространствъ, или вышеупомянутая инфилтрація? Я пока отмѣчаю этотъ фактъ, а поговорю о немъ послѣ. Изъ того же обстоятельства, что грануляціонные элементы все же появляются тамъ, гдѣ нѣтъ еще разрошенія эпителия мальпигіева слоя—мнѣ кажется, по крайней мѣрѣ для разбираемаго случая, позволительно заключеніе, что появленіе грануляціонныхъ элементовъ явленіе первичное. Второе обстоятельство, которое меня заинтересовало, слѣдующее. Что энергичнѣе разрастается, быстрѣе эпителий или грануляціонные элементы? На препаратѣ, окрашенномъ сафраниномъ (при объект. № 10 имм. п ок. 4 Hartnack), можно видѣть каріокINETическія фигуры. Разсматривая препараты—съ этой цѣлью, я замѣтилъ, что, судя по двѣлательному состоянію ядеръ, эпителий разрастается далеко медленнѣе.

Выше я указалъ, что граница клеточныхъ образованій очень рѣзко очерчена; съ одной стороны цилиндрической эпителий,

съ другой къ нимъ прилегаютъ соединительная ткань; отдѣльные волокна соединительной ткани такъ правильно укладываются вокругъ образованія, что гдѣ клѣтки эпителиальныя выпали, кажется что альвеола раньше существовала; не представлять простаго раздвиганія пучковъ, какъ при раковой инфильтраціи. Иногда на краю со стороны просвѣта попадаются соединительно тканная клѣтки въ видѣ легкаго выступа, съ ядромъ. Ни одна эпителиальная клѣтка не переходитъ границы. Но гдѣ ткань инфильтрирована грануляционными элементами—тамъ можно встрѣтить, что грануляціонныя клѣтки находятся не только въ краѣ, но находятся даже въ полости альвеолы. Скопленіе ихъ бываетъ очень различно—и тамъ, гдѣ ихъ много, эта ровно очерченная, правильная волокнистость края альвеолы нарушается, волокна раздвигаютъ въ извѣстномъ мѣстѣ края альвеолы, какъ въ начинается образованіе бреши. Тамъ, гдѣ клѣтки заключено въ альвеолѣ эпителиальнаго тѣла отстали отъ стромы, соответственно вышеуказанному мѣсту въ краѣ альвеолы (бреши) не замѣчается начала образованія отростка изъ эпителиальныхъ клѣточекъ; пограничный слой очерченъ ровной линіей. Это какъ будто говорить за то, что въ случаѣ дальнѣйшаго разрастанія эпителиальнымъ элементамъ слѣдовало бы направиться въ сторону меньшаго сопротивленія, т. е. въ эту брешь.

Что касается до готовыхъ железъ, то я ни разу не нашелъ, чтобы изъ эпителия ихъ начиналось разрастаніе. Въ железахъ, попадавшихся на краю, я не замѣтилъ никакихъ измѣненій. Въ остаткѣ клубочка подъ дномъ язвы я наблюдалъ или расширеніе просвѣта или суженіе его отъ наполненія клѣтками, границы которыхъ и ядро не такъ были ясны, какъ въ нормальныхъ; а въ другихъ случаяхъ растянутый пузырекъ былъ наполненъ только остатками перерожденныхъ клѣтокъ. Надо полагать, что выводной протокъ ихъ разрушенъ; но мнѣ ни разу не удалось найти его соответственно дну язвы. Сальныя железы тоже не представляли измѣненій; но вокругъ нихъ ткань пропитывалась размножающимися соединительно-тканными клѣтками, проникающими въ перекладины между дольками. То же самое наблюдается въ стромѣ вокругъ пузырьковъ на разрѣзахъ потовыхъ железъ.

Не видно было разрастанія эпителия изъ наружнаго волосянаго влагалища.

Что касается сосудовъ, то стѣнки артерій представлялись утолщенными, съ значительнымъ суженіемъ просвѣта. Что касается локализціи пораженія въ самой стѣнкѣ, то иногда видно, что утолщеніе болѣе развито во внутренней оболочкѣ, иногда же на счетъ средней и наружной. Измѣненія эти были описаны Тиршемъ,¹⁾ а потому я не буду много распространяться.

Я сообщу еще одно обстоятельство, которое обратило мое вниманіе. Въ тѣхъ промежуткахъ partis papillaris corii, гдѣ не было разрастаній, выходящихъ изъ stratum Malpighii, можно было замѣтить присутствіе капилляровъ какъ съ восходящими вѣточками, такъ и съ горизонтальными. Это обстоятельство настолько повторялось часто какъ въ данномъ случаѣ, такъ и въ остальныхъ изслѣдованныхъ мной, что я невольно обратилъ на него вниманіе. Мнѣ въ другихъ случаяхъ приходилось наблюдать такую картину. За рядомъ довольно широкихъ разрастаній, довольно глубоко вдающихся въ подлежащую ткань corii, слѣдовалъ узкій промежутокъ, за которымъ слѣдовало опять такое же разрастаніе stratum Malpighii. Вотъ въ такихъ то случаяхъ, можно было убѣдиться, что по срединѣ этого узкаго просвѣта идетъ сосудъ, содержащій болѣе или меньшее количество кровяныхъ шариковъ. Замѣлъ по бокамъ сосуда немного только соединительной ткани сосочковаго слоя. Въ общемъ картина имѣла видъ, что сосудъ какъ колонна поддерживаетъ сводъ изъ эпителия наружной кожи.

Что касается нервовъ, то на разрѣзахъ продольныхъ и поперечныхъ, на краѣ процесса, мы замѣтили болѣе широкое разстояніе между мякотными волокнами, при чемъ на продольныхъ разрѣзахъ замѣтно было развитіе волокнистой ткани, повидимому болѣе тѣмъ нормальное; въ промежуткахъ представлялись блестящія тонкія волокна. На поперечномъ разрѣзѣ нерваго стволіка ясно видно, какъ между нервными волокнами проходили соединительно-тканная волоконца, образуя пучки, длинной своей располагаясь по диаметру разрѣза, извилистой линіей проходя между ними и достигая утолщенной наружной оболочки. Контуры отдѣльныхъ волоконъ были не такъ ясны, какъ это бы-

¹⁾ Thiersch. I. с. стр. 150—155.

вают нормально. На некоторых препаратах можно было заметить следующее. Грануляционные элементы находились не только в около-лежащей соединительной ткани, но они замечались в соединительной ткани перинефрия; мѣстами волокна соединительной ткани исчезали и на мѣстѣ ихъ замѣчалось увеличение молодыхъ кѣлочек соединительной ткани, которыя видны были даже между нервными волокнами. Я не рѣшаюсь на основаніи этой картины вывести рѣшительное заключеніе о состояніи нервовъ. Профессоръ Н. П. Ивановскій ¹⁾ находилъ (въ случаѣ язвы Пирогова) ясно выраженный хроническій Neuritis interstitialis. Такое указаніе на перерожденіе нервовъ я встрѣтилъ въ литературѣ только въ статьѣ проф. Ивановскаго ²⁾, хотя и въ данномъ случаѣ слѣдуетъ допустить такое заболѣваніе на основаніи указанныхъ измѣненій. Я указалъ почти на всѣ измѣненія, замѣченныя въ данномъ случаѣ. Обращу вниманіе на то, что, не смотря на болѣе чѣмъ 3-хъ лѣтнее существованіе язвы, количество новообразованій все-таки очень незначительное.

Epithelioma rodens faciei.

Случай 2-й.

Крестьянинъ Ефимъ Ивановъ, ур. Тверской губ. Поступилъ въ клинику въ 1884 году. У лѣваго угла рта, по не на мѣстѣ перехода въ слизистую оболочку, а немного отступя, на щеку, неправильной формы язва величиной въ серебряный гривенникъ. Дно язвы покрыто отчасти грануляціями, отчасти мелкозернистыми плотноватыми разрощеніями. Края язвы незначительно возвышены, уплотнены инфильтратомъ, занимающимъ протяженіе не болѣе 2—3 миллим. въ ширину; сосѣдняя кожа не представляетъ никакихъ измѣненій. Въ некоторыхъ мѣстахъ съ краевъ язвы обнаруживается наклонность къ рубцеванію, что выражается образованіемъ бѣлой лѣзной покрышки, надвигающейся по грануляціямъ, и мелкозернистымъ разрощеніемъ дна

¹⁾ Труды Общ. Русск. Врачей 1883 г., стр. 41.

²⁾ О состояніи кожныхъ аппаратовъ, исследование которыхъ мнѣ предложено было многоуважаемымъ проф. Н. П. Ивановскимъ, не могу сообщить пока въ этой работѣ.

язвы. Но за время пребыванія больного въ клиникѣ наблюдалось и разрушеніе этой эпителиальной покрышки.

Кромѣ этой язвы у наружнаго праваго угла глаза, другая язва меньшихъ размѣровъ, чѣмъ вышеописанная, существующая около 6 лѣтъ. Края язвы очень мало возвышены, незначительно уплотнены. Нигдѣ узелковъ и воспалительныхъ измѣненій въ кожѣ края язвы не замѣтно. Дно усѣяно мелкозернистыми плотноватыми грануляціями. Уплотненіе дна незначительно. Лимфатическія железы сосѣднихъ областей нормальны. Сифилисомъ не болѣлъ и объективныхъ явленій этого заболѣванія нигдѣ нѣтъ. Последнее обстоятельство исключаетъ возможность признать эту язву за сифилитическую. Появленіе же язвы въ возрастѣ за 30 лѣтъ, отсутствіе узелковъ и воспалительныхъ явленій, вышеописанный видъ язвы, уплотненіе краевъ, дна, плотныя грануляціи — исключаютъ злопозное пораженіе. Слѣдовательно новообразование произошло на счетъ эпителиальныхъ тканей этой области изъ наружной кожицы или же изъ железистыхъ образований. Въ виду незначительности инфильтраціи въ обычныхъ язвахъ, продолжительности теченія (6 л.) и отсутствія пораженія лимфатическихъ железъ исключается раковое пораженіе. Это есть, слѣдовательно, то язвенное эпителиальное образование, которое извѣстно подъ именемъ *ulcus rodens* или *epithelioma rodens*.

Клиническая особенность этого случая состоитъ въ томъ, что здѣсь заболѣваніе выразилось двумя язвами, находящимися на значительномъ разстояніи другъ отъ друга. По словамъ проф. Богдановскаго такіе случаи наблюдались имъ весьма рѣдко. 15 февраля произведено удаленіе язвы на щеку. Послѣ заживленія ея рубцеваніемъ, произведено въ слѣдующій сеансъ удаленіе, 10 Апрѣля, второй язвы у угла рта съ аутопластической, увѣнчанной полнымъ успѣхомъ. 4 Мая больной выбылъ вполне здоровымъ. Препаратъ фиксированъ былъ насыщеннымъ растворомъ пикриновой кислоты въ водѣ. Сохранялся въ спирту. На разрѣзахъ черезъ дно и края видно, что въ толщѣ инфильтратъ проникаетъ въ глубину менѣе чѣмъ на одинъ стм.

Микроскопическое исследование. Язвенное новообразование, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, состоитъ изъ сильно гранулированной стромы, въ верхнихъ слояхъ дна язвы переходящей

прямо въ грануляционную ткань. Среди этой стромы новообразования, простирающагося немножко глубже корней волосъ, разбросаны самой разнообразной формы анастомозирующие между собой и отдѣльно лежащія эпителиальныя образования, съ ясно выраженной границей и каймой цилиндрическихъ клѣтокъ по периферіи. Разрастаніе идетъ исключительно на счетъ stratum Malpighii. Здѣсь очень ясно выраженъ тотъ фактъ, о которомъ я сказалъ уже въ предыдущемъ наблюдении относительно сосудовъ папиллярнаго слоя. Отпрыски Мальпигиева слоя шире чѣмъ въ 1-мъ случаѣ, а главныя—отходятъ гуще. Вотъ въ этомъ случаѣ и видно, что тамъ, гдѣ есть просвѣтъ, есть почти вездѣ и кровеносный сосудъ. Наружное волосное влагалище не даетъ отпрысковъ и разрастаній. Такъ какъ одинъ край язвы лежалъ на волосяной части головы, то на одной сторонѣ срѣза, проведеннаго черезъ оба края язвы и дно, есть волосные вѣтвики, а на другой нѣтъ. Вотъ на той то части, гдѣ они есть, не только не видно разрастаній изъ нихъ, но, наоборотъ, въ этомъ краѣ меньше всего эпителиальныхъ образований. Въ общемъ площадь эпителиальныхъ образований на разрѣзѣ много меньше площади, занимаемой стромой. Потовая и салныя железы не обнаруживали разрастанія своего эпителия, и потому нѣтъ никакого основанія предполагать развитіе вышеуказанныхъ эпителиальныхъ образований изъ эпителия тѣхъ или другихъ железъ.

Но я отмѣчу здѣсь особенность, которой не было въ первомъ случаѣ. Среди эпителиальныхъ образований, въ срединѣ ихъ замѣчались полости, неправильно очерченныя и наполненныя зернистымъ расплодомъ, или въ видѣ небольшихъ иглъ и нитей. Безспорно, что это есть результатъ слизистаго (могъ быть жироваго) перерожденія эпителия. За то въ обоихъ случаяхъ я не видѣлъ эпидермоидальныхъ шаровъ.

Кромѣ того, что я сказалъ относительно отношенія сосудовъ папиллярнаго слоя соріи къ отпрыскамъ, выходящимъ изъ rete Malpighii, здѣсь въ сильнѣйшей степени наблюдается перерожденіе стѣнокъ во всѣхъ оболочкахъ (intima, media et adventitia) до полного закрытія просвѣта. Тамъ, гдѣ просвѣтъ еще сохранился, очень хорошо выражены папиллярныя утолщенія на intima артерій.

Въ этомъ же случаѣ весьма убѣдительно видны измѣненія

въ нервяхъ. На одномъ препаратѣ видны два ствола, перерѣзанные въ поперечномъ направленіи: на одномъ изъ нихъ довольно ясно видны контуры нервныхъ волоконъ и нормальное разстояніе. На другомъ контуры неясны, волокна другъ отъ друга на болѣе значительномъ разстояніи, а между ними волокнистая ткань; въ одной части стволика совсѣмъ нельзя различить нервныхъ волоконъ; наружная оболочка утолщена. Это тѣмъ болѣе интересно, что эта картина наблюдалась на периферіи новообразований. На одномъ изъ продольныхъ разрѣзовъ видны лучки соединительно-тканныхъ волоконъ, а между ними тонкія полоски зернистаго аморфнаго расплава.

Вторая язва по микроскопическому строенію вполнѣ идентична съ сейчасъ описанной, а посему я не буду повторять еще разъ подобное же описаніе. То-же обстоятельство, что язва представляла зачатки непрочнога рубцеванія, наблюдалось и другими авторами ¹⁾.

Epithelioma rodens regionis infra orbitalis sin.

С л у ч а й 3-й.

Спиридонъ Артамоновъ, 49 лѣтъ, крестьянинъ Тверской губерніи. Поступилъ въ Маринскую больницу 9 Апр. 1887 г. (Пріемн. журн. № 1419).

Лѣтъ за 5 до поступленія въ Маринскую больницу замѣтилъ бородавку подъ лѣвымъ наружнымъ угломъ глаза, немного отступя внизъ, которую большой и содралъ. Съ тѣхъ поръ стала постепенно образовываться язва. Ко времени поступленія язва достигла величины серебряной пятнадцати-копѣечной монеты. Язва безболѣзненна, овальной формы и верхнимъ краемъ помѣщается книзу отъ нижняго вѣка. Край ея незначительно выдается надъ дномъ, круто поднимаясь отъ его поверхности. Край уплотненъ, но уплотненіе не заходитъ далѣе 3 миллім., безъ воспалительныхъ явленій и узелковъ—какъ на немъ, такъ и въ ближайшемъ разстояніи. Дно язвы слегка углублено и покрыто мелко-зернистыми грануляціями, на ощупь болѣе плотной консистенціи, чѣмъ обыкновенныя грануляціи, болѣе мягка и бархатистая; инфильтратъ дна незначительный,

¹⁾ Hutchinson I. c.; Якобсонъ I. c.; Batein. *Encycl. internat. d. chir. par Gosselin*. 1885. p. 862.

отделение изъ язвы—тоже. Язвенное образование смѣщается вмѣстѣ съ окружающими покровами. Лимфатическія железы соответственной стороны нормальны. По словамъ больного—сифилисомъ не страдалъ, чему можно вѣрить на основаніи отсутствія измѣненій въ кожѣ, лимфатическихъ железахъ и костяхъ. Большой во всемъ остальномъ воплѣ здоровъ.

На основаніи этихъ данныхъ и уплотненія дна и краевъ, а равно продолжительности теченія—исключается сифилитическое язвенное заболѣваніе. Незначительное инфильтратъ и отсутствіе пораженія железъ въ продолженіи пяти лѣтъ говоритъ противъ раковаго новообразованія. Уплотненный край, отсутствіе узелковъ и воспалительныхъ явленій въ краяхъ, а равно серпигинозности, говорятъ противъ злопознаго пораженія. Слѣдовательно это есть *ulcus rodens* или *epithelioma rodens*—язвенное новообразованіе, развившееся на счетъ разрастанія эпителиальныхъ тканей кожи, а не одно изъ вышеуказанныхъ видовъ гранулемъ, развивающихся на почвѣ соединительной ткани. Смѣщаемость новообразованія исключала болѣе глубокіе слои, какъ почву, изъ которой могло бы развиться новообразованіе. 14 Апрѣля сдѣлано удаленіе язвы ножомъ съ окружающими здоровыми тканями. Аутопластика съ полнымъ успѣхомъ. 2 Мая больной ушелъ воплѣ здоровымъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. Въ общемъ замѣненній слой ткани не простирается глубже клубочковъ потовыхъ железъ. На разрѣзахъ, проведенныхъ черезъ центръ язвы, подъ ея дномъ можно видѣть на пренаратахъ разрѣзы клубочковъ потовыхъ железъ.

Что касается природы язвеннаго образованія, то, какъ и въ прошлыхъ случаяхъ, оно состояло изъ сильно гранулированной стромы, и изъ разросшихся эпителиальныхъ элементовъ. Разростаніе происходитъ изъ *rete Malpighii* въ видѣ разнообразныхъ формъ. Разростаніе здѣсь имѣло видъ не очень толстыхъ (10—15 и меньше клѣтокъ въ толщину) отпрысковъ, на различныхъ разстояніяхъ отъ *rete Malpighii* анатомизировавшихся между собой. Здѣсь же видно, какъ виждущіеся отпрыски увесия анатомозами соединяются съ наружнымъ влагалищемъ волосянаго жѣзка, но разростанія эпителия изъ наружнаго влагалища я не видѣлъ.

Вышеуказанное отношеніе этихъ эпителиальныхъ виждущей къ сосудамъ сосочковаго слоя можно было замѣтить и здѣсь, какъ и въ предъидущихъ случаяхъ. Клѣтки этихъ отпрысковъ на значительномъ разстояніи въ глубину воплѣ носили характеръ клѣтокъ мальпигіева слоя; въ нихъ ясно можно было замѣтить зубчатость (*Rifzellen*). Но глубже и въ анатомозахъ онѣ имѣли болѣе молодой видъ, такъ какъ эта зубчатость не была замѣтна. Клѣтки становились болѣе округлой формы. Соответственно дну язвы эпителиальныя скопленія начинаютъ принимать такой характеръ и расположеніе, по которымъ называютъ всю картину *glandular'ной*. Границы ихъ рѣзки, но клѣтки болѣе молодыя, а по периферіи слой цилиндрическихъ клѣтокъ. Окружены они по преимуществу грануляціонной стромой.

Что меня удивило въ данномъ случаѣ—это то, что соответственно дну эти разрастанія заходили не очень глубоко, вѣдряясь въ подлежащую ткань, носившую въ верхнихъ слояхъ воплѣ характеръ чистой грануляціонной ткани. Чѣмъ глубже, тѣмъ попадались болѣе волюкнистыхъ элементовъ стромы; въ общемъ все-таки мало. Всѣ эти эпителиальныя образованія рѣзко ограничены отъ стромы и имѣютъ на периферіи слой цилиндрическихъ клѣтокъ.

Сальныя железы не увеличены и не показываютъ признаковъ разрастанія. Въ клѣткахъ видны хорошо окрашивающіеся ядра (сафраниномъ), но мѣстамъ они окрашивались плохо, такъ что скоро можно было допустить чало атрофическихъ процессовъ.

Что касается потовыхъ железъ, то въ краяхъ язвы онѣ совершенно не замѣнены, равно какъ ихъ выводные протоки. Но въ пузырькахъ, которые попадались въ дномъ, частью среди малоизмѣненной стромы, частью среди гранулированной, видны были слѣдующія измѣненія. Въ нѣкоторыхъ просвѣтъ сохраненъ почти нормально; въ другихъ пузырькахъ большаго объема просвѣтъ исчезъ, все наполнено клѣтками, но клѣтки, лежащія болѣе къ центру пузырьковъ, имѣли неясную границу и плохо окрашенныя ядра, чего не было въ периферическихъ клѣткахъ. Но изъ такихъ заполненныхъ клѣтками кружковъ (разрѣзы трубки) нигдѣ не было видно и слѣдовъ разрастанія. Напротивъ, были факты за атрофическій процессъ. Иногда тутъ

же рядом попадались сильно растянутые кружки не только без заполнения их вилотную клетками, а наоборот, клеток осталось немного, остальное — остатки клеток, отчасти аморфная масса. Весьма понятно, что эта картина была обусловлена закупориванием выводного протока.

Глубже попадают мышечные волокна, вполне сохранившие свою поперечную и продольную исчерченность (что особенно хорошо видно при фиксации флемминговой жидкостью). Разножения ядер сарколемы не было.

Мѣстами на разрывах попадался хрящ нижняго вѣка вполне неизмѣненный. Попадавшіеся капельки жира въ клеткахъ, хорошо окрасившіеся осміевою кислотою, не имѣютъ особеннаго патогномическаго значенія, такъ какъ, по словамъ Корниля и Ранье ¹⁾, онѣ бывають и въ нормальномъ состояніи.

Что касается сосудовъ, то здѣсь въ очень сильной степени выразилось утолщеніе всѣхъ оболочекъ до полнаго закрытія просвѣтовъ (Eндартеритис облитеранс). Ненормальная складчатость и папиллярное утолщеніе intімае видны прекрасно. Такія измѣненія видны на артеріяхъ не только въ подкожной клетчаткѣ, но и въ болѣе мелкихъ сосудахъ, сосудахъ ретикулярнаго слоя rete Malpighii.

На попадавшихся разрывахъ нервныхъ стволковъ, заключающихъ въ себѣ 8—12 двуконтурныхъ волоконъ, я не находилъ въ этомъ случаѣ никакихъ рѣзкихъ измѣненій. Наружная оболочка ихъ не представлялась утолщенной болѣе нормы. Контурны волоконъ видны довольно ясно и разстояніе между ними нормально—они прилегаютъ почти вилотную другъ къ другу. Но, оставаясь вѣрнымъ дѣйствительности, на одномъ изъ препаратовъ, хранящемся у меня, на болѣе толстомъ стволкѣ несомнѣнное утолщеніе наружной оболочки, при чемъ соединительнотканная волокна отходятъ отсюда внутрь пучками въ нѣсколько нитей и получается довольно толстая сѣть, при чемъ на поперечномъ разрывѣ получается сѣть фиброзныхъ перекладокъ, съ полнымъ исчезаніемъ между ними двуконтурныхъ волоконъ, которыхъ сравнительно съ площадью разрыва уцѣлело

¹⁾ Корниль и Ранье. Руководство къ патологич. гистологич. Русск. перев., стр. 19.

очень мало. Я удерживаюсь отъ сопоставленія величинъ стволковъ, чтобы сдѣлать выводъ о направленіи измѣненій въ нервахъ, тѣмъ болѣе, что, быть можетъ, болѣе малые не отнеслись къ послѣднему какъ развѣтвленія. Очень жаль, что невозможно изслѣдовать сосуды и нервы на болѣе отдаленномъ разстояніи отъ язвы. Если принять въ соображеніе, что экстирпированныя опухоли были обработаны одной и той же жидкостью, то сомнѣніе на счетъ измѣненій отъ способствъ обработки исчезаетъ само собой.

Что особенно поражаетъ при сличеніи микроскопической картины съ клиническимъ проявленіемъ этого извѣстнаго новообразованія—это ничтожность массы новообразованія сравнительно съ временемъ роста, около 6 лѣтъ; даже если-бы допустить ошибку въ показаніяхъ больнаго, то и тогда эффектъ поразительный. Такъ долго расти и такъ мало вырасти! А между прочимъ, судя по присутствію каріокинетическихъ фигуръ—надо же допустить, что ростъ эпителиальныхъ элементовъ все-таки есть. Какъ много времени нужно для того, чтобы клетки малпигіева слоя отжили свой вѣкъ, я не знаю, тѣмъ не менѣе смѣна ихъ происходитъ. Каріокинетическихъ же фигуръ дѣятельнаго состоянія въ неизмѣненномъ эпидермисѣ гораздо менѣе, чѣмъ въ отросткахъ его въ глубину. Невольно ожидаешь большихъ накопленій эпителиальныхъ элементовъ. Судя по тому, что въ днѣ язвы характеръ клеточныхъ элементовъ эпителиальныхъ скопленій болѣе молодой, допускаешь и болѣе быстрый ростъ, а слѣдовательно и накопленіе. Невольно является въ мысли такое представленіе о происходящихъ здѣсь процессахъ, что точно эти грануляціи, постепенно вырастая изъ болѣе глубокихъ слоевъ, вытѣснѣтъ съ тѣмъ и вынуживаютъ собой эти эпителиальныя скопленія. Если бы это въ дѣйствительности было, такъ тогда бы понятіе была та незначительность массы эпителиальнаго новообразованія за такой продолжительный періодъ ихъ наростанія, хотя и медленнаго. А между прочимъ изъ характера расположенія этихъ грануляціонныхъ элементовъ, описаннаго мной въ первомъ случаѣ, получается впечатлѣніе, будто они способствуютъ въ то же время процессу разростанія эпителиальныхъ элементовъ, уничтожая во многихъ мѣстахъ въ барьеръ нормальныхъ и ненормальныхъ

образованій ту плотную волокнистость стромы, которая бесспорно болѣе заслуживаетъ названія барьера, чѣмъ рыхлая грануляционная ткань ¹⁾. Если все это дѣйствительно такъ, то это только свидѣтельствовало бы о нѣкоторой двойственной роли въ патологическихъ процессахъ одного и того же фактора, а можетъ быть и о томъ, что не все дѣлается образно въ процессахъ организма.

Epithelioma rodens nasi.

Случай 4-й.

Крестьянинъ Петръ *Ляпуновъ*, 57 лѣтъ, поступилъ въ клинику съ язвою на носу 14 окт. 1886 года. Больной бодрый, средняго тѣлосложенія; общее состояніе вполне удовлетворительное.

На правой хрящевой части носа и его вершинѣ помѣщается язва, причинившая дефектъ во всю толщю праваго крыла. Язва неправильной формы, дно ея покрыто зернистыми мелкими и плотными разроженіями, а не мягкими—какъ при воспалительной язвѣ. Края язвы неровно очерчены, инфильтрированы и безъ всякихъ признаковъ воспаления. Уплотніе края незначительно,—не болѣе одной линіи отъ края язвы. Ни въ краѣ, ни въ около-лежащей кожѣ нѣтъ бугристыхъ образований или узелковъ съ красноватымъ оттѣнкомъ, какъ при ячужцѣ. Плотность грануляцій, затвердѣніе, хотя и незначительное въ краѣ язвы, отсутствіе воспалительныхъ явленій—говоритъ за то, что кромѣ язвеннаго процесса мы имѣемъ дѣло съ процессомъ новообразовательнымъ. Такъ какъ процессъ новообразования локализируется главнымъ образомъ въ кожѣ, то это новообразование произошло или на счетъ элементовъ соединительной ткани, или насчетъ эпителиальныхъ элементовъ. Изъ язвенныхъ новообразований на кожѣ, развивающихся изъ соединительно-тканыхъ элементовъ, смѣло можно исключить гранулемы: язвенную сифилитическую и ячужцую. Первую на томъ основаніи, что, по словамъ больнаго, онъ никогда этой болѣзнію («худой» болѣзнію) не страдалъ. Ни рубцовъ, ни періоститовъ, ни затвер-

¹⁾ Кстати замѣчу, что въ роли этого барьера менѣе всего можно приписать выдающееся значеніе той подстилки, которая носитъ названіе *membrana basillaris*.

дѣлыхъ железъ въ различныхъ областяхъ нѣтъ. Кромѣ того плотность краевъ и плотность грануляцій говорятъ противъ язвы, развившейся изъ какого бы то ни было сифилитическаго образованія, равно и существованіе язвы—около 7—лѣтъ говорить противъ сифилитическаго изъязвленія. Люповое изъязвленіе можетъ быть исключено на основаніи начала язвеннаго образованія въ позднемъ для *lupus'a* возрастѣ (50 лѣтъ). Уплотненіе краевъ хотя и можетъ быть при *lupus'ѣ* (воспалительной валлкъ), но не достигаетъ такой степени; нѣтъ воспалительныхъ явленій и узелковъ въ краѣ, свойственныхъ люповому изъязвленію. Слѣдовательно новообразование произошло насчетъ эпителиальныхъ образований кожи. Обыкновенно кожный канкрюидъ имѣетъ сильно уплотненные края, вслѣдствіе инфильтраціи здоровыхъ сосѣднихъ тканей, такъ какъ процессъ новообразовательный сильнѣе выраженъ, чѣмъ язвенное разрушеніе. Теченіе болѣе быстрое; отсутствіе пораженія железъ говоритъ противъ канкрюида. Кожный скирръ *Bilroth'a* ¹⁾ даетъ незначительный инфильтратъ, но за то всегда поражаетъ железы. Слѣдовательно на основаніи отсутствія пораженія железъ и путемъ вышеуказаннаго исключенія остается допустить, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ *ulcus rodens* или *epithelioma rodens*.

24 октября произведено удаленіе язвеннаго новообразованія ножомъ и предоставлено заживленію рубцомъ. Аутопластики болѣе не подлежатъ и выписался 28 января 1887 года вполне излеченнымъ.

При разрѣзѣ, проведенномъ черезъ слизистую оболочку, дно и кожу, можно было простымъ глазомъ замѣтить крайнюю незначительность слоя новообразованія, не переходящую въ края болѣе 1½ мм. за край кожи и еще меньше со стороны слизистой оболочки; такая же толщина дна.

Микроскопическое изслѣдованіе. При маломъ увеличеніи (ос. 2, об. 4 Hartnack) первое, что бросалось въ глаза, это скопленіе эпителиальныхъ образований въ днѣ въ видѣ сѣти, (*Netze*) главнымъ образомъ на наружной сторонѣ хряща; гораздо меньшіе эпителиальныхъ образований въ видѣ отдѣльныхъ вѣтвящихся тѣлъ и затѣмъ мелко гранулированная строма. Пелли этой сѣти очень значительны въ сравненіи съ узкою

¹⁾ Билротъ. Общ. хир. вѣд. 1883 г., стр. 631.

сѣтью эпителиальныхъ скоплений и ихъ развѣтвленій въ сѣть. Отдѣльные вѣтви достигаютъ поверхности дна язвы. При большемъ увеличеніи (ос. 4, об. 8 Hartnack) видно, что эпителиальные вѣтви состоятъ изъ клѣтокъ, вплотную прилегающихъ другъ къ другу, по величинѣ (сравнивая ихъ на томъ же препаратѣ) равныхъ клѣткамъ rete Malpighii. Отдѣльные вѣтви этой сѣти прямые продолженія отпрысковъ, идущихъ изъ мальпигіева слоя. Границы этихъ скоплений и ихъ вѣтвей рѣзко очерчены.

Отпрыски отъ rete Malpighii, или очень узки (8, 10—15 клѣтокъ въ ширину), или толще и на весьма близкомъ разстояніи дѣлятся на вторичныя вѣтви. Эти отпрыски и вѣтви тотчасъ же вступаютъ въ соединеніе другъ съ другомъ. Отпрыски отъ мальпигіева слоя на нѣкоторомъ разстояніи отъ края. Къ периферіи уменьшаются, а затѣмъ—нормальные сосочки. Со стороны слизистой оболочки такіе же отпрыски изъ rete mucosum, тотчасъ вступающіе въ анастомозы; сѣть эта не доходитъ до хряща, гдѣ отростокъ приближался къ нему—оцъ какъ бы загибается. Строма состоитъ изъ соединительной ткани съ размножающимися клѣтками (на краѣ ихъ очень немного), а въ днѣ переходящей въ сильно гранулированную ткань. Словомъ со стороны стромы явленія такія же, какъ въ вышеописанныхъ случаяхъ, съ той разницей, что здѣсь это явленіе выражено меньше. Главнымъ образомъ это гранулированіе выражается при началѣ образованія отростковъ, а затѣмъ въ основаніи язвы; глубже, за поясомъ эпителиальной сѣти, гранулированіе хотя менѣе рѣзко выражено, но все же продолжается.

Особенность въ этомъ случаѣ сравнительно съ прежними—явная, широко петлистая сѣтчатость эпителиальнаго разрощенія, во 2-хъ, значительно большее преобладаніе стромы надъ новообразованіемъ эпителиальнымъ. Эта сѣтевидность вовсе не выражаетъ происхожденія изъ эндотелия лимфатическихъ сосудовъ; во первыхъ, она есть непосредственное продолженіе отростковъ изъ rete mucosum; 2) процессъ разрастанія въ краяхъ безусловно первичный; 3) шкряновой кислотой также окрашены, какъ и клѣтки мальпигіева слоя.

Что касается хряща, то въ немъ нѣтъ этихъ востаній—они подходятъ только къ перихондрію, а со стороны язвы оцъ

размязчается востаніемъ грануляцій, процессомъ аналогичнымъ остеопорозу.

Что касается толщины собственно слоя основанія, занятаго эпителиальнымъ вѣтвеніемъ, то это видно изъ того, что при маломъ увеличеніи (ос. 2, об. 4, Hartnack) укладывается въ поле зрѣнія.

Изъ остальныхъ явленій—утолщеніе оболочекъ артерій, какъ и въ прочіихъ случаяхъ. Вышеуказанныя явленія въ первеныхъ стволѣхъ не могли быть подмѣчены въ данномъ случаѣ.

Что касается железистыхъ образований, то они не принимаютъ никакого участія въ образованіи вышеуказанной сѣти эпителиальнаго разрастанія.

Размноженіе соединительно-тканыхъ элементовъ простирается въ межмышечныя пространства, и въ ближайшей окружности къ гранулированному поясу поперечная полосатость исчезаетъ. Очевидно, что эти атрофическія измѣненія въ мышечныхъ волокнахъ готовятъ почву для дальнѣйшаго разрастанія эпителия. Процессъ этотъ совершается очень медленно, что ясно изъ незначительности разрушенія—болѣе чѣмъ въ 6-ти лѣтній періодъ времени, а во вторыхъ—незначительнымъ количествомъ новообразованія. По мѣрѣ того, какъ востаніе отростковъ отъ мальпигіева слоя своимъ сѣтеобразнымъ разрастаніемъ охватывало участки кожи, отнималось питаніе вслѣдствіе сдавленія; самыя поверхностныя слои въ силу прекращенія правильной циркуляціи соковъ не могли продолжать своей жизнениости и отмирали—такимъ образомъ происходило обнаженіе согі, рядомъ съ увеличивающимся грануляціоннымъ ¹⁾ процессомъ. Все это разыгрывалось на почвѣ ткани и безъ того съ пониженнымъ питаніемъ, вслѣдствіе вышеуказанныхъ измѣненій въ стѣнкахъ артерій. Такимъ путемъ происходилъ разрастаніе по поверхности. Въ днѣ процессы аналогичны—развитіе грануляціонной ткани и охватываніе участковъ ея сѣтью. И эпителиальнаго образованія и грануляцій обнаруживаютъ мало стойкости, вслѣдствіе пониженнаго питанія, и самыя поверхностныя слои, какъ находящіеся въ наименѣе выгодныхъ условіяхъ при-

¹⁾ Процессомъ разрастанія соединительно-тканыхъ клѣтокъ до образованія востоящей грануляціонной ткани въ болѣе поверхностныхъ слояхъ дна.

танія, отмираютъ. Такъ происходитъ постепенное разрушеніе, слой за слоемъ въ глубину. Грануляціонная ткань какъ бы стремится выдвинуть наружу эти образования, но она сама достаточно слаба вслѣдствіе плохого питанія. Вотъ почему не можетъ произойти быстрое выведеніе этихъ эпителиальныхъ образований, не можетъ произойти стойкая ткань для дальнѣйшаго заживленія рубцеваніемъ. По этимъ же причинамъ толщина слоя новообразованія остается всегда незначительной. Если въ нижнихъ слояхъ и увеличивается тонкій слой новообразованія, то настолько же отмираетъ въ верхнихъ слояхъ. Словомъ, каждый шагъ новообразованія въ болѣе нижнихъ слояхъ сопровождается такимъ же шагомъ некролизаціи въ верхнихъ слояхъ. Такъ происходитъ процессъ въ днѣ язвы и въ ея краяхъ.

Можетъ быть въ днѣ на минуту перевѣсъ остается за грануляціонной тканью, она какъ бы вытравываетъ эпителиальныя скопленія; но разрушительный процессъ въ край дальнѣйшее встаніе эпителия, а тѣмъ самымъ и отсутствіе правильныхъ условій для подвиганія эпителия съ краевъ на поверхность дна, не позволяютъ правильному закрытію дефекта.

Что такой процессъ вѣроятно имѣетъ мѣсто въ дѣйствительности, доказываются тѣми наблюденіями авторовъ, которые въ этого рода язвахъ не находили элементовъ новообразованія, а только одну грануляціонную ткань. Съ другой стороны рубцеваніе съ краевъ (Butlin ¹) и образованіе островковъ эпителия въ днѣ (Якобсонъ ²) тоже говорятъ въ пользу возможности вышеуказаннаго процесса, что и было наблюдаемо въ нашей клиникѣ.

Ulcus rodens alae sin. nasi.

Случай 5-й.

Крестянинъ Степанъ *Максимовъ*, 65 лѣтъ, поступилъ въ клинику съ язвой на лѣвомъ крылѣ носа, немного отступя отъ края. Больной средняго сложенія и на свои годы бодрый старикъ.

¹) Butlin. *Encyclopedie internat. de chirurgie*, par Gosselin. 1885, p. 860 и слѣд.

²) Якобсонъ. *Рудневскій журналъ*, стр. 355, 1875 года.

На лѣвомъ крылѣ носа язва величиной въ серебряный платочекъ. Язва округлой формы, съ рѣзко обрѣзаннымъ плотнымъ краемъ и немного инфильтрованными; дно покрыто мелко-зернистыми, плотными грануляціями; по соосѣдству, въ краяхъ, узелковъ и воспалительныхъ явленій не замѣчается; въ верхней части края линейный рубецъ въ 2 смт. длины, дно незначительно инфильтровано. Сифилиса не имѣлъ и объективныхъ данныхъ для такого предположенія нѣтъ. Соосѣднія лимфатическія железы нормальны, а также и въ остальныхъ мѣстахъ тѣла, какъ по величинѣ, такъ и по консистенціи. Начало заболѣванія относится ко времени болѣе двухъ лѣтъ назадъ. Заболѣваніе началось еще раньше небольшимъ утолщеніемъ, которое, по словамъ больного, походило на «рыбий глазъ» (вѣроятно утолщеніе роговаго слоя). Больной содралъ его, образовалась язвочка, не уступавшая лечению, а потому врачъ, пользовавшій больного, вырѣзалъ ее и зашилъ рану—отъ этого и вышеописанный рубецъ. Но годъ тому назадъ появилась опять язвочка вышеописаннаго характера. На основаніи анамнеза, вида язвы и отсутствія какихъ бы то ни было явленій сифилиса, исключается сифилитическій характеръ язвы. Поздній возрастъ, отсутствіе воспалительныхъ явленій и бугорковыхъ образований исключаютъ злокачественное извѣженіе. Отсутствіе значительнаго инфильтрата и пораженія железъ исключаетъ раковый характеръ язвы. Ergo—это есть *ulcus rodens* или *epithelioma rodens*. 30 апрѣля произведено удаленіе ножомъ и предоставлено заживленіе рубцеваніемъ, такъ какъ больной отказался отъ пластическаго закрытія дефекта. 10 мая язва зарубцевалась и больной выписался здоровымъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. Такъ какъ при экстирпаціи удаляемая часть подверглась разрыву пинцетомъ, то большихъ срѣзовъ сдѣлать нельзя было. Изслѣдованіе отдѣльныхъ частей края и дна показало, что новообразованіе занимаетъ очень незначительный слой; не спускается глубже клубочковъ потовыхъ железъ. Въ одной части язвы, ближайшей къ рубцу, значительное фиброзное утолщеніе coriі, а ближе къ краю язвы грануляціонная инфильтрація соединительной ткани. Разростаніе эпителиальныхъ образований кожи нѣтъ. Съ противо-

подложной стороны, въ краѣ, разрастаніе мальпигіева слоя самыхъ разнообразныхъ формъ, какъ въ предшествующихъ случаяхъ.

Волосыя мѣшки не подтвердились атипическому разрастанію; потовыя железы тоже. Сальные железы немного растянуты, но нигдѣ не даютъ отъ себя отпрысковъ. Дно язвы состоитъ изъ грануляціонной стромы и заложенныхъ эпителиальныхъ образований, съ рѣзкими границами и слоемъ цилиндрическихъ кѣтокъ по периферіи. Преобладающая форма ихъ трубчатая, съ анастомозами. Строма въ общей массѣ, преобладаетъ надъ эпителиальными образованиями весьма значительно.

Изъ другихъ явленій замѣчается здѣсь, какъ и въ другихъ случаяхъ, сильное утолщеніе стѣнокъ артерій во всѣхъ оболочкахъ. И здѣсь, какъ и въ прежнихъ случаяхъ, замѣчается ничтожность новообразованія, сравнительно съ временемъ развитія его. Такъ какъ все, что я сказалъ относительно прежнихъ случаевъ, имѣеть мѣсто и здѣсь, то я не буду пускаться въ излишнія описанія.

Очень возможно, что поводомъ къ развитію рецидива послужила неполная экстирпація новообразованія во время перваго оперативнаго вмѣшательства, а можетъ быть вторичное появленіе язвы есть независимое явленіе, какъ и совмѣстное существованіе—но въ весьма рѣдкихъ случаяхъ—двухъ язвъ на отдаленномъ разстояніи другъ отъ друга (какъ въ случаѣ, приведенномъ у насъ подъ № 2).

Epithelioma rodens asi.

С л у ч а й 6-й.

Константинъ *Дмитріевъ*, 46 лѣтъ, ур. Архангельской губ., крѣпкаго сложенія; поступилъ въ нашу клинику съ язвой на носу.

У этого больного 3 слѣшкомъ года назадъ вырѣзана была язва; но черезъ годъ послѣ операціи у рубца появилось небольшое новое затвердѣніе, превратившееся въ язву. На правой боковой поверхности носа имѣется язва округлая, съ діаметромъ въ $1\frac{1}{2}$ сантиметра. Дно язвы покрыто мелко-зернистыми плотными разрастеніями, незначительно кровото-

щими при дотрогиваніи. Края возвышенны и плотны, инфильтрированы. Этотъ инфильтратъ краевъ, занимающій почти всю толщу кожи и подкожной кѣтчатки, распространяется по поверхности на разстояніи $1\frac{1}{2}$ —2 линій отъ язвеннаго края. Никакихъ воспалительныхъ явленій и бугорковыхъ отложеній не замѣчается въ краѣ и ближайшей окружности. Самъ инфильтратъ ни по консистенціи, ни по наружному виду, не можетъ быть отнесенъ къ воспалительнымъ отложеніямъ. Лимфатическія железы ближайшихъ соседнихъ областей нормальны. Ни рубцовъ, ни язвъ, ни періостальныхъ утолщеній нѣтъ; сифилисомъ не страдать. По консистенціи разрозненій дна язвы, по вышеописанному характеру уплотненія краевъ безъ признаковъ воспалительныхъ явленій—необходимо допустить, что имѣетъ дѣло съ язвеннымъ новообразованіемъ (*neoplasma*), занимающимъ толщу кожи, а также и подкожной кѣтчатки. Новообразование на почвѣ соединительной ткани—гранулемы сифилитическая и злопозная, перешедшія въ изъязвленіе, исключаются на основаніи объективныхъ данныхъ мѣстныхъ и анамнеза. Слѣдовательно имѣетъ новообразование, происшедшее насчетъ эпителиальныхъ элементовъ кожи, какъ результатъ ихъ атипического разрастанія. Характерно то, что, не смотря на два прошлыхъ возобновленія въ періодъ болѣе 3-хъ лѣтъ, это новообразование эпителиальнаго характера не дало пораженія лимфатическихъ железъ. Слѣдовательно, оно не есть раковое, а то, которое, представляя атипическое разрастаніе эпителия въ подлежащую ткань, изъязвляясь и распространяясь по поверхности и въ глубину, производя разрушенія тканей и даже очень обширныя, никогда не даетъ пораженія лимфатическихъ железъ, т. е. *ulcus rodens* или *epithelioma rodens*.

12 января 1888 года язвенное новообразование удалено ножомъ съ частью здоровыхъ тканей, а 29 января, во избѣжаніе выворота вѣка, произведено перенесеніе кожного лоскута со дна. Къ 24 февраля больной выздоровѣлъ и выбылъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. На разрѣзахъ, проведенныхъ черезъ край и дно, видно, что новообразование состоитъ дѣйствительно изъ атипического разрастанія Мальпигіева слоя въ строму *corii*, пронизанную размножившимися соединительно-тканными элементами, въ верхнихъ слояхъ дна переходящихъ

въ грануляціонную ткань. За слоєм зернистаго распада въ днѣ слѣдуетъ слой грануляціонный, съ разбросанными эпителиальными образованиями, которыя, будучи покрыты этимъ слоємъ распада, какъ бы вываливаются; этимъ и обуславливается клиническій признак — плотность грануляцій. Эти эпителиальныя образования болѣе цилиндрическія и колбовидныя, уменьшаясь въ длинѣ по мѣрѣ удаленія отъ края язвы, въ днѣ язвы имѣютъ болѣе округлую форму. Кѣлѣтки ихъ величиной и формой напоминаютъ кѣлѣтки Мальпигіева слоя. Граница ихъ рѣзко очерчена отъ стромы. На периферіи онѣ окружены каймой цилиндрическихъ кѣлѣтокъ. Въ мѣстахъ гдѣ онѣ отстали отъ стѣнокъ альвеолы, контуръ края ея совершенно ровный. Картины простаго раздвиганія стромы не видно. Эти эпителиальныя образования различной величины. Тѣ изъ нихъ, которыя пошире, въ центрѣ своемъ имѣютъ полости, неправильно очерченныя, содержащія волокноца, плохо окрашивающіяся эозиномъ, а промежъ нихъ аморфный распадъ. Такъ какъ препаратъ обрабатывался сначала Флемминговой жидкостью, а потомъ спиртомъ, то, если бы это былъ жировой распадъ, онъ окрасился бы въ черныя цвѣтъ, чего не было въ данномъ случаѣ.

Въ виду отсутствія измѣненій въ потовыхъ и саленныхъ железахъ невозможно предположить развитіе изъ нихъ указанныхъ образований. Хотя по виду они и имѣли, въ особенности въ днѣ язвы, то расположеніе, которое авторы (англичане) называютъ железистой формой. Вѣдраніе эпителия не простирается въ мышечный слой, ему предшествуетъ грануляціонная инфильтрація. Замѣчательно отношеніе этихъ образований къ артеріямъ. Въ этомъ случаѣ видно, какъ эпителиальное образование, помещающееся возлѣ утолщенной стѣнки артерій, не даетъ ни одного отпрыска въ стѣнку — край альвеолы остается совершенно гладкимъ — отношеніе совсѣмъ противоположное, чѣмъ при ракѣ. Это тѣмъ болѣе заслуживаетъ вниманія, что нормальная структура стѣнки сильно пострадала отъ развитія соединительной ткани въ оболочкахъ наружной и средней, и сама артерія близка къ запустѣнію. Инфильтрація же запустѣвающей артеріи раковыми элементами дѣло неоспоримое и мнѣ самому пришлось наблюдать ее въ одномъ случаѣ рака, развившагося на тылѣ ручной кисти. Это подтвердилъ, въ данномъ случаѣ, проф. Н. П. Ивановскій.

Какъ я уже упомянулъ сейчасъ, стѣнки артерій представлялись сильно утолщенными во всѣхъ оболочкахъ, мѣстами почти до полнаго уничтоженія просвѣта. За то въ нервныхъ стволкахъ я не могъ найти никакихъ измѣненій, не смотря на то, что они попадались мнѣ въ данномъ случаѣ довольно часто. Упомяну здѣсь о маленькой предосторожности въ сужденіи о состояніи нервовъ. Иногда попадаются на срѣзахъ такія мѣста, гдѣ нервъ разрѣзанъ не только поперечно, но и продольно, тутъ же рядомъ въ одной оболочкѣ. Мнѣ кажется, что это обуславливается тѣмъ, что здѣсь разрѣзъ прошелъ черезъ то мѣсто, гдѣ нервъ загибается подъ угломъ. Вотъ тогда-то и кажется: — въ одной части ясны нервныя волокна, а рядомъ съ ними какъ бы усиленное развитіе соединительной ткани, уничтожившей нервныя волокна.

Epithelioma rodens palpebrarum oculi dextri.

(Случай 7-й).

Леоній Байковъ, чиновникъ, 47 лѣтъ, урож. С.-Петербургской губ. Общее состояніе здоровья вполнѣ удовлетворительное. Начало заболѣванія болной относитъ болѣе десяти лѣтъ тому назадъ. Поступилъ въ клинику 14 Декабря 1879 года.

Все нижнее вѣко и часть верхняго занято язвой. Язва распространяется отъ внутренняго угла съ одной стороны на *conjunctivam bulbi*, съ другой на прилегающую боковую часть носа до надкрыльцевъ. Движенія глазнаго яблока еще возможны, но ограничены. Край этой язвы возвышенъ, уплотненъ. Уплотненіе занимаетъ всю толщю края, но по поверхности занимаетъ протяженіе около полонини сантиметра. Воспалительныхъ измѣненій и узелковъ въ краѣ и сосѣдней кожѣ нѣтъ. Дно язвы плоское, покрытое мелко-зернистыми, но плотными по консистенціи и кровотокащими, при догровиваніи, разропченіями. Лимфатическія железы сосѣднихъ областей нормальны. Язвы на другихъ частяхъ тѣла, а равно рубцовъ не измѣтается. Въ виду уплотненнаго края и плотныхъ зернистыхъ грануляцій, несвойственныхъ воспалительнымъ грануляціямъ, несомнѣнно, что измѣтается дѣло съ новообразованиемъ эпителиальнымъ, которое обладаетъ очень медленнымъ теченіемъ, незна-

чительностью инфильтрации краевъ, и не смотря на продолжительное существованіе, кромѣ мѣстныхъ разрушеній не даю нгдѣ метастаза въ лимфатическія железы. Очевидно, это не раковая язва, а *ulcus rodens* или *epithelioma rodens*.

Съ клинической стороны случай интересенъ тѣмъ, что черезъ нѣкоторое время появился рецидивъ. Этого болѣлаго я видѣлъ въ 1886 году съ громадной язвенной поверхностью, занявшею всю глазницу и распространившуюся внизъ на нижній орбитальный край верхней челюсти. Больной не соглашался на операцію, да она ему и не предлагалась. Больной приходилъ въ клинику показываться. Худощавый, но бодрый, онъ не представлялъ никакихъ признаковъ кахексіи. Лимфатическія железы по прежнему нормальны. По наведеннымъ мной справкамъ, смерть послѣдовала въ 1887 году отъ какого то острога заболевания. Въ общемъ продолжительность этой язвы болѣе 20 лѣтъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. На меридиональныхъ разрѣзахъ, проведенныхъ черезъ край язвы перпендикулярно къ конъюнктивальной складкѣ, при маломъ увеличеніи видно хорошо распространеніе язвеннаго новообразованія. Разрушеніе вѣкъ, дефектъ, не доходитъ до складки *conjunctivae* (т. е. перехода съ вѣка на *bulbus*), хотя почти вездѣ такъ называемый хрящъ вѣкъ (*tarsus*)—собственно плотная фиброзная пластинка) разрушенъ, тѣмъ не менѣе на нѣкоторыхъ препаратахъ попадаются еще Мейбоміевы железы. Въ разрастаніи атиническомъ эпителиа принимаетъ участіе только Мальпигиевъ слой и нижній слой *conjunctivae*. Они посылаютъ на край язвы болѣе или менѣе толстыя отростки, потомъ дѣлящіеся на два, извѣстнаго расположенія или же окапчивающіеся булавовиднымъ вдутиемъ. Чѣмъ дальше отъ края, тѣмъ виднѣнее ихъ не такъ глубоко. Вездю подъ ними видно сильное пропитываніе стромы размножающимися соединительно-тканными клѣтками, мѣстами, на вершинахъ отпрысковъ, образующими скопленія изъ однихъ грануляціонныхъ клѣтокъ. Железистыя образованія не принимаютъ никакого участія въ образованіи атинического разрастанія эпителиа. Самые верхніе слои дна язвы состоятъ изъ грануляціонной ткани, съ эмбриональными сосудами, въ стромѣ которыхъ заложены эпителиальныя образованія. Въ самомъ днѣ, ближе

къ поверхности, они имѣютъ болѣе или менѣе округлую форму и рѣзко очерчены отъ окружающей ткани; въ болѣе нижнихъ слояхъ дна они становятся менѣе широкими, съ отростками, по формѣ напоминающіе тѣ образованія, которыя у Корнилья и Ранвье представлены на рисункѣ для обозначенія тубулярной разновидности эпителиомы¹⁾, только у насъ они уже, но съ рѣзко очерченными границами, какъ и въ прошлыхъ случаяхъ. Грануляціонная инфильтрація продолжается гораздо глубже эпителиальныхъ образованій, но за то ткань становится здѣсь уже болѣе волокнистой. Замѣчательно въ этомъ случаѣ то, что даже сравнительно небольшія эпителиальныя скопленія въ центральныхъ своихъ частяхъ имѣютъ полости, наполненныя аморфнымъ, частью волокнистымъ содержимымъ—очевидно дѣло идетъ о слизистомъ перерожденіи. Характеръ клѣтокъ болѣе молодой, чѣмъ въ эпителиальныхъ отросткахъ (нѣтъ ясно выраженной зубчатоности). И здѣсь поражаетъ тотъ фактъ, что принявъ во вниманіе продолжительность роста новообразованія, слѣдовало бы имѣть большія количества массы его. А между тѣмъ толщина слоя, занятаго новообразованіемъ, не болѣе 1½ миллиметра. Куда же дѣваются эти отложенія эпителиальныхъ образованій? Очевидно, что если бы они не уничтожались изъязвленіемъ (некротизаціей) и не выпадали, быть можетъ, разрастающимися грануляціями, мы бы имѣли настоящую „опухоль“, а не язву съ утолщенными краями и дномъ. Даже хроническій воспалительный процессъ, не сопровождающійся изъязвленіемъ—и тотъ далъ бы большую массу новообразованія фиброзной ткани, чѣмъ въ данномъ случаѣ дало атиническое разрастаніе эпителиа. Вспомнимъ, напримѣръ, утолщеніе эндфивовъ при обезображивающемъ артритѣ и проч. Не безъ пользы для организма и на руку грануляціонному процессу вѣроятно идетъ рядомъ и слизистое перерожденіе центральныхъ клѣтокъ эпителиальныхъ скопленій, что наблюдается не только въ этомъ случаѣ, но и въ другихъ.

Выше была рѣчь о томъ, что первичнѣе—разрастаніе ли эпителиа, или скопленіе грануляціонныхъ элементовъ у вершинъ отпрысковъ? Трудно рѣшить, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ и въ

¹⁾ Корнилья и Ранвье loco cit., стр. 330. Русск. перев.

данном попадают скопления клеток тамъ, гдѣ еще не видно и начала разрастанія эпителия въ видѣ отпрысковъ.

Но если допустить такую подготовительную роль грануляціонныхъ элементовъ, если позволите такъ выразиться, размягченіемъ стромы путемъ уничтоженія ея волокнистости и замѣной фиброзныхъ волоконъ грануляціонными элементами, то отчего же не замѣчается размноженіе клетокъ въ железистыхъ образованияхъ, напр. разрастанія эпителия потовыхъ железъ, а напротивъ, въ нихъ скорѣе замѣчается дегенеративный процессъ? Огвѣтить пока на это съ положительностью трудно—а за частую можно встрѣтить, что онѣ лежатъ среди сильно гранулированной стромы, о чемъ и была рѣчь раньше¹⁾.

Относительно сосудовъ здѣсь можно сказать то же, что и въ другихъ случаяхъ: утолщеніе всѣхъ оболочекъ—endoarteritis et periarteritis—весьма рѣдко выражено. То же отношеніе разрастающихся эпителиальныхъ вырѣженій къ сосудамъ папиллярнаго слоя, на которое я указывалъ раньше, можно прослѣдить и здѣсь.

Что касается нервовъ, то попадавшіе разрывы очень мелкихъ стволикровъ не представляли ничего ненормального.

Клиническій интересъ этого случая заключается въ обширности пораженія, какого въ концѣ концовъ достигло (въ 1887 году) язвенное новообразование, въ длительности теченія, около 20 лѣтъ, и въ то же время полное отсутствіе пораженія железъ и какихъ бы то ни было намековъ на кахексію, столь свойственную ракамъ. Микроскопическое изслѣдованіе же кожи показало, что въ каждый моментъ идетъ процессъ новообразованія съ негрозитизаціей его, такъ что на долю новообразованія приходится весьма незначительный перевѣсъ.

Въ параллель къ этому случаю я приведу еще одинъ случай, полный клиническаго интереса, гдѣ, не смотря на длительность и значительную обширность язвеннаго процесса, все таки не послѣдовало метастаза въ лимфатическія железы, не говоря о внутреннихъ органахъ, гдѣ язвенный процессъ совсѣмъ не отразился на общемъ состояніи здоровья.

¹⁾ Впротвѣтъ это обуславливается существованіемъ просвета, куда сплавляются клетки; а второе—въ дегенеративныхъ измѣненіяхъ клетокъ потовыхъ железъ, вслѣдствіе прекращенія функций (закупорки выводнаго протока).

Epithelioma rodens faciei.

(Случай 8-й).

Ефросинья Безбергъ, с.-петербургская мѣщанка, 64 лѣтъ отъ роду, живеть въ Богатѣльн. 5-го марта 1888 года поступила въ Маринскую больницу.

Больная небольшого роста, средняго сложенія, подвижная и бодрая; цвѣтъ лица слегка румяный; подкожный жировой слой умѣренный. Органы дыханія и кровообращенія нормальны. Печень и селезенка не представляютъ отклоненій отъ нормы. Сифилисомъ не болѣла и всегда пользовалась хорошимъ здоровьемъ. У больной пять годовыхъ здоровыхъ дѣтей, при чемъ ни у одного нѣтъ какого либо аналогичнаго заболѣванія, а равно не помнитъ, чтобы родные ея страдали какой либо опухолью. Начало своего заболѣванія считаетъ болѣе 10 лѣтъ; ранѣ этого времени, ниже лѣваго внутренняго угла у больной было пятнышко безболѣзненное, слегка возвышающееся надъ кожей, которое нечаянно она расцарапала, вслѣдствіе чего образовалась язвочка. Такъ какъ язва хоти медленно, но все таки увеличивалась и не обнаруживала наклонности къ заживленію, то это и заставило больную обратиться за врачебною помощію и, годъ спустя отъ начала появленія язвочки, въ Общинѣ Св. Георгія ей сдѣлано было выскабливаніе. Язва стала рубцеваться мѣстами съ краевъ, но полное заживленія не произошло и послѣдовательное изъязвленіе уничтожило появившеся рубцеваніе. Было сдѣлано еще три раза выскабливаніе, но безъ успѣха, какъ и въ первый разъ. Послѣднее выскабливаніе произведено было 4 года назадъ.

Въ настоящее время язвенный дефектъ занимаетъ лѣвую сторону носа и переносицы, далѣе верхній край язвы идетъ по направленію лѣвой брови включительно, уничтожилъ вѣки и переднюю часть глазнаго яблока и простирается внизъ, занимая прилежащую часть щеки до уровня лѣваго крыла носа. Въ общемъ изъязвленіе имѣетъ неправильную округлую форму, съ ровнымъ краемъ. Дно язвы слѣдуетъ за тѣми неправильностями поверхности, которыя имѣются и въ нормальномъ состояніи въ означенныхъ областяхъ. Разрушенія костной и хря-

цевой части, занимаемой дном, стороны носа не произошло, так что здесь уничтожены только мягкія части во всю толщю. Часть дна язвы у нижняго края может быть даже слегка смѣшаема (соответственно fossa canina sin.) Но на верхнеглазничномъ и нижнеглазничномъ краяхъ дно язвы не сдвигается, слѣдовательно разрушеніе здѣсь до кости. Съ цѣлью опредѣлить состояние подлежащей кости я втыкалъ иглу соответственно нижнеглазничному краю верхней челюсти. Игла углубляется менѣе, чѣмъ на полсантиметра и упирается въ кость нормальной плотности, что меня поразило, такъ какъ при такомъ обширномъ распространеніи по поверхности я ожидалъ встрѣтить значительное разрушеніе и костнаго остова. Слѣдовательно толщина новообразованія въ днѣ—менѣе полсантиметра. Само дно язвы покрыто мелко-зернистыми разрощеніями, плотными, но безъ рывтвнъ и трещинъ до глубокихъ частей. При прикосновеніи пальцемъ—незначительная кровоточивость, немногимъ развѣ болѣе, какъ это бываетъ обыкновенно при ошараныванія гранулирующей поверхности.

Край язвы рѣзко обрѣзанъ и слегка возвышенъ надъ дномъ. При ощупываніи оны имѣютъ плотную консистенцію, уплотненіе инфильтраціей; уплотненіе занимаетъ не болѣе трехъ миллиметровъ протяженія по поверхности отъ края язвы. Кожа на немъ не представляетъ признаковъ воспалительной реакціи, ни затвердѣнія, ни узелковъ съ покрасѣвшей и шелушащейся покрывкой. При болѣе внимательномъ разсмотрѣніи не замѣтно расширенія выводныхъ отверстій саленныхъ железъ, какъ и въ остальной кожѣ лица. За уплотненнымъ краемъ слѣдуетъ вполнѣ нормальная сосѣдняя ткань. Нигдѣ незамѣтно, ни въ краяхъ, ни въ центрѣ язвы признаковъ рубцеванія.

Лимфатическія железы сосѣднихъ областей ни на соответственной сторонѣ, ни въ другихъ областяхъ тѣла не поражены, не смотря на болѣе, чѣмъ 10-лѣтнее существованіе язвы.

Является вопросъ, имѣемъ ли мы передъ собой обыкновенную язву или изъязвляющееся новообразованіе? Всѣ признаки указываютъ на послѣднее. Инфильтрація краевъ безъ признаковъ воспаления говоритъ противъ воспалительнаго происхождения этого уплотненія. Плотность зернистыхъ разрощеній дна язвы несвойственна воспалительнымъ грануляціямъ, по конси-

стенціи своей болѣе мягкихъ, говорить не за воспалительный, а за новообразовательный процессъ не только въ краѣ язвы, но и въ его днѣ. Слѣдовательно мы имѣемъ дѣло съ изъязвляющимся новообразованіемъ, распространяющимся какъ въ глубину, такъ еще болѣе въ ширину по поверхности. Къ типу какой же ткани принадлежитъ новообразованіе? Изъ новообразованій, развивающихся на почвѣ соединительной ткани, исключаются всѣ, за исключеніемъ гранулемъ сифилитической и люповозной. Своей тую краевъ и дна—плотная зернистость разрощеній его, отсутствіе первичнаго заболѣванія, а равно измѣненій на кожѣ, въ железахъ и на костяхъ, продолжительность теченія—годами, говорятъ противъ сифилитическаго язвеннаго процесса. Противъ люповознаго изъязвленія говоритъ начало заболѣванія въ позднемъ возрастѣ (тогда большой было за 50 лѣтъ); отсутствіе воспалительныхъ явленій въ краѣ язвы, узелковыхъ отложеній, серпигинозности распространенія (центрального или краеваго рубцеванія съ продолжающимся изъязвленіемъ на периферіи, вслѣдствіе отложенія узелковъ въ краѣ или рубцѣ) говорить противъ люповознаго изъязвленія или Lupus exedens. Слѣдовательно, необходимо допустить новообразованіе на счетъ эпителиальныхъ образованій въ кожѣ въ видѣ атипическаго ихъ разрастанія или кожного рака, или того эпителиальнаго образованія, которое извѣстно подъ именемъ ulcus rodens, или epithelioma rodens. Ракамъ, а въ томъ числѣ и кожнымъ, какъ злокачественнымъ новообразованіямъ—свойственна инфильтрація здоровыхъ тканей болѣе (sarcomoid) или менѣе (скирръ Billroth'a) выраженная и поражение железъ, какъ двѣ неотъемлемыя ихъ принадлежности. Канкроиду свойственна значительная инфильтрація края его изъязвленія не менѣе полудюйма, а всегда болѣе. Слѣдовательно оны исключается. Скирръ, дающій такую же незначительную инфильтрацію—исключается на основаніи отсутствія пораженія железъ, что и указываетъ на его раковое свойство. Время въ 10 лѣтъ совершенно достаточно для проявленія пораженія железъ; является возможность допущенія только того новообразованія, которое, представляя атипическое разрастаніе эпителия, не даетъ пораженія железъ не только въ 10-лѣтній, но и въ 20-лѣтній періодъ времени, какъ въ прошломъ случаѣ. Такъ какъ больная не соглашалась на опе-

рацию, то я могъ взять только маленький кусочекъ изъ края, именно тамъ, гдѣ были еще на лицо всѣ элементы кожи—именно на бровномъ краѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе показало, что новообразование совершается на счетъ разрастанія эпителия Мальпигіева слоя, отчасти же изъ наружнаго влагалца волоснаго мѣшка въ той части, которая близка къ переходу въ Мальпигіевъ слой наружной кожицы.

Эпителиальные отрѣски различной толщины и формы (цилиндры, колбы) или прямо выдѣрлись, или посылали вторичныя отростки, иногда анастомозирующие между собой. Характеръ клѣтокъ и ихъ расположенія въ отрѣскахъ—какъ и въ предыдущихъ случаяхъ. Граница ихъ рѣзко контурирована и отграничена отъ стромы. Строма по мѣрѣ приближенія къ краямъ становится все сильнѣе и сильнѣе усѣянной разноразличными молодыми клѣтками соединительной ткани. Въ незначительной части прилегающаго дна можно было видѣть эпителиальныя скопленія съ рѣзкими границами, заложенныя среди сильно гранулированной стромы. Части стромы, ближайшія къ поверхности дна, и въ этомъ случаѣ, какъ и въ прежнихъ, состояли изъ настоящей грануляціонной ткани.

Что касается артерій, то стѣнки ихъ представляли такое же утолщеніе, какъ и во всѣхъ описанныхъ раньше случаяхъ. Особенно хорошо видно было отношеніе капилляровъ папиллярнаго слоя cutis къ отрѣскамъ мальпигіева слоя въ вышеуказанномъ смыслѣ, т. е. что почти во всѣхъ пространствахъ, не занятыхъ разрастаніемъ отрѣсковъ, на послѣдовательныхъ препаратахъ можно было констатировать присутствіе сосочковаго сосуда.

Измѣненій въ нервахъ нельзя было подмѣтить.

Къ сожалѣнію, изслѣдовать дно язвы и подлежащихъ слоевъ, въ особенности отношенія къ кости, было нельзя; а равно высказать относительное развитіе массы новообразованія и отношенія его къ стромѣ, съ точки зрѣнія преобладанія той или другой.

Судя по тому, что на периферіи язвы эпителиальныя образованія занимаютъ незначительную часть стромы, а во вторыхъ, принимая во вниманіе, что изслѣдованіе иглой дна показало,

что вся толща тканей, занятыхъ новообразованіемъ, менѣе полусантиметра, а равно на основаніи микроскопическаго изслѣдованія предшествовавшихъ случаевъ, необходимо допустить, что и въ слояхъ дна язвы стромы превалируетъ надъ массой новообразованія эпителиальнаго. Если даже считать, что все новообразование было высоблено въ послѣдній разъ, т. е. 4 года назадъ, все таки необходимо допустить, что если бы вся эта масса эпителиальнаго новообразованія за этотъ періодъ времени оставалась на мѣстѣ, долженъ былъ бы получиться болѣе значительный слой. Слѣдовательно и въ этомъ случаѣ часть новообразованія удалаяся процессомъ, на вѣрность котораго мы указали при разборѣ прежнихъ случаевъ.

Если бы новообразование само же не разрушалось, или, быть можетъ, прямо не выбрасывалось, то въ случаѣ сейчасъ описанной эпителиомы oculi sinistri, съ теченіемъ около 20 лѣтъ, долженъ былъ бы получиться въ полномъ смыслѣ громадный наростъ.

Въ изученіи природы всякаго новообразованія не только интересно, но и необходимымъ является изученіе его въ самыхъ первыхъ стадіяхъ развитія. Можно навѣрно сказать, что если бы намъ удалось изучить развитіе новообразованія въ самый моментъ его образованія, то натура его выяснилась бы гораздо скорѣе, чѣмъ въ ряду изслѣдованій того же новообразованія въ развитомъ исполнѣ состояніи. Изучая извѣстное новообразование въ весьма многихъ случаяхъ, но въ періодъ его полнаго развитія, когда оно достигло такой величины, что и по макроскопическимъ признакамъ, составляющимъ основу клинической діагностики, можно опредѣлить извѣстный видъ новообразованія, мы очень мало подвигаемся къ разрѣшенію источника его развитія. Мы можемъ изучить законы развитія новообразованія, способъ разрастанія, отношеніе его къ здоровымъ тканямъ, превращенія, какимъ можетъ оно подвергаться или въ незначительныхъ частяхъ его, или во всей массѣ, опредѣлить значеніе его для организма, въ тканяхъ котораго оно развивается и проч. Но изъ чего развилось оно въ самый первый моментъ—мы можемъ только догадываться. Этимъ и объясняется все разногласіе изслѣдователей по этому вопросу. Мы изу-

чаемъ законы матеріи, но откуда она вьзлась — для насъ вопросъ неразрѣшимый. Этимъ я хочу только пояснить вышесказанную мысль, а никакъ не представить полную невозможность рѣшенія вопроса объ источникѣ развитія новообразованій.

Вотъ почему всѣ изслѣдователи направляли свои изысканія по возможности къ первымъ стадіямъ появленія новообразованія. Пріемъ вполне законный и желательный. Сколько бы мы ни изучали животный организмъ въ его развитомъ состояніи, мы бы не постигли знанія его природы, если бы не изучали его въ болѣе ранній періодъ, въ періодъ зародышеваго состоянія. Заслуги эмбриологій въ этомъ отношеніи вѣдъ всякаго сомнѣнія. Весьма понятно поэтому, что авторы, специально занимавшіеся изученіемъ *ulcus rodens*, желали изслѣдовать такіе экземпляры, гдѣ бы это язвенное новообразование являлось только въ начальныхъ формахъ своего проявленія (Wagen и друг.).

Но несомнѣнно также и то, что чѣмъ болѣе молодой экземпляръ мы имѣемъ передъ глазами, тѣмъ менѣе онъ имѣетъ столько отличительныхъ свойствъ, по которымъ бы мы сказали: это именно начало того новообразованія, которое въ извѣстный возрастъ будетъ именно имѣть уже изученную, опредѣленную картину. Отличать маленькій фиброзный узелъ отъ начинающейся веретенообразной саркомы гораздо труднѣе, чѣмъ въ старшемъ возрастѣ, и т. д. ¹⁾ Словомъ, клиническая діагностика становится менѣе вѣроятной, хотя и довольно приближительной.

Я приведу здѣсь изслѣдованіе двухъ случаевъ проявленія *ulcus rodens* въ начальной (въ клиническомъ смыслѣ) стадіи ихъ развитія, гдѣ мы, руководствуясь вышеприведеннымъ приемомъ діагностики, могли заключить, что мы именно имѣемъ передъ собой не что либо другое, а именно развѣдающую эпителиому.

¹⁾ Правда мы руководствуемся, между прочимъ, временемъ, за которое новообразование достигло нѣкоторой величины, но и тутъ есть свои предѣлы. Еще труднѣе будетъ диагностировать начинающуюся раковую опухоль отъ клеточковой саркомы и т. д.

Epithelioma rodens glandis penis.

(Случай 9-й).

Федоръ Старковъ, 62 лѣтъ, урож. Смоленской губ. Поступилъ въ Маріинскую больницу 21 Іюля 1887 года (Пріемн. Журн. № 2948).

Больной средняго сложенія и питанія. Сифилисомъ, по словамъ больного, не болѣлъ, сыней на тѣлѣ и язва, въ томъ числѣ и на *penis*—не имѣлъ. При осмотрѣ нигдѣ не найдено рубцовъ и язвъ. Періостальныхъ утолщеній на костяхъ нѣтъ. Лимфатическія железы различныхъ областей нормальной величины и консистенціи. На *glans penis*, его тыльной (верхней) сторонѣ имѣется небольшая язвочка, величиной въ серебряный гривенникъ, округлой формы. Язва отдѣляетъ незначительное количество серозно-гнойной жидкости. Дно язвы, углубленное на подобіе мелкаго блюдца, покрыто плотными мелко-зернистыми грануляціями; глубокіхъ трещинъ нѣтъ. Край язвы слегка приподнятъ и не рѣзко обрѣзанъ, а при опусываніи плотенъ. Уплотненіе краевъ язвы небольшое, занимаетъ по поверхности протяженіе не болѣе 3-хъ миллиметровъ и безъ особенно рѣзкой границы переходитъ въ здоровыя ткани. Край не воспаляется и не бугристы. При захватываніи *glandis penis* двумя пальцами по краямъ язвы, съ цѣлью опредѣлить глубину затвердѣнія, оказалось, что въ днѣ есть уплотненіе, но очень незначительное. Язва безболѣзненна; изъязвленіе началось 3 года назадъ и язва, хотя увеличивалась медленно, но не зарубцовывалась. Раньше этого у него было подобное же изъязвленіе незначительное *in praesentio*, но было вырѣзано и на томъ же мѣстѣ не возвращалось; на мѣстѣ его теперь незначительный линейный рубецъ. Ампутація *penis*, отступая на нѣкоторое разстояніе отъ язвы, 7 Августа. Больной выписался здоровымъ 21 Сентября.

Клинически я рассматриваю этотъ случай, какъ раннюю стадію *ulcus rodens* или *epithelioma rodens*. Я не знаю другой клинической формы язвеннаго новообразованія, къ которой можно было бы причислить данное заболѣваніе. Что мы имѣемъ здѣсь

новообразование, это бесспорно показывает уплотнение, хотя и незначительное, дна и края. И свойства грануляций не воспалительны, что видно из их плотности. Отсутствие всяких воспалительных явлений в краѣ говорит против воспалительнаго уплотнения. Сифилитическое изъязвление исключается на основаніи анамнеза и отсутствія обыкновенных признаков измѣненія въ покровахъ, въ железахъ и въ костяхъ, а также на основаніи свойствъ самой язвы и продолжительности теченія. Наконецъ, еслибы у больного и былъ когда либо сифилисъ, то это вовсе не исключаетъ возможности развитія какаго либо новообразованія эпителиальнаго (Kaposi¹⁾). О lupus exedens и говорить нечего. Всякое другое новообразование на почвѣ соединительной ткани исключается, такъ какъ мы не имѣемъ никакого узла. Изъ новообразованій, представляющихъ атипическое разрастаніе эпителия, раковое изъязвление не имѣетъ мѣста вслѣдствіе незначительности инфильтраціи и отсутствія пораженія железъ. Остается только то язвенное эпителиальное новообразование, которое извѣстно подъ именемъ epithelioma rodens.

На разрѣзѣ черезъ дно и края язвы видно, что новообразование занимаетъ слой не болѣе 2½ миллиметровъ въ толщину и рѣзко ограничивается отъ окружающей ткани.

Микроскопическое исследование. На срѣзахъ, окрашенныхъ гематоксилиномъ съ эозиномъ, при небольшомъ увеличеніи (Hartnack, oc. 3, об. 4) видно, что новообразование есть результатъ атипическаго разрастанія эпителия, дающаго слѣдующую картину. Разсматривая край язвы на самомъ отдаленномъ мѣстѣ отъ дна язвы, замѣчаемъ: сосочки и покрывающій ихъ Мальпигіевъ слой нормальны, разрошеній нѣтъ, но подъ нимъ мелко-кѣлочковая инфильтрація папиллярнаго слоя стромы, но не густая. Подвигаясь далѣе къ краю, замѣтны сначала одинъ, а затѣмъ другой отпрыскъ изъ Мальпигіева слоя; въ основаніи оба они болѣе узкіе, а затѣмъ, слегка расширяясь и оставляя между собой гнѣздо стромы, на нѣкоторомъ разстояніи сливаются, образуя скопленіе, лежащее параллельно направленію наружной кожицы. Здѣсь же замѣчается густая соединительно-тканно-

кѣлочковая инфильтрація въ подлежащей и прилежащей соединительной ткани. Еще далѣе къ этому, болѣе глубокому эпителиальному скопленію, подходят слѣдующіе отпрыски, но болѣе тонкіе. Далѣе, слѣдующіе отпрыски Мальпигіева слоя менѣе глубоко видѣются; за ними слѣдуютъ общая полоса кѣлочной инфильтраціи стромы. Еще далѣе—болѣе широкій, но не глубоко врастающій отпрыскъ; здѣсь же, на такомъ же приблизительномъ разстояніи въ ширину, идетъ и болѣе густая инфильтрація стромы. Затѣмъ слѣдуютъ незначительные мелкіе отпрыски въ видѣ язычковъ, почти не уклоняющіеся отъ нормы; здѣсь и кѣлочная инфильтрація не такъ густа. На незначительномъ разстояніи отъ дна слѣдуетъ цѣлый рядъ все глубже и глубже вдающихся отпрысковъ въ видѣ язычковъ, цилиндровъ, несущихъ на себѣ меньшіе отпрыски эпителия, и всюду за ними слѣдуетъ кѣлочковая (грануляціонная) инфильтрація подлежащей стромы; промежутки между ними то узкіе, то болѣе широкіе, иногда же очень узкіе и упирающіеся въ Мальпигіевъ слой между отпрысками. Эти промежутки инфильтрированы менѣе молодыми круглыми соединительно-тканными элементами. Въ этихъ то промежуткахъ довольно часто попадаютъ капиллярные сосуды или во всю длину, или на разстояніи (отрѣзки). Почти на мѣстѣ перехода края въ дно, подъ этимъ отпрысками Мальпигіева слоя находится небольшіе островки, состоящіе изъ эпителиальныхъ кѣлокъ различныхъ формъ, но по периферіи съ каймой изъ цилиндрическаго эпителия.

Ненормально удлинненныя сосочки соединительной ткани, идущіе между отпрысками эпителия на край дна, непосредственно выходятъ на поверхность его и чрезвычайно густо гранулированы. Въ самомъ днѣ такихъ длинныхъ отпрысковъ уже нѣтъ,—остались отъ нихъ только нижнія части ихъ, за то здѣсь-то болѣе всего уже эпителиальныхъ скопленій въ видѣ отдѣльныхъ круговъ, оваловъ или скопленій болѣе полигональной формы. Весьма не трудно представить себѣ, откуда они произошли. Выше мы замѣтили, что отпрыски Мальпигіева слоя даютъ боковые отпрыски. Слѣдовательно это тѣ же самые отпрыски, но идущіе перпендикулярно плоскости срѣза; слѣдовательно они сами-то перерѣзаны въ поперечномъ направленіи, отчего и получились вышеуказанныя формы скопленій то округ-

¹⁾ Kaposi M. Pathologia et therapia siphilisa, русск. перев., стр. 186, 1882 г.

лыхъ, то овальныхъ, то болѣе неправильныхъ съ углами. Это особенно ясно, разсматривая ихъ еще въ краѣ язвы подъ вышеописанными отростками. Поэтому и тѣ неправильной формы эпителиальныя скопленія, которыя попадаютъ преимущественно въ центрѣ дна язвы, очевидно такого же происхожденія. Но такъ какъ центръ язвы вмѣстѣ съ тѣмъ и самое старое мѣсто—то очевидно, что отростки, прежде бывшіе, успѣли уже вывести наружу процессомъ излѣзденія. Замѣчательно, что вся толща дна, занятая новообразованіемъ, значительно толще той части края, который непосредственно прилегаетъ ко дну, и именно той части, гдѣ ясно видны глубоко вдающіеся отростки Мальпигіева слоя, но въ основаніи своемъ совершенно еще не потерявшіе съ нимъ связи. А вѣдь очевидно, что таковы же начальный процессъ былъ и въ самомъ старомъ мѣстѣ, въ центрѣ язвы, т. е. и здѣсь раньше были эти глубоки отростки. Если принять во вниманіе, что углубленіе весьма небольшое, то очевидно, что они выброшены наружу, а эпителиальныя скопленія, лежавшія глубже—привдвинуты къ уровню дна.

Идя далѣе, все ближе къ центру язвы и передвигаясь далѣе на другую сторону, мы видимъ, что за слоемъ эпителиальныхъ острововъ слѣдуютъ болѣе глубоко лежащіе острова, а выше ихъ уже и отростки эпителия въ видѣ языка, а приближаясь еще ближе къ противоположному краю язвы—мы находимъ, что вышележащіе языки имѣютъ вверхъ, т. е. у поверхности дна язвы, связь между собою и становятся длиннѣе, а ниже ихъ начинаютъ исчезать вышеописанныя эпителиальныя скопленія въ видѣ острововъ. Очевидно, что это только подтверждаетъ вышесказанную мысль о выбрасываніи наружу эпителиальныхъ отростковъ и о выдвиганіи острововъ изъ болѣе глубокихъ слоевъ дна къ поверхности его.

У самого противоположнаго края еще замѣтны отростки въ видѣ языковъ, но они разъединены между собою стромой, входящей на поверхность дна язвы, а затѣмъ слѣдуетъ та же картина, которая была описана вначалѣ, когда мы описывали отростки въ краѣ язвы, т. е. и противоположный край состоитъ изъ данныхъ отростковъ, идущихъ почти до глубины самыхъ нижнихъ слоевъ, занятыхъ новообразованіемъ. Удаляясь отъ края, сосочки и отростки уменьшаются и перехо-

дятъ постепенно въ нормальную кожу. Выше я замѣтилъ, что эти эпителиальныя отростки на своей вершинѣ, т. е. впереди себя по направленію роста, или глубже себя, имѣютъ клѣточную инфильтрацію соединительно-тканной стромы, которая тѣмъ гуще, чѣмъ глубже вдается отростокъ, а равно въ днѣ, глубже вышеописанныхъ эпителиальныхъ острововъ и между ними. Въ противоположномъ краѣ тоже самое. Но эта клѣточная инфильтрація папиллярнаго слоя продолжается гораздо далѣе въ краяхъ, т. е. далѣе, чѣмъ замѣтно начинающееся разрастаніе эпителиальныхъ отростковъ изъ Мальпигіева слоя наружной кожицы, но она только не такъ густа. Вышеописанная картина есть точная фотографія на словахъ одного препарата, идя отъ здоровыхъ частей одного края черезъ него, черезъ дно и противоположный край, переходящій въ здоровыя ткани.

Если бы я описалъ цѣлый рядъ срѣзовъ, картина въ общихъ чертахъ получилась бы та же самая, развѣ только разница въ не многихъ деталяхъ. Такъ напр., на одномъ изъ препаратовъ видно, что довольно далеко за границей начинающагося разрастанія отростковъ отъ Мальпигіева слоя, гдѣ сосочки совсѣмъ не рѣзко выражены, гдѣ пограничная линія Мальпигіева слоя выражена самой легкой волнистостью, видна бываетъ по мѣстамъ очень густая инфильтрація подлежащей соединительно-тканной стромы; то же замѣчается и на другихъ препаратахъ. Видя въ то же самое время, что болѣе частая инфильтрація подлежащей стромы вездѣ соответствуетъ вершинѣ отростковъ эпителия—невольно навязывается мысль, что вѣроятно здѣсь началось разрастаніе эпителия въ видѣ отростка. Другими словами, что образованію первоначальному отростка изъ Мальпигіева слоя непременно предшествуетъ усиленное размноженіе соединительно-тканныхъ клѣтокъ въ этомъ же мѣстѣ, т. е. здѣсь какъ будто готовится сначала почва для вросанія, а затѣмъ уже слѣдуетъ и само разрастаніе эпителия въ видѣ отростковъ.

При болѣе значительномъ увеличеніи (ос. 3, об. 7 и 8) видно, что результатомъ этой густой клѣточной инфильтраціи является то, что строма, состоящая изъ густо переплетающихся волоконъ, плотно прилегающихъ другъ къ другу, терять эту волнистость, а слѣдовательно и плотность, замѣняется тканью

сь преобладаніемъ круглыхъ соединительно-тканыхъ клѣточныхъ элементовъ и съ постепеннымъ исчезаніемъ фибриновыхъ волоконъ. Очевидно, что послѣдняя ткань болѣе рыхла, а потому и обладаетъ меньшею способностью сопротивленія вѣдрѣнію отпрысковъ изъ Мальпигіева слоя. Опять таки повторяю, что на такую мысль наводитъ естественно рождающееся сопоставленіе вышеуказанныхъ фактовъ. Такъ ли на самомъ дѣлѣ, сказать трудно—другихъ доказательствъ нѣтъ; но тогда вообще придется отказываться по крайней мѣрѣ.

Въ самомъ дѣлѣ эта клѣточковая инфильтрація выражена весьма рѣзкимъ образомъ и между эпителиальными скопленіями проникаетъ до поверхности дна. Въ тѣхъ мѣстахъ въ краѣ, гдѣ, какъ я сказалъ раньше, сосочки не обнажены еще отъ эпителия наружной кожицы, тамъ клѣточная инфильтрація менѣе выражена. На вѣкоторомъ разстояніи подъ дномъ язвы въ глубинѣ, гдѣ постепенно опять уменьшается клѣточковая инфильтрація, замѣтно даже какъ бы уплотненіе подлежащей соединительной ткани.

Что касается эпителиальныхъ отпрысковъ и эпителиальныхъ скопленій, то границы ихъ рѣзко очерчены отъ прилежащей соединительной ткани. Внутри ихъ клѣтки болѣе или менѣе удлинненной формы или полигональной и по периферіи своей цилиндрическаго эпителия, при чемъ концы, обращенный внутрь скопленія, иногда имѣютъ и болѣе суженную форму, такъ что линія внутренняго зубчата или волниста (частоколь). Величина клѣтокъ—какъ и въ Мальпигіевомъ слое. Иногда граница была не менѣе ясна, какъ и обыкновенно въ нормальномъ состояніи, между наружной кожицей и сосочкомъ.

Весьма рѣдко въ данномъ случаѣ можно было встрѣтить образование маленькихъ эпидермоидальныхъ шаровъ, а именно въ центрѣ эпителиальнаго скопленія скученность клѣтокъ въ видѣ гнѣзда. Но послѣднее еще рѣже. Очевидно, что это первая стадія образованія эпидермоидальнаго шара. Присутствіе этихъ шаровъ не имѣетъ конечно особеннаго значенія, тѣмъ болѣе, что ихъ можно встрѣтить и въ эпидермисѣ нормальной кожи¹⁾. Оставаясь вѣрнымъ фотографированію этого случая, я упомяну о томъ, что въ одномъ мѣстѣ края язвы, на отпрыскѣ

¹⁾ Вернейль назвалъ *globes epidermiques* также въ сморзѣтѣ праерупіи новорожденныхъ, а также и въ *gl. thymus*, *Bullet. d. la Société Anatomique de Paris*, 1857 г. 2 serie t. II, p. 10.

сь очень широкимъ основаніемъ, посылающимъ отъ себя вторичные отпрыски, можно было видѣть значительное наслоеніе роговаго слоя, выдающагося въ видѣ зуба.

Что касается стѣнокъ сосудовъ, то онѣ утолщены главнымъ образомъ на счетъ *intima* и *adventitia*; въ первой—разростаніе эндотелия въ видѣ сосочковъ, во второй—развитіе волокнистой соединительной ткани, хотя и *media* представлялась утолщенной. Стѣнки кавернозныхъ полостей тоже утолщены на счетъ разрастанія окружающей соединительной ткани. Такое развитіе замѣчалось даже вѣздѣ капилляровъ.

Первые стволы на поперечныхъ разрѣзахъ представляли значительное развитіе волокнистой ткани въ наружномъ своемъ влагалищѣ, а равно и между нервными волокнами. Ближе къ району язвы замѣчается увеличенное количество клѣтокъ соединительно-тканыхъ, какъ въ наружномъ влагалищѣ, такъ и въ пучкахъ, идущихъ между отдѣльными волокнами. Этимъ интерстиціальнымъ процессомъ въ нервахъ вѣроятно и объясняется безболѣзненность язвы.

Отмѣчу еще одно обстоятельство. Тамъ гдѣ Мальпигіевъ слой на препаратѣ отсталъ отъ соединительно-тканной основы сосочкаго слоя, далеко отъ края язвы, гдѣ не было разрощенія его въ видѣ отпрысковъ, но въ предѣлахъ увеличенія молодыхъ соединительно-тканыхъ клѣтокъ, замѣчалась капля-то блестящая зернистая, точечная, совсемъ почти неокрашивающаяся зоною.

Я подробнѣе остановился на описаніи микроскопической картины, потому что здѣсь явленія атипическаго разрастанія эпителия выражены въ болѣе простой формѣ и несложной картинѣ.

Далѣе, здѣсь же весьма ясно видно, что не можетъ быть и рѣчи объ атипическомъ разрастаніи эпителия изъ железъ, такъ какъ ихъ здѣсь нѣтъ и я ихъ ни разу на своихъ препаратахъ не наблюдалъ. Такъ называемыя Лиссоны железы (обычно на внутренней поверхности крайней плоти) иногда наблюдаются, но только не на *glans penis*, а на *frenulum* ея. Самый процессъ изъясненія мнѣ кажется весьма простымъ. Разрастанія Мальпигіева слоя могутъ дойти до извѣстнаго предѣла, за которымъ слѣдуетъ уменьшеніе, а въ дальнѣйшихъ степеняхъ и прекращеніе питанія не только эпителиальныхъ вѣдрей, но и

стромы. Постепенное разрастание их в ширину сдавливает сосочки и питание прекращается. Так начинается изъязвление. Такой же процесс продолжается дальше в краѣ. Путемъ грануляцій, что особенно выражено в другихъ случаяхъ, и поверхностной некролизаціи поверхностные слои дна язвы выводятся съ распадомъ.

Разрыхленіе стромы за предѣлы ясно выраженнаго разрастанія вѣроятно подготавливаетъ почву для болѣе легкаго востанія отрпысковъ, (а можетъ быть и вызываетъ его), чѣмъ и обуславливается распространеніе язвы по поверхности. Вѣроятно размноженіе кѣтокъ в стромѣ, в болѣе отдаленныхъ частяхъ отъ края, есть явленіе первичное, а появленіе отрпысковъ—вторичное, такъ какъ первое наблюдается тамъ, гдѣ еще нѣтъ появленія отрпысковъ.

И здѣсь, какъ в болѣе обширныхъ язвахъ, незначительность толщины новообразованія (въ періодъ развитія около трехъ лѣтъ) заставляетъ думать, что оно уносится путемъ изъязвленія, что роль эта, въ связи съ неглубиной пораженія, принадлежитъ разрастанію соединительно-тканыхъ элементовъ въ поверхностныхъ слояхъ дна дающихъ настоящую грануляціонную ткань. Но ткань эта мало жизнелюба вслѣдствіе плохого питанія, обусловленнаго измѣненіемъ протѣка сосудовъ, а можетъ быть и вслѣдствіе нервныхъ вліаній, хотя измѣненіе въ нервахъ в нашихъ случаяхъ явленіе менѣе постоянное.

Появленіе эпителиальныхъ отрпысковъ на периферіи совершается болѣе быстро, чѣмъ востаніе эпителиальныхъ элементовъ въ глубину. Это фактъ, который констатируетъ клиническое наблюденіе, что *ulcus rodens* распространяется болѣе по поверхности, чѣмъ въ глубину. Распространеніе въ глубину объясняется вѣроятно идущимъ впереди новообразованія размноженіемъ соединительно-тканыхъ кѣтокъ и размягченіемъ подлежащей ткани (напр. вышеописанное разѣданіе хряща). Чѣмъ же обуславливалось и въ чемъ состоитъ самое первое появленіе этого заболѣванія—сказать трудно, такъ какъ едва ли кѣмъ либо было наблюдаемо. Быть можетъ на это укажутъ какіе нибудь клиническіе факты. Въ сожалѣнію начало заболѣванія относится къ тому періоду, когда клинически оно не опредѣляется, а потому и микроскопически изслѣдовано быть не можетъ.

Можетъ быть и то, что изслѣдованіе въ другомъ направленіи дастъ намъ разгадку, т. е. укажетъ на этиологической моментъ въ видѣ особаго микроорганизма, выдряжающагося и очень медленно размножающагося, быть можетъ исключительно сидящаго въ кѣткахъ эпителия, а быть можетъ гдѣ нибудь в границѣ въ поверхностныхъ слояхъ папиллярнаго слоя кожи. Все это очень гадательно, а организмъ этотъ долженъ быть очень особенный. Можетъ быть въ первомъ періодѣ развитія новообразованія, а равно и въ послѣдующемъ играетъ роль также недостаточное кровенаполненіе, а вслѣдствіе этого и заустѣніе сосудовъ папиллярнаго слоя *corii*. Это заустѣніе капилляровъ обуславливается также развитіемъ соединительной ткани вокругъ капилляровъ этого слоя, какъ въ данномъ, такъ и въ другихъ случаяхъ, хотя и очень рѣдко.

Epithelioma rodens palpebrae infer. oculi dextri.

(Случай 10-й).

Евламія С — кал, вдова священника, 57 лѣтъ отъ роду, поступила въ нашу клинику 7 іюня 1888 г. Больная съ хорошимъ общимъ питаніемъ. На правомъ нижнемъ вѣкъ по срединѣ его, не много отступя отъ рѣсничнаго края, небольшая язва. Дно, послѣ пребыванія подъ влажной повязкой и отпаденія корокъ, — ровное, съ плотными мелко-зернистыми грануляціями. Язва имѣетъ овальное очертаніе, величиной въ серебряный гривенникъ. Края язвы незначительно уплотнены, ровны, безъ бугристостей. Кожа ихъ нормальнаго цвѣта, безъ всякой воспалительной реакціи въ ней и по соудѣству. Соединительная оболочка нижняго вѣка безъ измѣненій. При усиленномъ активномъ скатіи вѣкъ (сокращеніе *m. orbicularis*) язву можно сдвигать, хотя не особенно значительно, — слѣдовательно толща тканей, занятая новообразованіемъ, простирается до мышечнаго слоя этой области. По словамъ больной, сифилисомъ не болѣла, да и объективныхъ признаковъ (рубцовъ, періоститовъ, язвъ) въ пользу такого заболѣванія нѣтъ. Лимфатическія железы сосѣднихъ областей и въ другихъ областяхъ тѣла нормальной величины и консистенціи. Язва существуетъ около 3 лѣтъ. На основаніи пріемовъ, которые были приложены въ другихъ случаяхъ, исключается злопозное, сифилитическое и раковое пораженіе. Диагнозъ—*epithelioma rodens* или *ulcus rodens*.

Вырзываніе язвы 14 іюня; часть мышечнаго подлежащаго слоя и слизистая оболочка вѣка оставлены въ ранѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе показало, что въ сильно гранулированную строму имѣется атипическое видѣніе эпителиальныхъ отрпысковъ изъ Мальпигіева слоя, а отчасти изъ волосяныхъ вѣшковъ. Толщина пораженнаго слоя — $1\frac{1}{2}$ мм. Потовыя и сальные железы не служатъ источникомъ разрастанія. Характеръ эпителиальныхъ видѣній такой же, какой уже описать въ предыдущемъ случаѣ. Ранища состоятъ въ томъ, что отдѣльные островки дна болѣе значительной величины. Строма также сильно гранулирована и содержитъ также въ различныхъ слояхъ дна, какъ это уже описано мною въ другихъ случаяхъ.

Въ нѣкоторыхъ эпителиальныхъ скопленіяхъ замѣчается слизистое перерожденіе кѣтокъ, результатомъ чего являются уже описанныя полости неправильной формы съ зернистымъ и нитчатымъ осадкомъ (препаратъ фиксировался спиртомъ). Стѣнки артерій утолщены (intima, media и adventitia). Если бы мнѣ пришлось также подробно описать этотъ случай, какъ и предыдущій, я долженъ былъ бы повторить то же самое, что и въ предыдущемъ случаѣ.

Итакъ, резюмируя все, что мы нашли при микроскопическомъ изслѣдованіи различныхъ случаевъ *ulcus rodens*, приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ.

Ulcus rodens не есть простая язва, такъ какъ она содержитъ, кромѣ стромы въ краяхъ и днѣ, еще эпителиальныя образованія, обусловленныя атипическимъ разрастаніемъ эпитеція Мальпигіева слоя и наружнаго волосянаго влагалица въ видѣ кобы, цилиндровъ, вѣтвищихся и анастомозирующихъ между собою, на разрѣзахъ образующихъ или вполнѣ, или частью выраженное сѣтчатое строеніе, или самой разнообразной формы изолированныя острова эпителиальныхъ скопленій. Скопленія эпителиальныхъ элементовъ въ видѣ отдѣльныхъ острововъ чаще попадаютъ въ днѣ язвы, чѣмъ въ краѣ, заимомъ новообразованіемъ. Эти эпителиальныя отрпыски Мальпигіева слоя и наружнаго волосянаго влагалица и островки эпитеція состоятъ изъ кѣтокъ, имѣющихъ характеръ кѣтокъ Мальпигіева слоя. Какъ отрпыски, такъ и отдѣльныя скопленія въ видѣ острововъ

различныхъ формъ всегда рѣзко ограничены отъ стромы и имѣютъ на своемъ краѣ кайму изъ цилиндрическаго эпитеція, т. е. явля отъ периферіи вутрь, повторяется строеніе наружной кожицы за исключеніемъ роговаго слоя.

Отдѣльные острова суть не болѣе, какъ перерѣзанныя попереко развѣтвленія вышеуказанныхъ отрпысковъ Мальпигіева слоя и наружнаго волосянаго влагалица.

Разрастанію и появленію отрпысковъ предшествуетъ мелко-кѣтчатая инфильтрація подлежащей стромы.

Строма состоитъ изъ подлежащей соединительной ткани согі, сильно инфильтрированной кѣтчатыми элементами (молодыми кѣтками соединительной ткани),—это въ краѣ. Чѣмъ ближе мы подвигаемся ко дну язвы, тѣмъ сильнѣе кѣтчатая инфильтрація, а въ поверхностныхъ слояхъ дна она имѣетъ видъ настоящей грануляціонной ткани.

Кѣтчатая инфильтрація стромы простирается глубже находящихся въ днѣ эпителиальныхъ скопленій — она предшествуетъ эпителиальнымъ видѣніямъ.

Вслѣдствіе кѣтчатой инфильтраціи строма становится рыхлѣе, а потому податливѣе и менѣе противоѣдствуетъ атипическому востанію эпитеція, чѣмъ и обусловливается поступательное востаніе новообразованія въ глубину.

Если разрастаніе простирается до хряща—оно развѣдается грануляціями (процессъ аналогичный остеопорозу).

Тотъ же процессъ происходитъ и въ костяхъ; подлежащая мышечная ткань лифильтрируется молодыми соединительно-тканнатыми кѣтками и поперекая исчерченность волоконъ исчезаетъ и мышечные элементы зернисто перерождаются.

Не смотря на разрастаніе, хотя и медленное эпителиальныхъ образованій, вѣдвляющихся въ глубину,—толща новообразованія остается очень незначительной. Это обусловливается тѣмъ, что за видѣніемъ эпителиальныхъ образованій въ глубину — по пятамъ слѣдуетъ некротическій процессъ въ поверхностныхъ слояхъ дна язвеннаго новообразованія.

Новообразованіе долго держится въ поверхностныхъ слояхъ — въ кожѣ, благодаря тому, что эпителиальныя видѣнія выдвигаются процессомъ грануляціоннымъ.

Некротическому разрушенію (язвенному процессу) способ-

ствуется слизистое перерождение клеток этих эпителиальных образований, а равно недостаточность питания как эпителиальных клеточных скоплений, так и поверхностных слоев стромы, вследствие уменьшения притока крови, что обуславливается сужением просвета артерий.

Разрастающаяся из более глубоких слоев грануляций безсилна в выведении эпителиальных образований, так как сами они мало жизнены в силу вышеуказанного недостаточного снабжения питательным материалом, а может быть в силу внешних влияний от соприкосновения с воздухом.

В тех случаях, где победа остается за грануляциями—сами они настолько безжизненны, что неспособны переходить в более стойкую ткань, как необходимое условие для того, чтобы надвигающееся эпителиальное разрастание с краев могло бы повести к полному закрытию дефекта. Впрочем полное выведение эпителиальных скоплений из дна совершается рывко, рывке чем даже замечается рубцевание. Второе условие, мешающее заживлению, это атипическое разрастание эпителия Мальпигиева слоя в край. Постоянное разрастание отпрысков эпителия по периферии, с захватыванием подлежащей ткани и ее сдавлением, обуславливает нарушение питания как в строме так и в разросшихся эпителиальных отпрысках из Мальпигиева слоя. Результатом этого является последовательно процесс некротический в краях, чему способствуют вышеуказанные причины общего уменьшения притока крови в районе язвы, вследствие перерождения стенок сосудов. И в край, как и в днѣ, за процессом новообразовательным, выражающимся разрастанием атипическим из Мальпигиева слоя, понтоно слѣдует процесс некротический (разрушение путем изъязвления).

Сейчас указанный процесс (некротизация в край) выражается распространением изъязвления по поверхности, т. е. в ширину.

Вследствие того, что за процессом новообразовательным слѣдует сейчас же процесс некротический—тогда новообразование как в краях, так и в днѣ всегда незначительна. Это и объясняет нам известную клиническую картину этой язвы, что инфильтрация новообразовательная крайев всегда незначительна.

Какую роль играет поражение артерий, ясно изь сейчас сказанного—уменьшение питательного материала и правильной циркуляции соков.

Наблюдающееся перерождение нервов—*neuritis interstitialis*—вѣроятно тоже изьбегъ отношенію къ процессамъ нарушенія питания, но роль этого фактора менѣе ясна, хотя этимъ перерожденіемъ нервовъ объясняется тотъ клинический фактъ, что язва всегда остается безболѣзненной. Въ нашихъ случаяхъ она всегда была таковой.

Вышеуказанный процессъ изъязвления, распространяющагося вь глубину и вь ширину, вполне заслуживаетъ того, чтобы и язву назвать разьѣдающей, такъ какъ она постепенно вовлекаетъ вь язвенный процессъ здоровыя ткани по периферіи, а также и вь глубину.

Размноженіе соединительно-тканныхъ клетокъ вь папиллярномъ слоеѣ, на границѣ съ Мальпигиевымъ слоемъ, и обусловленное этимъ разрыхленіе стромы вѣроятно вызываютъ разрастаніе отпрысковъ, подготовивъ для этого почву. Нахожденіе этихъ элементовъ вь чертѣ нижняго слоя клетокъ еще болѣе подтверждаетъ это воззрѣніе на причины, предшествующія и обуславливающія появленіе клеточныхъ отпрысковъ изь Мальпигиева слоя.

Вь дальнѣйшемъ проведеніи анализа этого факта мы приближались къ тому моменту вь развитіи новообразованія, гдѣ нельзя представляется вопросъ, что же обусловило вьрстаніе *перваго отпрыска*?

Мы указали на то, что это есть та самая первая фаза развитія нашего новообразованія, которая не диагностируется клинически, но отсутствіи всякихъ клиническихъ признаковъ для такой ранней стадіи развитія занимающей насъ клинической формы, а потому не можетъ быть изьсѣдуема и микроскопически.

Здѣсь мы у того момента вь развитіи новообразованія, за которымъ уже начинается самая темная вещь вь ученіи о новообразованіяхъ—это именно *этиологія*, т. е. познание причиннаго момента и исходнаго пункта,—исходнаго элемента, изь котораго начинается ростъ новообразованія.

Если бы взглянуть на этотъ моментъ съ клинической сто-

роны, то мы бы получили кое какія указанія въ примѣненіи къ занимающей насъ клинической формѣ, т. е. *ulcus rodens*.

При вопросѣ, задаваемомъ больному, съ чего началась язва, всѣ почти указываютъ на то, что были или бородавка, или пятно, или прыщъ (у англичанъ *pimple*¹⁾, которые такъ или иначе большой опарашалъ, или содралъ нечаяннымъ образомъ, — слѣдовательно причина травматическая. Такіе прыщи и пятна существуютъ всю жизнь у различныхъ людей и до самой смерти, ихъ не трогаютъ и ничто не развивается въ смыслѣ патологическомъ. Послѣ такого опарашанія является язвочка, которая или иногда подживаетъ, или остается постоянной съ медленнымъ разрастаніемъ до той язвы, которая клинически извѣстна какъ *ulcus rodens*.

Какое значеніе имѣетъ эта травматическая причина, давшая самую невинную эскориацию, а затѣмъ и язвочку? Безспорно реакціей на эту травму было размноженіе кѣловокъ подлежащей ткани, т. е. процессъ, который мы обозначили, какъ процессъ грануляціонной инфильтраціи стромы. Изъ рассмотрѣнія же отдѣльныхъ случаевъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи, мы вывели извѣстное значеніе и немаловажное въ жизни этого новообразованія. Результатомъ явилось разрыхленіе почки, уменьшеніе той плотности и того сопротивленія, которое она выказываетъ эпителиальному слою кожи (т. е. наружной кожицѣ). Этимъ же путемъ, т. е. травматическимъ, образуется и то окно, черезъ которое свободно могутъ вѣдраться микроорганизмы и обусловить вышеописанную инфильтрацію (какъ результатъ реакціи) круглыми элементами подлежащаго слоя кожи, которая далеко сравнительно распространяется за попомъ эпителиальныхъ отпрысковъ и которую мы путемъ вышеприведеннаго сопоставленія (см. случай 9-й) считаемъ за одинъ изъ моментовъ, обуславливающихъ разрастаніе эпителиальныхъ отпрысковъ изъ Мальпигіева слоя.

Но здѣсь каждый вырвавъ сдѣлать возраженіе, которое само собой является и у меня. Оно заключается въ томъ, что безспорно масса людей быть можетъ опарашиваютъ такіе же прыщи, бородавки и пятнышки безъ того, чтобы образовалась та

¹⁾ Смотри объ этомъ въ литературномъ очеркѣ, а также въ нѣкоторыхъ изъ нашихъ случаевъ.

язва, которую называютъ *ulcus rodens*, хотя у хирурговъ и въ публикѣ существуетъ страхъ передъ этого рода образованіями, пользующимся нѣкоторымъ образомъ правомъ *nomi me tangere*. Я самъ убѣжденъ въ томъ, что не изъ всякаго осадѣнія такого рода образованій можетъ развиваться серьезное страданіе въ видѣ *ulcus rodens*, или что либо подобное.

Микроскопическое изслѣдованіе показало намъ, что почва, на которой развивается *ulcus rodens*, особенная — съ плохимъ питаніемъ, вслѣдствіе указанныхъ измѣненій въ стѣнкахъ артерій, а можетъ быть и въ нервахъ, такъ какъ послѣдніе не такъ постоянно. На такой почвѣ и развиваются слабыя грануляціи, неспособныя къ производствѣ и безъ склонности къ образованію болѣе стойкой ткани, необходимой для рубцеванія. Съ этой точки зрѣнія понятнѣе становится тотъ клиническій фактъ, что *ulcus rodens* можетъ развиваться только послѣ 30 лѣтъ, а обыкновенно же въ болѣе поздній періодъ, послѣ 40 лѣтъ и болѣе, когда измѣненія въ артеріяхъ и безъ того идутъ въ томъ направленіи, какое мы видѣли при изслѣдованіи *ulcus rodens*, — утолщеніе всѣхъ оболочекъ съ сжужженіемъ просвѣта, иногда до полного закрытія (*endoarteritis obliterans*) и съ потерей эластичности ихъ, столь важной въ дѣлѣ правильнаго кровообращенія (быть можетъ и перерожденіе нервовъ играетъ роль въ томъ же невыгодномъ направленіи).

То же обстоятельство, что *ulcus rodens* чаще появляется на лицѣ, можетъ до нѣкоторой степени найти себѣ объясненіе въ томъ, что это есть та часть тѣла, которая остается постоянно открытой, слѣдовательно доступной самымъ рѣзкимъ вліяніямъ термическимъ, колебаніямъ влажности, механическимъ (вѣтеръ, пыль и проч.). Вліяніе этихъ условій, между прочимъ, можетъ сказаться и на сосудахъ этой области, а равно и на нервахъ; съ образованіемъ же перваго изъязвленія — непосредственно и на язву. Этому нисколько не противорѣчатъ находженіе этой язвы въ рѣдкихъ случаяхъ на *penis*, рылецѣ матки, деснѣ и проч. Такимъ образомъ клиническіе факты находятъ себѣ объясненіе въ вышеизложенномъ.

Слѣдовательно, разъ имѣется вышеозначенная благоприятная почва, дальнѣйшее развитіе возможно путемъ атипическаго разрастанія эпителия въ подлежащую ткань тѣмъ спосо-

бомъ, условия котораго мы старались уяснить себѣ при микроскопическомъ изслѣдованіи.

Что постоянныя раздраженія участковъ поверхности человѣческаго тѣла могутъ вызвать известныя измѣненія въ артеріяхъ—миѣ кажется весьма вѣроятнымъ. Съ этимъ вѣроятіемъ согласуется и то обстоятельство, что не всегда при клиническомъ изслѣдованіи доступныхъ ощущиванію артерій (radialis, temporalis) можно констатировать столь сильныя измѣненія ихъ стѣнокъ, какия составляютъ правило при микроскопическомъ изслѣдованіи участковъ, гдѣ развилась эта язва.

При описаніи отдѣльных случаевъ я обратилъ вниманіе на то, что почти всегда въ сосудахъ, между двухъ сосѣднихъ ненормально разросшихся отпрысковъ, можно констатировать присутствіе капиллярнаго сосуда, часто окруженнаго весьма незначительнымъ количествомъ стромы. Это наводитъ на мысль объ особенномъ значеніи его присутствія, какъ бы той преграды, которая мѣшаетъ разрастанію въ этомъ мѣстѣ эпителиальнаго отпрыска, другими словами, гдѣ есть сосудъ, тамъ и сопротивленіе больше. Что и такой сосудъ можетъ уничтожиться разрастаніемъ въ ширину двухъ сосѣднихъ отпрысковъ—очевидно. Но ясно также и то, что разросшіяся эпителии въ видѣ двухъ отпрысковъ сосѣднихъ уменьшить себѣ и источникъ питанія,—а посему, при извѣстномъ увеличеніи площади (на разрывѣ), долженъ подвергнуться отмиранію, что и обусловитъ изъязвленіе. Но такое постоянство отношенія сосудовъ къ отпрыскамъ доказываетъ, что сосудъ оказываетъ большое сопротивленіе. Отсюда видно второе значеніе измѣненія въ сосудахъ, это—потери втораго фактора, направленного противъ разрастанія эпителия.

Понятно, что тамъ, гдѣ эти сосуды будутъ менѣ наполняться кровью или запускѣвать въ слѣдствіе развитія соединительной ткани въ стѣнкахъ, или при полной облитерации приводящихъ вѣтвей—тамъ они запускѣютъ и не будутъ оказывать сопротивленія или сами по себѣ, или поддерживая большую устойчивость стромы, снабжаемой имъ. Такую роль сосудамъ въ патологическихъ случаяхъ приписываютъ Wölfler ¹⁾, Boll ²⁾ и другіе.

¹⁾ Wölfler. Langenbeck's Arch. für Klin. Chirurgie. Bd. XXIX, 1883 г.

²⁾ Wölfler l. c. s. 796.

Еще раньше мы пришли къ тому выводу, что востаніе отпрысковъ обусловливается разрыхленіемъ стромы, въ слѣдствіе образованія молодыхъ, но круглыхъ соединительно-тканыхъ кѣлокъ и исчезанія болѣе плотной волокнистой ткани, слѣдовательно и болѣе способной къ сопротивленію, что впередъ разрастанія эпителия идеть гранулированіе подлежащей ткани, съ исчезаніемъ плотной волокнистости, атрофіи мышцъ, разбѣданіемъ хрящей и т. д., словомъ подготовленіемъ почвы, за котормъ слѣдуетъ востаніе эпителиальныхъ вѣтвей, будутъ ли это первичныя отпрыски въ краѣ, или разрастаніе эпителиальныхъ скопленій въ видѣ язвы. Словомъ, что всѣ эти эпителиальныя разрастанія совершаются въ стромѣ, благодаря которой Вальдейеръ и назвалъ *ulcus rodens—carcinoma grandulosum*. Мы видѣли роль и другихъ моментовъ.

Намъ остается теперь подтвердить этотъ выводъ другими аналогичными наблюденіями. Что эпителий Мальпигіева слоя реагируетъ усиленнымъ размноженіемъ кѣлокъ не только при раздраженіи его самого, а также и при воспалительныхъ и новообразовательныхъ процессахъ, происходящихъ въ дермѣ, слѣдовательно при раздраженіи, не простирающемся непосредственно на его элементъ, мы имѣемъ подтвержденіе въ трудѣ итальянскаго дерматолога Sebastien Giovanni ¹⁾, задавшаго цѣлью найти нѣкоторые общіе законы физиологичнаго многослойнаго эпителия. Съ этой цѣлью онъ изучалъ измѣненія въ эпителиѣ при раздраженіи его, регенераціи и новообразованіяхъ изъ него развивающихся, или развивающихся въ дермѣ. При простыхъ раздраженіяхъ, наносимыхъ извѣстн. (arg. nitricum, t-ga jodi и проч.) или изнутри (вагновеніе подкожной ткани, возвышенная температура), кѣлочки Мальпигіева слоя представляютъ дѣятельную пролиферацію (посредственное дѣленіе). То же наблюдается при дѣйствіи мушки, въ экземѣ, узелкахъ аспе, изъязвленномъ узелковомъ сифилидѣ и проч., а равно и при регенераціи эпителия. Хотя слабыя раздраженія и обуславливаютъ слабую реакцію, но это тогда, когда она непродолжительна. Напротивъ того, это размноженіе кѣлокъ очень сильно выражено и дѣятельно, если, хотя незначитель-

¹⁾ Archiv delle scienze Mediche; vol. X, n° 16. Turin. Annal. d. dermatologie et d. s. tome VIII, 1887 г., p. 21.

ное раздражение повторяется больше продолжительное время на одном и том же мѣстѣ. Эта усиленная пролиферация замѣчается при хронической экземѣ, psoriasis и проч. Въ случаяхъ воспалительныхъ новообразованій въ толщѣ дермы эпидермисъ реагируетъ также усиленной пролиферацией, если только причина, дѣйствующая изъ глубины, не разрушаетъ непосредственно эпидермиса. Кѣлочная пролиферация въ эпителиѣ выражена и вокругъ язвъ, ранъ и т. д. При кожныхъ опухоляхъ, имѣющихъ свое начало въ дермѣ, замѣчается тоже пролиферация, хотя здѣсь причина можетъ дѣйствовать и на нѣкоторомъ разстояніи. Я обращаю вниманіе на это наблюденіе Джіованнини, такъ какъ оно можетъ объяснить многія стороны въ развитіи кожныхъ новообразованій, выходящихъ не только непосредственно изъ Мальпигіева слоя, но и развивающихся подъ нимъ. Этотъ авторъ обращаетъ вниманіе, что въ послѣднемъ случаѣ кѣлки размножаются весьма быстро, пока новообразование не разрушило еще вышележащаго эпидермиса. Когда дѣло дошло до разрушенія, кѣлочная пролиферация эпителия отступаетъ къ периферіи. Какой же слой эпидермиса больше всего подвергается пролиферации? На это Джіованнини тоже даетъ положительныя указанія. «Вообще размноженіе эпителиальныхъ элементовъ происходитъ въ более молодыхъ кѣлкахъ, т. е. въ болѣе глубоко лежащихъ кѣлкахъ Мальпигіева слоя»¹⁾. «Это происходитъ особенно тогда, когда раздраженіе имѣетъ свою исходную точку въ дермѣ; если эта исходная точка лежитъ снаружи, пролиферация преобладаетъ въ reticulum Malpighii». Это размноженіе кѣлокъ Мальпигіева слоя и обуславливаетъ пролиферацию кѣлокъ Мальпигіева слоя, обуславливаетъ появленіе отпрысковъ его, вступающихъ въ дерму, что ясно представлено у автора на цѣломъ рядѣ рисунковъ при различныхъ патологическихъ состояніяхъ кожи, напр. (fig. 22) при хронической экземѣ или (fig. 42) при простяхъ даже прививкахъ и проч.

Слѣдовательно и на основаніи наблюденій Джіованнини мы имѣемъ право предположить, что это пролигазаніе подлежащаго слоя partis papillaris обуславливаетъ и подготовляетъ почву для востанія. О томъ, что могло вызвать это

¹⁾ Annales de dermatologie I. c., p. 23.

размноженіе кѣлокъ—мы говорили раньше, когда указывали на вѣроятный причинный моментъ—травму—съ послѣдовательными другими агентами, происходящими отъ соприкосновенія съ воздухомъ.

И такъ, мы старались дать возможное объясненіе самому первому развитію атипическаго эпителиальнаго разрастанія, а равно указали на тѣ факторы, которые обуславливаютъ дальнѣйшій ростъ новообразованія и его выдающіяся свойства: изъясвленія, распространеніе по поверхности, видѣніе эпителиальныхъ образованій въ глубину и т. д., словомъ всѣмъ тѣмъ свойствамъ, которыя придаютъ особенную рѣзко выраженную клиническую физиономію этому язвенному новообразованію. Теперь необходимо выяснитъ, какого свойства это атипическое разрастаніе? Другими словами, имѣемъ ли мы право, благодаря тому, что въ этомъ новообразованіи констатируемъ атипическое разрастаніе эпителия, причислитъ его къ раковымъ новообразованіямъ, къ каковымъ его причисляютъ Thiersch (flacher Krebs) и Waldeyer (carcinoma granulolum) или же Wargen, но съ оговоркой о доброкачественности этой формы рака (т. е. злокачественнаго новообразованія!)¹⁾.

Мы приведены въ необходимость коснуться самаго принципа, положеннаго въ основу дѣленія эпителиальныхъ новообразованій на раковыя и не раковыя съ гистологической точки зрѣнія—принципа, состоящаго въ томъ, что эпителиальныя новообразованія, въ которыхъ разрастаніе эпителия гетеротипично (Тирль)²⁾, т. е. «эпителиѣ находится на томъ мѣстѣ, гдѣ онъ обыкновенно не бываетъ», гдѣ имѣется разрастаніе эпителия, «которое не слѣдуетъ никакому определенному типу», иначе «безграничное эпителиальное разрастаніе въ атипическихъ формахъ», «какъ атипическое эпителиальное новообразование» (Waldeyer³⁾). Безспорно, если стать на точку зрѣнія, по которой всѣ раки развиваются изъ существующаго эпителия, то фактъ, что въ нихъ эпителиѣ разросся за предѣлы нормальнаго расположенія, атипически, довольно очевиденъ. Каждый срѣзь изъ рака даетъ такую картину, а слѣдовательно масса срѣзковъ изъ мас-

¹⁾ См. литературный очеркъ.

²⁾ Thiersch, loc. cit. стр. 54.

³⁾ Waldeyer, Virch. Archiv, Bd. 55, стр. 149 и 150.

сы раковъ также будутъ имѣть такой же характеръ микроскопической картины. Отсюда слѣдуетъ, что вообще картина рака будетъ того же характера, т. е. съ атипическимъ и гетеротипическимъ расположеніемъ эпителиальныхъ элементовъ. Къ сожалѣнію не всѣ гистологи согласны въ томъ, что элементы эпителиальные (а по другимъ только эпителиоидные), находящіеся внѣ границы нормальнаго расположенія, происходятъ изъ эпителия, а напротивъ изъ соединительной ткани, т. е. что ракъ-новообразование соединительно-тканнаго типа (Föster, Virchow, Cornil et Ranvier, Klebs, Rindfleisch и пр.). Но другой вопросъ, всякое ли атипическое разрастаніе эпителия есть ракъ. Другими словами—есть ли нераковое атипическое разрастаніе эпителия?

Фридлиндеру ¹⁾ принадлежитъ заслуга въ томъ, что онъ указалъ на случаи атипическаго разрастанія эпителия при различныхъ патологическихъ процессахъ, гдѣ и рѣчи не можетъ быть о раковомъ пораженіи. Такое атипическое разрастаніе эпителия изъ Мальпигиева слоя Фридлиндеръ при lupus наблюдалъ въ видѣ отпрысковъ, идущихъ въ глубину, анастомозирующихъ между собой и образующихъ эпителиальную сѣть; въ образованіи отпрысковъ участвовали даже салыныя железы (стр. 18). Такимъ образомъ это атипическое разрастаніе простиралось довольно глубоко. Въ случаѣ же Busch'a эта глубоко проникающая сѣть эпителия съ эпидермоидальными шарами имѣла такой видъ, что «каждый безпристрастный (Unbefangene) подумалъ бы, что на микроскопическомъ препаратѣ онъ видитъ канкрондъ», а между прочимъ относительно благоприятное теченіе въ продолженіи многихъ годовъ убѣдило въ полной справедливости діагноза (lupus). Есть атипическое разрастаніе эпителия въ фистулезныхъ ходахъ безъ раковаго теченія. Такое атипическое разрастаніе эпителия наблюдалась въ кожѣ при Lepra, при Elephantiasis (что наблюдалъ раньше еще Строгановъ ²⁾). Далѣе такое атипическое разрастаніе наблюдалось въ легкихъ при Phthisis: эпителий бронха разрастался въ видѣ шѣшкочъ (Schläuchen) и отпрысковъ и даже проникалъ въ окружающую ихъ ткань, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ

¹⁾ Friedländer. Über Epitelwucherung and Krebs. 1877 г.

²⁾ Virchow Archiv, Bd. 65, st. 47.

долго существовала въ стѣнкахъ и вокругъ нихъ клѣтчатая инфильтрація. Въ печени было наблюдаемо разрастаніе эпителия желчныхъ ходовъ при атрофическомъ циррозѣ (Cornil, Hanot) и искусственно вызываемо (Charcot et Gombault, Blauvelt) при перевязкѣ ductus choledochus и т. д. Весьма интересны также тѣ наблюденія, гдѣ эпителий железистыхъ пузырьковъ разрастался въ видѣ отпрысковъ при развитіи новообразованія въ стромѣ железы или продолжительныхъ воспалительныхъ процессахъ ¹⁾. Это какъ нельзя болѣе согласуется съ тѣми наблюденіями Giovannini, о которыхъ мы упоминали раньше относительно размноженія клѣтокъ Мальпигиева слоя при развитіи новообразованій въ дермѣ. Въ одномъ случаѣ изъязвившейся соркомъ голени на краю язвы и мѣѣ приходилось наблюдать такое же ненормальное разрастаніе Мальпигиева слоя. Всѣ эти факты и заставили Фридлиндера высказать, на нашъ взглядъ, вполне справедливое положеніе: «послѣ этого невозможно опредѣлить анатомически ракъ, какъ опухоль съ атипическимъ новообразованіемъ эпителия» ²⁾. Не менѣе замѣчательно и то, что Ernst Friedländer находилъ атипическое разрастаніе эпителия въ кистамахъ личика безъ того, чтобы получилось какое нибудь злокачественное новообразование.

Разсматривая условія атипическаго разрастанія эпителия въ ulcus rodens, мы придали громадное значеніе той грануляціонной стромѣ, въ которую вращаетъ эпителий, съ одной стороны благодаря тому, что она то подготавливаетъ почву для вращанія, измѣняя подлежащую ткань—соединительную, мышечную, хрящевую и, вѣроятно, костную, а съ другой—эта же грануляціонная строма есть выраженіе воспалительнаго новообразованія, протекающаго очень медленно ³⁾. А мы знаемъ изъ изслѣдованій Даюваннини, что такой процессъ въ дермѣ обуславливаетъ усиденное размноженіе клѣтокъ самаго глубокаго слоя rete Malpighii, какъ вторичное явленіе. Обобщая свои наблюденія

¹⁾ Friedländer l. c. s. 54.

²⁾ Friedländer, op. cit. s. 33.

³⁾ На выдающееся явленіе въ стромѣ, заставившее Waldeyer'a обозвать ulcus rodens—carcinoma cutis granulosa—обратилъ вниманіе еще Kirsch (см. лит. очеркъ), когда онъ разсуждалъ о томъ, какого характера была его язва; находя громадное количество клѣтчатыхъ элементовъ въ стромѣ, онъ говоритъ, что она напоминаетъ клѣтчатую соркомъ.

относительно атипического разрастания эпителия, Friedländer приходит к такому же выводу: атипическая разрастания наступают там, «где в непосредственном содействии с оболочками, несущими эпителий, разыгрываются процессы новообразования, ведущие к образованию грануляционной ткани, или специфической ткани новообразования»¹⁾. То же обстоятельство, что это разрастание не происходит наружу, а в подлежащую ткань, все-таки может быть объяснено механически. Самая нижняя клетка Мальпигиева слоя бесспорно испытывает давление сверху цѣлаго слоя клеток значительной толщины; слоя, взаимное сближение клеток которого довольно значительно. Если же мы примем во внимание, что ближайшей ей подлежащей ткани разрыхляется, что и такъ называемая мембрана basillaris изменяется в своей плотности, — то возможность меньшаго давления со стороны подлежащей стромы весьма вѣроятна.

Есть много вѣроятій предполагать, что мембрана basillaris вовсе не особенная плотная перепонка: сообщеніе между эпителиемъ и стромой подлежащей существуетъ, что доказывается наблюдениями Беследцаго²⁾.

Последнія изслѣдованія показываютъ по крайней мѣрѣ аналогичныя явленія для кишечника, гдѣ, по изслѣдованіямъ Davidoff³⁾ изъ Мюнхена, мембрана basillaris есть «комплексъ другъ вѣздъ друга расположенныхъ, а можетъ быть анатомически другъ съ другомъ являющихся опрысковъ основанія эпителиальныхъ клетокъ» (стр. 505), чѣмъ и объясняется ея фибриллярное строеніе, по мнѣнію того же автора. Далѣе онъ указываетъ, что есть мѣста, гдѣ ея совсемъ нѣтъ, а существуютъ «непрерывное отношеніе между эпителиемъ и аденоидной тканью». Соединительнотканно-волоконцевую структуру мембраны basillaris признавали Dönitz, Eberth, Kölliker и другіе. Если это дѣйствительно вѣрно, то возможность видѣнія эпителия при измѣненіи дермы вь связи съ вышеуказанными наблюдениями Джованнини еще понятнѣе, такъ какъ давление сверху на клетку сильнѣе.

¹⁾ Friedländer, op. c. s. 56.

²⁾ Рук. къ уч. о тканяхъ—Штриккера. 1873 г., стр. 640.

³⁾ Arch. f. mikroskop. Anat. Bd. XXIX. 1887 г., стр. 495.

Но обратимся къ опѣнкѣ атипичности разрастанія эпителия, какъ гистологическому признаку рака. Вопросъ этотъ подвергнется такой всесторонней критикѣ со стороны Фридлендера, что намъ остается сказать немного. Безспорно есть случаи доброкачественнаго атипического разрастанія, эпителия на что и было указано. Они не даютъ клинической картины злокачественности. При изслѣдованіи ulcus rodens мы указали тоже на гистологическій фактъ атипического разрастанія, но не имѣющаго выраженаго клиническаго характера злокачественности. Гдѣ же нѣтъ злокачественности, тамъ нѣтъ и рака; слѣдовательно соединять съ атипичностью разрастанія эпителия злокачественность—нѣтъ основанія. Waldeyer же частенько случаетъ сдѣлать общій выводъ, но отъ общаго къ частному нельзя сдѣлать заключеніе. Въ силу этого его понятіе «рака» и не покрываетъ всего содержанія, такъ какъ, справедливо замѣчаетъ Фридлендеръ, «хотя атипическое разрастаніе эпителия есть по большей части ракъ, но мы знаемъ, что атипическое разрастаніе можетъ быть чѣмъ нибудь и невиннымъ»¹⁾. Такъ какъ атипичность разрастанія эпителия не всегда сопровождается злокачественностью, то поэтому чисто анатомическаго критерія для рака не существуетъ и попытка въ этомъ отношеніи Вальдейера осталась не вполне удачною, какъ и попытка Тирпа признать ulcus rodens къ раковымъ новообразованіямъ подъ именемъ плоскаго рака кожи или flacher Krebs, на томъ только основаніи, что здѣсь есть гетеротипическое разрастаніе эпителия, что въ переводѣ на терминологию Вальдейера означаетъ атипическое разрастаніе эпителия. Причина, почему атипичность, взятая какъ критерій для рака, не выдерживаетъ строгой критики, не объясняетъ всѣхъ случаевъ, сюда относящихся, заключается въ недостаточности одной морфологической точки зрѣнія, такъ какъ она не выражаетъ главнѣйшаго — всѣхъ процессовъ, происходящихъ въ томъ сложномъ забодѣваніи, которое носитъ названіе «опухоль». Характеръ этихъ процессовъ въ общей суммѣ гораздо болѣе выражается въ клинической картинѣ.

Такимъ образомъ изъ микроскопическаго изслѣдованія ulcus rodens мы узнали, что эпителий въ этомъ явленіи новообразованія разрастается атипически, что эта атипичность сама по

¹⁾ Friedländer, op. cit., s. 33.

себя взятая не есть выражение раковой природы этой патологической формы. Это тѣмъ болѣе справедливо, что эпителий здѣсь простираетъ не прямо въ неизмѣненную подлежащую ткань, а напротивъ того, эти послѣднія сами измѣняются: соединительная ткань превращается въ грануляціонную, хрящъ разрушается тѣмъ же грануляціоннымъ процессомъ, а равно предварительно наступаютъ дегенеративныя измѣненія въ мышцахъ. Слѣдовательно здѣсь нѣтъ востанія клѣточныхъ элементовъ новообразованія въ подлежащую неизмѣненную ткань, какъ это наблюдается въ ракахъ, и нѣтъ того, что называется собственно раковой инфильтраціей. Даже если взять бѣдный клѣточными элементами скіпръ грудной железы, то и здѣсь всегда можно найти отдѣльныя эпителиодныя клѣтки, заложенныя между волоконъ стромы. Послѣднее вѣроятно обусловливается аморбидными движеніями раковыхъ клѣтокъ (Waldeyer и Karmalt¹⁾).

Здѣсь собственно мы подходимъ къ вопросу о значеніи разрушительности новообразованія, какъ признака злокачественности. Что ракъ производитъ такое разрушеніе всѣхъ тканей даже въ сравнительно короткій промежутокъ времени—это не подлежитъ сомнѣнію. Ulcus rodens тоже отличается этимъ свойствомъ, но въ гораздо меньшей степени, что выражается тѣмъ, что разрушеніе незначительной глубины требуетъ десятка лѣтъ. Если при ракахъ разрушеніе производится клѣточными элементами новообразованія, т. е. инфильтраціей окружающихъ здоровыхъ тканей, то въ ulcus rodens играетъ роль не видѣреніе клѣтокъ эпителия, а разрушеніе производится грануляціонными элементами вырастающими изъ стромы. Это существенно отличаетъ ulcus rodens отъ ракавъ, отделяетъ это новообразованіе отъ нихъ, а болѣе приближаетъ къ процессамъ язвеннымъ. Что одинъ фактъ разрушительнаго медленнаго теченія не можетъ приближать это новообразованіе къ ракамъ, видно изъ того, что фунгозные грануляціи разрушаютъ концы суставовъ въ сильнѣйшей степени и гораздо скорѣе. Lupus способенъ произвести тоже значительныя разрушенія. Сифилитическое изъязвленіе не менѣе ужасно бываетъ по глубинѣ и распространенности,—однако же всѣ эти процессы никоимъ образомъ не причисляютъ къ раковымъ, какъ не должно причислять къ таковымъ и ulcus rodens благодаря

¹⁾ Virch. Arch. Band. 55, стр. 486.

только наклонности къ разрушенію, гораздо менѣе выраженной, чѣмъ напримѣръ въ нѣкоторыхъ случаяхъ фунгозныхъ процессовъ въ костяхъ.

Что касается другой черты—это способности рецидивировать, то она еще менѣе заслуживаетъ того, чтобы придать раковый характеръ ulcus rodens. Каждому хирургу извѣстно, что келоиды, неизмѣющие ничего общаго съ раковыми опухолями, тѣмъ не менѣе обладаютъ этой способностью къ рецидивамъ. Ligon²⁾ описываетъ 6 послѣдовательныхъ рецидивовъ послѣ операціи на одномъ и томъ же мѣстѣ; но возвраты эти всегда имѣютъ только мѣстный характеръ³⁾. Такой же наклонностью къ рецидивамъ отличаются и Lupus; послѣ даже тщательнаго произведеннаго выскабливанія, послѣ раннихъ прижиганій, по словамъ Эриксона, болѣзнь можетъ принять еще болѣе разрушительный характеръ (Lupus exedens). Рецидивъ, послѣ выплыванія ulcers rodentis, если онъ только наступаетъ черезъ непродолжительное время, бесспорно говоритъ объ остаткѣ новообразованія. Что дѣйствительно рука не всякаго хирурга въ этомъ отношеніи безгрѣшна, убѣдили меня изслѣдованія препаратовъ, гдѣ иногда можно было констатировать, что ножъ прошелъ черезъ самый край новообразованія, съ оставленіемъ его эпителиальныхъ элементовъ въ ранѣ. Случаевъ очень позднихъ рецидивовъ я не знаю. Но если бы таковой и наблюдался, т. е. что черезъ много лѣтъ язва рецидивировала бы, то вѣроятно это зависѣло бы отъ тѣхъ же моментовъ, которые вызвали и первоначальное новообразованіе, такъ какъ почва-то, которой мы по необходимости должны были придать важное значеніе, осталась та же самая. На важность почвы указалъ уже и проф. Н. Н. Ивановскій⁴⁾. На такое заблужденіе вторичное, спустя долгое время послѣ первичнаго, нужно смотрѣть какъ на «истинный рецидивъ» вмѣстѣ съ Butlin'омъ⁵⁾, т. е. происшедшій не отъ остатковъ новообразованія при въ леченіи (въ ранѣ). Этотъ истинный рецидивъ въ данномъ случаѣ нужно отличать отъ такого же рецидива при новообразованіяхъ, гдѣ вмѣстѣ дѣло съ метастазами, или быть можетъ съ новообразованіемъ, самостоятельно выросшимъ изъ отдѣльнаго за-

²⁾ Проф. Ивановскій. Учебникъ Общ. Патологич. Анатоміи, стр. 300.

³⁾ Эрикссонъ, оп. cit., стр. 978.

⁴⁾ Ивановскій, Проф. Труды Общ. Русск. Врачей, стр. 43.

⁵⁾ Butlin, Henry Trent. Encyclop. internal. de chirurgie. 760. 1885 г.

чатка, как это думает Вернейль¹⁾. Последний сообщал случай, где «рецидив обнаружился на рубцѣ послѣ удаленія рака груди спустя 30 лѣтъ». Сообщение сдѣлано Вернейлемъ на III конгрессѣ хирурговъ въ Парижѣ.

И такъ, наклонность къ разрушенію, или къ рецидивамъ не даетъ намъ основанія для отнесенія *ulcus rodens* къ злокачественнымъ новообразованиямъ. Наклонность къ разрушенію при *ulcus rodens* зависитъ скорѣе отъ почвы, чѣмъ отъ infiltraціи эпителия, т. е. перично роль играетъ не новообразование, а изъязвленіе. Рецидивъ зависитъ отъ почвы и ничего общаго не имѣетъ съ рецидивомъ злокачественныхъ новообразованій зависящихъ при послѣднихъ отъ диссеминаціи и метастазовъ. Последнимъ же обстоятельствомъ объясняется и отсутствіе пораженія лимфатическихъ железъ въ связи съ нестойкостью и безжизненностью клѣтокъ, на что указывалъ еще Моогъ. Такую маложизненность клѣтокъ при *ulcus rodens* мы имѣемъ полное право принять на основаніи замѣченного нами слезистаго перерожденія ихъ въ центральныхъ частяхъ скопленій, а равно и на основанія того, что клѣтки эти, происходя изъ нормального эпителия, высоко дифференцированнаго, менѣе способны къ жизни, чѣмъ эмбриональныя. Анализъ микроскопической картины показалъ намъ, что мы имѣемъ дѣло хотя съ атипическимъ разрастаніемъ эпителия, но отнесшимся къ ряду доброкачественныхъ разрастаній и Конгеймъ былъ правъ, когда совсѣмъ съ другой точки зрѣнія утверждалъ, что поверхностный кожный ракъ, *ulcus rodens* древнихъ, не есть ракъ, т. е. злокачественная опухоль. (Conh. I. c., стр. 681). Микроскопическое изслѣдованіе вывело насъ изъ непонятныхъ и противорѣчивыхъ опредѣленій *ulcus rodens* какъ «хроническаго рака» (Paul), или «доброкачественной формы рака» (Wagten), желавшихъ примирить клиническія данныя съ микроскопической картиной, а равно указано въ чемъ источникъ ошибокъ Тирша и Вальдефера.

Клиническая картина, указывающая на неравовую натуру *ulcus rodens* находитъ себѣ объясненіе и подтвержденіе въ изученіи болѣе тонкой микроскопической структуры и процессовъ въ ней происходящихъ, что и составляетъ нашу задачу.

Разъ мы нашли, что въ микроскопической картинѣ *ulceris*

rodentis, не смотря на атипическое разрастаніе эпителия, нѣтъ ничего раковаго, т. е. что не только по клиническимъ даннымъ но и по микроскопической структурѣ это не раковая опухоль, термины: *facher Krebs* Тирша и *carcinoma granulosum* Вальдефера не выражаютъ природы *ulceris rodentis*, имѣя въ содержаніи своемъ элементъ несвойственный ей—это именно злокачественность раковыхъ новообразованій. Поэтому вышеуказанныя названія занимающей насъ патологической формы (*ulcus rodens*) должны быть исключены.

Лучшій терминъ для патологическихъ формъ тотъ, который выражаетъ анатомическое строеніе ея. Поэтому *ulcus rodens* можно было бы опредѣлить какъ *epithelioma granulosum*; но въ дѣлахъ клиническихъ лучше принять такое названіе, въ которомъ выражается, сверхъ анатомическаго строенія, еще самая выдающаяся клиническая особенность—въ данномъ случаѣ разрушительное дѣйствіе на окружающія ткани. Поэтому названіе *Epithelioma rodens* весьма подходящее, разумѣя эпителиому въ смыслѣ чисто анатомическомъ безъ всякаго отношенія къ злокачественности, названіе, указывающее, что однимъ изъ гистологическихъ элементовъ этого новообразованія есть ткань эпителиальная. Въ такомъ же смыслѣ опредѣляетъ эпителиому и Friedländer¹⁾. Терминъ *ulcus rodens* хотя и имѣетъ за собою многолѣтнюю давность, будучи предложенъ еще Lebert'омъ, не совсѣмъ удобенъ тѣмъ, что многіе авторы отождествляли его съ поверхностнымъ кожнымъ ракомъ, а нѣкоторые даже съ *lupus*'омъ.

Вотъ почему мы и остановились на названіи *Epithelioma rodens*, какъ болѣе выражающемъ анатомическія и клиническія особенности этого язвеннаго новообразованія. Клиническая же картина этого язвеннаго новообразованія выражается въ томъ, что язвенный процессъ, распространяясь главнымъ образомъ по поверхности покрововъ, при болѣе продолжительномъ теченіи распространяется и въ глубину, разрушаетъ подлежащія части, мышцы, кости лица и черепа съ обнаженіемъ поверхности твердой мозговой оболочки, уничтожая дѣльные органы, производить страшныя разрушенія и обезображенія, но не вызываетъ общаго заболѣванія и кахексін. Продолжаясь годами и

¹⁾ Friedländer op. cit. стр. 32.

¹⁾ Евенед. Клин. газета, за 1888 г., № 14, стр. 272.

десятью лѣтъ болѣзнѣ все время остается мѣстной, никогда не поражает не только внутреннихъ органовъ, но и даже соединенныхъ лимфатическихъ железъ, что существенно отличаетъ эту форму клинически отъ раковыхъ поражений, что весьма важно въ практическомъ отношеніи.

Больные погнѣваютъ не отъ казекии и метастазовъ, а отъ поврежденія важныхъ для жизни органовъ—разрушенія мозговыхъ оболочекъ, изъязвленія крупныхъ артерій или затрудненія акта принятія пищи (голоданіе). Она производитъ разрушенія большія, чѣмъ способенъ произвести ракъ, потому только, что при послѣднемъ больные испѣваютъ погнѣбу гораздо ранѣе отъ общаго зараженія и быстро маразма. Поражая въ возрастѣ послѣ 30 л., а чаще всего послѣ 40 лѣтъ и до 80, въ чемъ согласны всѣ авторы, не щадя лицъ обоего пола, она, сверхъ своихъ клиническихъ признаковъ, существенно отличается этимъ отъ злопознаго изъязвленія.

Не имѣя раковаго анатомическаго строенія и злокачественности свойственной ракамъ, показывая отсутствіе инфильтраціи сосѣднихъ здоровыхъ тканей, диссеминаціи и метастазовъ въ ближайшихъ железахъ и отдаленныхъ органахъ и столь своеобразную и ужасную картину клиническаго проявленія, (разрушительность), форма эта вполне заслуживаетъ быть выдѣленной клиницистами и анатомами въ *отдѣльную клиническую и анатомическую форму* подъ именемъ Epithelioma rodens.

Объясненіе клиническихъ признаковъ и приемовъ клинической діагностики, на основаніи анатомическихъ данныхъ.

Подъ именемъ epithelioma rodens въ клиникѣ мы будемъ разумѣть такое новообразованіе, которое протекаетъ почти съ первыхъ моментовъ своей жизни въ формѣ язвы. До тѣхъ поръ, пока это новообразованіе не выразится язвой, оно не попадаетъ въ руки врача, да и не могло бы быть діагностировано. Первое, что обращаетъ вниманіе врача при видѣ больного, пораженнаго этимъ страданіемъ,—это язвенный дефектъ. Отъ этого врачъ въ первое время и обращается съ нимъ, какъ съ язвой, пока тщательнымъ разборомъ свойствъ ея онъ не приходитъ къ заключенію, что это не только язва, но и новообразованіе яз-

венное. Поэтому мы поведемъ описаніе, какъ принято описывать язвы, слѣдуя анатомическимъ признакамъ.

Форма язвы въ значительной степени зависитъ отъ ея возраста, а слѣдовательно и величины. Чѣмъ меньше возрастъ—меньше и величина. Большею частью язва имѣетъ округлую форму, или приближающуюся къ ней. Когда язва достигаетъ болѣе значительной величины, занимаетъ нѣсколько анатомическихъ областей, она принимаетъ менѣе правильное очертаніе, такъ что край бываетъ очерченъ неправильной волнистой или ломанной линіей. Последнее рѣже.

Язва занимаетъ большею частью лицо и чаще въ верхнихъ $\frac{2}{3}$ его. Пораженіе нижней губы въ нашей клиникѣ не наблюдалось, на это указываютъ и авторы, хотя пораженіе этой области и можно допустить (Е. И. Богдановскій). Вторая отличительная черта: развивается въ мѣстахъ, гдѣ нѣтъ перехода кожи въ слизистыя оболочки, но при дальнѣйшемъ распространеніи можетъ перейти на нихъ. Она также наблюдается при переходѣ на волосистую часть головы ¹⁾. Гораздо рѣже она наблюдается на другихъ частяхъ тѣла. Проф. Ивановскій изслѣдовалъ случай на деснѣ; у насъ приведенъ случай на penis; авторы наблюдали на рыльцѣ матки ²⁾.

Дно язвы имѣетъ видъ или ровной ³⁾ поверхности, или неровной. Это зависитъ отъ конфигураціи областей, которая она (занимаетъ—на лбу напр.—ровное; если язва занимаетъ область носа и щеки, или носа и вѣкъ; оно будетъ имѣть неправильную поверхность; занимая оба вѣка и прилежащія области, тоже неровное, а приближающееся къ воронкообразной формѣ съ очень малой высотой) и т. д. Понятно, что въ этомъ дѣлѣ часть поверхности его можетъ быть и ровная, напр. та, которая занимаетъ боковую сторону носа. Второе обстоятельство, которое можетъ вліять на поверхность дна—глубина распространенія.

Въ случаяхъ очень старыхъ развѣдающихъ эпителиомъ центральныхъ части въ тоже время и самыя старыя, онѣ же могутъ

¹⁾ Такое мѣстоположеніе язвы наблюдалось мной въ клиникѣ у больного Калининна. Большой онъ согласился на удаленіе ея кровянымъ путемъ.

²⁾ Статистика случаевъ наблюдавшихся въ клиникѣ будетъ опубликована.

³⁾ Ровная не есть гладкая. Ровный—въ смыслѣ геометрическомъ.

быть, и самые глубокия, вслѣдствіе вышеуказаннаго процесса прониканія въ глубину. Самыя периферическія части будутъ и самыя молодыя, что ясно изъ указаннаго процесса распространенія по периферіи—язва распространяется центробѣжно. Въ силу молодости своей периферическія части и самыя поверхностныя.

Но въ днѣ язвы, на его поверхности, мы еще должны отличать гладкость, или бугристость. Дно epitheliomatis rodentis рѣдко гладкое, всегда же большею частью представляетъ зернистость, рѣдко значительную, съ неглубокими трещинами. Это обстоятельство зависитъ отъ величины и формы грануляціонныхъ сосочковъ. Анатомическая подкладка заключается въ томъ, что эпителиальныя разрошенія, какъ мы видѣли въ днѣ, не достигаютъ значительной величины. Слѣдовательно дно будетъ покрыто большею частью мелко-зернистыми грануляціями, которыя могутъ быть нѣсколько крупнѣе нормальныхъ воспалительныхъ, но не бугристо, какъ при раковыхъ изъязвленіяхъ. Эта бугристость въ раковыхъ язвахъ обуславливается большими скопленіями эпителиальныхъ образований. При дотрогиваніи онѣ проточатъ отъ разрыва сосудовъ грануляціонной стромы. Цвѣтъ ихъ блѣдный, или слегка грязновато-красный. Большая блѣдность обуславливается тѣмъ, что часть поверхности дна занята кромѣ обыкновенныхъ красныхъ грануляцій стромы еще и эпителиальными образованиями, въ которыхъ сосудовъ нѣтъ. Грязноватость обуславливается вслѣдствіе не отдѣлвшихся некротизированныхъ частицъ.

Консистенція грануляцій болѣе плотная, тѣмъ у воспалительныхъ, что зависитъ опять таки отъ выдающихся на поверхность эпителиальныхъ скопленій, имѣющихъ большую плотность вслѣдствіе плотнаго прилеганія эпителиальныхъ кѣлокъ, изъ которыхъ состоятъ эти скопленія.

Переходъ дна въ край не постепенный, а слегка обрѣзанный (обрыль) это зависитъ отъ того, что въ край часть отпрысковъ отъ Мальпигіева слоя, вываливается, отчего разстояние отъ вершины края до дна будетъ составляться изъ толщи наружной кожицы, съ прибавленіемъ разстоянія, на которое еще глубже лежація части отпрысковъ омертвѣли, а разстояніеся грануляція изъ дна не достигли еще уровня края. Край язвы уплотненъ. Это зависитъ оттого, что въ край идетъ

процессъ разрастанія отпрысковъ въ глубину, которые, при переходѣ въ дно, самые длинныя; здѣсь же сильнѣе развиты вторичныя развѣтвленія, но уже миллим. на 2—на 3 отъ края они совсѣмъ переходить въ нормальныя сосочки, что и выражается клиническимъ признакомъ: уплотненіе края занимаетъ по поверхности 2—3 мм. Въ силу того, что отпрыски увеличиваются съ приближеніемъ ко дну язвы, а эпителиальныя скопленія въ днѣ не идутъ даѣе самыхъ глубокихъ отростковъ—нѣтъ инфильтраціи сосѣднихъ частей. Между тѣмъ какъ у раковъ инфильтрація сопостраивается гораздо дальше за край, приподнимая верхніе слои дермы и даже въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ нѣтъ уже отпрысковъ изъ Мальпигіева слоя. Этимъ и выражается клинической признакъ, что при раковой язвѣ края уплотнены на значительномъ разстояніи (не менѣе $\frac{1}{2}$ дюйма—Е. И. Богдановскій). При скиррѣ вообще инфильтратъ меньше—и потому инфильтрація краевъ меньше.

Въ край нѣтъ бугристостей, такъ какъ вышеозначенный процессъ разрастанія отпрысковъ изъ Мальпигіева слоя по всей окружности совершается равномерно. Кожа края и сосѣднихъ частей нормальнаго цвѣта, безъ признаковъ воспалительныхъ явленій, такъ какъ процессъ идетъ такъ медленно, что воспалительныхъ явленій не можетъ быть, что отличаетъ отъ Lupus'a, гдѣ въ край идетъ липовный процессъ, образуя бугорки и воспалительное раздраженіе окружающей ткани.

Иногда замѣчается рубцеваніе, т. е. надвиганіе разрастающагося эпителия, что выражается блѣсоватою каймой, поднимающейся по грануляціямъ; но потомъ опять изъязвляется—вслѣдствіе того, что дно состоитъ изъ ткани, неспособной перейти въ слобкую ткань. Иногда рубецъ можетъ раздѣлять язву на двѣ половины ¹⁾. Словомъ, мы видимъ язву, у которой края какъ бы обрѣзаны, незначительно уплотнены (2—3 мм.), безъ воспалительныхъ измѣненій. Дно ровное, покрытое зернистыми грануляціями, несвойственными воспалительнымъ грануляціямъ.

Уплотненіе краевъ и плотность грануляцій, вырастающихъ изъ дна, указываютъ на новообразование, а не на воспалительное оложженіе. Мы приходимъ такимъ образомъ къ заклю-

¹⁾ Butlin, op. cit., стр. 861.

чению, что имѣется дѣло не съ язвой, а съ изъязвившимся новообразованиемъ.

Когда, такимъ образомъ, путемъ клиническаго изслѣдованія, выяснилось, что язвенный процессъ разыгрывается на почвѣ новообразованія, мы должны поступать какъ съ новообразованиемъ въ дальнѣйшихъ диагностическихъ приемахъ. Такъ какъ основы диагностики опухолей прелестно изложены въ нашей литературѣ однимъ изъ учениковъ проф. Богдановскаго, докторомъ В. Ратимовымъ¹⁾, то я и не стану объ этомъ распространяться. Скажу только, что мы рѣшаемъ прежде всего, изъ какихъ тканей развилась опухоль, физическія свойства опухоли, способъ развитія и отношеніе къ сосѣднимъ тканямъ и лимфатическимъ железамъ, консистенцію, поверхность и возрастъ ея, т. е. продолжительность развитія.

Чтобы опредѣлить мѣсто развитія новообразованія, мы пользуемся слѣдующимъ способомъ.

Язва вышеописаннаго свойства помѣщается на щекѣ. Она подвижна въ своемъ основаніи, сдвигается въ стороны. Или же язва обладаетъ малой боковой подвижностью въ одномъ направленіи и неподвижна въ другомъ—очевидно дно язвы спаяно съ мышцей, или совсемъ неподвижно—сраилось слѣдовательно съ костью.

Если язва подвижна, тогда она занимаетъ только толщу кожи. Слѣдовательно ткань, имѣющаяся здѣсь, и могла бы послужить почвою. Но такъ какъ у насъ имѣется язвенное новообразование, но это прямо указываетъ на то, что здѣсь могло развиться язвенное новообразование, или соединительно тканнаго типа, или эпителиальнаго. Изъ новообразованій изъязвившихся на лицѣ на почвѣ соединительной ткани развиваются только гранулемы; эпителиомы же изъ Мальдингева слоя кожи и ея придатковъ (железъ и волосяныхъ влагалищъ). Изъ гранулемъ язвенныхъ возможны липозная и сифилитическая—гумознаго періода²⁾.

¹⁾ Ратимовъ. Опухоли верхн. челюсти. Диссерт. 1882 г. стр. 109 и слѣд.

²⁾ Въ случаѣ, когда язва неподвижна, т. е. поразила и мышечный слой, кость и т. д. слѣдуетъ помнить, что самыя молодыя части язвеннаго новообразованія находятся на периферіи, а слѣдовательно и въ этомъ мѣстѣ источникъ его развитія (кожа). Въ дальнѣйшемъ разсужденіи вѣсти, какъ указано.

Изъязвляющаяся липозная гранулема исключается на основаніи престарѣлаго возраста за 30 и за 40 лѣтъ и т. д. Но такъ какъ мы описали что *erithelioma rodens* не имѣетъ воспалительныхъ явленій и узелковъ въ краѣ, а ровный, хотя и затвердѣлый край, то это исключаетъ *Lupus exedens*. Тѣ же физическія свойства язвы съ прибавленіемъ данныхъ осмотра гѣла (отсутствие пигментныхъ пятенъ, рубцовъ, періоститовъ и узловъ въ кожѣ) исключаютъ сифилитическую, гумозную язву. Остается предположить развитіе новообразованія изъ эпителиальныхъ элементовъ кожи.

Такъ какъ изъ эпителия могутъ развиваться доброкачественныя и злокачественныя новообразованія, то мы должны вывести понятіе о натурѣ данной язвы—къ какому роду изъ нихъ она принадлежитъ.

Злокачественность новообразованія анатомически выражается инфильтраціей окружающихъ тканей (диссеминація), метастазами въ железахъ и внутреннихъ органахъ. Доброкачественныя не инфильтрируютъ тканей (клинически: рѣзко отграничены отъ нихъ) и не даютъ метастазовъ.

Такъ какъ у нашего язвеннаго новообразованія края незначительно уплотнены на счетъ новообразованія и довольно хорошо отграничены отъ здоровыхъ тканей (отсутствие инфильтраціи, гесп. диссеминаціи) и не имѣется пораженія железъ при продолжительномъ существованіи, слѣдовательно оно доброкачественно. На этомъ же основаніи исключается обыкновенный канкротидъ. Хотя бываетъ ракъ кожи (скірръ Бильрота)¹⁾ безъ значительной инфильтраціи краевъ и дна язвы, но при немъ всегда бываетъ пораженіе железъ (Е. П. Богдановскій). Слѣдовательно оба вида рака кожи исключаются.

Такимъ путемъ устанавливается диагностика описанной нами формы—разъѣдающей эпителиомы.

Легко ли ставить діагнозъ? Тѣмъ труднѣе, чѣмъ язва меньше, т. е. чѣмъ моложе. Но и здѣсь указанный методъ, основанный на анатомическомъ строеніи и развитіи (отношеніе къ сосѣднимъ тканямъ) ведетъ къ правильному распознаванію.

Ошибки впрочемъ возможны. Приведу примѣръ. Дѣло идетъ объ очень маленькой язвочкѣ, около 1 сантим. въ діаметрѣ, вы-

¹⁾ См. Бильротъ. *op. cit.*

шеописаннаго характера, развившейся въ два года на среднѣмъ правого нижняго века у протоіерея К., 70 лѣтъ. (Февр. 1888 г., въ нашей клиникѣ). При микроскопическомъ изслѣдованіи вырѣзанной опухоли она оказалась подкожною папилломою, по діагнозу проф. Ивановскаго.

Когда я задать себѣ вопросъ, отчего произошла ошибка, я остановился на слѣдующемъ: отношеніе къ окружающимъ тканямъ не было достаточно изучено, что и послужило источникомъ ошибки. Граница незначительно уплотненнаго края оказалась очень рѣзко отграниченной отъ сосѣднихъ тканей, чего не бываетъ у разъѣдающей эпителиомы, и видно изъ расположенія новообразованія въ краѣ.

Другимъ источникомъ ошибки можетъ служить недостаточная оцѣнка величины язвы сравнительно съ возрастомъ ея. Чѣмъ больше язва, толще край и кратковременнѣе развитіе ея (напр. размѣръ язвы около ладони, а возрастъ менѣе года) тѣмъ вѣроятнѣе ошибка.

Леченіе.

Самое лучшее — кровавое удаленіе (Е. И. Богдановскій и другіе хирурги) съ послѣдательной аутопластикой; или же заживленіе гранулирующей поверхности прививкой слизистой оболочки по Wölfler'у и пересадкой большихъ кусковъ кожи — по Tiersch'у.

Способъ Wölfler'a ¹⁾ заслуживаетъ особеннаго вниманія при блефаропластикѣ и ринопластикѣ для восстановленія слизистой оболочки въѣкъ глаза и носа. Это тѣмъ болѣе удобно, что слизистую оболочку можно брать у животныхъ изъ мочевого пузыря, желудка и проч.

Способъ леченія прижиганіемъ и выскабливаніемъ цѣлесообразенъ не только удаленіемъ новообразованія, но и возбужденіемъ реакціи въ тканяхъ. Результатомъ чего является болѣе жизненная ткань, способная переходить въ болѣе стойкую волокнистую, создавая благопріятную подстилку для подвигающагося съ краевъ эпителия.

¹⁾ Рефератъ. 17 съѣздъ германскихъ хир. Еженедѣл. Клин. Газ. 1888 г. стр. 361.

Заканчивая свое изслѣдованіе, приношу искреннюю и сердечную благодарность высокоуважаемому профессору Николаю Петровичу Ивановскому за постоянное радушіе и теплое участіе къ моимъ изслѣдованіямъ по микроскопіи, производившимся въ его лабораторіи.

Благодарю доктора А. С. Бѣльцова и его товарищей за представленіе мнѣ возможности наблюдать въ Маріинской больницѣ случаи, относящіеся къ моимъ изслѣдованіямъ.

Считаю также пріятнымъ долгомъ выразить свою признательность П. Я. Мультановскому, за помощь въ клиническихъ занятіяхъ.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Самая лучшая классификація болѣзней та, которая имѣетъ въ основѣ своей моментъ этиологическій.
2. Вѣроятно, что эпителиальныя новообразованія, развивающіяся изъ покровнаго эпителія, отличны по происхожденію отъ раковъ, развивающихся въ железистыхъ органахъ.
3. Доказать происхожденіе „железистыхъ раковъ“ изъ эпителія железъ весьма трудно на основаніи одной микроскопической картины.
4. Также трудно доказать происхожденіе раковъ, какъ злокачественныхъ новообразованій, изъ нормальнаго покровнаго эпителія.
5. Лучшій гистологическій методъ при рѣшеніи вопроса, изъ какихъ элементовъ развивается ракъ железистыхъ органовъ, есть методъ, основанный на исторіи развитія того же органа.
6. Мало вѣроятности, чтобы ракъ, какъ злокачественное новообразованіе, развивался изъ нормальнаго, т. е. высоко-дифференцированнаго эпителія.
7. Потребность въ „толстомъ“ журналѣ для физиологін и патологін весьма ощутительна.
8. Споръ объ антисептикахъ все еще говорить только за новизну этого приѣма въ леченіи ранъ.
9. Каждому хирургу также обязательно владѣть антисептикой, какъ и ножомъ или другимъ инструментомъ.
10. Такъ какъ различныя отрасли медицинскаго знанія стре-



мятся из области эмпиризма перейти на научную почву, — то болѣе обширное естественно-научное образованіе необходимо каждому изучающему медицину.

11. Патолого-анатомическія знанія служатъ основой для клинической діагностики опухолей и другихъ заболѣваній.

Curriculum vitae.

Василій Александровичъ Розовъ, 28 лѣтъ отъ роду, родился въ Каменецъ-Подольской губерніи. Послѣ домашней подготовки поступилъ въ классическую гимназію, по окончаніи которой, въ 1878 году поступилъ въ С.-Петербургскій университетъ по отдѣленію Естественныхъ наукъ Физико-Математическаго факультета, гдѣ и прошелъ четыре курса. Въ 1882 году перешелъ въ Военно-Медицинскую Академію, гдѣ и окончилъ курсъ медицинскихъ наукъ въ 1885 году съ отличіемъ. По конкурсу оставленъ при Академіи на три года для усовершенствованія. Имъ представлена настоящая работа: „Epithelioma rodens (ulcus rodens) въ клиническомъ и патолого-анатомическомъ отношеніи“ для полученія степени доктора медицины.