

Ш 523 020

Серия докторских диссертаций, опубликованных съездом
въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академии
въ 1902—1903 учебномъ году.

№ 74

ПЕРВИЧНЫЙ РАКЪ бронховъ, легкихъ и плевры въ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОМЪ ОТНОШЕНІИ.

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины

Г. В. ШОРЪ.

Изъ лаборатории С.-Петербургскаго Имперскаго Гистологическаго Института.

Центральная диссертация, по Трудности Эксперимента, была профессором-директором
М. С. Сулеймановъ, профессоръ А. Н. Морозовъ и члены-диссертаторы
А. А. Максимовъ.

(Съ приложениемъ трехъ таблицъ рисунковъ).

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія А. Ф. Штормовскаго, Малая 27.

1903.

5213.

616-006:616.2

Ш-49

Серия докторских диссертаций, допущенных къ защите
въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академии
въ 1902—1903 учебномъ году.

7 - ВОЯ 2002

№ 74.

ПЕРВИЧНЫЙ РАКЪ бронховъ, легкихъ и плевры

въ патолого-анатомическомъ отношеніи.

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицинныя наукъ

Г. В. ШОРЪ.

Изъ лабораторіи С.-Петербургскаго Морскаго Госпиталя.

Центральный Экзаменъ, по порученію Комитета, былъ профессоромъ-оказанъ
И. С. Субботинъ, профессора А. И. Максимовъ и прагъ-докторъ
А. А. Максимовъ.

3446
447

БИБЛИОТЕКА
№ 5283
Ш-49

Изд. : НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
Съ приложениемъ трехъ таблицъ (дискиновъ).
№ 1-го отд. - 604 - 1818/1902

С.-Петербургъ
1902 г.

ПЕРЕВІРНО

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія А. Ф. Штольценбургъ, Москва, 27.
1902.

1900

Переводы - 50

1 - 009 2012

Докторскую диссертацию кандидата Гюстава Шварцманна Шара спец. специальности: „Первичный рак, брашши, эпителии в полости рта и полости рта и полости рта“, печатать разрешается с 1900, чтобы не отстать от времени было представлено из Конференции Императорской Шаха-Министерства Академии 400 экземпляров этой диссертации (125 экземпляров диссертации и 300 экземпляров отрывков большого размера (цитаты) — в Конференцию и 215 экземпляров диссертации — в академическую библиотеку).

С.-Петербург, 19-го Апреля 1900 года.
Учредитель, Справочный Профессор А. Динкель.

59069 ✓

В медицинском литературе до сих пор описано очень мало доброкачественных опухолей бронхов и легких, и потому для проверки следующей работы:

Тератомы уха и носа.

Cloetta, V. Arch. Bl. XX.
 Moller, Ch. u. Fournier, Spec. path. Anat. 1854, стр. 143.
 Küber, Ein Fall v. Epitheliokarzinom und Langerhans, Erlangen Diss. 1898.
 Kolliker, Berl. med. Centralzeit. 1829, No 13.
 Ogilby, Growth in the lang. Pathol. Soc. Transact. XII. 1897, стр. 25.
 Schmidt, Niederland. Wochenschr. fur Genesk. 1861, стр. 44.
 Salomonson, V. H. Jahrb. 1861.
 Фадеева, Казанск. мед. журн. Март 1902 г.

Фибромы и липомы.

Ehringer, Ein Klebe. Hautf. d. path. Anat. Berlin. 1880.
 Лабунский, Вестн. Русск. медик. 1879 г. стр. 712.
 Morgan, Transact. of the pathol. soc. 1871, XXI.
 Rindfleisch, Virch. Arch. Bd. 84.
 Rektansky, Lehrb. d. path. Anat. 1861, Bd. III, стр. 25.
 Русланов, В. раз. Вост. 1897 г. стр. 1479-Остеоиды фиброма легкого.

Хронические опухоли.

Courment, Ljos medical. LXXVII. 1865, стр. 226.
 Förster, Virch. Arch. Bd. XIII.
 Лабунский, Вестн. Русск. медик. 1879 г. стр. 626.
 Lacazeaux, Traité d'anat. path. 1878, T. I, p. 313.
 Lohert, Phys. path. II p. 213 (Förster, Spec. path. Anat. p. 143, 1854).
 Legg, Saint Bartholomew's hospik. Reports, v. XI, стр. 77, 1875.
 Lussier, Virch. Arch. Bd. LXXIX.
 Stögert, Virch. Arch. Bd. 129, p. 413.
 Virchow, Die krankh. Geschw. 1863, Bd. I, стр. 474.
 Wagner, Arch. f. Heilk. 1861, Bd. II, стр. 288.

Носовые опухоли.

Bahl Sitzungsber. 4. Wiaz. Akad. 1867.
 Boström. Erlangen. 1880. Diss.
 Chiari. Wien med. Woch. 1878. № 34.
 Cohn Virch. Arch. Bd. 101.
 Förster. Virch. Arch. Bd. 13.
 Keschl. Oester. Ztschr. f. prakt. Heilk. 1862. № 3.
 Luschka. Virch. Arch. Bd. X.
 Stendener. Virch. Arch. Bd. 42.
 Virchow. Die krankh. Geschw. II. стр. 102.
 Wagner. Arch. f. prakt. Heilk. 1859. Bd. III.

Гидромиелочная опухоль.

Созаков. Врач. 1892 г. стр. 336; сообщение из 06м. д-ва. архив из С.-Петербурга.

Аденомы.

Chiari. Frag. med. Woch. 1883. No 51.
 Lissac. Virch. Arch. Bd. CLVII.
 Сакорский (у собаки) Записка Киевск. 06м. Естественн. 1872г. т. III.

Папилломы.

По Лабудьену (Ист. анат. Русск. пер. 1879 г. стр. 678) бронхиальныя папилломы не образуют обыкновенно истинно-яичковой опухоли. Автору удалось наблюдать только одну маленькую папиллому, редуцирующуюся в виде булавки, длиною в 2 мм. и сидевшую на большом, правого бронха. Эта папиллома была покрыта цилиндрическими эпителием.

Steger (Virch. Arch. Bd. 129. стр. 413) описал папиллому, исходящую из стѣнки трахеи на ижебѣ сформировавшейся и впадающей в правый главный бронх. При микроскопическом исследовании опухоль оказывается построенной из соединительной ткани, адвентициальных сосудов и кровеносных сосудов. Опухоль покрыта многослойным плоским эпителием с образующимся опитотканнмъ промежуток и рогового вещества. Авторъ считаетъ описанную имъ опухоль разновиднейшей изъ опитотканнхъ во время эмбрионального развития яичковъ. Т. е. именно область бифуркации соотвѣтствуетъ ижебу отдѣленія дыхательной трубки отъ шлествертняковъ.

Первичныхъ аденоматозныхъ опухолей соединительнотканнаго типа описано довольно много.

Саркомы.

Braunreiter. Prin. Sac. der Brochialdrüsen und der Lungen. München. 1891. Diss.
 Birk-Hirschfeld. Archiv f. Heilkunde. 1878.
 Blumenthal. 1881. Berlin. Diss. 2-6 сарком.
 Demange. Revue mѣdic. de l'Est. Août. 1875.
 Дзержовск. Врач. журн. ноябрь 1890 г. № 90. 289
 Flötscher. Pathol. Soc. Transact. 1856. стр. 121.
 Fuchs. 1886. München. Diss. ca. interst. epith.
 Charles D. Green. Pathol. Soc. Transact. 1890. стр. 27.
 Геккеръ. Врч. 1900 г. стр. 329.
 Hompein. St. Petersburger med. Woch. 1876. № 31.
 Hertz. Ziemss. Handb. T. V. 1883. Русскій перекл. стр. 468.
 Habersohn. Pathol. Soc. Transact. т. XLIX. стр. 17.
 Hildebrand. 1887. Marburg. Diss. 1-ой сарком.
 Huber. Ztschr. f. klin. Med. 1890. стр. 341.
 Janssen. V. H. J. 1880. т. II. стр. 142.
 Kröning. Berl. Klin. Woch. 1867 г. стр. 901.
 Козловскій. Мед. Обозр. 1888 г. стр. 544. испыт.
 Лабудьенъ. Записк. anat. Русск. перекл. 1879 г. стр. 674.
 Loh. Berl. Klin. Woch. 1866.
 Lukas. München. 1898. Diss.
 Lyons. Scam. mѣ. Socam. 1890 г. № 31. стр. 1085
 Millan et Bernard. Bull. de la Soc. anat. 1885.
 Mackenzie. Brit. med. Jour. 1886. стр. 496.
 Olmer. Marseille mѣdic. 1901 г. стр. 279.
 Poore. The Lancet 1865 г. April.
 Rattmeyer. Correspondenzbl. f. Schw. Aerzte. 1880.
 Pitot. Arch. de Méd. et Pharm. mѣ. 1866. стр. 304.
 Poissou. Gaz. de Paris 1866.
 Reinhard. Virch. Arch. 1872 г. 2-й сарком.
 de Rossi. Bil. Med. XI. 1886.
 Schöck. D. A. f. kl. Med. Bd. XLVII. стр. 411.
 Smoler. Allg. Wien. med. Zsk. IX. стр. 101.
Сакорский. Deutsch. med. Woch. 1893. стр. 2051.
 Steck. V. H. J. 1888. 8. 261.
 Weichselbaum. Adenomatosa papillare. V. Arch. Bd. LXXXV. стр. 599.
 Weiss. Arch. med. Woch. 1895. № 25.
 Weller. V. H. J. 1884. 1 г. стр. 283.

Къ этимъ работамъ нужно еще причислить описаніе иждивенія случаевъ в. н. рака легкихъ. Такъ, напр. въ 1878 году въ своей обстоятельной работѣ Reinhard (Arch. f. Heilk. Bd. XIX), описывая ракъ легкихъ, предупреждаетъ, что эта

не затрагивать вопросы, каково рода опухоль предъ ними: соединительно-тканного вида или эпителиального. Такой взгляд на рак легкого вытекает съ давнихъ временъ, благодаря главнымъ образомъ климатизма, которое въ большинстве случаевъ имѣлъ дѣло съ опухолями легкого, дававшей при жизни одинъ и тѣ же симптомы, а послѣ смерти почти одинъ и тотъ же видъ на секціонномъ столѣ. Даже еще и теперь радуются голосу, какъ, напр. Hofman's въ 1898 г., которые предлагать оставить название рака легкого за всѣми злокачественными опухолями легкаго, не обращая вниманія на ихъ морфологическое строеніе и гистологию. Подъ тѣмъ же названиемъ рака легкого описываются такъ называемый эндотелиальный ракъ легкаго.

Характеристичной эндотелиального рака легкого можно служить описаніе случая Schottella's (1874 г.). У женщины 42 лѣтъ авторъ при вскрытіи нашелъ сабдуозную опухоль:

Все правое легкое увеличено, безъоцудное и кирозно массой увеличась отъ простого зерна до ширины волычаны, расположеннаго вдоль развитнаго бронхіального дерева, причѣмъ волыचना увеличю больше всего у корня легкаго, а нѣтъ же уменьшаются къ периферіи легкаго. Слизистая бронховъ натурально извѣсна; новообразованія въ ней нигдѣ не видны. Узелки новообразованія распространяются и на плевру, гдѣ они образуютъ очень красивую сеть, переходящую чрезъ толщу диафрагмы и на бронху. Узелки повсюду служатъ другъ за другомъ, и уже нѣтъ истинно-чуждаго ихъ разрозненія можно было различить, что это новообразованіе имѣетъ связь съ лимфатической системой легкаго. При микроскопическомъ изслѣдованіи авторъ нашелъ разрастаніе эндотелин' лимфатическихъ сосудовъ легкаго. Кѣльки новообразованія имѣли величину отъ 15—20 микроновъ и распавались мѣстами въ два или три ряда на отбѣнахъ лимфатическихъ сосудовъ, а въ другихъ мѣстахъ заключали весь просвѣтъ сосѣднихъ. Кѣльки имѣли самую разнообразную форму. Авторъ назвалъ свой случай *lymphangitis carcinomatosa*.

Въ современныхъ учебникахъ патологической анатоміи Birch-Hirschfeld'a, Kaufmann'a и Ziegler'a только вскользь упоминается, что въ легкомъ встрѣчается эндотелиальный ракъ.

Orth бодѣ подробно останавливается на этомъ вопросѣ. Онъ говоритъ, что въ легкомъ описаны опухоли, очень сходныя на эндотелиальныя раки, но происходящія изъ разрастанія эндотелин лимфатическихъ сосудовъ. Эти опухоли носятъ название эндотелиальныхъ раковъ или эндотелиомъ, но Orth

причисляетъ ихъ къ саркомамъ, такъ какъ они происходятъ изъ соединительно-тканнаго элемента. Опухоли эти находятъ иногда въ субствѣ легкого, иногда на корнѣ сосѣдствѣ, и слѣдуютъ ходу периферіальныхъ лимфатическихъ сосудовъ; въ другихъ же случаяхъ они всходятъ въ субиллярныхъ лимфатическихъ сосудовъ. Разрастаніе эндотелин не ограничивается только лимфатическими сосудами, а можетъ съ образованіемъ то мелкихъ, то большихъ узловъ, которые на подобіе бугоръ пасажныя окрестъ бронховъ. Часты такія случаи описаны, какъ первичный периферіальный ракъ легкаго, а также какъ вторичнообразный лимфатитъ. По мнѣнію Orth'a, не всѣ описанные случаи односущности и, наоборотъ, между ними были истинныя раки.

Подъ именемъ *der Lungkrebs, die Bergkrankheit in den Schneeberger Gruben* впервые описано докторомъ Harting и Heife (Viertel. f. gerichtliche Medicin und öffentliche Sanitätswesen. Band XXX, S. 296—309 и Band XXXI, S. 102—132, 318—337) заблѣвннѣ легкого, встрѣчающагося у рабочихъ въ копяхъ горъ Schneeberg и Schwarzenberg. Большия эти встрѣчаются въ 75% всѣхъ смертныхъ случаевъ и обыкновенно поражаютъ послѣ 20-го года работы великаго рабочаго, который до тѣхъ поръ не умеръ отъ другой болѣзни. Заблѣвнѣ это начинается съ образованія опухоли, исходящей изъ корня легкаго и распространяющейся периферіально, причѣмъ она постепенно отщепляетъ или замѣщаетъ сосѣдніе органы. При вскрытіи обыкновенно находятъ рѣзко выраженное истонченіе гѣлы, иногда отчетливо кровеносныя и рѣдко трансудаты въ серозныхъ полостяхъ. Какими бы ни были полостныя грудныя вѣтки обыкновенно рѣзко распухаютъ кровью. Какъ правило, находятъ въ плевральной полости большой створкой опухоль въ количествѣ 1—1½ литра, въ видѣ прорѣзкой желтоватаго или розоватаго цвѣта массы. Большею частью обыкновенно рѣзко увеличены и легки, отщепляются сверху и снизу, тѣль его увеличено и содержитъ мало воздуха. Опухоль развивается обыкновенно на одной сторонѣ, отъ субилнаго вѣна до кулава величезно, и, распространяясь периферіально, можетъ достигнуть периферіи легкаго. Опухоль можетъ дать метастазы въ легкаго, плевры, околосердечной сумки и печени. Бугорчатка въ изслѣдованныхъ 20 случаяхъ не было найдено (Hirt. по A. u. v. *Der Lungkrebs, die Bergkrankheit in der Schneeberger Gruben*. München 1884. Diss.). А некто изслѣдовалъ послѣдній изъ Мюнхенскія Патолого-анатомическаго Института прирѣзать и показать, что опухоль состояла изъ соединительнотканной стромы, вѣтвями кѣльми-и характеру первичнообразно-кѣльминой сар-

воим. Строма эта образована альвеолами, наполненными круглыми клеточками, в промежутках между которыми на некоторых местах удавалось видеть явную сеть из волоконец. А также назвать эту опухоль lymphosarcoma fibroscata и считать, что она вытекает из бронхальных желез.

Много случаев легких описано под названием саркомы средостения. О раке бронхов и легкого скажем далее.

Относительно доброкачественных новообразований плевры известно очень мало, так, как такие случаи являются очень большой редкостью.

Rokitansky (Handb. der path. Anat. Bd. I стр. 283) и другие авторами описаны фибромы, холеры, остеома, ангиома и жировая плевры.

Злокачественная опухоль плевры встречается чаще, так, напр., саркома плевры описал:

Blumensau, Вроч. 1892 г. стр. 1269.
 Greenisch, The Journ. of anat. and physiol. anat. and path. т. XVII, 1883, часть III.
 Bergschinsky, Deutsch. med. Woch. 1888, № 3.
 Hofmaki Arch. f. Kinderheilk. 1884, Bd. V, Leide. Чистая диагностика внутренних болезней. 1889 г. стр. 309. Русский перевод.
 Никандровъ, Вроч. 1881 г. № 13, стр. 213. (Рефер. Еженед. клинической газеты № 3).
 Круаццип, Медицина. 1896 г. стр. 581.
 Kidd, Percy and Halseghain, Myxosarcoma, Trans. path. Soc. XIX, 1898, стр. 15.
 Israel-Rosenthal, Nord. med. Arkiv. 1900, № 7, (Реф. in Med. Ober. 1901 г. стр. 179).
 Warthin, Med. News LXXI, 1897, стр. 489, (Реф. in Med. Ober. 1898 г. стр. 30).
 Изъ настоящих опухолевидных раков плевры описаны только один случай Вейда, который наблюдал цитологический рак плевры. Обыкновенно под названием первичного рака плевры описывается одонтогенный рак плевры, о котором написано довольно много работ.

Для удобства называния, а отчасти иль часто анатомических обозначений, я соединю в одну группу рак бронхов и легкого, а рак плевры опишу отдельно.

0 рак легкого.

Первичный рак легкого у человека встречается довольно редко, так, напр., Lebert (цит. по Benkerly стр. 4)

нашел только в случае первичного рака легкого на 447 случаев рака вообще, подтвердившихся при вскрытии. Reinhard (1878 г.) привел 7 случаев рака легкого, у которого на 200 вскрытий встрѣтился только 2 раза рак легкого, а у Hettlich'a и Porry'a — на 1121 вскрытии встрѣтился только 5 раз первичный рак легкого. Самъ Reinhard проследил протокол германской больницы г. Дрездена за время съ 1852—1876 г., составившие Zenker's, Fiedler's и Hirsch'schfeld's, и пишет, что на 8716 вскрытий было всего 74 рака легкого и при том первичных только 5 случаев (—0,057%, вскрытий). Fuchs (1886 г.) проследил протокол Мюнхенского Патолого-анатомического Института за время съ 1854—1885 г., причем на 12367 вскрытий оказалось только 6 случаев первичного рака легкого (между ними один сомнительный) — 0,065%, всѣхъ вскрытий.

K. Wolff (1895 г.) описал закончившихся съ 1885 по 1895 г. в Дрезденскомъ Патолого-анатомическомъ Институтѣ 81 случай первичного рака легкого, встрѣтившихся на основании за это время 7228 вскрытий — 0,428%. За время съ 1877 г. по 1884 г. на 4172 вскрытия было всего 9 первичныхъ раков легкого — 0,21%. Если эти цифры соединить съ цифрами Reinhard'a, то в Дрезденскомъ Патолого-анатомическомъ Институтѣ за время отъ 1852 г. по 1894 г. на 20116 вскрытий встрѣтились 45 случаев первичного рака легкого, т. е. 0,225%, всѣхъ произведенныхъ за это время вскрытий.

Fickler (1896 г.) привел 7 случаев рака легкого, 3246 вскрытий, произведенныхъ в Патолого-анатомическомъ Институтѣ гор. Бреслава, причемъ первичный рак легкого былъ найденъ 16 разъ, иль чего еще заключаютъ, что в г. Бреславѣ это не очень редкая болезнь (0,175% вскрытий).

Percy's (1897 г.) привел 24 случая рака легкого, съ 1886 г. по 1896 г. в Мюнхенскомъ Патолого-анатомическомъ Институтѣ на 8747 вскрытий нашлось только 6 первичныхъ раков легкого, а соединив свои цифры съ цифрами Fuchs'a — на 21634 вскрытий всего 17 случаев, т. е. 0,06%, иль, какъ первые рак легкого.

Froehlich (1899 г.) проследилъ протокол германской больницы в Уланъ в Берли'н (за время съ 1894 по 1899 г.), причемъ на 4500 вскрытий встрѣтился въ 16 случаяхъ первичный рак легкого, т. е. 0,355%. Еще K. Wolff (1895 г.) заключаетъ, что число первичныхъ раков легкого относительно увеличилось на последнее время сравнительно съ предыдущими годами. Это подтверждается данными Froehlich'a (1899 г.).

В нашей отечественной литературе и, к сожалению, не могь найти никаких-либо статистических данных в этом направлении.

Интересно также сопоставить, насколько часто встречается первичная злокачественная новообразование легкого у домашних животных. Саарет (Pathologie der Geschwülste bei Thieren, 1899) приводит данные John'e'a и свои наблюдения, из которых видно, что первичный рак легкого встречается у лошади в 2 случаях из 29 случаев рака вообще (у John'e'a), а у него на 27 случаев рака вообще не было ни одного в легком. У собак (по John'e'у) из 45 случаев рака вообще было 4 случая рака легкого, а во Саарет'у из 51 случая — 3 случая первичного рака легкого. У телят (по John'e'у) на 8 случаев первичного рака вообще — только один случай первичного рака легкого. По John'e'у, из 60 случаев первичных сарком вообще у лошадей — было 13 случаев сарком легкого, у собак на 26 первичных сарком вообще — 1 саркома в легком, а у телят на 36 сарком вообще — 2 саркомы в легком.

Если сравнить между собой, говорит Саарет, числа в топографической статистике первичных опухолей у животных с таковой же у человека, то можно видеть заключение, что условия происхождения опухолей у животных не те, что у человека. Так, напр., у человека чаще всего встречается рак желудка, матки и губы.

По Virchow'у на 100 случаев carcinoma приходится
84,9 на желудок,
18,5 на матку и наружные половые органы
4,9 на губы.

Но у животных рак желудка является величайшей редкостью, так, напр., у собак, которая вообще считается изредка заболеванием, описаны пока лишь один несомненный случай первичного рака желудка (Eberlein, Prager Magenkrebs beim Hunde. Monatsch. f. Thierheilk. Bd. VIII. S. 289. 1897).

Рак матки, влагалища и губы встречается у животных очень редко. Замечено, что саркомы развиваются довольно часто в легких у животных, а у человека их описано немного. В 1902 г. в Archiv für klinische Chirurgie помещена обстоятельная статья Sticker'a, где собраны все работы, касающиеся рака у домашних животных и статистические данные по тому же вопросу. Приведем данные, касающиеся первичного рака легкого,

Equus caballus.

На 352 первичных рака у лошади наблюдалось 13 случаев первичного рака легкого. Из них:

2 случая в Берлинском Патолого-анатомическом Институте (Schütz).

4 случая в Дрезденском Патолого-анат. Институте (John)

и 7 случаев, описанных в литературе:

1. Nocard, A. d'Alf. 1871, стр. 844.

2. Dieckerhoff, Lehrb. der Pathologie.

3. Schütz, Pr. M. 1850, стр. 44.

4. Hahn, W. f. Th. 1881, стр. 43.

5. Bailliet, Bull. soc. centr. 1890, стр. 265.

6. Morot, Revue vet. 1892, стр. 583.

7. Graunlich, Mitt. Ver. Zt. III, стр. 443.

Bos taurus

На 75 первичных раков у быка наблюдалось только 3 рака легкого. Из них 2 случая в Дрезденском Патолого-анатомическом Институте (John'e) и один случай в литературе:

Semmer, D. Z. f. Th. 1888, стр. 245.

Ovis aries

Из семи до сих пор наблюдавшихся у овцы первичных раков описаны в литературе лишь только рак легкого.

Resnet, Rev. vet. 1895, стр. 177.

Capra hircus

У козы первичного рака легкого никто не наблюдал.

Canis familiaris L.

На 766 первичных раков — у собак наблюдалось 10 раков легкого:

5 случаев в Берл.-Пат. Инст. (Schütz)

2 случая в Дрезд. " (John'e)

и 3 случая в литературе:

John'e, S. J. B. 1850, стр. 45.

Codéac, J. de Lyon. 1887, стр. 404.

Liennaux, Ann. belg. 1896, стр. 486.

Felis domestica.

На 21 случай первичных раков у кошек наблюдалось всего 5 случаев рака легкиих:

- 1 случай у Бурд. Пау. Имот (Schütz),
- 1 случай у Дрека. . . . (Johne)
- и 1 случай описан в

Kitt. Leber. d. Pat. Anat. 1901.

Sus scrofa.

У свиней не описано первичных раков легкиих.

Въ допущение къ этимъ работамъ я еще назвалъ:

- Fuchs, Inaug. Diss. München. 1886. Первичный рак легкиих у кошки.
- Petit, Bull. et mém. d. l. Soc. anat. 1900 г. стр. 498. — у собаки.

Siegert, Virch. Arch. Bd. 134. — у собаки.

Изъ другихъ онкологическихъ новообразований легкаго, горла и бронховъ у животныхъ описаны:

- Eber, Multiple prim. Adenome in bez. Lungen von Schafen. Sachs. Bericht. 1891. S. 43.
- Johne, Schleimdrüsenadenom im Kehlkopf einer Kuh. Sachs. Bericht. 1879. S. 17.
- Schmidt, Chondro-Adenom in der Lunge eines Pferdes. Revue f. Thierheilk. N. 12.
- Siedamgrotzky, Schleimdrüsen Adenom des Kehlkopfes einer Kuh. Sachs. Bericht. 1871. S. 11.

Описания принадлежатъ и истинныхъ образований въ легкиихъ у животныхъ. Свирегъ въ литературе не нашелъ.

Относительно первичнаго рака легкиихъ у животныхъ Свирегъ (стр. 106) говоритъ слѣдующее: "Первичный ракъ легкиихъ у животныхъ встречается въ двухъ формахъ: 1) какъ диффузная инфилтрация, причемъ легкое въ toto увеличено въ размѣрѣ, тѣлѣ и пластиче обыкновеннаго и 2) въ формѣ одного или несколькихъ большихъ узловъ, которые часто окружены желчными узелками. Опухоль эти исходятъ изъ стѣнки бронховъ (эпителия слизистой или слизистой оболочки) или изъ альвеолярнаго эпителия. При микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ слизинны или съ пропиткой жидки изъ эндотрихического эпителия или альвеолы соединительной ткани, выстилающей часть или всю внутреннюю поверхность эпителия. Ракъ легкиихъ спонтанно развивается и увеличивается за счетъ въ бромки".

Въ патологической анатоміи Voigtla (1804 г. Halle) уже упоминается объ истинныхъ Boillie, описаннаго узлы въ легкиихъ, которые состояли изъ мягкой опухоли, свѣтлобурого цвѣта и съ гладкой на разрѣзѣ поверхностью. Опухоль эти узлы не были окружены капсулой, но находились въ непосредственной связи съ тканью легкаго, имѣли величину ягода крыжовника и сидѣли либо на поверхности, либо въ ткани самого легкаго. Многие авторы наблюдали скверы легкаго. Де Наци нашелъ у одного животного въ верхушкѣ легкаго округленную опухоль, имѣвшую сѣдлообразную поверхность. Harder, Heister, Lichtenst. и Walz описали легкія, пороканнаго сквернаго, и считали послѣдніе истинными изъ бронхальныхъ железъ или изъ развѣтвленнаго бронхальнаго дерева. Описательно раба бронховъ Voigtel приводитъ наблюдение Boillie, который нашелъ въ одномъ случаѣ сильно суженные бронхи, причемъ ихъ стѣнки были утолщены, и единственная была пропитана большимъ количествомъ твердыхъ маленькихъ узловъ. Это пороканье бронховъ сопровождалось скверными пороканьями бронхальныхъ железъ, откуда, по мнѣнію автора, болѣзни, вѣроятно, и началась.

Первымъ достовернымъ свѣдѣніемъ о ракѣ легкиихъ дала мнѣ Вауле (1810 г.) который на 200 случаевъ легочной чахотки нашелъ только 3 случая болѣзни, названной имъ „phthisis cancerosa“:

1-ый случай. Мужчина 35 л. Оба легка содержатъ много опухоли круглой формы, розоватой на сѣзѣе сала, извѣстныхъ бѣстѣнную бѣлую поверхность и развѣтвѣнную пластичесть. Изъ некоторыхъ опухолей можно было выделить сѣдлообразный гной, а другіе перешли въ изъяснение, стѣнки железы состояли изъ сплотившейся легочной ткани.

2-ой случай. Мужч. 35 л. Въ обоихъ легкиихъ много многоклеточныхъ опухолей, равной пластичесть. Въ некоторыхъ опухоляхъ были полости съ кровянистостью содержимымъ. Ткань легкиихъ между опухолями нормальнаго цвѣта.

3-ий случай. Мужч. 72 л. Корея этого легкаго содержала бѣстѣнную, бѣлаго цвѣта на разрѣзѣ опухоль. Въ центрѣ воспаленной, также какъ и въ самомъ легкомъ были желѣзны туберкулезны массы, которая легко отдѣлились отъ раковой ткани своимъ темно-желтымъ цвѣтомъ. Въ печени и подѣ кожей надчревной жмы были метастазы, которые на первичную опухоль въ легкомъ. (цит. по Stokesy).

Лавинес (Traité de Fossell. T. II, p. 239) приводитъ свѣдѣніе, данное Вауле, въ „descriptio phthisis“. Онъ наблю-

дать мозговидный рак легкого только в форгах узлом, и описать его как „Masse cerebriforme exsultans et non exsultans“ (цит. по Ebermann'y).

В переведенной по 1857-го году на русский язык книге доктора Джамеса Гопа (Основания патологической анатомии) на стр. 66 мы находим следующее описание мозговина легкого:

„Кровяной опухолью (fungus haematodes), означенною въ обширномъ смыслѣ различныя по своему болѣзненнаму извѣщенію, называются такіе особенныя опухоли, строеніемъ походящія на мозгъ и потому подлѣ этого названія въ предѣлахъ мозговина легкиихъ. Составъ этой опухоли есть одно изъ особенныхъ болѣзненныхъ произведеній организма. Она отличается совершеннымъ сходствомъ въ извѣстномъ состояніи съ рѣмачинымъ составомъ мозга. Върѣзается то отдѣльно, то внутри другихъ опухолей; но, безъ сомнѣнія, нельзя ее считать за извѣстную видъ этихъ опухолей. Эта опухоль, встрѣчается въ трехъ видахъ: 1) въ мѣшкѣ, 2) въ перепончатомъ массѣ безъ мѣшкочка и 3) подлѣ извѣстнаго навозленія (infiltratio) въ составъ органа“.

Затѣмъ идетъ описаніе этихъ трехъ видовъ мозговина легкиихъ, т. е. ихъ наружнаго вида и отношенія къ окружающимъ частямъ.

Кассе (1841 г. Pathol. Anst.) описалъ подлѣ мѣшкочка, „Krebsartige Neubildungen der Lunge“ шютный опухоль легкиихъ, къ которымъ она относитъ инфильтрирующія мозговидныя опухоли. Она не впервые высказана въ дѣлѣнн ракомъ легкиихъ на первичные и вторичные (цит. по Pässler'y).

Въ пятидесятихъ годахъ узнано о первичномъ ракъ производится большинствомъ авторовъ (Radermacher, Botesato и друг.).

Въ 1841 г. von Kieffers изъ своей диссертации „De cancer primario“ собралъ 27 случаевъ рака легкиихъ, нарисовалъ на основаніи ихъ картину болѣзни и изложилъ методъ признающаго распознаванія этой болѣзни.

Saastadt (Handb. d. med. Klinik, Erlangen, 1848, стр. 365, III, 2) подлѣ ракомъ задняго средостѣнія описываетъ мозговидная раковая масса, которая часто спускается въ дыхательныя трубки и облитерируетъ ихъ, subclavian. Ему не было, вѣроятно ни одного случая рака средостѣнія, гдѣ бы онъ описано не было вторичнаго рака въ легкомъ въ форгахъ разбѣсншихъ въ тѣни послѣдняго мозговидныхъ массъ отъ горюшима до куриваго вида величинамъ. Въ бронхахъ при этомъ находить иногда разлагаченныя отложения раковой, массъ на слизистой ихъ. Такая форма вторичнаго рака бы-

ваетъ при ракахъ въ другихъ органахъ, но иногда не бываетъ, какъ первичный ракъ легкого. Другая форма рака легкиихъ (и это, вѣроятно, единственная форма его, какъ вторичнаго рака легкиихъ) бываетъ въ видѣ раковой инфильтраціи или прорѣженія большей части легочной доли и даже всего легкого въ мозговидную или спиртовую массу. При этомъ доррается обыкновенно только одно легкое. Эта инфильтрація не имѣетъ рѣзкихъ границъ. Местами наблюдается въ дифтерическомъ желѣзѣ и въ другихъ органахъ.

Затѣмъ дали свои наблюденія англійскіе авторы, особенно Stokes и Walche (цит. по Radermacher'y) и нѣмецкіе авторы, изъ которыхъ наиболѣе подробно изложилъ этотъ вопросъ Köhler въ своей диссертации „De pulmonis cretaceo“ Tübingen, 1847 и монографіи „Krebs und Schenkels-Krankheiten“ Stuttgart, 1853 (цит. по Ebermann'y). Köhler систематически изложилъ отдаленно, патологическую анатомію, симптоматологію съ диагностикой рака легкиихъ, привелъ два собственныхъ наблюденія и одно доктора Reger и 75 случаевъ случившихся, собранныхъ имъ изъ диссертаций.

William Stokes (Die Brustkrankheiten. Перев. съ англ. 1844. Leipzig) различаетъ спиртовую или мозговидную опухоль легкого и раковую инфильтрацію легкиихъ. Stokes различаетъ, какъ разнообразію еще на извѣстную форму, описанную 4 собственными наблюденіями, причѣмъ она затрагиваетъ патолого-анатомическую сторону рака легкиихъ лишь постольку, насколько это касается клиники.

Rakitsansky (русск. перев. Москва, 1844 г.) различаетъ ракъ бронховъ отъ рака легкого и даетъ очень подробное описаніе этихъ процессовъ. Она впервые высказана въ патологическомъ ракъ бронховъ, но его мѣшка, различаетъ отъ канцерознаго прорѣженія одной или многихъ бронхиальныхъ желѣзъ, а относилъ къ мозговидной инфильтраціи легкого она считаетъ, что послѣдняя бываетъ продуктомъ пневмоническаго процесса, который подлѣ извѣстнаго канцерознаго диссертации признавать извѣстныя свойства и составныя начала этого злокачественнаго продукта.

Andral (Cours de pathologie interne, Paris, 1848) иногда самъ не подтверждаетъ первичнаго рака легкиихъ и отнесено съ сомнѣніемъ къ онкологическому злокачественному и другимъ авторамъ. Само описаніе онъ относитъ къ вторичному раку легкиихъ.

Lebert (Traite pratique des maladies cancéreuses, 1851) считаетъ первичный ракъ легочнаго органа за очень рѣдкую болѣзнь и подтверждаетъ самъ только 6 случаевъ, включая сюда ракъ легкиихъ, плевры и средостѣнія. Опухоль средо-

ствая обыкновенно очень велики, представляются во видѣ сферры, мозговинки или сѣмяночного типа. При этомъ ядра бываютъ одна или нѣсколько опухолей, между тѣмъ какъ перичный ракъ легкаго и ядра обыкновенно состоятъ изъ большого количества опухолей и ядрамъ мозговиднаго типа. Только въ одномъ случаѣ автору удалось выделить разную инфилтративную ткань въ видѣ одной опухоли, именно у 7-ми лѣтняго ребенка. Зарѣза авторъ описываетъ консистенцію такихъ опухолей, ядра, поверхность разрыва, сосбливаемая съ послѣдней cost и его воспаленіе подл. микроскопомъ. Подробнаго микроскопическаго описанія такихъ опухолей авторъ не приводитъ.

Foerster (Spec. path. Anat. 1854) признаетъ перичный ракъ легкаго въ видѣ отдѣльныхъ узелковъ или въ видѣ сплошного пропитанія раковыми массами. Разростаніе рака идетъ на счетъ разрастанія основной стромы и ядрамъ онаго новообразованія, которыя растутъ во периферіи и глубь осѣдной легочной ткани. Въ бронхахъ не ядрами, но это мнѣніе, не бываетъ перичнаго рака, а всегда онъ переходитъ въ такихъ случаяхъ съ легкаго или съ соединит. тканей.

Въ 1837 году вышелъ первый русскій работа о рабѣ легкаго д-ра Эбермана (Еберманъ. De cancro pulmonum. Petersburg), въ которой онъ приводитъ списокъ 61 актионъ, описанныхъ 78 случаями легочнаго рака. Въ этотъ списокъ вошли также и вторичные раки легкаго. Эберманъ различаетъ: 1) cancer in toto pulmone—cancer pulmonum solitarius, 2) cancer pulmonum primarius, 3) cancer puma secundarius и 4) cancer puma simulatae (здѣсь нельзя было опредѣлить перичнаго факта). Изъ собранныхъ 78 случаевъ cancer solitarius περιτρίβηται в рабѣ, а primarius 29 разѣ. Э описываетъ формы, въ которыхъ περιτρίβηται ракъ легкаго, и на счетѣ такой ткани оги-образуется. Относительно послѣднихъ онъ говоритъ слѣдующее:

Formatis cunctis in pulmonibus secundum vestigiis theoriam, eadem ratione procedit, qua in aliis partibus et organis corporis humani, i. e. ex cellulis normalibus et fideis bobis pulmonalis. In nostris duabus exemplis, quae in fine dissertationis affertur, stroma nobisum connectivum pulmonalis, ut videtur, ex fibris et nucleis telae conjunctivae pulmonum efficitur, atque nuclei solammodo in peiori exemplo extensi, in altero evalescerunt. Cavitate in stromate observata divergentia ejus fibrorum efficitur; una tantum cavitas quasi directe ex tenuissimis telae conjunctivae formata erat, quod tamen pro certo non affirmaveris. Nuclei nodorum cancerosorum diversissimas formas fortasse ex nucleis telae conjunctivae pulmonum formabantur, qui partim forma mutati erant, partim infus usum,

2302
5405

№ 1
№ 1-го Харьк. Мед. Института
НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА

interdum duas, interdum tres nucleos recenter formaverant. Etiam infiltrativam est, quodam ex nucleis propetosis factas fuisse in longitudinem et latitudinem indura nucleos esse dividendi. In nodis pulmonibus etiam investas sunt cellulae menses et cellulae filiae (Mutter und Tochterzellen). Haec omnia decernuntur sunt, cellulas et nucleos focalitate praeditas esse in infinitum esse multiplicandi atque discrossendi".

Во патолого-анатомическомъ отношеніи онъ различаетъ ракъ легкаго на: 1) carcinoma nodulosa, 2) scirrhus pulmonum, 3) carcinoma cellulae et 4) carcinoma fibulata. Зарѣза авторъ указываетъ симптомы и діагностику рака легкаго и въ концѣ описываетъ два соединительныхъ ядра, изъ которыхъ первое онъ относитъ къ cancer simulatae и относительно второго думать, что ракъ легкаго тутъ развивается вторично.

Niemcewicz (Krankheiten der Respirat. Org. Berlin. 1859) описываетъ ракъ легкаго въ видѣ узелковъ и въ видѣ мозговой инфилтративы и считаетъ гистогенезомъ, причѣмъ говоритъ, что нужно отказываться отъ прежскаго взгляда на проколѣніе инфилтративнаго рака изъ пневмоническаго инфаркта, а скорѣе нужно думать, что послѣ превращенія отдѣльныхъ участковъ соединительной ткани адрозивныхъ перерождается в единичныхъ эпителиальныхъ клеткахъ легочнаго альвеолы въ раннее время такое превращеніе идетъ все дальше во осѣдную соединительную ткань и на эпителиальныхъ клеткахъ осѣдныхъ легочныхъ альвеолъ. Относительно же возникновенія раковыхъ узелковъ нужно соображеніе такъ, что послѣ развитія въ интерстиціальной соединительной ткани раковыхъ клетокъ, послѣднія пролиферируютъ безъ того, чтобы окружающая ткань принимала участіе въ разростаніи. Черезъ разростаніе этихъ перичныхъ раковыхъ клетокъ и образуется ростъ раковой опухоли, которая отбрасываетъ и захватываетъ окружающую легочную ткань. Такой взглядъ Niemcewiczъ очень интересенъ, такъ какъ онъ возникъ еще тогда, когда теорія Virchow'a о соединительнотканномъ происхожденіи раковыхъ опухолей была господствующей въ наукѣ.

Aviat (1861 г.) описалъ 43 случая раба легкаго и изъ нихъ было 12 перичныхъ.

Rindfleisch (русскій перек. 1867 г.) утверждаетъ, что перичный карцинома легкаго бываетъ весьма рѣдко и только подл. видомъ ограниченной мозговой инфилтративы. Что касается гистологической части образованія такой опухоли, то дѣлительной при этомъ является исключительно одна только соединительная ткань легкаго, но въ изданіи 1876 г. описъ патологической анатоміи онъ уже соглашается съ нами раба

БИБЛИОТЕКА
5405

легкого к патологическому новообразованию эпителии или разращения нормальных эпителиев.

Divet (1868 г.) приводит лишь клиническую картину и грубо-анатомическое строение рака легких без микроскопических исследований.

Lebert (*Klinik der Brustkrankheiten*, Tübingen 1874) и Лабульенъ (Русск. перек. 1879 г.) ничего нового не прибавляют при описании рака легких.

Въ 1865 году появилась работа Thiersch's о възбудимомъ раке, а именно въ 1867 году Waldeyer (*Vierteljahr. Bd. 41. S. 514*) указывалъ, что раковая опухоль есть эпителиальное новообразование, которое приращивается только тамъ, гдѣ предшествуетъ истинный эпителий. Въ изысканьяхъ Thiersch's и Waldeyer's постепенно приыкали въ Гистологию, почему и ученые о перичномъ раке легкихъ принимаютъ болѣе чистую форму, и начинается ракъ, переходяща о перичномъ раке легкихъ въ смыслъ Waldeyer's. Собственно съ этихъ поръ и начинается только литература о перичномъ раке легкихъ, могущая служить для практическихъ или научныхъ изысканій по этому вопросу.

Каузативическій матеріалъ, разбросанный по большей части въ отдѣльныхъ сообщеніяхъ, пытались собрать слѣдующіе авторы. Въ 1878 году появилось работа Reinhard's, въ которой авторомъ приведено 27 случаевъ изъ литературы и описанъ 3 собственныхъ случая. Reinhard не приводитъ литературы, собранной въ старыхъ работахъ, гдѣ же доказана достоверность случаевъ, а также не доказано, были-ли это перичные или вторичные раки легкихъ; относительно же своей работы онъ предпринимаетъ, что, же смотри на господствовавшее въ то время мнѣніемъ Waldeyer's, онъ принимаетъ во вниманіе не столько патолого-анатомическую, сколько клиническую точку зрѣнія, по которой ракъ и саркома шли въ одну рубрику.

Затѣмъ въ 1881 году Blumenthal описалъ случай перичнаго рака легкихъ и приводитъ описаніе 30 случаевъ. Но здѣсь главнымъ образомъ микроскопа эпителиальная сторона рака легкихъ, а гистологическая сторона ограничивается небольшою выемкой. Въ общихъ работахъ не упомянуто о изслѣдованіяхъ интереснаго случая, и потому Wechselmann въ 1882 г. подыскать критическій собраннаго матеріала, составилъ таблицу изъ 72 случаевъ, и описалъ свой случай перичнаго рака легкихъ. Dorsch (1886 г.) доказалъ эту статистику до 1884 года и крокъ своего привелъ еще 16 случаевъ изъ литературы. Въ 1888 г. Schlegel въ 27-ми случаями Rein-

hard's прибавилъ еще 11 случаевъ и описалъ 2 новыхъ. Въ томъ же году Hildebrand въ случаяхъ Wechselmann's и Dorsch's добавилъ, крокъ своихъ двухъ, еще 5 случаевъ изъ литературы. Въ 1889 году Tillmann и въ 1891 Ehrlich описали по 5 случая. Затѣмъ въ 1893 году Passow собралъ въ литературу еще 27 случаевъ, самъ описалъ одинъ, что съ предке приведеннымъ составляетъ, по его мнѣнію, 132 случая.

Becker въ 1897 году дополнилъ статистику Wechselmann's и Dorsch's съ 1886 года 38-ю случаями изъ литературы и описалъ, новыхъ 4 случая.

Въ 1896 году появилась очень обстоятельная и интересная работа Pässler's, въ которой онъ приводитъ, изъ своей этой массы случаевъ только 70 случаевъ, но считая остальные годными, такъ какъ въ нихъ не было гистологическаго изслѣдованія, и новообразование не было ракомъ въ смыслѣ Waldeyer's. Затѣмъ Pässler описываетъ свои 4 случая.

Böhmъ (1902 г.) изслѣдовалъ 10 случаевъ перичнаго рака легкихъ и занимается по вопросу о гистогенезѣ этихъ опухолей.

Наша отечественная литература очень бѣдна по этому вопросу. Диссертация Эбермана явилась первой работой о раке легкихъ. Изъясняясь отдѣльными сообщеніемъ Забодунова, Заскина, Каземъ-бека, Симмаковскаго почти не затронулъ анатомическую сторону вопроса. Сообщенія д-ра Яна и особенно работа Рубинштейна затрагиваютъ вопросъ о перичномъ раке легкихъ уже съ анатомической стороны. Д-ру Рубинштейну, очевидно, тоже не удалось найти изслѣдованій по этому вопросу въ нашей отечественной литературѣ.

О перичномъ раке легки.

Еще въ патологической анатоміи Veitgela's (1864 г.) мы находимъ описаніе случая Reenger's, который на вскрытіи нашелъ въ правой грудной полости около 10 фунтовъ массы, совершенно ослѣдственной все легкое. На поверхности плевры авторъ видитъ много маленькихъ бѣлыхъ нѣбныхъ, хрящевой плотности узелковъ. Такие же узелки были найдены и въ въ левой плеврѣ. Въ другихъ органахъ авторъ опухоли не нашелъ. Это описаніе, несомненно, очень напоминаетъ обычную картину рака плевры. Rokitsansky (русск. перек. 1844 г.) утверждалъ, что ракъ плевры иногда не является перичнымъ, изъ числа раковыхъ продуктовъ, развивае-

сился в одном и том же организме; напротив, она всегда бывает произведена выкариговым худосочию, уже сосредоточивающимся в других органах. Foerster (Breslauer path. Anat. 1854 г.) признавал возможность развития перичного рака плевры и говорит, что последние встречаются с маленькими и большими узелками, которые могут впоследствии достигнуть громадной величины и отдавать все давление.

Wiatrich (Die Krankheiten der Pleura. Russk. пер., 1864) отнесал первичный рак плевры, Lebert (Klinik der Brustkrankheiten. Tübingen. 1874) причислял его к самым редким случаям, а Fraenkel (Zeitsch. Handb. 7. 4, 1884, Сиб.) снова утверждает, что рак плевры иногда не бывает первичным.

Сходности между тем же основным одним случаем за другим и переходом из сложившихся бросившихся в глаза сходство этих опухолей с обыкновенными карциномами. Сюда относятся случаи Lépine (1869 г.) Kaasberg (1880 г.), Pitt (1888 г.) Hebb (1893 г.), Fossard (1899 г.), Kahlén (1900 г.) и др.

Когда наблюдения стали исследовать свои случаи не только с морфологической стороны, но и с точки зрения гистологии, то взгляды их круто перевернулись и изрядно вопрос о том, может ли первично развиваться рак плевры из эмбрионального рака в плевры, сдвинулся вперед и должен был.

Этот вопрос оставался разрешенным в отрицательном смысле до тех пор, пока Карлос Нис в прокладке эндотелия плевры из соединительной ткани были признаемы большинством ученых.

Wagner впервые описал в 1870 году под именем „das tuberculöse Lymphadenom“ опухоль плевры у 62-летней женщины. На вскрытии автор нашел полость правой плевры выстлальной эндотелием, который совершенно отделился все легкое; сама же плевра оказалась равно утолщенной. При микроскопическом исследовании утолщенной плевры автор нашел, что утолщение зависело от местной гиперемии и от своеобразных изменений в соединительной ткани плевры и эндотелия лимфатических сосудов. Автор имел в виду своей картиной равной опухоли, содержащей большое количество соединительной ткани; эмбриональной опухоль оказалась лимфатическими сосудами плевры, выходящими по линии на опухоль клетками, прочее же содержимое опухоль походило на эмбриональные клетки, покрывавшая плевру, и выходила с ними из перичной сумки. Поверхность

плевры покрыта цилиндрической формы, равной величины, клетками с 2—4 ядрами; клетки эти образовали до 8-ми рядов и находились в состоянии равно направленной дифференции. Автор отказывается высказать свои взгляды относительно своего случая, так как ничего подобного ранее не встречал.

В 1876 году появился работа Schulz, который снова исследовал случай Wagner'a и свои собственные, причем нашел разрастание эндотелия лимфатических сосудов плевры, с которыми она и считала происходящее и дальнейшая часть новообразования. С тех пор было принято название „эмбрионального рака плевры“, данное Schulz'ом. Затем появились новые наблюдения по этому вопросу, а именно, с которыми многие авторы удавалось находить разрастания из эндотелия лимфатических сосудов плевры, возбуждала, действительно, признавать происхождение рака плевры из эндотелия.

В 1882 г. Neelsen'у удалось достичь в исследовании большого случая эмбрионального рака и он убедился, что имеет дело с действительно полной обособленности сложившего новообразования. В первом случае у 37-летнего мужчины автор нашел отделившееся: При вскрытии грудной клетки из правой перичной полости вылезло около 3 литров карично-красноватого цвета с побуревшими стружками фибрина вещество. В левой плевры около $\frac{1}{2}$ циркулярной дождности. Правое легкое почти светло, отделилось и представляется плотным из клубка желчиною темною, висциозной на правую бронх. Вся внутренняя поверхность утолщенной из объема перичной полости утолщена до $\frac{1}{2}$ —1 сантиметра, пронизана плевры желчиною-белого цвета массой новообразования, состоящей частью из узелков, частью из своеобразно утолщенных и соединившихся между собой тканей. Местами поверхность плевры покрыта новообразованием из фибрина. Правое легкое на разрезе абсолютно не содержит воздуха, микроциркул, створчатого цвета и пронизано узлами желчиной плотностью узлами новообразования. Бронхиальная железом утолщена и пронизана узлами новообразования.

Под микроскопом видеть утолщенный соединительнотканной оболочкой плевры, из лимфатических сосудов которой вытекает жидкость из опухоль клеток. Клетки эти представляют местами клеточку просветить этих вытекает, вытекает при этом много цилиндрическую форму по периферии ядра и поперечную из центр поперечную. Клетки эти по величине меньше клеток единичности желчи, вытекает

адно с адринками и гомосексу или слабо вернутому пролиакому.

В мѣстах, гдѣ новообразование имѣет еще возмозднрост, автору удалось найти переходныя картины от нормального эндотелия, выстилающаго лимфатическіе сосуды, къ клеткамъ новообразования. Авторъ всегда не могъ найти клетокъ нормального эндотелия въ тѣхъ сосудахъ, которые были захвачены новообразованиемъ, и потому заключить, что послѣднее здѣсь не является вторичнымъ, а, несомненно, само происходитъ изъ измѣненнаго и пролиферирующаго эндотелия этихъ лимфатическихъ сосудовъ. Такия переходныя картины автору удалось наблюдать главнымъ образомъ въ средней части плазмального листа. Въ периферическомъ же и внутреннемъ поствѣ плевры онъ нашелъ казавшееся переходное къ клеткамъ новообразования.

На основаніи анатомической и микроскопической картины авторъ убѣдился, что это страданіе заключается не въ одномъ или немногихъ мѣстахъ, но является результатомъ однороднаго общаго заблѣванія всего органа плазмальной лимфатической системы. Кровеносныя сосуды съ ихъ элементами не участвуютъ въ разрастаніи новообразования.

Поверхностный эпителий плевры сохранился только въ складочкахъ ея и адѣсь онъ представляется дѣшеимъ въ одной слоей, набухшимъ, принашивая кубическую форму и, хотя автору не удалось видѣть непосредственнаго перехода этого эпителия въ типъ внутреннихъ слоей плевры, все же онъ убѣдился, что и поверхностный эпителий плевры пролиферируетъ, но, благодаря сжиркованности съ жидкостью, можетъ освобождать изъяснить спонжъ клеткамъ въ видѣности, между тѣмъ какъ въ лимфатическихъ сосудахъ плевры онъ клетки насобнаются и выполняютъ всѣ функции.

Въ своемъ второмъ случаѣ авторъ нашелъ нѣтъ микроскопомъ ту же картину и такия же переходныя картины, убѣдивши его въ томъ, что новообразование и въ этомъ случаѣ произошло изъ пролиферации эндотелия лимфатическихъ сосудовъ плевры.

На основаніи спонжъ изслѣдованій и изученія литературы Neelss онъ утверждаетъ, что эндотелиальный ракъ плевры есть воспалительный процессъ, а переходъ на эпителий клетки т. е. эндотелиального рака является продуктомъ разрастанія эндотелиальныхъ клетокъ соединительной ткани—не только эндотелия лимфатическихъ сосудовъ, но также и плоскихъ, т. е. мезодермальныхъ (близъ соединительно-тканыхъ клетокъ, которая обогатить лучши соединительной ткани.

Затѣмъ авторъ говоритъ о распространѣніи процесса, способъ роста новообразования и объ образаніи метастазовъ.

Уже выше было упомянуто, что авторъ убѣдился въ томъ, что новообразование это не имѣетъ особенностей, характерной для ракаыхъ опухолей, роста изъ первичнаго фокуса и постепеннаго выполнѣнія рогущими клеткамъ лимфатическую систему, но что при эндотелиальномъ ракъ нѣ имѣетъ дѣло съ пролиферацией эндотелия только въ среднемъ слоей плевры, такъ что узлы новообразования образуются изъ предшествующихъ въ пазволахъ даннымъ слоей клетокъ эндотелия. При этомъ авторъ считаетъ, что происходить постепенное какъ бы вырваніе клетокъ одна отъ другой и ихъ перемѣщеніе въ клетку новообразования. То-же самое онъ утверждаетъ и про метастазы, гдѣ онъ убѣдился въ томъ, что они происходятъ не результатомъ эмиссии клетокъ опухолю, а результатомъ инфильтрации эндотелия этихъ органовъ, который подвергается послѣ инфильтрации такому же разрастанію, какъ и въ плеврѣ.

О природѣ этой инфильтрации онъ высказываетъ не борется и не знаетъ точно, куда причислять этотъ процессъ, къ истиннымъ ли новообразованиямъ, или къ т. н. воспалительному или инфекционному процессамъ опухолюхъ, хотя эндотелиальный ракъ отъ послѣднихъ тоже рѣзко отличается въ морфологическомъ отношеніи.

Относительно названія авторъ предлагаетъ оставить для клиническая „Erdtheilkrebs“, а съ гистологической стороны предлагать назвать эту форму „Lymphangioma carcinomatodes“.

Fränkel (1892 г.) изслѣдовалъ у 44-лѣтнаго мужнина фиброзное утолщеніе левой плевры съ геморрагическими инсудатами и нашелъ въ лимфатическихъ сосудахъ эндотелий полиморфнаго, чаще кубическаго клеткаго эндотелиального типа съ пазвообразными ядрами. Мѣстами клетки эти выполняють пресвиты лимфатическихъ сосудовъ, а мѣстами остаются въ центрѣ ихъ просвета. Въ ядрахъ лимфатическихъ сосудахъ видны эндотелиальные элементы не одинаковой формы, сидящие на одной изъ стѣнокъ ихъ, между тѣмъ какъ на другой стѣнкѣ еще видны плоскіе эндотелии. Автору удалось видѣть всѣ переходы отъ эндотелия къ кубическимъ клеткамъ тажей. Эти переходныя формы болѣе всего видны въ среднемъ частяхъ плазмального листа. Въ клеткахъ новообразования нигдѣ не видны такъ свойственныя раку, перерожденія, включенія и т. п. Въ картинѣ, конечно, очень походить на ракъ, но клетки новообразования исходятъ изъ пролиферирующаго эндотелия лимфатическихъ сосудовъ. Стroma опухолю состоитъ изъ мезодермализированной

мелкими клетками мозговой соединительной ткани. Кровеносные сосуды плевры имеют нормального вида. Покровный эпителий плевры сохранился только в местах и здесь он пролиферует, превратившись в клетки кубической или полиморфной формы. Автор затем приводит описание эндотелиального от эпителиального рака. Характерными для первого особенностями является происхождение из среднего зародышевого листка и начало сразу во многих местах; против того эндотелиальный рак не замещает других тканей после предварительного разрушения их, как это бывает раковой опухоль. Так как при этом постоянно издается явление воспалительного характера (новообразование соединительной ткани, инфильтрация мелкими клетками и воспалительный инсульт), то Frankel присоединяется к мнению Neelsson'a и считает эндотелиальный рак за инфекционный процесс. Он предлагает отказаться от названия "Endothelkrebs", и принять данное Schweningen'ом "Lymphangitis proliferans".

Lehnardt (1897 г.) исследовал первичный рак левой плевры и считает его исходящим из эндотелия лимфатических сосудов плевры. "Во особености было ясно, — говорит автор, — как из клеточек лимфатических сосудов легочной плевры происходит пролиферация эндотелия, причем от дельты мезодермальных и затем мимолетно проследить полиморфно-полиядерные клетки". Автору не удалось по бластем опухоли найти ни одного лимфатического сосуда ни среди ее нормальных эндотелиев.

Fetheringham (1897 г.) описал эндотелиому правой плевры, исходящую из лимфатических сосудов ее.

Schaltze-Vollinghausen (1909 г.) исследовал микроскопически первичный рак левой плевры и при том же взгляде не выводит вторичного эндотелия, так что о пролиферации его, по мнению автора, не может быть и речи. Но смотри на большое число сближенных препаатов, автору не удалось также найти среди них новообразований с какими-либо разращениями эндотелия лимфатических сосудов и, не смотря на это, автор считает свой случай исходящим из эндотелия лимфатических сосудов плевры.

Birch-Hirschfeld (1894 г.) тоже присоединяется к мнению вышеприведенных авторов.

Некоторые авторы идут дальше и прямо причисляют рак плевры к саркомам.

Вэйне (1880 г.) свой случай причисляет к альвеолярным саркомам, называя его "Sarco-carcinom der Pleura".

и считает его исходящим из пролиферирующего эндотелия лимфатических сосудов.

В 1897 году появилась большая работа Glockner'a об эндотелиальных (Wagner-Sekula) раках серозных полостей. Автор устанавливает между другими 7 случаев эндотелиального рака плевры и пришел к заключению, что первичный эндотелий не берет свои корни из гистогенеза этой опухоли и что своим происхождением она доказывает происхождение ее не только из пролиферирующего эндотелия лимфатических сосудов, но и лимфатических желез. Заслуга Glockner'a еще в том, что ему удалось перевернуть мнение Neelsson'a и Birch-Hirschfeld'a, принимавших, что у эндотелиального рака не бывает истинных метастазов, но только так называемая "metastatische Umwandlung", т. е. истинно образуется вследствие разращения предсуществовавших в каждом данном месте эндотелиальных элементов. Автор к этому убеждается не мест, а даже наоборот, видел клетки опухоли в просвете кровеносных сосудов и в просвете лимфатических сосудов с совершенно неизмененным эндотелием. Glockner'y удалось видеть картину заростания опухоли из окружающей ткани; замечательным же из наблюдений эндотелия было установление охт предельно малые вторичные процессы. Эндотелий лимфатических сосудов под влиянием раннего раздражения может стать очень богатый на эндотелиальную клетку. Glockner при этом ссылается на наблюдения Bayaard, Debove и Trotsier, которые описали такие явления на границе раковых опухолей на исследовании Cornil'a при рождении опухоли в Вагнер-Секула при раннем воспалительном нагноении кишки. Автор считает эндотелиальный рак за истинную опухоль, а воспалительный процесс — вторичным. На основании того, что вопрос об отношении эндотелия лимфатических сосудов к опухоли еще не решен, автор не берет на себя смелости определенно о том, куда можно отнести эти опухоли, стоя на гистогенетической точке зренья, но склоняет отнести их к саркомам. Во শেষь работы автор приводит таблицу из описанных случаев эндотелиального рака, среди которых и значится 38 случаев рака плевры, но многие из этих с гистогенетической стороны были недостаточно хорошо исследованы.

Младовженскй (1898 г.) описал случай эндотелиома левой плевры и причисляет ее к круглоклеточным саркомам.

В 1899 г. вышла из "Deutsch. Archiv f. klin. Medicin" ра-

бота д-ра Rodack's, обнаруженная после смерти автора ее профессором Lichtheim'ом из Königberg's. Автор исследовал два случая рака плевры, имелъ разрастание эндотелия лимфатическихъ сосудовъ и щелей плевры, обстоятельно разбираетъ вопросъ объ отношеши эндотелиального рака плевры къ эндотелиальному раку, на основании своего исследования и изучения литературы, и предлагается считать этотъ опухоль альвеолярнымъ эндотелиальнымъ саркомнымъ плевры.

Данныя сравнительной анатомии и эмбриологическія изслѣдованія братьевъ Heytwig, доказавшихъ, что плевроперитонеальная полость шизоэхи и брюшина и грудная полость шизоэхи позвоночныхъ выстлана эндотелиемъ, должны были, конечно, отозваться и на ученіи о первичномъ ракъ плевры.

Orth (1887 г.) въ своемъ руководствѣ упоминаетъ, что на плевры (pleura) можетъ быть, развивается и настоящій ракочный опухоль, но чаще всего она является излюбленнымъ мѣстомъ для такъ назыв. эндотелиомъ, которая могли бы быть причислены къ эндотелиальнымъ ракамъ, какъ происходящія изъ эндотелия интраспиральной полости (Coelom).

У Rossier (1896 г.) мы находимъ описаніе первичнаго рака гѣной плевры; авторъ имѣетъ въ своемъ случаѣ выше уже неоднократно описанную нами картину эндотелиального рака, но не согласенъ съ мнѣніемъ другихъ по этому поводу. Rossier признаетъ, что ракъ плевры начинается не со всей плевры сразу, но съ одного мѣста. Когда же случай попадаетъ на секционный столъ, то уже бываетъ заката новообразованиемъ вся плевра. Авторъ считаетъ вѣрными, но еще недоказаннымъ, происхождение изъ эндотелия лимфатическихъ путей. Воспалительный процессъ въ плеврѣ онъ считаетъ вторично присоединившимъ къ новообразованію въ плеврѣ. Характернымъ для этого рака, по мнѣнію Rossier, является изъ склонности роста по ширинѣ, а не въ глубину, такъ что название "cancer diffuse" автору кажется наилучшимъ изъ названій, данныхъ этому раку другими авторами.

Ziegler (1895 г.) въ своемъ руководствѣ признаетъ эндотелиальный ракъ плевры возможнымъ, возможно, изъ дифференціи эндотелия лимфатическихъ сосудовъ, но прибавляетъ, что кроме своего эту опухоль къ пролиферации эндотелия плевры, въ основаніи доказавшихъ (Neelissen) рѣшительной поверхности ее эндотелия, и сама опухоль причисляетъ поэтому къ эндотелиальнымъ, т. е. къ настоящимъ ракамъ.

Венда (1897 г.) описалъ первичный ракъ гѣной плевры, захваченный сравнительно въ ранней стадіи болѣзью. Этакъ смерть больного произошла отъ плеврита, после сдѣлан-

ной резекціи ребра. На въ одномъ изъ органовъ не оказалось никакихъ опухолей, и потому этотъ случай можно считать несомнительнымъ первичнымъ ракомъ плевры, еще не установленнымъ даже для мѣстности. Въ этомъ случаѣ вся плевра оказалась покрытой узлами опухоли отъ внешней кромки до большей или меньшей части внутренней. Опухоль эти расположенны были, какъ плоскіе бугры, довольно равномерно по всей плеврѣ; въ некоторыхъ опухоляхъ имѣлъ специфическій характеръ. Въ некоторыхъ мѣстахъ обнаружено перемѣны между плевроальвеолярными листками, имѣвшими тоже характеръ новообразования. Въ этихъ мѣстахъ, гдѣ новообразование было болѣе молодого возраста, можно было замѣтить строеніе опухолей, похожее на бородавчатые наросты, находимыя на срединныхъ клапанахъ. Мѣстами плевра почти нормального вида. Плевра повсюду рѣдно отграничена отъ легкаго, и только въ единичныхъ мѣстахъ имѣла нѣсколько узелки простираться въ легкое. При микроскопическомъ изслѣдованіи поверхностнаго слоя плевры авторъ имѣетъ богатое образование сосочковъ, очень розовыхъ на видѣ и въ мѣстоимъ, къ этимъ сосочкамъ и покрытыхъ високимъ однослойнымъ цилиндрическимъ эндотелиемъ; строма сосочковъ образована изъ соединительной ткани съ кровеносными сосудами, а мѣстами изъ грануляционной ткани. Въ глубинѣ мѣстахъ опухоли плевры авторъ имѣетъ расположенныя тканями или въ альвеолахъ эндотелиальные кѣтки. Кѣтки эти образуютъ плотные тѣщи, гдѣ онѣ принимаютъ кубическую форму отъ жидкаго давления, или же кѣтки имѣютъ желтоватое розовое, причемъ онѣ группируются въ небольшие промезулаты, выстлана ерѣки последнихъ цилиндрическимъ эндотелиемъ. Мѣстами образуются маленькія кисты, которыя онѣтъ покаиваютъ на своей стѣнкѣ образованиемъ сосочковъ разрошршеніи. Кѣтки новообразования имѣютъ склонность расти въ поперечномъ снмѣхъ плевры поверхъ эластической пластинки, т. е. въ новообразованной ткани, и только въ немногихъ мѣстахъ новообразование проникаетъ въ белѣе глубокія части плевры и затѣмъ въ перегородки и лимфатическіе сосуды между дѣльцами легкаго. Авторъ особенно обращаетъ вниманіе на то, что во многихъ мѣстахъ можно найти связь между разрастаннымъ разрастаннымъ эндотелиемъ новообразования и поверхностнымъ эндотелиемъ плевры, а также на то, что ему удалось найти мѣста, гдѣ видны оторсканіи, исходящія изъ цилиндрическаго эндотелия поверхности плевры. Интересно всего то, что авторъ удалось также найти мѣста, очень ясно доказывающія постепенный переходъ поверхностнаго эндотелия плевры въ кѣтки цилиндрическаго рака.

Orth, Ziegler и друг. рассуждали чисто теоретически и пришли к тому выводу, что из эпителия плевры может развиваться первичный рак, но не один из них жаждал опубликовать случаи, доказывающего их взгляд. **Санда** соответственно принадлежить случаю, что она впервые сумела доказать, что из поверхностного эпителия плевры может развиваться истинная ризома опухоли. Автор не хочет сомневаться в том, что существуют опухоли, исходящие из эндотелия лимфатических сосудов, но, подвергая критикѣ описание до этого времени случая, думает, что некоторые из эндотелиальных ризом были, вероятно, иррегулярны, но были тропичными, как первичные, за исключением первичного узла. Другие случаи, вероятно, были клеточными случаями автора; но она обращает внимание на то, что истинный поверхностный эпителий ограничен немощными жѣздами и что онъ могут быть проросшими или даже уничтожены вторичными процессами перерождения. В лимфатических сосудах плевры авторъ не нашел ничего особенного, тѣмъ болѣе развитого.

Теперь я приведу данные из литературы, чтобы на основании тщательно выбранного материала сдѣлать некоторые выводы относительно гистогенеза первичного рака бронхов и легких, а также и постараюсь сопоставить данные различныхъ авторовъ, касающихся гистогенеза этой опухоли.

Для этихъ цѣлей необходимо было изъ массы опубликованныхъ случаевъ выбрать только тѣ, которые оказались действительно истинными, по символу Waldeyer'a, ризома. Если съ этой точки зрѣния разбирать доступную мнѣ литературу (болѣе 300 работъ о первичныхъ ракахъ легких), то окажется сравнительно небольшимъ число наблюдений, из которыхъ болѣе или менѣе обстоятельно приведено гистологическое исследование. Теперь является вопросъ, какъ распределить собранный материалъ?

Въ анатомическомъ отношеніи большинство изолого-анатомовъ (Orth, Ziegler, Birsch-Hirsckfeld, Ribbert, Kaufmann и другіе) дѣлитъ эти раки на: 1) раки большихъ бронховъ, 2) раки среднихъ бронховъ и 3) раки легочной ткани, куда относятся и возникающіе изъ мельчайшихъ бронховъ. По гистологическому строенію жѣ различаютъ четыре типа: 1) цилиндричѣско-плоскіе, 2) истинные плоскоклеточные (съ проглатисма), 3) плоскоклеточные и 4) полиморфноклеточные. Верую, группу многие авторы (Orth, Ziegler и друг.) неосновательно связываютъ въ одну группу.

При чтеніи оригиналовъ выяснилось, что лучше всего группировать всѣ случаи по формѣ клетокъ опухоли, такъ какъ она соотносится большинствомъ авторовъ подробнѣе всего.

Цилиндроклеточный ракъ.

1. Eberth (1870 г.). Женщина 47 лѣтъ. Первичный ракъ лѣвой нижней доли. Вѣсъ metastazov.
2. Langhans (1871 г.). Мужчина 40 лѣтъ. Первичный ракъ правой бронха. 0 metastazov не упомянуто.
3. Lataste (Mélassez) (1876 г.). Женщина 47 лѣтъ. Первичный ракъ правой верхушки. Metastazov въ бронхіальныхъ железахъ.
4. Reinhard (1878 г.). 1-й случай. Мужчина 47 лѣтъ. Первичный ракъ правой верхней доли.
5. Chiari (1883 г.). Женщина 70 лѣтъ. Первичный ракъ лѣвой нижней доли. Metastazov въ лѣвой плеврѣ, бронхіальныхъ железахъ, головномъ мозгу, печени и селезенкѣ.
6. Beck (1884 г.). 2-й случай. Мужчина 65 лѣтъ. Первичный ракъ бронха правой верхней доли. Metastazov въ бронхіальныхъ железахъ, плеврѣ, щитовидной железе, печени и обѣихъ молочныхъ железахъ.
7. Ménétrier (1886 г.). Мужчина 68 лѣтъ. Первичный ракъ правой верхней доли. Metastazov въ бронхіальныхъ железахъ, позвоночникѣ, печени, селезенкѣ и молочныхъ железахъ.
8. Hildebrand (1887 г.). 2-й случай. Женщина 86 лѣтъ. Первичный ракъ правой бронха и легкого. Metastazov въ бронхіальныхъ железахъ и плеврѣ.
9. Fuchs (Mitsche) (1886 г.). У женщины.
10. Schlereth (1888 г.). 1-й случай. Мужчина 55 лѣтъ. Первичный ракъ обѣихъ нижнихъ долей легкихъ и плевры. Metastazov въ бронхіальныхъ железахъ и околосердечной сумкѣ.
11. Schlereth. 2-й случай. Мужчина 72 лѣтъ. Первичный ракъ правой нижней доли легкого и плевры.
12. Tillmann (1889 г.). 2-й случай. Мужчина — лѣтъ. Первичный ракъ, правой нижней и средней долей легкого. Metastazov въ бронхіальныхъ железахъ и печени.
13. Tillmann. 3-й случай. Мужчина 69 лѣтъ. Первичный ракъ лѣвой нижней доли. Metastazov въ бронхіальныхъ железахъ, головномъ и спинномъ мозгу.
14. Wegner (1891 г.). 2-й случай. Мужчина 65 лѣтъ. Первичный ракъ лѣвого бронха. Metastazov въ бронхіальныхъ железахъ, лѣвой плечевой кости и позвоночникѣ.

15. Schwabe, (1891 г.) Мужичина 42 лѣтъ. Первичный ракъ обоня. легкакъ. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ, правой плеврѣ и околосердечной сумкѣ.
16. Stampf (1891 г.) — — Первичный ракъ бронха и правой верхней доли. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ, плеврѣ и правой предсердіи.
17. Jarha, (1892 г.) 3-й случай. Мужичина 45 лѣтъ. Первичный ракъ праваго бронха. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ, плеврѣ, діафрагмѣ и околосердечной сумкѣ.
18. Jarha, 3-й случай. Мужичина 51 года. Первичный ракъ лѣваго легкаго. Метастазы въ правомъ легкомъ, плеврѣ, бронхіальныхъ железахъ, селезенкѣ и печени.
19. Scharer, (1892 г.) Женщина 64 лѣтъ. Первичный ракъ лѣваго легкаго. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ, маткѣ и сердечной мышцѣ.
20. Passow, (1893 г.) Мужичина 51 года. Первичный ракъ праваго легкаго. Бѣсъ метастазовъ.
21. Siegert, (1893 г.) 2-й случай. У собаки.
22. Stolper, (1894 г.) Мужичина 75 лѣтъ. Первичный ракъ лѣваго бронха. Бѣсъ метастазовъ.
23. K. Wolff, (1895 г.) 20-й случай. Мужичина 42 лѣтъ. Первичный ракъ праваго бронха. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ, селезенкѣ, почкахъ и головному мозгу.
24. K. Wolff, 6-й случай. Мужичина 44 лѣтъ. Первичный ракъ правой верхней доли. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ, плеврѣ, околосердечной сумкѣ и печени.
25. K. Wolff, 21-й случай. Мужичина 46 лѣтъ. Первичный ракъ лѣваго бронха. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ и печени.
26. K. Wolff, 25-й случай. Мужичина 54 лѣтъ. Первичный ракъ лѣваго бронха. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ и бронхахъ.
27. Gückwald, (1895 г.) Мужичина 67 лѣтъ. Первичный ракъ праваго бронха. О метастазахъ не упоминаютъ.
28. Lévi, (1895 г.) Мужичина 49 лѣтъ. Первичный ракъ правой верхней доли легкаго. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ.
29. Pässler, (1896 г.) 1-й случай. Мужичина 73 лѣтъ. Первичный ракъ лѣваго бронха. Метастазы въ лѣвомъ легкомъ и лѣвомъ почкѣ.
30. Pässler, 3-й случай. Мужичина 63 лѣтъ. Первичный ракъ бронха лѣвой нижней доли. Метастазы въ лѣвомъ легкомъ, бронхіальныхъ железахъ, печени, головному мозгу и яичникамъ.

31. Pässler, 4-й случай. Женщина 46 лѣтъ. Первичный ракъ лѣвой верхней доли легкаго. Метастазы въ правомъ легкомъ и бронхіальныхъ железахъ.
32. Raue, (1896 г.) Мужичина 42 лѣтъ. Первичный ракъ праваго бронха. Метастазы въ бронхіальныхъ и шейныхъ железахъ.
33. Perutz, (1897 г.) 1-й случай. Мужичина 58 лѣтъ. Первичный ракъ праваго бронха. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ и правой предсердіи.
34. Perutz, 8-й случай. Женщина 48 лѣтъ. Первичный ракъ лѣвой нижней доли легкаго. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ, головному мозгу и обихъ почкахъ.
35. Schwalbe, (1897 г.) Мужичина 48 лѣтъ. Первичный ракъ въ верхней верхней лѣвой доли легкаго. Бѣсъ метастазовъ.
36. Rosenthal (1899 г.) Женщина 52 лѣтъ. Первичный ракъ въ лѣвомъ легкомъ. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ, мышечной ткани сердца и головному мозгу.
37. Froehlich, (1899 г.) 1-й случай. Мужичина 46 лѣтъ. Первичный ракъ въ лѣвомъ легкомъ. Метастазы въ правомъ легкомъ и бронхіальныхъ железахъ.
38. Froehlich, 2-й случай. Мужичина 59 лѣтъ. Первичный ракъ лѣваго бронха. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ и печени.
39. Froehlich, 4-й случай. Женщина 70 лѣтъ. Первичный ракъ лѣваго бронха. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ, печени, почкахъ и подпочечникѣ.
40. Le Sourd (1899 г.) Мужичина 28 лѣтъ. Первичный ракъ верхней доли лѣваго легкаго. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ, обоня. легкакъ, плеврѣ и позвоночникѣ.
41. Minjavel, (1900 г.) Мужичина 43 лѣтъ. Первичный ракъ праваго бронха. Метастазы въ лѣвой плеврѣ, бронхіальныхъ и забрюшинныхъ железахъ, селезенкѣ и почкѣ.
42. Dömsen, (1902 г.) 2-й случай. Женщина 67 лѣтъ. Первичный ракъ средней и нижней правыхъ долей. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ, печени, плеврѣ и шитовидной железе.
43. Dömsen, 6-й случай. Женщина 79 лѣтъ. Первичный ракъ лѣваго бронха. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ.
44. Dömsen, 7-й случай. Мужичина 41 года. Первичный ракъ бронха правой верхней доли. Метастазы въ бронхіальныхъ железахъ и головному мозгу.

45. Böhmery. 8-й случай. Женщина 66 лет. Первичный рак бронх правой верхней доли. Метастазы в бронхиальных железах, плевры и перикарде.

Ногинный плоскоклеточный рак (сб *epitheliom*).

1. Perls. (1872 г.) Мужчина 48 лет. Первичный рак правой верхней доли легкого. Метастазы в бронхиальных железах, головном мозгу, сосудистой оболочке глаза, ребрах, бронхах, плевры и печени.
2. Friedländer. (1885 г.) — — Первичный рак в канальце верхней доли левого легкого. Без метастазов.
3. Яшва. (1892 г.) Мужчина 60 лет. Первичный рак левого легкого. Метастазы в бронхиальных железах, позвоночник и межреберной мышце.
4. K. Wolff (1895 г.) 1-й случай. Мужчина 54 лет. Первичный рак левого легкого. Метастазы в бронхиальных железах и правой плевры.
5. K. Wolff. 2-й случай. Мужчина 57 лет. Первичный рак верхней доли правого легкого. Без метастазов.
6. K. Wolff. 3-й случай. Мужчина 64 лет. Первичный рак средней и нижней долей правого легкого. Метастазы в бронхиальных железах, диафрагме и печени.
7. K. Wolff. 4-й случай. Мужчина 56 лет. Первичный рак левой верхней доли легкого. Без метастазов.
8. Eggert. (1896 г.) Мужчина 30 лет. Первичный рак правого верхнего бронха. Метастазы в бронхиальных железах, твердой мозговой оболочке, головном мозгу и левой надпочечной железе.
9. Passier. (1896 г.) 2-й случай. Мужчина 52 лет. Первичный рак правого среднего бронха. Метастазы в бронхиальных железах, двоякой предсердия и овоидсердечной сумки.
10. Kaminsky. (1898 г.) Мужчина 51 год. Первичный рак бронха левой верхней доли легкого. Метастазы в железах средостения, сердечной мышце, левой почке и левой надпочечной железе.
11. Рубинштейнъ. (1898 г.) Мужчина 61 год. Первичный рак левой нижней доли. О метастазах не упомянуто.
12. Froehlich. (1899 г.) 3-й случай. Мужчина 61 год. Первичный рак левого бронха. Метастазы в бронхиальных железах и печени.

13. Froehlich. 4-й случай. Мужчина 57 лет. Первичный рак левого бронха. Без метастазов.
14. Froehlich. 7-й случай. Мужчина 55 лет. Первичный рак правого бронха. Без метастазов.
15. Froehlich. 13-й случай. Мужчина 34 лет. Первичный рак левого бронха. Без метастазов.
16. Böhmery. (1902 г.) 1-й случай. Женщина 75 лет. Первичный рак правой нижней доли легкого. Метастазы в бронхиальных железах, диафрагме и печени.
17. Böhmery. 9-й случай. Мужчина 51 год. Первичный рак правого бронха. Прорастает в правый медуллярный.

Плоскоклеточный рак.

В отдельный плоскоклеточного рака (без метастазов в органы) пришлось заметить, кроме описанных под этим названием случаев, и случаи, которые авторы описали как живущие клетки полиморфной, полигональной, овальной и круглой формы. Нужно думать, что часть этих случаев произошла бы метастазы в другие органы, если бы авторы приводили описание разных мест опухоли, ее особенности в ее границах, роста опухоли, т.е. тип ее образования наиболее характерны. При этом метастазах пришлось убедиться, насколько тип опухоли изменяется в зависимости от локализации и возраста ее в каждом из этих мест.

1. Friedrich. (1864 г.) Женщина 49 лет. Первичный рак левого легкого. Метастазы в сердце, почках, надпочечниках, надпочечной железе и бронхиальных железах.
2. Georgi. (1879 г.) Мужчина 60 лет. Первичный рак левой верхней доли легкого. Без метастазов.
3. Лабульскъ. (Русск. перев. 1879 г.) Женщина 68 лет. Первичный рак обеих легких.
4. Wisenschafel (1881 г.) 1-й случай. Мужчина 25 лет. Первичный рак левого бронха и легкого. Без метастазов. Опухоль проросла в левое предсердие.
5. Stilling. (1881 г.) 1-й случай. Мужчина 52 лет. Первичный рак правой средней доли легкого. Метастазы в овоидсердечной сумке, печени и бронхиальных железах.
6. Stilling. 2-й случай. Женщина 27 лет. Первичный рак правого бронха. Метастазы в щитовидной железе,

- печени, желтой красной желудка, бронхиальных и бронхиальных железах.
7. Stilling. 3-й случай. Мужчина 70 лет. Первичный рак левой верхней доли легкого.
 8. Stilling. 4-й случай. Мужчина 64 лет. Первичный рак правой верхней и средней долей. Метастазы во левой надпочечной железе.
 9. Stilling. 5-й случай. Мужчина 60 лет. Первичный рак левой верхней доли легкого.
 10. Wechselmann (1882 г.). Мужчина 64 лет. Первичный рак обеих легких. Метастазы в бронхиальных железах, околосердечной сумке и печени.
 11. Hautesseur (1886 г.). Мужчина 64 лет. Первичный рак правой нижней доли легкого. Метастазы в плевры, околосердечной сумки, бронхиальных и подмышечных железах.
 12. Dorsch (1886 г.). Женщина 54 лет. Первичный рак правого бронха. Метастазы в легкую, околосердечной сумки, левой почки, печени, лобной кости, твердой мозговой оболочке и бронхиальных железах.
 13. Siegel (1887 г.). 1-й случай. Мужчина 64 лет. Первичный рак левого легкого и плевры. Метастазы в правом легком и бронхиальных железах.
 14. Siegel. 2-й случай. Женщина 68 лет. Первичный рак правой средней доли легкого. Метастазы в правой плевры, бронхиальных железах, левом надпочечнике и ободке попка.
 15. Hamreth (1887 г.). Мужчина 62 лет. Первичный рак правого легкого. Метастазы в бронхиальных железах.
 16. Löwenauert. (1888 г.). Мужчина 75 лет. Первичный рак правого легкого. Метастазы в бронхиальных железах и твердой мозговой оболочке.
 17. Tillmann (1889 г.). 1-й случай. Мужчина 45 лет. Первичный рак правой нижней доли легкого. Без метастазов.
 18. Wieber. (1889 г.). Мужчина 49 лет. Первичный рак правой верхней доли легкого. Метастазы в бронхиальных железах, левой бедренной кости, правой плевры и печени.
 19. Geyrwald (1889 г.). Мужчина 32 лет. Первичный рак левой нижней доли легкого. Метастазы в бронхиальных железах, сердце и печени.
 20. Le Veix. (1891 г.). Женщина 59 лет. Первичный рак левой верхней доли легкого. Метастазы в левом легком, ободке попка и бронхиальных железах.

21. Ehrlich. (1891 г.). 1-й случай. Женщина 62 лет. Первичный рак в левой верхней доле легкого. Метастазы в плевры, легких, бронхиальных железах, почках, правом надпочечнике, селезенке, печени, щитовидной железе, твердой мозговой оболочке, мозговым придатки, позвоночник и ребра.
22. Jarha. (1892 г.). 1-й случай. Мужчина 49 лет. Первичный рак правой верхней доли легкого. Метастазы в бронхиальных железах.
23. Jarha. 4-й случай. Мужчина 58 лет. Первичный рак правой верхней доле легкого. Метастазы в бронхиальных железах, диафрагме, почках, правой плечевой кости и ободке попка.
24. Sievert. (1893 г.). 1-й случай. Женщина 53 лет. Первичный рак левого легкого. Метастазов не было.
25. Schwallb. (1894 г.). Женщина 60 лет. Первичный рак верхней доли легкого.
26. Herrmann. (1895 г.). Женщина 58 лет. Первичный рак левой нижней доли легкого. Метастазы в правом легком, плевры и бронхиальных железах.
27. K. Wolff. (1895 г.). 5-й случай. Мужчина 54 лет. Первичный рак правой нижней доли легкого. Метастазов не было.
28. K. Wolff. 7-й случай. Женщина 48 лет. Первичный рак в hilus правого легкого. Метастазы в бронхиальных железах и околосердечной сумки.
29. K. Wolff. 8-й случай. Мужчина 36 лет. Первичный рак левого легкого. Метастазы в бронхиальных железах и левом предсердии.
30. K. Wolff. 9-й случай. Мужчина 45 лет. Первичный рак правого бронха. Метастазы в головном мозгу и бронхиальных железах.
31. K. Wolff. 10-й случай. Мужчина 54 лет. Первичный рак правого бронха. Метастазы в бронхиальных железах, левом легком, левом предсердии, почках и левом надпочечнике.
32. K. Wolff. 11-й случай. Мужчина 60 лет. Первичный рак правого бронха. Метастазы в головном мозгу, бронхиальных железах, почках и тремя шейными позвонками.
33. K. Wolff. 12-й случай. Мужчина 63 лет. Первичный рак ободке попка и правого бронха. Метастазы в ободке попка, бронхиальных железах, печени, селезенке и левой почки.

34. K. Wolff. 13-й случай. Женщина 54 года. Первичный рак левой нижней доли легкого и бронха. Метастазы в левой верхней доле легкого и бронхальных железах.
35. K. Wolff. 14-й случай. Мужчина 69 лет. Первичный рак правого бронха. Метастазы в бронхальных железах и печени.
36. K. Wolff. 15-й случай. Мужчина 67 лет. Первичный рак левого бронха. О метастазах не упомянуто.
37. K. Wolff. 16-й случай. Мужчина 65 лет. Первичный рак левого бронха. О метастазах не упомянуто.
38. K. Wolff. 17-й случай. Мужчина 56 лет. Первичный рак вблизи правого легкого. Метастазы в бронхальных железах, левом предсердии, шестой грудной железе и ободке надпочечников.
39. K. Wolff. 18-й случай. Мужчина 55 лет. Первичный рак правого легкого. Метастазы в бронхальных железах, печени, верхней кишке и грудных лимфатических узлах.
40. K. Wolff. 19-й случай. Мужчина 58 лет. Первичный рак правого бронха. Метастазы в бронхальных железах, левом предсердии, твердой мозговой оболочке, легком и костной массе.
41. K. Wolff. 22-й случай. Мужчина 47 лет. Первичный рак правого бронха. Метастазы в бронхальных железах, правой плевре, твердой мозговой оболочке, диафрагме и печени.
42. Maug. (1897 г.). 1-й случай. Мужчина 41 года. Первичный рак левого бронха. Метастазы в бронхальных железах и печени.
43. Benkert. (1897 г.). 2-й случай. Мужчина 58 лет. Первичный рак правого легкого. Метастазы в бронхальных железах и левой плевре.
44. Degea. (1897 г.). Женщина 66 лет. Первичный рак левой верхней доли легкого. Метастазы в бронхальных и брассических железах и печени.
45. Hies. (1897 г.). Женщина 40 лет. Первичный рак правого бронха. Метастазы в бронхальных железах и печени.
46. Rogitz. (1897 г.). 2-й случай. Мужчина 50 лет. Первичный рак левой верхней доли легкого. Метастазы в бронхальных железах и левом желудке.
47. Wargish. (1897 г.). Женщина 62 лет. Первичный рак правого бронха.
48. Kasperla. (1897 г.). 7-й случай. Мужчина 60 лет. Первичный рак левого легкого. Без метастазов.

49. Rettmann. (1898 г.). 1-й случай. Мужчина 35 лет. Первичный рак левой нижней доли легкого. Метастазы в бронхальных железах и позвоночнике.
50. Rettmann. 2-й случай. Мужчина 57 лет. Первичный рак левой нижней доли легкого. Метастазы в правом легком и бронхальных железах.
51. Rettmann. 3-й случай. Мужчина 47 лет. Первичный рак правой нижней доли легкого. Метастазы в бронхальных железах и правой бедренной кости.
52. Froehlich. (1899 г.). 6-й случай. Мужчина 56 лет. Первичный рак левого бронха. Без метастазов.
53. Froehlich. 8-й случай. Мужчина 55 лет. Первичный рак в бронхальной левой легкого. Метастазы в бронхальных и брассических железах, груди, печени и почках.
54. Froehlich. 9-й случай. Мужчина 66 лет. Первичный рак левого бронха. Метастазы в бронхальных железах и позвоночнике.
55. Froehlich. 11-й случай. Мужчина 60 лет. Первичный рак правого бронха. Без метастазов.
56. Froehlich. 12-й случай. Мужчина 47 лет. Первичный рак левого бронха. Метастазы в правой плевре, околосердечной сумке, бронхальных железах, печени и верхней кишке.
57. Froehlich. 14-й случай. Женщина 45 лет. Первичный рак левого бронха. Метастазы в плевре, бронхальных железах, селезенке, почках, желудке и печени.
58. Froehlich. 15-й случай. Мужчина 42 лет. Первичный рак левого бронха. Метастазы в плевре, бронхальных железах, околосердечной сумке, брассических железах и шейных железах, мидурдрии, пищеводе, печени и желчном пузыре.
59. Froehlich. 16-й случай. Мужчина 77 лет. Первичный рак левой верхней доли легкого. Метастазы в бронхальных и брассических железах, селезенке и почках.
60. Böhmey. (1902 г.). 3-й случай. Мужчина 47 лет. Первичный рак правого бронха. Метастазы в бронхальных железах и печени.
61. Böhmey. 4-й случай. Мужчина — лет. Первичный рак бронха левой нижней доли. Метастазы в бронхальных железах и почках.
62. Böhmey. 5-й случай. Женщина 63 лет. Первичный рак правой нижней доли. Метастазы в бронхальных железах.

63. Dörsenau. 10-й случай. Мужчина 29 лет. Первичный рак бронха левой нижней доли легкого. Метастазы в кости таза, грудной кости, ребра, печени, позвоночного моту, бронхиальных и забрюшинных железах.

Полнодолевочный рак.

1. Wegner. (1891 г.) 1-й случай. Женщина 19 лет. Первичный рак правого легкого. Метастазы в бронхиальных железах, околосердечной сумке, печени, селезенке и почках.
2. Ehrlich. (1891 г.) 2-й случай. Мужчина 61 год. Первичный рак правого бронха, легкого и плевры. Метастазы в диафрагме, бронхиальных железах и околосердечной сумке.
3. Ehrlich. 3-й случай. Женщина 26 лет. Первичный рак правого бронха. Метастазы в легком, печени и мышце правого предсердия.
4. Meusnier. (1895 г.) Мужчина 20 лет. Первичный рак в hilus правого легкого. Метастазы в бронхиальных железах.
5. Maug. (1897 г.) 2-й случай. Женщина 47 лет. Первичный рак правого бронха и легкого.
6. Benkert. (1897 г.) 1-й случай. Мужчина 46 лет. Первичный рак правого легкого. Метастазы в околосердечной сумке, левой надпочечной железе, яичках, бронхиальных и забрюшинных железах.
7. Benkert. 2-й случай. Мужчина 71 год. Первичный рак левого легкого. Метастазы в бронхиальных железах и позвоночнике.
8. Benkert. 4-й случай. Женщина 26 лет. Первичный рак левого легкого.
9. Klüber. (1898 г.) Женщина 34 лет. Первичный рак правой нижней доли легкого. Без метастазов.
10. Barth. (1902 г.) Женщина 37 лет. Первичный рак левого большого бронха. Без метастазов.
11. Dörsenau. (1902 г.) 2-й случай. Мужчина 47 лет. Первичный рак правого бронха. Метастазы в бронхиальных железах и печени.

О гистогенезе первичного рака бронхов и легких.

Долгое время оставалось неизвестным, возникают ли эмбриогенетически образованные ткани тому же закону развития,

как это было доказано для нормальных тканей животного тела, т. е. образованы из клеток, предшествовавших им организмом и подобная клеткам вновь образованной ткани. Virchow создает свою теорию о происхождении раковых опухолей из соединительной ткани, которую он считал способной, смотря по обстоятельствам, образовывать не только соединительнотканые элементы, но даже эпителий. Открытие Саббатини¹⁾ о эмбриональных или сосудах образующих ткань дало место предположению, что такое будущее тело, аналогично соединительнотканной клетке, может тоже производить эпителий и эпителиальные клетки. Конечно, эти два предположенные взгляда отразились и на учении о гистогенезе первичного рака легких. Virchow первым старался разобраться в этом вопросе и считал, что первичный рак легких исходит из перибронхиальной ткани.

Langhans (1867. Virch. Arch. Bd. 38) описал цилиндроклеточный рак легкого у собаки и считал его исходящим из соединительной ткани, хотя и не мог совершенно отрицать участия в новообразовании эпителий легочных альвеол.

Eberth (1870. Virch. Arch. Bd. 49. S. 51) высказал предположение учению Virchow'a, так как, описывая цилиндроклеточный рак легкого, говорит: „Eine beschränkte Carcinombildung in den Lymphgefäßen oder vielleicht auch im Bindegewebe der Bronchien und der Pleura könnte vielleicht nach obigen Einbruch in die Alveolen die Veranlassung zu einer ausgebreiteten Infiltration des mit Carcinomzellen versehenen Bindegewebes sein. Ertheilt sich ausbreiten“. Такое допущение о локализации рака, чтобы объяснить преимущественно локальные раковые клетки в легочных альвеолах, где эпителий альвеолах был замечен несоциальнопротекскими клетками.

Stilling (Virch. Arch. Bd. 83. 1881) тоже признавал, путем наблюдения, из объяснения гистогенеза своих случаев учению Virchow'a, так как не был в состоянии привести в доказательство ни одного из моментов, которые обыкновенно приводятся для доказательства происхождения рака из капилляра-либо предшествовавших форм эпителия.

Hertz (Zeitschen's Nachb. V. II. S. 348) говорит, что опухоль исходит из межлобковой соединительной ткани, складывается дельте и альвеолах, а иногда переходит в них без того, чтобы эпителий сам переходил бы в клетки новообразования.

Постоянная инфильтрация о гистогенезе патологическая новообразований доказали несостоятельность подобающего разно-

стороннего превращения соединительной ткани и постепенно установили факты, что и при патологических условиях все первичные новообразования происходят из существующих из этого клетчаток. Таким образом образовалось новое учение, выраженное впоследствии Bardow (La specific cellulaire, Verhandlungen d. X Internat. Congr. Berlín. 1890. II. 3. Abt. S. 93) в формах: „Omnis cellula e cellula ejusdem generis“. (Цит. по Birch-Hirschfeldy).

Cornil (из 1865 г.; цит. по Waldeyer) высказывал взгляд относительно развития рака, по которому эпителиальный рак развивается из истинного эпителия.

Этот взгляд был подтвержден Thiersch (Der Krebs, Klinische, wesentlich für Hist. Leipzig 1865), который, исследовав раки кожи, доказал развитие их из эпителия Маллериуса слои кожи и волоса и т. д.

Вальтер Waldeyer (Die Entwicklung der Carcinome. V. Arch. Bl. 41. S. 470) распространял этот взгляд на все вообще раковые опухоли. Автор этого учения, что все раковые опухоли развиваются из эпителия кожи с ее придатками или из эпителия слизистых оболочек с железами вставленными.

Что касается рака легкого, то еще в 1890 году Фейерберг писал, что эпителиальный рак легкого развивается в тех же условиях для образования рака, как и в соединенной трубке мезодермо-эктодермического тракта. Niemayer еще до работ Cornil, Thiersch's и Waldeyer's в 1859 г. (Krankheiten der Brust-Organ. Berlin) говорил относительно инфильтрирующего рака легкого, что прежде предполагали, что из раковой опухоли происходит инфильтрат, но от такого образования раков отказывали. Споры нужно думать относительно происхождения инфильтрирующего рака, что после превращения в раковые элементы эпителиальных участков соединительной ткани альвеолярных перегородок и единичных эпителиальных клетчаток легочных альвеол—таким образом превращение идет все дальше на соединяющую соединительную ткань, и на эпителиальных клетках соединяется альвеол.

В 1867 году сам Waldeyer исследовал один случай первичного рака легкого и не мог прийти к какому либо положительному результату в отношении гистогенеза.

Нарядом фактов, подтверждающих исследование Waldeyer's о гистогенезе рака, конечно, отдалась и на изучение первичного рака легкого. Эпителий легкого обращал на себя внимание большинства исследователей, и с этого пор появляется ряд работ, в которых высказаны ре-

зультаты исследований, затраченных на описание, приписывается главная роль в образовании рака легкого.

Прежде чем говорить о гистогенезе первичного рака легкого и бронхов, в смысле Waldeyer's и позволю себе напомнить кратко все эпителии в нормальном и патологическом состоянии, встречающиеся при легком и бронхах и а priori могущие служить исходными пунктами для эпителиального новообразования.

1. Нормальные эпителии.

II. Эпителий лимфатических сосудов, а по мнению авторов эпителий их.

III. Эпителий, изменяющий свою форму от разных условий и не подвергшийся разрознению.

IV. Эпителий, встречающийся при катаральных болезнях легкого и бронхов и подвергшийся атрофическому разрознению.

V. Эпителий в легких и бронхах, не принадлежащий к нормальным составным частям этих органов.

Слизистая оболочка трахеи выстлана многослойным (Kölliker's Handb. d. Gewebelehre Band III v. V. Koenig 1894 Leipzig) мерцательным эпителием, состоящим из клетчат шириной от 5—6 микронов, имеющих слегка овальное ядро. Мерцательный эпителий трахеи и дыхательных путей почти никогда не отслаивается и даже при болезнях дыхательных путей отслаивание эпителия не является ни в каком случае таким частым явлением, как это принято думать. В конду между мерцательными клетками заложены бокаловидная клетка (Becherzellen). На первоначальной части трахеи иногда бывают островки плоского эпителия (Dressch. Die physiologische Regeneration des Flimmerepithels der Trachea. Sitzberich d. Kais. Akad. in Wien Bd. 80. 1879. Bl. 83. 1881. Bl. 98. 1884. Baraban. L'épithélium de la trachée et des bronches chez un supplicié. Rev. médicale de l'Est 1890. N. 18. p. 545).

Мелкие бронхи также выстланы многослойным мерцательным эпителием с бокаловидными клетками. Значит мерцательный эпителий делится на двурядный и никак не, постепенно переходя в кубический и плоский.

Эпителий легочных альвеол у плода и в дышащем еще младенце состоит из одностороннего кубического эпителия, а у взрослых (Kölliker. Verhändl. d. physikal. medic. Gesellsch. zu Würzburg. Neue Folge XVI. N. 1. 1882) эпителиальный покров состоит из двух родов клетчат: 1) из малых или плоских, полигональных, с ядром, клетчат от 7—15 микр. вышечной, сближенных в промежутках между капиллярами, и 2) из больших от 22—45 микрон вели-

чаемой, разовообразной формы, безмерных тонких пластинок, покрывающих собой легочные канальцы. Эти пластинки производят из кубических клеток первого рода, т. е. клеток, выстилающих альвеолы у зародка и не дышащего плода. Встречаются данные от воздуха при аспирации этих клеток давлением пластинок и тонзиллы (Küttner. Studien über das Alveol-epithel. V. Arch. Bd. 66. Stuttg. Lehrb. S. 174 u. 175).

Слизистая железа встречается в трахее и только в толще бронхов, диаметр которых не меньше 1 мм. Представляет она из себя трубчатую дольчатую железу (Tubuloalveole), в которых стенка выстлана слизистым, сложенным перерожденным призматическим (цилиндрическим) эпителием из одного (слизистая железа) и из других трубок выстлана протоплазматическими клетками. Местами здесь встречаются выстилки спонгиоза красных клеток из вилл эндодурии (H. Henke). Относительно этих клеток Кёйпер (Köepper. 1864) раздвигается: один утверждает, что полудурия и протоплазматические клетки суть серозная, железистая клетка, а другие, что она представляется только известную стадию развития или иным образом клетку. Форма железистой выстилки разнообразна: овальная, круглая, удлиненно-овальная, плоская. Нижняя часть выстилки протоков обыкновенно выстлана жерстельным эпителием (Gewebe plastisch, члвк в бронхах). В ампулярных местах расширений протоков бывает всегда жерстельный эпителий. Заряд выводящие протоки выстланы вышней дву- или однослойным цилиндрическим эпителием, который дальше становится кубическим.

Зачатки дифференциальных сосудов легкого имеют такое же строение, как и в других органах.

Прежде чем описывать эпителий III и IV группы я постараюсь в самую краткость через приносить очерк современного учения об эмбриональности эпителия. При знакомстве с этим вопросом мы встречаемся с некоторыми терминами, которые, из соображений, являющихся авторами сближаются и потому могут иногда иметь путаницу в названиях.

Как известно, зародышное листок состоит из трехслойных слоев однообразных клеток, а затем только путем сложного процесса дифференцирования получается сложная ткань, с которыми мы встречаемся в взрослых организмах. Вле со времени работы Virchow'a мы знаем, что и во взрослом организме возможно переход одной ткани в другую, так, напр., слизистая, хрящевая,

костная и жировая ткань при известных условиях могут легко переходить одна в другую и снова подвергнуться обратной метаморфозе. Wilms (Die Nierenschwülste, 1902) устанавливает два положения: 1) есть ряд тканей, которые при особых и при том во большей части известных условиях могут переходить одна в другую и 2) только определенные ткани могут перейти из других, тогда определенно, между тем как между другими не родившимися тканями такого перехода быть не может.

Но сколько измеченности клетку может приближать последние из аморфных форм и в каких границах эта возможность, может быть, много — вопрос еще не выясненный, хотя это и имеет большой интерес в вопросе об образовании опухолей.

Доказано, что одна клетка превращается в другую, говорит Ribbert (Lehrb. d. allg. Pathol. 1901). Но мы на этом не можем остановиться, мы должны решить еще вопрос, во сколько далеко и в каких границах возможно, чтобы клетка могла терять свои специфические особенности и переходить в другого рода клетки. В теле нормального животного клетки несут на себе большую дифференциацию до тех пор, пока не образуются различные типы клеток, которые сохраняют за собой свою специфичность (Spezifität), т. е. свои особенности, пока они не попадают в патологическое условие. Они остаются в главных своих особенностях тем, чем они были. Все таки клетки не являются только неизменяемыми величинами, во могут при естественных или иных условиях изменить свои свойства в известных границах. Первая возможность это переход клеток в клетки вышней дифференцировки, так, напр., переход эпителия выводящих протоков желез в эпителиальное условие в функционировании клеток железы*.

Вторая возможность состоит в том, что высодифференцированные клетки терять свои морфологические качества, во на место последних приобретают такие качества, которые свойственны клеткам только другого типа, что и есть так называемая метаморфоза.

Третья возможность — когда клетка терять свои специфические без того, чтобы она приобрела особенности клеток другого типа. При этом клетка получает более простое строение. Можно сказать, что клетка возвращается к одной из предыдущих стадий своего развития. Это Ribbert называет „Rückbildung“.

Метаморфозы „Rückbildung“ не только могут быть односторонне одна от другой, так как и при метаморфозе клетка

не всегда переходить на эквивалентную ступень развития дифференцировки сравнительно с той, на которой она раньше пребывала; она может принять ступень дифференцировки более простую, т. е. процесс тут будет очень близок к понятию „Rückbildung“.

Металлами можно поступить только к той клетке, которая, кроме своих специфических свойств, имеет еще и небольшое количество свойств, присущих другому типу клетки и составляющие „специфичность“ этой последней. И вот, если специфичность у первой клетки вычленим вычленим, а другие свойства вычленим превалировать, тогда будут проявляться уже отличительными свойства другого типа и, следовательно, здесь будет жить всего метамалла.

Нужно предположить, что присущая атипичной клетке специфика при дальнейшем развитии передается отдельным клеткам организма как различным количествам, почему на ряду с превалирующим качеством в каждой клетке сохраняются в известной степени и остальные качества; и только у клеток, очень далеко генетически стоящих друг от друга, эти качества могут быть уменьшены до крайности или даже совсем исчезнуть. При таком предположении мы можем принять, что в клетках близко родственных между собой на ряду с специфическими каждой из них присущими качествами в скрытом виде имеются еще качества другого типа клеток, развитые в достаточной степени. Если это верно, то выходит, что перемены металластических одна из другой могут только близко стоящие генетически виды клеток. На специфичность отдельных клеточных видов в известных границах можно смотреть как на нечто установленное. Как постоянные виды животных и растений, хотя они и стоят между собой в фактогенетической связи, на сколько нам говорить наши наблюдения, также постоянны и клеточные типы нашего тела.

Небольшая вариация может пережить один род животных в другой, близко к первому стоящий, также и клетки нашего тела могут в известных границах превращаться металлами. Наступление последней зависит от условий, при которых клетки живут. Межклеточные взаимодействия, различные функциональные условия, питание и первое водопольствие суть те условия, которые могут действовать изменяющимся образом на клетку. Так, напр., известные формы эпителий растут на известном строении соединительной ткани; как только изменяется эта почва, а вместе с ней питание и нервные воздействия, то и дифференци-

ровка клеток претерпевает изменения. Так, напр., реснитчатый эпителий слизистой носа металластически изменяется на плоский эпителий при воспалении. Вслед эпителий слизистой носа в эмбриональном своем развитии исходит из того же эпителия, который на время переходит в реснитчатый, а затем, опять сохраняя за собой в скрытом состоянии в известной мере те же свойства, которые при познании условиях (воспаление) выдвигаются на первый план.

То же самое происходит и с эпителием выходящих протоков слизистых желез, с эпителием герма, трахеи и бронхов и с эпителием титчевой железы среди клеток опухлей ее.

Ribbert предостерегает, что не всё описанное случаи металлами касается ему убедительным. Так, напр., он говорит: „из дисципленированных герм превращение эпителиа исходить же в известном смысле и разрастающихся строме эпителиа плоского эпителиа. Такой же метаморфоз может быть и в слизистой носа“.

Очень интересно, если у эпителиа, не происходящего из плоского эпителиа, проявляется многослойность и орогование, как, напр., это описано в известных случаях эпителиа относительно эпителиа матки и эпителиа мочевого пузыря. При разборе вопроса относительно эпителиа матки можно принять в росте или перемещении плоского эпителиа с клетками. В мочевилах же путь — случайное явление индифференциации через неестественные отверстия уретры (фистулы). Но такое объяснение не пригодно для всех случаев. Приходится принять в некоторых случаях метаморфоз; конечно, может быть еще предположить, что во время эмбриональной жизни произошла такая перемещение ростков плоского эпителиа, но тогда уже это будет не металлами, а дальнейшее развитие таких зародков роста.

Важно к металлам имеет „Rückbildung“. Она характеризуется тем, что клетки с характерной дифференцированной гермой свои характерные особенности, т. е. они ассоциируются на одну ступень ниже в отношении своего развития и не приобретают при этом новых особенностей.

Такую „Rückbildung“ наблюдаем мы у эпителиа, у которых изменяется соединительнотканная их основа в особенности после хронических воспалений.

Цилиндрический эпителий желудка превращается в простой кубический и не приобретает никаких новых особенностей, кроме присущих однослойному первичному эпителию; цилиндрический эпителий бронхов переходит при

хронических воспалений расширенных бронхов, в кубической или шестой многоугольной клетках. То же самое наблюдается и в кишечнике.

Как на быстро проходящую „*Rückbildung*“ можно еще указать во периоде эмбрионального зинтеза в полости или кубической при регенерации зинтеза слизистых оболочек.

То же можно сказать и о п. о. зинтеза легочных альвеол и зинтеза почечных клубочков, которые переходят в кубический при воспалениях и от других причин.

Также и эндотелий больших серозных полостей и лимфатических путей принимает при различных условиях строение одной из эмбриональных стадий развития жкт.

Эпителиальная клетка известна канальцев територия свои морфологически и функциональные особенности и превращается в маленькая кубическая клетка, во изгибания какого либо особого строения. Эпителий слизистых канальцев превращается то-же самое“.

При воспалениях клеток слизистых желез Ribbert видел превращение эндотелия их в зинтеза сь более простым строением, причём эндотелий выходящих протоков превращался в многоугольный плоский, очень пологий на таковой из ротовой полости, откуда собственно и образуются слизистых желез.

Pollack (Bohr, z. Metaplasie 1901) результирует под метаморфоз переходу высоко-дифференцированной клетке из клетки другого типа, тоже высоко-дифференцированную. Он строго отмечает, что понятие от анализа (Nassermann) и от катаплазия (Beesack) обозначившие состояние клетка, потерпевших дифференцировку и приобретших энергию роста. Также отдельно сказать и постметаморфоза когда клетка, теряя свои специфические качества, становится существенно ближе к своему эмбриональному стадии. Следовательно, это постметаморфоза можно подвести под „*Rückbildung*“ Ribbert's. Pollack на основании научной литературы и своих собственных наблюдений признают, что истинный цилиндрический зинтеза при воспалениях обстоятельств может перейти в истинный (органкампацин) плоский зинтеза и существовать в таком виде, а также, что односторонний плоский зинтеза (зидоталин) может перейти в плоскоэпителиальный. Wilson (loc. cit.) тоже признает метаморфоз в различных случаях.

Относительно кожного зинтеза слизистых трахеи и бронхов мы знаем, что при различных условиях может

происходить замена цилиндрического зинтеза многоугольным плоским. При ювенил трахеомитической болезни такую замену описал Ohloff (Griffwald, Diss. 1891), а затем Стрелли и Коэль (Сиб. вест. 1894 г.) видели образование плоского многоугольного зинтеза у трахеотомпированной собаки от раздражения научуной трубкой (см. стр. 29). Griffwald (цит. по Friedländer's) видел при туберкулезе, что слизистая бронхов может воспалительно инфильтрирована, влетая втянуться в просвет и перекрывать плоским многоугольным зинтезом. Это подтверждает и Карт Велфф (стр. 770). Часто в бронхитах получается та-же картина.

Наблюдается еще такое явление кожной зинтеза при так называемом „*Pigmentabschleib*“. Карт Велфф (1892) говорит, что это явление особенно часто наблюдается у стариков и состоит в том, что истинный эпителий черного цвета во резко отграниченных пятнах или небольших спящих краях, края которых тоже окрашены в черный цвет и в их центре при малейшем давлении выступают черноватая масса. Причиной этого является различие в развитии увеличенных и окружающих их углы и пигмента из черной пигмент бромалии желез. Увеличение и окраска этих желез является конечная результат различия воспалительных процессов, между которыми на первом этапе стоит бурная. Так, напр. у детей бывают порокми бурной интеле только или бромалии желез. Бурная, как известно, очень часто наследуется; при этом желез окраска и увеличивается в себя красное и красное фокус. Внутренние бромалии желез во воспалении или лимфатической системы и при возникновении раздражения легких могут снова захватить возбудитель посылки в них чрез лимфатической сосуды этого раздражителя. Результатом этого является сращение желез с соседними тканями, а отсюда и проницание фибры тлудит с органами черного пигмента, выражающиеся в вышеупомянутых черных пятнах слизистой для слизки слизистой при прорыве содержимого желез в просвет бронх.

Альвеолярный зинтеза может принять эмбриональную свою форму, т. е. кубическую при эмбриональной бурности, как это описано Arnold'ом (Virch. Arch. 1882 Bd. 85). Однако, что при депрессивной, катаральной и эмбриональной фиброзной пневмонии альвеолярный зинтеза превращается в более выпуклый, а затем вследствие сжатия

давления может принять кубическую или даже цилиндрическую форму. Больше интересными этот процесс является при хронических воспалениях легочной ткани. Cornil и Hanvier (Mém. d'hist. nat. 1884) нашли метастазы альвеолярного эпителия при хроническом оспидиальной пневмонии, а Stroebe (C. I. path. Anat. 1891) описал то же самое при арсенозном оспидиальном. Friedländer (Vierteljahr. Arch. 1876) в своих опытах подучал в окружающей бронхов респираторный эпителий в виде тяжелой или коллоидальной или кубической клеток, выходящих из покровного эпителия бронхов. И в эпителии более лежащих альвеол были явления пролиферации, причем наиболее типичного плоского эпителия альвеолы выстланы были кубическим и даже цилиндрическим эпителием.

Friedländer (V. Arch. 1876) замечал свойство альвеолярного эпителия принимать эпителлоидную форму при вторичной саркоме легкого. Wagner, Schultz, Neelissen пишут, что при злокачественном раке плазмат и легкого альвеолярный эпителий принимает эпителлоидную форму. При таких данных в ряде можно думать, что альвеолярный эпителий, принимая эпителлоидную форму в альвеолах, как-либо усложнен, может при свойственной вообще эпителлоидным формам энергии роста превратиться в различные разрастания в виде эпителлоидной опухоли, как это утверждают некоторые авторы относительно гистогенеза периферного рака легкого.

К эпителлоидным, могущим выделиться случайно в легкое, в отношении предпологаемые заблудшие эпителлоидные клетки Schwann'a и доброкачественные опухоли, выходящие из себя эпителий. К первым можно отнести вышеупомянутые островки плоского эпителия в периферической части трахеи, описанные Drusch'ем и Vagab'ом, а во вторым вышеупомянутые опухоли (папилломы, аденомы, кисты и т. п.).

В дальнейшем выяснения я буду приравниваться только что приведенной группировки эпителлоидов.

О происхождении рака из покровного эпителия бронхов.

Chiari (1883 г.) в своем случае, названном им "carcinoma Papillom oder Zottenkarzinom" бронхов не нашел пролиферации альвеолярного эпителия, а скорее даже регрессива его. Не нашел он разрастания и в слизистой оболочке и потому на основании форм клеток считает свой случай исходящим из покровного эпителия бронхов.

что еще больше подтверждается тем, что он нашел в союзе с эпителием пролиферацию покровного эпителия, на подобие описанной Friedländer'ем (V. Arch. т. 68, стр. 362) и в метастазах слизистого эпителия, как продукт отделившегося цилиндрического эпителия.

Dersch (1886 г.) считает свой случай плоскоклеточного рака исходящим из стенок главного бронха на основании данных вскрытия, но отказывается высказать на основании микроскопического исследования, посылит ли опухоль из покровного эпителия или из эпителия слизистой оболочки. Он говорит, что едва ли вообще возможно при далеко зашедшем росте новообразования установить из какого эпителия оно исходит.

Schlereth (1888 г.) нашел разрастания в эпителии некоторых маленьких бронхов, в своем случае цилиндрического рака, но не приписывает им никакого значения в отношении, а считает свой случай (№ 1) злокачественным из эпителия слизистой оболочки. Но по своему мнению, согласно его мнению, трудно скорее думать о вторичном разрастании цилиндрического рака из слизистой оболочки. Автор не объясняет переходных форм, а только говорит, что эпителий слизистой оболочки является посредником цилиндрического, который растет и прорастает в окружающую ткань. О злокачественности же этих вышедших разрастаний эпителия в некоторых маленьких бронхах он говорит только вскользь.

Jarha (1892 г. 3-й случай) думает, что его случай цилиндрического рака исходит из покровного эпителия только потому, что клетки имеют форму цилиндрического эпителия, и потому, что стволки бронхов преимущественно параллельно раковым процессам. Каким либо разрастанием покровного эпителия или эпителия слизистой оболочки он не нашел.

Siegert (1893 г.) возмущает периферичный цилиндрический рак легкого у собаки и имеет при этом сильную пролиферацию покровного эпителия в виде мелких бронхов. Этот эпителий имеет много-цилиндрическую форму, составляет стволки бронхов в один слой, выстланы в просвете постклипкой из пяти слоев и прорастает через muscularis bronchi, прорастает в легочную ткань.

Siegert утверждает, что чужеродный цилиндрический рак легкого исходит из покровного эпителия бронхов и бронховидов и отсюда равномерно распространяется вокруг.

Hillenberg (1898 г.) исследовал цилиндричато-чешуйчатый рак легкого и описал видящиеся при этом в некоторых случаях эпителиальные разрастания периферического характера. Эпителий одной створки бронха входил в состав бронха, а другая створка давала разрастания не только в просвет бронха, но и росла в направлении легкого. От таких ограниченных разрастаний эпителий автор назвал всё переходом к узкому разрастанию, переходя к разрушению легочной ткани.

Rogee (1896 г.) считает покровный эпителий больших бронхов за исходный пункт из своего случая цилиндричато-чешуйчатого рака потому, что: 1) макроскопически опухоль исходила из бронха, 2) опухоль не имела мозаичного строения и 3) клетки имели цилиндрическую форму. Каким же переходным формам или разрастаниям автор не удалось найти.

Maug (1897 г.) исследовал два случая рака легкого и думает, что эти случаи имеют исключительным пунктом в развитии эпителий. Каким либо доказательством, такого предположения автор не приводит, кроме преимущественной локализации опухоли только в слизистой бронха.

Kochthal (1899 г.) описал случай рака легкого, изобилующего клетками плоско-цилиндрической формы, причем считает его, несомненно, исходившим из цилиндрического периферического эпителиа слизистой бронха. Сама автор считает, что очень трудно связать, исходить ли опухоль из эпителиа слизистой бронха или покровного эпителиа, но, так как эпителий не видно в виде разрастаний эпителиа слизистой бронха, то он и стоит за тем, что разрастания последнего автор тоже видеть не видит, значить судить лишь по формам клеток.

Häuser (1899 г.) исследовал интереснейший случай периферического мiliary рака легкого и назвал при этом типическим разрастание периферического эпителиа мозаичным бронхом. Во многих бронхах эпителий разрастался в избыточном количестве, образовывая сосочковидные разрастания в просвет бронхов и, прорывая створку их, широко распространялся по лимфатическим сосудам.

Боневу (1902 г.) свой 4-0 случай рака бронха с полиморфными клетками считает за истинный рак бронха, разившийся из покровного эпителиа.

О происхождении рака из эпителиа слизистой бронха.

Первым автором, указывавшим на происхождение периферического рака бронхов из эпителиа кончиков пучковидных

слизистой желез, является Langhans, который в 1871 г. дал нам очень обстоятельное описание микрокопического строения своего случая и признавал вредны. Так как он описал до сих пор является почти единственными по своей полноте, то и позволю себе привести его подробно.

Langhans исследовал цилиндричато-чешуйчатый рак бронха и при микрокопическом исследовании заметил, что новообразование состоит из соединительнотканной стромы, в альвеолах которой расположены две промежуточные вещества: маленькая полидрогическая или раковая цилиндрическая эпителиальная клетка с небольшим ядром, окрашиваемая и увеличивая количеством протоплазма. В общем эти клетки ближе всего подходят к клеткам, называемым эндермиса. Периферический слой клеток имеет цилиндрическую форму. В центральных частях опухоли ткани не имеют просветов. В клетках, сдвигаясь, сдвигаются единичные желез, в особенности в глубинах частых железных выростов трубчатые ткани из-за или двойного красящего цилиндрического эпителиа, т. е. клетки, имеющие параллельное длинной оси бронхов направление. Эти ткани в слизистой переходят параллельно, а также в косом направлении относительно поверхности слизистой. Видные протоки единичных желез сопровождают забиты также. С увеличением количества и с увеличением выростов протоков эти ткани не соединяются, но всегда резко отделены от него. На границе новообразования автор указывает достаточностью выростов поперечного перехода кончиков пучковидных слизистых желез в разные ткани. Этот переход совершается двояким путем. При первом способе автором описаны четыре момента: 1) увеличение количества с увеличением увеличения начального пучка, причем створки последнего покрыты одно- или многослойным эпителием, или же просвет пучка или пучковидных слизистых желез заполнен клетками; 2) желчь за этим идет перемещение желчи, т. е. небольшие концевые пучки простираются к соседнему соединительному тканю и далее они уже отделены одна от другой более толстыми соединительнотканными перегородками; 3) при этом исчезает пучковидная форма, которая имеет выросты, впрочем, распадается на волокна; 4) желчь увеличенные концевые пучки распадается на ткани, которые соединены между собой и разрастается в разные стороны.

При втором способе не бывает первоначального увеличения кончиков пучковидных и их распадения на ткани, а разрастания исходить из нормальных величин концевых

пузыря, причем просить может сохраниться как же и наполненные клетками. При этом процесс неизбежно протекает тоже двояко. Нужно заметить, что во всяком случае лопашце конечные пузырьки сближаются между собой и в то же время. Сначала перемещаются лопашце из более глубоких и средних слоев, между тем как выше лопашце, т. е. прямо над клетками или их массой, увеличивается масса. Таким образом, даже на высоте процесса могут находиться около вышележащих слоев желез, имеющие нормальную величину, просить и нормальный эпителий, а в некоторых даже имеющие атрофический характер. На других срезах из того же слоя конечные пузырьки являются уже значительно увеличенными, совершенно выходящими из тканей и даже из стадии распада на отдельные типы. Это наблюдение очень важно и учесть надо быть осторожным при обсуждении гистогенеза рака из слизистых желез. Мы не должны по мнению Langhans'a, еще включать, что слизистые железы не являются исходным пунктом для новообразования, если и выходим где-нибудь нормальные или даже на вид атрофические конечные пузырьки слизистых желез. В случае Langhans'a клетки перерожденных пузырьков были небольшой величины, полидрической формы и носили на клетке Мальпигиона слой или не наружный слой состоял из цилиндрических клеток, а внутренний из толстых плоских клеток. Кроме того встречались в нормальных по величине пузырьках клетки, резко отличающиеся от нормального эпителия. В нормальном состоянии эпителий имеет высокопризматическую форму и сидит широким основанием на поверхности рессоры, а тонкая лопашце смотрит к узкому просвету; т. е. клетки были и в смысле состоянии видны только благодаря радикальной зачерченности, а в вышележащих пузырьках т. е. клетки выступают очень ясно из-за рвонной зернистости, а сами клетки принимают коническую форму.

Reck (1884 г.) считает свой 1-ый случай рака бронхов происходящим из эпителия слизистых желез, на основании формы клеток (полидрической) и на основании отсутствия разрастаний кровяного эпителия; свой 2-й случай (с крупными цилиндрическими эпителием) он считает происходящим из того же источника.

Fuchs (1886 г. München) исследовал цилиндрический рак десны у кошки и не мог найти каких-либо наростов, могущих объяснить ему гистогенез этого случая. Поэтому Fuchs исключительно на основании железистого

эпителия десны считал свой случай аналогичным случаю Langhans'a.

Schlereth (1888 г. 1-ый случай) нашел разрастания слизистых желез, которая он описывает следующим образом. Конечные пузырьки увеличены по размеру и принимают круглую, овальную или продолговатую форму. Они имеют просить и выстланы одним слоем высоких цилиндрических клеток, ядра которых лежат ближе основания. В просить и некоторых из них видны соединительные разрастания цилиндрического эпителия, в других просить выстланы клетками. Некоторые конечные пузырьки выстланы плоскими эпителием, из которых наружный состоит из цилиндрических клеток, а внутренний переходит в плоский эпителий. Некоторые конечные пузырьки разрастаются вперемежку и разделились просить соединительной тканью. Мелкая рессора из некоторых клеток нечиста. Клеточные массы из окружающих соединительной ткани соединяются с теми разрастаниями. В состоянии эпителия слизистых желез, расположенных по соседству с пораженными раком, автор ничего не говорит. Тот же автор считает в 2-ой свой случай цилиндрический рак происходящим из эпителия слизистых желез на основании расположения раковых тканей из эпителия слизистых желез и железистого характера этих разрастаний.

Tillmann (1889 г.) описывает (2-ой случай) цилиндрический рак десны, почти буквально повторить картину, описанную Langhans'ом, и считает свой случай происходящим также из эпителия конечных пузырьков слизистых желез. Свой 3-й случай цилиндрического рака он также считает происходящим из эпителия слизистых желез, на основании цилиндрической формы клеток и отсутствия разрастаний кровяного эпителия. Разрастания эпителия слизистых желез автор тоже не видел.

Ehrlich (1891 г. 1-й случай) исследовал рак десны с большими полиморфными клетками, не нашел разрастаний кровяного эпителия, но описал вышележащие из слизистых желез, которые он ставит в связь с гистогенезом этого случая. Слизистая железа была увеличена по размеру и числу. Большинство конечных пузырьков особенно над хрящами были нормального вида, но окружающие их соединительная ткань была дифференцирована желтыми клетками. Часть конечных пузырьков была увеличена по размеру. Клетки ядра и имели овальную ядра, расположенную у самого основания. Эти конечные пузырьки имеют просить, частью выстланы эпителием массами. В этих

мбстаки, где нормально известная доля гуще расположена, т. е. между хрящами, конические пузырьки заключены раковинами гитадами, изъёмными слайс с раковинами танами, идущими в периферическую часть. Попадают мбста, где дольки слитых металлов слезла поноворождением. Эти-тепль выволишь протонель нормально вида.

Во 2-мъ случаев (большая, равной формы клетка, расположенная мбстами концентрически) автор не вывелъ разностей мкромного мителля бронзы; относительно легочныхъ альвеолъ ему кажется, что раковина тана только проследить в нихъ и потому онъ рѣшаетъ, что этотъ случай исходить изъ мителля слитыхъ металловъ тѣмъ болѣе, что онъ могъ найти на обычномъ мбстѣ слитыхъ металловъ одинъ только раковина тана.

Во 3-мъ случаев (большая, равной формы клетка) авторъ приходитъ къ тому же конечному выводу, 1) такъ какъ новообразование принадлежитъ несомнительно бронзу, 2) такъ какъ онъ нигдѣ не вывелъ разностей мкромного и альвеоларнаго мителля, а микроскопическая картина мбствъ походитъ на такую же первыхъ двухъ случаевъ.

Wagner 1891 г. (2-й случай) въ своемъ случаевъ вывелъ отолонку мкромного мителля и въ мителлярныхъ слитыхъ металлахъ изъясненіе формы мбствъ, пузырьки, которые потеряли просвѣтъ и были выволишь клетками. Эти образования очень походили на клетки аденокарциномъ и отличались отъ клетокъ мезотелиальныхъ слитыхъ металловъ своей болѣе темной окраской. Эти разности переходили въ раковина тана. Форму клетокъ авторъ не описалъ и рисунковъ не представилъ.

Schneer (1891 г.) описалъ цилиндрикоблочный ракъ бронха и высказываетъ за металл поноворождением изъ мителля слитыхъ металловъ или изъ выволишь протонель только на основании железистаго строения раковинъ тана.

Reutitz (1897 г. 1-й случай) исследовалъ цилиндрикоблочный ракъ и не вывелъ никакихъ разностей вѣтхъ мбстаки, где мкромный мителль окруженъ. Выволишь протонель слитыхъ металловъ оказался разнукими слайс и мителля ихъ отпавили. По мѣрѣ приближенія къ границѣ между новообразованиемъ и единичнымъ металломъ авторъ подметилъ переходныя формы, состояща изъ отдѣловъ: границы между дольками дѣловъ шероховатая, мембрана рѣдкая желваветъ и мителля рамныхъ отбавилъ слитыхъ металловъ соединяются между собой. Клетки мителля выволишь мбста просвѣтъ, отъ внешнего давленія принимаютъ аморфный видъ и прорываютъ въ окружающую, аморфную

раковину желкими клетками соединительную ткань. Авторъ приложилъ къ этому объясненію рисунокъ, по которому мѣткъ, мало убѣдительна.

Klüber (1898 г.) описалъ бронхоэпителіальную многоклеточную массу нижней доли праваго легкаго, имѣющую величину дѣловаго мбста и отбавилъ въ $\frac{1}{4}$ мм. толщиной. При вскрытіи бронховъ одинъ изъ нихъ оказался закупореннаго разнукимъ изъ него отдушка. Отдушка соединенна съ дѣловымъ мбстѣ, на разрѣзѣ мбстѣ, средней плоскости, имѣеть шероховатую, желваветую часть, коническую. Эта отдушка касалась центрального конца бронхоэпителіальной массы, но видной своей отъ просвѣта не имѣеть. Авторъ разложилъ эту отдушку на срезѣ срезкомъ и не могъ найти никакихъ переходныхъ картинъ, указывающихъ на происхождение отдушки изъ нормальной мителля дѣловаго. Клетки отдушки имѣють неравнобѣдную величину, цилиндрическую форму, походи на клетки слитыхъ металловъ и расположена также безъ просвѣта. Въ центрѣ отдушки виднѣются углубленія слитыхъ металловъ. Раковина тана переименна въ желками и углубленія мителлярными. Мбстаки видны въбѣже просвѣтъ протонель, отбавилъ которыхъ выстали одно или несколько мителлярныхъ. Изъ всего этого авторъ выводитъ заключеніе, что предъ ними была железистая ткань, исхоливъ изъ периферическихъ слитыхъ металловъ.

Reitmann (1898 г. 1-й случай) описываетъ отдушку, состоящую изъ стroma, въ адвентици которой были расположены овалныя, круглыя и полигональныя клетки. Когда стroma составлялихъ поперечный мителль находится въ спокойномъ состояніи и даже вымывалась въ просвѣтъ равнобѣжными подъ нимъ раковина танами. На послѣдній фазѣ авторъ указываетъ, какъ на послѣдній моментъ, доказывающій, что железную ткань можно считать не въ мкромномъ мителля, а въ другомъ мбстѣ. Это отъ выдрывалась въ дѣловомъ случаевъ многоклеточнаго разрастаний поперечнаго мителля въ другихъ бронхахъ, которая могла бы прорваться мезоплазмическимъ способомъ послѣ сплитую пераго бронха, и выволишь изъ мбствѣнами въ мителля слитыхъ металловъ, въ котрыхъ, по его мѣткъ, отдушка дѣловатѣльно и разнукима. Онъ вывелъ отъ переходныя картинны отъ цилиндрикоблочнаго мителля нормально слитыхъ металловъ къ раковому новообразованію. Его описаніе походитъ на описанія другихъ авторовъ, много выше уже приведенныхъ, и онъ впервые, на основаніи микроскопическаго наблюдения переходныхъ картинъ, отрицаетъ дѣловъ ростные рава

ль слизистой желез, о чем, прежде авторы даже не упоминают.

Минков (1900 г.) очень коротко упоминает, что из его случаев несомненно пунктом является слизистая железа, так как в повростке эндотелии был разрастаний по шель, а в почечках нуцаралат ему удалось видеть разрастания эндотелиа изъ въ окружающую ткань.

Вансков (1902 г.) 6-й случай (цилиндричѣтчаточный ракъ лѣваго бронха) автора оспаривался порошкомъ племри. Авторъ нашелъ при этомъ рѣзкую пролиферацию эндотелиа лимфатическихъ сосудовъ племри, данного мѣстна сосочкова разрастения въ проситѣ ихъ, но легко отличающагося отъ полиморфныхъ кѣттокъ новообразования. Кѣттокъ послѣднего отличаются своими желкими размѣрами и истинно ограниченному ядромъ, а кѣттки эндотелиа легко узнавъ по ихъ большому ядру и явной протоплазмѣ. Исключительнаго вида покровнаго и альвеолярнаго эндотелиа и на основаннй локализации новообразования авторъ считаетъ свой случай исключительнымъ изъ эндотелиа слизистыхъ железъ. Строение опухоли и форма кѣттокъ въ 7-мъ случаѣ (цилиндричѣтчаточнаго рака бронховъ) составило авторъ признавъ эту опухоль за цилиндричѣтчаточную аденокарциному, исходящую изъ слизистыхъ железъ, въ особенности, если принять во вниманнй альвеолярное строение опухоли, разномѣрную поведку величину и форму кѣттокъ и ихъ расположенье ткане.

О происхожденн рака изъ эндотелиа легочныхъ альвеолъ.

Вне у старыхъ авторовъ (Bokitansky и друг.) мы находимъ предположенье, что эмбрионическнй инфилтрирующий молотъ перейти въ раннее новообразование. Зѣль въ 1860 году (Balksburg (шт. по Benkert) писалъ, что эндотелиа легочныхъ альвеолъ детьтъ въ желоба для образования рака, какъ и желобчатая трубка желудочно-кишечнаго тракта. Niemayer (1856 г.), говоря объ инфилтрирующемъ ракѣ легкихъ, принимаетъ послѣдннй переходъ эндотелиа легочныхъ альвеолъ въ кѣттки розоваго эндотелиа.

Eberth (1870 г.) описалъ цилиндричѣтчаточный инфилтрирующий ракъ нижней доли лѣваго легкаго и племри. Въ основномъ перерожденной части легкаго альвеолярнаго эндотелиа поведку замѣчаетъ цилиндричѣтчаточнаго эндотелиа. Гдѣ альвеолы не расширены, тамъ эти кѣттки выполняютъ изъ, оставая незначительнаго проситѣ. Строенн рака служитъ

нормальнаго строенн легочныхъ альвеолъ и она только мѣстами инфилтрирована мелкими кѣттками. Такие же разрастения эндотелиа находимъ въ проситѣ и въ язвахъ вторичныхъ бронховъ въ увеличеннаго проситѣ. Зѣль она знаетъ извѣстность, болѣешия просветушки отдѣлены отъ глубже лежащихъ слизистыхъ железъ и вышней стѣны съ послѣдними не имеютъ. Въ мѣстностяхъ въ правую сторону то же самое строенн. Главнаго бронха и желѣзчатыхъ бронховъ интѣтъ же извѣстности. Авторъ обращаетъ вниманнй на строгое пороженье альвеолъ, незначительную инфилтрацию строенн лимфатическихъ элементовъ и незначительнаго при этомъ разрастения рака въ слизистой оболочкѣ бронховъ и увеличенной части племри. Кажется должно, что пороженье легочной ткани должно быть перичнымъ, по автору, вѣрнѣе, находимъ подлѣ впечатлительнаго теорн Virchow'a, предположенье, что при кѣтчатыхъ условияхъ болѣе позднее по возрасту новообразование можетъ перейти съужъ разрастениямъ и размѣрамъ перичнаго фокуса, почему и слѣдуетъ въ случаѣ автора считать перичнымъ ограниченнаго фокуса въ лимфатическомъ сосудѣ или въ соединительной ткани бронховъ или племри.

Perls (1872 г.) описываетъ случай неинвазивнаго плоскокѣтчаточнаго рака, въ которомъ онъ не нашелъ признаковъ пролиферации соединительной ткани или образования строенн, а поведку выдѣлъ непосредственнаго переходъ легочнаго строенн въ такую же новообразование. Авторъ принимаетъ переходъ эндотелиа, выходящаго легочныхъ альвеолъ при кѣттеръ ихъ въ равнаго кѣттки, прилагать рисунокъ, но о какихъ-либо перичныхъ формахъ не упоминаетъ.

Latoste (1875 г.) описалъ цилиндричѣтчаточный ракъ легкаго, причемъ назвалъ, что стрѣной для опухоли послужила строенн легочныхъ альвеолъ. Стѣнка альвеолъ выстлана цилиндричѣтчаточнаго эндотелиемъ, который кѣттами образовалъ разрастения въ проситѣ альвеолъ, желтыми же имплетивъ проситѣ альвеолъ. Авторъ обращаетъ вниманнй на разрастения новообразования въ предшествовавшнй полости (легочныхъ альвеолъ, лимфатическомъ сосудѣ, желѣхъ въ соединительной ткани, и т. п.) болѣе новообразования соединительной ткани.

Weschelmann (1882 г.) описываетъ случай плоскокѣтчаточнаго инфилтрирующаго въ видѣ остѣвшихъ узломъ перичнаго рака съужъ легкихъ. Въ центрѣ опухоли состоитъ изъ желтыми хорошо развитой строенн и въ альвеолѣхъ съ плоскихъ кѣттокъ эндотелиа. Въ перичной части видне, какъ новообразование вытесняетъ ростки въ нормальную

ткань, сжавшая при оттоке альвеол, простояла из стѣнки, и разрастается въ просветѣ альвеолы, причемъ развитіе кѣлѣкъ находится въ связи съ альвеолярнымъ эпителиемъ и выходитъ изъ него. Эпителій бронхіальной стѣнки отстаетъ индифферентнымъ изъ новообразованія. Не выходя другое исходнаго пункта, авторъ принимаетъ за вытѣснителяго новообразованія альвеолярный эпителий на основаніи сходства кѣлѣтокъ оухоли съ нормальнымъ легочнымъ альвеолярнымъ эпителиемъ и на основаніи связи кѣлѣтокъ оухоли съ послѣдними. Wechselsmann находитъ огромное сходство этой картины съ описанной Вилъемъ картиной десквамативной пневмоніи.

Ménière (1886 г.) въ своемъ случаѣ находитъ строму, состоящую изъ нормальныхъ или нѣсколько нѣскольکو утолщенныхъ альвеолярныхъ перегородокъ легкаго, которая вмѣстѣ многослойными крупными эпителиемъ, послылающимъ по направлению къ центру альвеолы отъ стѣнки, кѣлѣтки выдвигаютъ альвеолы. Некоторыя альвеолы вмѣстѣми одинокъ слоемъ цилиндрическаго эпителия. Такая картина, по мнѣнію автора, напоминаетъ десквамативную пневмонію. По мѣрѣ приближенія къ болѣе старымъ участкамъ, альвеолярная перегородка утолщается, дѣлается фиброзною и альвеола образуетъ истинную карциному. Авторъ считаетъ, что его случай подходитъ къ эпителию малыхъ кѣлѣкъ бронховъ или кѣрѣкъ изъ альвеолярнаго эпителия.

Hauteccœur (1886 г.) описываетъ случай рака легка изъ метастазами въ лимфатическихъ сосудахъ, причемъ въ вѣтвяхъ легочныхъ альвеолъ видѣются кѣлѣтки совершенно похожія на развитыя кѣлѣтки. Эти кѣлѣтки ширѣе по отнѣшенію и отъ кѣлѣкъ пневмоніи. Межальвеолярная перегородка утолщена и въ ней замѣчается мелкокѣлѣбчатая инфильтрація и развитыя интеллоидными кѣлѣками лимфатическіе сосуды.

Tillmann (1889 г. 1-й случай) знаетъ кѣлѣки круглой, овальной или полигональной формъ съ мелкозернистой протоплазмой и блестящимъ просветуточнымъ веществомъ между ними и съ круглыми или овальными ядрами. Въ частяхъ легкаго на границѣ съ новообразованнымъ плегмъ катарральной пневмоніи. Въ вѣтвяхъ кѣлѣкъ десквамация эпителия образуетъ уже настоящаго развитія его. Покровный и эпителий слизистыхъ желѣзъ въ слизистой соединеніи. Авторъ ставитъ свой случай выходящимъ изъ альвеолярнаго эпителия на основаніи: 1) большаго сходства развитыхъ кѣлѣтокъ съ нормальнымъ альвеолярнымъ эпителиемъ, 2) невозможности найти другую исходную точку, 3) найденной въ раз-

личныхъ мѣстахъ связи развитыхъ кѣлѣтокъ съ эпителиемъ альвеолы, 4) возможными развитіемъ подвижнаго, 5) изложенія стромы, состоящей изъ эластическихъ волоконъ и пролиферативной премо въ отрому легочныхъ альвеолъ.

Grünwald (1889 г.) въ своемъ случаѣ пневмокѣлѣбчатого рака легка нижней доли находитъ подъ микроскопомъ картину, очень похожую на первыя вытѣснители на десквамативную пневмонію. На границѣ съ инфильтративной для новообразованнаго легка легочной тканью просвѣтъ вѣтвей легочныхъ альвеолъ выполненъ въ большей части круглыми и частью полигональными кѣлѣчками, которая дово показываютъ свое соединеніе съ эпителиемъ стѣнки или же выходятъ свободно въ просветѣ альвеолы. Эпителій легочныхъ альвеолъ принялъ кубическую форму. Стroma оухоли являю переходомъ въ межальвеолярная перегородки. Чѣмъ ближе къ легочной тканю, тѣмъ болѣе пигмента содержится въ оухоли, а въ старшихъ частяхъ оухоли его совсемъ нѣтъ. Въ центръ оухоли состоитъ изъ хорошо развитой стромы, въ большихъ альвеолахъ которой видѣются эпителий, подерживающій коагуляционную структуру. Отношенію неизмѣнимыхъ развитыхъ кѣлѣтокъ къ перегородкамъ различно: 1) то (въ малыхъ альвеолахъ) кѣлѣтки оплошноты альвеолу и прерывно ограничены по стѣнкамъ, а къ центру приближаются все болѣе перпендикулярный характеръ, 2) то (въ большихъ альвеолахъ) оборота—периферія являю перпендикулярна, а къ центру куча прерывно сокращающаго интеллоидныхъ кѣлѣчекъ, въ нѣкоторыхъ связи съ периферическими кѣлѣчками и 3) то такая куча кѣлѣчекъ соединяется нѣсколькими сохраняющимися кѣлѣчками со стѣнкой. Эту картину авторъ объясняетъ, какъ развитіемъ, начинающимъ въ малыхъ альвеолахъ (въ М 1), а, конечно, альвеолярныхъ кѣлѣчекъ оплошноты и болѣе старыми, а (въ М 2) хорошо сохранившимся кѣлѣчки среди оплошноты кѣлѣчекъ есть вторичное процессіе въ уже перерожденныхъ участкахъ. Въ желѣзчатыхъ бронхахъ авторъ находитъ только слитившіе цилиндрическаго эпителия и нормальнаго или слизистыя желѣзныя. Въ стѣнкахъ же кровей доли, пораженной новообразованіемъ (т. е. по возможности далеко отъ первичнаго focus) метастазы и принимаютъ развитія альвеолярнаго эпителия не было, но вмѣстѣ имѣли десквамативной пневмоніи: межальвеолярная перегородки инфильтрированы мелкими кѣлѣчками, а альвеолы нѣсколькою десквамация по отсутствію отторгнутымъ эпителиемъ, ядра которыхъ почти во-всѣхъ случаяхъ окрашиваются ядерными красками. Авторъ считаетъ свой случай исходящимъ изъ эпителия легочныхъ альвеолъ и для такого же

предположениях к другим случаям, предлагает доказывать: 1) в еще хорошо сохранившемся альвеолах несомненную связь между клетками опухоли и остатками легочных альвеол, 2) что клетки опухоли различны по отличиям от нормальной легочной эпителии, 3) что лучше сохранившиеся (как более молодые) клетки отделены от стенок альвеол, а не в центр последних и 4) что на границе с новообразованием еще сохранилась по крайней мере часть соединительная ткань легкого с остатками нормальной жизни легочного, т. е. углекислого пигмента. При разбор этого случая должен быть явственна вопрос, не может ли дело автора с вторичным ростом новообразования из легочных альвеол, пораженных десквамативной пневмонией, так как описанные из крупных могут быть отчасти объяснены и таким образом.

Stampf (1891 г.) описал случай цилиндрико-клеточного рака правого легкого и впервые высказал мысль, что из альвеолярного эпителия, если таковой только способен вообще служить исходной точкой для опухоли, может образоваться только кубическо- или цилиндрико-клеточный рак, так как альвеолярный эпителий принадлежит к цилиндрическому эпителию по происхождению. Он проводит аналогию с эпителием Боуэнского эпидермиса, какой тою по происхождению принадлежит к цилиндрическому эпителию. Свой случай он считает исходящим из альвеолярного эпителия, так как покровный и эпителий слизистой желудка от него имеют происхождение и так как клетки опухоли совсем не похожи на какую оvoid форму. Автор нашел в окружности опухоли явную десятиугольную пневмонию, но он считает их не имеющими прямого отношения к гистогенезу легочного рака, так что ошибочно утверждала в котором прежде исследователи.

Werkow (1891 г. 3-й случай) описал кубическо-клеточный рак правой верхней доли. Эпителий слизистой желудка и покровный оказался нормального вида и потому автор считает свой случай исходящим из альвеолярного эпителия, чему не противоречит и форма клеток.

Jarha (1892 г. 1-й случай) переходных форм не знает, но считает свой случай за исходящий из альвеолярного эпителия, так как он это говорит данными склерита и плоскоклеточная форма новообразования. Автор нашел, что на протяжении с новообразованием легочных альвеолах эпителий из гранул кубическую форму. Jarha предостерегает от того, чтобы принимать эту картину объясняющей гистогенезу данного случая, так как такое

явление описано, как существующее раку легкого еще Eberthom (Virch. Archiv, Bd. 49), и Friedländerom (ibid. т. 48) при индуритных процессах в легком, Grassom (ibid. т. 88) при малярийных туберкулах и Ström (Cf. path. Anat. 1891 г.) при пролиферации эпителии. Описывая свой 4-й случай автор указывает эпителий слизистой желудка и покровный и, на основании плоскоклеточной формы с железинами, считает альвеолярный эпителий за несомненный исходный пункт данного новообразования, так как, по его мнению, альвеолярный эпителий является единственными источником эпителии в легких.

Siebert (1893 г.) на 1-м своем случае нашел в периферических частях опухоли инфильтрированные живыми клетками мелаль-эпителии перегородки и выстилающие стенки легочных альвеол цилиндрической и зернистой формы клетки, которая походу исходить из стенок альвеол. Протоплазма этих клеток слабо зерниста, а больше овальной формы ядра богаты хроматином и расположены ближе к основанию клетки. Пола клетки являются в соединении с стеной альвеол, от не поддерживают еще широкой межклеточной. Часть альвеол имеют два и больше слоев клеток, другие же совершенно лишены больших клетками. В толще альвеолярных клеток теряют свою цилиндрическую форму, становятся кубическими и совершенно теряют возможность наплыва эпителии. Почти всегда есть регрессивных изменений. Эпителий слизистой желудка и покровный в разрезанных участках не принимают. На границе с легочной тканью, не пораженной еще раком, видны выделенная кровью и оплывающаяся клетками эпителии альвеолы. Этот отслоившийся эпителий ограничивается по окрестности кавитетом кармашком перчаточным отделиться в сравнении с чуждо окрашенными в темнокрасный цвет клетками опухоли и тем, что в первом случае клетки эпителии не соединены между собой. Свой случай автор считает исходящим из альвеолярного эпителия и приписывает такому раку следующие особенности:

1) рано выраженную пролиферацию пришедшего в эмбриональной стадии альвеолярного эпителия, 2) преимущественное разрастание из многих отаго, 3) часто полное отсутствие или незначительное поражение центра и 4) отсутствие участия в новообразовании эпителиа лимфатических сосудов.

Ranbyusen (1893 г.) нашел на своем случае в пределах легочных альвеол большие полиморфные, зернисто-переводенные клетки, живущие связь с разрастаниями эпителии

толща легочных альвеол. Соединительная ткань перегородок между альвеолами была утолщена и в лимфатических сосудах ее в больших сосудах тоже была клетка новообразования. По мнению автора, все эти картины очень походила на десквамативную пневмонию. За раз в этом случае говорили наиболее лимфатическими сосудами клетками опухоли и то, что самые молодые клетки были расположены у стенок альвеол.

Неггва вв (1895 г.) свой случай плоскоклеточного рака легкого на основании формы клеток считает исходящим, вероятно, из альвеолярного эпителия.

Karl Wolff (1895 г.) причисляет сюда 3-й из своих случаев, так как другой исходной точки для него найти не мог и его случай очень похож на случай Grünwald'a.

Pässler (1896 г.) в своей очень обстоятельной и интересной работе подверг критике все предположения исследователей о раке легкого и говорит, что до сих пор убедительно не доказано, существует ли действительно рак легкого, исходящий из альвеолярного эпителия.

Peratz (1897 г.) вследствие рака легкого, нашел преобразование альвеолярного эпителия в кубический эпителий и доказал, что эти картины не являются никакого отношения к гистогенезу. Он тоже полагает, что до сих пор убедительно не доказано происхождение первичного рака легкого из альвеолярного эпителия, хотя такую возможность можно a priori допустить. Описанные же типические разрастания альвеолярного эпителия не являются ничем общаго с разрастаниями рака из альвеолярного эпителия.

Рубинштейн (1898 г.) описал первичную раннюю опухоль большей доли легкого легкого. Опухоль при исследовании оказалась истинным плоскоклеточным раком, развившимся из ткани легкого и отчасти проросшим в бронх. Автор не исключил возможность развития этой опухоли из эпителия единичных желоб и покрывающего и перейти к заплотению, что опухоль, вероятно, развилась из альвеолярного эпителия. С морфологической стороны автор нашел сходство между клетками опухоли и альвеолярным эпителием. За это говорит отчасти и вид клеток из обильных раковых альвеолах, расположенных на границе между опухолью и не пораженной еще легочной тканью. Клетки в этих альвеолах те же, что в кубической, напоминающей собой альвеолярный легочный эпителий. Далее в препарате попадались бесчисленные легочные альвеолы, наполненные оторванными клеточками, которая клетками прямо походила на чисто раковые клеточки. Таким образом,

говорит автор, вероятно, и искать пред собой отторжение альвеолярного эпителия, преобразовав его в кубический эпителий и, наконец переход в раковые клетки. В грибах той же доли из массы, более отдаленных от опухоли, была картина сильно развитого отслаивавшего эпителия. Значит автор проводит дальше из литературы о преобразовании альвеолярного эпителия в кубический и думает, что при такой способности альвеолярного эпителия принимать из возможных случаев вид, свойственный ему лишь в определенном состоянии и при определенной способности к размножению вообще не исключено, стоявших на зародившей ступени, весьма возможно, что такие преобразованные альвеолярные клеточки, не оставившись в своем роде, в состоянии разрастания и типически, другими словами, были к эпителиальному новообразованию. Автор не удалось доказать свою мысль за нехваткой картки, возмещенного переходом легочных альвеол в раковую. Относительно возможности развития этой опухоли из зародившихся клеток, автор предполагает решить частными, так как сам, конечно, относится к теории Cohnheim'a отрицательно.

Rottmann (1898 г. 2-й случай) описывает скопление клеток новообразования в легочных альвеолах, причем клетками эти клетки соединены с прилегающим эпителием и даже прорастают в неальвеолярную перегородку. На основании кубической формы клеток новообразования и отсутствия разрастания в других местах легкого автор считает свой случай исходящим, вероятно, из альвеолярного эпителия. Относительно описанного своего 3-го случая автор проводит ту же обработку.

Hermann (1899 г.) принимает a priori, что плоскоклеточный рак образуется только из альвеолярного эпителия и цилиндрической из эпителия единичных желоб и акромиалы.

Petit (1900 г.) исследовал цилиндрической рак легкого у собаки, выстлавший легочные альвеолы, и считает возможным утверждать, что клетки новообразования исходят из альвеолярного эпителия, так как не мог для доказательства этого найти переходных форм между эпителием легочных альвеол и клетками опухоли.

Dörsner (1901 г.) в описании [1-го случая] описывающего плоскоклеточного рака легкого считает возможным принять за исходную точку альвеолярный эпителий только на основании формы клеток. Переходных форм от нормального альвеолярного эпителия к клеткам новообразования

хоть состояла из маленьких полигональных клеток, которые очень походили на клетки соединистых желез. Автору не удалось, даже при серии срисовок, найти переходных форм от эпителия слизистых желез к различным клеткам, но он склоняется думать, что его случай сходится с эпителием соединистых желез. Составляя эту таблицу с надписью тут же крестом, автор считает возможным предать происхождение опухоли из отмирающих во время эмбриональной жизни клеток соединистых желез.

Только немногие исследователи, как Langhans, Tillmann, Siebert, Chiari и друг. удалось найти под микроскопом картины, дающие, по крайней мере, доказательства происхождения железистой опухоли от того или другого эпителия легкого или бронхов. Тщан изолоски возбуждали и других исследователей искать какие-либо разрозненные эпителии, входящих normally в легкие, чтобы объяснить гистогенез и своих случаев. Особа явилась идея искать эмбрионное разрастание приводить в гистогенезную связь с клетками рака. Большинство же авторов, после неудачных поисков на разрозненных эпителиях, выводят свои заключения на основании других моментов, один из которых я теперь изложу.

Если реконструировать вышеприведенная данные о происхождении некоторых форм рака легкого и бронхов из бронхов эпителия бронхов, то окажется, что только Chiari и Hilleberg имели представление бронхов эпителия бронхов, а Schlereth, Siebert и Klisberg имели бронхов, которой им придают гистогенезное значение, кроме Schlereth's. Большинство же авторов принимают за рождение неактивное разрастание эпителия легочных, альвеоляр и соединистых желез и затем форму клеток. (Rosenthal, Japha, Pagen) новообразования. Мауг и друг. приводят в доказательство преимущественную локализацию в соединистых бронхах. Все авторы (кроме Debeny) согласно утверждать, что из бронхов эпителия образуется только цилиндрический рак.

Относительно происхождения рака бронхов из соединистых желез им находят обстоятельное описание у одного лишь Langhans'a, затем более кратко у Tillmann'a, а Werner, Peratz и Minssen только упоминают о том, что им удалось видеть переходные картины от нормально эпителия соединистых желез к клеткам новообразования Schlereth и Ehrlich видя, что эпителии соединистых же-

лез переходят эпителием новообразования, и предать этому гистогенезное значение. Томе самое думать и Beck, хотя он и говорит (стр. 470-й) „Und in der That ergab die Untersuchung mit starkeren Vergrößerungen, dass neben normalen Schleimdrüsen gegen den Haupttumor hin vergrößerte, sodass solche, die bereits zu einem Theile von dem grasselnden Krebs destruiert waren, während Theile derselben noch normal waren“.

Только Rottmann впервые высказал мысль, что тут же может быть и простое раки из соединистых желез. Большинство авторов обращает внимание на отсутствие разрознений из бронхов эпителия, и на местность строения опухоли (Fuchs, Schwarz, Klisber, Böhm).

Если судить по взглядам авторов, то окажется, что из эпителия соединистых желез происходят не только цилиндрический и плоскоклеточный раки, но и раки плоскоклеточного типа (Krich, Rottmann).

Возможность происхождения рака легкого из альвеолярного эпителия является до сих пор спорным вопросом. Если мы проследим гистогенезную литературу этого вопроса, то увидим, что тут выдвигают очень большие разногласия. Некоторые авторы (Falkner, Peratz и друг.) совершенно отрицают такую возможность, другие же, наоборот, считают альвеолярный эпителий за какой-то элемент, который может продуцировать эпителиальный рак всех типов. Так, например, Perls, Рубинштейн и Debeny описали непонятный (ср. ороговитель) плоскоклеточный, Werner и Rottmann плоскоклеточный, а Ménétrier Stumpf и Siebert — цилиндрический рак легкого, исходящий из альвеолярного эпителия. Большинство же авторов считают плоскоклеточный рак за специфически исходящий только из альвеолярного эпителия между тем как цилиндрический рак непременно исходит из бронхов эпителия бронхов. Отдельно стоит мнение Stumpf'a, который думает, что из альвеолярного эпителия (поэтому цилиндрический эпителий) может происходить только цилиндрический рак. Для подтверждения своих рассуждений о гистогенезе некоторые авторы (Wachsmann, Tillmann, Stumpf, Werner, Japha, Siebert) обращают внимание на то, что им не удалось найти разрознений в бронхов эпителия или из эпителия соединистых желез. Сюда же относят опухоли с эпителием легочных альвеол (особенно при десквамативной форме) тоже, будто бы подтверждать это предположение (Wachsmann, Tillmann, Werner, Peratz, Рубинштейн).

Главным же доказательством служат найденные авторами (Perls, Lataste, Ménétrier, Tillmann, Grünwald, Siebert, Rankhausen, Böttmann) под микроскопом своеобразные картины из образцов из частей новообразования, граничащих с нормальной с одной стороны тканью. При этом приходилось наблюдать обычную (иногда кавернозную или мелкую кистозную) сеть из мезанктериальных перегородок, а легочная альвеола выстланы одно- или многослойным эпителием, иногда дающим разрастания из просвета альвеолы. Конечно, прежде всего анализировать о преобразении эпителия легочных альвеол в эпителий новообразования. Но, из соображений, мы не удалось найти ни одного достаточно подробного описания или рисунка, действительно доказывающих такой переход. На границе с такими картинами некоторые авторы (Tillmann, Grünwald, Siebert, Рубинштейн и др.) находили явления кавернозного воспаления альвеол с десквамацией эпителия подлежащих и сеть, таки ставили и этот факт в гистогенетическую связь с происхождением опухоли из альвеолярного эпителия. Другие же находили преобразование плоского альвеолярного эпителия в кубический и атлантический разрастания эпителия бронхов на границе с опухолью и тоже думали найти здесь распадку гистогенеза или случаи.

Большая разница во взглядах авторов при попытках объяснить гистогенез первичного рака легкого, конечно, заключается тем, равнообразен ли эпителий, которое имеется в бронхах и легких и может ли являться источником для новообразования. Другим же очень неблагоприятным условием служат те обстоятельства, что случаи для исследования попадали на сечение лишь тогда, когда возникла опухоль, когда первичный очаг ее совершенно забывали свое строение из-за наступивших вторичных процессов, воспаления и разрывов периваскуля.

Вопрос о состоянии эпителия, окружающих пораженный раком участок ткани, тесно связан с вопросом о центральном и периферическом росте первичного рака бронхов и легких.

Fässler'y принадлежат заслуга, что она впервые подняла вопрос о том, имеется ли первичный рак бронхов и легких периферический или центральный роста. Центральным ростом опухоли называют разрастание опухоли только на счет тех элементов, которые составили первую основу данной опухоли. Периферический же рост

новообразования имеют место, когда мы видим, что, кроме обычного роста клеток опухоли, из раковой ткани прорастают эпителий окружающих тканей новообразованной ткани. Принимая во внимание, исследователи имеют возможность наблюдать такие явления переходными форм от нормального эпителия к раковой ткани. Вообще же вопрос этот был поднят по времени работы Thiersch'a и Waldensta'ta, и с тех пор большинство авторов, занимавшихся гистогенезом, под влиянием этих классических работ начинают искать по периферии опухоли такие переходные картины, каконные и были оспорены позднее для многих видов рака.

Fässler упоминает о работях:

Langhans. Zur Pathologie d. Weibl. Brustdrüse. Langhans, Pflüg. Krebs d. Trachea und Bronchien. В. Hirschfeld. Entwicklung des Hohlkreises. Naunyn. Entwicklung des Leberkreises. Weigert. Ueber prim. Leberkrebs. Hauser. Z. Histogenese des Cylinderepithelcarcinoms.

Убеждение в периферическом росте новообразований было настолько сильно, что это мнение уже вошло в общий закон и, на основании отсутствия различия в клетках разных типов эпителия, прямо исключали возможность развития данной опухоли из этого, именно, эпителия.

Между тем доказательства периферического роста раковой бронхов и легких очень мало. Fässler упоминает только на основании Langhans'a и Tillmann'a у человека и Siebert'a у собаки. Пока нет аналогичных наблюдений у человека, нельзя переводить результаты наблюдений Siebert'a на человеческую ткань. Siebert видел переходную картину от эпителия бронхов к альвеолярной опухоли. Вышеописанные случаи Langhans'a и Tillmann'a Fässler считает за периферически растущие раки из эпителия окружающих тканей. Еще важное обстоятельство упоминает значение этих наблюдений. После описания работы Langhans'a мы имеем ряд случаев, аналогичных по существу, где автор (Beck, Ehrlich, Stilling и другие) под впечатлением работы Langhans'a искали, и только Tillmann'aประสบความสำเร็จ найти такие переходные картины. Fässler'y тоже не удалось таковых найти и она считает, что работа Tillmann'a не служит подтверждением работы Langhans'a, так как Tillmann не только не дает объяснения, почему не удалось найти в этих случаях, что работа Tillmann'a не служит подтверждением работы Langhans'a, так как Tillmann не только не дает объяснения, почему не удалось найти в этих случаях и убедительного описания своего препарата, но продолжается только доказательства и описания, данных самим

Langhans'som. (Повидному Pässler проше не вярты на-
блюдениям Tinsman's).

Если бы рак, исходящий из эпителиа слизистой же-
луды, быль действительно периферически растушим кар-
циномом, то чьмь можно объяснить тот факт, что при
первичном раке бронхов мы не находим также часто и
весьма правдо переходныи картини от нормального эпителиа
к раковому, как это, наоборот, бываеи при раке желудка.
Потому, по мнению Pässler's, нужно скорее всего принять,
что мы имеем дело с такнх случаемх с центрально
растущей карциномой. Такого же мнения придерживаетса и
Ribbert. (Bemerkungen zu einer Fall v. prim. Lungenkrebsom.
Deutsch. med. Woch. 1896. s. 163).

Низ сопоставления приведенных мною данных о первич-
ном раке легких и плевры видно, что патологический
анатомия этой болзни недостаточно подробно разработана и
кроме того научнее он довольно трудно, так как добытая
по этому вопросу данна разработана по большей части на
основании отдельных случаев. Наша же общественная
литература в этом отношении особенно бедна, почему
научнее этого вопроса представляло для меня большой ин-
терес, а в особенности сравнение результатов моих ис-
следований с данными авторов, работавших по тому же
вопросу.

Прежде чьмь приступать к описанию своих случаев,
я позволи себе в нескольких словах передать тот план,
по которому я их изложил. Кусочки брались из цен-
тральных и периферических частей первичного узла и
из вторичных узлов, из легких и из других органов, а
также такие места, где бы можно было подлнать отношение
клеток опухоли к нормальным эпителиам легкого, имея
в виду определить, если бы удалось, типологиче первич-
ного рака легких и бронхов. Кусочки эти во весть слу-
чайх брались из двояком количестве, причем один за-
ключался в параформ, а другие параллельно — в параформин.
Срезы окрашивались гематоксином с еозином, карма-
умом, по V. Gieson's и по Wiegert's.

СЛУЧАЙ I.

2922—813—275. Вскрытие 15 сентября 1900 года.
А. Т. июня 52 лет.

Краткая история болзни.

Больн начал год. Поступила в больницу 12-го апреля 1900 года
с жалобами двустороннего хрипящего дыхания. Пробой кашлей до-
быт кровянисто-серозной жидкостью. 7-го мая послѣ приступа сильное
кашля у болной выдѣлился съ черной вязкою кровю, сначала густо-
красная а кашля жидкой. Въ легких заметна была желтая сухая брон-
хит. Зависъ во времени возникло острое кровоизлияние, а на лег-
ких замечалась желвакия эмболии. 14-го августа при ареебной опера-
ции вышло несколько кусков красноватой жидкости, а в легком вышло
во что-то твердое. Больная скончалась на боль в продолженн въ 26-
летн бору, на омытии одиной в прогрессивной слабости. Преевима
во дискардии. Вскрытае утром 14 сентября 1900 года.

Diagnosis anatomica.

Carcinoma primarium pulmonis sin. et metastat. pulmonis dextri. At-
rophia fusa cordis. Pleuritis necrotica haemorrh. sin. Atrphia simplex
hepatis et renum.

Лично легкое в нижней своей части сращено съ ре-
берной плеврой волокнистыми перегородками. Плевра сильно
утолщена (местами до 1/4 сантиметра на разрывѣ) хрипя-
щей пленкою, большого штыка. Совершенно малюсень-
кое пространство находится в полости, наполненная красноватого
цвѣта геморрагическою жидкостью. Вся нижняя доля большого
легкого утолщена; ее центральная часть, за исключением
указанного периферического рака, состоит из — большого штыка, и
от нее по направлению къ периферическому краю отхо-
дят многочисленные бѣловатые узелки, величиной до коно-
пчаннаго зерна и весьма густые. Верхняя доля правого
легкого также сращена съ грудной стѣною, такъ что легочная
и реберная плеуры образовали одну сплошную перемычку тол-
щиной до 8—4 мм. на разрывѣ. Въ легочной ткани, большо
по периферии, чьмь у основания легкого, находится бѣло-
ватые многоклеточные узелки, величиной до конопчаннаго зерна.
Брешии перичкх трехъ парилонъ свободны отъ поражения.

Микроскопическое исследование.

На препаратахъ изъ центральной части главнаго узла
видно, что эпителиальная состоитъ изъ типичной сплошной оседи-

интимальной ткани, инфильтрированной желатиной клетками и образующей массу промезотект, впадет отбывающих обычно альвеолярному строению легких, что еще больше подтверждается окраской по Weigert'у на эластическую ткань. Стенки этих промезотект покрыты средней величины цилиндрическими эпителиями (см. рис. 1) расположенными местами по одному или в несколько слоев, а в других местах вышеупомянутые промезотект набиты мелкотуют тканью из клетками, без промезотектального вещества, но уже прилегающими от внешнего лавения полигональную форму. Клетки эти имеют небольшое, хорошо ассернированное ядро, адо и много протоплазмы, частью подвергшиеся вакуолизации. Обшир характер клеточек позволяет отождествить альвеолярный эпителий, а все картина так же явственно напоминает картину, свойственную десквамативной пневмонии. Некоторые альвеолы растунуты новообразованием больше нормы и местами сдвигаются между собой. На границе опухоли видны так же альвеолы, выстланные однослойными цилиндрическими эпителиями новообразования, а рядом с ними видны легочные альвеолы, пристеночного эпителия которых не видно, а в просвете имеются бляшки кровяной глыбки, зернистой распад и отслоившийся клетки эпителия легочных альвеол, содержащая в себе частицы угля. В лимфатических сосудах периферического типа и сопровождающих больше кровеносные сосуды легкого видны так же клеточки новообразования. Лимфатические сосуды перестроены утолщенными набиты цилиндрическими клетками новообразования, а клетками выстланы простыми из одного слоя. На всем протяжении образцы эпителия единичных клеток и покрывный эпителий опухоли и малых бронхов оказались либо ворничного вида, либо подвергнувшимся регрессивному метаморфозу и во многих случаях не различимы от разрастаниях клеточек новообразования. Видения лимфатических сосудов, покуда оказались нормального вида. На протяжении из пораженной рачком бронхальной железой можно было с трудом отыскать незначительные остатки аденоидной ткани. В некоторых образцах было очень ясно видно как цилиндрический эпителий новообразования обрывается из одного слоя стенок лимфатических сосудов (см. рис. № 12) и слоник разорванными вымывает постепенно уничтожение ткани фолликула. По мере того, как клетки новообразования альвеолярны все промезотект между соединительно-тканевыми перегородками лимфатической железой, отбывающих, также как и в узлах опухоли из легких, свой так, ближе подходить кблет к характеру

плоскоклеточного эпителия. В остальных местах можно констатировать обычную картину интестинального пневмонии, сопровождающейся разрастаниями эпителия бронхов. Эти разрастания эпителия ничего общего с клетками новообразования не имеют.

На основании вышеизложенного можно сказать, что мы имеем пруть собою цилиндроклеточный рак возникший доли легкого легкого. *Carcinoma cylindricellulare.*

СЛУЧАЙ II.

3742—345—137. Вскрытие 4-го марта 1939 года.
О. С. Артемьянцев 55 лет, столарь.

Краткая история болезни

Болезнь из болезни 4-го марта 1939 года. Пациент внезапно, ночью встал, болел в левой половине груди с медленным жаром, ограниченная кровью, при дыхательной тахипноэ 12-го марта забрызгал воду правой рукой фелулу, вызывая кашель, 13-го марта а сильная одышка, сопровождаемая все усиливающейся тахипноэ. Температура тела поднялась до 39, и больной при появлении одышки умер 14-го марта.

Diagnosis anatomica.

Carcinoma lobi infer. pulm. dextr. primarium. Degeneratio parench. cordis. Hypertrophia ventriculi dextr. gradus parvi. Pericard. chr. fibrosa sin. totalis et dextr. inferior. Pericard. ac. fibrinosa dextr. sup. Pneumonia fibrinosa ac. lobaria sin. Hypertrophia ac. bene gradus medii. Induratio cyanotica hepatis. Cicatrices post infarct. coronar. Gastritis cat. chr.

Легкие объемности, правое сравню с диафрагмой левым перелопными, верхняя доля покрыта желтоватыми фибриновыми, толстыми перелопками. Лёвое лёгкое по всей своей поверхности плотно приращено с грудной клеткой в одну сплошную фиброзную перелопку. Ткань лёгкого легкого по всей поверхности рыхлая зернистая, бисерообразная, сферического шфта. В нижней части нижней доли правого лёгкого около наружного ее края имеется узелок опухолевой величины из крупное ядро, в центр состоящий из овертывшихся и распадающихся масс тканей легочного, ограничен-

нах в черной слизи. Умок этот не имеет непосредственной связи с кашлеком-либо с большими бронхами; окружающая узел легочная ткань состоит из аспидно окрашенной эластично-волокнистой ткани с заключенными в ней бляшками мозговидными узелками величиной от горошины до горошинки, толстая под пленкой участки эти имеют вид бляшек. Все узлы основательно кашлеобразную жидкость.

Микроскопическое исследование.

На препаратах из центральной части опухоли видна сеть из тонких перекладчатых волокнистой соединительной ткани с большими количеством веретенообразных и круглых клеток и капиллярах сосудов. В промежутках этой сети видны мелкую доминант одна около другой без промежуточного вещества эпителиальные клетки разнообразной формы. В некоторых местах (особенно на значительных участках препаратах, видны длинные реснички соединительной ткани с капиллярами сосудов в середине, на которых сидят узкоэпителиарческой или веретенообразной формы эпителиальные клетки. На периферии периферических ростах видны центральные толстостенные сосуды с значительным количеством соединительной ткани вокруг и, в виде реснички, сидят клетки такого же эпителия (см. рис. № 4). Клетки последнего имеют хорошо выраженный округлый от округло-квадратной распределенный хроматин ядро. Некоторым клеткам имеют по несколько ядер. В периферических частях главного узла заключены ядра мозговидного характера и зернистого вида. На границе опухоли с нормальной на вид легочной тканью последние представляются шаровидной гиперстениальной массой; на некоторых местах видна одноклеточная инфильтрация ткани легкого клетками возобновления. В этих местах видны одно и двуядерные огромные клетки. У животных клеток ядро хорошо просматривается округло и имеет равномерное распределение хроматина, у других же видны в равной степени выраженные ядрами пероксидов. При сравнении количественно-отношений соединительной ткани с клетками в этом случае повсюду видно преобладание последних над первым, и потому мы можем считать эту опухоль мозговидным плоскоклеточным раком, развившимся в нижней доле правого легкого. На всех исследованиях срисках периферий эпителий бронхов и эпителий слизистых оболочек и легочных альвеол оказался

нормального вида или подвергнувшимся дегенеративным изменениям. Опухоль распространяется из легкого по лимфатическим сосудам периферических тканей и впадает в большие кровеносные сосуды. Carcinoma vesiculae subpleurale.

СЛУЧАЙ III.

7284—1012—335. Возраст 33-го ноября 1900 года.
О. В. Врана 70 лет.

Краткая история болезни.

Больной перенес в этом году, веселый период. Поступил в больницу 20 октября 1900 г. с жалобами на одышку, потерю аппетита и жажду, и артериальное высокое давление. 28 октября предельной тяжести онемение ноги правой конечности, предельно онемение в виде кома на левой ноге. 3-го ноября онемение конечности онемения в левой ноге. В правом легком во все время пребывания в больнице оставался неизменным давление тока крови—с высоким давлением, сердце—с 3-го ребра, с особенною ясностью просматривается в бронхальных дольках. Температура тела этого времени была несколько выше нормы. Больной все время жаловался на боль в боку, особенно в области правого подребра. Больная умерла 22 ноября.

Diagnosis anatomica.

Carcinoma primarium pulm. distr. infiltrativum carcinomatosa diffusa et indurata. pulm. distr. Pleuritis chr. adh. distr. Hypertrophie ventr. sin. gradus parvi. Metastases carcinom. pulm. sin., hepatis, glanul. vesiculae, renum et uteri.

Правое легкое средней величины плотно связано с грудной клеткой старыми ложками перемещаемыми оба листа плеуры соответственно нижней правой доле опухоли соединены и образуют одну сплошную твердую перепонку сформированного цвета, толщиной от 2—3 мм. Все правое легкое красной плотностью, на разрезе сине-красного цвета; поверхность разреза гладкая, не содержит воздуха, при давлении выступают на поверхность мелкие бляшчатые точки, полные на молоко. Левое легкое средней величины, равномерно на разрезе содержит мясо желто-белого цвета питец, величиною от нижней до верхней до чече-

мелкого зерна; пятна эти лежат изолированно, а ястами сливаются между собою и освобождают при давлении млечную жидкость. Бронхиальная железка небольшой величины, асимметричного строения, кроет одной, желвакой волнистости дельтовидного ореха и пронизанной моговидными массами. Бронхи видных изменений не представляет.

Печень нормальной величины, одержит разбавшие узлами опухавшей бѣлаго цвѣта, величиной от четвертичаго зерна до горошины. Въ верхушкѣ слѣдъ почечъ также одержитъ несколько такихъ же узелковъ. На задней стѣнѣ стѣнки въ толщѣ слизистой находится бѣлочнообразный узелъ опухави величиной въ серебряный пенатекъ.

Микроскопическое исследование.

На сѣчкахъ изъ пораженныхъ новообразованиями частей легочной ткани видна строма изъ сплетенъ съ большимъ количествомъ клетокъ волокнистой соединительной ткани, въ промежуткахъ которой помѣщаются разбавленные въ разныхъ направленияхъ трубчатые образования (см. рис. N 2), состоящая изъ одно — или многооснойнаго цилиндрическаго эпителия, выстилающаго стѣнку этихъ промежутковъ, а въ промежуткѣ желвакоидъ свободной лѣзакции или связанная со стѣнкой группами цилиндрическаго эпителия. Эта стѣна соединительно-тканыхъ перегородокъ являетъ соотвѣстную нормальному строению легочной альвеолярной стѣны, что особенно еще подтверждается ораховкой по Weigert'у изъ эластическую ткань. Иногда въ альвеолахъ сплошь выложены клетками, дающими отъ себя разрастание клетокъ въ мѣшечноальвеолярную соединительную ткань. Ядра клетокъ опухави имѣють по большей части овальную, иногда шаровиднообразную форму и хорошо воспринимають окраску. Перегородки между альвеолами ястами инфильтрированы мелкими клетками, утолщенны, а въ центрѣ опухави фиброзна инфильтрация. Новообразование распространяется по лимфатическимъ сосудамъ периферической ткани и впадаютъ въ большіе кровеносные сосуды. Въ мѣшечкахъ изъ остальныхъ легочныхъ, а также въ бронхиальныхъ железахъ и въ другихъ органахъ новообразование сохраняетъ типъ мѣшчатого цилиндрическо-клеточнаго развѣ. На мѣстѣ изслѣдованныхъ сѣчекъ покровный эпителий слизистой бронховъ и эпителий слизистыхъ железъ представляють нормальнаго вида или подвергнувшися дегенеративнымъ изменениямъ. Въ легочныхъ альвеолахъ на границѣ съ пораженнымъ узломъ новообразования видны лейкоциты, зернистыя тельца и отщипави эпн-

тепн легочныхъ альвеолъ съ частыками угля. Кроетъ этого обращаетъ на себя вниманіе встрѣчающаяся какъ въ стѣнѣ, такъ и въ лѣнн отъ новообразования въ нормальномъ съ виду легочныхъ альвеолахъ, огромной величины моговидная желвака новообразования, въ мѣшчатой коллоидальной слизи съ опухави. *Adenocarcinoma cylindrocellulare.*

СЛУЧАЙ IV.

10780—1854—793. Векрпте 24 октября 1893 года.
Н. С. Крестовинъ 61 года, жен. п.

Краткая исторія болѣзни.

Вступила въ болѣзнь 21 октября 1890 года въ безмятежномъ состояніи. Парализована на правую и лѣвую стороны, особенно съ лѣвой стороны. Не пришла въ сознаніе, большой утерѣ 28-го октября.

Diagnosis anatomica.

Carcinoma partis super. lobi super. pulm. sin. Metastase carcinomatose gland. lymph. bronch. pulm. sin. Metast. carcinom. Bonis. Paralysis cordis. Degeneratio adip. musc. cordis. Dilat. et sclerosis aortae. Endocarditis v. mitr. chr. fibrosa et ac. verrucosa. Pleuritis adh. chr. dextr. partialis. Emphysema et oedema pulmonum. Infiltratio adip. hepatis. Gastritis chr. Enterocolitis chr. Degener. adiposa renum. Infarctus multip. renis sin. Metastase carcinomat. gland. sup. utr. Pachymeningitis ext. chr. Encephalomalacia recenta circumscripta part. infer. lobi front. dextr. et occipitalis utr. Sclerosis arter. cerebri.

Въ верхней части верхней доли лѣваго легкаго имѣются узелъ съ крупнее ядро величиной, въ мѣшчатый слизи съ бронхами перемѣтъ трехъ пальчиковъ. Такой же узелъ находится около корня легкаго и доходитъ до самой плесери, не проросши въ слѣднее. Въ опухави моговидныя отдѣляются при соскабливаніи млечный сокъ и размазаны въ центрѣ. Бронхиальная лимфатическая желвака моговиднаго инфильтрирована въ обычныхъ надпочечныхъ железахъ и ослепствѣ моговидные узелки.

Микроскопическое исследование.

На препаратахъ изъ центральныхъ частей новообразования видны тельца типа ясты, остовецѣ изъ развообразной формы

клеток без промежуточного звена, замещающие промежуток широкой плоской стеной, состоящей из плотной с небольшими часочками клеток соединительной ткани. В этих местах не осталось ничего напоминающего нормальное строение легочной ткани. Центральные части клеточных стенок представляют картину резко выраженного коагуляционного некроза и зернистого расплава. На срезках из ткани нормальной на вид легочной ткани с новообразованных клеток последних вырывается характерный цилиндрический эпителий. Легочный альвеолярный представляется складчатыми перегородками между ними утолщенными и инфильтрированными мелкими клетками, а их просветы альвеолы содержатся зернистый расплав, лейкоциты или содержаний в себе частички угля, отпавший легочный эпителий. Новообразование распространяется в лимфатических сосудах перибронхиальной ткани и впадают в большие кровеносных сосудов. На ветви инфильтрированных перегородках кровеносный эпителий слизистой бронхов и эпителий синусовых железок оказался нормального вида или подвергнувшегося дегенеративным изменениям. В метастазах новообразование сохраняет тот же характер цилиндрического рака с склонностью к зернистому расплаву и зернистому расплаву. *Carcinoma medullare cylindricellulare.*

СЛУЧАЙ V.

805—264—82. Возраст 14 марта 1900 года.
В. К. вдов 64 лет, хулиарка.

Краткая история болезни.

Поступил в больницу 10 января 1900 года с жалобами требовалась более сильной помощи по поводу артериосклероза и зернистости дисперсной массы. 25-го февраля внезапно произошло падение левой конечности с западением правого бронха и выделением слизистой пропитанной кровью. Выходила больная при нормальной температуре тела которая медленно худела и умерла 15-го марта 1900 года.

Diagnosis anatomica.

Carcinoma bronchi lob. inf. pulm. sin. primarium et pulm. sin. secund. Degeneratio parvach. cordis. Peribronchiolitis carcinomatosa disseminata. Atrophia simpl. hepatis et hepatis. Carcinoma metast. hepatis. Nephritis chronica diffusa. Varices recti. Infiltratio carcinomatosa gland. bronch. et tracheal.

Правое легкое нормального вида. Левое легкое средней величины, на ощупь зернистообразное уплотнено. На разрезе нижней доли этого легкого видны разбросанные белые узлы новообразованная величина от горошины до длины ореха, кроме того видны небольшие в голубоватом слое полости, стенки которой пропитаны мелкодисперсными узелками; полость эта сообщается с бронховым футером воронки Мейкля; бронхи этой доли резко расширены и наполнены слизисто-гнойной жидкостью. Лимфатические железы бронхов и трахеи альвеолярной стороны значительно увеличены, плотны, частью всецело черные цвета, частью всецело инфильтрированы с поверхности разрезом освобождается небольшое количество белой вязкой на мажон, жидкости. Печень мала, на разрезе содержит два узла опухоли, величиною с левой орехи каждый.

Микроскопическое исследование.

На срезках из центральных частей узла видна картина нормальной стеной легочных альвеол с перегородками между ними, местами инфильтрированными мелкими клетками. Ветви нормального легочного эпителия стенок альвеол имеют цилиндрическим высоким цилиндрическим эпителием, дающим местами разрастание клеток в просвет альвеолы. В некоторых альвеолах выстланы дву- и трехслойным цилиндрическим эпителием. Строение для новообразования является типичным стеной легочных перегородок, что подтверждается срезкой по Weigertу на эластическую ткань (см. рис. № 8). В лимфатических сосудах и щелях перибронхиальной и синусовой бронхов и в лимфатических сосудах выстланы клетками новообразования. В лимфатических сосудах мезангиоцитарным перегородкам тоже выстланы теми же тканями. На трахеях новообразование с нормальной на вид легочной тканью видны альвеолы с инфильтрированными мелкими клетками стенок и содержаний в просвет лейкоциты, зернистый расплав и отпавший альвеолярный эпителий, заключенный в себе мелкими частичками угля. В некоторых из тканей альвеолы, а также нормальных в виду легочных альвеолярных клеток от новообразования вырывается огромной величины многослойный клетчатый новообразование. В метастазах в плечер и печени новообразование сохраняет тот же тип цилиндрического рака. На ветви инфильтрированных срезках кровеносный эпителий слизистой бронхов оказался нормального

виды или подвергнувшись дегенеративным изменениям. На срезках из слизистой бронха на границе с новообразованием эпителий слизистой может принимать коническую или цилиндрическую форму и уже не дать обычной картины слизистого перерождения. Дольки эпителии уже не имеют конической или цилиндрической формы, а также не дают обычной картины слизистого перерождения. Дольки эпителии уже не имеют конической или цилиндрической формы, а также не дают обычной картины слизистого перерождения. Дольки эпителии уже не имеют конической или цилиндрической формы, а также не дают обычной картины слизистого перерождения.

СЛУЧАЙ VI

9140—1224—711. Вскрытие 20-го сентября 1893 года.
С. Л. крестьянин 62 лет, багшачинск.

Краткая история болезни.

Болеющий из больницы 1-го сентября 1890 года. Выкашливает около 4 стакана и мокроты по временам выделяет из жернов небольшого количества крови. При вскрытии найдены в легких кровостороннее воспаление легких. Пунктир выкашливал небольшое количество серозной жидкости. В легких левая бронхит с выделением небольшого количества мокроты с кровью. Температура тела у больного за время пребывания в больнице возмалась до 37,0°. Больной умер 19-го сентября.

Diagnosis anatomica.

Carcinoma bronchi dextr. I ordinis primarius. Atrophia fusa musculorum. Sclerosis cordis. Pleuritis adh. chr. dextr. partialis, acuta sero-fibrinosa dextr. et acuta serofibrinosa sin. Pneumonia interstit. chr. et paracista pulm. dextr. Hyperaemia pulm sin. et pneumoniae loc. ac disseminata. Hyperaemia acuta et degener. amyloidea diss. hist. Metastases carcinomat. gland. bronch. et hepatis Gastro-enterocolitis chr. Nephritis parench. chr. et degener. amyloidea renum.

На разрезании двух с половиною сантиметров от места бифуркации стволка правой бронха представляется резко утолщенной, слизистая его инфильтрирована мягкими,

на разрезе мозговидными массами. Эта инфильтрация непосредственно переходит в опухоль с тугою оболочкою и просветом в виде лежащую легочную ткань. В середине опухоли имеется небольшая с шаровыми створками полость, которая сообщается с большим бронхом. Вдоль по разрезу легкого бронха легкого легочная ткань инфильтрирована и выделены слизисто-гнойными массами. Бронхальная инфильтрация желтом мозговидно инфильтрирована.

Микроскопическое исследование.

На препаратах, вытканых из опухоли, проследить створку бронха, кровеносный эпителий и глыбы из желтой, слизистая бронха гиперемия и инфильтрирована желтыми клетками. В том месте, где новообразование прорезает створку бронха, слизистая желтая, но видно, что граница створки микротомом последние представляются шаровыми или эллипсоидными. На препаратах из утолщенной оболочки видны перерожденные и разрыхленные ткани эпителиальных клеток, расположенные в больших промежутках, створки которых состоят из довольно толстых перламутровых, конических соединительной ткани с большим количеством веретенообразных и круглых клеток. Местами строка состоит из мелких элементов соединительной ткани. У створки опухоль альвеол эпителии имеют высокую цилиндрическую форму, но к центру они отходят от минимального диаметра становится полигональными. В местах, более молодого возраста новообразования клетки имеют небольшую форму и ядра их предельно принимают окраску, а в местах, более зрелого возраста клетки значительно больше и ядра их принимают пучковообразный вид с неравномерным распределением хроматина. В центре ядра участки темной, конденсированной нуклеолиновой массы и зернистому распаду. Среди фибринозно-перожденной строки видны слои желтой ткани, т. е. «железа amyloidea», описанные еще Virchow (Virch. Arch. 1858 г.) и Laughaus (Virch. Arch. 1867 г.). На срезках из периферии утолщенной инфильтрированной желтой клетками метастазовидная перерожденная и частично также новообразованием легочная ткань представляется шарово-интерстициальной пневмонией с шаровыми последней раз-

щевяки эпителии бронхов и изменением формы эпителии легочных альвеол в кубическую. На всём исследованном в трубах поверхностный эпителий слизистой бронхов и эпителий слизистых желёз оказался нормального вида или подвергнувшимся дегенеративным изменениям. В местах одухотворения бронховидных желёз новообразование приняло тип плоско-клеточного рака и подверглось метастатическому переходу и ариетному распаду. *Carcinoma cylindro-cellulare.*

СЛУЧАЙ VII.

2601—223—104. Вскрытие 9-го февраля 1899 года.
М. Т. крестьянин 63 лет, столетер.

Краткая история болезни.

Поступил в больницу 9-го февраля 1899 года с диагнозом хронического нефрита, инфаркта и репродуктивного бронхита. Умер 5-го февраля.

Diagnosis anatomica.

Carcinoma bronchi II ordinis lobii inf. pulm. dext. primar. Hypertrophia concent. cordis gradus medii. Pleuritis chr. fibrosa lobat. Peritonitis chr. interst. dextr. Hypertrophia chr. basia. Infiltratio cystica hepatis. Nephritis chr. interst. Cistitis est. chronica. Fibrosus prostatae. Gastritis cath. chronica. Carcinoma metast. gland. bronchialium.

Легкие сморщены съ грудной стёнкой тесными, плотными, желтыми перемычками. Лёгкое левое полностью и отечно; нижняя доля правого уплотнена, на разрезе желто-серого цвета, промежуточная часть белого цвета, суховатая и имеет стёчатый вид. Поверхность разреза гладкая, освободить большое количество отечной, безводной жидкости. Вся правая бронх значительно расширена, слизистая бронха нижней доли инвазирована, зерниста, розово-красного цвета; вся стénка уплотнена; окружающая бронх клетчатка также уплотнена, сморщивая со стёнками бронха и представляется на разрезе въ видъ волнистой оболочки, состоящего изъ белой волокнистой ткани, осебособившей при соединении мочичного вида жидкости. Слизистая более желтыхъ бронховъ отъ всего отходящихъ, уплотнена, ре-

ново-образного цвета, а просветъ стéнокъ бронховъ суженъ и наполненъ слизистой жидкостью. Лимфатическая железа правой бронха величиной до грецкого ореха, имеет на разрезе периферическую часть черного цвета, а центр, состоящий изъ мозговидныхъ узловъ величиной отъ горошки до яблочного ореха.

Микроскопическое исследование.

На препаратахъ изъ центральныхъ частей опухоли видна строма, состоящая изъ эластичной соединительной ткани, имеющей довольно много соединительно-тканыхъ веретенообразныхъ клетокъ, а между ними состоящая изъ молодой соединительной ткани съ большимъ количествомъ круглыхъ клетокъ. Въ альвеолахъ этой стромы видны периферические клетки. Въ разныхъ направленияхъ сплошные тяжи эпителиальныхъ клетокъ. У стéнокъ альвеолы клетки имеютъ шило-цилиндрическую форму, а по мѣрѣ приближенія къ центру, клетки постепенно приближаются по своей формѣ къ клеткамъ плоского эпителия и клетками имеютъ выключенные образования дуновидны и претериваютъ располъ метастазовъ. Ядра клетокъ имеютъ овальную, квадратную форму и хорошо воспринимаютъ окраску. Въ центральныхъ частяхъ и некоторыхъ тонкихъ клеткахъ новообразования терять способность окрашиваться агаровыми красками и представляютъ въ себе глыбы, сохраняющие еще желатыни contoursъ клетокъ, въ другихъ же мѣстахъ имеютъ только ариетный клеточный распадъ.

Въ центрѣ опухоли не осталось никакихъ слѣдовъ стромы легочной ткани. На разрезѣхъ бронховъ стénки, пораженной новообразованиемъ, пораженного эпителия слизистой не видно, а на мѣстѣ новообразования имеется язва, содержащая въ себѣ въ историкѣхъ мѣстахъ оторванки много-слойного эпителия, который частью является на просветѣ бронха въ видѣ разрывовъ, а частью лежитъ оторванки между хрящевыми кольцами въ периферическую ткань. На ограниченнѣхъ съ новообразованиемъ участкахъ слизистой бронха видны частыя нормального вида слизистые желёзы, частью подверженныя рѣзкому слизистому перерождению. Новообразование распространяется по лимфатическимъ сосудамъ периферической ткани и инвазия большая пронизываетъ сосуды. На историкѣхъ препаратахъ было видно, что новообразование прорастаетъ въ просветъ легочныхъ венъ. На одномъ изъ препаратовъ изъ стéнокъ большихъ бронховъ (см. рис. № 14) очень рано было видно

клеткам клеточка новообразования из одну или группу слизистых желез. На отрезе препарата видна утолщенная и инфильтрированная мелкими клетками соединительнотканная строма между дольками желез, рубное перерождение эпителии слизистых желез и постепенное замещение простоящими сюда клетками новообразования пустых железистой желез. На препаратах, как граница нормальной ст. виду легочной ткани с новообразованием, видны утолщенные и инфильтрированные мелкими клетками мезальвеолярная перегородки, а в легочных альвеолах отставший и содержащий в себе угловатые клетки альвеолярный эпителий, лейкоциты и зернистая масса. Мелкими новообразования прорастает к легочным альвеолам. В метастазах в бронхальных железах новообразование сохраняет тот же тип истинного плоскоклеточного рака. Сarcoid.

СЛУЧАЙ VIII.

6197—648—831. Вскрытие 6 мая 1899 года.
В. А. крестьянин, 70 лет.

Краткая история болезни.

Поступил в больницу 1-го мая 1899 года с жалобами кровохлебки и кашля. В легких находилась одна крупная зернистая субартериальная опухоль; выделение слизистой мокроты нормальное температуры тела. Большой узел 1-го мая.

Diagnosis anatomicus.

Sarcinoma bronchi I ordinis lobi infer. pulm. dextr. cum metastasis. Pleuritis chr. fibrinosa dextr. Hypertrophia cordis gradus medii. Sclerosis arter. coronar. cordis. Embryoma et oedema pulm. sin. Hypertrophia chr. venis. Induratio granulosa hepatis. Nephritis chr. interst. Gastritis et colitis cat. chr. Metast. sarcinoma. glandul. bronchialium.

Оба легкого объемисты, асцидно-черного цвета, эмфизематозны и отечны. Правое легкое в нижней доле почти сращено с диафрагмой, на разрезе содержит несколько полостей величиной от яблочного ореха до куриного яйца, наполненных глянцевидной желтою стroma серо-белого цвета. В одну из этих полостей открывается главный бронх, стенки которого при переходе из полости утолщены, плотны, моно-

вечно-белого цвета, как бы обрубаны и разрушены; слизистая бронха инвазирована, стенки камеры частью состоят из ослизневшей ткани легкого, частью из мезогландиальной ткани новообразования. Бронхальная железа желчиной до яблочного ореха, асцидно-черного цвета, содержит в себе большое количество узелки.

Микроскопическое исследование.

На препаратах из стенок полости видны перерожденные из различных выраженных типов эпителиальных клеток, расположенные в промежутках из волокнистой соединительной ткани с большим количеством зерненообразных и круглых элементов. Клеточные типы новообразования состоят из клеток слизистой обыкновенного плоского эпителия, в котором при большом увеличении можно ясно различить так называемый многообразный клетки. Клетки опухоли имеют склонность к образованию ложноузлов и к розовому метаморфозу. В других местах, в центральных частях клеточных тяжей, видна картина неогландиального некроза и зернистого расплава. На препаратах из частей опухоли, погруженных в нормальную на вид слизистую бронха, покровного эпителия почти не видно, а в периферических ст. опухоли элементная масса из рубного слизистое перерождение эпителии в некоторых из них, а в других видна картина эпителиального из разрастания. Стенки долек слизистых желез покрыты однослойным многоцилиндрическими эпителием, клетки которого (см. рис. № 13) имеют резко ограничивающееся ядро и зернистую безвешечку прилегающую перерождения протолиному. Долька желез увеличивается в объеме и, как видно на разрезах, принимают форму равнообразную форму. Мезогландиальная соединительнотканная строма утолщена и инфильтрирована мелкими клетками. Клетки этих слизистых желез, входящих в состав простериферии, не имеют ничего общего с клетками опухоли. На препаратах из периферических частей нормальной ст. между легочной тканью с новообразованием видны утолщенные и инфильтрированные мелкими клетками мезальвеолярная перегородки, а в легочных альвеолах видны отставший, зернистая масса и отставший клетки альвеолярного эпителия, содержащий в себе частицы угля. Новообразование прорастает в легочные альвеолы, постепенно раздвигая своим массов стroma стенок (см. рис. № 7). В бронхальных железах новообразование сохраняет тип истинного плоскоклеточного рака. Сarcoid.

СЛУЧАЙ IX.

7949—1255—731. Вокруге 27 сентября 1895 года
И. М. крестьянин 55 лет, дворника.

Краткая история болезни.

Поступил в больницу 24 июня 1895 года. Болея около шести недель, страдает по поводу, лихорадки, общей слабости, болию в боку, боли в левой половине груди и боли в области позвоночника, сопровождающейся с медленной току кашлем. При осмотру в области грудной клетки слышны свистящие хрипы в нижних отделах бронхов и слышны в небольшом количестве свистящие хрипы. Через несколько время возникло сильное давление на спинной мозг. 24-го сентября отмечено появление желтовато-оранжевого цвета мочи. При лаваже мочевого пузыря и из мочевого пузыря большой урны 25-го сентября.

Diagnosis anatomica.

Carcinoma bronchi II ordinis sin. Oedema cerebri et sclerosis arripens. Metastases carcinosae, canalis vertebralis c. compressione medullae spinalis. Myelomalacia part. inf. med. spinalis. Degeneratio adiposa cordis. Myelitis ac. serofibrinosa distr. et adhaes. chr. totalis sin. Pneumonia crassa lobii inf. et partis inf. lobii sup. pulmonis dextr. (hepat. rubra c. suppur.) Pneumonia reactiva chr. lobii sup. pulm. sin. Hyperplasia ac. et metastases carcinosae. Infiltratio adiposa et metastases carcin. hepatis. Gastro-enterocolitis chr. Nephritis parench. ac. et metastases carcin. renis utr. Hypertrophia testic. urinae et prostaticae. Decubitus reg. sacralis c. suppuratione.

Одна из верхних ветвей второго порядка имела новообразование, которое слегка выдается в просвет главного бронха. Вся верхняя доля легкого представляется плотной, сферо-сидального цвета на разрезе. У корня легкого, соответственно верхней доле, замечается большое число округлых величиной с крупный грецкий орех, мягкой консистенции и при соприкосновении отдающих млечный сок. Эти округлы состоят из смеси с вышеупомянутым веществом, выстилающим бронх. Вся верхняя доля легкого, с ее ветвями прослобками соединительной ткани и отделяется с поверхности разрыв сферического жидкости. Из полости правой плевры выводится значительное ко-

личество желтоватой жидкости с плавающей из ней фибриновой хлопьями. Нижняя часть верхней и вся нижняя доля правого легкого представляются сплотившимися, на разрезе розовато-бурого цвета, зернистого вида и отделяются при соприкосновении свистящую жидкость. В печени, селезенке и почках несомненно небольшие узлы новообразования. У дна грудной и второго поясничного позвонков на левой стороне позвоночного канала замечаются белые, мелкие округлые наросты в виде очень мелких маляк. Эти наросты не прорастают в твердую мозговую оболочку и часть позвоночника, но сдавливают спинной мозг на уровне десятого грудного позвонка.

Микроскопическое исследование.

На препарате из ветви бронха, пораженной новообразованием, видны в различных направлениях перерывающиеся жидкотканые клетки, расположенные в промежуток, образованном перекладинами из волокнистой соединительной ткани с большим количеством веретенообразных и круглых клеток. Наружный слой клеток тканей состоит из много-цилиндрического эпителия, а между клетками не было прилегания из виду обыкновенного плоского эпителия. Клетки опухоли в некоторых местах имеют млечность, образованную лимонным и прерываются резкой жемчужной, а в других местах центральная часть тканей подвергается коагуляционному некрозу и зернистому распаду. Выделяется в просвет бронха часть новообразования извлечена. Покрытого эпителия слизистой оболочки не видно, эпителий слизистой желез в границах с опухолью имеет нормальный вид или подвергается рязкому свистящему перерыванию. Новообразование прорастает стволу бронха между хрящевыми кольцами выстилки и распространяется в щель и лимфогенных сосудах веретенообразной ткани до мельчайших разветвлений бронхиальной дерева. Новообразование из легкого адгезивно прилегает к прерывающимся в ткани легкого клеткам хрящевой интестинальной мембраны с прерывающейся адгезивной оболочкой в клубочек и с эпителием разрастающимися цилиндрического эпителия бронхиол, не связанными ничем общего с клетками опухоли. В бронхиальных железах новообразование сохраняет тот же тип, истинного плоскоклеточного рака. *См. стр. 104.*

СЛУЧАЙ X.

9650—1463—850. Вскрытие 19 ноября 1895 года.
И. Д. крестьянин 54 летъ, чернорабочий.

Краткая история болѣзни.

Поступилъ въ больницу 18-го сентября 1895 года съ жалобами слабости въ правую легкую, при нормальной температурѣ тела. 25-го сентября у больного началось увеличение двусторонней боковой грудной жабы. Во время сильнаго кашля особенно выдвигались грудные железы и заложило носъ. По смерти на вскрытии заключительное течение рамы и отсутствие изменений со стороны брюшины, истончение большого же желудка и сѣкъ утѣра 18 ноября.

Diagnosis anatomica.

Carcinoma lobi sup. pulm. dextr. Metastases carcinomatosae gland. lymphat. bronch. pulm. dextr. Atrophia fusa et degener. adip. musc. cordis insipiens. Sclerosis aortae grad. levisima. Pleuritis adh. chr. part. partialis. Emphysema et oedema pulmonum. Peritonitis ac. fibrinosa part. Atrophia fusa, hypertrophia et degener. parench. hepatis. Haemorrhagiae punct. mucosae ventriculi. Catarrhitis chronica. Nephritis parench. chr. et hypertrophia passiva renum. Valvula abdominalis post laparotomiam et resect. intest. det.

Вся верхняя доля правого легкаго, за исключеніемъ передняго края и нижней ея части, занята моноцентричною фиброю опухоли. Масса эта въ серединѣ расплывается. Опухоль эта, повидимому, исходитъ изъ бронхъ, такъ какъ болѣе бронхъ оплоснены кавды. Опухоль прорастаетъ въ верхнюю полую вену и изгнѣтъ дѣль въ свободную впадающую въ просвѣтъ сосудаго параста. Въ остальномъ легкомъ измѣненія жѣсткими твароидными узлами, проританные жѣсткостью.

Микроскопическое исследование.

На препаратахъ изъ центральныхъ частей большого узла верхней доли правого легкаго видны очень толстые тѣни перитивушей сдѣльбѣному хондрому прерывленію пшан новообразованія съ значительными остатками полигональной формы эпителиальныхъ клетокъ по прямѣ этихъ тѣней. Последніе раздѣлены другъ отъ друга толстыми кератино-

выми пластной волокнистой соединительной ткани, нѣтъ же сохривающей въ себѣ никакихъ явлений. По мѣрѣ приближенія къ периферіи узла соединительно-тканная строма дѣлается рыхлѣе, заключающая въ себѣ все болѣе количество переносованныхъ и круглыхъ клетокъ, а въ промежуткахъ этой строми видны выстилки просвѣта изъ эпителиальныхъ клетокъ, измѣненія овальной формы пшарькообразное ядро и довольно большое количество протоплазма. Кѣтки опухоли не имѣютъ заключенія къ образованію вакуолей, и нигдѣ не подвержены роговому метаморфозу. На границѣ съ опухолью видны утолщенныя, инфилтративанныя мелкими клетками мезанглиоларными пересторонн, пересторонн иъ строму новообразованія, которые постепенно уменьшаютъ одну легочную альвеолу за другой. На препаратѣ X в хорошо видны крупные клетки опухоли въ легочной альвеолѣ, причѣмъ эпителий послѣднихъ принялъ кубическую форму. На препаратѣ изъ остальнаго легкаго видна картина хронической интерстиціальной пневмоніи съ превращеніемъ альвеолярнаго эпителия въ кубическій, съ атипичными разрошенными пшарькообразными эпителиемъ фиброидной и съ разсѣянными по околу бугорками. Въ бронхальныхъ желѣзкахъ только пшаронныя массы и бугорки. *Carcinoma pleurocentale.*

СЛУЧАЙ XI.

10026—1454—852. Вскрытие 16-го ноября 1895 года.
А. И. крестьянинъ 46 лѣтъ, вѣночникъ.

Краткая история болѣзни.

Поступилъ въ больницу 28-го сентября 1895 года съ жалобами хроническаго кашля, истонченія грудной стѣны, запиха и кровянистой мокроты. Провѣриваніе было измѣнено болѣею окою четыремъ мѣсяцамъ тому назадъ. Основаніемъ врачебнаго заключенія и началу истонченія всѣхъ долей 24-го октября обнаружены явные двустороннее истонченіе легкаго. Пшарный лѣвый кувшѣткъ саркома жѣсткости. При вскрытіи обнаружены и парастаки околей большой утѣра 15-го ноября.

Diagnosis anatomica.

Carcinoma bronchi I. ordinis dextr. Hyperpericardium. Hypertrophia cordis gradus parvi. Pericardium ovale aëreum. Atrophia fusa et degener. adip. musc. cordis. Sclerosis aortae. Hydrothorax sin. Pleuritis adhes. chr. dextr. partialis et pendens aëroata. Pneumonia

parentis chr. pulm. dit. Emphysema et oedema pulm. sin. Acrites. Hyperplasia acuta levis. Hepes roschatum. Gastritis chr. et haemorrhagiae punct. mucos. ventriculi. Colitis chron. Nephritis chr. diffusa. Leptomenigitis chr. fibrillosa. Oedema piase et cerebri. Metastases carcin. glandul. bronchialium.

Въ просвѣтъ правого большого бронха замѣчается сосочковая опухоль, которая проросла стѣнку бронха и продолжаетъ въ небольшой уголъ, инфильтрировавшій близъ лежащую легочную ткань. Все остальное легкое представляетъ очень объемистыя, рѣже уплотнившіяся и пропитанныя тупорожистыми массами. На поверхности разрыва поперекъ видны расширенныя желтые бронхи, наполненныя слизистогнойными массами. Бронхиальная лимфатическая железа увеличена въ размѣрѣ, на разрывѣ моновиллы и отдѣлится при соскабливаніи млечной соки.

Микроскопическое изслѣдованіе.

На препаратахъ изъ перерзаннаго опухолью бронха видны нормальный поперечный эпителий слизистой, который сразу обращается у края ранковой ямки. Эпителий слизистой желтеетъ, но различнахъ съ опухолью, имѣетъ нормальный видъ или подвергся рѣзкому сматенному перерожденію. Слизистая бронха находится въ состояніи гнояного воспаления, а въ лимфатическихъ сосудахъ ее нѣтъ ни одной клетки новообразования. Само новообразованіе состоитъ изъ соединительно-тканной съ большимъ количествомъ веретенообразныхъ и круглыхъ клетокъ стромы, образующей проекутку, сплошь набитые клетками полигональной формы, безъ промежуточного вещества. Клетки эти имѣютъ довольно большое количество протоплазма. Въ одной мѣстѣ ранковой ямки бронха (см. рис. № 1) строение новообразования напоминаетъ очень оригинальный видъ. На разрывѣ видны различныя величины проекутки, ограниченныя перекладками желъ инфильтрированной желчины клетками волонистой соединительной ткани и замоченныя тупорожистаго вида перерожденными клетками опухоли. Клетки эти самой разнообразной формы и величины, причѣмъ въ большинѣ изъ нихъ принимають видъ чашки бѣлаго тѣльца въ 8—10 разъ. Въ яблотахъ клеткахъ видна рѣзкая зернистость, концентрическая очерченность, ограниченныя ядрами крошечнаго габита, лейкоциты и раныя другія включения. Мѣстами въ клеткахъ видны вакуоли, содержащія въ себѣ тоже включения. Клетки эти лежатъ мѣстами по одной, ограниченныя соеди-

нительное тѣльца и мѣстами группа ихъ выполняетъ довольно большіе промежутки изъ стромы опухоли. Отъ жонки клетки эти окрашиваются такъ-же, какъ и протоплазма остальныхъ клетокъ опухоли. При окраскѣ по ван Гиссану эти клетки мѣстами принимаютъ красноватый оттѣнокъ. Полнота микроскопическихъ рѣшій сосредоточено окраской жонки зависитъ отъ того, что даннымъ препаратъ лежатъ въ формалинѣ около 6 лѣтъ. Клетки новообразованія нѣтъ бы проявлять близости къ образному поочувствію и къ роговому метаморфозу, а также что описанная картина есть результатъ какого-то перерожденія эпителия, быть можетъ, гландианга. Новообразованіе прорастаетъ стѣнку бронха и распространяется по лимфатическимъ сосудамъ перибронхиальной тканью вплоть до мѣстечка, гдѣ развитыя образы хлѣбного дерева. Въ легочной альвеолѣ оно нѣтъ не прорастаетъ. На препаратахъ изъ раныкъ мѣсть остальной части этого легкого видна картина интереснаго явленія съ развитыми поперекъ гребнями перегородками. Въ бронхиальной железахъ новообразованіе представляеть такъ-же типъ плоскоклеточнаго рака. Cystosoma plavocellulare.

СЛУЧАЙ XII.

1152—249—123. Возрастъ 14 февраля 1902 года.
М. А. мѣсяцъ въ 60 лѣтъ, женщина.

Краткая исторія болѣзни.

Поступила въ больницу 2-го января 1902 года. Болѣзнь около пяти лѣтъ. Началась на заднюю часть правой груди черезъ опухоль и на края ее морщи. За послѣднее время замѣтила рѣзкую слабость. При поступаніи определено опухолью въ правой груди. Въ правой груди не было и не имѣло туберкулезныхъ выделеній. 4-го января видна была и чувствовалась въ области левого грудно-ключичнаго сочлененія. 7-го января болѣзнь распространилась на область левого плечевого сочлененія. 8-го января болѣзнь была по фактурно, болѣзненно при измѣненіи, образованіи. 16-го января замѣчилась слабость и болѣзненность въ левой доль груди. 19-го января замѣчилась рѣзкое и болѣзненное въ области стерна ребра, а такъ же рѣзкой было 1-го января прожиганъ солончатой желчиной съ орду. Температура 41,4 держалась почти все время въ предѣлахъ нормы. Желѣзъ сурьматы желѣзныя постановки рѣзко, въ морщи прожиганъ замѣчалась кровь и при измѣненіи истощенія болѣзнь умерла 18-го февраля.

Diagnosis anatomica.

Carcinoma primarium bronchi II cordis dextr. cum infiltratione pulm. dextr. Degeneratio carcinomat. gland. bronch. Metastases carcinomatosee hepatis, gland. mesenterii et intestini ilei. Carcinoma clavicularae et costae I sin. et costae II dextr. Fractura spont. clavicularae et costae II dextr. Degeneratio parench. et adiposa cordis. Sclerosis aortae grad. parvi. Pleuritis adh. chron. dextr. Degeneratio parench. renum.

Проксималь бронха второго порядка верхней доли правого легкого выстлает новообразованием, которое проросло его стенку и инфильтрировало окружающую легочную ткань, благодаря чему здесь образовалась узелка с курчавою поверхностью. От шаровидного узла идет инфильтрация слизистой бронха из видящихся бугорчатых опухолей во направлении к большому бронху. Новообразование имеет на разрыве мозаичный характер и отделяется при смещении узелки влечной осью. Бронхиальная лимфатическая железа на большой величине.

Микроскопическое исследование.

На препаратах из центральных частей узла опухоли мы видим перерывание в разных направлениях слизистой ткани эпителиальных клеток, расположенные в промежутках соединительно-тканевой с большим количеством зерненообразных и кристалл. клеток стромы. Клетки опухоли имеют полигональную форму, довольно большое количество протоплазмы и овальной формы, митозообразное ядро. Нигде не заметна наклонность клеток опухоли к образованию жемчужин и к ресничному метаморфозу. На разрывах из ограниченных из опухоли частей слизистой бронха видна такая же строения ткани эпителиальных клеток, наклонение лимфатических сосудов и щели слизистой. Клетки новообразования очень близко подходят к непосредственному эпителию слизистой, который в некоторых местах сохраняет довольно отчетливую и резко отличается от клеточек новообразования. Слизистая железа на границе с опухолью частью слизистой переродилась, а частью представляются зародки эпителиального разрастания дельте слизистой железы. И здесь также, как в случае VIII, мы видим разнообразно комбинацию диффузно-узельчатых желез, стенки которых выстланы однослойными цилиндрическими эпителием, выходящим резко обра-

шивающиеся ядра и зернистую протоплазму. Клетки этих слизистых желез не имеют ничего общего с клетками опухоли. Новообразование прорастает стенку бронха и распространяется не только по лимфатическим сосудам, но и по просвету кровеносных сосудов периферической ткани. На препаратах из границ узла опухоли с пораженной на вид легочной тканью видна уплотненная и инфильтрированная железки клетками мелкодольными перегородки, а в просвете самих альвеол имеются лейкоциты, зернистая масса и отставший альвеолярный эпителий, содержащий в себе частички угля. В некоторых местах легочной альвеолы резко сдавлены редуцированы новообразованием, а в других местах новообразование прорастает из легочной альвеолы. Во вторичных узлах различных органов новообразование сохраняет тот же тип плоскоклеточного рака. На разрывах из уплотненной плеризиды видны измененные клетками новообразования лимфатические сосуды последней. *Carcinoma planocellulare.*

СЛУЧАЙ XIII.

1903—1979—544. Вскрыто 16 июля 1902 года.
П. Г., крестьянин 37 лет, малор.

Краткая история болезни.

Поступил в больницу 9-го июля 1900 года с жалобами рожистого воспаления левой нижней конечности, при котором общего состояния больного больше 15 дней.

Diagnosis anatomica.

Carcinoma bronchi II cordis dextr. sup. primarium. Degeneratio parench. cordis. Pleuritis chr. adh. dextr. Mediastinitis paral. acuta. Gangraena lobi sup. pulm. dextr. Hyperplasia acuta lymphae gland. parvi. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Pilegmona antibrachii sin. Abscessus metast. cruris sin. Septicaemia.

Правое легкое повсюду плотно приращено к стенке грудной полости старыми эмбриональными перегородками. В верхней доле правого легкого содержится незначительная с густою массой гифало омертвевшая с разрастанием в центре. На границе этого гифала, на небольшом участке, имеется шаровидно-бугорчатая мозаичная инфильтрация. В толще слизистой бронха второго порядка той-же доли имеется бланка овальной формы (1½ см.), прорастающая стенку бронха и

инфильтрирующая перибронхиальная ткань. Вязина эта на поверхности изъямлена, на разрезе мозговидна и отделяется довольно на молочно-сокл. Проникающая лимфатическая сеть соединительно-тканого щита, плотна, увеличивает новообразование не содержать.

Микроскопическое исследование.

На препарате из бронхальной стѣнки, пораженной новообразованием, поверхностный эпителий на некоторомъ разстоянн рѣзко обрывается и занимает изъямленную поверхность опухоли. Такая опухоль на разрезѣ представляется въ видѣ состоящей почти изъ однихъ клетокъ безъ промежуточного вещества, только кое-гдѣ раздѣленных тонкими прослойками волокнистой съ большимъ количествомъ перетевообразныхъ и круглыхъ клетокъ соединительной ткани. Только въ некоторыхъ мѣстахъ опухоль видна состоящая соединительно-тканная строма, пронизанная сетью сосудовъ, выделены очень мелкими полиядерными формами эпителиальныхъ клетками. Новообразование прорастаетъ въ лимфатические сосуды слизистой бронха и въ промежутки между хрящевыми кольцами бронха. Въ перибронхиальной ткани видются признаки разрастания опухоли въ видѣ спонгиозной инфильтрации перибронхиальной соединительной ткани, а также новообразование распространяется въ лимфатическія сосуды адвентициального слоя. На разрезѣхъ изъ стѣнки гортанной полости видны признаки новообразования не только въ просвѣтѣ лимфатическихъ сосудовъ легкихъ, но и въ сосудахъ легочныхъ артерій. Въ сосудахъ съ только что упомянутыми адвентициальными клетками системы артериального и венозного кровотока. При тщательномъ осмотрѣ саркомы видны шероховатой опухоли бронха видны не удалось подѣлать какой либо связи между поврежденнымъ эпителиемъ слизистой или эпителиемъ слизистой оболочки съ клетками новообразования. На границѣ съ опухолью часть слизистой оболочки представляется мѣстами нормального вида, частью эпителий ихъ поврежден рѣзко выраженному слитному перерождению. На этихъ частяхъ пограничныхъ съ опухолью железъ (см. рис. N 11) видны, на ряду съ рѣзко выраженнымъ перерождениемъ клеточныхъ долекъ, железы тоже рѣзко выраженного атрофическаго разрастания эпителиа ихъ. Въ этомъ случаѣ эпителий сохраняетъ эту мажорную дилатацию клеточекъ самую разнообразную форму, слитно наполняютъ просвѣтъ долекъ и атакъ имъ вышавить увеличеннаго объема содержимой. Тѣмъ клетки имѣютъ мажорное, богато хроматиномъ ядро и большое ко-

личество мажорнаго ядра протонуклеи. Кѣтъкъ желтые, подвергнувшись кляическому разрастанию, гораздо большахъ разбѣрахъ, чѣмъ кѣтъкъ опухоли, и состоятъ въ выхоли изъ просвѣта. Кѣтъкъ-либо перекрѣтыхъ фарогъ между тѣми и другими ни въ одномъ изъ препаратовъ подѣлать не удалось. Carcinoma polycondiata.

СЛУЧАЙ XIV.

Передать мѣтѣ Д-ромъ Л. Р. Креверомъ для описанія. Мужчина 45 лѣтъ, дворянинъ.

Краткая исторія болѣзни.

Болѣвой долгое время страдалъ воспаленіемъ сердца жабъ. Въ время одного изъ приступовъ болѣлъ спонгиозомъ.

Diagnosis anatomica.

Sclerosis aetiae. Myocarditis chronica fibrosa. Carcinoma bronchi lobi superioris pulmonis dextri primarium.

Въ стѣнкѣ бронха втораго порядка нижней доли праваго легкаго видѣтся инфильтрація слизистой съ кляическимъ изъямленнымъ эпителиемъ бронха. Эта инфильтрація, распространившись черезъ стѣнку бронха, образовала въ ткани легкаго ограниченную опухоль разлитую съ мозговой тканью. Опухоль эта на разрезѣ мозговидна, бѣлаго цвѣта, отдѣляется при соскабливаніи млочной соклъ. Въ легкихъ, бронхахъ и бронхальныхъ железахъ видны признаки эпителиаго и соединительнаго инфильтрата въ видѣ Метастазовъ тоже видны въ базѣ легкихъ.

Микроскопическое исследование.

На препаратахъ изъ центральныхъ частей опухоли видны перерожденные въ различныхъ направленіяхъ очень тонкая лучи соединительной ткани съ большимъ количествомъ перетевообразныхъ и очень малымъ количествомъ круглыхъ клетокъ. Эти лучи соединительной ткани образуютъ большую промежутки, которые наполнены пачина мозговиднаго эпителиа клетками, безъ всякихъ слѣдовъ промежуточного вещества. Кѣтъкъ эти весьма большаго диаметра, полиядерной формы, имѣютъ большое количество воронистой про-

плазмы и резко ограничивающиеся с равномерным распределением хроматина ядра. Новообразованные клетки имеют по два ядра. Местах ядра клетки принимаются туморозобразный вид и в продолговатой клетке замечается инкулирование. На препаратах из мозжечка частой опухоли (см. рис. № 4) клетки новообразования помешаются в маленькие ячеек, отличающихся друг от друга тонкими прослойками соединительной ткани. Микроскопическая картина также имеет очень напохожие, довольно распространенные железы, и в особенности атлантически в разрастании эпителии слизистых желез бронхов (см. рис. № 11). На фоне препаратах из стенок бронха, пораженного новообразованием, покровного эпителия почти не видно, слизистая бронхов инфильтрирована мелкими клетками и гнейными тельцами, резко утолщена и клетками содержит тени клеток новообразования. Слизистые железы на границе с опухолью одного перерождения и эпителий жив не проникает в сложности из разрастанию. Новообразование замкнута главными образом ввиде ограниченный участки из периферической ткани и еще не успело дать метастазов или прорастания из окружающей опухоль легочную ткань. При тщательном осмотре серия срезов из левой опухоли не удалось подхватить участки, слабо переходных форм между клетками опухоли и окружающими в этом месте клетками нормального эпителия легкого или бронхов. *Carcinoma polyedrocellulare.*

СЛУЧАЙ XV.

5756—760—245. Вскрытие 22 августа 1901 года.
К. С., 42 года, 67 лет.

Краткая история болезни.

Болезнь в жизни, наступила на больного 16-го августа 1900 года в виде боли в области правостороннего нижнего живота. 17-го августа проказался кашлем до 100 куб. см. жидкости (из полости правой камеры, если что касалась времени изучения срисованного сосиски). 18 августа на скорбных ласт испытыве раздражение в правом легком особенно средней части легкого, от ослабленного дыхания в весь протяжении правого легкого. Больной все время жаловался на боль в правой боку, сильную одышку и кашель с отделяемых незначительной массой. Температура тела все время держалась в пределах жары. Больной умер 21 августа.

Diagnos anatomica.

Carcinoma pleurae dextrae primarium et polyoides dest. secund. Pleuritis serosa dextr. et chir. albae, carcinomatosa. Hypertrophia cordis. Endocarditis ac. verrucosa vv. aortae. Inflammatio cystica lienis et hepatis. Nephritis chr. interstit. Sclerosis aortae. Metastatae carcinomat. hepatis.

В правой плевральной полости содержится около 500 куб. см. сероватой, желтого цвета жидкости с небольшим количеством мелких фибриновых сгустков. Плевральная доля и особенно основание его плотно сращены с диафрагмой в одну коническую перемычку, на разрыве бывшего сукозального шва; из остальных местех плеуры покрыты блестящей пленкой, величиною от конюльшого зерна до шишковой посточки, в центре пушонидно вздутыми. При разрыве нижней доли у шишек ее поверхности обнаруживаются узлы, опухоли с не резко ограниченной олонификации, величиною с грецкий орех, блонзатого шкля. Узлы зтог шкля имеют своим несовершенство переходить в утолщенную и сращенную с диафрагмой плеуру. От зтог узла инфильтрация идет по разветвлению бронхов, вследствие чего стенки последних утолщены и просты из эуидия. Бронхиальная железа с правой стороны величиною до голубяного яйца, часть асимметрично, часть конглоидного шкля, освободивте на разрыве плеуры блонзу видности. Печень нормальнн величины, содержит вклетках узлы новообразования величиною с левой орех.

Микроскопическое исследование.

На препаратах из описанного выше фокуса (сращение легочной плеуры с диафрагмальной и инфильтрация в легкое) видно резко утолщенне обуха плеуральных листков, представляющих из себя сторону для новообразования, которое занимает все дифференциальные сосуды и щели плеуральных листков и даже зтис щели ввиде разрастания. Страна состоит из плотной мозжечковой соединительной ткани, клетками инфильтрированной мелкими клетками, в клетках новообразования имеют полидроческую или кубическую форму, довольно большие, овальной или круглой формы ядро и небольшое количество протоплазма. Между клетками промежуточного характера или возмощить соединительной ткани идет. Местами между такими клетками встречается большая клетка с огромным ядром, видятели дифференциальных

сосудов нигде здесь не видно. В толстых тканях новообразования периферические клетки имеют характер эпителиальный в 2—3 слоя сплошного эпителия и могут местами дать представление о пролиферации эндотелия лимфатических сосудов. Не смотря на тщательные поиски на переходных формах к нормальному эндотелию, таконных выходов не удалось, и потому нужно принять, что периферический вылез растущего тела может принять форму уплощенных клеток няз-за производимого на него давления стромой фиброзного характера. Присходит высказание, такое предположение, так как вышеописанная картина встречается нигде только во периферии толстых тканей. На препаратах из легочной ткани видно распространение тканей новообразования в лимфатических сосудах слизистой бронхов, в периферической ткани и в лимфатических сосудах, сопровождающих кровеносные сосуды легкого. От тканей в лимфатических сосудах видно распространение клеток в окружающую их соединительную ткань и в местах прорыва новообразования в легочная артерия. В легочных альвеолах, особенно с вышесказанными клетками новообразования альвеолами, видны лейкоциты, сероватая масса и осевшиеся легочной жидкостью с частичками углей. На ветках, препаратах эпителии слизистой желудка и периферий бронхов оказались нормальные выходы или подвергнувшиеся дегенеративным изменениям. На препаратах из отдаленных, сидящих в толще плевры, близость новообразования видна соединительно-тканной стромой утолщенной плевры и в промежутках ее видную складку клетка новообразования вышесказанного характера. В мелких лимфатических сосудах плевры, наряду с клетками новообразования, видны эндотелиальные клетки около сосудов, что указывает на прорыве новообразования в лимфатические сосуды и на участии эпителии новообразования эндотелия. Ни на одном препарате из тканей близлежащих же не удалось найти каких-либо переходных картин от нормального эндотелия к клеткам новообразования. На препаратах, окрашенных по Weigert, было очень интересно видно, как разрастание вторичная узелки в плевры прорастает в дольки вдоль нязь легочную ткань, ншириет в нидь воронки и нтнмь разрывает эластическую плевральную стну. Поверхностная эпителии плевры нидь не удалось найти. В остальных дольках нидь видны явления хронической интерстициальной пневмонии. За вышесказанным переходные картины от нормального эндотелия лимфатических сосудов, плевры к клеткам новообразования и

высказание вырванных картин прорыва клеточных тканей послыдного в лимфатические сосуды приходится принять, что мы нидьмо дле с истинных вторичных, рекомь полнцдро-клеточного типа, развашии в плевры, нбро-ндо, на клеткь среднени правой нидьмо дле с дифрактом и давниим вторичная разрастания в плевры и в дольки. *Carcinoma polydrocellulare*.

СЛУЧАЙ XVI.

Больница Св. Марии Магдалины. Протокол вскрытия № 420/1899 г.

А. Н. крестьянина, 79 лет.

Краткая история болезни.

Поступил в больницу 28 сентября с диагнозом правостороннего эмфизематоза легкого и артериосклероза. Умер 23 октября.

Diagnosis anatomica.

Pleuritis exsuda. Dextra chronica capsulata. Cancer pleurae dextr. primar. Metastases in peritoneum. Peritonitis serofibrinosa. Cachexia.

Правое легкое в области верхней, средней и отчасти нижней долей прорвано в грудной ствол, причеь плевры в этих местах нидьмо толщину в 3 см. Основная часть плевры образует полость в нидь замкнутого мешка, нидьмоного стнкой толщиной нидьмо до 1 см, и нидьмо инфильтрированной фиброобразной от внешней стороны до белого цвета желваком окулала с пушистым явлением в центр. Поверхность плевры гладкая, блестящая, нидьмо покрыта фибриновыми воронками, нидьмо не нидьмо. Инфильтрация переходит постепенно в массу дифракта, а со стороны легкого распространяется по соединительной ткани, сопровождающей кровеносные сосуды и бронх. Легочная плевра между долями оказалась сросшейся между собою и темь инфильтрированной новообразованием. Брюшная лимфатическая желваком увеличена, плевры, аспиндо-торака нидьмо.

Микроскопическое исследование.

На препаратах из окулаламидьмо утолщенной плевры видны периферические в разном направлении такие ново-

образования, расположенные в промежутках, стбиками которых служат перекладины из плотной возмужавшей соединительной ткани, вставках являющихся изогнутой желатиновой клетчаткой. Клетки новообразования имеют зонтичный характер, полукруглую форму, расположены тесно одна около другой без промежуточного вещества или прослойки волоконца соединительной ткани. Эти промежутки суть не что другое, как расширенные лимфатические сосуды и щели плевры, как в этом можно убедиться из их расположения в последних. В больших опухолях нигде не видно эндотелия лимфатических сосудов. На вставках опухоли, граничащих с диафрагмой, т.е. новообразования имеют очень быстрый рост и здесь также, как и в предыдущем случае по краю толстых слоев плевры также не увеличивается и десквация из 2—3 слоев клеток, могущих симулировать пролиферирующий эндотелий. На вставках, где увелики в плевры имеют незначительную величину, можно найти некапсулированные эндотелии лимфатических сосудов и в просветах последних также клетки новообразования. На вставках из препарата мы не удалось найти переходных клеток от нормального эндотелия к клеткам новообразования. Новообразование прорастает через промежутки между мышечными пучками в толщу диафрагмы. Поверхностного эпителия плевры нигде найти не удалось. На препаратах из сравненных листов легочной плевры между долями легкого видна утолщенная, соединительно-тканная строма плевры и в лимфатических сосудах и щелях последней клетки новообразования внешнеосаженной формы. На срезах из легкого и бронхов равного калибра видно распространение такой новообразования в лимфатических сосудах слизистой и перибронхиальной ткани и впадения больших кровеносных сосудов легкого. Эндотелии лимфатических сосудов в большинстве случаев уже не удается констатировать на этих препаратах. В некоторых вставках новообразование прорастает в легочную альвеолу. В легких животных хронической интерстициальной пневмонии. На вставках препаратах повышенной эндотелии единичной бронхов и эндотелии слизистой железы оказались нормального вида или подвергнувшимися дегенеративным изменениям. В просветах легочных альвеол по соседству с тканями новообразования видны лейкоциты, остатки массы и отщипный легочный эндотелий с частичками угля. На препаратах из мелких опухолей, расположенных в толще бронхов, вставках видны лимфатические сосуды, наполненные клетками новообразования, а в вставках—опионы также новообразования,

расположенные в промежутках, образованных прослойками из рыхлой волокнистой соединительной ткани. На основании всего вышеизложенного и рассмотрев, приведенных в предыдущем случае, мы можем прийти к следующему случаю первичный истинный рак правой плевры, полукругло-клеточкового типа, длинной желатины в плевру, диафрагму и бронху. *Carcinoma polyedraedulare.*

Если мы теперь постараемся представить себе из общей связи вывода из приведенных выше, данных литературы и своих наблюдений (9 первичных рака бронхов, 5 первичных рака легочной ткани и 2 первичных рака плевры), то окажется, что первичный рак легких и бронхов встречается мужские, приблизительно, втрое чаще, чем женщины, причем возраст от 31—40 лет дает наиболее благоприятные условия для заболевания им. Правая сторона поражается раком приблизительно также часто, как и левая. Рак легкого встречается из форм: 1) являющийся изогнутой рака, 2) отщипных узлов и 3) комбинация этих двух форм раков. По строению рака бывают цилиндричково-клеточного, истинного плоскоклеточкового, плоскоклеточного и полукругло-клеточкового.

Опухоли эти могут исходить из бронхов, перитых трех порядков, из легочной ткани (включая сюда и мелкие бронхи) и из плевры.

Рак легких из первичного своего очага может распространяться различными путями. Главнейшим является богато развитая лимфатическая система легких, по которой исторично вид рака распространяется очень быстро. Лимфатические сосуды легкого очень многочисленны и составляют две сети. Поверхностная сеть образуется богато, под плеврой лежат, сплетены, являющиеся сообщаясь с лимфатическими сосудами плевры и являющиеся лимфу из полости плевры легкого посредством 4—5 створок, обвивающих впадениями (Kölliker). Глубокая сеть берет свое начало от единичной бронхов, вся ее диаметр и из стбика кровеносных сосудов, а по Виноградну (Wien, med Jahrb. XI, 8, 3. изд. по Kölliker) и из альвеолярных перегородок. Эти сосуды иннервируются с субплевральной сетью. Около артерий обыкновенно является по одному, а около вен—по два лимфатических сосуда. Стволы глубокой лимфатиче-

ной ствн идут по соединительно-тканному влагалищу сосуда и бронхов и проникают в лимфатическую железу юрия легких. Замечательно свойство раковых клеток распространяться против тока лимфы и заполнить во многих случаях и кавернальную ствн лимфатических сосудов. Объясняется это не только присутствием анастомозов между несчетными двумя ствнами, но и, вероятно (Siegerl, Virch. Arch. т. 184, стр. 801), еще следующим комментами: 1) тем, что периферические сосуды вообще очень легко изъязвляются, 2) тем, что сеть притоков и выходов дает возможность передвижению содержимого лимфатических ствн и 3) тем, что может образоваться обратный ток лимфы из-за притоков (сосудов или хронических воспалительных процессов) в нижней части лимфатической системы. При вторичном распространении рака по лимфатической системе легкого разрастание происходит на счет дегенерации, прорастания из перичного оцета, а эндотелий лимфатических сосудов при этом не принимает участия, как это замечано исследователями Thoma и Schlenk (Göttingen, 1888, Diss.), Orth'a и друг. По этому случаю лимфатические сосуды являются только путями для роста новообразования, тем и отличается эта форма от т. н. эндотелиального рака легких, где новообразование выдвигает из эндотелия лимфатических сосудов.

Perutz (1897 г. стр. 64) утверждает, что эндотелий, даже и при вторичном раке, иногда может вторично инвазировать свою форму, пабухнуть, начать пролиферировать, чтобы опять слиться с клетками новообразования. Распространение по лимфатическим сосудам наблюдается главным образом при раках бронхов (Langhans, Tillmann, Ehrlich и большинство других авторов). Относительно раков легкого мышиа расходится так, напр. в случае Grünwald'a (1893 г.) плоскоклеточный рак легкого иногда по распространялся по лимфатическим сосудам, а распространился путем раздвигания волокон подлежащей ткани между тем и Hantscheer (1888 г.), Siegel (1887 г.) и друг. такой же рак распространялся и по лимфатическим сосудам. Из лимфатических сосудов рак может прорваться в альвеолы и здесь разрастаться.

Третьим способом является разрастание рака по предшествующим полостям. Опасно много случаев (Fäskler, Ernst, Werner, Schlereth, Stampf, Rottmann, Minkow, Stilling и друг.) где рак бронхов распространялся в просветах бронхиального дерева, причем иногда заходил

в соседние ветви (Jarha 1-й случай) и в легочную альвеолу (Wechselmann, Schlereth и друг.).

Описания много в случаях I, III V части обростания ствнами альвеол цилиндрическими клетками сосудов (см. рис. 1, 2, 3), ростание плоскоклеточного рака (см. рис. 7 и 8) в легочной альвеоле и в слизистой железе (см. рис. 14) достаточно хорошо иллюстрируют вышеизложенное.

Третьим способом является распространение рака на лимф. железы также, причем во этом случае имь поражаются все попавшие на струю органы. Самым частым является при этом поражение проростных сосудов. Так, напр. Grünwald, Ménières, Tillmann, Dorach (приводит литературу этого вопроса), Blumenthal, Schlereth, Ehrlich, Kaminsky, Rottmann, Stilling, Siegel, K. Wolff, Fässler и друг. описали проростные рака легких из артерий и вен постъдных, причем Blumenthal, Rottmann, K. Wolff и друг. наблюдали проростные сосудов из проростных сосудов, выходя до нижней ствны. Рак легких, выходя прорости и непосредственно имь в полости сердца (K. Wolff, Stampf и друг.). Иногда проростные раком в сердце и печени, как, напр. это наблюдал Stilling (1891 г.) в 3-х самостоятельных случаях и Siegel (1893 г.) в 1-м случае. Hofmann (1892 г.) собрал из литературы семь случаев поражения в, так же раком клетками и один случай такого же поражения в. ренити.

Четвертым способом является распространение в легком посредством метастазов.

Среди приведенных мною из литературы случаев перичного рака бронхов и легких отмечены метастазы из следующих органов (Число приближительно):

В бронхах и железах	почти постоянно
— печени	из 25% случаев
— плерв	16%
— околосердечной сумки	11%
— почек	
— сердца (проростание и метастазы)	10%
— надпочечных желез	4%
— селезенки	
— позвоночник	
— глоточной мочу	
— щитовидной железе	3%
— твердой мозговой оболочке	
— диафрагме	
— забрюшинных и брынк. железах	

Какъ болѣе рѣдкіе, метастазы описаны въ эндометріи, желудка, кишечника, поджелудочной железе, почечномъ пузырькѣ, мѣлкіхъ костяхъ (лобной, ребрахъ, плечевой, бедренной и грудной), желчеобразной мышцѣ, почкѣ, бронхахъ, спинномомъ мозгу, мозжечкѣ, сосудахъ оболочекъ головного мозга, кожной полости и др. kerato-petris.

Последнимъ (платымъ) способомъ нужно считать признаки появившихся въ глубокаа части легкаго, путемъ индиференціи, мелкихъ кусочкомъ или отгальными клеткамъ опухоли. На последнее обстоятельство имѣется вслѣдствіемъ указаній въ литературѣ (Pezatz, Passler, Stilling, Birch-Hirschfeld).

Можетъ быть, найденнымъ мною въ случаяхъ III и V огромныя, многоклеточныя клубки опухоли и даже такіе метастазы, путемъ приликии, тѣмъ болѣе, что мнѣ удалось находить эти клубки въ совершенно нормальныхъ альвеолахъ вдали отъ новообразованія.

Ракъ легкаго и бронховъ представляетъ различныя дегенеративныя процессы. Чаще всего находятъ въ центральныхъ частяхъ тѣхъ же жирное перерожденіе, неогулационныя переломы и зернистый распадъ. Слѣдующее перерожденіе клетокъ опухоли описано у Paris (1872 г.), Ménétrier (1886 г.), Tillmann (1889 г.), Ehrlich (1891 г.), Klaber (1898 г.), Rosenzthal (1899 г.), Minnick (1900 г.). Колонидное перерожденіе описано у Badernacher (1898 г.) и Kaufmann (1896 г.), а палиновое у Schlereth (1888 г.), Siegest (V. Archiv t. 134) находилъ у собакъ палинаретическій ракъ легкаго съ описаніемъ. Некоторые авторы находили въ легочной ткани при периферичномъ ракѣ легкаго, такъ называемыя сломыстыя тѣла (Langhans, Siegest, Passler, Jarhn и мой случай VI).

Когда новообразованіе достигло уже большой величины, то въ центрѣ его можно повидаться гѣбды омертвѣнія и расплава (случай I, II, III, IV), а въ тѣхъ случаяхъ, когда тѣло гѣбды сообщается съ другимъ или болѣе тѣхъ бронховъ (случай V, VI, VII), имѣется obviously на лицо полость, стѣнкой которой состоитъ изъ опухолевыхъ массъ.

Что касается до гистологическаго периферичнаго рака бронховъ и легкаго, то, на основаніи своихъ изслѣдованій, я долженъ признать тотъ фактъ, что мнѣ ни разу не удалось найти указаній на периферическій ракъ этихъ органовъ, хотя между ними былъ случай (XIII и XIV), которые принадлежали къ новообразованіямъ, заключеннымъ въ самомъ почтѣ началѣ ихъ развитія, и потому я считаю, что первичные раки легкаго и бронховъ имѣютъ центральный ростъ.

Первѣю описываемая на границѣ опухоли атиническая разрошенія эпителия единственноююююю (Passler, Schwalbe, мой случай V, VIII, XII, XIII и у другихъ авторов), имѣется бронховъ и альвеолярнаго эпителия (Jarhn, Pezatz, Degen и мой случай I, VI, IX, X) не могутъ быть признаны, какъ доказательство развитія опухоли изъ эпитеія, такъ какъ они obviously имѣютъ эпителии, рѣдко отличающіяся отъ клетокъ опухоли. Кроме того имѣется наблюдение, доказывающія, что эпителии на границѣ съ опухолями имѣютъ иногда принадлежность къ атиническимъ разрошеніямъ, что, конечно, не имѣетъ связи съ гистологиею. Такъ, напримеръ, Friedländer (Virch. Arch. 1876 г.) имѣлъ атиническаа разрошенія кровяного эпителия мелкихъ бронховъ въ случаѣ множественнаго саркоматоза легкихъ и Karg (Ueber d. e. Carcinom. Deutsch. Ztsch. f. Chir. t. 64 стр. 138), описалъ мелано-саркому кожи, которая была окружена атиническимъ, не разрошеннымъ эпителиемъ. Если бы эти разрошенія зависали подѣ зрѣнія безъ сопутствующей саркомы и не было бы извѣстно атиническое теченіе случаевъ, то можно было бы дѣлать констатировать окончательный ракъ, какъ это утверждаютъ оба автора.

Кубическая форма эпителия легочныхъ альвеолъ и разрошенія этого эпителия наблюдаются очень часто при атиническихъ воспалительныхъ процессахъ въ легкомъ, какъ объ этомъ было выше упомянуто.

Странно еще, что нѣкоторые авторы приводятъ въ свѣдѣніе о новообразованіяхъ явленіе натурального воспаленія въ легочныхъ альвеолахъ (см. литературу о гистологич. ракъ альвеолярнаго эпителия), найденномъ ими на границѣ съ опухолью. Но моему мнѣнію, слѣдующее болѣе разное отдаленіе эти два процесса одною отъ другою. Въ одномъ случаѣ мы имѣемъ явленіе, связаннаго съ умеранно клубкомъ, а въ другомъ порозитальную способность неогрѣженного роста.

На границѣ новообразованія съ нормальной съ виду легочной тканью многими авторами наблюдалась картина, дающая впечатлѣніе периферическаго роста опухоли изъ эпитеія легочныхъ альвеолъ. Эта картина была и мной найдена при цилиарнобѣлочковомъ ракѣ (см. случай I, III, V) легкаго, причемъ въ тѣхъ альвеолахъ, гдѣ эпителии уже имѣли собой все альвеолу (особенно случай II), картина очень подходила къ типу плоскоклеточнаго рака и мѣстами была очень похожа на десквамативную пневмонию. Но недоконченіемъ переходныхъ формъ отъ нормальнаго эпитеія легочныхъ альвеолъ къ клеткамъ опухоли и подѣ-

стие того, что в разном направлении альвеолярные клетки имеют дегенеративного характера, нужно объяснить такую картину свободной цитоплазматической рача образной, представляющей ядросы, как это, например, можно наблюдать на рисунки № 12 и на дифференциальном снимке.

Schlereth, Ehrlich и Beck выдвинули замечательное предположение о близости между клетками новообразования и опухолями этой формы, как объясняющей гистогенез этих случаев, но, по моему, эти авторы имели дело с простыми раками в слизистой желудка, как это изображено у меня на рисунки № 14.

Следует отметить, что в нормально функционирующей в легком эпителии тоже неслучайно признают, так как клетки опухоли резко отличаются своей анатомией от нормы, на которой они растут, от условий их питания и от внешнего механического воздействия клеток одной на другую. Морфологическое строение клеток не всегда может служить критерием в вопросе о гистогенезе первичного рака легких и бронхов. Это доказывает случайная Kruha's (настоящий плоскоклеточный рак бронхов), Friedländer's (печеночный плоскоклеточный рак легкого) и друг., где мы видим клетки опухоли, не имеющие себе аналогов в нормально функционирующем легком.

Предполагать же нужно, что первичный эпителий бронхов дает возможность развитию плоскоклеточных раков, эпителий слизистой желудка плоскоклеточных, альвеолярный эпителий, впрочем, продуцирует плоскоклеточные раки, а настоящий (ср. ортоэпителий) плоскоклеточный рак является на почве метастазов или происходит из остатков эмбриональной линии.

Преимуществом локализации опухоли в некоторых случаях, особенно в старших, может служить несовершенство в развитии о слизистой.

Раки легочных путей могут исходить из эпителия крупных бронхов, первых трех порядков, из эпителия легочной ткани, мелкой сети и эпителии мелких бронхов, и из плевры. Мы можем отличить рака, исходящий из бронхов, если этот бронх не меньше бронхов первых 3-х порядков, и рака, исходящий из плевры. В первом случае мы имеем, конечно, рак бы концентрирующийся около пораженного участка слизистой бронхов; мы находим при этом узел, с одной стороны переходящий в периферическую стволку бронха, а с другой стороны резко ограниченной от более лежащей легочной ткани (случай V, VI, VII, VIII, IX,

XI, XII, XIII, XIV). При раке плевры (случай XV и XVI) поражение рака имеет главным образом в толще плевры, занимает больше или меньше значительные участки, приводит к утолщению и истончению в сравнении с периферическими листками между собой. Легко при этом возникает новообразование, преимущественно по направлению междолевчатых и периферических лимфатических сосудов к той или иной ветви бронхов, имея характерно по большей части периферический изгиб.

Труднее разобраться относительно первичного источника рака в тех случаях, когда часть или вся доля, или даже все легкое, представляется больше или меньше равномерно утолщенными и значительными новообразованиями, между тем как бронхи первых 3-х порядков остаются свободными от поражения. При таких условиях сказать, произошло ли рак из эпителия легочных альвеол или из эпителия мелких бронхов, нам кажется невозможным (случай I, II, III, IV, X).

На основании изученной литературы и своих исследований я могу сделать следующие выводы:

- 1) В легочных органах по месту происхождения различают первичные раки трех типов: а) исходящие из стволки бронхов, б) исходящие из легкого и в) исходящие из плевры.
- 2) Раки, исходящие из эпителия стволки бронхов, имеют форму узла, больше или меньше значительной величины, сходящегося со стволкой одного из крупных бронхов и иногда доходя до периферической разрастания в просвете периферических.
- 3) В грунью раков, исходящих из легочной ткани, мы отмечаем как рак, исходящий из эпителия легочных альвеол, так и рака, исходящий из эпителия мелких бронхов. При таких раках происходит слизистая инфильтрация, занимающая часть доле легкого или все легкое, а иногда среди этой инфильтрации появляются отшельные узлы новообразования, не имеющие прямой связи с бронхами первых трех порядков.
- 4) В истинных метастатических случаях трудно бывает решить, отнеси ли происхождение опухоли к метастазу в или ствол 4, когда на ряду с слизистой инфильтрацией легкого имеется узел опухоли, соединенный с одним из бронхов.

6) Раки, исходящие из плевры, асферируются вращением раки, чья преддуглое, и характеризуются своей равнобразностью и обширными утолщениями плевры, а также вторичной инфильтрацией лимфатических сосудов мезодуглою и периферической соединительной тканью легкого.

6) В бронхах и легком встречаются все типы раковых опухолей с точки зрения морфологического их строения.

7) Некоторые раки имеют особенность роста в предшествующих в бронхах и легком новообразованиях, причем иногда клетки опухоли сперва обростают эти новообразования с одной стороны, а затем уже могут перейти на противоположную. Эти свойства разрастания по дыхательным поверхностям присущи не только ракам в одинаковой степени. Рядом с этим свойством имеют цилиндрические раки.

8) Картина обростания ствочки легочных альвеол представляется многим совершенно несоответственно за своеобразно наиболее типичными легочных альвеол и связанна в связи с происхождением опухоли из этого эпителия.

9) Раки бронхов и легкого сопровождаются иногда типичными разрастаниями близлежащих (не раковых) эпителиев бронхов и легкого.

10) Разрастания эти имеют анатомически соответствующих эпителиев, и их можно считать в связи с гистогенезом новообразования.

11) Замещение эпителия слизистой желез слизистой оболочки можно считать пролиферацией первого из желаний объяснить этим гистогенез новообразования.

12) Мезодуглообразная перегородка часто является стеной для новообразования.

13) Из эпителия плевры может возникнуть истинный в смысле Waldeyer'a рак си.

14) Описанные разными авторами так называемые эндотелиальные раки плевры, по-видимому, могут быть причислены к истинным в смысле Waldeyer'a ракам. Случаи эти несомненно доказательны, так как они основаны на специфичной стель уже в период пышного своего разрастания, когда первичный фокус уже обыкновенно бывает рвано изоблен вступившими процессами вторичного перерождения и воспаления.

15) Найденными некоторыми авторами разрастания эндотелиа лимфатических сосудов и щелей могут быть и вторичного происхождения, как это часто наблюдается вообще при карциномах.

В заключение моей работы считаю своим приятным долгом высказать глубокую признательность профессору Александру Павловичу Мосееву мое искреннее благодарение не только за предложенную тему для диссертации и письма указания во время моей работы, но еще за радужный прием и постоянную готовность поделиться своим богатым опытом и знаниями во время моих занятий патологической анатомией в Обуховской больнице.

Получив случай выразить мое искреннее признательность Главному Доктору Сиб. Морского Госпиталя, глубокоуважаемому Владимиру Константиновичу Рамбаху, за любезное разрешение работать в лаборатории Госпиталя, а также и Главному Врачу Обуховской мужской и женской больницы, глубокоуважаемому Александру Афанасьевичу Нелюеву и Владимиру Михайловичу Корину, за любезное разрешение пользоваться анатомическим больничным материалом.

Очень благодарю докторов медицины, глубокоуважаемых Георгия Степановича Кулеца и Дана Романовича Креера, за предоставленные мне для описания случаи.



ЛИТЕРАТУРА.

1. Andral.—Cours de pathologie interne. Paris. 1848.
2. Avicnat.—Thèse de Paris. 1861. (arr. de Divot).
3. Bergam.—Ein Fall von primärem Krebs des rechten Bronchus. Kiel. Diss. 1897.
4. Barth.—Le Bulletin médical. 1902. стр. 765.
5. Bayle.—Recherches sur la pléurésie pulmonaire. Paris. 1830. (arr. de Stokes).
6. Beck.—Zur Kenntnis des primären Bronchialkrebes. Zsch. f. Heilk. 1884. стр. 429.
7. Benda.—Ueber das primäre Carcinom der Pleura. Dissch. med. Woch. 1897. стр. 324.
8. Benkert.—Das primäre Lungencarcinom. Freiburg. Diss. 1897.
9. Birch-Hirschfeld.—Spec. path. Anat. 1894.
10. Blumenthal.—Zwei Fälle von primärem malignen Lungentumore. Berlin. Diss. 1891.
11. Böhm.—Primäres Sarcomatosa der Pleura. Virch. Arch. Bd. 81. 1880. стр. 181.
12. Le Bois.—Bull. de la Soc. anat. Paris. 1861. стр. 398.
13. Botocato.—De carcinomato pulmonum et pleurae. Diss. 1863.
14. Caustant.—Handb. der medic. Klinik. Erlangen. 1883.
15. Casper.—Pathologie der Geschwülste bei Thieren. 1899.
16. Chiari.—Prager med. Woch. 1883. стр. 497.
17. Dagon.—Ueber einen Fall von primärem Lungencarcinom. Zürich. Diss. 1897.
18. Divot.—Du cancer du pouson. Thèse. Paris. 1868.
19. Doomsy.—Zur Kenntnis des Lungencarcinoms. Zsch. f. Heilk. 1902. стр. 407.
20. Dorsch.—Ein Fall von primärem Lungencrebs. Tübingen. Diss. 1898.
21. Ebermann.—De cancro pulmonum. Petropoli. Diss. 1857.
22. Eberth.—Virch. Arch. Bd. 49. 1870. стр. 54.
23. Kirch.—Ueber das primäre Bronchial- und Lungencarcinom. Marburg. Diss. 1891.
24. Eiseberg.—Ueber disseminierte Miliarcarcinome der Lunge. Königsberg. Diss. 1899.
25. Ernst.—Ein verheerender Pleuracarcinome des Bruckas. Zieg. Beitr. zur pathol. Anatomie etc. Bd. XX. 1896.
26. Foerster.—Spec. path. Anat. 1854.
27. Fossard.—Pleurésie cancéreuse. Bull. de la Soc. anat. 1860.
28. Fotheringham.—A case of malignant pleurisy. Brit. med. Journ. 1897. стр. 1411.
29. Fraenkel.—Ueber prim. Epithelkrebs der Pleura. Berl. Min. Woch. 1892. стр. 407.
30. Fraentzel.—Pneum. Pleurica. Ponce. repen. v. IV. 1869. стр. 495.
31. Friedländer.—Carcinoid in einer Lungenscissura. Fortschritte der Medicin. 1885. стр. 307.
32. Friedreich.—Beitr. z. Pathol. des Krebses. Virch. Arch. 1866. Bd. 26. стр. 477.
33. Fröhlich.—Ueber das primäre Lungencarcinom. Berlin. Diss. 1886.
34. Fuchs.—Beitr. z. Kenntnis d. prim. Geschwulstbildungen in der Lunge. München. Diss. 1892.
35. Georgi.—Berlin. klin. Woch. 1878. стр. 413.
36. Glockner.—Ueber den sogenannten Kadathelkrebs der serösen Hinte. Zsch. f. Heilk. 1895. стр. 209.
37. Gott. Jämeve.—Bar. anat. Repen. es anat. 1863. r.
38. Grünwald.—Ein Fall von prim. Pleuroepithelkrebs der Lunge. Münch. med. Woch. 1889. стр. 548.
39. Grünwald.—Dissch. med. Woch. 1895.
40. Günzburg.—Günzburg. Zsch. f. S. 1850. r. (arr. de Benkert).
41. Haase.—Spec. path. Anat. 1861.
42. Henslein.—Ueber einen Fall von prim. Lungen-Pleura-Carcinom. St.-Pat. med. Woch. 1887. стр. 137.
43. Henslein.—Ueber den Answurf bei Lungencarcinomen. Zsch. f. Med. 1867. стр. 227.
44. Hestecour.—Cancer du poumon. Progrès médical. 1886. стр. 450.
45. Hebb.—Primary cancer of pleura. Transact. of the path. Soc. of London. 1892. стр. 5.
46. Herrmann.—Ein Fall von prim. Lungencarcinom. Greifwald. Diss. 1896.
47. Hertz.—Neubildungen in der Lunge. Ziemss. Handb. 1867. V. II. стр. 548. -
48. Hildebrand.—Zwei Fälle von prim. Lungentumoren. Marburg. Diss. 1897.
49. Hillenborg.—Ein Fall von prim. Lungencrebs. Kiel. Diss. 1896.
50. Hitz.—Zur Kasuistik des prim. Lungencarcinoms. Zürich. Diss. 1897.
51. Hoffmann.—Ueber maligne Lungengeschwülste. Zsch. f. Med. 1893.
52. Japka.—Ueber prim. Lungencrebs. Berlin. Diss. 1892.
53. Kahlöden.—Endothelion der Pleura. Münch. med. Woch. 1900. стр. 67.
54. Kaminsky.—Ein prim. Lungencarcinom. Greifwald. Diss. 1898.
55. Kleffens.—De cancro pulmonum. Diss. 1841.

52. Kaufmann.—Spec. path. Anat. 1856.
 57. Kauderer.—Zur Statistik der Pleura-Erkrankungen. Wia. med. 1844. 1850. cap. 35.
 58. Klüber.—Ein Fall von Bronchialcarcinom und Lungenpyete. Erlangen. Diss. 1838.
 59. Köhler.—De pulmonum carcinomate. Tübingen. 1817. (non. no Radermacher).
 60. Jačynčev.—Изв. anat. Proc. nepen. 1879.
 61. Lacombe.—Traité sur l'aneur. II. cap. 259. (non. no Ebermann'sy).
 62. Langhans.—Ueber Krebs und Carcinom der Lunge. Vösch. Arch. 1867. Bd. 38. cap. 457.
 63. Langhans.—Prisiver Krebs der Trachea und Bronchien. Virch. Arch. 1871. Bd. 33. cap. 478.
 64. Lataste (Malassez).—Billet. de la Soc. anat. Paris. 1875. cap. 767.
 65. Lebert.—Traité pratique des maladies cancéreuses. 1851.
 66. Lebert.—Klinik der Brust-Krankheiten. Tübingen. 1854.
 67. Lehnardt.—Mösch. med. Woch. 1897. cap. 1488 u. 1514.
 68. Lépine.—Carcinome primitif de la plèvre. Bull. de la Soc. anat. Paris. 1869.
 69. Lévi.—Un cas de cancer broncho-pulmonaire. Arch. gén. de médecine. 1855. cap. 346.
 70. Löwensohn.—Epitheliale Krebs der rechten Lunge. Dtsch. med. Woch. 1888. cap. 884.
 71. Mayr.—Ueber das prim. Bronchialcarcinom. Freiburg. Diss. 1897.
 72. Ménière.—Cancer primitif du poumon. Le progrès méd. 1844. cap. 433.
 73. Meunier.—Arch. gén. de médecine. 1855. cap. 343.
 74. Minssen.—Ueber prim. Lungenkrebs. Kiel. Diss. 1899.
 75. Млодзкевич.—Срындъ опухолевидна азару в легунахъ. Моз. 04ap. 1898 r. cap. 255.
 76. Neulissen.—Dtsch. Arch. f. klin. Medic. 1882. cap. 575.
 77. Niemeyer.—Krankheiten der Respirations-Organe. Berlin. 1829.
 78. Orth.—Spec. path. Anat. 1887.
 79. Panhagen.—Ein Beitrag zu den peribronchitischen Affectionen. Würzburg. Diss. 1888.
 80. Paray.—Ein Fall von prim. Lungenkarzinom. Greifswald. Diss. 1904.
 81. Pfister.—Ueber das prim. Carcinom der Lunge. Virch. Arch. Bd. 143. cap. 191.
 82. Passow.—Zur Differentialdiagnose der prim. Lungenkrebs. Berlin. Diss. 1893.
 83. Perla.—Zur Statistik des Lungenkarzinoms. Virch. Arch. 1872. Bd. 26. cap. 477.
 84. Perutz.—Zur Histogenese des prim. Lungenkarzinoms. München. Diss. 1897.

85. Petit.—Cancer primitif de poumon chez un chien. Bull. de la Soc. anat. Paris. 1800. cap. 498.
 86. Pitt.—Primary cancer of pleura. Transact. of the path. Soc. of London. 1888. cap. 55.
 87. Podack.—Endothelkrebs der Pleura. D. Arch. f. klin. Medic. 1893. cap. 1.
 88. Radermacher.—De carcinomate pulmonum. Diss. 1858.
 89. Reinhard.—Der primäre Lungenkrebs. Arch. f. Heilk. 1878.
 90. Ribbert.—Bemerkungen zu einem Fall von prim. Lungenkarzinom. D. med. Woch. 1890. cap. 165.
 91. Ribbert.—Spec. path. Anat. 1902.
 92. Rindfleisch.—Lehrb. f. pathol. Gewebelehre. Leipzig. 1875.
 93. Rokitsansky.—Spec. path. Anat. 1842 u. 1843.
 94. Rosenthal.—Ein Fall von prim. Lungenkarzinom. München. Diss. 1899.
 95. Rossier.—Contribution à l'étude du cancer primitif diffin de la plèvre. Zieg. Beitr. 1895. cap. 101.
 96. Rottmann.—Ueber prim. Lungenkarzinom. Würzburg. Diss. 1898.
 97. Pyanovskij.—Къ вопросу о первичномъ раковинномъ пунктѣ. Брестъ. 1898 r. cap. 97.
 98. Sahapar.—Virch. Arch. 1882. Bd. 229. cap. 61.
 99. Schlerth.—Zwei Fälle von prim. Lungenkrebs. Kiel. Diss. 1888.
 100. Schnorr.—Ein Fall von prim. Lungenkrebs. Erlangen. Diss. 1895.
 101. Schottelius.—Ein Fall von primärem Lungenkrebs. Würzburg. Diss. 1874.
 102. Schulz.—Das Endothelkarzinom. Arch. f. Heilk. 1876. cap. 1.
 103. Schultze-Villinghausen.—Zur Kenntnis des prim. Endothelkrebses der Pleura. Mönch. med. Woch. 1890. cap. 547.
 104. Schwab.—Einen Fall von prim. Lungenkarzinom. Würzburg. Diss. 1895.
 105. Schwab.—Entwickelung eines prim. Carcinoms in einer tuberculösen Cavum. Virch. Arch. Bd. 149. 1897. cap. 329.
 106. Schwesinger.—Annal. f. Mönch. Städt. Krankenhäuser. 1881. Bd. 1. cap. 328.
 107. Siegel.—Zur Kenntnis des prim. Pflasterepithelkrebses der Lunge. München. Diss. 1887.
 108. Siegel.—Zur Histogenese des prim. Lungenkrebses. Virch. Arch. 1893. Bd. 154. cap. 287.
 109. Le Sourd.—Epithéome mucosité primitif du poumon. Bull. de la Soc. anat. Paris. 1899. cap. 263.
 110. Sticker.—Ueber den Krebs der Thiere. Arch. f. klin. Chir. 1902.
 111. Stillig.—Ueber prim. Krebs der Bronchien und des Lungensparenchyms. Virch. Arch. 1881. Bd. 83. cap. 77.
 112. Stokes.—Die Brustkrankheiten. Leipzig. 1844. (non. no arz.).
 113. Stolper.—Dtsch. med. Woch. 1894. cap. 234.
 114. Stumpf.—Zur Statistik des prim. Lungenkarzinoms. Gießen. Diss. 1891.
 115. Tillmann.—Drei Fälle von prim. Lungenkarzinom. Halle. Diss. 1893.

116. Veitgel—Haeff. *J. path. Anat. Halle.* 1904.
117. Wagner—Das tuberkulöse Lymphadenom. *Arch. f. Heilk.* 1870. стр. 508.
118. Waldeyer—Die Entwicklung der Carcinome. *Vireh. Arch.* 1887. Bd. 41. стр. 502.
119. Wechselmann—Zur Kenntnis des prim. Lungenkrebes. *München. Diss.* 1882.
120. Werner—Das primäre Lungenadenom. *Freiburg. Diss.* 1891.
121. Wieber—Primäres Lungenadenom. *Berlin. Diss.* 1889.
122. Wintrick—Die Krankheiten der Pleura. *Prax. nepos.* 1901.
123. Wolff—Der primäre Lungenkrebs. *Festschrift der Medizin.* 1890. стр. 725.
124. Ziegler—Spez. path. Anat. 1895.
125. Ziemssen—Berl. Klin. Woch. 1887. стр. 279.
126. Хаза—Случай первичного рака альвеол легкого. *Вестн. мед. Вост.* 1892 г. стр. 251.

ОБЪЯСНЕНИЯ КЪ РИСУНКАМЪ.

Рис. 1. Zeiss. Ос. 3. Obj. В. Увел. 115. Случай I.

- a—стромой для новообразования является строма легочных альвеол, инфильтрированная мелкими клетками.
b—заполнение эпителия легочных альвеол клетками новообразования.
c—легочная альвеола, выстлленная клетками новообразования, которая потеряла свою первоначальную цилиндрическую форму и превратилась отъ внешнего диаметра в коническую форму.

Рис. 2. Zeiss. Ос. 3. Obj. В. Увел. 115. Случай III.

- a—альвеолярный ходъ.
b—легочная альвеола, выстлленная цилиндрическим эпителиемъ новообразования.
c—строма легочных альвеол, послужившая стромой для новообразования и инфильтрированная мелкими клетками.
d—огромныя многоядерныя клетки новообразования, лежащія свободно въ просвѣтѣ альвеолярнаго хода.

Рис. 3. Zeiss. Ос. 5. Obj. В. Увел. 200. Случай V.

- a—строма легочных альвеолъ, стѣнки которыхъ выстллены висцеральнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Окраской по Weigertу проявлена связь нѣкъ эластическихъ волоконъ (на продуктъ рѣзка чернаго цвѣта волокна).
b—легочная альвеола. Въ просвѣтѣ ея содержатся альвеолы иного состава клетки новообразования.

Рис. 4. Zeiss. Ос. 3. Obj. В. Увел. 320. Случай XIV

- a—строма новообразования.
b—тонкая прослойка соединительной ткани, образующая ячейки, выстлленные цилиндрическими клетками.
c—клетки новообразования.

Рис. 5. Zeiss. Ос. 3. Obj. В. Увел. 320. Случай XI.

Препаратъ изъ пораженной ракомъ стѣнки бронха.

- а—stroma новообразования, инфильтрированная мелкими клетками.
- б—превращение эпителия в разной величины шары, из которых в некоторые входят слоистые стромы и содержат в себе самые разнообразные включения.
- с—ячейки, выходящие группой так же шарою.

Рис. 6. Zeiss. Oc. 3. Obj. В. Увел. 115. Случай II
Из центральных частей опухоли.

- а—ткань из мелкой соединительной ткани, образующие сопочковидные разрастания, покрыты многослойным эпителием.
- б—зона резко перерывающая ткань с кровеносными сосудами к центру.
- с—ново сформировавшаяся ткань с кровеносными сосудами в центре.

Рис. 7. Zeiss. Oc. 5. Obj. В. Увел. 200. Случай VIII.

- а—утолщенная и инфильтрированная мелкими клетками строма легочных альвеол.
- б—отделившиеся клетки эпителия легочных альвеол, содержащая в себе частички угля.
- с—простая ткань из ткани легкого плоскостолбчатый рак с наклонностью к образованию межклеточных и продуктов отложения.
- д—легочные альвеолы.

Рис. 8. Zeiss. Oc. 3. Obj. D. Увел. 320. Случай X.

- а—stroma легочных альвеол, инфильтрированная мелкими клетками.
- б—эпителий легочных альвеол, пришедший под влиянием необычных для него условий кубическую форму.
- с—простая ткань из легочных альвеол плоскостолбчатый (без наклонности к образованию) рак.

Рис. 9. Zeiss. Oc. 4. Obj. В. Увел. 140. Случай XV.

- Раствор плевры, перпендикулярный к ее поверхности.
- а—поверхность плевры, лишенная своего эпителия.
 - б—утолщенная соединительно-тканная основа плевры.
 - с—клетки новообразования, эпителию выстилающие лимфатические сосуды и щели плевры.

Рис. 10. Zeiss. Oc. 5. Obj. В. Увел. 300. Случай XV.

- Из ткани легкого.
- а—мелкостолбчатые кровеносные сосуды легкого.
 - б—лимфатические сосуды, выстланные клетками новообразования.
 - с—частички угля.

- д—мелкостолбчатая перерожденная, инфильтрированная мелкими клетками.
- е—легочные альвеолы с клетками отслоившегося легочного эпителия, содержащими частички угля.

Рис. 11. Zeiss. Oc. 3. Obj. D. Увел. 320. Случай XIII.

- Из слизистой бронха на границе с новообразованием.
- а—пролиферирующий эпителий в некоторых местах слоистых желез. (Клетки новообразования на этой эпителий совпадают по полюсам).
 - б—долька с слизистой-перерожденным эпителием.
 - с—слизистая перерожденная почти до остатка слюды от эпителия слизистых желез.
 - д—соединительно-тканная строма между дольками слизистых желез.

Рис. 12. Zeiss. Oc. 8. Obj. В. Увел. 115. Случай I.

- Из бронхиальной железы.
- а—фолликулы, обросшие клетками новообразования.
 - б—отдельные лимфатического синуса, обросшие цилиндрическим эпителием новообразования.
 - с—соединительно-тканная строма железы, инфильтрированная мелкими клетками и содержащая частички угля.

Рис. 13. Zeiss. Oc. 3. Obj. D. Увел. 320. Случай VIII.

- Из слизистой большого бронха на границе с новообразованием.
- а—гладко-мышечный пучок слизистой.
 - б—утолщенная и инфильтрированная мелкими клетками соединительно-тканная строма между дольками слизистых желез.
 - с—эпителий разрастания слизистой желез, эпителий которых принял кубическую форму.

Рис. 14. Zeiss. Oc. 4. Obj. В. Увел. 140. Случай VII.

- Из слизистой большого бронха, пораженного новообразованием.
- а—слизистая железа, эпителий которых выстланы в разных местах стенок слизистой единичного перерождения.
 - б—простая ткань новообразования по одной стороне дольки.
 - с—обращение всей дольки клетками новообразования.
 - д—долька, выстланные клетками новообразования.
 - е—рвано утолщенная и инфильтрированная мелкими клетками соединительно-тканная строма между слизистыми железами.
 - ф—край одного из бронхиальных колец.

Fig. 1.



Fig. 2.



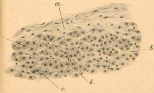
Fig. 3.



Fig. 5.



Fig. 4.



Ad notam del. I. Nikonen.

Библиотека
Иркутского университета

Рис. 6.



Рис. 9.



Рис. 7.

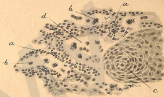


Рис. 8.



Рис. 10.



Рис. 11.

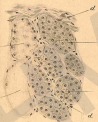


Рис. 12.

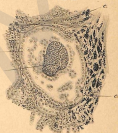


Рис. 13.

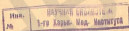


Рис. 14.



ПОЛОЖЕНІЯ.

- 1) Морская гигиена заслуживает большого внимания и себя, чтобы ей вообще уделялось.
- 2) Ежедневная отчетность о больных и важных случаях непрерывно должна пополняться сведениями о колебаниях температуры тела у остальной команды для того, чтобы иметь сведения о колебаниях уровня здоровья всего состава, а не только больных его части.
- 3) На судах дальнего плавания иногда возможно применить принципы современной хирургии в отношении асептического лечения ран.
- 4) Команду наших судов в Тихомъ океанѣ слѣдуетъ для сохранения здоровья, отирать по временамъ изъ первое плавание.
- 5) Слѣдуетъ разработать вопросы о разумныхъ разлеченіяхъ для командъ на берегу, чтобы отлучать ее отъ каюта и публичнаго дома.
- 6) Выпивать надо мягкаго шанкра 50% растворомъ хлористаго цинка значительно сокращаетъ течение анги.
- 7) Прозрачные газонныхъ бубновъ съ послѣдствительнеймъ впусканіемъ въ полости ихъ хлорформовой окисленій значительно сокращаетъ течение болѣзни.
- 8) Методы консервирования препаратов по Капперлингу и Мельникову-Разведковому должны быть непрерывно введены при обработкѣ препаратовъ, служащихъ для демонстрацій предъ слушателями.



CURRICULUM VITAE.

Георгій Владимирович Шоръ, потомственный дворянинъ, православнаго исповѣданія, родился въ г. С.-Петербургѣ въ 1872 году. Въ 1890 году окончилъ 2-ю Сиб. классическую гимназю, а въ 1893 году Императорскаго Военно-Медицинскаго Академіи со степенью „*medicus cum eximia laude*“. ВЫСОЧАЙШИМЪ приказомъ по военному ведомству отъ 10 Декабря 1893 г. опредѣленъ на службу въ 8-й драгунскій Сибирскій ИМПЕРАТОРА АЛЕКСАНДРА III полкъ младшимъ врачомъ. ВЫСОЧАЙШИМЪ приказомъ отъ 29 Января 1896 года переведенъ на службу въ Морское ведомство, гдѣ и состоитъ въ настоящее время въ чинѣ Надворнаго Советника старшимъ врачомъ 8-го Флотскаго экипажа. Въ 1896 году выдержалъ экзамены на степень доктора медицины. Въ течение трехъ семестровъ 1900 и 1901 годовъ занимался специализаціею изученіемъ патологической анатоміи и бактериологіи въ Обуховской городской больницѣ подъ руководствомъ Профессора этой, нынѣ Профессора Императорской Военно-Медицинской Академіи, А. И. Мокеева. Осенью 1900 года прослушалъ врачебной курсъ патологической гистологіи и демостративный курсъ патологической анатоміи и техники вскрытій у Профессора Императорскаго Клиническаго Института Валазкой Клиники Елизаветы Павловны Н. В. Петрова.

Выборъ печатныхъ работъ:

- 1) „Условия жизни и службы матросовъ и офицеровъ крестера 1-го ранга „Россия“ съ гигиенической точки зрѣнія.“ (Медич. прачей въ Морск. Сб. 1900 г.).
- 2) „Лазаретъ, оперативная и хирургическая пунжа на крестерѣ 1-го ранга „Россия.“ (Тамъ же въ 1899 году).
- 3) „Къ вопросу о палатеренныхъ и аль-второвыхъ командахъ на дальнихъ плаваніяхъ.“ (Тамъ же въ 1901 г.).
- 4) „Къ вопросу о *Ichon grave filaria*.“ (Докладъ въ Общ. морск. прачей г. Сиб. въ 1900 г.).
- 5) „Къ вопросу о туберкулезѣ коня.“ (Докладъ въ Общ. морск. прачей въ 1901 г.).
- 6) „Къ вопросу о леченіи бубонныхъ, осложнившихся маляріею.“ (Докладъ въ Общ. морск. прачей въ 1901 г.).
- 7) „Первичный разсѣвъ бронховъ, легкихъ и плевры въ патологическомъ отношеніи“, какою работу представлять въ качествѣ диссертациіи для получения степени доктора медицины.