

5066

60

P

КЪ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМІИ

# ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

П Р И

ОБЩИХЪ ХРОНИЧЕСКИХЪ БОЛѢЗНЯХЪ.

(Гистологическое изслѣдованіе).

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Врача Гавріила РОДІОНОВА.

63797

С.-ПЕТЕРБУРГЪ

Типографія И. П. Воицискаго, Литейная, № 35.

1883

КЪ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМІИ  
**ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

ПРИ  
33  
ОБЩИХЪ ХРОНИЧЕСКИХЪ ВОЛЪЗНЯХЪ.

(Гистологическое изслѣдованіе).

ДИССЕРТАЦІА

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Врача Гавриила РОДИОНОВА.

ВІРНО  
1936

БІБЛІОТЕКА  
Харківського Медичн. Інституту  
№ 5066  
Шифр Р-60

Переучет  
1996 г.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ

Типографія И. П. Воиноваго, Литейнаго, № 35.

1883

63797

Родионов Г.

Классификация патологической анатомии  
поджелудочной железы  
3211  
48х2

63797

1950

Переучет-60

7 - июль 2012

Докторскую диссертацию лекаря Родионова под заглавіемъ «Къ патологической анатоміи поджелудочной желѣзы при общихъ хроническихъ болѣзняхъ», съ разрѣшенія Консеренціи Императорской Военно-Медицинской Академіи печатать дозволяется съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи таковой было представлено въ Консеренцію 400 экземпляровъ ея.

С.-Петербургъ, Марта 26 дня 1883 года.

Ученый Секретарь А. Доброславинъ.

НАУК. Е. АКАД.

Поджелудочная железа за самостоятельный отдѣлительный органъ признана только съ 1642 года, когда баварскій врачъ Георгъ Вирзунгъ открылъ ея выводной протокъ — у человѣка. Открытая имъ связь поджелудочной железы съ кишечникомъ послужила импульсомъ къ цѣлому ряду работъ, посвященныхъ изслѣдованію ея физиологической функціи — и въ болѣе позднѣе время доказавшихъ важность того значенія, которое она имѣетъ въ физиологіи пищеваренія.

Доказательствомъ успѣховъ науки въ этомъ направленіи служить непрерывный рядъ работъ, которые продолжаютъ появляться и въ настоящее время. Еще въ 1662 году Regnier de Graaf изслѣдовалъ панкреатическій сокъ овцы. Всѣ работавшіе послѣ него физиологи вводили въ кругъ своихъ изслѣдованій и поджелудочный сокъ. — Въ первой половинѣ настоящаго столѣтія, благодаря Eberle, Purkinje, Parrenheimу, Valentinу, Corvisartу и Cl. Bernardу<sup>1)</sup> за поджелудочнымъ сокомъ признано его тройственное дѣйствіе, т. е. на бѣлки, жиры и крахмалъ. Болѣе полныя и точныя изслѣдованія по физиологіи поджелудочной железы принадлежать послѣднему десятилѣтію, таковы напр. Данилевскаго, К. Heidenhainа и Подолискаго — о трехъ ферментахъ панкреатическаго сока, L. Landau, N. Bernsteinа, М. И. Афанасьева и И. Павлова — объ иннервации ея; Schiffа и Herzenа — о соучастіи селезенки въ выработкѣ железоза панкреатина<sup>2)</sup>. Въ послѣднее время К. Heidenhain<sup>3)</sup> и Kuhne с

<sup>1)</sup> Эвальдъ. Ученіе о пищевареніи. Переводъ подъ ред. Проф. Тарханова. 1880 г., стр. 114.

<sup>2)</sup> Подвысоцкіи (младшій). Новыя данныя о тончайшей строеніи поджелудочной желѣзы. Кіевъ. Диссертация 1882 г., стр. 1.

<sup>3)</sup> К. Heidenhain. Beiträge zur Kenntniss des Pancreas — Arch. für Physiologie, Bd. X., стр. 557 и дальше, 1875 г.

Lea <sup>1)</sup> положили основание микрофизиологии и микрохимии поджелудочной железы, которая впрочем теперь еще находится въ зародышевомъ состояніи. Обстоятельство это находить себѣ объясненіе въ томъ, что до 1869 года гистологическое строеніе железы считалось авторами сходнымъ со строеніемъ слонныхъ железъ; кромѣ того, въ появившихся съ этого времени работахъ о нормальномъ, — тонкомъ и тончайшемъ строеніи поджелудочной железы авторами высказываются не одинаковые взгляды относительно нѣкоторыхъ деталей, какъ напр. о щеляхъ между секреторными клѣтками долекъ (эпителиемъ), объ ихъ содержимомъ, и др.

Только что нами сказанное уже отчасти доказываетъ, что ученіе о нормальномъ, и особенно гистологическомъ строеніи поджелудочной железы далеко не такъ успѣшно шло впередъ, какъ ея физиология. Основателемъ ученія о тончайшемъ строеніи железы является Р. Langerhans, который (въ 1869 году) впервые указалъ на свойственные только ей одной характерныя черты строенія. Работа эта привлекла вниманіе людей науки на находившуюся до того времени въ небреженіи поджелудочную железу, результатомъ чего было появленіе цѣлаго ряда специальныхъ гистологическихъ ея изслѣдованій, каковы: Pfüger'a, Boll'a, Saviotti, Schwalbe, Latschenberg'a, Ebner'a, Терашкевича, Heidenhain'a, Лавдовскаго, Renaut, Kühne и Lea, Ewald'a, Zeller'a, братьевъ Hoggan и наконецъ Подвысоцкаго <sup>2)</sup> (младшаго), который, изложивъ историческій очеркъ всѣхъ предшествовавшихъ работъ, — внесъ въ науку пока последнее слово о тончайшемъ строеніи поджелудочной железы.

Относительно патологій поджелудочной железы нельзя сказать, чтобы она сдѣлала такіе же успѣхи, какъ ея физиология, и въ последнее время — микроанатомія. Такъ, по патологической ея физиологии почти всѣ немногочисленныя работы собраны у Müller'a <sup>3)</sup> въ его работѣ о

<sup>1)</sup> Подвысоцкій, I. с., стр. 26—27.

<sup>2)</sup> I. с. стр. 19—29.

<sup>3)</sup> Rud. Müller. Beiträge zur Lehre von der Verdauung und Absorption der Nahrungsstoffe.—Schmidt's Jahrbücher, 1881; Bd. 192, стр. 90.

пищеваренія и всасыванія. Изъ русскихъ работъ мы можемъ указать только на диссертацію Стольникова <sup>1)</sup> объ измененіи физиологическаго отпривленія поджелудочной железы при лихорадкѣ.

Что касается до патологической анатоміи поджелудочной железы, то въ этой области существуетъ довольно обширная литература, имѣющая свое начало еще въ 1578 году, когда железа эта еще не признавалась за самостоятельный органъ. — Литература эта заключается въ монографіяхъ, въ отдѣльных главахъ руководствъ по патологической анатоміи и въ описаніяхъ отдѣльных случаевъ. Въ большинствѣ случаевъ въ литературѣ этой, и въ особенности въ старой, — мы находимъ описаніе только макроскопическихъ измѣненій железы; описаніе же микроскопическихъ картинъ измѣненій или вполне отсутствуетъ, или же есть, но недостаточно полное и точное. Только въ последнее время начали появляться работы по микропатологій поджелудочной железы, и то въ довольно ограниченномъ количествѣ. Это объясняется тою тѣсною связью между микропатологіей и микроанатоміей (и микрофизиологіей), которая обуславливаетъ зависимость развитія одной изъ нихъ отъ успѣховъ другой. — Подвысоцкій <sup>2)</sup> говоритъ по этому вопросу, что несмотря на то, что микроанатомія поджелудочной железы стала уже на твердую почву, мы до сихъ поръ почти не имѣемъ ея микропатологій. Далѣе, — онъ объясняетъ это недостаткомъ умѣнія различать и видѣть гистологическія болѣзненныя измѣненія железы, находящимися въ связи съ неясностью, царящею до сего времени въ ея микроанатоміи.

Исходя изъ мысли, что ограничивши обзоромъ литературныхъ данныхъ, касающихся только спеціально интересующаго насъ вопроса, мы оставили бы пробѣлъ въ нашемъ историческомъ очеркѣ литературы, тѣмъ болѣе, что успѣхи въ области даннаго вопроса находятся въ нѣкоторой связи съ успѣхами вообще патологической анатоміи

<sup>1)</sup> Я. Я. Стольниковъ. Матеріалы къ вопросу о функціи поджелудочной железы при лихорадкѣ. Дисерт. 1880 г. Спб.

<sup>2)</sup> Подвысоцкій, I. с. стр. 3.

поджелудочной железы, мы и позволяем себѣ сдѣлать хотя краткій обзоръ вообще патолого-анатомической литературы поджелудочной железы, причемъ не можемъ не оговориться, что изложенныя въ ней свѣдѣнія объ измѣненіяхъ железы часто не полны и темны, какъ о томъ высказался еще Mondière (въ 1836 году). Въ своей монографіи о болѣзняхъ поджелудочной железы онъ говоритъ: «Malheureusement, à l'époque où nous l'observions, nous n'avions point encore dirigé nos recherches sur les altérations de cet organe»<sup>1)</sup>. Тридцать пять лѣтъ спустя Klebs<sup>2)</sup>, приступая къ обзору патологической анатоміи железы, — говорить, что «несмотря на большое количество накопившихся наблюдений о болѣзняхъ поджелудочной железы, измѣненія ея еще недостаточно изслѣдованы». Еще не такъ давно Cohnheim<sup>3)</sup> высказалъ сомнѣніе относительно склонности железы къ болѣзненнымъ измѣненіямъ. Наконецъ, и въ настоящее время — мы, приступая къ изслѣдованію измѣненій поджелудочной железы при общихъ хроническихъ болѣзняхъ, можемъ сказать почти тоже, что говорилъ далеко раньше Klebs — въ примѣненіи къ патологической анатоміи железы вообще. — Ранѣе мы уже привели мнѣніе Подвысоцкаго о причинахъ, такъ сказать — тормозящихъ успѣхи патологической гистологіи железы; съ своей стороны — мы присоединили бы къ нимъ еще и замѣтную непопулярность поджелудочной железы среди патолого-анатомовъ.

Въ предлагаемомъ нами обзорѣ литературы мы будемъ держаться хронологическаго порядка, что, какъ намъ кажется, небезынтересно въ смыслѣ параллелизма между успѣхами анатоміи — нормальной и патологической (поджелудочной железы).

Мы уже сказали выше, что патологоанатомическая литература поджелудочной железы ведетъ свое существо-

<sup>1)</sup> Mondière. Recherches pour servir à l'histoire Pathologique du Pancréas. Arch. générales de médecine, 1836; Serie II, vol XI, стр. 279—280.

<sup>2)</sup> Klebs (въ русск. перев. подъ ред. Проф. Руднева). Руководство къ Патол. Анатоміи 1873 г., вып. II, стр. 375.

<sup>3)</sup> Cohnheim (въ русск. пер. Сигриста). Руководство къ Общей Патологіи, 1881 г., Т. II., стр. 86.

ваніе съ 1578 года, когда Alberti<sup>1)</sup> описалъ болѣзни брыжжечныхъ железъ и того, что называется Pancreas. Послѣ того — до начала настоящаго столѣтія появилось много описаній отдѣльныхъ случаевъ и монографій, авторовъ которыхъ цитируютъ многие изъ позднѣйшихъ изслѣдователей, почему мы въ видахъ большей краткости очерка и начнемъ его съ нынѣшняго столѣтія, приводя болѣе интересные случаи изъ старой литературы уже на основаніи цитатъ. Вся старая литература относительно поджелудочной железы довольно тщательно собрана у Mondière'a,<sup>2)</sup> Claessen'a<sup>3)</sup> и Anecelet'a<sup>4)</sup>.

Mondière<sup>5)</sup> разсматривая железу — какъ и всякій другой железистый органъ — описываетъ въ ней паренхиматозное и интерстиціальное (острое и хроническое) воспаленіе, дегенеративные процессы, гипертрофію и атрофію, — и наконецъ — новообразованія. Изъ своихъ наблюдений онъ приводитъ примѣры измѣненія поджелудочной железы при меркуріальномъ отравленіи, при отравленіи никотиномъ (куренье), при воспаленіяхъ слюнныхъ железъ и яичекъ, причемъ — по его мнѣнію — въ железахъ были признаки остраго воспаления: набухлость, многокрювіе и иногда образованіе абсцессовъ; иногда же онъ находилъ частичное уплотненіе железы. Mondière высказывается за возможность сочувственнаго заболѣванія железы при болѣзняхъ слюнныхъ железъ и яичка. Какъ примѣры воспаления<sup>6)</sup> поджелудочной железы Mondière приводитъ случаи старыхъ авторовъ: — Fanconne'a и Défresné'a, — гдѣ она была красна у умершихъ отъ собачьяго бешенства; Renné'a — гдѣ красна и гипертрофирована — у умершихъ отъ желтой лихорадки; Prost'a и Andral'a — гдѣ при адинамическихъ лихорадкахъ она была мягка, васкуляризирована, толста и жирна. Въ случаѣ M. Schmachpfeffer'a — при скіррѣ яичка железа была найдена красною, набухшею и размягченною, не безъ расширенія протоковъ. Какъ

<sup>1)</sup> Mondière. L. c., vol. XII, стр. 165.

<sup>2)</sup> См. Arch. génér. de médecine. 1836 г. Ser. II; Vol. XI, стр. 255—294; Vol. XII, стр. 133—166.

<sup>3)</sup> Claessen. Die Krankheiten der Bauchspeicheldrüse, 1842.

<sup>4)</sup> E. Anecelet. Etudes sur les maladies du Pancréas. 1866.

<sup>5)</sup> Mondière. L. c. Vol. XI, стр. 267—268.

примѣры атрофіи железы Mondière <sup>1)</sup> приводитъ случаи: Margangni—при ракъ желудка и Guerin'a—при раковой опухоли, занимающей всю полость брюшины; Brechtfeld'a—при собачьемъ бешенствѣ. Mondière склоненъ признавать идиопатическую атрофію или гипетрофію железы, съ послѣдовательными процессами въ печени и кишечникѣ. Mondière цитируетъ случаи Portal'a—гдѣ железа была размягчена <sup>2)</sup>, безъ красноты и атрофіи,—при кори и сливной оспѣ. О жировомъ перерожденіи <sup>3)</sup> железы Mondière говоритъ также не много, указывая, что оно бываетъ общее и частное, при этомъ ссылается на случаи: Besout'a—при ракъ матки, печени; Lobstein'a, Dupuytren'a и др. Описывая кисты поджелудочной железы Mondière причисляетъ ихъ къ ретенционнымъ, образующимся вслѣдствіе сдавливанія выводного протока, напр. опухолями, или же вслѣдствіе закупориванія его камнями, которые впрочемъ чаще сами—то образуются при сдавленіи протока, какъ напр. въ случаяхъ: Portal'a, T. Cowley'a, Wollston'a и др. Въ главѣ о новообразованіяхъ у Mondière мы нашли довольно много приведенныхъ случаевъ раковаго пораженія железы, причемъ есть и указаніе на большую частоту вторичной его формы, чѣмъ первичной. По Mondière туберкулезъ <sup>4)</sup> поджелудочной железы бываетъ очень рѣдко; о случаяхъ этого болѣзненного процесса мы будемъ говорить еще въ обзорѣ специально касающейся нашего вопроса литературы. Наконецъ, у Mondière мы встрѣтили указаніе на очень рѣдкіе случаи меланоза поджелудочной железы, а именно: Henri—при пораженіи всѣхъ органовъ брюшины; Mackenzie—при меланотическомъ перерожденіи глазаго яблока. Изъ цитируемой нами монографіи Mondière'a мы, такимъ образомъ, видимъ, что поджелудочная железа склонна къ различнымъ заболѣваніямъ, и не только къ послѣдовательнымъ, но и къ идиопатическимъ. У Mondière мы не встрѣчаемъ еще микроскопическихъ послѣдствій патологическихъ измѣненій въ поджелудочной же-

<sup>1)</sup> L. c. Vol. XI, стр. 284.

<sup>2)</sup> L. c. Vol. стр. 285.

<sup>3)</sup> L. c. Vol. XI, стр. 283.

<sup>4)</sup> L. c. Vol. XII, стр. 145.

лезѣ, а все описаніе ограничивается только дольками, междольковою тканью и крупными сосудами. Только что сказанное нами указываетъ на сколько обширны и точны были въ тотъ періодъ свѣдѣнія о нормальномъ, тонкомъ строеніи поджелудочной железы, или лучше сказать—насколько они были недостаточны.

Въ вышедшей затѣмъ, довольно полной, монографіи Claessen'a <sup>1)</sup> мы нашли цитированными тѣхъ же старыхъ авторовъ, которыхъ приводитъ и Mondière; но Claessen болѣе критически отнесся къ предшествовавшимъ работамъ. Кроме того, Claessen сообщаетъ и собственные наблюденія надъ измѣненіями поджелудочной железы при различныхъ болѣзненныхъ процессахъ, отчасти и общихъ. У него мы впервые встрѣтились съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ, и то въ одномъ случаѣ измѣненія железы у меланхолика<sup>2)</sup>. Макроскопически поджелудочная железа (этого случая), представлялась сплюсненною, вытянутою и чрезвычайно многокровоною. Микроскопическое изслѣдованіе было сдѣлано проф. Мауеромъ, причемъ онъ нашелъ дольки припухшими, переполненными кровью, съ кровозиллинями въ некоторыхъ мѣстахъ въ паренхимѣ и междольковую ткань. Очевидно, что и микрoанатомія и микрoпатологія были еще въ то время (1842 г.) въ періодѣ зарожденія, а относительно поджелудочной железы вовсе не существовали. Рядомъ съ своимъ наблюденіемъ Claessen приводитъ два случая Engel'a, —гдѣ при меланхоліи поджелудочная железа была сильно атрофирована, съ едва замѣтными дольчатымъ строеніемъ,—и представлялась почти гомогеннымъ шнуркомъ, съ нитевиднымъ выводнымъ протокомъ.

Съ начала пятидесятыхъ годовъ въ патолого-анатомической литературѣ поджелудочной железы стали появляться указанія на микроскопическія измѣненія ея; но указанія эти въ большинствѣ случаевъ не полны и не ясны, какъ и слѣдовало ожидать при тогдашнемъ уровнѣ ея микрoанатоміи. Такъ Hanfield Jones <sup>3)</sup> на основа-

<sup>1)</sup> См. стр. 7, cit. 3.

<sup>2)</sup> Cf. L. c. стр. 176.

<sup>3)</sup> Hanfield Jones, Observation respecting the Degeneration of the Pancreas. Medie. chir. Transactions. 1855; Vol. XXXVIII, стр. 195.

ний своих тридцати наблюдений описывает микроскопические картины разных форм (преимущественно же жирового) перерождений долек и соединительной ткани поджелудочной железы, встретившихся ему при хронических болезнях легких, сердца, печени, почек, а также и при некоторых общих хронических заболеваниях. Cruveilhier <sup>1)</sup> отводит поджелудочной железе по несколько строк в разных местах своей Патологической Анатомии; у него также есть некоторые указания на микроскопические изменения при закупорке водного протока и при общих заболеваниях, напр. — на жировое перерождение долек при первой, — и на разлитую форму интерстициального панкреатита — при сифилисе. — Frerichs <sup>2)</sup> в трактате о болезнях печени упоминает о замеченных им в одном случае ракавого поражения печени и головной части поджелудочной железы (при жизни диабет и иктерус), микроскопических изменениях, а именно: о жировом перерождении долек и образовании кист, содержащих сжавшиеся, блестящая масса; кроме того (во 2-м издании своего труда) он указывает на наблюдаемые им — атрофию железы и жировое перерождение долек — у диабетиков.

Творец целозной патологии Virchow <sup>3)</sup> также дает некоторые указания на микроскопические изменения поджелудочной железы. Так, он описывает образование мельчайших кист (асе pancreaticaе), у 84-х-лѣтней сифилитической старухи, содержащих светложелтый, маслоподобный массы; ему же принадлежит описание гумозного узла в поджелудочной железе одного ребенка. Он же указал на образование гомогенных, протеновых глыбок в протоках нормальной железы. Повиде — он сдѣлал указания на изменения железы при

<sup>1)</sup> Cruveilhier. Traité d'anatomie pathologique générale 1866 г. Т. III, стр. 78, 300, 365. Т. I, стр. 193; Т. II, стр. 834.

<sup>2)</sup> Frerichs. Klinik d. Leberkrankheiten. Изд. 1858 г., стр. 154. Изд. 1861 г. Т. I, стр. 158. Т. II, стр. 204.

<sup>3)</sup> Virchow. Virchow's Archiv. Т. XV, стр. 315; его же — учение об опухолях. Рус. пер. Проф. Руднева, 1867 года, стр. 297.

Его же: Würzburg. Verhandl., Т. II, стр. 53 и т. III, стр. 366. Его же: Würzb. Verhandl., Т. VII, стр. 117.

лейкемии. Heller и Klob <sup>1)</sup> (1859 г.), описывая наблюдаемый ими случай воспаления поджелудочной железы, дают указание уже на болѣе тонкія изменения ее секреторных клеток (эпителиа), а именно их набуханіе, большую зернистость протоплазмы и инфильтрацію жировыми каплями.

Въ вышедшей затѣмъ въ слѣдующемъ году (1860) работѣ Klob <sup>2)</sup>, сообщая свои наблюдения надъ изменениями поджелудочной железы при различныхъ болезняхъ, говоритъ, что въ большинствѣ случаевъ она поражается при болезняхъ сердца, сопровождаемыхъ венозными застоями (въ печени), причемъ въ ней развивается хроническій интерстициальный процессъ, аналогично печени. Процессъ этотъ Klob раздѣляетъ на двѣ стадіи: въ первой — наблюдается избытокъ молодыхъ соединительнотканыхъ элементовъ въ стромѣ, эпителий же почти неизмѣненъ или находится въ первой стадіи жирового метаморфоза; во второй — железа уменьшена въ объемѣ, мозолиста, блѣдно-желтого цвѣта, безъ рѣзкихъ границъ между дольками и соединительною тканью, — простымъ глазомъ на разрѣзѣ замѣчаются бѣловатые полосы и пятна, — подъ микроскопомъ видна въ долькахъ аморфная зернистость, дающая пузырьки газа при содѣйствіи соляной кислоты, иногда же видны кристаллы марганиновой кислоты. Кроме этого, Klob приводитъ случай геморрагій въ междольковую соединительную ткань — при атрофій желѣзы — у больного съ порокомъ сердца; во второмъ такомъ же случаѣ было имъ найдено большое количество пигментныхъ очаговъ. Мы удѣлили нѣсколько больше мѣста работѣ Klob'a, потому что онъ первый далъ микроскопическую картину измененій самой существенной части железы — ея секреторной клетки.

C. Rokitsansky <sup>3)</sup> въ своемъ Учебникѣ Патологической анатоміи тоже довольно кратко говоритъ о поджелудоч-

<sup>1)</sup> Heller u. Klob. Ein Fall Entzünd. d. Pancreas. (Zeitschrift f. Wien. Acad. 1859 г., № 37; стр. 577—580.)

<sup>2)</sup> Klob. Zur Pathol. Anatom. d. Pancreas. (Oestr. Zeitschrift. d. pract. Heilkunde, 1860 г., № 3, стр. 530—534.)

<sup>3)</sup> C. Rokitsansky. Lehrbuch d. Pathol. Anat. 3-е Aufl. 1861 г., Т. III, стр. 307—315.

ной железы; его гистологическая указание недостаточно полны. Онъ, между прочимъ, указывает на случаи жирового перерождения железы въ формѣ диффузнаго новообразования у алкоголиковъ,—причемъ говорить, что железа иногда превращается вполне въ массу жира, содержащую небольшія остатки долекъ.—Затѣмъ, онъ указывает на сифилитическое поражение железы,—именно — на интерстиціальныи процессъ, — хотя и рѣдко, но встречающееся при таковомъ же поражении печени. Ему же принадлежитъ мнѣніе о возможности амилоиднаго перерождения секреторныхъ клѣтокъ железы при амилоидѣ другихъ органовъ, причемъ, по его наблюдениямъ, клѣтки становятся округленными, стекловидными, даѣе сливаются въ стекловидныи массы, представляющія иногда концентрическую исчерченность.

Aug. Foerster <sup>1)</sup> въ своемъ руководствѣ кратко излагаетъ всю патологическую анатомію железы, причемъ собственныхъ наблюдений вовсе не приводитъ, а цитируетъ предшествовавшихъ авторовъ, и то не многихъ. Между прочимъ, онъ говоритъ, что жировое перерождение эпителия долекъ въ легкихъ степеняхъ бываетъ часто, безъ существеннаго разстройства въ строеніи железы; въ высокой же степени ведетъ къ ея атрофій, какъ напр. при застояхъ секрета, общей атрофій и разнаго рода кахексіяхъ.

(Encelot <sup>2)</sup> (въ 1866 г.) собралъ все до него описанныи случаи въ своей монографіи о болѣзняхъ поджелудочной железы, причемъ, признавая безспорную цѣнность всехъ предшествовавшихъ работъ по этому вопросу, указываетъ на ихъ неполноту и недостатокъ частности. Нельзя не отмѣтить того факта, что Ancelet, приводя вышедшія раньше монографіи, перечисляетъ только французскихъ авторовъ (Becourt, Mondière, Moyese и др.), и ни слова не говоритъ о солидной монографіи вѣмеккой — Claessens'a.—Говоря о воспаленіи поджелудочной железы, Ancelet не соглашается съ мнѣніемъ Mondière'a о симп-

тическомъ ея заболѣваніи при воспаленіи слюнныи железъ, а видитъ въ «совмѣстномъ ихъ заболѣваніи только дѣйствіе общей причины»; даѣе, онъ высказывается за возможность воспаленія, какъ послѣдствительнаго явленія при страданіяхъ сосѣднихъ органовъ,—какъ напр. duodeni, печени, желудка и пр. Даѣе, Ancelet различаетъ три причинныи момента атрофій желѣзы: уменьшеніе функций, сдавливаніе снаружи (сосѣдними органами) и спутрій (при задержаніи секрета). Въ подтвержденіе своего послѣдняго мнѣнія онъ приводитъ опыты М. Bernarda, который получалъ атрофію желѣзы, выпрыскивая въ протокъ нейтральныи жиры. Онъ даетъ особенную классификацію кистъ, дѣля ихъ на желѣзистыи (ретенціонныи), гидатидныи (случай Chambona и Portal'a) аневризматическіи (случай Störck'a), туберкулезныи (случай Aran'a—фиброзные стѣнки и бѣловато-желтое содержимое), наконецъ раковыи (случай инкстированного рака — Duponchel'a). Въ главѣ объ опухоляхъ железы онъ описываетъ 200 случаевъ рака, указывая на большую частоту вторичнаго рака и притомъ скирра (133 случая). Въ заключеніи онъ говоритъ, что причины болѣзней поджелудочной железы вообще мало извѣстны, тѣмъ не менѣе считаетъ несомнѣннымъ влияніе общихъ заболѣваний (общую атрофію, скорбутъ, корь, оспу, тифъ, малярію и др.) на ея болѣзненныи измѣненія. Мы позволили себѣ нѣсколько болѣе остановиться на обзорѣ монографіи Ancelet'a, какъ на работѣ специально посвященной патологической анатоміи поджелудочной железы; но, мы не можемъ сказать, чтобы она была богата микроскопическими картинками ея (железы) измѣненій, несмотря на то, что тогда ученіе о тонкомъ строеніи железы уже стояло относительно на довольно высокомъ уровнѣ.

Oppolzer <sup>1)</sup> въ журнальной статьѣ о болѣзняхъ поджелудочной железы—описалъ, между прочимъ, одинъ случай самостоятельнаго, очень рѣдко наблюдаемаго, воспаленія поджелудочной железы, безъ яснаго этиологическаго

<sup>1)</sup> Aug. Foerster. Handbuch d. speciell. Pat. Anat. 2-e Aufl. 1863 г. стр. 213—216.

<sup>2)</sup> Ancelet. l. c. стр. 1, 13—17, 22, 25—27, 29, 42—45, 123 и 126.

<sup>1)</sup> Oppolzer. Ueber Krankheit. d. Pankreas. (Klin. Vorl. Med. Wochenschrift. 1867 г., № 1 и 2, стр. 5—7, 22—22.

момента (у молодого человека, выпившего водку с перцем), причем дать некоторыя указания на микроскопическя изменения. Онъ говоритъ также, что часто встречалъ при вскрытіяхъ железу увеличенную и уплотненную, но затруднялся объяснить это явленіе, предполагая нѣкоторое влияние индивидуальности. Онъ здѣсь же высказываетъ, между прочимъ, мнѣніе, что сильно развитой циррозъ поджелудочной железы можетъ повести къ нарушенію кровообращенія въ селезенкѣ, а иногда и къ постъдательной атрофій печени, или ея воспаленію.

Изъ даннаго обзора литературы—отъ начала пятидесятихъ годовъ, когда установилось ученіе о тонкомъ строеніи поджелудочной железы, до конца шестидесятихъ, т. е. до начала ученія о тончайшемъ ея строеніи, положеннаго Langerhans'омъ,—мы видимъ, что микроскопій не особенно часто примѣнялся къ изученію изменений въ поджелудочной железн при ея пораженіяхъ. Посмотримъ теперь—насколько удерживалась параллель между микропатологіей железы и ея микроанатоміей въ новѣйшемъ періодѣ.

Уже въ 1869 году мы находимъ у Lancereaux <sup>1)</sup> болѣе или менѣе достаточныя указанія на микроскопическя изменения въ поджелудочной железн при алкоголизмѣ; но о нихъ мы болѣе подробно скажемъ въ обзорѣ специальной литературы.

Klebs <sup>2)</sup> въ своемъ Руководствѣ Патологической Анатоміи отводитъ для поджелудочной железы болѣе мѣста, чѣмъ почти все предшествовавшій патолого-анатомы; но трактату своему онъ предпосылаетъ оговорку, что несмотря на массу казуистической литературы, патологическя изменения железы еще недостаточно изслѣдованы. Онъ говоритъ, между прочимъ, что патологическая анатомія только отмѣчаетъ найденныя въ железн изменения, но не можетъ объяснить ихъ значенія по неизвѣстности соответствующихъ имъ изменений въ отравленіи ея. Тогда это было и понятно по отсутствію патолого-физиологическихъ изслѣдованій; но теперь, при появленіи

<sup>1)</sup> E. Lancereaux. Atlas d'Anatomie Pathologique. 1869 г.; Livr. II., стр. 35, 47 (Табл. 6, рис. 4), 48, 52—53.

<sup>2)</sup> Klebs. Руководство къ патол. анатоміи.—Перев. подъ ред. проф. Руднева. 1872 г., вым. II., стр. 375—398.

таковыхъ работъ, какъ напр. Стольникова, Кириллова, Herzen'a и др., начинается нѣсколько выясняться и связь между тѣми и другими, болѣе того же выясненія этой связи мы должны еще ждать отъ будущихъ изслѣдователей. Трактатъ о патологическхъ измененияхъ поджелудочной железы, Klebs приводитъ и некоторыя гистологическя изслѣдованія ея при таковыхъ. Такъ, онъ приводитъ случаи Hoffmann'a, гдѣ при брышномъ тифѣ наблюдалось набуханіе эпителия, дѣленіе ядеръ и наконецъ образованіе жироваго детрита.—Затѣмъ, онъ приводитъ свои наблюденія надъ изменениями железы при Septicoemi'i, при которой эпителией былъ имъ найденъ сильно зернистымъ, а ядра его безъ ясныхъ контуръ; железа при этомъ была мягка и блѣдно-желтаго цвѣта. Говоря объ измененияхъ межодольковой соединительной ткани железы Klebs замѣчаетъ, что по этому вопросу существуетъ пока много гипотезъ и отрывочныхъ свѣдѣній, особенно о воспаленіи соединительной ткани; такъ напр. нѣтъ разграниченій между активной и пассивной гипереміей (391). Указывая на зависимость атрофій железы отъ образованія камней и кистъ, Klebs говоритъ о разнообразіи содержимаго самихъ кистъ (какъ большихъ, такъ и образовавшихся изъ самихъ долекъ), которое можетъ быть, свистымъ, сывороточнымъ, жировымъ, съ отложеніемъ известковыхъ солей, или же кристалловъ мочевины (Hoppe-Zeyler). Все, что мы нашли у Klebsа объ измененияхъ железы при общихъ хроническихъ болѣзняхъ, мы изложимъ въ обзорѣ специальной литературы.

Къ этому же періоду времени относится уже чисто гистологическя изслѣдованія изменений поджелудочной железы: при сифилисѣ (рядомъ съ изменениями въ другихъ железистыхъ органахъ)—изслѣдованіе проф. Н. П. Ивановакаго 1);—и при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ д-ра Мандельштамма 2). Объ измененияхъ,

<sup>1)</sup> Н. П. Ивановскій. Матеріалы къ ученію о висцерально-мембранной (паренхиматозной) патогеніи железистыхъ органовъ при сифилисѣ. Диссерт. 1871 г. Спб. стр. 13—16.

<sup>2)</sup> Мандельштамъ. Къ патологій поджелудочной железы при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Диссерт. 1873 г. Казань.

найденных проф. Н. П. Ивановским при сифилисе, мы будем еще говорить позднее; относительно же изслѣдованій Мандельштамма можно сказать, что результаты ихъ въ общемъ сходны съ результатами наблюдений Hoffmann'a (при брюшномъ тифѣ). Объ измѣненіяхъ же железы при хроническихъ болѣзняхъ (отчасти и общихъ) М. высказывается крайне неопредѣленно.

Zenker <sup>1)</sup> описывая случаи геморрагій поджелудочной железы, указалъ на исключительность ихъ травматическаго происхожденія и ихъ рѣдкую наблюдаемость вообще. Онъ замѣчалъ отложение пигмента въ эпителии долекъ—при старыхъ геморрагіяхъ.

Friedreich <sup>2)</sup> въ довольно обширной статьѣ о болѣзняхъ поджелудочной железы, помѣщенной въ Рук. къ Частной Патологій и Терапій—Ziemssen'a, даетъ довольно полный обзоръ предшествовавшей литературы (больше казуистической).—Кромѣ того, онъ приводитъ и свои наблюденія надъ измѣненіями железы, не всегда, впрочемъ, сопровождавшіеся микроскопическими изслѣдованіями. Такъ, онъ описываетъ случай самостоятельнаго воспаления железы, при которомъ имъ наблюдались кровоизліянія въ междольковую соединительную ткань и образованіе нарывовъ до величины боба; железа была въ этомъ случаѣ увеличена и плотна. Постыдательное воспаление ея Friedreich наблюдалъ при рожистой, блуждающей пневмоніи, при перитонитѣ, и другихъ болѣзняхъ соседнихъ органовъ. Хроническій интерстиціальныи процессъ онъ наблюдалъ, какъ и другіе авторы, при алкоголизмѣ, венозныхъ застояхъ и сифилисѣ; при этомъ онъ замѣтилъ, что процессъ этотъ часто служитъ причиною образованія маленькихъ кистъ, путемъ стягиванія стѣнокъ мелкихъ выводящихъ протоковъ. Говоря объ амиллоидномъ перерожденіи Friedreich указываетъ на его частоту при амиллоидѣ другихъ органовъ, а также и на возможность жироваго перерожденія самихъ долекъ при немъ. При обзорѣ спе-

<sup>1)</sup> Zenker, Hémorragies d. Pancr. (Berlin. Klin. Wochenschrift. 1874 г. № 48).

<sup>2)</sup> Friedreich, Die Krankh. d. Pancreas. Ziemssen-Handb. d. spec. Pathol. u. Therap. Bd. VIII; Thl. II; 2-e helf. (1-е изд.), 1875 г., стр. 200—280.

ціальнoй литературы мы еще встрѣтимся съ другими его указаніями, касающимися измѣненій железы при общихъ хроническихъ болѣзняхъ.

Birch-Hirschfeld <sup>1)</sup> относительно полно излагаетъ болѣзни поджелудочной железы, приводя старую литературу и свои наблюденія, освѣщенные иногда гистологическими изслѣдованіями. Онъ приводитъ случаи остраго воспаления железы, который онъ наблюдалъ у алкоголиста. Въ этомъ случаѣ эпителий долекъ былъ набухшій и сильно зернистъ,—въ нѣкоторыхъ же мѣстахъ представлялъ мелкозернистый наспадъ; въ междольковой же соединительной тканн находились красные и бѣлые кровяные шарикн. Далѣе, онъ высказывается за частоту разлнгаго интерстиціального процесса въ железн при хроническихъ болѣзняхъ вообще, и въ частности при туберкулезѣ и сифилисѣ. Изъ измѣненій эпителиа железы онъ наблюдалъ его жировое перерожденіе при фосфорномъ отравленіи. Диффузныи lipomatosis железы, по мнѣнію Birch-Hirschfeld'a наблюдается при старческомъ маразмѣ, причѣмъ жировая ткань выполняетъ мѣсто ранѣе атрофированнаго эпителиа долекъ. Говоря объ атрофій железы при диабетѣ,—онъ приводитъ случаи Ferichs'a, Klebs'a Recklinghausen'a и др. Позднѣе—онъ описалъ два случая—самостоятельнаго гнойнаго воспаления поджелудочной железы (у потаторовъ),—гдѣ въ ductus pancreaticus былъ кровянистый гной, а на поверхности разрыва выдавливались изъ протоковъ гнойныя пробки <sup>2)</sup>.

Cornil и Ranvier <sup>3)</sup> въ своемъ Руководствѣ къ патологической гистологій весьма мало уделяютъ мѣста поджелудочной железн, ссылаясь на неполноту и неясность имѣющихся наблюденій надъ гистологическими измѣненіями этого органа. Они указываютъ на измѣненія эпителиа долекъ при тифоидной лихорадкѣ,—сходныя съ описанными Hoffmann'омъ при брюшномъ тифѣ,—отмѣчая

<sup>1)</sup> Birch-Hirschfeld, Lehrb. d. Pathol. Anat., 1875 г. Siebente Abschnitt, стр. 973—982.

<sup>2)</sup> Virchow und Hirsch's Jahresber., 1877 г., II, стр. 221

<sup>3)</sup> Cornil et Ranvier, Manuel d'Histologie Pathol. Thl. III, 1876 г., стр. 968—971.

скопление капель жира въ сильно зернистой его протоплазмѣ. Далѣе, они замѣчаютъ, что жировое перерожденіе эпителиа долекъ наблюдается гораздо рѣже, чѣмъ ожиреніе междольковой соединительной ткани и что условія его (жировато-го перерожденія) ноявленія еще не твердо установлены.

Н. Molliere <sup>1)</sup> въ статьѣ Pancreas, написанной для Dictionnaire de Jaccoud, — при описаніи измѣненной железы приводитъ больше случаевъ изъ предшествовавшей литературы; изъ своихъ же наблюдений указываетъ на случаи геморрагическаго (зернисто-пигментнаго) перерожденія эпителиа долекъ — у одной чахоточной больной. Онъ цитируетъ Vulpiana, описавшаго впервые циррозъ поджелудочной железы, аналогичный по развитію циррозу печени; при такомъ циррозѣ железа представляется плотною, увеличенною или уменьшенною, съ болѣе или менѣе толстыми перекладинами, разделяющими уменьшенные дольки, часто замѣненные жировымъ распадомъ. Страданіе железы въ данномъ случаѣ не было распознано при жизни. Molliere, повидимому, игнорировалъ сообщеніе Klob'a о такомъ же измѣненіи железы, сдѣланное далеко раньше Vulpiana.

Laboulbène <sup>2)</sup> въ своей патологической анатоміи говоритъ, что микрпатологія поджелудочной железы представляетъ много интереса, но еще недостаточно изучена. Затѣмъ, онъ приводитъ нѣкоторые свои наблюдения, съ указаніями на микроскопическія измѣненія. Такъ, онъ при хроническомъ интерстиціальномъ процессѣ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, не наблюдая жироваго перерожденія эпителиа долекъ, а въ соединительной ткани видя въ ретенклеточное разможеніе. Затѣмъ, онъ приводитъ случай (мужчина 56 лѣтъ) геморрагіи поджелудочной железы, гдѣ при микроскопическомъ изслѣдованіи сосудовъ — не найдено было никакаго измѣненія въ ихъ стѣнкахъ. Вообще, Laboulbène довольно кратко говоритъ о всѣхъ измѣненіяхъ поджелудочной железы.

Въ патолого-анатомической литературѣ позднѣйшаго времени мы все болѣе и болѣе встречаемся съ указаніями на микроскопическія измѣненія поджелудочной железы, между тѣмъ, какъ въ литературѣ прошлаго столѣтія, не смотря на видные успѣхи микроскопической анатоміи железы, указанія эти встрѣчались какъ-то рѣдко или же были недостаточно полны, не охватывали, такъ сказать, всего обширнаго круга этихъ измѣненій. Только съ 1880 года начали появляться специально гистологическія работы, посвящающіяся мельчайшимъ измѣненіямъ поджелудочной железы при различныхъ болѣзняхъ. Къ этому же періоду относится и рядъ экспериментальныхъ работъ, стремящихся къ выясненію связи между патологическими измѣненіями железы и клиническими явленіями при нихъ.

Продолжая нашъ обзоръ литературы, мы отыщемъ здѣсь тѣ и другія.

Eduard Kyber <sup>3)</sup> въ статьѣ объ амилоидномъ перерожденіи вообще — описываетъ таковое и въ поджелудочной железн, а также и наблюдавшіеся при немъ измѣненія въ паренхимѣ и стромѣ ея. Онъ говоритъ, что амилоидъ поражаетъ чаще маленькія развѣтвленія артерій, а изрѣдка капилляры и частію метаморфогіамъ. Эпителий долекъ при этомъ изобилуетъ каплями жира — или зернистостію, иногда онъ вполне разрушенъ, или же только желтовато окрашенъ. Междольковая соединительная ткань болѣею частью утолщена. Макроскопически железа анемична и плотна.

Къ этому же времени относится работа д-ра Костюрина <sup>4)</sup>, объ измѣненіяхъ поджелудочной железы у чахоточныхъ; съ результатами его наблюдений мы встрѣтимся еще въ специальной части обзора литературы. Теперь же скажемъ только, что въ основу его работы легли уже болѣе полныя гистологическія изслѣдованія железы.

Проф. Chwostek <sup>5)</sup> въ своихъ клиническихъ лек-

<sup>1)</sup> Eduard Kyber. Weitere untersuchung ueber amyloid. Degeneration. Virch. Archiv. T. 81-й, стр. 420—421 (1880 г.).

<sup>2)</sup> Костюринъ. Обь измѣненіяхъ поджелудочной железы у чахоточныхъ больныхъ. «Врачъ» № 48; 1880 г., стр. 783—784.

<sup>3)</sup> Chwostek. Болѣзни поджелудочной железы. Перев. Сигриста, 1881 г., стр. 15, 20, 23, 29, 31, 37, 61, 64, 69.

<sup>1)</sup> Н. Molliere. Artiel-Pancreas, въ Nouveaux Dictionnaire de med. et. chirurg. pratique, de Jaccoud. 1878 г. т. 25, стр. 721 и др.

<sup>2)</sup> Laboulbène. Новые элементы Патолог. Анатоміи. Перев. М. Манассеиной, 1879 года, вып. 1, стр. 529—542.

цияхъ, представляющихъ довольно полный и основательный трактатъ о болѣзняхъ поджелудочной железы, собралъ наблюдения прежнихъ авторовъ надъ болѣзненными измѣненіями железы и присоединилъ къ нимъ свои, сопровождая каждое изъ нихъ клиническими наблюденіями. Въ описанныхъ, имъ самимъ наблюдаемыхъ, случаяхъ, онъ дѣлаетъ всоуду указанія на микроскопически измѣненія железы, отчасти уже отмѣченныя предшествовавшими изслѣдователями. Между прочимъ, онъ приводитъ довольно рѣдкій случай, гдѣ железа была увеличена и представляла плотную соединительно-тканную массу, безъ слѣдовъ эпителия, и содержащую различную величины творожистыя гнѣзда; двѣнадцати-перстная кишка была сильно сжата въ нисходящей ея части. Прижизненного диагноза нечѣя было поставитъ. Въ главѣ о новообразованіяхъ, онъ высказываетъ мнѣніе о рѣдкости раковаго пораженія поджелудочной железы и выражаетъ сомнѣніе относительно нѣкоторыхъ случаевъ, собранныхъ Ancelet'омъ, причисляя ихъ къ индурціямъ. Въ ряду другихъ измѣненій железы Schwstek приводитъ только два наблюдавшихся случая гангрены ея:—Portal'a (желудокъ и 12-ти перстная кишка были воспалены) и Н. Chiari (при крутой язвѣ желудка); въ послѣднемъ случаѣ железа представляла собою маленькій, валикообразный кусокъ ткани, буровато-чернаго цвѣта, и только микроскопическое изслѣдованіе указало на остатки железистой ткани. На случаяхъ Greiseliusa (1) и М. Besoult'a (2), приведенныхъ рядомъ съ случаями Portal'a въ монографіи Mondège'a, проф. Schwstek почему-то не останавливается. Мы видѣли въ числѣ хранящихся въ музеѣ патологоанатомическаго кабинета Академіи—препаратовъ—также случай гангрены поджелудочной железы (1881 года) при перитонитѣ.

Нѣсколько позднѣе выхода въ свѣтъ трактата проф. Swasteka Chiari 1) въ обществѣ вѣснскихъ врачей демонстрировалъ гангренозную поджелудочную железу, вышедшую у больного-рег анимъ; большой послѣ этого поправился.

1) Chiari. Рес. въ газетѣ «Врачъ», 1880 г., № 10; стр. 170 (изъ Allgem. med. centrbl. Zeit.; 1880; стр. 37).

Sohnheim 1) въ своей общей патологіи говоритъ, что поджелудочная железа вообще рѣдко поражается болѣзненными процессами, а метастатическими въ особенности (туберкулезъ, раки и др.). Далѣе, онъ выражаетъ сомнѣніе въ отношеніи жироваго перерожденія эпителия долекъ и амилоида сосудовъ; тѣмъ не менѣе, однако, затѣмъ говоритъ объ ея участіи во всѣхъ болѣе обширныхъ разстройствахъ кровообращенія, а также объ атрофій ея, — которую раздѣляетъ на активную (у стариковъ и при кахексій) и пассивную (при закупоркѣ протока).

Е. Ziegler 2) въ своей патологической анатоміи ограничивается только краткимъ перечисленіемъ болѣзненныхъ процессовъ поджелудочной железы, не внося новыхъ данныхъ объ ея микроскопическихъ измѣненіяхъ. Краткость своего изложенія онъ объясняетъ недостаткомъ болѣе полного изученія патологической анатоміи этого органа. Въ самомъ позднѣйшемъ изданіи (2-е) своего руководства — трактатъ о поджелудочной железн — онъ нѣсколько расширилъ; онъ приводитъ болѣе новую литературу и; между прочимъ, говоря объ амилоидномъ перерожденіи въ поджелудочной железн, указываетъ, что имъ захватываются мелкіе сосуды и соединительная ткань, эпителий же остается совершенно свободнымъ.

Наконецъ, Eichhorst 3) въ своемъ Руководствѣ къ частной Патологіи и Терапіи посвящаетъ болѣзнямъ поджелудочной железы довольно обширный трактатъ, въ которомъ, приводя старую и новую (въ большинствѣ — казуистическую) литературу, также почти не приводитъ новыхъ данныхъ изъ своихъ наблюденій.

Къ этому же времени относится появленіе дѣлаго ряда журнальныхъ статей, посвященныхъ описанію болѣе или менѣе экзквизитныхъ случаевъ, какъ напр. случай Ge-

1) Sohnheim. Руководство къ Общей Патологіи. Перев. Спирста, 1881 г., т. II; стр. 86—92.

2) E. n. Ziegler. Lehrbuch d. allgem. u. speciel. Pathol. Anat. und Pathogenes. Erste Aufl., 1881 г., vol I u II; стр. 701—709; а zweite Aufl., 1882 г.; thl. II; стр. 385—390.

3) Eichhorst. Handb. d. speciel. Pathol. u. Therap., thl. I; absch VI; стр. 995 и др. Его же—статья о Pancreas въ Real-Encyclopedie d. Gesamte Heilkund. Eulenburg'a. Bd. II, p. 37 (1881 года).

hardta 1) — съ кровоизлияніемъ въ междольковую соединительную ткань железы у эмфизематика — съ общей водячкой; д-ра Кернига 2) — случай первичнаго рака железы; N. Voemann'a 3) — случай огромной (20 1/2 фунтовъ) кисты поджелудочной железы (въ хвостовой ея части). Мы бы могли привести здѣсь еще цѣлый рядъ работъ казуистическаго характера, появившихся съ 1879 по 82 г., но должны отказаться отъ этого, въ виду того, что зная объ ихъ существованіи, мы не имѣли возможности, по разнымъ причинамъ, ближе познакомиться съ ихъ содержаніемъ, и только позволяемъ себѣ указать на имена нѣкоторыхъ почтенныхъ авторовъ, какъ-то: Beverleg'a, Litten'a, Kolbmann'a, Draper'a, Lugagne'a, Rigal'a, Pepper'a, Verardini, Tyson'a, Earle'a и др.

Съ болѣе полными изслѣдованіями микроскопическихъ измѣненій поджелудочной железы мы встрѣчаемся въ экспериментальныхъ работахъ послѣдняго времени. Такъ, Павловъ 4) при перевязкѣ выводнаго протока у собакъ наблюдалъ атрофію железистыхъ элементовъ и усиленное разрастаніе междольковой соединительной ткани, т. е. форму хроническаго интерстиціальнаго процесса. Эти изслѣдованія указываютъ на возможность развитія упомянутаго процесса при различнаго рода болѣзняхъ, сопровождающихся закупоркой главнаго выводнаго протока. Послѣ него такіе же опыты надъ кроликами были произведены Arnould'омъ и Vaillard'омъ 5), которые также наблюдали при этомъ усиленное развитіе соединительной ткани, начинающееся отъ большихъ протоковъ и распространяющееся далѣе на всю железу; дольки уменьшались въ объемѣ, а эпителий ихъ претерпѣвалъ жировое перерожденіе.

1) Gerhard't. По рефер. въ газ. «Врачъ» 1880 г., № 44; стр. 729 (изъ Münch. Med. Wochenschrift, 80, стр. 421—424).

2) Кернигъ. Случай первичн. рака поджелуд. желез. «Врачъ» № 1; 1881 г.

3) N. Voemann. Рефер. во «Врачъ» за 1882, № 9, стр. 142 (изъ The Lancet, 1882, Февр. 11). О кистѣ желез.

4) С. Павловъ. Beitr. z. phys. d. Pankreas. Вѣ Pflügers Archiv f. Phys. Bd. XIV, стр. 123—130.

5) Arnould et Vaillard. De la ligature d. duct. Wirsung (по рефер. въ Revue des sciences de Médecine, № 38; 1882 г.; pag. 473).

ніе. Ribbert 1), экспериментируя съ перевязкою выводнаго протока железы, нашелъ совершенно тѣ же измѣненія въ ней, какія были найдены ранѣе С. Павловымъ. Затѣмъ, д-ра К. Реми и г-жа Шауэ 2), съ цѣлю выясненія роли поджелудочной железы въ диабетѣ, производили искусственное ея страданіе перевязкою выводнаго протока у кроликовъ и собакъ, причемъ наблюдали также атрофію железы, съ разрастаніемъ соединительной ткани (она содержала круглыя ячейки и веретенообразныя тѣла), уменьшеніемъ объема долекъ, эпителий которыхъ утратилъ ядра и принялъ коллоидный видъ. Опыты эти между прочимъ доказали, что пораженіе поджелудочной железы не вызываетъ диабета. Во всѣхъ опытахъ съ перевязкою выводнаго протока получалось расширеніе ея.

Въ иномъ направленіи были произведены опыты Кирилловымъ 3). Онъ изслѣдовалъ микроскопически поджелудочную железу гнилостноотравленныхъ собакъ, убивая ихъ черезъ 24 часа (при температурѣ 40—41°), причемъ нашелъ исчезаніе зернистаго пояса въ эпителии (между тѣмъ, какъ собаки все это время не ѣли) и набуханіе эндотелия капилляровъ промежуточной соединительной ткани, которое вело за собой непроходимость ихъ и расширеніе артерій, съ застоємъ. Этимъ обстоятельствомъ Кирилловъ объясняетъ прекращеніе отдѣленія поджелудочнаго сока у лихорадящихъ собакъ, въ противоположность мнѣнію Стольникова, объясняющаго это явленіе параличемъ отдѣлительныхъ центровъ. Работа Кириллова собственно имѣетъ интересъ въ области патологической физиологии железы; но мы привели ее здѣсь — какъ одинъ изъ первыхъ шаговъ на пути къ объясненію патологофизиологическихъ явленій микроскопическими измѣненіями (поджелудочной железы).

1) Ribbert. Ueber d. Anatom. Folgezustand nach Unterbild. d. Pankreas (по реферату Степанова изъ Centrbl. f. kl. Med. 1880, № 25—въ Медин. обозрѣніи за 81 г., т. XV; стр. 245).

2) К. Реми и г-жа Шауэ. Рефер. въ Вѣд. Журналъ, — т. X, стр. 56 (съслѣ), за 1882 г. (изъ Compt. rendus hebdom. des séances de l'Acad. de Biologie, 1882 г. № 30, p. 598).

3) Кирилловъ. Рефер. во «Врачъ», № 29, за 1882 г., стр. 482 (изъ Архива ветеринарн. наукъ, за июль, 82 г.).

Заканчивая этимъ нашъ краткій обзоръ общей литературы по патологической анатоміи поджелудочной железы, мы не можемъ не замѣтить, что несмотря ни на важное физиологическое значеніе этого органа, ни на значительные успѣхи въ изученіи его тончайшаго строенія, въ литературѣ почти не имѣется систематическихъ изслѣдованій его микроскопическихъ измѣненій, а большая часть таковыхъ носитъ казуистическій характеръ. Этотъ недостатокъ патологоанатомическихъ изслѣдованій вообще еще болѣе рѣзко выразился, какъ мы сейчасъ увидимъ, въ литературѣ, относящейся къ измѣненіямъ железы при общихъ хроническихъ болѣзняхъ. О причинахъ недостатка систематическихъ, гистологическихъ изслѣдованій патологическихъ измѣненій поджелудочной железы мы уже приели раньше, рядомъ съ мнѣніемъ Подвысоцкаго и свое-

Переходя теперь къ обзору спеціальной литературы, т. е. касающейся измѣненій поджелудочной железы при общихъ хроническихъ болѣзняхъ, — мы также будемъ держаться ранѣе принятаго нами хронологическаго порядка, причемъ для болѣе удобнаго ориентированія въ литературныхъ данныхъ мы разсмотримъ ихъ, кромѣ того, по отдѣльнымъ формамъ заболѣваній.

Такъ какъ въ старой литературѣ крайне мало встрѣчается указаній на измѣненія поджелудочной железы при общихъ хроническихъ болѣзняхъ, — и эти указанія не отличаются полнотою и ясностью, то мы и позволяемъ себѣ ограничиться литературою настоящаго вѣка, приводя случаи старыхъ авторовъ по столько, по сколько они въ ней цитируются. Вообще — нельзя сказать, чтобы и эта спеціальная литература была богата данными, — особенно же изслѣдованіями микроскопическихъ измѣненій железы, стоящими пока еще на первой ступени развитія. Есть еще многія общія хроническія болѣзни, при которыхъ измѣненія поджелудочной железы совсѣмъ не были изслѣдованы, таковы напр.: rhachitis, uraemia, anaemia, chlorosis и др. Впрочемъ, Mondière приводитъ случай хрящеватаго уплотненія железы, съ облитераціей протока, у лимфа-

тической дѣвухи (Lilienhain'a 1); онъ же цитируетъ случай Bessou't'a 2), гдѣ при золотухѣ найдено было размягченіе железы. Значительно позднѣе, а именно у Friedreich'a 3) мы нашли указаніе на случай съ золотухой и туберкулезомъ, гдѣ при сыровидномъ перерожденіи эпителиа долекъ и брыжеечныхъ железахъ — не было интерстиціального процесса.

Объ измѣненіяхъ железы при лейкеміи, мы нашли указанія у Virchow'a 4), который описываетъ железу очень плотною, грубо-зернистою, дольки на поверхности разрыва — малыми, плотными и свѣтло-желтыми.

Объ измѣненіяхъ железы при хроническомъ ревматизмѣ мы нашли нѣкоторыя указанія у авторовъ начала стоящаго вѣка. Такъ, Harles 5) указываетъ на значительное уплотненіе железы. Dawidoff 6) также говоритъ объ уплотненіи, особенно части, покрывающей аорту, о гомогенномъ видѣ ея на разрѣзѣ и бѣдоватомъ цвѣтѣ. Онъ, кромѣ того, приводитъ случаи Harles'a, Leutaud'a и Prtal'a.

Объ измѣненіяхъ при чахоткѣ мы нашли слѣдующія литературныя указанія. Mondière высказывается за рѣдкость пораженія поджелудочной железы при хроническомъ туберкулезѣ и приводитъ два случая: одинъ Varnier'a 7) (изъ срединъ прошлаго вѣка), гдѣ при кавернахъ праваго легкаго — железа была, полна бугорковъ (glandes scrophuleuses); другой — Harles'a, — въ которомъ железа была увеличена въ объемъ и представляла туберкулезныя массы, между которыми находилось размягченное существо ея. — Claessen 8) приводитъ случай Stoll'a, гдѣ железа была

1) Mondière l. c. Vol XI, стр. 287.

2) l. c. Vol XI, стр. 285.

3) Friedreich. l. c., стр. 256.

4) Virchow. Beiträge zur Geschichte der Leucémie, Würzb. Verh. Bd. VII, стр. 117.

5) Harles. Ueber Krankh. d. Pancreas, Diss. Berlin, 1812 г., стр. 39—40.

6) Dawidoff. De morbis pancreatis observationen quaedam. Dissert. Dorpat 1833 г., стр. 14—16.

7) Mondière. l. c. Vol. XII, стр. 145.

8) Claessen. l. c. стр. 174—175.

атрофирована, мала, мягка и неупруга. Handiello Jones <sup>1)</sup> наблюдал жировое перерождение долек и инфильтрацию утолщенной междольковой соединительной ткани жировыми каплями. О таких же изменениях съ атрофией железы, позднѣе наблюдаемыхъ Klob'омъ, упоминаетъ Foerster <sup>2)</sup>. Cruveilhier <sup>3)</sup> упоминаетъ только объ измененіи лимфатическихъ железъ, расположенныхъ на поверхности железы. Ancelet <sup>4)</sup> приводитъ собранныя имъ 26 случаевъ и 11—Frank'a—измѣненій железы въ хроническомъ туберкулезѣ, описываетъ ихъ такъ: железа уплотнена и иногда увеличена въ объемѣ; бугорки бьвають въ толщѣ соединительной ткани и паренхимѣ (одиночно или множественно). Кроме того, онъ упоминаетъ и объ атрофій железы, съ облитерацией или же расширеніемъ протоковъ.

Klebs <sup>5)</sup> говоритъ объ уплотненіи железы у чахоточныхъ увеличеніи объема и объ окрашиваніи долекъ въ желтоватый цвѣтъ; при этомъ онъ считаетъ уплотненіе простымъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи Klebs бугорковъ не находилъ, а только жировое перерожденіе эпителия долекъ, почему и думаетъ, что Ancelet ошибочно принималъ за первую стадію бугорковаго процесса это перерожденіе. Онъ приводитъ случай Hartmann'a, гдѣ сыровидные узлы выполняли атрофированную железу, причемъ думаетъ, что они проникли въ существо железы путемъ вдавливанія сывороточно-перерожденныхъ окружающихъ лимфатическихъ железокъ. Д-ръ Мандельштамъ <sup>6)</sup> несомнѣнно ясно выражается объ измененіяхъ поджелудочной железы при чахоткѣ, упоминая о плотности ея, незначительной атрофій и анеміи, —прозрачности протоплазмы эпителия и ясности выраженія ядра; о междольковой соединительной ткани онъ ничего не говоритъ. Затѣмъ, высказываясь за исключительную принадлежность паренхиматознаго воспаления и разрастанія соединительной ткани

железы—только острымъ инфекціоннымъ процессамъ,—онъ какъ бы не признаетъ измѣненій ея при чахоткѣ и другихъ хроническихъ болѣзняхъ, которымъ нѣсколько ранѣе онъ приписывалъ слабую форму этихъ измѣненій. Birch-Hirschfeld <sup>1)</sup> вскользь упоминаетъ о жировомъ перерожденіи эпителия и таковой же его инфильтраціи при чахоткѣ. — Friedreich <sup>2)</sup> указываетъ на таковое же измѣненіе железы, причемъ онъ наблюдаетъ еще интерстиціальную процессъ и амилонное перерожденіе стѣнокъ мелкихъ сосудовъ. Онъ же приводитъ одинъ случай (золотухи и туберкулеза) сыровиднаго измѣненія клѣтокъ дольки, безъ хроническаго воспаления междольковой соединительной ткани. Проф. Chwostek <sup>3)</sup> говоря о причинахъ, вызывающихъ хроническое интерстиціальное воспаление поджелудочной железы, указываетъ въ числѣ ихъ и на хроническіе процессы въ легкихъ. А затѣмъ,—приводитъ свой случай хроническаго туберкулеза (легкихъ, гортани и пр.), въ которомъ железа была жестка, велика, хрустѣла при разрывѣ, желтовато-сѣраго цвѣта; микроскопическое изслѣдованіе указало на жировое перерожденіе эпителия долекъ и амилонное перерожденіе мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ.—По его мнѣнію утолщеніе междольковой соединительной ткани при этомъ встречается чаще въ островатой формѣ. Molliege <sup>4)</sup> приводитъ случаи геморрагической пигментации эпителия долекъ у одной чахоточной больной.

Вообще — въ литературѣ, просматриваемой нами, мы мало нашли болѣе полныхъ и опредѣленныхъ указаній по настоящему вопросу. Болѣе подробное описаніе измѣненій железы у чахоточныхъ мы нашли въ краткой, но основательной работѣ д-ра Костюрина <sup>5)</sup>. Онъ нашелъ жировое перерожденіе эпителия долекъ во всѣхъ 3-хъ периодахъ, причемъ высшая степень перерожденія (въ 3-хъ случаяхъ) охватывала преимущественно всѣ дольки головной части железы и только нѣкоторыя въ другихъ ея частяхъ. Соединительная ткань въ его

<sup>1)</sup> H. Jones. l. c. стр. 204.

<sup>2)</sup> Forster. l. c. стр. 216.

<sup>3)</sup> См. Klebs. l. c. стр. 378.

<sup>4)</sup> Ancelet. l. c. стр. 42, 43.

<sup>5)</sup> Klebs. l. c. стр. 378, 397.

<sup>6)</sup> Мандельштамъ. l. c. стр. 37.

<sup>1)</sup> Birch-Hirschfeld. l. c. стр. 979.

<sup>2)</sup> Friedreich. l. c. стр. 236, 256, 277.

<sup>3)</sup> Chwostek. l. c. стр. 16, 61, 73.

<sup>4)</sup> Molliege.—Dixion. de Jaccoud T. 25, стр. 722.

<sup>5)</sup> l. c. «Врачъ» № 48, 1880 г., стр. 783—784.

случаях была утолщена—и вблизи сосудов инфильтрирована лимфоидными элементами. Кроме того, д-р Костюринъ нотируетъ еще присутствие въ долькахъ (внутри и по периферіи) большого количества бездѣльных шариковъ, сходныхъ съ бѣлыми кровяными тѣльцами. Въ томъ же году Arnozan et Vaillard <sup>1)</sup> описали случай измѣненія железы у чахоточнаго больного (41 г.). Железа была очень увеличена въ объемѣ и вѣсѣ (190 grm.); на поверхности сѣрожелтаго цвѣта и зерниста. На разрѣзѣ, въ срединѣ, представляла сѣроватые, салные, округленные островки. Утолщенная междольковая соединительная ткань состояла изъ молодой и фиброзной ткани. На периферіи железы измѣненія слабе. Въ долькахъ двухъ родовъ клѣтки: плоскія, жировыя—или же жировыя зерна и секреторныя—маленькія, съ уменьшеннымъ ядромъ. Округленные островки подъ микроскопомъ оказались измѣненными дольками, въ которыхъ авторы различаютъ три пояса: центральный, — состоящій изъ атрофированныхъ, скудныхъ или превращенныхъ въ жировой детритъ—клѣтокъ; слой молодой соединительной ткани, концентрически разрастающейся до уничтоженія просвѣта, переходящій въ периферическій слой изъ фиброзной соединительной ткани.—Авторы готовы бы были признать здѣсь гипертрофическій циррозъ железы; но они не замѣтили первичнаго воспаления въ стѣнкахъ протоковъ и новообразования ихъ и сосудовъ, почему и оставили вопросъ открытымъ. Болѣе новыхъ указаній,—послѣ данныхъ д-ромъ Костюринымъ и Arnozan'омъ et Vaillard'омъ на гистологическія измѣненія поджелудочной железы при чахоткѣ мы не находили.

Литературныя указанія на измѣненія поджелудочной железы при общемъ истощеніи и малокровіи, въ зависимости отъ хроническаго катарра желудочно-кишечнаго тракта, весьма немногочисленны, а что касается до микроскопическихъ изслѣдованій этихъ измѣненій, то ихъ до сего времени почти вовсе не

<sup>1)</sup> Arnozan et Vaillard. Cirrhose totale du pancreas, avec hypertrophie de l'organe.—Jour. de Med. de Bordeaux.—1880—81 г. Vol. X, стр. 584.

производилось. Brigh <sup>1)</sup> въ одномъ случаѣ воспаления двѣнадцатиперстной кишки наблюдалъ разрастаніе соединительной ткани въ поджелудочной железн—островчатаго характера.

Mondière <sup>2)</sup>, въ ряду болѣзненныхъ измѣненій, наблюдаемыхъ при хроническомъ страданіи желудка и кишечника, указываетъ на острое воспаление съ нагноеніемъ, на атрофію и простое уплотненіе долекъ, безъ увеличенія объема и измѣненія въ цвѣтѣ. Онъ приводитъ случай Moulon'a—съ нагноеніемъ; свой и нѣсколько случаевъ Becourt'a—съ уплотненіемъ; еще случай Portal'a—гдѣ железа была размягчена, покрыта червотавою слизью (гангренициррозомъ). Изъ сказаннаго видно, что въ наблюдаемыхъ измѣненіяхъ железы (по Mondière) незамѣтно однообразія. Claessen <sup>3)</sup> приводитъ случай полной атрофіи железы при хроническомъ катаррѣ желудка (Grümpy, Landsberg'a, Kloss'a и Stoll'a) и кишечника (Hartmann'a). Hanf Jones <sup>4)</sup> какъ причину жироваго перерожденія долекъ железы приводитъ и хроническое страданіе желудочно-кишечнаго тракта; Ancelet-же <sup>5)</sup> воспаление желудочно-кишечнаго тракта считаетъ за причину воспалительнаго процесса въ железн. Хроническій интерстиціальный процессъ въ железн при хроническихъ страданіяхъ желудочно-кишечнаго тракта чаще наблюдалъ потомъ Klebs <sup>6)</sup>, который атрофію клѣточныхъ элементовъ, также наблюдавшуюся при этомъ, объясняетъ сдавливаніемъ разрастающейся соединительной тканью. Хроническому же желудочно-кишечному катарру Klebs приписываетъ участіе и въ образованіи нѣкоторыхъ (слизистыхъ) кистъ железы. Cornil и Ranvier <sup>7)</sup> въ числѣ причинъ, вызывающихъ хроническій интерстиціальный процессъ съ атрофіей эпителия въ железн—ставятъ хроническое воспаленіе и извы желудка

<sup>1)</sup> Brigh l. c. стр. 34.

<sup>2)</sup> l. c. Vol XI, стр. 269, 270, 285.

<sup>3)</sup> l. c. стр. 169, 173, 232, 238.

<sup>4)</sup> l. c. стр. 204.

<sup>5)</sup> l. c. стр. 15—16, 126.

<sup>6)</sup> Klebs l. c. стр. 379, 387, 393.

<sup>7)</sup> Cornil et Ranvier. l. c. 968—970.

и двѣнадцати-перстной кишки. Позднѣе, Chwostek<sup>1)</sup>, въ числѣ причинъ, производящихъ расширение выводяго протока, съ послѣдовательной атрофіей железы, выставляетъ катарръ двѣнадцати-перстной кишки. Вотъ и все, что мы нашли въ литературѣ по данному вопросу.

Объ измѣненіяхъ поджелудочной железы при алкоголизмѣ и сопровождающемъ его циррозѣ печени мы нашли слѣдующія литературныя указанія. Mondière<sup>2)</sup> высказываетъ мнѣніе, что алкоголизмъ есть одна изъ частыхъ причинъ заболѣванія поджелудочной железы, причемъ приводитъ нѣсколько случаевъ изъ старой литературы: Grampton'a—съ уплотненіемъ и увеличеніемъ объема железы; Sebire'a—съ хрящеватымъ уплотненіемъ ея; Lobstein'a, Dupuytren'a и Becourt'a съ превращеніемъ въ жировую массу. Claessen<sup>3)</sup> описываетъ случай, гдѣ только головная часть железы была уплотнена (Squigreuse), а протокъ сжатъ. Онъ приводитъ случаи, гдѣ при циррозѣ печени (у алкоголистовъ) железа была атрофирована и жирно перерождена; случаи эти наблюдались König'омъ, Morgagni, Grassius'омъ. Hanfield Jones<sup>4)</sup> описываетъ случай алкоголическаго цирроза печени, при которомъ онъ нашелъ превращеніе долекъ въ жировыя массы, а въ междольковой ткани утолщеніе. Rokitansky<sup>5)</sup> наблюдалъ у пьяницъ жировое перерожденіе железы—въ формѣ диффузнаго образованія жировой клятчати въ междольковой соединительной ткани, причемъ дольки атрофировались. E. Lancereaux<sup>6)</sup> описываетъ четыре случая измѣненія поджелудочной железы у алкоголистовъ. Въ одномъ случаѣ при жирноперерожденной печени поджелудочная железа была мягка, желтаго цвѣта, 32 сент. длины и 2 сент. толщины; дольки ея глубоко измѣнены: эпителій или инфильтрированъ жировыми каплями, или же превращенъ въ жировой детритъ. Во 2-мъ случаѣ—

при (гранулярная атрофія) циррозѣ печени,—дольки железы были инфильтрированы жиромъ, или же содержали звѣздообразныя фигуры кристалловъ жировыхъ кислотъ. Въ двухъ другихъ случаяхъ при алкоголическомъ циррозѣ печени поджелудочная железа была уплотнена и пигментирована, въ эпителіи долекъ замѣтно отложеніе пигмента. На стр. 35 Lancereaux также приводитъ случай пигментации поджелудочной железы при циррозѣ печени. По мнѣнію Klebs'a) алкоголизмъ, съ послѣдовательнымъ циррозомъ печени, есть одна изъ частыхъ причинъ хроническаго интерстиціального процесса въ поджелудочной железн, почему и въ случаяхъ Grampton'a онъ склоненъ видѣть вліяніе цирроза печени. Friedreich<sup>2)</sup> высказывается за аналогичность цирроза поджелудочной железы—съ циррозомъ печени у алкоголистовъ. Birch-Hirschfeld<sup>3)</sup> описываетъ одинъ случай, гдѣ онъ у алкоголиста нашелъ въ междольковой ткани бѣлые и красныя кровяныя шарики, эпителій же долекъ сильно зернистымъ или же превратившимся въ жировой распадъ. Cornil et Ranvier<sup>4)</sup> говорятъ, что у алкоголистовъ часто железистая паренхима замѣняется отчасти или вполне жировою тканью, развивающеюся въ междольковой соединительной ткани около сосудовъ и протоковъ. Jaccoud<sup>5)</sup> объ измѣненіяхъ поджелудочной железы у алкоголистовъ говоритъ: «поджелудочная железа оказывается объемистой и пропитанной жиромъ или отвердѣвшей и покрытой буграми, при этомъ фиброзный остовъ ея бываетъ утолщенъ, а железистые элементы оказываются атрофированными». Guillery<sup>6)</sup> описалъ высокую степень интерстиціального процесса железы у умершаго отъ delirium tremens. Chwostek<sup>7)</sup> при-

1) Klebs. l. c. стр. 396, 398.

2) Friedreich. l. c. стр. 252.

3) Birch. Hirschfeld. l. c. стр. 975.

4) Cornil et Ranvier. l. c. стр. 970.

5) Jaccoud. Ручов. къ внутренней патологій (перев. М. Манасеиной), т. IV, стр. 609.

6) Guillery. Ueber d. Entzünd. d. Pancreas. Diss. Berlin (no пер. Nothnagel'a въ Jahresbericht. der gesammte Medicin, 1879 г.; стр. 190; Bd. 14).

7) Chwostek. l. c. стр. 15, 27, 32—35, 69.

1) Chwostek. l. c. стр. 15, 27.

2) Mondier l. c. Vol. XI, стр. 284, 286; Vol. XII, стр. 150.

3) Claessen. l. c. стр. 170—171, 259—261.

4) H. Jones. l. c. стр. 202.

5) Rokitansky. l. c. т. III, стр. 312, 396.

6) E. Lancereaux. Atlas d'anatomie patholog. 1869; Liv. II; текстъ стр. 35, 47, 48, 52—53 (рис. plan. 6; снг. 4).

водить свой случай, гдѣ у картофеля, — съ циррозомъ печени, — былъ хроническій интерстиціальный процессъ железы (плотна какъ хрящъ), въ соединеніи съ гнойнымъ (полости съ темно-сѣброю рыхлою массою); микроскопическаго изслѣдованія повидимому не было сдѣлано. Онъ ставитъ алкоголизмъ въ числѣ причинъ и хроническаго интерстиціального воспаления желѣзы — и жирового перерожденія эпителиа. Laboulbène<sup>1)</sup> разъ у алкоголиста съ жирной печению, нашель: «клеточки долекъ поджелудочной железы очень сильно наполнеными жировой зернистостью». Болѣе позднихъ указаній на измѣненія поджелудочной железы — при алкоголизмѣ — съ циррозомъ печени мы не нашли, всѣ же приведенныя нами не вполне охватываютъ картину микроскопическихъ ея измѣненій при этомъ болѣзненномъ процессѣ.

Въ литературѣ измѣненій поджелудочной железы при сифилисѣ, мы уже встрѣчаемъ болѣе полныя описанія микроскопической картины этихъ измѣненій, описанія впрочемъ принадлежащія болѣе позднему времени. Хотя и въ старой литературѣ есть указанія по этому вопросу, но они болѣе касаются макроскопическихъ измѣненій железы. Такъ у Mondière<sup>2)</sup> приводится случай, въ которомъ поджелудочная железа была плотнѣе нормальной, набухшая въ головной части, на поверхности разрѣза выступало много капель крови; онъ, впрочемъ, приписываетъ эти измѣненія ртутному лѣченію. Cruveilhier<sup>3)</sup> говорить о весьма рѣдкомъ вообще — разлитомъ интерстиціальномъ процессѣ и гуммахъ, встрѣчаемыхъ имъ у дѣтей съ врожденнымъ сифилисомъ. Онъ описаль еще случай сифилиса у новорожденнаго дитяти, гдѣ железа была превращена въ бѣлую, салыную массу, — долекъ не было и слѣда, железа была утолщена въ передне-заднемъ диаметрѣ. Rokitansky<sup>4)</sup> указываетъ на существованіе сифилитическихъ рубцовъ и гуммъ, какъ на очень рѣдкое

<sup>1)</sup> Laboulbène. l. c. стр. 533.

<sup>2)</sup> Mondière. l. c. Vol. XI, стр. 267—268.

<sup>3)</sup> Cruveilhier см. Schwötek l. c. стр. 31; Klebs l. c. стр. 390.

<sup>4)</sup> Rokitansky. l. c. 254; 310.

явленіе особенно у взрослыхъ. Virchow<sup>1)</sup> кромѣ находимаго имъ разлитаго хроническаго интерстиціального процесса и гуммозныхъ узловъ, описаль случай съ полнымъ жировымъ перерожденіемъ эпителиа долекъ (у новорожденнаго). Позднѣ такіа же измѣненія железистыхъ элементовъ описаль Odmansson<sup>2)</sup>. Virchow<sup>3)</sup> еще описаль одинъ случай (старуха 84-хъ лѣтъ страдавшая ранѣе сифилисомъ), гдѣ железа была увеличена, плотна, съ свѣтложелтыми гнѣздами въ паренхимѣ, которая на разрѣзѣ представляла маслоподобное, мазкое и клейкое вещество. Friedreich<sup>4)</sup>, кромѣ описанныхъ измѣненій, находилъ еще амилоидное перерожденіе сосудовъ железы. Lancereaux также находилъ у сифилитиковъ поджелудочную железу уплотненною и склерозированною. Klebs<sup>5)</sup>, высказывая мнѣніе, что гуммозные узлы почти никогда не встрѣчаются, описаль однако таковыя, найденныя имъ у 6-ти мѣсячнаго плода. Болѣе полную картину микроскопическихъ измѣненій поджелудочной железы у сифилитиковъ мы нашли въ работѣ проф. Н. П. Ивановскаго<sup>6)</sup>. Онъ нашель въ 5-ти случаяхъ разлитое интерстиціальное воспаление, захватывавшее или весь органъ, или же ограничивавшееся только головною частью его, а въ трехъ случаяхъ — амилоидное перерожденіе стѣнокъ сосудовъ (межкыхъ). Затѣмъ, онъ наблюдалъ различную интрузивность въ измѣненіяхъ железы соответственно періодамъ сифилитическаго страданія. Такъ, въ болѣе раннемъ періодѣ измѣненія имѣли островчатый характеръ, причѣмъ центръ островковъ представлялъ собою гнѣздо, охватывавшее нѣсколько долекъ, утратившихъ свое строеніе, и состоящее изъ равномерно распределенныхъ, сильно преломляющихъ свѣтъ, жировыхъ зернышекъ. Такихъ

<sup>1)</sup> Virchow. Virchow's Archiv. т. XV. стр. 315. Würzb.; Verhändl. T. III, стр. 366—367.

<sup>2)</sup> Odmansson, (no Pce. Zeissl'a въ Jahrbüch. Gesam. Med. 1869. Bd. II; стр. 560).

<sup>3)</sup> Friedreich. Virchow. Archiv. Bd. XI, стр. 380.

<sup>4)</sup> Klebs. l. c. 390, 397.

<sup>5)</sup> Н. П. Ивановскій. Матеріалы къ ученію о висцеральной сивилесѣ (Паренхим. измѣненія железистыхъ органовъ при сифилисѣ). Диссерт. Сиб. 1871 г., стр. 13—16.

гнѣздъ находилось очень много разсыянными въ ткани железы, причемъ ихъ окружали два пояса болѣе слабыхъ степеней измѣненій; въ ближайшемъ ясно выраженныхъ дольки содержали вмѣстѣ клѣтокъ мелкозернистую массу, — въ стѣдующемъ, периферическомъ, отдѣльныхъ клѣтки все яснѣе и яснѣе оконтуривывались. Въ позднихъ періодахъ болѣзни измѣненія принимали развитую форму, причемъ гнѣзда — съ интензивнѣйшими измѣненіями — сливались, а жировыя зерна образовывали крупныя капли жира, скучивающіяся въ центрѣ долекъ. На плотныхъ и уменьшенныхъ въ объемѣ железахъ, пронизанныхъ лучками соединительной ткани (по направленію протоковъ и сосудовъ), микроскопъ указывалъ присутствіе старой соединительной ткани, между лучками которой лежали кучки жировыхъ капель и бурыхъ пигментныхъ зеренъ; при меньшихъ измѣненіяхъ находились уменьшенныя въ объемѣ, дольки — съ жировымъ распадомъ, — тогда какъ въ первомъ случаѣ ацинозное строеніе было утрачено. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ Проф. Н. П. Ивановскаго стѣнки сосудовъ были утолщены и имѣли гомогенный, блестящій видъ; въ нѣсколько же расширенныхъ протокахъ находилось коллоидное вещество. Мы позволили себѣ нѣсколько подробнѣе изложить, описанныя Проф. Н. П. Ивановскимъ, измѣненія железы при сифилисѣ, потому что какъ до него, такъ и послѣ его работы мы не встрѣтили въ литературѣ болѣе полныхъ описаній микроскопическихъ измѣненій поджелудочной железы при этомъ болѣзненномъ процессѣ. Позднѣе Friedreich <sup>1)</sup> и Chwostek <sup>2)</sup> дали указанія на существованіе цирроза поджелудочной железы у сифилитиковъ, а второй изъ нихъ наблюдалъ еще случай съ геморрагіей железы. Birch-Hirschfeld <sup>3)</sup> наблюдалъ хроническій интерстиціальныи процессъ у 13-ти — изъ 23-хъ дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ. За бѣольшую частоту этого процесса у дѣтей высказывается и Chwostek. Drozda <sup>4)</sup>

<sup>1)</sup> Friedreich, l. c. 253—254.

<sup>2)</sup> Chwostek, l. c. 15, 27, 31. Ego же. — Ein Fallv. Syphilis d. Pankreas, Nebennier, etc. (Wien, Med. Wochenschr. 1877; № 33).

<sup>3)</sup> B. Hirschfeld, l. c. — стр. 967.

<sup>4)</sup> Drozda, Klinische Beitr. zur Kasnistie. d. Pankreas krank (no ресер. Владимірова въ Медин. Обозрѣніи, за 1881 г., т. XV, стр. 240 изъ Wien. Med. Presse 1880, т. XXI, стр. 933, 1084.

описать случай сифилиса, гдѣ поджелудочная железа была превращена въ понеречный, бѣловатый, скрипящій подъ ножомъ рубецъ (толщиной въ 3 поперечныхъ пальца), въ которомъ найдено было только нѣсколько уцѣлѣвшихъ долекъ (въ головной части). Только что перечисленные авторы не даютъ полныхъ описаній микроскопическихъ измѣненій железы при сифилисѣ.

Что касается до измѣненій поджелудочной железы при старческомъ маразмѣ, то на нихъ указанія встрѣчаются еще въ старой литературѣ. Такъ Lobstein) описалъ два случая атрофіи жироваго превращенія железы; Classen <sup>2)</sup> приводитъ случай Siebold'a, гдѣ железа была атрофирована, жирно превращена и не упруга. Позднѣе Hanfield Jones <sup>3)</sup> въ числѣ причинъ, вызывающихъ жировое перерожденіе долекъ железы, ставитъ также старческій маразмъ. Ancelet <sup>4)</sup> указываетъ на атрофію железы у стариковъ. Klebs <sup>5)</sup> указываетъ на развитіе жировой клѣтчатки въ междольковой соединительной ткани, какъ на самое частое явленіе при старческомъ маразмѣ; Cornillet Ravier <sup>6)</sup> наблюдали при немъ зернисто-жировое перерожденіе эпителиа долекъ. По Birch-Hirschfeldy <sup>7)</sup> при старческомъ маразмѣ происходитъ диффузное новообразованіе жировой клѣтчатки, причемъ освобождающаея при атрофіи эпителиа мѣсто замѣщается жировою тканью. Friedreich <sup>8)</sup> говоритъ объ атрофіи железы, съ жировымъ перерожденіемъ клѣточныхъ элементовъ въ долькахъ. Chwostek <sup>9)</sup>, упоминая объ атрофіи железы у стариковъ, говоритъ, что уменьшенныя дольки имѣютъ желтобурый или темнокоричневый цвѣтъ; онъ указываетъ и на жировое перерожденіе долекъ при старческомъ маразмѣ. Изъ приве-

<sup>1)</sup> Chwostek, l. c. стр. 20.

<sup>2)</sup> Classen, l. c. стр. 168, 174.

<sup>3)</sup> Hanfield Jones, l. c. стр. 204.

<sup>4)</sup> Ancelet, l. c. стр. 28, 127.

<sup>5)</sup> Klebs, l. c. стр. 380, 398.

<sup>6)</sup> Cornillet Ravier, l. c. стр. 969.

<sup>7)</sup> Birch Hirschfeld, l. c. стр. 977—978.

<sup>8)</sup> Friedreich, l. c. стр. 241.

<sup>9)</sup> Chwostek, l. c. стр. 20, 21, 69.

денного видно, что изменения поджелудочной железы при старческом моразмѣ бо богаты болѣ полными микроскопическими изслѣдованіями ихъ,—такъ напр. нѣтъ указаній на состояніе междольковой соединительной ткани, сосудовъ, протоковъ.

На изменения поджелудочной железы при общемъ параличѣ помѣшанныхъ мы нашли только указаніе у Klebs'a <sup>1)</sup>, который говоритъ, что железа такихъ больныхъ уменьшена въ объемѣ и плотнѣе нормальной; а уменьшенія ея дольки окрашены въ бурожелтый или темнубурый цвѣтъ. Позднѣе Chwostek <sup>2)</sup> говоритъ, что общій параличъ помѣшанныхъ иногда бываетъ причиною атрофіи железы.

Довольно многочисленныя литературныя указанія имѣются относительно измененій поджелудочной железы при диабетѣ. Хотя въ ряду изслѣдованныхъ нами случаевъ и нѣтъ поджелудочной железы диабетиковъ, но для полноты и нѣкоторой цѣльности литературнаго очерка мы позволяемъ себѣ привести литературныя указанія на измененія ея при этой болѣзни. Первый указать на эти измененія Bright <sup>3)</sup>, найди у одного диабетика железу хрящевато-уплотненною и атрофированною, съ желтоватымъ цвѣтомъ на разрѣзѣ, а у другаго—ракъ железы. Потомъ, Griesinger <sup>4)</sup> нашелъ на трупахъ 5 диабетиковъ только одинъ разъ атрофію железы, почему заключилъ о рѣдкости пораженія ея при диабетѣ. Однако наблюденія послѣдующихъ авторовъ доказали, что измененія железы при диабетѣ встрѣчаются почти въ половинѣ случаевъ, причѣмъ они состоятъ въ большей или меньшей степени атрофіи железы, съ жировымъ перерожденіемъ клѣточныхъ элементовъ долекъ. Въ этомъ направленіи существуютъ указанія: Frerichs'a, Harsten'a, Klebs'a, Fles'a, Recklinghausen'a и др. <sup>5)</sup>. Въ

<sup>1)</sup> Klebs. l. c. стр. 380.

<sup>2)</sup> Chwostek. l. c. стр. 20.

<sup>3)</sup> Bright. l. c. стр. 3, 11.

<sup>4)</sup> Senator. Diabetis mellitus (въ Руководствѣ къ частной патологии и терапіи Ziemssen'a; перев. Алашасьева; 1878 г., т. XIII, ч. II, 1-я половина, стр. 130).

<sup>5)</sup> ibid стр. 131. (см. cit. № 14).

случаяхъ Fles'a, а затѣмъ Klebs'a и Munk'a <sup>1)</sup> была полнѣйшая атрофія железы: кучки зернышекъ лежали вмѣсто долекъ среди рыхлой соединительной ткани. Многіе авторы ближайшаго къ намъ времени высказываются за большую частоту пораженія поджелудочной железы при диабетѣ, и именно—атрофію ея съ жировымъ перерожденіемъ клѣточныхъ элементовъ долекъ, авторы эти: Cornillet Ranvier <sup>2)</sup>, Friedreich <sup>3)</sup>, Birch-Hirschfeld <sup>4)</sup>, Chwostek <sup>5)</sup> и Senator <sup>6)</sup>. Послѣдній изъ нихъ говоритъ, что «этотъ органъ (т. е. поджелудочная железа), вообще столь рѣдко представляющей по крайней мѣрѣ грубыя, патологическія измененія при другихъ болѣзняхъ, при диабетѣ поразительно часто оказывается пораженнымъ и именно либо просто атрофированнымъ, либо вмѣстѣ съ тѣмъ и перерожденнымъ». Онъ далѣе говоритъ, между прочимъ, что на частоту пораженій железы при диабетѣ обратилъ вниманіе только въ новѣйшее время, благодаря сообщеніямъ Bouschardat, Самый болѣйшій процентъ пораженія поджелудочной железы при диабетѣ наблюдалъ Santani <sup>7)</sup>; онъ изъ пяти труповъ диабетиковъ—въ 4 нашелъ железу атрофированною, съ жировымъ перерожденіемъ долекъ.

Есть нѣкоторыя литературныя указанія на измененія поджелудочной железы также и при обширныхъ нарушеніяхъ кровообращенія,—при хроническихъ порокахъ сердца. Такъ, о хроническомъ интерстиціальномъ процессѣ, съ жировымъ перерожденіемъ клѣточныхъ элементовъ, долекъ,—говорятъ: Klob <sup>8)</sup>, Friedreich <sup>9)</sup> и Chwostek <sup>10)</sup>; а Hanfield Jones <sup>11)</sup> и Cornillet Ranvier <sup>12)</sup>—указываютъ на диффузное жировое пере-

<sup>1)</sup> Klebs. 379, 380, 386.

<sup>2)</sup> Cornillet Ranvier. l. c. стр. 970.

<sup>3)</sup> Friedreich. l. c. стр. 241, 276.

<sup>4)</sup> B. Hirschfeld. l. c. стр. 980.

<sup>5)</sup> Chwostek. l. c. стр. 15, 20, 21, 69.

<sup>6)</sup> Senator. l. c. стр. 130, 131.

<sup>7)</sup> Эвальдъ. l. c. стр. 126.

<sup>8)</sup> Klob. l. c. стр. 530—531.

<sup>9)</sup> Friedreich. l. c. стр. 236.

<sup>10)</sup> Chwostek. l. c. стр. 16.

<sup>11)</sup> H. Jones. l. c. 204.

<sup>12)</sup> Cornillet Ranvier. l. c. стр. 970.

рождение железы (т. е. заѣму соединительной ткани ея жировой) съ атрофиею долекъ, какъ бы измѣненія сопро-вождающія хроническія пороки сердца.

Наконецъ, на жировое перерождение железы при об-щѣмъ липоматозѣ существуютъ также указанія въ литературѣ (Klebs <sup>1)</sup>, Friedreich <sup>2)</sup>, Chwostek <sup>3)</sup> и другіе).

Изъ приведенной нами литературы по интересующему насъ вопросу видно, что несмотря на имѣющіеся, впро-чемъ весьма немногочисленныя, микроскопическія изслѣ-дованія измѣненій поджелудочной железы при общихъ хроническихъ болѣзняхъ, въ области этого вопроса пред-ставляется еще обширное поле для дальнѣйшихъ изслѣ-дованій. Въ ряду представляющихся вопросовъ стоить между прочимъ и вопросъ объ обобщенности измѣненій поджелудочной железы при всѣхъ общихъ хроническихъ заболѣваніяхъ, ведущихъ къ сильному истощенію орга-низма. Вотъ почему, по совѣту профессора Н. П. Ива-новскаго, мною предпринято было микроскопическое изслѣдованіе поджелудочныхъ железъ, получаемыхъ отъ труповъ больныхъ, умершихъ отъ общихъ хроническихъ болѣзней, причемъ—къ сожалѣнію—въ силу нѣкоторыхъ обстоятельствъ, мы должны были ограничиться только семью разнообразными формами этихъ болѣзней. Кромѣ того, въ виду малознѣности измѣненій поджелудочной желе-зы при циррозѣ печени, мы поставили своей зада-чей изслѣдовать эти случаи въ нѣсколько большемъ ко-личествѣ, чѣмъ съ другими общими заболѣваніями.

Въ виду имѣющихся прекрасныхъ описаній тончайшаго строения поджелудочной железы Heidenhain'a и Подвысоц-каго (младшаго), мы не считаемъ необходимымъ остано-вливаться на описаніи нормальнаго ея строения. Скажемъ лишь только, что, приступая къ нашей работѣ, мы для ознакомленія съ нормальнымъ строеніемъ железы изслѣ-довали предварительно поджелудочныя железы собакъ, а также умершихъ отъ случайныхъ причинъ людей, ор-

<sup>1)</sup> Klebs. l. c. стр. 398.

<sup>2)</sup> Friedreich. l. c. стр. 275.

<sup>3)</sup> Chwostek. l. c. стр. 69.

ганы которыхъ не представляли особенныхъ измѣненій; при этомъ для уясненія различія въ состояніи железъ во время пищеваенія и внѣ онаго, мы изслѣдовали же-лезы собакъ, убитыхъ черезъ 4—5 часовъ послѣ приня-тія пищи и черезъ 20—21 часъ. Найденную при этомъ разницу, а именно: незначительную величину зернистаго пояса секреторныхъ кѣтокъ и налііе окружающихъ дольки капилляровъ—во время пищеваенія, а внѣ его—увеличеніе зернистаго пояса, мы потомъ всегда измѣли въ виду при изслѣдованіи патологически измѣненныхъ железъ.

Прежде чѣмъ приступить къ изложенію нашихъ из-слѣдованій, мы позволимъ себѣ сказать нѣсколько словъ о полученіи нами матеріала, егд консервированіи, а также о способахъ обработки и изслѣдованія препаратовъ.—Матеріалъ мы получали отъ больныхъ, умершихъ въ различныхъ отдѣленіяхъ Клиническаго военнаго гос-питаля и Обуховской больницы; всѣ трупы вскрыва-лись на другой день смерти въ патологическомъ кабинетѣ академіи (первыя) и въ кабинетѣ для патолого-анато-мическихъ вскрытій при Обуховской больницѣ (вто-рыя). По вырѣзываніи изъ трупа каждой поджелудочной железы—производилось опредѣленіе ея размѣровъ, взвѣ-шивание (не во всѣхъ случаяхъ) и описаніе ея состоянія (микроскопическаго); затѣмъ железа разрѣзалась на мел-кіе куски и клалась въ Мюллеровскую жидкость, которая въ теченіи первой недѣли мѣнялась ежедневно, а въ послѣдующее время черезъ день, два и три, и болѣе. По истеченіи двухъ-трехъ недѣль—куски железы, предвари-тельно выдержанные сутки въ водѣ, перекладывались въ 95% спиртъ. Для приданія болѣея плотности препара-тамъ они изъ спирта, послѣ промывки водою, перекла-дывались въ смѣсь аравійской комеди съ глицериномъ, изъ которой для окончательнаго уплотненія переносились послѣдовательно въ 80%, 95% спиртъ и, наконецъ, въ алкоголь. Изъ уплотненныхъ такимъ образомъ кусковъ, взятыхъ изъ головной, средней и хвостовой частей же-лезы, дѣлались срѣзы, которые послѣ окраски карминомъ, эозиномъ, преимущественно жегематоксилиномъ, заклю-чались для консервированія и изслѣдованія микроскопомъ въ смѣсь глицерина (1 часть), спирта (<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ч.) и дистил-

лированной воды ( $1/2$ ). Микроскопическое исследование производилось при малом (Naschet-ocul 2, object 3) и большом (Werrick ocul 3, object 7) увеличениях. Кроме того, для различных реакций употреблялись кислоты, щелочи, эфир и растворы йода, смотря по цели реакции.

Всѣхъ поджелудочныхъ железъ, взятыхъ нами для исследования—было 14. По формамъ болѣзненныхъ процессовъ они распределяются слѣдующимъ образомъ: одна—отъ случая съ прогрессивнымъ параличемъ помѣшанныхъ; три отъ случаевъ чахотки (въ смѣшанной формѣ); двѣ—отъ случаевъ хроническаго катарра желудочно-кишечнаго тракта, съ сильно выраженной анемией; пять—отъ случаевъ съ болѣе или менѣе выраженнымъ циррозомъ печени, при хроническомъ алкоголизмѣ; по одной—отъ случаевъ: сифилиса, хронической уремии и старческаго маарама. Приведеннаго порядка перечисленія исследованныхъ нами случаевъ мы будемъ держаться и при изложеніи самихъ исследованийъ, причемъ мы дадимъ описаніе микроскопическихъ измѣненій железъ каждого отдѣльнаго случая, такъ какъ несмотря на существованіе изъясненій, общихъ почти для всѣхъ случаевъ, мы встрѣчались и съ измѣненіями, присутствующими только одному какому нибудь изъ нихъ. Во избежаніе частой повторяемости при такомъ порядкѣ изложенія, мы будемъ ограничиваться при описаніи однообразныхъ измѣненій въ послѣдующихъ случаяхъ—указаніемъ на однородность ихъ съ предыдущими. Такъ какъ одного описанія макроскопическихъ и гистологическихъ измѣненій поджелудочной железы, по нашему мнѣнію, недостаточно для выводовъ зависимости ихъ отъ прижизненно-диагностированныхъ болѣзней, то въ видахъ подтвержденія этой зависимости патологическими вскрытіями, мы сочли нужнымъ привести болѣе или менѣе полные протоколы вскрытій каждого случая. Послѣ описанія найденныхъ нами микроскопическихъ картинъ измѣненій поджелудочной железы,—въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ,—мы постараемся сдѣлать въ заключеніи общій очеркъ этихъ измѣненій и тѣ основательные выводы, къ которымъ привели насъ предпринятія исследования.

### А) Общій прогрессивный параличъ помѣшанныхъ.

Случай 1-й. Военный врачъ Петръ То—скій, 29 лѣтъ. Поступилъ въ клинику душевно больныхъ 19 июня 1881 года, съ несильно выраженными еще признаками психическаго расстройства, а 19 ноября, въ 6 часовъ утра, 1882 года, умеръ,—при явленіяхъ сильнаго истощенія отъ общаго паралича помѣшанныхъ\*).

Вскрытіе указало слѣдующее: трупъ представляетъ сильное истощеніе. *Pia mater* отечна, довольно плотно срослена съ мозгомъ, преимущественно на лобныхъ доляхъ, въ другихъ мѣстахъ отдѣляется съ трудомъ; *arachnoidea* мутна, усыяна бѣловатыми пятнами. Ткань мозга дрябла, отечна, малокровна, около лѣваго *corp. striatum*, на ограниченномъ пространствѣ уплотнена. Такое же уплотненіе замѣчается въ окружности праваго *corp. striatum*, *talami optici* и въ обѣихъ затылочныхъ доляхъ. Въ боковыхъ желудочкахъ порядочное скопленіе серозной жидкости, еpendyma ихъ утолщена; плотна. Пятый желудочекъ не зароченъ. Между лѣвой *pes hippocampi major* и стѣнкой нижней рога ограниченное сращеніе. Ткань мозжечка дрябла и отечна. Сердце уменьшено; жирная ткань по бороздамъ атрофирована, стѣнки желудочковъ истончены, мускулатура буроватаго цвѣта. На вѣтвѣхъ аорты небольшое количество склеротическихъ узелковъ. Легкія свободны. Оба отечны, правое сильнѣе въ нижней долѣ, съ небольшими узлами красной и сѣрой гепатизаціи. Печень немного уменьшена, дрябла, бурога цвѣта. Селезенка значительно уменьшена, плотна и малокровна, пульса выскабливается въ небольшомъ количествѣ; трабекулы ясно выражены. На капсулѣ небольшая старая уплотненія. Почки одинаково измѣнены, срослены съ капсулой, ткань ихъ плотна, корковый слой мѣстами незначительно утолщенъ. Ткань лѣваго яичка

\*) Примѣчаніе: У всѣхъ больныхъ, отъ труповъ которыхъ мы брали для исследования поджелудочную железу, во время пребыванія ихъ въ госпиталѣ или больницѣ—не наблюдалось высокой температуры, и вообще признаковъ ея колебаній.

плотна, сбъянные нити неизолируются. Слизистая оболочка выходной части желудка бородавчатая, мѣстами источнена; на передней стѣнкѣ, въ области rugae, подъ серозной оболочкой находится кистовидная опухоль, величину съ небольшую горошину, содержащая коллоидную жидкость. Въ нижней части ilei слизистая оболочка пигментирована, равно какъ и въ толстыхъ кишкахъ. Брыжеечные железы увеличены.

Поджелудочная железа уменьшена въ объемѣ; длина ея 11 дюймовъ, толщина и высота —  $\frac{1}{2}$  дюйма во всѣхъ ея частяхъ, вѣсъ 35 граммъ. Цвѣтъ ея — какъ съ поверхности, такъ и въ разрѣзѣ темно-бурый; дольчатого строения незамѣтно. Ткань плотно и малокровна. Съ поверхности разрѣза соскабливается темнобурая слизисто-подобная масса въ ничтожномъ количествѣ.

Гистологическое изслѣдованіе: Изслѣдованіе срѣзовъ, взятыхъ изъ разныхъ частей железы, указало, что измѣненія менѣе выражены въ хвостовой ея части и въ слояхъ ближайшихъ къ периферіи, а болѣе въ головной части. Въ полѣ зрѣнія микроскопа мы въ большинствѣ срѣзовъ замѣчали развитое утолщеніе междольковой соединительной ткани, которая производитъ впечатлѣніе старой волокнистой ткани, остающейся между своими, въ различныхъ направленіяхъ перешлепанными, пучками небольшихъ альвеолъ — мѣста прежнихъ долекъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ и незначительно утолщенная междольковая соединительная ткань представлялась въ видѣ мелкопетлистой сѣти, въ альвеолахъ которой замѣчались кристаллы жировыхъ кислотъ, — или зернистыя, буроватого цвѣта кучки. Строеііе асііі въ большинствѣ препаратовъ представлялось утраченнымъ; — вмѣсто того, на мѣстѣ секреторныхъ кѣтокъ усматривались кучки мелкозернистаго жироваго распада, съ значительнымъ количествомъ пигментныхъ зеренъ, придающихъ всей кучкѣ распада буроватый цвѣтъ. Отъ дѣйствія спирта и эфира мѣста распада просвѣтлялись, пигментныя зерна выдавались рѣзче. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ нѣсколько альвеолъ, содержащихъ распадъ, сливаются между собою, образуя кистовидныя полости съ фиброзными стѣнками. Кисты эти различной величины — иногда

представлялись наполненными зернистымъ распадомъ (пигментированнымъ); иногда же въ полѣ зрѣнія микроскопа видны были только пустоты, ограниченныя болѣе или менѣе толстыми фиброзными стѣнками. Названныя пустоты, представлявшія собою очертаніе разныхъ величинъ кистъ, при обработкѣ быть можетъ освободившихся отъ содержимаго, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ срѣзовъ въ простѣхъ своемъ заключали булавовидныя или же древовидныя фигуры, находящіяся въ связи со стѣнками. При дальнѣйшемъ изслѣдованіи этихъ фигуръ мы нашли, что это есть ничто иное, какъ сосочковыя разрастанія (образованія), исходящія отъ фиброзныхъ стѣпокъ кистъ, и состоящія изъ соединительной ткани, съ проходящимъ внутри сосудомъ. Просматривая ходъ развитія этихъ сосочковыхъ разраженій, мы замѣтили, что въ началѣ появляется выпячиваніе (въ видѣ бугра) на поверхности стѣнки кисты, безъ рѣзкихъ границъ съ окружающею тканью, въ дальнѣйшемъ своемъ развитіи бугорокъ принимаетъ сосочковидную форму, въ немъ замѣчается уже сосудъ. Въ болѣе позднихъ формахъ разраженія эти представляются или въ формѣ пѣвѣной каусты, или вѣтвистаго дерева. Иногда въ одной и той же кистѣ, рядомъ со старыми уже сосочковыми разрастаніями, замѣчались и первыя ихъ стадіи. — Въ мѣстахъ съ менѣе нитезными измѣненіями микроскопъ показывалъ сохранившіеся еще дольки, эпителіальные элементы которыхъ неимѣли ясныхъ границъ, а сильно выраженная зернистость ихъ протоплазмы, при желтоватомъ отбѣнкѣ, мѣшала ясноети выступленія ядеръ. Картина получалась ясѣе послѣ дѣйствія на препаратъ спирта и эфира. Протоки железы мѣстами представлялись какъ бы расширенными и содержали окрашивающуюся гематоксилиномъ, иногда съ призмѣсно сильно преломляющихъ свѣтъ, жировыхъ капелекъ, слизисто-подобную массу. Стѣнки сосудовъ давали различное окрашиваніе гематоксилиномъ, безъ ясныхъ разграниченій между ихъ отдѣльными составными частями и представлялись гомогенными, блестящими т. е. амиллоидно перерожденными. Общій характеръ измѣненій железы въ данномъ случаѣ даетъ намъ право признать здѣсь существованіе сильно вы-

раженной атрофии железы, съ жировымъ и пигментнымъ перерожденіемъ эпителия долекъ,—съ значительнымъ разростваніемъ междольковой соединительной ткани и съ наклономъ къ развитію сосочковыхъ новообразованій на фиброзныхъ стѣнкахъ образовавшихся при этомъ кистъ.

### Б) Чахотка.

Случай 2-й. Мѣщанка Марья Иванова, 33 лѣтъ, поступила въ женское отдѣленіе Обуховской больницы 22 сентября, а умерла 1 октября 1882 года (въ 4 часа вечера). До поступления въ больницу болѣла болѣе года; жаловалась на кашель, ночныя поты и изнуреніе. Прижизненный диагнозъ: *Pneumonia chronica et tuberculosis pulm; laring., et intestinorum.*

Вскрытіе показало: трупъ представляется сильно истощеннымъ. Легкія пронизаны массою сѣрыхъ и желтыхъ бугорковъ, съ образованіемъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ кавернъ. Въ кишкахъ бугорковыя язвы, при мелкихъ бугоркахъ на серозной оболочкѣ.

Поджелудочная железа увеличена въ объемѣ, плотнѣе нормальной, сѣрвато-желтаго цвѣта съ поверхности и на разрѣзѣ, на которомъ выступаетъ немного капель крови. Длина 8½ дюймовъ, высота 1 — 1½ дюйма, толщина отъ ½ до 1 дюйма.

Гистологическое изслѣдованіе: Въ этомъ случаѣ также болѣе интенсивныя измѣненія замѣчались въ головной части железы. Эпителий долекъ представлялъ различные степени жироваго перерожденія, отъ слабыхъ, при которыхъ за сильною зернистостью протоплазмы не ясно выражались ядра, до сильныхъ—гдѣ строеніе дольки утрачивалось, и мѣсто эпителиальныхъ клѣтокъ было занято слившимися въ крупныя капли или неправильной формы массы — жировыми зернами, или же кристаллами (авѣдообразной формы) жировыхъ кислотъ. Такого характера измѣненія, какъ послѣднія, въ значительномъ количествѣ находились въ головной части железы въ видѣ разбѣянныхъ, или же слившихся между собою гнѣздъ,

выполненныхъ или только отчасти занятыхъ жировыми сливавшимися массами, представлявшими иногда гнѣзную сѣтевидную исчерченность, которая рѣзче выражалась послѣ дѣйствія на препаратъ спирта и эфира. Къ мѣстамъ съ менѣе сильными измѣненіями болѣе зернистость протоплазмы эпителия имѣла также жировой характеръ, такъ какъ она исчезала отъ эфира, и контуры ядеръ при этомъ прояснялись. Такія слабо выраженные измѣненія долекъ замѣчались на срѣзахъ, взятыхъ изъ хвостовой части железы, гдѣ гнѣзныхъ разрушеній почти не встрѣчалось.

Междольковая соединительная ткань—въ полѣ зрѣнія микроскопа — мѣстами представлялась утолщенной, мѣстами же только инфильтрированную лимфоидными элементами, въ болѣе степени вблизи сосудовъ. Утолщеніе междольковой ткани, такимъ образомъ, въ этомъ случаѣ не носило разлитаго характера, а болѣе островчатый. По видимому—утолщеніе соединительной ткани распространяется по направленію сосудовъ и протоковъ, между стѣнками которыхъ и окружающею тканью не замѣчалось рѣзкихъ границъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ междольковой соединительной ткани замѣчалось присутствіе маленкихъ жировыхъ капель. Въ выводныхъ протокахъ замѣчалось только значительное утолщеніе ихъ стѣнокъ, съ присутствіемъ молодыхъ соединительно-тканвыхъ элементовъ,—а въ просвѣтѣ, кромѣ отчасти отслоившагося эпителия иногда были видны жировыя зерна или капельки. Въ стѣнкахъ сосудовъ замѣчено ихъ утолщеніе и аммиоидное перерожденіе, подтвержденное реакціями. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣчалось напигте капилляровъ, которое, вѣроятно, въ данномъ случаѣ было частью нормальнымъ явленіемъ, такъ какъ болѣе явственно примѣрно черезъ четыре часа по принятіи нищи.—На поперечныхъ разрѣзахъ нервовъ мы замѣчали усиленное развитіе соединительной ткани, ведущее, по видимому, къ атрофій нервныхъ элементовъ; спеціальныя изслѣдованія надъ нервами мы, впрочемъ, не производили. На двухъ препаратахъ мы замѣтили присутствіе—въ полѣ зрѣнія микроскопа скопленій крупныхъ, полигональныхъ клѣтокъ, съ круп-

вымъ ядромъ и сильно выраженной зернистостью; скопления эти больше по объему самихъ долекъ и расположены между нѣсколькими долями. Зернистость протоплазмы ихъ кѣтокъ имѣла желтоватый цвѣтъ, отъ эфира мало проявлялась, а при окраскѣ гематоксилиномъ все скопление окрашивалось въ буроватый цвѣтъ. Подобныя скопления напоминаютъ тѣ, которыя Подвысоцкій описываетъ у собакъ подъ именемъ псевдофолликулъ, природа которыхъ еще не выяснена.

Случай 3-й. Отставной фейерверкеръ Яковъ Вульфъ, 38 лѣтъ. Поступилъ въ клинической госпиталь 17 ноября 1882 года, съ признаками хронической пневмоніи, при крайнемъ истощеніи; 21 ноября, въ 3 часа ночи, умеръ.

Вскрытіе показало: значительную степень истощенія. Мозгъ отчетенъ, pia mater мутна. Сердце увеличено въ поперечникѣ; на перикардіи—утолщенія бѣловатаго цвѣта. Желудочки растянуты, причемъ стѣнки лѣваго — дряблы и истончены. Легкія: правое плотно приращено къ грудной кѣткѣ, преимущественно вверху. Верхняя доля разрушена кавернами, достигающими величины куриного яйца; въ кавернахъ содержится грязно-сѣрая жидкость, съ творожистыми массами; одна изъ кавернъ при верхушкѣ содержитъ известковый конкрементъ, величиною около грецкого орѣха. Легочная ткань между кавернами большею частью въ состояніи ослотвѣненія и пигментации, съ небольшимъ количествомъ сѣрыхъ и желтыхъ узелковъ. Бронхи при этомъ значительно расширены, съ утолщенными стѣнками. Въ нижней долѣ разсыяны плотныя гнѣзда непреходимой ткани темно-краснаго цвѣта, съ небольшимъ количествомъ желтыхъ узелковъ. Средняя доля эмфизематозна, а на разрѣзѣ представляетъ тѣже измѣненія, какъ и нижняя. Въ лѣвомъ легкомъ такія же измѣненія, съ кавернами и въ нижней долѣ. Печень — немного уменьшена, въ разрѣзѣ слегка мускатна. Почкі — особенныя измѣненія не представляютъ. Селезенка увеличена, прикрѣплена къ диафрагмѣ, ткань ея малокровна. Въ тонкихъ и толстыхъ кишкахъ извы съ желтыми узелками на днѣ ихъ и сѣрыми на серозной оболочкѣ.

Поджелудочная железа уменьшена въ объемѣ, значительно плотнѣе нормальной и какъ бы сморщена, цвѣта съ поверхности и въ разрѣзѣ желтовато-сѣраго; съ поверхности разрѣза немного соскабливалось желтоватой кашицеобразной массы. Дольчатое строеніе не ясно было выражено. Длина железы—6 $\frac{1}{2}$  дюйм., высота отъ  $\frac{1}{2}$  до 1 дюйма, ширина отъ  $\frac{1}{4}$  до  $\frac{1}{2}$  дюйма.

Гистологическое изслѣдованіе. Уже на поверхности разрѣза уплотненныхъ кусковъ не вооруженнымъ глазомъ видны были мельчайшія гнѣздышки, доходящія до величины булавочной головки, бѣловато-желтой массы. На срѣзахъ для микроскопа, плавающихъ въ водѣ, можно было видѣть какъ бы изрѣзанные мѣста тамъ, гдѣ невооруженный же глазъ видѣлъ прежде мельчайшія гнѣздышки, выполненные массою. Мѣста эти встречались опять-таки въ большемъ количествѣ въ головной части железы и подъ микроскопомъ оказались долями, утратившими свое строеніе и, какъ въ случаѣ 2-мъ, выполненными слившимися въ массы жировыми каплями, или же кристаллами жировыхъ кислотъ, — а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ кучками мелкозернистаго жироваго распада, съ пригнѣсью мелкихъ капель жира. Мѣстами такія гнѣзда охватили нѣсколько соседнихъ долекъ, съ уничтоженіемъ междольковой ткани, вслѣдствіе чего образовались кистовидныя мѣшки съ фиброзными стѣнками; они или содержали тѣже массы, что и отдѣльныя гнѣзда, или представлялись заустѣвшими. Въ мѣстахъ съ менѣе интенсивными измѣненіями, эпителий долекъ представлялъ тѣже картины, какіе наблюдались уже въ 2-мъ случаѣ. Однакожыя измѣненія съ предыдущимъ (2-мъ) случаемъ наблюдались въ стѣнкахъ протоколовъ и сосудовъ, въ нервахъ и наконецъ въ междольковой ткани, утолщеніе которой, впрочемъ, въ данномъ случаѣ болѣе приближалось къ разлитой формѣ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ сосуды, особенно вены, на поперечномъ разрѣзѣ, представлялись набитыми красными кровяными шариками, съ пригнѣсью нѣсколькихъ бѣлыхъ. Въ одномъ мѣстѣ замѣнено было присутствіе въ протокѣ, среди набухающаго и утратившаго свою цилиндрическую форму эпителия, — блестящая коллоидная масса.

Нельзя было не замѣтить, что въ этомъ случаѣ измѣненія железы были выражены болѣе рѣзко, чѣмъ въ предыдущемъ.

Случай 4-й. Крестьянинъ Василій Ивановъ, 38 лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 20 іюня 1882 г., съ явленіями хронической пневмоніи, къ которымъ позднѣе присоединился поносъ, а 5 октября, въ 4<sup>1/2</sup> часа утра, онъ умеръ.

Вскрытіе показало: сильное общее исхуданіе. Сердце нормальной величины, мускулатура его — буровато-цвѣта; стѣнки праваго желудочка утолщены. Правое легкое весьма объемисто, и приложено къ грудной кѣткѣ, отчетно, мѣстами эмфизематозно, усѣяно въ верхней части (преимущественно) очень плотными пигментированными гнѣздами съ творожистыми узлами; среди нѣкоторыхъ гнѣздъ замѣтны бронхіэкстазическія каверны, величиною не болѣе миндального сѣмена. Въ лѣвомъ легкомъ такія же измѣненія, какъ и въ правомъ, съ большимъ количествомъ кавернъ, одна изъ которыхъ величиною съ апельсинъ. Мелкія каверны носятъ характеръ бронхіэкстази и содержатъ гнойную жидкость. Печень покрыта старыми витевидными перепонками (наверху), ткань ея мускатая. Селезенка увеличена и плотна. Почки плотны, срощены плотно съ капсулой. Въ правой, около верхняго конца — серозная киста величиною съ грецкій орѣхъ, проникающая отъ корковаго слоя до лоханки. Mucosa желудка мѣстами гиперемирована, покрыта бѣлою слизью. Въ тонкихъ кишкахъ разсыяны язвы туберкулезнаго характера, съ небольшимъ количествомъ срыѣхъ узелковъ.

Поджелудочная железа нѣсколько увеличена въ объемъ, въ отдѣльныхъ доляхъ представляла болѣшую, чѣмъ нормальная, плотность; цвѣтъ ея съ поверхности и въ разрѣзѣ красновато-сѣрый. Поверхность разрѣза покрывается каплями крови. Длина ея 8<sup>1/2</sup> д., высота 1—1<sup>1/2</sup> дюйма, толщина <sup>1</sup>/<sub>2</sub>—1", 4". Вѣсъ 60 grm.

Гистологическое изслѣдованіе. Въ данномъ случаѣ микроскопъ указалъ намъ на незначительность измѣненій элементовъ железы вообще, сравнительно съ предыдущими случаями. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ (на

срѣзахъ изъ головной части) микроскопъ указалъ на существованіе первой стадіи, и очень рѣдко — второй — жироваго метаморфоза эпителія долекъ, объемъ которыхъ также не вездѣ уменьшенъ, въ силу островчатого утолщенія междольковой ткани. Эпителій въ указанныхъ доляхъ не имѣетъ рѣзкихъ границъ и былъ сильно зернистъ, ядро яснѣе выражалось только послѣ дѣйствія на препаратъ спирта и эфира. Какъ въ доляхъ, такъ и въ междольковой ткани замѣчалось присутствіе (только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ) маленькихъ жировыхъ капелекъ, изчезавшихъ подѣ влияніемъ эфира. Кромѣ лимфоидныхъ элементовъ въ междольковой соединительной ткани, вблизи около сосудовъ, мы замѣчали еще изрѣдка присутствіе большихъ, овальной формы, съ сильно-зернистою протоплазмой и небольшимъ ядромъ, кѣттокъ, похожихъ на описываемыя Вальдейеромъ, и названныхъ имъ плазматическими.

При разсматриваніи срѣзовъ изъ средней части железы (ближе къ хвостовой) — въ полѣ зрѣнія микроскопа — мы встрѣтили красивыя картины слизистаго перерожденія эпителія долекъ, превращавшихся такимъ путемъ въ слизистыя кисты, съ толстыми фиброзными стѣнками. Мѣста расположенія слизисто-перерожденныхъ долекъ находились вблизи крупныхъ выводныхъ протоковъ, причемъ дольки представляли группы кистъ, разграниченныхъ толстыми фиброзными перекладинами, или нѣсколько долекъ сливалось вмѣстѣ и такимъ образомъ получалась большая киста съ слизистымъ содержимымъ (при реакціи съ уксусною кислотой осадокъ не растворялся въ избыткѣ реактива). Красивыя картины представляли первыя стадіи этого перерожденія; въ этихъ случаяхъ эпителій представлялся сильно набухшимъ, принявшимъ совершенно круглую форму — съ ядромъ отфосфенимъ (и сплюсненнымъ) къ периферіи, — онъ представлялся такимъ образомъ въ видѣ перетяги; протоплазма же его неимѣла зернистости, а была прозрачна, нѣсколько стекловидна и окрашивалась гематоксилиномъ въ очень слабый голубой оттѣнокъ. Въ стѣнкахъ сосудовъ кромѣ незначительнаго утолщенія ихъ на счетъ adventitiæ, ничего не замѣчалось. Всѣ сосуды (артеріи

и вены) представляли въ значительной степени инъекцію, очевидно уже немѣющую зависимость отъ момента пищеваренія, на что указываетъ и часть смерти. Въ остальномъ измѣненія не отличались отъ двухъ предшествовавшихъ случаевъ. Кромѣ того, здѣсь мы почти не встрѣчали тѣхъ кистовидныхъ гнѣздъ съ жировыми массами, какъ въ предыдущихъ случаяхъ; на всѣхъ срѣзахъ мы нашли ихъ только одинъ—два раза.

Резюмируя вкратцѣ результаты исследованийъ случаевъ настоящей группы, мы можемъ сказать, что общимъ явленіемъ при чахоткѣ въ поджелудочной желѣзѣ можно считать болѣе или менѣе выраженный хроническій интерстиціальнѣй процессъ и жировое перерожденіе эпителия долекъ, на что указалъ уже д-ръ Костуринъ. Но, кромѣ этого, такъ сказать, основнаго страданія, на основаніи нашихъ, хотя и въ ограниченномъ количествѣ сдѣланныхъ наблюденій, мы позволяемъ себѣ сдѣлать предположеніе о частомъ захватываніи въ районъ измѣненій при чахоткѣ, какъ сосудовъ, такъ и нервовъ желѣзы, а равно и объ участіи стѣнокъ протоковъ въ общихъ измѣненіяхъ желѣзы. А случай 4-й (съ слизистыми кистами) указываетъ на возможность иныхъ формъ перерожденія эпителия долекъ,—формъ, могущихъ встрѣчаться и рядомъ съ жировымъ перерожденіемъ.

## В. Общая анемія, вызванная хроническимъ катарромъ желудочно-кишечнаго тракта.

Случай 5. Крестьянка, дѣвица Екатерина Лентуниемъ, 20 лѣтъ; поступила въ Обуховскую больницу 17 июля 1882 года. До поступления въ больницу болѣе 7 мѣсяцевъ страдала поносомъ, при общей слабости, что вѣтъмъ наблюдалось и въ больницѣ. Умерла 28 сентября, въ часъ дня. Прижизненный диагнозъ: Catarrhus intestinum chronicus.

Вскрытіе показало: сильное общее малокровіе и отеки ногъ. Легкія очень блѣдны, вездѣ проходимы. Сердце атрофически бурокрасное. Печень, селезенка и почки

блѣдны, не ломки. Въ почкахъ указаніе на амиллоидъ. Сильный хроническій катарръ желудка и кишечка, при сильномъ ретортоидномъ сокращеніи желудка и пустотѣ его.

Поджелудочная желѣза уменьшена въ объемѣ, плотность въ нѣкоторыхъ доляхъ (крупныхъ) ея нормальна, въ нѣкоторыхъ же болѣе нормальной; при разрѣзѣ такихъ плотныхъ мѣстъ получается хрустѣніе. Ткань малокровна, на разрѣзѣ, желтовато-сѣраго цвѣта. Длина 6'', высота  $1\frac{1}{2}''$ — $10''$ , толщина  $5''$ — $10''$ .

Гистологическое исследование. При исследованіи срѣзовъ, взятыхъ изъ различныхъ частей желѣзы, микроскопъ указалъ и здѣсь на большую интенсивность измѣненій въ головной части, хотя и въ другихъ частяхъ ея они были также значительно выражены. Въ нѣкоторыхъ срѣзахъ (особенно головной части) среди долекъ со слабо измѣняемымъ эпителиемъ (сильная зернистость протоплазмы и неясность границъ) мы встрѣчали гнѣзда, занимавшія одну или нѣсколько смежныхъ долекъ, подобно тому, какъ это видѣли во 2-мъ и 3-мъ случаяхъ, и имѣвшія своимъ содержимымъ или скопленіемъ крупныхъ капель жира, или звѣздообразныя фигуры кристалловъ жировыхъ кислотъ. Но въ нѣкоторыхъ изъ такихъ гнѣздъ мы замѣчали, рядомъ съ кристаллами жировыхъ кислотъ, еще блестящія, гомогенныя массы, которыя по отрицательнымъ результатамъ на реакціи со спиртомъ и эфиромъ, іодомъ и сѣрной кислотой, и наконецъ съ уксусной кислотой—мы склонны признать за коллоидное вещество, опираясь, кромѣ того, еще на приведенныя нами въ литературномъ обзорѣ экспериментальныя наблюденія Реми и г-жи Шаузъ. Въ этомъ случаѣ, подобно предшествующимъ, мы замѣчали всѣ переходныя формы жироваго перерожденія эпителия долекъ, а также и островчатый характеръ утолщенія междольковой соединительной ткани. Разростаніе соединительной ткани какъ мы замѣчали на нѣкоторыхъ срѣзахъ, распространялось по направлению протоковъ и сосудовъ, и отсюда уже какъ бы вѣдралось между дольками, которыя при этомъ казались уменьшенными въ объемѣ. Протоки желѣзы

въ нѣкоторыхъ мѣстахъ представлялись расширенными и выполненными слизисто-подобнымъ содержимымъ, съ примѣсью набухшихъ круглыхъ клѣтокъ съ ядрами (быть можетъ измѣненныхъ эпителиальныхъ выстилавшихъ протоковъ); эпителий въ протокахъ былъ или нормаленъ, или набухшій. Стѣнки протоковъ утолщены и содержатъ молодыя элементы и ядра различныхъ формъ (съ перетяжками, крючковатыя и мелкія, круглыя или овальныя). Въ сосудахъ и нервахъ замѣчались измѣненія, аналогичныя со 2-мъ и 3-мъ случаями. Сосуды въ большинствѣ случаевъ были безкровны; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ красныя и бѣлыя шарики казались какъ бы прилипшими къ стѣнкамъ.

Случай 6. Крестьянка Дома Семенова, 45 лѣтъ, поступила въ Обуховскую больницу 30 сентября 1882 г., съ жалобами на истощающій ее поносъ и боли подъ ложечкой. 13 декабря, въ 9 часовъ утра, больная умерла. Прижизненный діагнозъ: *Anaemia et catarrhus intestini chronicus*.

Вскрытіе показало: сильная общая анемія. Анемія мозга и легкихъ. Въ нижней долѣ лѣваго легкаго *Pneumonia hypostatica*. Сердце атрофически желтобурое. Селезенка уменьшена. Хроническій катарръ кишекъ, съ атрофіей слизистой оболочки. У выхода въ желудкѣ и въ прямой кишкѣ значительныя утолщенія слизистой оболочки (плоскія), похожія на новообразованіе. Кромѣ того, въ желудкѣ слизистой полипы.

Поджелудочная железа немного увеличена въ объемѣ, отечна, мягка и дрябля; на разрѣзѣ сѣровато-желтаго цвѣта; долъчатость не вездѣ ясно выражена. Длина 8", высота  $\frac{3}{4}$ "—1" 2"; толщина  $\frac{1}{2}$ "— $\frac{3}{4}$ ". Вѣсъ 72 гм. На поверхности нѣкоторыхъ разрѣзовъ выступали капли крови въ незначительномъ количествѣ.

Гистологическое изслѣдованіе. Въ общихъ чертахъ въ данномъ случаѣ мы наблюдали тѣ же измѣненія, что и въ предыдущемъ; но въ нѣкоторыхъ частностяхъ были замѣчены измѣненія и иного характера. Такимъ образомъ, мы здѣсь находили ту же большую интензивность измѣненій въ головной части, тѣ же раз-

личныя стадіи жироваго перерожденія клѣточныхъ элементовъ долекъ, до полного исчезанія ацинознаго строенія послѣднихъ и выполненія ихъ сплывшимися въ массы крупными каплями жира. Затѣмъ, сходныя съ предшествующимъ случаемъ замѣчались измѣненія и въ стѣнкахъ протоковъ (утолщеніе), сосудовъ (окрашивание въ бурый цвѣтъ іодомъ, съ переходомъ въ фиолетовый—при прибавленіи сѣрой кислоты) и нервовъ. Различіе составляли: отсутствіе блестящихъ, коллоидныхъ массъ въ долькахъ—на мѣстѣ ихъ жирно-перерожденнаго эпителия, присутствіе въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, среди жировыхъ капель, уцѣлѣвшихъ клѣтокъ (въ центрѣ дольки) полигональной формы (похожихъ на центроацинарные клѣтки Под-высоцкаго), съ слабозернистой протоплазмой и ядромъ. Какъ въ долькахъ съ мало измѣненнымъ еще эпителиемъ, такъ равно въ междольковой ткани и въ просвѣтѣ выводящихъ протоковъ замѣчалось присутствіе жировыхъ капель, различной величины и въ различномъ количествѣ, которыя растворялись въ эфирѣ—при предварительномъ дѣйствіи на препаратъ спиртомъ. На нѣкоторыхъ препаратахъ (особенно изъ средней части) замѣчалась, такъ называемая, диффузная форма жироваго перерожденія, заключающаяся въ томъ, что въ междольковой ткани происходило усиленное новообразованіе жировой клѣтчатки, которая, видѣваясь между дольками, приводила послѣднія къ атрофіи (тоже путемъ жироваго перерожденія). Такъ, иногда въ полѣ зрѣнія микроскопа видны были мѣста, гдѣ среди жировой клѣтчатки лежали островками неправильной формы остатки сохранившихъ свое строеніе долекъ, т. е. содержавшихъ эпителий въ слабой стадіи жироваго перерожденія. При дѣйствіи на препараты, содержащіе гнѣзда съ жировыми массами, 36% растворомъ фѣдкаго кали, въ полѣ зрѣнія оставались видными только капли жира и зерна желтаго пигмента. Сосуды железы въ состояніи значительной интѣкціи.

Резюмируя результаты изслѣдованій случаевъ настоящей группы, мы можемъ сказать, что какъ между данными двумя случаями, такъ и между случаями предыдущей группы нѣтъ почти различія въ основныхъ чер-

тахъ ихъ измѣненій, если исключить коллоидныя массы пераго—плиоматовъ втораго—случаевъ настоящей группы. Они также подтверждаютъ наблюденія Klebs'a, говорящаго за развитіе интерстиціального процесса въ желѣзѣ, одновременно съ атрофіей железистыхъ элементовъ, при разсмотрѣнныхъ болезненныхъ процессахъ.

### Г. Циррозъ печени (при хроническомъ алкоголизмѣ).

Случай 7. Отставной рядовой Степанъ Маргамъ, 42-хъ лѣтъ, поступилъ въ Хирургическое (2) отдѣленіе Клиническаго госпиталя 7-го декабря 1882 г., съ отмороженными пальцами рукъ и ногъ; затѣмъ у него развился delirium tremens. 16 декабря, въ 4 часа, дня умеръ.

Вскрытіе показало: сильное истощеніе. На пальцахъ рукъ раны отъ отмороженія. Мозгъ: Pia мутна, ткань мозга отечна; значительно увеличеныя желудочки наполнены жидкостью. Мозжечекъ малокроенъ, отеченъ и размягченъ. Сердце: Полость праваго желудка увеличена, стѣнки истончены, бicuspidальные клапаны утолщены. Легкія сращены со стѣнками грудной кѣтки старыми перепонками. Верхняя доля и края праваго легкаго и верхушка лѣваго эмфизематозны; ткань плотнѣе нормальной, замѣчается разрозненіе соединительной ткани по ходу сосудовъ и бронхъ. Печень увеличена въ объемѣ, ткань рыхла на разрѣзѣ, сѣраго цвѣта. Селезенка увеличена; ткань темно-краснаго цвѣта, рыхла. Почкі увеличены, корковій слой утолщенъ, пирамиды гиперемированы, лоханки растянуты. Мусоса желудка утолщена, покрыта большимъ количествомъ слизи, набухша, мѣстами замѣтны капиллярные экстрavasаты. Тонкія кишки гиперемированы, съ экстрavasатами на складкахъ; въ толстыхъ пигментация солитарныхъ желѣзъ.

Поджелудочная железа нѣсколько увеличена въ объемѣ, неравнофрміи плотности, которая въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ доляхъ сильнѣе выражена, въ другихъ слабѣе, но вездѣ болѣе нормальной. Какъ съ поверхности, такъ и на разрѣзѣ железа красновато-сѣраго цвѣта. При разрѣзѣ уплотненныхъ мѣстъ хрустѣтъ. Много-

кровна. Длина  $8\frac{1}{2}''$ , высота  $3\frac{1}{4}''$ — $1\frac{1}{2}''$ , толщина  $7''$ — $1\frac{1}{4}''$ . Вѣсъ около 70 grm.

Гистологическое изслѣдованіе. Такъ какъ настоящій случай принадлежитъ къ такимъ, гдѣ измѣненія во внутреннихъ органахъ встрѣчались менѣе интенсивно выраженными (при патолого-анатомическомъ вскрытіи), то и микроскопъ показалъ, что измѣненія въ поджелудочной желѣзѣ, взятой отъ него, — также менѣе интенсивны, чѣмъ въ другихъ, послѣдующихъ данной группы, но стоять въ уровнѣ съ тѣми, которыя мы наблюдали во второй и въ третьей группѣ. Здѣсь мы на срѣзахъ, взятыхъ изъ различныхъ частей желѣзы, наблюдали преимущественно двѣ первыя стадіи жироваго перерожденія эпителия долекъ, представившихъ то болѣе, то меньшее сокращеніе ихъ объема. Дольки же, въ которыхъ вмѣсто эпителия находились бы сплывшіяся въ массы—капли жира, и кристаллы жирowych кислотъ, мы находимъ въ срѣзахъ очень мало. Раствореніе зернышекъ и капелекъ при дѣйствіи на препараты спирта и потому эфира, неслучайность ихъ отъ дѣйствія раствора йодаго кали (безъ нагрѣванія),—все это говорило за ихъ жировую натуру. Инфильтрированная лимфоидными элементами—вблизи сосудовъ—междольковая соединительная ткань въ нѣкоторыхъ мѣстахъ представляла ея утолщеніе, островчатого характера; эти утолщенія соответствовали мѣстамъ уплотненія, найденнымъ при макроскопическомъ изслѣдованіи желѣзы. Протоки на поперечныхъ разрѣзахъ иногда представлялись суженными среди сильно утолщенныхъ стѣнокъ, въ которыхъ въ подэпителиальномъ слоѣ наблюдалась масса молодыхъ элементовъ; эпителий же въ большинствѣ случаевъ былъ сохраненъ. Сосуды наполнены кровью, причемъ вены представлялись растянутыми. Стѣнки сосудовъ утолщены въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, они представляли развитое окрашиваніе гематоксилиномъ безъ рѣзкихъ границъ въ ихъ слояхъ. Съ іодомъ и сѣрною кислотой характерной для амилоида реакціи не получилось. На одномъ изъ препаратовъ мы замѣтили въ стѣнкѣ артеріи крупнаго кѣнбра кучку молодыхъ ядеръ, занимающую всю толщю стѣнки (intim'a; мышечный слой и

adventitia) и повидимому—составлявшую результат пролиферации элементов мышечного слоя. Въ нервахъ замѣчалось незначительное разрастаніе соединительной ткани.

Случай 8. Крестьянинъ Андрей Гордѣевъ, 57 лѣтъ, прибылъ въ госпиталь 13-го декабря 1882 г., съ признаками сильнаго истощенія и почти въ состояніи коллапса, причѣмъ доставившіе указали на угаръ, какъ причину такого состоянія. Исслѣдованіе указало на существованіе хронической пневмоніи. 15 декабря, въ 8½ часовъ утра, больной умеръ. Такъ какъ онъ былъ (по анамнезу) завѣдомый потаторъ, то мы взяли для исслѣдованія поджелудочную железу и отъ него, хотя случай представлялся смѣшаннымъ.

Вскрытіе показало: значительное общее истощеніе. Кости черепа мѣстами склерозированы. Рѣ тонка, разрывается при отдѣленіи; венозные сосуды ея и мозга наполнены кровью. Легкія оба плотно приращены къ грудной клеткѣ старыми перепонками; верхнія доли легкѣхъ уплотнены (въ верхушкахъ) вслѣдствіе обильнаго развитія старой пигментированной соединительной ткани; небольшія каверны, наполненныя гнойною слизью, разбѣяны въ обоихъ легкѣхъ. Бронхи расширены; есть мѣстами сѣрые и желтые узелки. Плевра верхнихъ долей мѣстами сильно утолщена хрящевой плотності. Нижняя доля лѣваго легкаго не содержитъ воздуха, сплошь генагизирована, красновато-сѣраго цвѣта, плевра ея покрыта фибринознымъ налетомъ. Въ нижней долѣ праваго легкаго находится небольшое количество плотныхъ гнѣздъ соединительной ткани—съ узелками. Сердце увеличено въ поперечномъ размѣрѣ; полости желудочковъ увеличены, стѣнки немного истончены, дряблы и блѣдны; въ перикардіи на задней поверхности желудочковъ разбѣяны капиллярные экстрavasаты. Печень утолщена, приращена правой долей къ диафрагмѣ, хруститъ подъ ножомъ, немного зерниста въ разрѣзѣ и мускатна. Въ желчномъ пузырѣ содержится небольшое количество желтоватой жидкости и 66 камней, чернаго цвѣта, величиной съ горошину. Селезенка увеличена, приращена къ диафрагмѣ, въ правомъ концѣ ея капсула представляетъ утолщеніе

около 3-хъ линий хрящевой плотності. Ткань плотна, малокровна, пульпа высѣбывается въ небольшомъ количествѣ. Почкіи немного увеличены, дряблы, корковый слой блѣднѣе, капсула снимается неравномерно. Мусоса желудка мѣстами истончена, гладка, пигментирована, на днѣ усѣяна свѣжими экстрavasатами. Въ нижнемъ отдѣлѣ тонкихъ и верхнемъ толстыхъ кишекъ мусоса сильно гиперемирована, утолщена, по складкамъ усѣяна экстрavasатами. Въ толстыхъ кишкахъ разбѣяны циркулярныя язвы бугорчатаго характера; нѣкоторыя солитарныя железы пигментированы.—Здѣсь, кромѣ хронической пневмоніи, мы видимъ еще сильно выраженный интерстиціальныи процессъ въ печени и селезенкѣ, находящійся видимо въ связи съ хроническимъ алкоголизмомъ.

Поджелудочная железа увеличена нѣсколько въ объемѣ, плотнѣе нормальной во всѣхъ частяхъ ея, окружающая клетчатка отчетна. На разрѣзѣ представляется сѣровато-красною, съ ограниченными мѣстами—буроватаго оттѣнка. Подъ ножомъ слабо хруститъ. Длина ея 9", высота  $\frac{3}{4}$ "—1½", толщина,  $\frac{1}{2}$ "—1"6".

Гистологическое исслѣдованіе. Здѣсь мы также наблюдали въ эпителии долекъ всѣ стадии ея жироваго перерожденія, но образованіе изъ долекъ гнѣздъ, содержащихъ вмѣсто эпителия жировыя массы, замѣчалось рѣдко. Зато—болѣе мелкія капли жира, какъ это видно было на нѣкоторыхъ срѣзахъ, инфильтрировали какъ эпителии долекъ, такъ и соединительную ткань; они видны были и въ выводныхъ протокахъ. На нѣкоторыхъ препаратахъ мы замѣчали также разрастаніе жировой ткани, съ уничтоженіемъ междольковой—и атрофіей самихъ долекъ; процессъ этотъ, впрочемъ, не представлялся сильно развитымъ и повидимому захватывалъ мѣста ближайшія къ периферіи железы. Измѣненіе это характерно для потаторовъ,—по Rokitansk'ому, указаніе, на что мы привели въ литературномъ обзорѣ. Кромѣ того, въ срѣзахъ изъ головной части мы находили отложеніе бурого пигмента въ эпителии долекъ, находящихся въ районахъ кровозаливній; въ этихъ мѣстахъ мы видѣли въ полѣ микроскопа неправильно расположенныя скопленія красныхъ кровя-

ных шариковъ, какъ въ междольковой ткани, такъ и въ долькахъ. Присутствие пигмента даетъ нѣкоторое право предполагать (даже признать) существованіе здѣсь старыхъ экстравазатовъ; присутствіе же неизмѣненныхъ красныхъ кровяныхъ шариковъ говорить за свѣжія, вѣроятно прошедшія незадолго до смерти кровоизліянія. Подобныя же картины мы наблюдали и на срѣзахъ, взятыхъ изъ средней части железы. Въ пользу того, что бурья зернышки, находящіеся—рядомъ съ жировыми—въ эпителии долекъ, дѣйствительно принадлежать пигменту, говоритъ отрицательное ихъ отношеніе къ уксусной кислотѣ и спирту съ эфиромъ, а также растворимость его только при продолжительномъ дѣйствіи крѣпкаго раствора йодкаго кали. На нѣкоторыхъ срѣзахъ мы замѣтили, что среди жировыхъ массъ, въ видѣ полумѣсяца или полнаго кольца выполнившихъ дольки (на мѣсто погибшаго эпителия), иногда лежали уцѣлѣвшія полигональной формы кѣтки, съ сильною жировою зернистостью и ядромъ (какъ въ случаѣ 6-мъ), не ясно выразившимся за зернистостью. Кроме того, микроскопъ указать на существованіе слизистыхъ кистъ, съ толстыми фиброзными стѣнками; они обыкновенно располагались группами, составленными изъ долекъ съ слизистоперожденнымъ эпителиемъ, вблизи крупныхъ выводныхъ протоковъ средней и хвостовой частей железы. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ двѣ или болѣе такихъ кистъ, путемъ уничтоженія стѣнокъ, сливались и образовывали бѣльня кисты. Въ долькахъ, окружающихъ уже вполне образовавшіяся кисты и окружающихъ менѣе толстой междольковой тканью, наблюдались первая стадія слизистаго перерожденія эпителия, протоплазма котораго представлялась прозрачною, какъ бы стекловидною, а кѣтки имѣли круглую форму и казались увеличенными; ядра же ихъ еще ясно выражались. Отъ дѣйствія на тѣя препараты уксусной кислотой получился какъ бы мелководный осадокъ, не растворяющийся въ избытокъ реактива. Утолщеніе междольковой соединительной ткани въ данномъ случаѣ, какъ показала микроскопъ, было болѣе разлитаго характера, но все-таки болѣе интенсивное около протоковъ, сосудовъ и упомянутыхъ слизистыхъ

кисть. Вблизи сосудовъ междольковая соединительная ткань представляла значительную степень инфильтраціи лимфоидными элементами. Выводные протоки въ нѣкоторыхъ мѣстахъ казались расширенными, съ слизистоподобнымъ содержимымъ, мѣстами же съ примѣскою капель жира. Стѣнки ихъ представлялись утолщенными. Въ сосудахъ, какъ крупныхъ, такъ и капиллярахъ, замѣчалось переполненіе кровью, причемъ вены представлялись растянутыми. Стѣнки сосудовъ представлялись утолщенными, причемъ рѣзкой границы между адвентиціей и окружающей междольковой соединительной тканью не замѣчалось; реакціи на амилоидъ не давали. На поперечныхъ разрѣзахъ нервовъ можно было замѣтить разрастаніе соединительной ткани, а также жировую и пигментную (мѣстами) зернистость, послѣднія замѣчались и въ гангліозныхъ кѣткахъ. Нужно еще добавить, что и въ этомъ случаѣ, подобно предыдущимъ, жировое перерожденіе эпителия долекъ сильнѣе было выражено въ головной части железы.

Случай 9-й. Мѣщанка Анна Гаврилова, 52 лѣтъ, поступила въ женское терапевтическое отдѣленіе клиническаго госпиталя 15 октября 1882 года, съ признаками значительнаго истощенія. До поступленія въ госпиталь болѣла года два; въ мартѣ 1882 года появилась отечъ ногъ; умерла 18 ноября, въ 8<sup>1/2</sup> часовъ утра. Прижизненный діагнозъ: Cirrhosis hepatis. Insuf. v. aortae. Вліяніе алкоголя подозрѣвалось.

Вскрытіе показало: Pia малокровна, отечна, легко отдѣляется. Желудочки мозга растянуты и наполнены серозною жидкостью, равно какъ задніе рога и 4-й желудочекъ. Ткань мозга малокровна, отечна. Сердце увеличено (прод. діаметръ 5", поперечный 4<sup>1/2</sup>"), на перикардіи бѣлыя пятна. Полость праваго желудочка растянута, стѣнки утончены, клапаны нормальны. Въ ушкѣ праваго предсердія прижизненный свертокъ. Полость лѣваго желудочка увеличена, стѣнки утолщены. Мускулатура сѣроваго цѣфта. Valv. bicuspidalis утолщены. Внутреннія стѣнки аорты усѣяны атероматозными гнѣздами. Начало аневризмы. Легкія спались. Въ правомъ свѣ-

жий, большой инфаркт, въ лѣвомъ тканъ рѣзко мало-кровна отъ закупорки сосуда тромбомъ. Въ полости плевры (лѣвой стороны) серознофибринозный эксудатъ. Печень увеличена въ толщину, поверхность ея мѣстами зерниста; тканъ въ разрѣзѣ плотна, поверхность разрѣза тоже зерниста. Дольки уменьшены. Соединительная тканъ расрасслабъ. Въ желчномъ пузырьѣ ничего особеннаго.

Селезенка уменьшена, тканъ ея плотна, пронизана множествомъ бѣлыхъ полостей. Почки. Правая увеличена въ объемѣ, представляетъ разрастаніе соединительной ткани; тканъ плотна, замѣтно укороченіе пирамидокъ. Поверхностныя вены растянуты. Въ правой почкѣ тѣже измѣненія въ меньшей степени. Въ желудкѣ явленія застоя, равномерное окрашивание, большое количество слизистой жидкости. Въ кишкахъ тѣже явленія, что и въ желудкѣ.

Поджелудочная железа увеличена въ объемѣ, нѣсколько отечна, плотность болѣе нормальной—сильнѣе выражена въ головной части и въ нѣкоторыхъ крупныхъ доляхъ средней, слабѣе же всего въ хвостовой. Тканъ многокровна, на разрѣзѣ представляется синева-красною, съ бѣловатыми полосками, а съ поверхности синева-сѣрою. Длина 8", высота 1"—1 1/2", толщина 1/2"—1 1/4". Вѣсъ 85 gtm. На поверхности разрѣза въ головной части замѣтно невооруженнымъ глазомъ разрастаніе соединительной ткани; подъ ножомъ хруститъ.

**Гистологическое изслѣдованіе:** На срѣзахъ взятыхъ изъ разныхъ частей железы, мы наблюдали въ данномъ случаѣ всѣ три стадіи жироваго перерожденія эпителия долекъ, но съ преобладаніемъ сильнѣе выраженныхъ формъ его, особенно въ головной части. Такъ, при изслѣдованіи срѣзовъ изъ головной части, мы видѣли въ полѣ зрѣнія микроскопа массу гнѣздъ, равныхъ величинѣ одной дольки, или же охватывающихъ нѣсколько долекъ, расположенныхъ или группами, или цугами, среди долекъ, содержащихъ эпителий съ низшими степенями жироваго перерожденія. Гнѣзда эти были выполнены или сплошными жировыми массами, или скучившимися крупными его каплями, съ нѣжною, неправильно исчерченностью,

или же звѣздообразными фигурами кристаловъ жир. вѣхъ кислотъ. Въ большинствѣ случаевъ не весь просвѣтъ гнѣздъ былъ занятъ жировыми массами, а они располагались или въ формѣ полумѣсяца, или кольцевидно; иногда же одна половина гнѣзда была занята жировой массой, а другая—еще уцѣлѣвшими эпителиальными клѣтками, съ сильно выраженной жировой зернистостью, сквозь которую неясно проглядывалось ядро. Жировыя массы въ нѣкоторыхъ случаяхъ представлялись состоящими изъ тѣсно скученныхъ, сильно блестящихъ, мелкихъ зеренъ жира. На препаратахъ, обработанныхъ сначала спиртомъ, а потомъ эфиромъ, присутствія всѣхъ упомянутыхъ массъ и зернистости въ эпителии долекъ больше не наблюдалось; на мѣстѣ жировыхъ массъ иногда наблюдалась только нѣжная сѣтевидная строма. При обработкѣ же препаратовъ растворомъ фѣдкаго кали (безъ нагреванія) жиръ оставался въ видѣ крупныхъ капель или зеренъ, вся остальная тканъ (кромѣ эластическихъ волоконъ) уничтожалась. Описанныя гнѣздныя измѣненія въ меньшемъ количествѣ наблюдались и въ другихъ частяхъ железы. На срѣзахъ, взятыхъ изъ средней и хвостовой частей, мы наблюдали, кромѣ того, и слизистое перерожденіе эпителия долекъ въ различныхъ его стадіяхъ, до образованія крупныхъ кистъ, съ толстыми фиброзными стѣнками, занимавшихъ иногда все поле зрѣнія микроскопа. Иногда по стѣнкамъ такихъ кистъ располагался слой закругленныхъ, набухшихъ, часто не имѣющихъ ясныхъ очертаній, клѣтокъ, съ блестящею протоплазмой и сохранившимся ядромъ; на нѣкоторыхъ же препаратахъ этотъ, какъ бы выступающій стѣнки кистъ, слой состоялъ изъ однихъ ядеръ. Въ эпителии окружающихъ эти кисты долекъ жировой зернистости почти не замѣчалось. Образованіе болѣе крупныхъ слизистыхъ кистъ, какъ показывалъ микроскопъ, происходило чрезъ слияніе рядомъ лежащихъ мелкихъ, причемъ раздѣляющія ихъ стѣнки, повиднмому, претерпѣвали такое же слизистое перерожденіе. Слизистыя кисты одинаково съ предъидущимъ, случаемъ располагались вблизи крупныхъ выводныхъ протоковъ. Слабо-волокистый осадокъ, получившійся отъ дѣйствія уксусной кислоты на содержимое кистъ не рас-

творился въ избыткѣ реактива, что подтверждало его слизистую природу. Разростаніе межклеточной соединительной ткани, какъ показывалъ микроскопъ, носило разлитой характеръ только въ головной части железы, гдѣ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ она представляла пучки старой волокнистой ткани; въ средней же и хвостовой частяхъ разростаніе это представлялось въ видѣ островковъ. Въ томъ и другомъ случаѣ оно распространялось по ходу протоковъ и сосудовъ; въблизи послѣднихъ соединительная тканьъ была инфилтрирована, какъ и во всѣхъ предыдущихъ случаяхъ, лимфоидными элементами. Въ выводныхъ протокахъ замѣчалось на нѣкоторыхъ препаратахъ содержаніе слизи; при этомъ мѣстами протоки представлялись нѣсколько расширенными. Стѣнки ихъ были утолщены. Эпителій ихъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ представлялъ набухшимъ, утратившимъ свою цилиндрическую форму. Стѣнки сосудовъ казались утолщенными, adventitia ихъ иногда безъ рѣзкихъ границъ переходила въ окружающую соединительную тканьъ. Стѣнки болѣе крупныхъ сосудовъ, какъ видно было на нѣкоторыхъ срѣзахъ содержали зернистость, свойственную атероматозному процессу. Всѣ сосуды представляли сильное налитіе; вены казались растянутыми. На нѣкоторыхъ препаратахъ въ полѣ зрѣнія микроскопа видѣлась цѣлая сеть налитыхъ капилляровъ, заглочавшая въ своихъ петляхъ дольки железы. На поперечныхъ разрѣзахъ нервовъ замѣчалась картина измѣненій, сходныхъ съ предшествующимъ случаемъ, за исключеніемъ присутствія пигментныхъ зеренъ.

**СЛУЧАЙ 10-й.** Портной Карлъ Эльснеръ, 70 лѣтъ, пробывъ въ клинической госпиталь 20 ноября, 1882 года, съ явленіями общей водянки; 10 декабря, въ 4 часа утра, умеръ. Прижизненный діагнозъ: Cirrhosis hepatis. (Алкоголизмъ завѣдомый).

Вскрытіе показало: Туловище, конечности и scrotum отечны. Кости черепа утолщены, склерозированы, сосудистыя бороздки на внутренней поверхности значительно разлиты. Dura mater мѣстами утолщена, на внутренней поверхности ей, въ лобной области, справа около processus falcatiformis, замѣчается опухоль, плоская какъ кость, ве-

личною съ бобовое зерно (подъ микроскопомъ оказалась osteoma). Pia mater, легко отдѣляется, венозные сосуды ея наполнены кровью. Arachnoidea мѣстами утолщена. На поверхности обихъ полушарій мозга замѣчаются разбѣны въ различныхъ мѣстахъ углубленія. Ткань мозга дряхла, немного отечна; боковые желудочки наполнены серозною жидкостью. Plex. choroidei laterales утолщены, зернисты, съ небольшими серозными кистами. Артеріи на основаніи мозга значительно склерозированы. Ткань мозжечка немного отечна. Сердце увеличено преимущественно въ поперечномъ размѣрѣ; на передней стѣнкѣ сращено съ pericardio parietale, жиръ по бороздамъ атрофированъ, сосуды утолщены, склерозированы, извилисты. Полость лѣваго желудочка увеличена, мускулатура блѣдна, дрябла. Лѣвый клапанъ аорты при основаніи склерозированъ, пронитанъ известковыми солями; клапаны достаточны. На intimaе аорты небольшое количество склеротическихъ желтоватыхъ утолщеній. Объемъ праваго желудочка увеличенъ, стѣнки утолщены. Легкія оба свободны и проходимы для воздуха; правое при основаніи спленизировано. Печень уменьшена (попереч.  $9\frac{1}{2}$ ", продольн. прав.  $6\frac{1}{2}$ ", лѣвой 5"), максимальная толщина правой доли  $2\frac{1}{2}$  дюйма. Поверхность печени слегка бугристая, капсула представляетъ старыя помутнѣнія бѣловатаго цвѣта, дольки большею частью не ясно выражены. Подъ капсулой на правой долѣ, на верхней поверхности находится узелъ губчатой ткани, темно-краснаго цвѣта, величиною съ горошину. Вѣтви печеночной артеріи въ porta hepatis-утолщены, склерозированы. Селезенка  $4\frac{1}{2}$  д. длины,  $2\frac{1}{2}$  д. въ ширину и 1 д. въ толщину; капсула сморщена, немного утолщена; ткань плотна, малокровна, trabeculae утолщены. Селезеночная артерія склерозирована. Почкіи немного уменьшены, капсула снимается легко; поверхность ихъ мѣстами зернистая, ткань дрябла, малокровна; корковый слой истонченъ, нѣкоторые пирамидки укорочены. Артеріи обихъ почекъ представляютъ замѣтное утолщеніе и склерозъ. Въ полости брюшины довольно большое количество прозрачной желтоватой жидкости. Mucosa желудка покрыта слизью, на

днѣ устья небольшими экстравазатами, около rugosi- пигментирована. Mucosa тонкихъ кишекъ блѣдна, въ толстыхъ—отечна и малокровна. Артерій брыжейки склерозированы; она отечна; железы ея плотны, блѣдны и увеличены. Паховыя железы увеличены, корковый слой ихъ мѣстами краснаго цвѣта.

Поджелудочная железа увеличена въ объемѣ, плотнѣе нормальной, подъ ножомъ хруститъ, долготочее не ясно выражена; окружающая ее ткань отечна. На разрѣзѣ буровато-краснаго цвѣта, съ пересѣкающимися въ разныхъ направленіяхъ бѣловатыми полосками (пучки соединительной ткани). Длина 9 $\frac{1}{2}$ ", высота 1"—1 $\frac{7}{8}$ ", толщина  $\frac{3}{4}$ "—1 $\frac{1}{4}$ ". Вѣсъ 82 gm.

Гистологическое изслѣдованіе. На срѣзахъ полученныхъ отъ разныхъ частей железы мы наблюдали постоянно уменьшенный объемъ долекъ, въ которыхъ въ большинствѣ случаевъ (въ центральной части ихъ) лежали кучки жировыхъ зеренъ, съ примѣсью пигментныхъ. Только на срѣзахъ изъ периферическихъ частей железы эпителий долекъ представлялся еще сохранившимъ свои очертанія и ядра, не ясно выраженныя впрочемъ за жировою зернистостью; въ нѣкоторыхъ изъ долекъ эпителий уже не имѣлъ ядеръ, но таковыя замѣтны были еще въ центральныхъ клѣткахъ. Во всѣхъ срѣзахъ мы наблюдали значительное количество гнѣздъ, часто занимавшихъ нѣсколько долекъ, и содержащихъ сплывшіяся жировыя, сильно преломляющія свѣтъ массы, часто имѣющія неправильныя формы (полушарій, прерывающихся колецъ, неправильныхъ фигуръ); иногда же въ гнѣздахъ этихъ лежали звѣздообразной формы кучки кристалловъ жировыхъ кислотъ. Подъ вліяніемъ спирта и эфира содержащаяся въ гнѣздахъ массы растворялись, оставляя нѣжную сѣтъ; содержащаяся же въ долькахъ зернистая кучка просвѣтлялась и тогда рѣзче выражала пигментныя зерна. Послѣ же продолжительнаго дѣйствія на препаратъ растворомъ ѣдкаго кали (безъ нагреванія) на мѣстѣ гнѣздъ оставались крупныя капли жира, а на мѣстѣ кучекъ жировыя зернышки. Междольковая соединительная ткань представляла разлитое утолщеніе, причѣмъ въ большей части срѣзовъ

мы замѣчали болѣе или менѣе толстыя пучки старой фиброзной ткани, ограничивающіе собою уменьшенные просвѣты долекъ. Словомъ; мы здѣсь наблюдали картину довольно сильно выраженнаго цирроза железы. Стѣнки протоковъ, мѣстами расширенныхъ, утолщены и представлялись также состоящими изъ старой фиброзной ткани. Сосуды налиты кровью, вены растянуты. Стѣнки сосудовъ представлялись утолщенными; гематоксилинъ давалъ въ нихъ разлитое окрашиваніе, какъ бы сплошной матово-блестящей массы. Реакціями на амилоидъ подтвердилось его существованіе въ измѣненныхъ стѣнкахъ. Въ нервахъ замѣтили мы измѣненія аналогичныя съ предшествовавшимъ случаемъ.

Случай 11-й. Фуражечникъ Захаръ Кириловъ, 41 года, поступилъ въ Обуховскую больницу 8 ноября 1882 года, съ явленіями катарра кишекъ, брюшной водянки и цирроза печени. Умеръ 22 декабря, въ 1 часть дня. Завѣдомый алкоголистъ.

Вскрытіе показало: Сращеніе (старое) плевры легкихъ съ грудной стѣнкой; отекъ праваго легкаго. Нѣкоторыя явленія хронической пневмоніи. Degeneratio cordis adiposa; cirrhosis hepatis et atrophia granulata. Селезенка увеличена, набухшая. Катарръ хроническій желудка и кишекъ. Ascites.

Поджелудочная железа плотнѣе нормальной, увеличена въ объемѣ, на поверхности представляетъ втягиванія—въ видѣ рубцевыхъ, вследствие чего представляетъ легкую степень зернистости. На разрѣзѣ буровато-краснаго цвѣта, съ пересѣкающимися въ различныхъ направленіяхъ болѣе или менѣе толстыми полосами буроваго цвѣта. Длина 9", высота  $\frac{3}{4}$ "—1" 4", толщина  $\frac{1}{2}$ "—1" 2".

Гистологическое изслѣдованіе. При изслѣдованіи срѣзовъ изъ различныхъ частей железы мы нашли на нихъ измѣненія поразительно сходныя съ предыдущимъ случаемъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ утолщенной междольковой соединительной ткани рѣзче выступалъ волокнистый (фиброзный) характеръ; въ срѣзахъ же взятыхъ изъ перифе-

рических слоев железы, рядомъ съ меньшею интензивностью измѣненій въ эпители долекъ (1-я или 2-я стадія жироваго перерожденія), междольковая ткань представляла еще инфильтрацію лимфоидными элементами. Въ виду сходства всѣхъ прочихъ картинъ измѣненій съ предидущимъ случаемъ, мы позволяемъ себѣ не останавливаться на ихъ описаніи.

Резюмируя вкратцѣ результаты нашихъ изслѣдованій случаевъ настоящей группы, мы можемъ сказать прежде всего, что измѣненія железы принимали болѣе и болѣе тяжелый характеръ, какъ бы параллельно идя съ возрастаніемъ болѣзненнаго процесса въ печени. Слѣдя этой постепенности усиленія измѣненій въ печени и поджелудочной железы—мы и поставили въ началѣ группы болѣе легкіе случаи, а въ концѣ—болѣе тяжелые.

Въ первыхъ трехъ случаяхъ, мы или вовсе не встрѣчали фиброзаго характера въ междольковой соединительной ткани, или только мѣстами разсыпанны пучки; тогда какъ въ двухъ послѣднихъ вся (за крайне немногими мѣстами) междольковая ткань представлялась въ видѣ болѣе или менѣе толстыхъ пучковъ старой фиброзной ткани. Въ измѣненіяхъ эпителия долекъ можно также признать возрастающій характеръ, идущій, такъ сказать, рука объ руку съ прогрессирующими измѣненіями въ междольковой ткани, причемъ измѣненія эти ведутъ эпителий къ полной гибели—путемъ жироваго перерожденія. Но жировое перерожденіе является не единственною формою дегенеративныхъ измѣненій эпителия долекъ, какъ мы видимъ изъ случаевъ 8-го и 9-го, гдѣ, кромѣ жироваго—эпителий претерпѣвалъ еще и слизистое перерожденіе, а случаи 10-й и 11-й представляютъ соединеніе жироваго съ пигментнымъ перерожденіемъ. Имѣя передъ собою—въ двухъ случаяхъ изъ пяти—мѣста съ слизистымъ перерожденіемъ эпителия долекъ, мы имѣемъ нѣкоторое право сдѣлать заключеніе только о болѣе частомъ его появленіи при циррозѣ печени, но никакъ не о специфическомъ ему измѣненіи, такъ какъ случай 4-й указываетъ на возможность его и при частотѣ, нѣкоторые признаки которой найдены и въ одномъ изъ случаевъ данной группы (8-й съ сли-

зистыми кистами); а слѣдующій, 12-й случай, указываетъ на такую же возможность его существованія и при сифилисѣ. Затѣмъ, какъ на частое, но не характерное для одной этой группы явленіе, мы можемъ указать на амилоидное перерожденіе сосудовъ. Также и наблюдавшіяся атрофическаго характера измѣненія въ нервахъ не имѣютъ ничего специфическаго. Нельзя еще не замѣтить, что въ 11-мъ случаѣ, гдѣ измѣненія поджелудочной железы оказались болѣе тяжелыми изъ всей группы, мы имѣли комбинацію нѣсколькихъ хроническихъ процессовъ, имѣвшихъ своимъ исходнымъ то моментомъ, какъ мы полагаемъ—все-таки алкоголизмъ.

## Д. Сифилисъ.

Случай 12-й. Мастеровой Евгеній Николаевъ, 48 лѣтъ, поступилъ въ Хирургическое отдѣленіе Клиническаго госпиталя 26 мая 1882 года, съ свищевыми ходами въ области лѣваго коленного сустава, и страданіемъ самаго сустава, имѣющимъ связь, какъ видно, съ сифилисомъ, констатированнымъ по нѣкоторымъ признакамъ. 4-го декабря, въ 5 час. вечера, больной умеръ, при явленіяхъ сильнаго истощенія.

Вскрытіе показало: Трупъ представляетъ значительное исхуданіе. Кости черепа мѣстами склерозированы и на наружной поверхности правой теменной и лобной костей замѣчаются небольшія плоскія углубленія. Твердая мозговая оболочка гиперемирована, равно какъ и Pia mater, которая къ тому еще отечна. Мозговая ткань неравнообразной, довольно плотной консистенціи, немного отечна. Боковые желудочки наполнены серозною жидкостью. Въ полости pericardii около 2-хъ унцъ серозной жидкости. Сердце немного уменьшено, сосуды по бороздамъ извилисты, съ утолщенными стѣнками; жиръ атрофированъ. Стѣнки желудочковъ истончены; endocardium въ обоихъ желудочкахъ истончена, бѣловатаго цвѣта. На intima аорты небольшое количество склеротическихъ возвышеній. Легкія приращены къ грудной клеткѣ

старыми перепонками; при верхушках разсыяны узлы очень плотной, пигментированной ткани, величиной в лѣсной орѣхъ. Печень уменьшена, сращена мѣстами съ диафрагмой, сморщена. На верхней поверхности она покрыта рубцами, на нижней—сквозь капсулу просвѣчиваютъ бѣловатые узлы, величиною отъ просянаго зерна до горошины. Ткань печени подъ ножомъ хруститъ, на разрѣзѣ зерниста и малокровна. Желчный пузырь покрытъ ложными старыми перепонками, содержитъ мутно-желтаго цвѣта желчь и чернаго цвѣта камни, съ шероховатой поверхностью, величиною съ лѣсной орѣхъ. Селезенка увеличена; капсула ея утолщена, усѣяна бѣловатыми узлами и блинками хрящевой плотности, на верхнемъ концѣ представляетъ сплющенное утолщение (около 2"). Ткань селезенки плотна, бѣдно-краснаго цвѣта; пульса выскабливается трудно. Почки бѣдны, немного дряблы, капсула снимается неравногѣрно; поверхность мѣстами зерниста. Мусоса желудка бородавчата, покрыта слизью и мѣстами пигментирована. *Valv. pylorica* утолщена насчетъ мышечнаго слоя. *Mucosa ilei* представляетъ небольшое надитие вѣвь—толстыхъ кишекъ—бѣдна. Слизистая оболочка мочеваго канала и *fossae navicularis* покрыта рубцами и гиперемирована. Головка половаго члена сморщена, покрыта обширными старыми рубцами; наружное отверстие канала при этомъ сужено. На мѣстѣ уздечки въ подкожной ткани, плотная бѣловатая опухоль съ торожистымъ центромъ (величиною съ кедровый орѣхъ). Предстательная железа немного увеличена. Лѣвое яичко уплотнено, бѣловатаго цвѣта въ разрѣзѣ; сѣмянные каналы въ изолируются; въ правомъ тѣ же измѣненія въ меньшей степени. Лѣвая голень и бедро отечны; съ наружной и задней стороны бедра, около подкожной ямки, на кожѣ, замѣчаются небольшія отверстия свищевыхъ ходовъ, ведущихъ въ подкожную ткань и наполненныхъ гноемъ. Свищевые ходы расположены преимущественно въ области колѣннаго сустава. Последний наполненъ гноемъ. Суставная поверхность *tibiae* при этомъ изъязвлена до костной ткани, которая на мѣстѣ изъвь шероховата. Костной мозгъ

лѣвой os. femoris краснаго цвѣта, а правой—желтаго, съ красноватыми островками.

Поджелудочная железа незначительно увеличена, на ощупь представляетъ—неравногѣрно распределенную, увеличенную плотность. На разрѣзѣ сѣрваго-желтаго цвѣта, малокровна. Длина 8", высота  $\frac{1}{2}$ "— $1\frac{1}{2}$ ", толщина  $\frac{1}{2}$ "—1".

**Гистологическое изслѣдованіе.** Микроскопъ указалъ намъ здѣсь, какъ и въ большей части предшествовавшихъ случаевъ, существованіе различныхъ стадій жироваго перерожденія эпителія долекъ, изъ которыхъ высшая замѣчалась преимущественно въ срѣзахъ изъ головной части железы. При изслѣдованіи срѣзовъ, взятыхъ изъ этой послѣдней, мы замѣчали присутствіе въ подѣ зрѣнія микроскопа описываемыхъ нами ранѣе гнѣздъ, занимавшихъ мѣста уменьшенныхъ иногда въ объемѣ долекъ, и притомъ—гнѣздъ одиночныхъ или слившихся въ болѣе или менѣе крупныя группы неправильной формы и занимающихъ пространство нѣсколькихъ долекъ. (Срѣзы, содержащія такія гнѣздныя измѣненія и плавающие въ водѣ, даже невооруженному глазу представлялись съ точечною рѣшетчатостью). Гнѣзда эти заключали въ себѣ сплотившіяся въ массы крупныя капли жира, причемъ на массахъ этихъ замѣчалась нѣжная сѣтчатость, оставшаяся иногда и послѣ обработки препаратомъ спиртомъ и эфиромъ. Расположеніе массъ было или центральное, или ввидѣ полумѣсяцевъ, или же полныхъ колецъ. Кругомъ такихъ гнѣздъ располагались дольки, эпителіи которыхъ представлялъ переходныя стадіи жироваго перерожденія (большая зернистость съ неясно выраженнымъ ядромъ, или одна жировая зернистость). Въ нѣкоторыхъ срѣзахъ замѣчалось присутствіе пигментной формы перерожденія рядомъ съ жировымъ, т. е. среди жировыхъ зеренъ находились и пигментныя. На срѣзахъ изъ средней и хвостовой части железы—эпителіи долекъ представлялъ слабыя степени жироваго перерожденія; а на взятыхъ изъ периферическихъ слоевъ этихъ частей железы срѣзахъ—эпителіи нѣкоторыхъ долекъ казался совсѣмъ почти незахваченнымъ измѣненіями. Въ жировой природѣ описанныхъ

измѣненій эпителия убѣждает насъ отношеніе ихъ къ спирту и эфиру, при послѣдовательной обработкѣ которыми жировыя массы и зернышки растворялись. Междольковая соединительная ткань подъ микроскопомъ представляла разсыпанное островками ея утолщеніе, болѣе выраженное въ головной части, причемъ, въ этой послѣдней, оно обуславливало уменьшеніе объема долекъ; кромѣ того всюду наблюдалась инфильтрація ея лимфодными элементами вблизи сосудовъ. И здѣсь, подобно другимъ случаямъ, разрастаніе соединительной ткани придерживалось направленія протоковъ и сосудовъ. Протоки въ нѣкоторыхъ мѣстахъ производили впечатлѣніе расширенныхъ, — стѣнки ихъ представлялись утолщенными. Вблизи болѣе крупныхъ выводныхъ протоковъ мы замѣтили (въ срѣзкахъ изъ хвостовой части) образованіе слизистыхъ кистъ — путемъ слизистаго перерожденія эпителия долекъ, окруженныхъ утолщенными соединительно-тканными стѣнками, аналогично образованію такихъ кистъ наблюдаемыхъ нами въ случаяхъ 4, 8 и 9. Реакція съ уксусной кислотой подтверждала ихъ слизистую природу. Стѣнки сосудовъ представлялись утолщенными, и на окрашенныхъ гематоксилиномъ препаратахъ имѣли гомогенный видъ, съ блескомъ свѣтло-голубаго оттѣнка. Реакція съ іодомъ и сѣрной кислотой указала на ихъ амилоидное перерожденіе. Поперечные разрѣзы первыхъ представляли картину разрастанія въ нихъ соединительной ткани. Такимъ образомъ, найденныя нами измѣненія железы при сифилисѣ почти во всемъ сходны съ наблюдаемыми на большемъ количествѣ случаевъ и описанными профессоромъ Н. П. Ивановскимъ, за исключеніемъ слизистыхъ кистъ, которыя быть можетъ, составляютъ и не частое явленіе при данномъ заболѣваніи.

### Ж) Хроническая уремія.

Случай 13-й. Крестьянинъ Василій Игнатьевъ, 18 лѣтъ, поступилъ въ хирургическое отдѣленіе Клиническаго госпиталя 3 сентября 1882 года, съ камнемъ въ

мочевомъ пузырьѣ и явленіями хронической уреміи. Умеръ 15 сентября, представляя достаточно выраженное истощеніе.

Вскрытіе показало: Ткань мозга и мозжечка отечна и мягка. Сердце. Оба листка перикардіи плотно срослись старыми перепонками. Полость праваго желудочка значительно растянута, стѣнки истончены; тоже въ лѣвомъ желудочкѣ. Мускулатура блѣдно-желтаго цвѣта. Valv. bicuspid. укорочены и утолщены, что наблюдается и на клапанахъ аорты. Легкія представляютъ небольшую степень отека, проходимы для воздуха; правое сращено старыми перепонками съ грудной стѣнкой. Печень уменьшена въ объемѣ, малокровна, на разрѣзѣ сѣро-желтаго цвѣта, дольки неясны. Селезенка, немного увеличена, малокровна, рыхла. Мускула желудка блѣдна, мѣстами небольшіе капиллярные экстравазаты. Тоже въ кишкахъ. Почки уменьшены въ объемѣ, капсула приросла; ткань плотна, корковый слой истонченъ, пирамидки укорочены. Въ мочевомъ пузырьѣ найденъ камень (въ продольномъ разрѣзѣ около 2 сантим., попер. 1 сантим.) и два осколка. Слизистая оболочка пузыря утолщена, гиперемирована и изъязвлена въ области начала мочеиспускательнаго канала. Мочеточники и лоханки растянуты и наполнены мутною жидкостью.

Поджелудочная железа значительно увеличена въ объемѣ, плотнѣе нормальной, а въ головной части хрящевой плотности. При разрѣзѣ хруститъ. Какъ снаружи, такъ и въ разрѣзѣ, сѣровато-желтаго цвѣта, причемъ на разрѣзѣ замѣтны мельчайшія точечныя инкрустаціи, желтовато-бѣлаго цвѣта и повидному лежація въ паренхимѣ железы, что потомъ рѣче было замѣтно на плотныхъ препаратахъ. Длина 9", высота 1 1/2" — 2", толщина 1" — 1 1/2". Вѣсъ 98 gm.

Гистологическое изслѣдованіе. Пслѣдую срѣзы изъ разныхъ частей железы, мы и здѣсь наблюдали большую степень напряженія измѣненій въ головной части. Эпителии долекъ, также какъ и въ другихъ случаяхъ, представляли различныя стадіи жироваго перерожденія; выраженіемъ высшей степени служило образованіе глыбъ, содержащихъ сплотившіяся массы жира, сильно прелом-

ляющія свѣтъ и дающія желтоватый отблескъ. Послѣ дѣйствія спирта и эфира—жиръ растворялся, но оставались еще зернышки съ рѣзкими контурами и блестящія, которыя растворялись въ соляной кислотѣ, давая пузырьки газа. Это обстоятельство привело насъ къ предположенію о существованіи въ образовавшихся жировыхъ массахъ отложения известковыхъ солей (carbonat'овъ). При дѣйствіи на препараты растворомъ ѣдкаго кали, въ полѣ зрѣнія микроскопа оставались только крупныя капли жира, крупныя его зерна, а также мелкія, аморфныя зернышки, принадлежащія, какъ мы предполагаемъ, въ эвстаховой инкрустаци. Разростаніе междольковой соединительной ткани замѣчалось на всѣхъ срѣзахъ, но болѣе было выражено и носило разлитой характеръ на срѣзахъ изъ головной части железы. Какъ и въ другихъ случаяхъ междольковая соединительная ткань въблизи сосудовъ была инфильтрирована болѣе или менѣ лимфатическими элементами. На выметенныхъ препаратахъ соединительная ткань представляла сѣтъ изъ толстыхъ перекладинъ, между которыми лежали уменьшенные противъ нормы пространства (круглыя или овальныя), вмѣщавшія въ себѣ прежде дольки. Выводные протоки представлялись расширенными и наполненными слизисто-подобнымъ содержимымъ, съ примѣсью измѣненныхъ эпителиальныхъ кѣтокъ и мелкой зернистости; въ нѣкоторыхъ же мѣстахъ эпителий протоковъ представлялся нормальнымъ. Сосуды были наполнены кровью, а стѣнки ихъ казались утолщенными на счетъ adventiti. — Въ общемъ и здѣсь мы имѣемъ картину хроническаго интерстиціальнаго процесса, съ дегенеративной атрофіей дольковыхъ элементовъ. Литературныхъ данныхъ объ измѣненіяхъ железы при хронической уреміи намъ не приходилось встрѣчать, что было видно уже и изъ обзора литературы. Вотъ почему, имѣя предъ собою единичный случай, мы, собственно говоря, еще не вправѣ рассматривать найденныя нами измѣненія, какъ явленіе общее всѣмъ случаямъ хронической уреміи, — но тѣмъ не менѣе не можемъ не дать ему мѣста въ цѣломъ ряду общихъ хроническихъ болѣзней, признавая за нимъ нѣкоторую долю значенія въ выполняемой нами задачѣ.

### 3) Старческой маразмъ.

Случай 14-й. Мастеръ с.-петербургскаго арсенала Герасимъ Янувченко, 67 лѣтъ, прибылъ въ клинической госпиталь 16-го ноября, 1882 года, съ явленіями истощенія и общей слабости. Заявилъ, что 2 года кашлялъ, а въ послѣднее время страдалъ запорами. — Умеръ 28 ноября, въ 6 часовъ вечера. — Прижизненный діагнозъ: Marasmus senilis et pneumonia chronica.

Вскрытіе показало: Высокая степень исхуданія. Сердце уменьшено во всѣхъ размѣрахъ. Полость и стѣнки лѣваго желудочка уменьшены; мускулатура блѣдно-коричневаго цвѣта. Клапаны аорты достаточны; мѣстами въ толщѣ ихъ замѣчается отложеніе известковыхъ солей. Стѣнки праваго желудочка также истончены. Лѣвое легкое мѣстами сращено съ грудной кѣткой старыми ложными перепонками. Въ верхней его долѣ разсыяны очень плотныя пигментированныя и непроходимыя для воздуха мѣста ткани, величиной съ грѣцкій орѣхъ. Въ нѣкоторыхъ узелкахъ замѣчается творожистая масса. Нижняя доля отечна, на разрѣзѣ представляетъ узлы гепатизаціи блѣдно-краснаго и сѣроваго цвѣта. Въ правомъ легкомъ тѣ же измѣненія, съ прибавленіемъ небольшихъ кавернъ въ верхушкѣ. Печень уменьшена, ткань буроваго цвѣта, слегка мускатна; печеночныя вены наполнены жидкой кровью. Селезенка уменьшена, сморщена, дряблѣ и малокровна. Правая почка 4 д. длины, 2 ширины и около 1 дюйма толщины, ткань малокровна, дряблѣ, нѣкоторыя пирамидки укорочены, корковый слой мѣстами истонченъ. Лѣвая почка 4 дюйма длины, 2 дюйма ширины и 1 дюймъ 2 линіи въ толщину. Корковый слой 1 сантиметръ толщины, пирамидки укорочены. Капсула снимается легко. На поверхности небольшая углубленія. Слизистая оболочка желудка истончена, гладка, покрыта густою, блѣватою слизью, мѣстами пигментирована. Стѣнки кишечника истончены во всѣхъ слояхъ. P'a отечна, гиперимирована, боковые желудочки наполнены серозною жид-

костью. Ткань мозга отечна, довольно богата кровью. Въ зернистых *plexus choroideus* серозныя кисты.

Поджелудочная железа атрофирована, дрябла, буровато-желтаго цвѣта, съ сѣброватыми полосками на разрѣзѣ тѣхъ мѣсть, которыя представлялись болѣе плотными. Длина  $10\frac{1}{2}$ " , высота  $\frac{1}{2}$ "<sup>3/4</sup>" , толщина  $\frac{1}{4}$ "<sup>1/2</sup>". Крупныя дольки ея представляются сплюснутыми въ передне-заднемъ диаметрѣ железы.

**Гистологическое изслѣдованіе.** Въ данномъ случаѣ, въ большей части сѣзцовъ эпителий долекъ представлялся въ видѣ кучекъ жировыхъ и пигментныхъ зеренъ, въ большинствѣ случаевъ—лежащихъ въ центрѣ—уменьшенныхъ въ объемѣ альвеолъ (т. е. мѣсть долекъ), окруженныхъ болѣе или менѣе утолщеною междольковою соединительною тканью. Характеръ перерожденія подтвердился соответствующими реакціями. Въ нѣкоторыхъ долькахъ, впрочемъ—очень немногихъ, можно было различать ацинозное строеніе и эпителий съ меньшею степенью перерожденія. Мѣстами наблюдались гнѣзда крупной величины, съ проходящими черезъ нихъ пучками междольковой ткани, содержаща мелкозернистый жировой распадъ, желтовато-бурого цвѣта (на препаратахъ, окрашенныхъ гематоксилиномъ), отъ дѣйствія спирта и эфира на который оставалась только мелкая, аморфная зернистость, характерная для пигмента. Междольковая соединительная ткань, уменьшенная *en masse*, представлялась относительно утолщеною и въ видѣ сѣтъ—изъ болѣе или менѣе толстыхъ пучковъ, ограничивала уменьшенные въ объемѣ пространства, предназначенныя для вѣщанія долекъ. Стѣнки протоковъ представлялись какъ бы утолщенными и состоящими изъ старой фиброзной ткани. Сосуды инъецированы (артеріолы и капилляры). Стѣнки сосудовъ представляются гомогенно-блестящими и нѣсколько утолщенными; съ іодомъ они давали бурокрасное окрашиваніе, а при дѣйствіи затѣмъ сѣрною кислотой буровато-фіолетовый цвѣтъ, что указываетъ на ихъ амилоидное перерожденіе. Хотя данный случай и принадлежитъ отчасти къ смѣшаннымъ, такъ какъ мы здѣсь имѣли и хроническую пневмонію, и старость лѣтъ,—

и потому не вправѣ бы были приписывать найденныя измѣненія одному старческому маразму; но иной нѣсколько характеръ измѣненій железы,—наблюдавшійся при чахоткѣ (случай 2, 3 и 4), чѣмъ въ данномъ случаѣ,—даетъ намъ право предполагать, если не утверждать, что и маразмъ здѣсь не остается безъ своего значительнаго вліянія на ходъ измѣненій. Благодаря совокуности двухъ вѣскихъ причинъ и самыя измѣненія въ поджелудочной железн—въ данномъ случаѣ—представляли довольно высокую степень напряженія. Въ пользу вліянія маразма мы находимъ указанія и въ приведенной нами литературѣ. Такъ Claessen говоритъ объ атрофіи железы; Klebs, Cornil et Ranvier и др.—объ атрофіи съ жировымъ перерожденіемъ эпителия (по Klebs'у диффузныя липоматозы), наконецъ у Chvostek'a находится указанія на атрофію съ пигментнымъ перерожденіемъ эпителия доли, что мы видѣли и въ нашемъ случаѣ.

Мы изложили, такимъ образомъ, цѣлый рядъ наблюдений произведенныхъ надъ случаями, принадлежащими къ семи различнымъ формамъ общихъ хроническихъ болѣзней, приложивши къ каждому описаніе найденныхъ нами въ поджелудочной железнъ микроскопическихъ картинъ измѣненій. Тамъ, гдѣ на каждую изъ формъ заболѣваній выпало по нѣсколько случаевъ, мы составили изъ нихъ группы и въ концѣ каждой такой группы сдѣлали краткія обобщенія. Теперь, стоя на почвѣ полученныхъ нами результатовъ изслѣдованій, мы попытаемся набросать общую картину найденныхъ нами измѣненій (обобщить ихъ) и затѣмъ—сдѣлать по возможности формулированныя выводы.

Среди найденныхъ нами измѣненій въ поджелудочной железнъ общимъ явленіемъ представляются: хроническій интерстиціальныи процессъ и атрофія железистыхъ элементовъ, выраженная въ формѣ жироваго перерожденія эпителия долекъ. Оба названныя процесса проявляются въ различныхъ степеняхъ интензивности, что, повидимому, находится въ связи съ продолжительностію истощающихъ

болѣзней, а также и со степенью их напряженности. Въ силу такого различія въ интенсивности измѣненной—мы можемъ всё наши случаи подраздѣлить на три группы. Къ первой группѣ мы относимъ случаи, гдѣ жировое перерожденіе эпителия долекъ встрѣчалось только въ двухъ первыхъ его стадіяхъ, а интерстиціальныи процессъ являлся въ островчатой формѣ, и притомъ сравнительно въ легкой степени. Къ этой группѣ принадлежатъ случаи 4, 7 и 8-й, изъ которыхъ одинъ только 7-й случай былъ съ амилоиднымъ перерожденіемъ сосудовъ. Ко второй группѣ мы относимъ тѣ случаи, въ которыхъ, рядомъ съ 1-й и 2-й стадіей жирового перерожденія эпителия долекъ во всей железнѣ,—наблюдалась и 3-я сильнѣйшая его степень въ головной части железы; интерстиціальныи же процессъ носилъ болѣе или менѣе разлитой характеръ въ головной—и островчатый въ остальныхъ частяхъ. Въ эту группу входятъ случаи 2, 3, 5, 6, 9, 12 и 13. Изъ нихъ 2, 5, 6 и 12 съ амилоиднымъ перерожденіемъ сосудовъ. Наконецъ, въ третьей группѣ мы помѣщаемъ тѣ случаи, гдѣ измѣненія железы носили характеръ въ высшей степени тяжелой, а именно: жировое перерожденіе эпителия во всей железнѣ являлось въ высшей своей стадіи и осложнялось еще пигментнымъ. (Изъ второй группы—только въ 12 случаѣ было замѣтно незначительное количество пигмента въ эпителии долекъ) а интерстиціальныи процессъ во всей железнѣ являлся въ разлитой формѣ. Такими случаями представляются 1, 10, 11 и 14-й. Во всѣхъ этихъ случаяхъ найдено было амилоидное перерожденіе сосудовъ.—А случай 10-й и 11 можно, кажется, причислить къ рѣзко выраженному циррозу поджелудочной железы, аналогичному, по мнѣнію Vulpian'a, атрофическому циррозу печени. Случаи данной группы, между прочимъ, говорятъ противъ мнѣнія Klebs'a, выражавшаго нѣкоторое сомнѣніе относительно существованія разлитой формы интерстиціального процесса въ поджелудочной железнѣ.

Почти общимъ явленіемъ въ картинѣ измѣненной железы—при обихихъ хроническихъ болѣзняхъ—можно считать амилоидное перерожденіе сосудовъ, часто наблюдаемое и

въ другихъ паренхиматозныхъ органахъ—при болѣзняхъ, ведущихъ къ сильной степени истощенія. Какъ мы можемъ предполагать на основаніи нашихъ наблюденій, впрочемъ, сдѣланныхъ безъ примѣненія специальныхъ способовъ изслѣдованія, и первыи не остаются безучастными въ общей картинѣ измѣненной поджелудочной железы, представляя то болѣе, то менѣе выраженные явленія атрофіи—съ разрастаніемъ соединительной ткани. Не менѣе выдающимся явленіемъ въ наблюдаемыхъ нами картинахъ измѣненной железы представляется направленіе процесса разрастанія междулоквой соединительной ткани по ходу сосудовъ и протоковъ, служащихъ такимъ образомъ какъ бы исходнымъ пунктомъ интерстиціального процесса. И дѣйствительно, обильная инфильтрація междулоквой соединительной ткани вѣдизни, наблюдавшаяся въ состояніи сильнаго налитія (особенно при циррозѣ печени), сосудовъ—съ одной стороны, а присутствіе молодыхъ соединительнотканыхъ элементовъ въ стѣнкахъ протоковъ—съ другой, говорятъ въ пользу признанія ихъ за исходныи пунктъ развитія интерстиціального процесса. Въ пользу этого предположенія говорятъ наблюденія проф. Н. П. Ивановскаго, проф. Chwostek'a, а также и экспериментальныи изслѣдованія Павлова, Arnozan'a и Vaillard'a, и наконецъ—Реми и г-жи Шаузъ, и друг.

Намъ еще остается сказать нѣсколько словъ относительно наблюдаемаго нами въ изслѣдованныхъ случаяхъ слизистаго перерожденія эпителия долекъ и образованія при этомъ слизистыхъ кистъ. Изъ наблюдаемыхъ нами 14 случаевъ—въ 4-хъ мы нашли сказанныи процессъ, и притомъ при различныхъ формахъ разсматриваемыхъ нами болѣзней, почему мы не выразивъ выставявъ этотъ процессъ, какъ характерное измѣненіе железы при какой-нибудь одной изъ формъ болѣзней, а только отмѣчаемъ его относительную частоту при обихихъ хроническихъ болѣзняхъ, если можно руководствоваться до нѣкоторой степени процентнымъ отношеніемъ его среди нашихъ 14 случаевъ (1:3). Кромѣ того, нельзя не указать на ту постоянность, которая наблюдалась—въ нашихъ случаяхъ—въ мѣстоположеніи слизистыхъ кистъ; онѣ во всѣхъ случаяхъ

лежали вблизи крупных выводных протоков, и притом всегда в средней—ближе к хвостовой, или (чаще) в хвостовой—частях железы. Замѣтим кстати, что описанная Vozemann'омъ огромная киста поджелудочной железы находилась также в хвостовой ея части. Наконецъ, наблюдаемая нами сосочковая разрастани—въ кистовидныхъ образованияхъ поджелудочной железы—въ случаѣ общаго паралича помѣшанныхъ,—какъ вообще рѣдко встрѣчающіеся патологическія измѣненія,—не могутъ быть признаны за явленіе характерное для общихъ хроническихъ болѣзней. Присутствіе среди жировыхъ массъ уцѣлѣвшихъ полигональных (централирныхъ—Подвысоцкаго) клѣтокъ,—въ случаяхъ 6 и 8,—даютъ намъ нѣкоторый поводъ предполагать—большую ихъ стойкость противъ дегенеративныхъ процессовъ \*).

Принимая въ соображеніе нѣкоторыя литературныя указанія и основываясь на добытыхъ нами при изслѣдованіяхъ фактахъ, мы можемъ, съ нѣкоторою положительностію, сдѣлать слѣдующіе выводы объ измѣненіяхъ поджелудочной железы, — если не при всѣхъ, то при большинствѣ—общихъ хроническихъ болѣзней, резюмируя ихъ краткѣ въ слѣдующей формѣ:

1) Въ измѣненіяхъ поджелудочной железы при общихъ хроническихъ болѣзняхъ — хроническій интерстиціальныи процессъ (въ острой или разлитой формѣ) — можно считать общимъ и постояннымъ явленіемъ.

2) Такимъ же общимъ и постояннымъ явленіемъ представляется и атрофія железистыхъ элементовъ поджелудочной железы—въ формѣ жироваго перерожденія эпителия долекъ, выражающагося въ большей или меньшей

*Примманіе:* Мы не ввели въ кругъ нашихъ изслѣдованій — лимфатическую систему и мелчайшія нервные развитія железа, какъ потому, что ученіе о нихъ—въ нормальной-то железе—только что начинаетъ устанавливаться,—такъ и потому, что измѣненія въ кровяной и лимфатической системахъ, а также и въ нервныхъ развитіяхъ поджелудочной железы (при общихъ хроническихъ болѣзняхъ),—по нашему мнѣнію,—могутъ послужить матеріаломъ для другой, самостоятельной, и притомъ довольно большой—работы.

степени, соотвѣтственно интензивности болѣзненнаго процесса и продолжительности его теченія. Измѣненіе это идетъ объ руку съ слѣдующимъ.

3) Наибольшая напряженность измѣненій поджелудочной железы при наблюдаемыхъ нами болѣзняхъ—присуща головной ея части.

4) При сильнѣйшихъ степеняхъ истощенія, рядомъ съ болѣею напряженностію болѣзненнаго процесса, къ жировому перерожденію эпителия долекъ—присоединяется еще и пигментное.

5) При сильно выраженномъ циррозѣ печени и въ поджелудочной железе развивается аналогичный ему—циррозъ.

6) Исходными пунктами хроническаго интерстиціального процесса по преимуществу являются: соединительная ткань стѣнокъ протоковъ и инфильтрированная лимфатическими элементами околосоудистая соединительная ткань (въ междольковой ткани).

7) Большая часть общихъ хроническихъ процессовъ сопровождается амилоиднымъ перерожденіемъ сосудовъ поджелудочной железы.

8) Нервы железы, повидимому, также захватываются въ районъ измѣненій поджелудочной железы при общихъ хроническихъ болѣзняхъ, что выражается разрастаніемъ въ нихъ соединительной ткани.

9) Въ ряду измѣненій поджелудочной железы, сопутствующихъ общимъ хроническимъ болѣзнямъ, можно поставить и слизистое перерожденіе эпителия долекъ, съ образованіемъ слизистыхъ кистъ, однако не часто встрѣчающагося.

10) Найденная нами измѣненія въ поджелудочной железе при общихъ хроническихъ болѣзняхъ—вѣроятно не остаются безъ вліянія на процессъ пищеваренія, а слѣдовательно и на питаніе организма, такъ какъ функція измѣненной железы если не вполне уничтожается, то должна быть ослаблена. Такимъ образомъ, поджелудочная железа, претергивая измѣненія при общихъ хроническихъ—истощающихъ болѣзняхъ,—въ свою очередь своими измѣненіями какъ бы способствуетъ развитію истощенія больного.

Работа эта произведена въ Патолого-Анатомическомъ Кабинетѣ Профессора Николая Петровича Ивановскаго, которому считаю пріятною обязанностію выразить свою искреннюю благодарность за его совѣты и указанія при производствѣ настоящей работы.

Столь же пріятною обязанностію считаю выразить свою искреннюю благодарность какъ Прозектору К. Н. Виноградову за его совѣты, такъ и прозектору Обуховской больницы д-ру Р. К. Альбрехту за его разрѣшеніе пользоваться матеріаломъ для работы.

## ПОЛОЖЕНІЯ.

- 1) Хроническій интерстиціальный процессъ въ поджелудочной железнѣ при общихъ хроническихъ болѣзняхъ можно признать за явленіе постоянное.
- 2) Присутствіе высшей стадіи жироваго перерожденія эпителия долекъ поджелудочной железы, рядомъ съ пигментнымъ, служить выраженіемъ тяжелыхъ формъ — изъ общихъ хроническихъ заболѣваній, сопровождаемыхъ высокою степенью истощенія, при большой продолжительности процесса.
- 3) Головная часть поджелудочной железы при большинствѣ общихъ хроническихъ болѣзней — преимущественно предъ остальными ея частями — представляетъ наибольшія степени измѣненій.
- 4) Амилонное перерожденіе сосудовъ железы при общихъ хроническихъ болѣзняхъ есть явленіе чрезвычайно частое.
- 5) Карболовая кислота является хорошимъ адjuvans хиинина при леченіи болотныхъ лихорадокъ.
- 6) Фельдшеризмъ въ земской медицинѣ — вреденъ, подрываетъ довѣріе народа къ научной медицинѣ, и долженъ быть по возможности ограниченъ, если не вовсе выведенъ.
- 7) Отсутствіе какой-либо медицинской помощи среди сельскаго населенія Сибирскаго края очень невыгодно отзывается на пріоростъ населенія, а на сѣверѣ Сибири даже ведетъ къ постепенному вымиранію цѣлыхъ народностей (Карагаули, Чукчи, Тулгузы, Гиляки и пр.).

- 8) Въ виду усиливающегося переселенческаго движенія въ отдаленные уголки Сибири необходимо позаботиться о санитарномъ благоустройствѣ поселеній.
- 9) Для поддержанія научнаго уровня между врачами, полезно бы было ввести прикомандированіе къ клиникамъ по крайней мѣрѣ черезъ каждые пять лѣтъ (особенно врачей военныхъ и съ дальнихъ окраинъ).
- 10) Санитарно-врачебная служба на золотыхъ приискахъ, при настоящей ея зависимости отъ золотопромышленниковъ или управляющихъ, часто деморализующе отзывается на медицинскомъ персоналѣ (или заставляетъ бѣжать) и не приносить никакой пользы массамъ рабочихъ, почему рационально бы было учрежденіе санитарной инспекціи — подобно фабричной.