

Изъ патолого-анатомического кабинета Харьковского университета
(профессоръ Н. Ф. Мельниковъ-Разведенковъ).

*Многоуважаемому товарищу Владимиру Робертовичу Мейеру
отъ автора на добрую память.
9 Марта 1908.*

616.995.3
Б-26

7 - НОЯ 2012

КЪ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

ПЕРВИЧНАГО ТУБЕРКУЛЕЗА КИШЕКЪ

И

БРЫЖЖЕЕЧНЫХЪ ЖЕЛЕЗЪ

(съ 2-мя фототипическими таблицами микрофотограммъ).

64200

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Лькаря Павла Бархаша.

ХАРЬКОВЪ.

Типографія фирмы „Адольфъ Дарре“, Московская улица, № 19.
1908.

Перечер
1966 г.

1950

Переучет-60

7 - НОЯ 2012

КАТЕДРА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

ПЕРВОНАЧАТО ТУБЕРКУЛЕЗА КИШЕЧНИКА

ВРЪЖИТЕЛНИХ РИШЕВЪ

Харківський Інститут
НАУК І БІБЛІОТЕКА

64200

Оглавление.

	Стран.
Введеніє	1—11
Современное состояніє вопроса о первичномъ зараженіи туберкулезомъ черезъ кишечникъ въ связи съ ученіємъ объ единствѣ туберку- леза челоуѣка и рогатаго скота (<i>систематическій обзоръ лите- ратуры и выводы</i>)	12—65
Иссядованія:	
А. Архивные случаи	66—94
В. Собственные случаи	94—184
.	185—200
Заключеніє	201—208
Общіє выводы	204—211
Указатель литературы	—
Таблицы микрофотограммъ (съ объясненіями)	—

Харківський Інститут
НАУК І БІБЛІОТЕКА

ВВЕДЕНІЕ.

По разнообразію локализаций, силъ распространенія, а главнымъ образомъ, по числу ежегодно уносимыхъ человѣческихъ жертвъ — туберкулезъ среди болѣзней занимаетъ первое мѣсто. Въ самомъ дѣлѣ, какъ нѣтъ органа въ тѣлѣ человѣка, который не пораженъ бы туберкулезомъ, такъ не существуетъ климата, почвы и высоты на земной поверхности, обитатели которыхъ въ той или иной степени не платили бы данн этой болѣзни. И статистика распространенія туберкулеза, основанная, съ одной стороны, на специальныхъ изслѣдованіяхъ труповъ на туберкулезъ, съ другой стороны, на регистраціяхъ смертности отъ туберкулеза, даетъ поражающія числовыя данныя.

Такъ, Lubarsch среди 1820 труповъ обнаружилъ туберкулезныя находки въ 60,6%, Burkhardt среди 1452 труповъ въ 84%, Naegeli среди 500 труповъ также въ 84%. Если же принять въ расчетъ, исключительно, трупы взрослыхъ, то Lubarsch находилъ туберкулезъ въ 69,1%, Burkhardt въ 91%, а Naegeli въ 97—98%. На основаніи такихъ высокихъ чиселъ Naegeli заключилъ, что почти ни одинъ взрослый человѣкъ не свободенъ въ большей или меньшей степени отъ туберкулеза — „jeder Erwachsene ist tuberculös“. Правда, что всѣ эти числа, какъ результатъ больничной статистики, не могутъ дать правильнаго представленія о распространеніи туберкулеза, во 1-хъ, въ виду громаднаго контингента пользующихся въ больницахъ бѣдняковъ, дающихъ въ нѣсколько разъ бѣльшую смертность отъ туберкулеза, чѣмъ люди достатка (Bertillon)¹⁾, Brouardel²⁾; во 2-хъ, въ виду частаго поступленія

¹⁾ Bertillon изучалъ смертность отъ легочной чахотки на 10000 жителей различныхъ по достатку округовъ Парижа, Берлина и Вѣны и получилъ слѣдующіе результаты. Парижъ: смертность очень бѣдныхъ 512,1, очень богатыхъ 152,5. Берлинъ: смертность очень бѣдныхъ 279,4, очень богатыхъ 158,1. Вѣна: смертность очень бѣдныхъ 649,5, очень богатыхъ 147,8.

²⁾ По Brouardel'ю въ Парижѣ, въ округѣ Plaisance, на 10000 жителей умерло отъ туберкулеза 104, въ то же время въ богатомъ кварталѣ Champs-Élysées 10,8.

въ больницы туберкулезныхъ въ послѣднемъ стадіи. Но, даже събавъ приблизительныя поправки въ отношеніе бѣдняковъ и безнадежныхъ случаевъ (исключивъ 20% изъ обнаруженнаго числа), Нескер среди 600 труповъ все же нашелъ въ 50%, т. е. у половины взрослыхъ несомнѣнные туберкулезные очаги. А Schmorl сообщаетъ, что среди произведенныхъ имъ частныхъ вскрытій изъ лучшихъ круговъ города Дрездена онъ у 60% находилъ туберкулезъ.

Еще болѣе наглядныя доказательства губительной силы туберкулеза даетъ статистика смертности отъ туберкулеза, особенно тщательно производимая въ Германіи и нѣсколько хуже въ другихъ культурныхъ странахъ.

Изъ числовыхъ данныхъ этой статистики ¹⁾ видно, что во всей Германіи число ежегодно умирающихъ (взяты среднія числа за 5 лѣтъ: отъ 1896 по 1900 г.г.) достигаетъ 1.123,907 человекъ, число же ежегодно умирающихъ отъ туберкулеза равно 118,622 человекъ; если же взять относительныя числа, то въ Германіи на 10000 жителей приходится ежегодно 213 смертныхъ случаевъ, изъ коихъ 20,6 случаевъ смерти отъ туберкулеза. Иначе сказать, согласно этой статистикѣ, смертность отъ туберкулеза въ Германіи составляетъ приблизительно *десятую* часть общей смертности.

Другія государства показываютъ еще болѣшую смертность отъ туберкулеза, на примѣръ Австрія и, особенно, Франція, въ которой смертность отъ туберкулеза составляетъ болѣе *седьмой* части общей смертности.

Мы не обладаемъ статистическими данными относительно общей смертности отъ туберкулеза въ Россіи. Но тѣ свѣдѣнія ²⁾, которыя собраны относительно смертности въ обѣихъ столицахъ, говорятъ, что въ Петербургѣ на 10000 жителей умираетъ отъ чахотки 44,1 человекъ, въ Москвѣ 45,6, тогда какъ въ Лондонѣ на то же количество жителей умираетъ отъ туберкулеза 17,6, въ Берлинѣ 23! Кромѣ того изъ официальныхъ отчетовъ видно, что въ Россіи заболеваемость чахоткой растетъ изъ года въ годъ, и, если въ 1894 году было зарегистрировано 231,847 туберкулезныхъ

¹⁾ Подробно приведена у Cornet'a. См. литературу.

²⁾ Л. Бертенсонъ. Борьба съ бугорчаткой въ Россіи. Добавленіе къ статьѣ „бугорчатка легкихъ“ въ энциклопедіи практической медицины Schniger'a и Vierordt'a. Переводъ профессора В. В. Подвысоцкаго и доктора Л. Я. Якобсона. 1907 г.

(19,1 на 10000), то въ 1904 году—424,524 (29,8 на 10000). Этотъ печальный мартирологъ, несомнѣнно, утѣубился бы, если бы наша статистика была полнѣе и совершеннѣе.

Интересные результаты даетъ также сопоставленіе числа жертвъ, уносимыхъ самыми опасными инфекціонными болѣзнями, со смертностью отъ туберкулеза. Оказывается, что въ то время, какъ въ теченіе 1873—1899 г.г. въ Неаполѣ разныя инфекціонныя болѣзни, вмѣстѣ взятыя, унесли 29,723 жертвы, одинъ туберкулезъ похитилъ таковыхъ 41,883 (Spatuzzi); въ Германіи въ 1894 году отъ дифтеріи, скарлатины, тифа, кори и коклюша, вмѣстѣ взятыхъ, умерло 116,705 человекъ,—отъ туберкулеза 123,904 (Cornet). Столь ужасающіе размѣры приняли распространеніе и смертность отъ туберкулеза.

Если же присоединить сюда тѣ общеустановленныя положенія, что туберкулезъ насчитываетъ максимальное количество жертвъ въ возрастѣ отъ 15 до 60 лѣтъ, т. е. среди трудоспособной и производительной части населенія; что потомство туберкулезныхъ часто бываетъ отягчено рѣзкими расстройствами питанія и развитія, нарушениями въ сердечно-сосудистой системѣ и проч., въ свою очередь, повышающими заболеваемость ихъ туберкулезомъ (и другими болѣзнями) ¹⁾, — становится очевиднымъ, что туберкулезъ является бичемъ человечества, подтачивающимъ его силы, поглощающимъ его лучшіе элементы, угрожающимъ въ будущемъ значительнымъ нарастаніемъ жертвъ. Столь грозная перспектива надвигающейся опасности не позволяетъ намъ оставаться равнодушными, требуетъ рѣшительной и неотложной борьбы, для участія въ которой должны быть мобилизованы государственныя, общественныя и врачебныя силы.

Что врачебный міръ уже проникся серьезностью положенія, создаваемаго исключительными свойствами туберкулезной инфекціи, видно изъ того, что ни одной отрасли медицины, кажется, не посвящено столько вниманія, изслѣдованія и печатныхъ трудовъ, какъ туберкулезу; что для разработки спорныхъ вопросовъ по туберкулезу издается нѣсколько специальныхъ журналовъ, учреждаются научныя общества, созываются ежегодные съезды, на примѣръ, организуемые международной ассоціаціей по борьбѣ съ туберкулезомъ. Но однихъ врачебныхъ усилій, какъ бы они ни были энергичны, недостаточно

¹⁾ Случаевъ внутриутробной передачи туберкулеза плоду (черезъ плаценту) насчитывается такое ничтожное число, что въ распространеніи туберкулеза прямая наследственность имѣетъ, повидимому, весьма ограниченное значеніе.

для борьбы съ болѣзною, развитію которой благоприятствуютъ плохія экономическія и культурныя условія. Здѣсь, какъ нигдѣ больше, требуется взаимодействие государственныхъ, общественныхъ и частныхъ силъ — и тогда только планъ борьбы съ туберкулезомъ, вытекающій изъ уже добытыхъ научныхъ истинъ и намѣчаемый не прекращающимися врачебными изысканіями, можетъ быть постепенно осуществляемъ съ надеждою на успѣхъ.

Борьба съ туберкулезомъ, какъ со всякой болѣзною, можетъ выразиться въ 2-хъ направленіяхъ: профилактикѣ и леченіи; за отсутствіемъ радикальнаго леченія, естественно, что наибольшее вниманіе обращается на профилактическія мѣры. Послѣднія, въ свою очередь, дѣлятся на мѣры, съ одной стороны, усиливающія противо-дѣйствіе организма противъ виѣдренія и развитія въ немъ Коховскихъ бациллъ, какъ то: оздоровленіе жилыхъ и фабричныхъ помѣщеній (свѣтъ и воздухъ), хорошее питаніе, урегулированіе условій труда, неповрежденность дыхательныхъ путей (мерцательнаго эпителия) и проч.; съ другой стороны, на мѣры, уничтожающія *источники зараженія* или, по крайней мѣрѣ, препятствующія ихъ поступленію въ организмъ черезъ тѣ или другія *входныя ворота*.

Если даже въ отношеніи нѣкоторыхъ такъ называемыхъ, укрѣпляющихъ мѣръ не существуетъ полного признанія ихъ значенія въ борьбѣ съ туберкулезомъ (такъ, вопреки опытамъ De Toma, Lannelongu'a, Achar'd'a и др., признавшихъ въ недостаточномъ питаніи важный благоприятствующій моментъ для зараженія туберкулезомъ, Cognet, получившій зараженіе животныхъ при самомъ лучшемъ питаніи, скептически смотритъ на значеніе голоданія), то въ отношеніи источниковъ и путей зараженія туберкулезомъ во врачебномъ мірѣ существуетъ полный расколъ.

Такъ, одни (Koch, Calmette) видятъ главный источникъ зараженія челоѣка туберкулезомъ въ мокротѣ, выдѣляемой чахоточнымъ больнымъ; другіе (Behring) — въ молоко, зараженномъ бациллами жемчужной болѣзни или челоѣка; третьи (большинство авторовъ) отдають должное обоимъ источникамъ туберкулезной инфекціи.

Одни (Koch) считаютъ главными входными воротами для туберкулеза дыхательные органы (бронхогенный путь); другіе (Behring, Calmette) — кишечный каналъ (энтерогенный путь); третьи (Aufrecht, Goerdeler, Volland и другіе) — исключительно миндалины съ послѣдовательнымъ пораженіемъ шейныхъ, бронхиальныхъ железъ и легкихъ. Westenhoeffer создалъ теорію о преимущественномъ зара-

женіи дѣтей туберкулезомъ черезъ поврежденія слизистой оболочки рта вслѣдствіе прорѣзыванія зубовъ и пр.

Такое разногласіе мнѣній по одному и тому же вопросу основанное притомъ на опытахъ и изслѣдованіяхъ ученыхъ авторитетовъ, не мало затрудняетъ борьбу съ болѣзною, видоизмѣняемую каждымъ изъ нихъ въ зависимости отъ исповѣдуемыхъ взглядовъ на источники и пути зараженія ею.

Тѣмъ не менѣе, даже среди этого хаоса мнѣній прочно утвердилось и признается всеми одно положеніе, состоящее въ томъ, что изъ всѣхъ возможныхъ источниковъ зараженія мокрота страдающаго туберкулезомъ легкихъ несомнѣнно заразительна, попадаетъ ли она непосредственно въ легкія ингаляціоннымъ путемъ (въ высушенномъ состояніи или въ видѣ мельчайшихъ капелекъ), осѣдаетъ ли въ полостяхъ глотки и носа и затѣмъ проглатывается со слюной или носовой слизью, загрязняетъ ли какимъ-нибудь путемъ употребляемую нами пищу.

Вотъ почему среди предлагаемыхъ мѣръ борьбы съ туберкулезомъ видную роль у всѣхъ авторовъ занимають тѣ изъ нихъ, которыя сводятся къ обезвреживанію туберкулезныхъ больныхъ преимущественно ихъ мокроты, какъ то: гигиеническое воспитаніе больныхъ и окружающихъ, обязательная заявка о каждомъ случаѣ заболѣванія туберкулезомъ, дезинфекція мокроты, устройство особыхъ госпиталей для чахоточныхъ и проч. Для практическаго проведенія этихъ мѣръ требуется, конечно, прежде всего сознательное отношеніе населенія къ гигиеническимъ требованіямъ.

Совсѣмъ иначе стоитъ вопросъ о путяхъ зараженія туберкулезомъ. Относительно этого вопроса между нѣкоторыми выдающимися изслѣдователями не существуетъ соглашенія ни на одномъ пунктѣ.

Правда, не такъ давно ингаляціонный путь почти единогласно признавался господствующимъ способомъ зараженія туберкулезомъ; его исключительное значеніе еще и теперь отстаиваетъ Koch и его послѣдователи. Но, по почину Heller'a, уже накопилось множество данныхъ о частотѣ зараженія туберкулезомъ черезъ кишечникъ (деглутационный путь); а Behring и Calmette считаютъ кишечникъ даже единственнымъ путемъ зараженія организма туберкулезомъ. Каждое изъ этихъ ученій уже по самой односторонности своихъ положеній и по противорѣчію всеѣмъ предшествовавшимъ взглядамъ встрѣчалось въ научныхъ сферахъ съ большимъ изумленіемъ, возбуждало интересъ и давало толчокъ къ провѣрочнымъ изслѣдованіямъ.

Но наибольшее вниманіе остановилъ на себѣ вопросъ о частотѣ первичнаго зараженія туберкулезомъ черезъ кишечникъ, какъ путь, которому, въ противоположность, съ одной стороны, Koch'у, съ другой, Behring'у, всегда отводилось опредѣленное, хотя и скромное мѣсто въ этиологіи туберкулеза.

Вопросъ этотъ могъ разрѣшиться двояко: или опытами на животныхъ, получавшихъ въ пищу примѣсь Коховскихъ бациллоу и затѣмъ изслѣдовавшихся на вскрытіи въ отношеніе полученныхъ измѣненій въ тѣхъ или другихъ органахъ; главнымъ же образомъ, секціонными находками первичнаго туберкулеза въ кишкахъ или брыжжеечныхъ железахъ, какъ наиболее доказательными для признанія первичнаго зараженія этой инфекціей черезъ кишечникъ. Въ этихъ двухъ направленіяхъ, начиная со второй половины 1901 года, и пошли изслѣдованія въ лабораторіяхъ и патолого-анатомическихъ кабинетахъ Западной Европы, вскорѣ принявшія такіе размѣры, какихъ едва ли достигалъ въ то время какой-либо другой вопросъ.

Я приступилъ къ изслѣдованію вопроса „о первичномъ туберкулезѣ кишекъ и брыжжеечныхъ железъ“ по предложенію глубокуважаемаго профессора Н. Ф. Мельникова-Разведенкова въ началѣ 1904 года, вскорѣ послѣ знаменитаго доклада v. Behring'a въ Касселѣ, т. е. въ разгаръ особаго интереса къ этому вопросу. Чрезвычайная важность послѣдвѣяго въ дѣлѣ частной и общественной профилактики, его глубокой научный интересъ, наконецъ, злободневность дѣлаютъ понятнымъ, почему я охотно принялъ предложенную мнѣ профессоромъ тему, не смотря на то, что сознавалъ всю трудность предстоявшей мнѣ задачи.

Цѣлью моего изслѣдованія было выяснить:

1) имѣются ли въ распоряженіи Харьковскаго патолого-анатомическаго кабинета безспорные случаи первичнаго туберкулеза кишекъ и брыжжеечныхъ железъ;

2) какъ часты эти случаи по отношенію къ общему числу вскрытій и вскрытій съ туберкулезными находками;

3) какія патолого- и гистолого-анатомическія измѣненія органовъ и ихъ соотношенія опредѣляютъ понятіе первичнаго туберкулеза кишекъ и брыжжеечныхъ железъ;

4) клиническія проявленія и степень тяжести этой формы туберкулеза;

5) причины столь рѣзкаго разногласія авторовъ въ отношеніе частоты первичнаго туберкулеза кишекъ и пр.

Для этого я рѣшилъ воспользоваться: 1) архивнымъ матеріаломъ патолого-анатомическаго кабинета Харьковскаго университета, заключающимся въ студенческихъ печатныхъ 1890—1895 г.г. и писанныхъ рефератахъ 1896—1901 г.г. („Школьная хроника“ профессора В. П. Крылова); 2) текущими вскрытіями, производившимися при профессорѣ Н. Ф. Мельниковѣ-Разведенковѣ; 3) литературными данными, близко касавшимися интересовавшаго меня вопроса.

Извлекая подходящіе случаи изъ „Школьной хроники“ профессора В. П. Крылова, заключающей въ себѣ богатое собраніе всевозможныхъ патологическихъ формъ, я смотрѣлъ на нихъ, какъ на сырой матеріалъ, не подвергавшійся спеціальному изслѣдованію, и потому, въ случаѣ сомнѣній, во 1-хъ, провѣрялъ ихъ на сохранившихся въ музей залитыхъ въ парафинъ кусочкахъ; во 2-хъ, расширилъ толкованіе ихъ соотвѣтственно современнымъ взглядамъ на патологію туберкулеза. Писанные рефераты подвергались мной полной переработкѣ въ своихъ гистологической и патологической частяхъ. Собственныхъ же случаевъ пришлось изслѣдовать значительно большее число, чѣмъ то представлено въ нижеслѣдующемъ, такъ какъ не мало встрѣчалось вскрытій, гдѣ, казалось, наличность первичнаго туберкулеза кишекъ была несомнѣнной, а между тѣмъ гистологическое изслѣдованіе легкихъ, бронхиальныхъ железъ и кишечника свидѣтельствовало о зараженіи черезъ органы дыханія. Къ осмотрительному отбору случаевъ обязывало также и время изслѣдованія, этотъ періодъ смѣны и колебаній взглядовъ не только на частоту первичнаго туберкулеза кишекъ, но и на самоопредѣленіе данной формы туберкулеза.

По этой причинѣ, т. е. въ цѣляхъ точной діагностики, каждый изъ уже отобранныхъ случаевъ былъ подвергаемъ тщательному и подробному гистологическому изслѣдованію на множествѣ срѣзовъ, взятыхъ изъ самыхъ разнообразныхъ мѣстъ бывшихъ въ моемъ распоряженіи органовъ.

Въ дальнѣйшемъ, въ необходимости и важности подробнаго изслѣдованія каждаго случая меня утвердило слѣдующее соображеніе.

Какъ извѣстно, вторичный туберкулезъ кишекъ, часто являющийся спутникомъ тяжелаго пораженія легкихъ, обозначающій нерѣдко „начало конца“, сопровождается такой деструкціей кишечника, которая исключаетъ возможность изученія этой формы туберкулеза въ послѣдовательности его развитія и проч.

Не то мы имѣемъ при первичномъ туберкулезѣ кишекъ. Здѣсь, какъ показало наше изслѣдованіе, мы встрѣчались съ цѣлой градаціей различныхъ степеней туберкулезнаго пораженія кишекъ, и это дало намъ возможность прослѣдить съ помощью гистологическихъ препаратовъ начало туберкулеза кишекъ, его постепенное развитіе, пути проникновенія со слизистой до брюшины и проч., т. е. тѣ явленія, которыя обычно изучаются при искусственномъ зараженіи животныхъ черезъ пищевые пути — Fütterungsversuche (v. Baumgarten, Dobroklonski, Fischer, Wesener и др.)¹⁾.

Переходя къ современному состоянію литературы вопроса, долженъ отмѣтить, что въ началѣ моей работы она была сравнительно невелика, что объясняется новизной вопроса, еще недавно выдвинутого и ставшаго злободневнымъ благодаря докладамъ Koch'a и Behring'a. Но вмѣстѣ съ изученіемъ вопроса непомѣрно росъ его литературный матеріалъ, и въ короткое время появилось такое обиліе журнальныхъ статей, иностранныхъ диссертаций, монографій, докладовъ въ медицинскихъ обществахъ и даже на международныхъ конференціяхъ, что за ними трудно было услѣдить даже при специальномъ изученіи вопроса. Не смотря на такое жгучее обсужденіе послѣдняго въ иностранной литературѣ, наша отечественная литература, исключая единичныя работы послѣдняго времени, осталась въ сторонѣ отъ всѣхъ этихъ животрепещущихъ темъ, какъ статистика случаевъ первичнаго туберкулеза кишекъ, отношеніе туберкулеза человѣка къ жемчужной болѣзни рогатаго скота, возможность приобрѣтенія легочнаго туберкулеза посредствомъ зараженія черезъ кишечникъ и проч., — темъ, составляющихъ важный отдѣлъ въ вопросѣ о путяхъ зараженія туберкулезомъ вообще.

Всѣ эти обстоятельства, какъ-то: обиліе, многообразіе и разбросанность литературнаго матеріала, позволяющаго однакоже при монографической обработкѣ его получить нѣкоторые обоснованные выводы, крайняя скудость работъ на русскомъ языкѣ — даютъ мнѣ основаніе видѣть уже въ одномъ изложеніи литературы самостоятельное значеніе и интересъ, что и побудило меня обратить серьезное вниманіе на эту часть работу и предпослать собственнымъ изслѣдованіямъ систематическій литературный обзоръ.

¹⁾ Нѣкоторыя подробности развитія туберкулезнаго процесса въ стѣнкѣ кишки у человѣка описалъ также N. Tchistovitch, произведшій пат.-гист. и бактериоскоп. изслѣдованіе 10 кишечниковъ при вторичномъ (кромѣ одного сл.) зараженіи ихъ туберкулезомъ (секція проф. Cogni'a).

Заключивая введеніе къ своей работѣ, считаю пріятнымъ долгомъ выразить сердечную благодарность глубокоуважаемому профессору Николаю Федотовичу Мельникову-Разведенкову за предложенную мнѣ жизненную и весьма интересную тему, постоянное руководство и тотъ радушный пріемъ, которымъ я пользовался во время моихъ занятій въ патолого-анатомическомъ институтѣ.

Прежде, чѣмъ приступить къ изложенію литературы трактуемаго вопроса, считаю умѣстнымъ вкратцѣ сообщить о той методикѣ, которой я пользовался при собственныхъ изслѣдованіяхъ. Какъ сказано выше, послѣднія носятъ характеръ чисто патолого-анатомическій, такъ какъ они произведены на трупномъ матеріалѣ, съ помощью методовъ, выработанныхъ патологической анатоміей. Объектами моего изслѣдованія служили: 1) трупы, доставляемые въ патолого-анатомическій кабинетъ Харьковскаго университета изъ клиникъ, городской Александровской и губернской земской больницъ, а также военного госпиталя¹⁾ (1904—1907 г.г.); 2) органы и части ихъ, хранившіеся въ формалинѣ (1902—1903 г.г.); 3) небольшіе кусочки органовъ, залитые въ парафинѣ (1890—1901 г.г.), — въ общей сложности матеріалъ, скопившійся въ патолого-анатомическомъ кабинетѣ за послѣдніе 17 лѣтъ. Наибольше цѣнными объектами моего изслѣдованія являются, конечно, трупы, такъ какъ они позволили произвести всестороннюю и полную оцѣнку случаевъ. Этому содѣйствовало еще то обстоятельство, что вслѣдъ за принятіемъ мною темы о первичномъ туберкулезѣ кишекъ для изслѣдованія труповъ былъ выработанъ опредѣленный порядокъ, которымъ и руководствовались всѣ вскрывавшіе. Порядокъ этотъ состоялъ въ слѣд.

Какъ только вскрытіе обнаруживало случай, внушавшій подозрѣніе въ смыслѣ первичнаго туберкулеза кишекъ, 1) такое вскрытіе производилось особенно тщательно, съ соблюденіемъ предписаній, указанныхъ Heller'омъ, Ipsen'омъ и др. (см. литературу); 2) всѣ органы такого случая доставлялись въ университетскую прозекторскую и отдавались въ полное мое распоряженіе.

¹⁾ 2 сл. первичнаго туберкулеза брыжеечныхъ железъ были любезно предоставлены мнѣ изъ Харьковской городской Николаевской больницы многоуважаемымъ прозекторомъ ея, пр.-доц. К. Ф. Еленевскимъ, за что выражаю ему свою искреннюю признательность.

Тогда я тщательно осматривалъ всѣ органы въ цѣломъ и на разрѣзахъ, обращая особое вниманіе на измѣненія въ кишечникѣ, брыжжеечныхъ железахъ, брюшинѣ, забрюшинныхъ, бронхиальныхъ, шейныхъ железахъ, миндалинахъ и легкихъ, и отмѣчалъ тѣ детали, которыя не могли войти въ протоколъ вскрытія. Результаты добавочнаго изслѣдованія часто значительно дополняли послѣдній.

Въ виду того, что рѣшеніе вопроса о „первичности“ даннаго туберкулеза кишки стоитъ въ главной зависимости отъ состоянія легкихъ, послѣднія наравнѣ съ кишечникомъ и его железами служили предметомъ чрезвычайно тщательнаго изслѣдованія въ макро- и микроскопическомъ видѣ. Такъ, они подвергались осмотру и ошупыванію не только на своихъ плевральныхъ поверхностяхъ, но и на безчисленномъ множествѣ разрѣзовъ по всѣмъ направленіямъ (чуть ли не крошились), при чемъ всякое замѣченное въ нихъ или на плеврѣ даже самое незначительное уплотненіе вырѣзывалось вмѣстѣ съ окружающею тканью для микроскопическаго изслѣдованія (важность послѣдняго въ распознаваніи скрытыхъ очаговъ легочнаго туберкулеза особенно подчеркивается Naegeli въ его изслѣдованіяхъ).

Вообще же вырѣзывались для микроскопическаго анализа кусочки, по возможности, изъ всѣхъ органовъ труна, въ большемъ количествѣ изъ вышеуказанныхъ органовъ, въ меньшемъ изъ остальныхъ.

Послѣдующая обработка полученныхъ кусочковъ представляется обычной.

Свѣжіе объекты фиксировались 1—2 дня въ 10% формалинѣ; затѣмъ для обезвоживанія переносились въ слабый (80%) и крѣпкій (96%) спиртъ и спустя нѣсколько дней заливались въ целлодинъ. Въ послѣднемъ объекты оставались до полнаго пропитыванія ихъ, послѣ чего для полученія срѣзовъ они приклеивались на пробки и сохранялись все послѣдующее время, какъ постоянный запасный матеріалъ. Срѣзы дѣлались на микротомѣ Шанце и красились гематоксилиномъ Эрлиха съ дополнительной окраской эозиномъ.

Омѣлоторенные и окостенѣвшіе кусочки послѣ консервированія въ спирту подвергались декальцинаціи, для чего я пользовался 5% растворомъ соляной кислоты; затѣмъ промывались 1—2 дня въ водѣ, уплотнялись въ спиртѣ и эфирѣ и переносились въ целлодинъ.

Для окраски Коховскихъ бациллоу въ намазахъ и срѣзахъ мною примѣнялся способъ Ziehl'я.

Всѣ такимъ образомъ изготовленные и окрашенные срѣзы составили большую коллекцію микроскопическихъ препаратовъ, числомъ около 3000, которые и послужили для изученія отобранныхъ мною случаевъ. Описаніе этихъ препаратовъ составляетъ важнѣйшую часть собственныхъ моихъ изслѣдованій.

Для наглядности изображенія гистологической картины постепеннаго распространенія и развитія туберкулеза въ стѣнкѣ кишки и брыжжеечной железы я счелъ нужнымъ представить въ концѣ работы 2 фототипическихъ таблицы, заключающія въ себѣ 12 отдѣльныхъ микрофотограммъ¹⁾.

¹⁾ За изготовленіе микрофотографій выражаю благодарность многоуважаемому товарищу, доктору П. А. Пустовойтову.

Современное состояніе вопроса о первичномъ зараженіи туберкулезомъ черезъ кишечникъ въ связи съ ученіемъ объ единствѣ туберкулеза человѣка и рогатаго скота.

(Систематическій обзоръ литературы и выводы).

Знаменитый докладъ R. Koch'a на Лондонскомъ конгрессѣ въ 1901 году, изумившій весь ученый міръ смѣлостью и широтой заключавшихся въ немъ обобщеній, хотя и не произвелъ ломки коренныхъ возрѣній въ отношеніе туберкулеза человѣка и рогатаго скота, сыгралъ однако большую роль въ дѣлѣ изученія вопроса о путяхъ проникновенія туберкулезнаго возбудителя въ человѣческой организмъ.

Въ этомъ докладѣ Koch выставилъ 2 слѣдующихъ главныхъ положенія:

1. Туберкулезъ человѣка отличается отъ туберкулеза рогатаго скота и не можетъ быть перенесенъ на послѣдній.

2. Опасность зараженія человѣка молокомъ, масломъ и мясомъ пораженныхъ жемчужной болѣзью животныхъ настолько ничтожна, что нѣтъ основаній предпринимать противъ нея какія-либо мѣропріятія¹⁾.

Высказавшись, такимъ образомъ, за различіе туберкулеза человѣка и рогатаго скота и за ненужность санитарнаго надзора въ отношеніе молочныхъ и мясныхъ продуктовъ, Koch тѣмъ самымъ отвергалъ одинъ изъ наиболѣе признаваемыхъ (послѣ ингаляціоннаго) путей зараженія человѣка — черезъ органы пищеваренія, — установленный еще Chauveau и Gerlach'омъ въ 1868—69 г.г.

На чемъ же основаны выводы Koch'a, такъ рѣзко разошедшіеся съ господствовавшими до того взглядами, подрывавшіе вѣру въ повсемѣстно установленный общественный и частный присмотръ за убоемъ скота, мясомъ, молокомъ и проч.?

Вѣдь, самъ Koch въ своей капитальной работѣ „Die Aetiologie der Tuberkulose“, написанной имъ спустя 2 года послѣ знаменитаго открытія имъ туберкулезнаго бацилла въ 1882 году и

¹⁾ Приведенъ не дословный переводъ положеній Koch'a, а точный ихъ смыслъ.

имѣвшей цѣлью дать фактическое обоснованіе всему открытію, высказался въ пользу идентичности туберкулеза человѣка и рогатаго скота.

Такъ, онъ признавалъ извѣстную опасность для человѣка отъ молока зараженной жемчужной болѣзью коровы, отъ мяса съ туберкулезными очагами и проч. Своими же находками туберкулезныхъ палочекъ не только въ органахъ и выдѣленіяхъ человѣка (19 сл. милиарнаго туберкулеза, 29 сл. легочной чахотки, 21 сл. скрофулезныхъ железъ, 13 сл. туберкулеза суставовъ, 4 сл. волчанки и проч.), но и при туберкулезѣ почти всѣхъ теплокровныхъ животныхъ (11 сл. жемчужной болѣзни и 4 сл. туберкулезной пневмоніи у рогатаго скота, 4 сл. туберкулеза свиньи, туберкулезъ лошадей, овецъ, куръ, обезьянъ и проч.) да, притомъ, съ одинаковыми свойствами окраски, разводокъ и проч., онъ, естественно, объединялъ всѣ эти болѣзни въ одну этиологическую группу. (До Koch'a это объединеніе, по другимъ основаніямъ, произвелъ Willemin въ 1868 году). Но уже въ этой ранней работѣ Koch'a таится зародышъ того скептического отношенія къ унитаризму туберкулезозъ, которое впоследствии вылилось въ полное отрицаніе имъ единства туберкулеза человѣка и рогатаго скота. Уже тогда, въ 1884 году, онъ признавалъ главнымъ путемъ для зараженія человѣка ингаляціонный путь; главнымъ источникомъ зараженія — высохшую, обращенную въ пылъ мокроту человѣка.

Туберкулезу же животныхъ онъ хотя и отдавалъ извѣстную дань, какъ источнику зараженія человѣка черезъ молоко и мясо, но, въ виду рѣдкости первичнаго туберкулеза кишекъ, считалъ инфекцію этого рода не изъ особенно частыхъ и уже тогда предсказывалъ, что въ дальнѣйшемъ будетъ установлено различіе между возбудителями туберкулеза и жемчужницы, какъ родственными, но не тождественными бациллами. (Послѣдняя мысль какъ будто находить себѣ подтвержденіе въ тѣхъ минимальныхъ различіяхъ, которыя устанавливаются между *typus humanus* и *bovinus bac. tubercul.* новѣйшими работами L. Rabinowitsch, Weber'a и др.).

На Лондонскомъ конгрессѣ Koch напоминаетъ о тѣхъ сомнѣніяхъ, которыя у него возникали въ отношеніе единства туберкулеза человѣка и животныхъ еще въ 1884 году, въ слѣдующихъ выраженіяхъ: „съ одной стороны, мнѣ не доставало тогда твердыхъ точекъ опоры, чтобы рѣзко разграничить оба рода болѣзни, съ другой стороны, я не имѣлъ и вѣрныхъ доказательствъ для пол-

наго объединенія ихъ, вслѣдствіе чего я былъ вынужденъ оставить рѣшеніе этого вопроса открытымъ“.

Съ неутомимой настойчивостью въ исканіи истины Koch многократно возвращался къ рѣшенію этого вопроса, но опыты на маленькихъ животныхъ, кроликахъ и морскихъ свинкахъ не привели его къ опредѣленному результату. И лишь съ тѣхъ поръ, какъ, при содѣйствіи министерства сельскаго хозяйства, Koch'у была предоставлена возможность экспериментировать на рогатомъ скотѣ, который онъ признавалъ наиболѣе подходящимъ матеріаломъ для этихъ изслѣдованій, онъ пришелъ къ вполне опредѣленнымъ результатамъ. Эксперименты Koch'a, произведенные имъ совместно съ проф. Берлинскаго ветеринарнаго института Schütz'емъ въ теченіе 3 лѣтъ, предшествовавшихъ Лондонскому съѣзду, сводились къ слѣдующему.

19 штукъ рогатаго скота, оказавшихся при испытаніи туберкулиномъ свободными отъ туберкулеза, подвергались по различнымъ способамъ зараженію туберкулезными бактеріями, взятыми отъ человѣка. Многимъ изъ нихъ туберкулезные бактерии (или мокрота) впрыскивались подъ кожу, другимъ въ брюшную полость, третьимъ въ большія шейныя вены; 6 животныхъ въ продолженіе 7—8 мѣсяцевъ получали почти ежедневно съ кормомъ содержащую бактерии мокроту; 4 животныхъ вдыхали обильное количество бактерий, разведенныхъ въ водѣ и затѣмъ распыленныхъ. И всѣ эти животныя не только не проявляли никакихъ болѣзненныхъ симптомовъ, но прибывали въ вѣсѣ и, убитые черезъ 6—8 мѣсяцевъ отъ начала опытовъ, не обнаружили въ своихъ внутреннихъ органахъ даже слѣда туберкулеза. Когда же тѣ самые эксперименты стали производить съ рогатымъ скотомъ (также испытаннымъ на туберкулинъ), но заражая его бактеріями, взятыми изъ легкаго больного жемчужной болѣзью рогатаго скота, получился совершенно иной результатъ. Всѣ безъ исключенія животныя черезъ недѣлю заболѣли тяжкими туберкулезными измѣненіями внутреннихъ органовъ: появлялась высокая температура, животныя худѣли, слабѣли и часть ихъ черезъ 1½—2 мѣсяца погибла, другая часть въ тяжеломъ состояніи была убита черезъ 3 мѣсяца; при вскрытіи ихъ обнаружена туберкулезная инфильтрація на мѣстѣ инъекціи, въ ближайшихъ лимфатическихъ железахъ и далеко зашедшія туберкулезныя измѣненія внутреннихъ органовъ, главнымъ образомъ, легкихъ и селезенки.

Такимъ образомъ, рогатый скотъ оказался въ той же мѣрѣ воспримчивымъ къ инфекціи туберкулезнымъ бактеріямъ рогатаго скота, въ какой мѣрѣ онъ оставался невоспримчивымъ къ туберкулезному бактерію человѣка.

Въ опытахъ Koch'a съ зараженіемъ свиней также получилось рѣзкое различіе въ дѣйствіи на нихъ туберкулезныхъ бактерій человѣка и рогатаго скота. Въ этихъ опытахъ 6 молодыхъ свиней въ теченіе 3 мѣсяцевъ получали ежедневно съ пищей содержащую

бактеріи мокроту чахоточнаго; параллельно съ ними 6 другихъ свиней получали съ пищей бактеріи жемчужной болѣзни. Первые оставались здоровыми и продолжали свой ростъ, вторыя вскорѣ заболѣли, отстали въ ростѣ и половина изъ нихъ погибла. Черезъ 3½ мѣсяца всѣ оставшіяся въ живыхъ свиньи были убиты и при вскрытіи ихъ оказалось слѣдующее.

У свиней, кормившихся мокротой человѣка, исключая одичныхъ маленькихъ узелковъ въ шейныхъ железахъ и въ одномъ случаѣ нѣсколькихъ сѣрыхъ узелковъ въ легкомъ, не найдено ничего (здѣсь все же надо признать наличность хотя слабо выраженаго, но произошедшаго зараженія). У тѣхъ же свиней, которыя кормились бактеріями жемчужной болѣзни, были обнаружены тяжкія туберкулезныя измѣненія: инфильтраціи сильно увеличенныхъ шейныхъ и брыжжечныхъ железъ и распространенный туберкулезъ легкихъ и селезенки.

Рѣзкое различіе въ эффектѣ 2 формъ туберкулеза получилъ Koch также при опытахъ съ зараженіемъ ослонъ, овецъ и козъ, которымъ онъ впрыскивалъ туберкулезныя бактеріи непосредственно въ кровь.

На основаніи отрицательныхъ результатовъ собственныхъ вышеуказанныхъ опытовъ въ связи съ подобными же результатами, полученными раньше Chauveau, Günther'омъ и Harms'омъ, Bollinger'омъ, Damman'омъ, а въ новѣйшее время Smith'омъ, Dinwiddie и Repp'омъ, Koch считалъ себя въ правѣ утверждать, что туберкулезъ человѣка *незаразителенъ* для рогатаго скота, а, слѣдовательно, обѣ эти формы туберкулеза не идентичны.

Правда, что для послѣдняго утвержденія надо было доказать и обратное положеніе: о незаразности туберкулеза рогатаго скота для человѣка. Но, такъ какъ, само собою разумѣется, опыты въ этомъ направленіи невозможны, то Koch рѣшалъ этотъ вопросъ слѣдующимъ обходнымъ путемъ.

Въ рыночномъ молокѣ и маслѣ, говорилъ онъ, употребляемыхъ въ пищу въ большихъ городахъ, весьма часто констатируется безчисленное множество бактерий жемчужной болѣзни въ живомъ состояніи. Если, разсуждалъ онъ, бактеріи жемчужной болѣзни заразительны для человѣка, то мы должны среди населенія большихъ городовъ, особенно, среди дѣтей находить большое число случаевъ той формы туберкулеза, которая обязана своимъ возникновеніемъ употребленію пищи, содержащей эту заразу; по мнѣнію же Koch'a,

туберкулезъ, возникшій черезъ пищу, можно было признать лишь тогда, когда первично заболѣвалъ туберкулезомъ кишечникъ, т. е. въ случаяхъ такъ называемаго первичнаго туберкулеза кишечника (нельзя не замѣтить, что Koch сильно суживалъ анатомическія рамки понятія „Fütterungstuberkulose“, такъ какъ послѣдній проявляется не только въ видѣ первичнаго туберкулеза кишечника, но и въ видѣ туберкулеза всѣхъ вышележащихъ отдѣловъ пищеварительной трубки; изъ миндалинъ же возможно и боковое проникновеніе бациллъ въ шейныя, бронхіальныя железы и отсюда даже въ легкія).

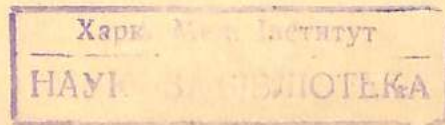
Принявъ такую посылку и основываясь на томъ, что даже выдающіеся авторы констатируютъ большую рѣдкость первичнаго туберкулеза кишечника (среди большого секціоннаго матеріала Charité за 5 лѣтъ обнаружено только 10 случаевъ первичнаго туберкулеза кишечника, Biedert среди 3104 вскрытій туберкулезныхъ дѣтей нашель только 16 такихъ случаевъ, Baginsky среди 933 случаевъ туберкулеза у дѣтей—ни одного); да и въ этихъ немногихъ случаяхъ еще далеко не установлено, имѣлось ли дѣло съ зараженіемъ отъ рогатаго скота, или съ результатомъ зараженія человѣческими бациллами, случайно попавшими съ пищей въ кишечникъ;—основываясь на всемъ этомъ, Koch считаетъ, что вопросъ о воспримчивости человѣка къ яду жемчужной болѣзни не можетъ быть тотчасъ рѣшенъ; но, если бы даже такая воспримчивость существовала, подобное зараженіе человѣка происходитъ чрезвычайно рѣдко. Поэтому онъ не считаетъ нужнымъ предписывать какія бы то ни было мѣропріятія къ обеззараживанію молока, масла и мяса, получаемыхъ отъ животныхъ, пораженныхъ жемчужной болѣзью. Таковы принципы, провозглашенные Koch'омъ въ 1901 г., основанные имъ, съ одной стороны, на собственныхъ опытахъ и опытахъ другихъ авторовъ, съ другой стороны—на патолого-анатомическомъ матеріалѣ выдающихся изслѣдователей.

Эту же точку зрѣнія Koch защищалъ въ своемъ новомъ докладѣ „Uebertragbarkeit der Rindertuberkulose auf den Menschen“, сдѣланномъ имъ въ слѣдующемъ 1902 году на международной туберкулезной конференціи въ Берлинѣ. Но здѣсь, кромѣ прежнихъ доводовъ, свидѣтельствующихъ о незаразности туберкулеза рогатаго скота для человѣка, какъ то: рѣдкости первичнаго туберкулеза кишечника, констатируемой большинствомъ авторовъ, недоказанности точной этиологіи даже въ этихъ немногихъ случаяхъ,—Koch выдвинулъ

2 новыхъ доказательства въ пользу своей теоріи: во 1-хъ, исключительно мѣстный эффектъ, получаемый при зараженіи кожи туберкулезомъ у ветеринаровъ, мясниковъ и служащихъ на бойняхъ—tuberculosis verrucosa cutis (случай смертельнаго легочнаго туберкулеза, трактуемые Pfeiffer'омъ, Hartzell'емъ, Ravenel'емъ и др., какъ послѣдствіе зараженія кожи туберкулезомъ, по мнѣнію Koch'a, надо разсматривать, какъ случайное совпаденіе мѣстной инфекции со столь частымъ первичнымъ туберкулезомъ легкихъ, судя по анамнезу, отсутствію туберкулеза въ подмышковыхъ железахъ и проч.); во 2-хъ—отсутствіе такъ называемыхъ массовыхъ заболѣваній при употребленіи въ пищу зараженныхъ туберкулезомъ продуктовъ, какъ то наблюдается при отравленіи мясомъ и зараженіи черезъ молоко и воду при брюшномъ тифѣ и др. болѣзняхъ; на послѣднее обстоятельство еще до Koch'a обратилъ вниманіе В. Fränkel. (Въ отношеніе перваго довода слѣдуетъ замѣтить, что даже, согласно Koch'у, туберкулезный процессъ въ единичныхъ случаяхъ захватывалъ ближайшія лимфатическія железы и что при кожной инфекціи туберкулезными бациллами *человѣка*, какъ это случается у анатомовъ при небольшихъ поврежденіяхъ кожи, тоже получаютъ, исключительно, мѣстныя измѣненія, такъ называемые трупные бугорки).

Наоборотъ, многіе авторы приводятъ факты совершенно обратнаго характера. Такъ Bollinger наблюдалъ много семействъ и даже цѣлыя деревни, обычно питавшіяся мясомъ отъ большого жемчужницей рогатаго скота, при чемъ туберкулезъ въ нихъ былъ не болѣе распространенъ, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ. Подобныя же наблюденія сдѣлали Goering и Schottelius. Знатокъ по омотру мяса, Ostertag свидѣтельствуеетъ, что ежедневно множество туберкулезныхъ органовъ, въ видѣ колбасъ и проч., поступаетъ въ продажу и съѣдается безъ какихъ-либо замѣтныхъ нарушеній здоровья пользующихся этими продуктами. Въ заключеніе доклада Koch подвергаетъ критику 2 случая групповыхъ заболѣваній туберкулезомъ—Ollivier'a и Hüls'a,—которые до того считались классическимъ образцомъ массовой инфекціи туберкулезомъ, произошедшимъ отъ молока черезъ посредство кишечника, и 28 отдѣльныхъ случаевъ того же рода, имѣющихся въ литературѣ (Nocard, Stang, John, Uffelmann и др.). Оказывается, что въ случаѣ Ollivier'a, гдѣ изъ шести труповъ былъ вскрытъ только одинъ, не исключалась возможность прямой инфекціи отъ человѣка къ чело-

04200



вѣку, а, главное, что молоко больной коровы, которой приписывалось происхождение этой маленькой эпидемии, употреблялось въ пищу не заболѣвшими впоследствии ученицами пансіона, а оставшимся здоровымъ учительскимъ и служительскимъ персоналомъ! Въ случаѣ Hül's'a, по мнѣнію Koch'a, также нельзя исключить возможности зараженія одного лица отъ другого въ виду совмѣтнаго житія больныхъ со здоровыми, тѣснаго соприкосновенія и проч. (На нашъ взглядъ, случай Hül's'a, гдѣ въ семьѣ изъ 9 лицъ, употреблявшихъ годами молоко, масло и мясо завѣдомо туберкулезныхъ коровъ, умерло отъ чахотки 7 членовъ семьи, достаточно демонстративенъ для признанія массоваго зараженія туберкулезомъ черезъ пищу).

28 случаевъ отдѣльныхъ заболѣваній туберкулезомъ, считавшихся въ литературѣ несомнѣнными случаями зараженія туберкулезомъ черезъ пищу, по мнѣнію Koch'a, не могутъ быть признаны таковыми потому, что только въ 10 изъ нихъ было произведено вскрытіе (и въ 7 найденъ туберкулезъ кишечника), только въ 3 случаяхъ коровы болѣли туберкулезомъ вымени, ни въ одномъ случаѣ не исключена возможность другой инфекции и ни въ одномъ не упомянуто объ отношеніи другихъ лицъ семьи къ заразному началу.

(Вопреки Koch'у, случай, описанный Nocard'омъ съ 17-лѣтней дочерью д-ра Gosse, которая періодически пила свѣже-сдоенное молоко отъ несомнѣнно туберкулезныхъ коровъ, заболѣла и умерла отъ туберкулеза кишечника, нельзя не признать неопровержимымъ примѣромъ происшедшаго зараженія черезъ кишечникъ благодаря молоку; Nocard, описавшій этотъ случай, даже признаетъ за нимъ цѣну лабораторнаго эксперимента; также почти достовернымъ случаемъ этого рода надо признать случай, наблюдавшійся Stang'омъ и описанный Bollinger'омъ).

Въ общемъ, черезъ весь докладъ Koch'a красной нитью проходитъ та мысль, что, хотя мы ежедневно и поглощаемъ съ молокомъ, масломъ и мясомъ множество живыхъ туберкулезныхъ бациллъ рогатаго скота, мы не имѣемъ ни одного безупречнаго наблюденія, говорящаго за вредоносность ихъ для человѣка. А потому въ этомъ докладѣ, какъ и въ Лондонскомъ, онъ считаетъ необоснованными санитарныя мѣропріятія въ отношеніе туберкулезнаго мяса и молока и въ виду ихъ дороговизны совѣтуетъ употребить затрачиваемыя средства на дѣйствительную борьбу съ туберкулезомъ, которую онъ видитъ въ улучшеніи жилищъ чахоточныхъ,

устройствѣ особыхъ госпиталей для нихъ и проч., что сдѣлало бы больныхъ не заразительными для окружающихъ.

На томъ же сѣздѣ и по тому же вопросу сдѣлалъ сообщеніе D-r Köhler, президентъ Берлинскаго Королевскаго санитарнаго Вѣдомства, который, хотя и склоняется къ идеямъ R. Koch'a касательно 2 видовъ туберкулеза, все-же рѣшительно не высказывается ни за, ни противъ и даже рекомендуетъ придерживаться гигиеническихъ мѣропріятіи въ отношеніе кипяченія молока и сохранить санитарный законъ по осмотру убойнаго скота и мяса. Изъ различныхъ доводовъ, приводимыхъ Köhler'омъ въ пользу и противъ теоріи Koch'a, заслуживаютъ упоминанія слѣдующіе 2 довода въ пользу этой теоріи. Во 1-хъ, указаніе на отсутствие параллельности между заболѣваніемъ рогатаго скота жемчужной болѣзью и туберкулезомъ человѣка въ одной и той же мѣстности. Такъ, въ Оберпфальцѣ 17,3% изъ убитыхъ коровъ оказались туберкулезными; казалось бы, что при такомъ высокомъ % туберкулеза среди рогатаго скота и возможности зараженія отъ нихъ человѣка долженъ бы быть соотвѣтственно высокимъ % туберкулеза и у людей, а между тѣмъ въ этомъ Оберпфальцѣ изъ 10,000 человѣкъ отъ туберкулеза умерло только 291. Въ Пфальцѣ же, гдѣ туберкулезныхъ коровъ оказалось только 7,5%, на 10,000 человѣкъ насчитывалось 36 туберкулезныхъ. Во 2-хъ, тотъ фактъ, что Joseph и Trautmann, наблюдавшіе 47 случаевъ бородавчатого туберкулеза, замѣтили слѣдующее странное распредѣленіе его между профессіями: 8 у служащихъ на бойнѣ, 9 у столяровъ, 5 у слесарей, 4 у купцовъ и проч.; не правильно ли было ожидать наибольшее число случаевъ кожного туберкулеза у служащихъ на бойнѣ, а не у столяровъ!

Итакъ, хотя и раздавались въ литературѣ отдѣльные голоса, указывавшіе на различіе туберкулеза человѣка и рогатаго скота, но, въ общемъ, въ теченіе 16 лѣтъ утвердилось мнѣніе объ ихъ идентичности, и этотъ взглядъ былъ поколебленъ сообщеніями R. Koch'a. Естественно, что уже Лондонскій докладъ, вызвавъ удивленіе и пробудивъ мысль всего ученаго міра, далъ толчекъ не только къ противоположнымъ заявленіямъ, но и къ множеству научныхъ работъ. Кажется, ни одна лабораторія, ни одинъ патолого-анатомическій кабинетъ Западной Европы не прошли мимо этого сенсационнаго доклада, всѣ принялись за его провѣрку — и въ результатъ получилось обиліе дебатовъ, экспериментальныхъ трудовъ, провѣроч-

ныхъ статистическихъ изслѣдованій, вскрытій и даже образование специальныхъ комиссій, а въ Берлинѣ организовалось даже „бюро для борьбы съ туберкулезомъ“, въ задачи котораго вошла разработка вопроса о тождествѣ туберкулеза человѣка и рогатаго скота. Доказательствомъ всеобщаго возбужденія, вызваннаго докладомъ Koch'a, служитъ тотъ фактъ, что врачъ Paul Gagnait даже предложилъ Koch'у сдѣлать на немъ экспериментальную провѣрку, и, когда послѣдній это предложеніе отклонилъ, самъ привилъ себѣ въ кожу руки культуру бычьяго туберкулеза и получилъ на мѣстѣ прививки tuberculosis verrucosa cutis.

Всѣ эти работы, контръ-доклады и возраженія пошли по 2 главнымъ направленіямъ, соотвѣтственно 2 кардинальнымъ аргументамъ, выставленнымъ Koch'омъ для защиты своего взгляда.

Одни изъ нихъ носятъ экспериментальный характеръ и состоятъ въ прививкахъ человѣческаго туберкулеза рогатому скоту и другимъ животнымъ; другіе основаны на патолого-анатомическомъ матеріалѣ и заключаются въ поискахъ безспорныхъ случаевъ первичнаго зараженія туберкулезомъ черезъ кишечникъ.

Экспериментальная часть. Трудно перечислить всѣхъ авторовъ, производившихъ въ то или иное время опыты зараженія животныхъ туберкулезнымъ бациллою человѣка; извѣстно, что эксперименты эти производились еще до Лондонскаго доклада Koch'a, вскорѣ послѣ него и во все послѣдующее время включительно до нашихъ дней. Однимъ изъ первыхъ изслѣдователей въ этомъ направленіи былъ Klebs, который въ 1870 году, т. е. еще до открытій туберкулезнаго бацилла, получилъ у 4-недѣльнаго теленка по способу внутрибрюшиннаго зараженія туберкулезомъ человѣка — туберкулезъ брюшины, что дало ему поводъ высказаться за идентичность обоихъ туберкулезовъ въ слѣдующихъ выраженіяхъ: „жемчужная болѣзнь обязана своимъ возникновеніемъ тому же яду, какъ и туберкулезъ человѣка; идентичная съ послѣднимъ, она можетъ быть перенесена на человѣка“.

Аналогичные опыты произвели Crookshank въ 1888 году и v. Bollinger въ 1894, при чемъ первый получилъ у теленка миллиарный туберкулезъ, второй у теленка же типичную жемчужницу брюшины. Нѣсколько ранѣе этого Bollinger экспериментировалъ съ козой и, прививъ ей содержимое скрофулезныхъ железъ человѣка, получилъ у нея миллиарный туберкулезъ. На основаніи этихъ данныхъ Bollinger призналъ въ туберкулезѣ человѣка и рогатаго

скота гомологическіе процессы и предостерегалъ отъ употребленія молока коровъ, страдающихъ жемчужной болѣзью.

Тотъ же взглядъ на основаніи положительныхъ результатовъ своихъ опытовъ высказывали до 1901 года Zürn, Gerlach, Visent, Peuch, Hirschberger, Gottstein, Sidney, Martin, Paterson и др. Но особая заслуга въ этомъ отношеніи принадлежитъ французскимъ авторамъ, которые произвели наибольшее количество прививокъ туберкулеза съ положительнымъ результатомъ. Такъ, Willemin и Chauveau еще въ 1891 году получили одинаковыя измѣненія у молодыхъ телятъ при прививкѣ имъ какъ туберкулеза человѣка, такъ и жемчужницы и отсюда заключили о полномъ ихъ тождествѣ; но большинство французскихъ авторовъ — Thomassen, Ravenel, Delepine, Nocard, de Jong, Arloing — обнародовали свои опыты вслѣдъ за Лондонскимъ докладомъ Koch'a въ 1901 и 1902 гг., имѣя ближайшей цѣлью опровергнуть смѣлые выводы германскаго бактериолога. Всѣ указанные авторы экспериментировали на крупномъ рогатомъ скотѣ, за минимальнымъ исключеніемъ получали положительный результатъ и вынесли неоспоримое убѣжденіе въ заразности туберкулеза человѣка для рогатаго скота. Между ними Arloing является наиболѣе горячимъ защитникомъ унитаризма и идентичности туберкулезовъ. Далѣе, сторонниками идентичности явились Damman, Schottelius, de Schweinitz и Schroeder, Band, Neufeld, Orth и Esser, Max Wolff, Fibiger и Jensen, Behring, Römer, Nebelthau и др., произведшіе свои опыты въ самыхъ различныхъ мѣстахъ, нѣкоторые изъ нихъ на разныхъ животныхъ (телята, козы, овцы, лошади, ослы, свиньи), и вслѣдъ получившіе положительные результаты. Между послѣдними заслуживаютъ особаго упоминанія весьма демонстративные опыты Schottelius'a, получившаго при кормленіи рогатаго скота мокротой человѣка обширное пораженіе всего организма: туберкулезный энтеритъ, туберкулезъ всѣхъ железъ и казеозную пневмонію; опыты Orth'a (совмѣстно съ проф. ветеринарнаго института Esser'омъ), бравшаго прививочный матеріалъ изъ пораженныхъ чахоткой человѣческихъ легкихъ, но послѣ предварительнаго зараженія имъ морскихъ свинокъ и кроликовъ, и затѣмъ успѣшно экспериментированнаго на телятахъ, свиньяхъ и, особенно, козахъ, гдѣ получалась даже типичная жемчужница брюшины; и, главнымъ образомъ, опыты M. Wolff'a (1902), Fibiger'a и Jensen'a (1902, 1904), добывавшихъ прививочный матеріалъ почти исключительно изъ по-

раженных первичнымъ туберкулезомъ кишекъ и брыжеечныхъ железъ; въ виду сильной вирулентности этого матеріала для рогатаго скота, заболѣвавшаго жемчужной болѣзью (одно изъ требованій Koch'a для признанія зараженія человѣка отъ животнаго) послѣдніе авторы признали въ привитыхъ бациллахъ *typus bovinus* (слѣдоват., разсуждалъ M. Wolff, и у человѣка была жемчужница).

Такимъ образомъ Wolff, Fibiger и Jensen не только доказали возможность переноса бациллоу человѣка на животныхъ, но и обратную заразность, выражающуюся въ существованіи случаевъ первичнаго туберкулеза кишекъ, крайне вирулентнаго для рогатаго скота, словомъ, — полную идентичность обоихъ видовъ туберкулеза.

Можно назвать много выдающихся ученыхъ, которые, хотя сами не производили опытовъ, но на основаніи литературнаго матеріала и логическихъ выводовъ высказываются за идентичность туберкулеза человѣка и рогатаго скота. Сюда относятся Cohnheim, Aufrecht, Semmer, Toussaint, Flemming, Johne, B. Fränkel, Fischer, Silberschmidt, Salmon, Hansemann, Pertik и др. Послѣдній въ числѣ доводовъ въ пользу однородности (*Artgleichheit*) туберкулезовъ приводитъ тотъ вѣскій аргументъ, что рогатый скотъ реагируетъ на человѣческой туберкулинъ и благодаря ему становится иммуннымъ. Hansemann говорить, что разъ такіе ученые, какъ Orth, v. Behring, Arloing, Band, Max, Wolff и др. получили переносъ туберкулеза человѣка на рогатый скотъ, ergo надо принять одно изъ 2-хъ: или оба туберкулеза идентичны, или люди, отъ которыхъ былъ зараженъ рогатый скотъ, сами раньше приобрѣли бычій туберкулезъ; отсюда, естественно, заключить, что жемчужная болѣзнь можетъ быть перенесена на человѣка.

Въ заключеніе необходимо упомянуть объ официальномъ критикѣ теоріи Koch'a — проф. Kossel'ѣ, подъ руководствомъ котораго производились опыты въ специальной комиссіи въ Берлинѣ, имѣвшей прямое назначеніемъ проверить, правъ ли Koch въ своихъ утвержденіяхъ. Въ качествѣ прививочнаго матеріала было взято 39 различныхъ развонокъ, полученныхъ отъ больныхъ людей или человѣческихъ труновъ, и изъ нихъ 28% оказались патогенными для рогатаго скота. Изъ этихъ опытовъ Kossel заключилъ, что рогатый скотъ устойчивъ лишь къ нѣкоторымъ разводкамъ туберкулеза человѣка, къ другимъ же проявляетъ ясную восприимчивость; что отрицательные результаты прививокъ надо

объяснить различной патогенностью Коховскихъ бациллоу (вліяніе температуры и проч.); что для правильнаго сужденія о прививаемости, какъ *conditio sine qua non*, надо экспериментировать со многими культурами, выдѣленными изъ различныхъ организмовъ (въ чемъ согрѣшилъ самъ Koch); а главное, что рогатому скоту, безспорно, можетъ быть привитъ человѣческой туберкулезъ.

До сегодняшняго дня не прекращаются сообщенія объ успешныхъ прививкахъ туберкулеза человѣка рогатому скоту, о чемъ свидѣлствуютъ работы въ 1905, 1906 и 1907 гг. А. Eber'a (директора ветеринарнаго института въ Лейпцигѣ), получившаго зараженіе рогатаго скота при переносѣ на него бациллоу человѣка, добытыхъ какъ изъ пораженныхъ туберкулезомъ кишекъ у дѣтей, такъ и изъ легкихъ взрослыхъ лицъ, одержимыхъ легочной чахоткой, новыя работы Fibiger'a и Jensen'a (1907) и проч.

Итакъ, вопреки заявленію Лондонскаго доклада, огромному числу выдающихся ученыхъ удалось получить распространенное зараженіе рогатаго скота (и др. животныхъ) туберкулезомъ человѣка и, хотя, кромѣ Koch'a, имѣются сообщенія и другихъ авторовъ объ отрицательныхъ результатахъ прививокъ туберкулеза (Pütz, Gaiser, Park, Moeller, Cippolina и др.), но, во 1-хъ, такихъ отрицательныхъ сообщеній и опытовъ несравненно меньше, чѣмъ положительныхъ; во 2-хъ, здѣсь, какъ нигдѣ болѣе, примѣнима слѣдующая неоспоримая истина, высказанная Orth'омъ: „одинъ положительный экспериментъ доказываетъ больше, чѣмъ десять отрицательныхъ“.

А что сказать, когда такихъ строго научныхъ опытовъ съ положительнымъ результатомъ накопилось такое множество?

Слѣдовательно, этими экспериментами устанавливается прививаемость туберкулеза человѣка рогатому скоту и тѣмъ разрушается первый аргументъ Koch'a въ пользу его дуалистическаго взгляда на туберкулезъ.

Здѣсь позволительно сдѣлать небольшое отступленіе для того, чтобы показать, что идентичность туберкулеза и жемчужной болѣзни, помимо взаимной заразности, доказывается еще другими, не менѣе убѣдительными доводами, доставляемыми гистологическимъ, экспериментальнымъ и бактериологическимъ методомъ. Такъ (цитирую Orth'a), основой продуктовъ жемчужной болѣзни является разращеніе грануляціонной ткани, часто принимающей форму маленькихъ узелковъ и содержащей эпителиодныя, гигантскія клѣтки и центральный некрозъ; встрѣчается казеозное перерожденіе и омѣ-

лотвореніе лимфатическихъ железъ и проч.; словомъ, — полное морфологическое единство съ туберкулезомъ человѣка.

Прививки продуктовъ жемчужной болѣзни морскимъ свинкамъ и кроликамъ даютъ тѣ же самыя туберкулезныя измѣненія, какъ и прививки человѣческаго туберкулеза, а „двѣ величины, равныя по рознь третьей, равны между собой“ (Orth).

(Въ опынахъ L. Rabinowitsch прививки культуръ обоого рода морскимъ свинкамъ дали одинаковый результатъ, — кроликамъ показали ббольшую вирулентность бычьихъ культуръ).

Что же касается небольшихъ различій, отмѣчаемыхъ между бактеріями жемчужной болѣзни и туберкулеза человѣка, то v. Baumgarten, v. Behring, Hüppe и др. видятъ въ нихъ только результатъ приспособляемости и перевоспитанія (Anpassungs- und Umzüchtungserscheinungen), что свойственно и другимъ микробамъ.

Къ тому же туберкулинъ, приготовленный Koch'омъ изъ бактерій человѣка, одинаково дѣйствовалъ какъ на туберкулезныхъ людей, такъ и на одержимый жемчужной болѣзью рогатый скотъ; а въ химическомъ и физиологическомъ отношеніи оба туберкулина тождественны между собой (Behring).

Вторымъ вѣскимъ аргументомъ въ пользу различія туберкулеза человѣка и рогатого скота Koch, какъ сказано выше, считалъ рѣдкость первичнаго туберкулеза кишечника, каковое заболѣваніе, по его мнѣнію, должно бы встрѣчаться довольно часто, принимая во вниманіе обиліе бактерій въ рыночномъ молокѣ, маслѣ, мясѣ и проч.

Этотъ доводъ встрѣтилъ возраженія уже на Лондонскомъ съѣздѣ со стороны англійскихъ врачей, указавшихъ на частоту первичнаго туберкулеза кишечника въ Англии, доходящую до 30% (въ отношеніе всѣхъ случаевъ туберкулеза). Вопросъ этотъ далъ толчекъ ко множеству патолого-анатомическихъ и статистическихъ изслѣдованій, продолжаетъ быть предметомъ самаго горячаго обсужденія и въ короткое время разросся до очень объемистой литературы.

Но, если прежде возражали Koch'у противъ вѣрности принятой имъ посылки — рѣдкости первичнаго туберкулеза кишечника, какъ доказательства различія 2 видовъ туберкулеза, — и приводили обратную статистику съ указаніемъ на частоту первичнаго туберкулеза кишечника, то теперь оспаривается доказательность самой посылки, и находятся авторы, которые ни въ рѣдкости, ни даже въ отсутствіи первичнаго туберкулеза кишечника не видятъ подтвержденія

различія туберкулезовъ; по мнѣнію этихъ авторовъ, проглоченные съ пищей Коховскіе бактеріи могутъ пройти черезъ слизистую оболочку кишечника, не повредивъ ея, и вызвать туберкулезъ выше лежащихъ органовъ, отъ брыжжеечныхъ железъ до легкихъ включительно, — и, такимъ образомъ, черезъ зараженіе отъ молока, масла и проч. можетъ получиться не кишечный, а легочный туберкулезъ. Такъ разнорѣчивы мнѣнія относительно этого, непрерывно дебатлируемаго, но все еще спорнаго вопроса.

Попытаемся хронологически прослѣдить тѣ взгляды, которые выражались по этому вопросу со стороны различныхъ авторовъ, сдѣлавшихъ свои заключенія на основаніи секціоннаго, лабораторнаго или статистическаго матеріала.

Въ виду обилія и разбросанности литературнаго матеріала мы не беремся представить его въ совершенно исчерпанномъ видѣ и остановимся только на наиболѣе крупныхъ и доказательныхъ трудахъ.

Патолого-анатомическая часть. Изложеніе этой литературной части мы начнемъ съ указанія на тѣхъ авторовъ, которые свидѣтельствуютъ о частотѣ первичнаго туберкулеза кишечника и брыжжеечныхъ железъ, и послѣдовательно перейдемъ къ авторамъ, придерживающимся противоположнаго взгляда. При этомъ мы намѣрены болѣе подробно останавливаться на трудахъ первыхъ авторовъ, большинство которыхъ основывало свои заключенія не на общемъ секціонномъ матеріалѣ, а на специально избранномъ, изслѣдованномъ ими съ заранѣе намѣченной цѣлью и даже при особыхъ методахъ изслѣдованія.

Еще въ 1879 году, т. е. до открытія туберкулезнаго бактеріи, Sohnheimъ высказалъ мнѣніе о томъ, что пищеварительный аппаратъ можетъ служить входными воротами для туберкулезнаго яда, иначе сказать, призналъ существованіе первичнаго туберкулеза кишечника; сюда онъ причисляетъ тѣ случаи, въ которыхъ констатируютъ сильно развитый туберкулезъ кишечника и мезентеріальныхъ железъ, а также брюшины при цѣлости или даже при весьма незначительномъ заболѣваніи легкихъ. Такая локализція туберкулеза, согласно Sohnheim'у, встрѣчается у взрослыхъ только въ видѣ исключенія, у дѣтей же, напротивъ, довольно часто (tabes mesenterica). При этомъ онъ уже тогда указалъ, что весьма часто поражаются туберкулезомъ брыжжеечныя железы при почти неповрежденномъ кишечникѣ и что отсюда туберкулезъ можетъ распростра-

ниться через кровеносные пути далеко от первичного очага и даже вызвать милиарный туберкулезъ. Въ этихъ послѣднихъ указаніяхъ Cohnheim'a нельзя не отмѣтить выдающагося дара провидѣнія, разрѣшавшаго умозрительнымъ путемъ тѣ вопросы, которые теперь провѣряются экспериментально и подтверждаютъ мысль знаменитаго патолога. Нѣсколько позже Klebs и Aufrecht также заявили о томъ, что первичный туберкулезъ кишекъ встрѣчается далеко *нерѣдко*.

Проф. Oscar Wyss (1893) среди 123 дѣтскихъ вскрытій, произведенныхъ имъ за три года, нашелъ 3 случая первичнаго туберкулеза кишекъ и брыжеечныхъ железъ. Но въ виду того, что при одновременномъ присутствіи туберкулеза въ дыхательныхъ органахъ вопросъ о „первичности“ становится почти неразрѣшимымъ, онъ взялъ соотношеніе своихъ 3 сл. къ 71 вскрытію безъ туберкулезныхъ находокъ и отсюда сдѣлалъ заключеніе, что первичный туберкулезъ кишекъ не такъ рѣдокъ, какъ это считаютъ Bollinger, Eisenhart и др., и потому всѣ санитарныя мѣропріятія въ отношеніи мяса и молока должны быть строго соблюдаемы. Но большинство опубликованныхъ трудовъ, касающихся этого вопроса и разрѣшающихъ его въ положительномъ смыслѣ, концентрируется около 1901 года, времени Лондонскаго доклада Koch'a.

Въ Англійи на частоту первичнаго туберкулеза кишекъ указали Still, Carr, Guthrie, Woodhead, Shennan и др. Такъ, Still среди 269 вскрытій туберкулезныхъ дѣтей до 12 лѣтъ обнаружилъ первичный туберкулезъ кишекъ у 63 дѣтей (23%); Carr среди 120 дѣтскихъ смертей отъ туберкулеза вообще отыскалъ 20 случаевъ (16,7%) первичнаго туберкулеза кишекъ; Guthrie среди 77 аналогичныхъ случаевъ нашелъ первичный туберкулезъ брюшныхъ органовъ въ 24,6%; Woodhead среди 127 такихъ же вскрытій 14 случаевъ (11%) первичнаго туберкулеза брыжеечныхъ железъ.

Въ Америкѣ нѣкоторые авторы констатируютъ еще большій процентъ первичнаго туберкулеза кишекъ. Такъ, Councilman, Mallory и Pease при вскрытіи 220 случаевъ дифтеріи случайно обнаружили въ нихъ 35 случаевъ туберкулеза вообще и среди послѣднихъ 13 случаевъ первичнаго туберкулеза пищеварительнаго аппарата, т. е. по отношенію ко всѣмъ случаямъ дифтеріи 5,9%, по отношенію же ко всѣмъ случаямъ туберкулеза громадный процентъ (37,1%).

Такой высокій %, но на значительно большемъ матеріалѣ, получилъ только Кильскій проф. A. Heller, ставшій вмѣстѣ со своей школой въ самую энергичную оппозицію противъ утвержденій R. Koch'a. Прежде всего онъ объявилъ, что для сужденія о частотѣ первичнаго туберкулеза кишекъ нельзя пользоваться обычнымъ секціоннымъ матеріаломъ (какъ то дѣлалось прежде), такъ какъ въ случаяхъ смерти отъ туберкулеза или съ далеко зашедшимъ процессомъ нельзя точно установить входныхъ воротъ прозошедшей инфекции; для таковой цѣли, по его мнѣнію, могутъ служить только случаи смерти отъ острыхъ болѣзней или несчастныхъ случаевъ, гдѣ случайно найденный туберкулезъ весьма часто является начальнымъ, а слѣдовательно, можетъ указать входныя ворота. Кромѣ того, весьма важнымъ обстоятельствомъ для правильнаго сужденія объ этомъ вопросѣ онъ считаетъ технику вскрытія кишекъ. Такъ, согласно методу Virchow'a, тонкая кишка, прежде чѣмъ быть вскрытой и осмотрѣнной, отрѣзывается отъ брыжжейки; въ Кильскомъ же патолого-анатомическомъ институтѣ тонкая кишка вскрывается и осматривается, сохраняя свою связь съ натянутой брыжжейкой; затѣмъ въ послѣдней расправляются складки и изслѣдуются брыжеечныя железы. При такомъ способѣ вскрытія кишекъ не можетъ ускользнуть ни одно измѣненіе въ брыжжейкѣ на границѣ съ кишкой и ясно видны соотношенія между пораженіемъ кишекъ и соответственными участками брыжжейки и брыжеечныхъ железъ.

Держась этихъ принциповъ и зная, что дифтерія часто даетъ толчекъ къ развитію туберкулеза, Heller разсмотрѣлъ 714 протоколовъ умершихъ отъ дифтеріи и вскрытыхъ въ его институтѣ взрослыхъ и дѣтей въ періодъ 1873—1894 г.г. и среди этого матеріала, какъ случайную находку, обнаружилъ въ 140 случаяхъ (19,6%) туберкулезъ; при этомъ въ 53 случаяхъ (т. е. 7,4% по отношенію ко всѣмъ случаямъ дифтеріи и 37,8% по отношенію къ случаямъ туберкулеза вообще) было найдено имъ первичное зараженіе черезъ кишечникъ. Эти 53 случая распредѣляются такъ:

2 (1,43%) первичнаго туберкулеза кишекъ (въ одномъ и желудка), 8 (5,7%) первичнаго туберкулеза кишекъ и брыжеечныхъ железъ, 33 (23,5%) первичнаго туберкулеза брыжеечныхъ железъ, 10 (7,1%) туберкулеза брыжеечныхъ железъ рядомъ съ туберкулезомъ другихъ органовъ, кромѣ легкихъ.

Такимъ образомъ, больше чѣмъ у $\frac{1}{3}$ труповъ съ явленіями туберкулеза вообще Heller констатировалъ первичное зараженіе

черезъ кишечникъ; при чемъ въ 43 случаяхъ первично заболѣвали туберкулезомъ брыжжечныя железы, оставляя нетронутымъ кишечникъ, и только въ 10 туберкулезъ былъ обнаруженъ на слизистой самого кишечника.

Въ 1904 году Heller сообщилъ 20 новыхъ случаевъ первичнаго туберкулеза кишечника (6 у дѣтей, 14 у взрослыхъ), которые онъ обнаружилъ среди 230 вскрытій, произведенныхъ имъ лично за 2½ мѣсяца; по отношенію къ числу взрослыхъ и дѣтей, въ отдѣльности, первичный туберкулезъ кишечника у взрослыхъ обнаруженъ имъ въ 12%, у дѣтей въ 26%.

На основаніи этихъ данныхъ Heller заявилъ, что первичная инфекция туберкулезомъ черезъ кишечникъ случается *часто*; если же другіе авторы утверждаютъ противоположное, то происходитъ это либо въ силу указанныхъ обстоятельствъ (качество матеріала, способъ вскрытія), либо потому, что вскрытія производились недостаточно тщательно и полно или даже такими лицами, къ которымъ Heller прилагаетъ библейское изреченіе: „они пьютъ очи и не видятъ“.

Изъ авторовъ, свидѣтельствующихъ о рѣдкости первичнаго туберкулеза кишечника, Heller считается съ заявлениями только 2 лицъ, въ достовѣрности сообщеній которыхъ не можетъ быть сомнѣнія: Ganghofner'a и Orth'a. Первый среди 973 дѣтей, умершихъ отъ острыхъ болѣзней, нашелъ въ 253 (26%) туберкулезъ вообще и только 5 случаевъ первичнаго туберкулеза кишечника; второй среди 203 специально изслѣдованныхъ имъ въ послѣдніе годы дѣтскихъ труповъ (отъ 3 мѣсяцевъ до 15 лѣтъ) нашелъ 47 случаевъ (23,15%) туберкулеза, между которыми только 2 съ первичнымъ туберкулезомъ кишечника и мезентеріальныхъ железъ.

Но, въ виду того, что Ganghofner не произвелъ сравнительныхъ наблюденій надъ соотношеніемъ между туберкулезомъ человѣка и рогатаго скота въ Богеміи (особенно, туберкулеза вымени), трудно судить о причинѣ столь малаго числа обнаруженныхъ Ganghofner'омъ случаевъ первичнаго туберкулеза кишечника.

Рѣзкое же различіе данныхъ Orth'a въ сравненіи съ собственными числами Heller объясняетъ исключительно тѣмъ, что въ Берлинѣ въ настоящее время почти всѣ пьютъ только кипяченое или пастеризованное молоко (Ritter)¹⁾, тогда какъ въ Шлез-

¹⁾ Bericht über die I Versammlung der Tuberkuloseärzte. Berlin. 1905. S. 29.

вигъ-Голштиніи еще очень много взрослыхъ лицъ и, особенно, дѣтей употребляетъ сырое молоко. На этомъ примѣрѣ, представляющемъ какъ бы сравнительный экспериментъ въ большомъ масштабѣ, Heller усматриваетъ доказательство исповѣдуемаго имъ взгляда, что частое зараженіе туберкулезомъ черезъ пищеварительный аппаратъ можетъ возникнуть только при посредствѣ коровьяго молока, иначе сказать, вслѣдствіе переноса туберкулеза рогатаго скота на человѣка.

Итакъ, Heller не только признаетъ частоту первичнаго туберкулеза кишечника тамъ, гдѣ этому благоприятствуютъ повышенная заболѣваемость рогатаго скота и пользование сырымъ молокомъ, но ставитъ это зараженіе въ прямую зависимость отъ переноса Коховскихъ бактерий съ животныхъ на человѣка (а не отъ попадания въ пищевые продукты бактерий человѣка, проглатыванія вдыхаемыхъ бактерий и проч., какъ думаютъ другіе авторы).

Вслѣдъ за сообщеніемъ Heller'a изъ того же Кильскаго института появились цѣнные сообщенія ассистента Heller'a — O. Wagener'a (1903) — и д-ра Hof'a (1903), произведшихъ свои изслѣдованія на различномъ по количеству и качеству секціонномъ матеріалѣ, но пришедшихъ почти къ одинаковымъ выводамъ, подтверждающимъ мысль проф. Heller'a.

Wagener изъ 600 въ высшей степени тщательно изслѣдованныхъ имъ труповъ (въ каждомъ случаѣ извлекались и изслѣдовались даже всѣ шейные органы — мягкое небо, миндалины и шейныя лимфатическія железы) собралъ 28 случаевъ первичнаго туберкулеза кишечника, въ томъ числѣ 16 въ возрастѣ отъ 1—15 лѣтъ, 12 у взрослыхъ.

Въ виду того, что общее количество изслѣдованныхъ имъ дѣтскихъ труповъ было сравнительно мало — 76, а количество обнаруженаго среди нихъ первичнаго туберкулеза кишечника относительно велико — 16, т. е. 21%, Wagener дѣлаетъ заключеніе, что первичная инфекция туберкулезомъ черезъ кишечникъ въ *дѣтскомъ* возрастѣ весьма *частое* явленіе.

Не входя въ подробный обзоръ всѣхъ представленныхъ Wagener'омъ случаевъ, посмотримъ: 1) какія измѣненія онъ находилъ въ кишечникѣ и мезентеріальныхъ железахъ, 2) въ какомъ состояніи пребывали легкія и бронхиальныя железы, 3) оставался ли туберкулезъ ограниченнымъ пищеварительнымъ аппаратомъ, или распространялся дальше и по какимъ путямъ.

Но прежде всего надо установить, что разумѣлъ Wagener подъ понятіемъ „первичный туберкулезъ кишечника“. Подъ этимъ именемъ онъ понималъ такую форму заболѣванія организма туберкулезомъ, когда послѣдній проникъ въ него черезъ кишечникъ. Исходя изъ этого положенія и въ виду установленной способности туберкулезныхъ бациллоу проходить черезъ неповрежденную кишечную стѣнку, онъ въ опредѣленіи первичнаго туберкулеза кишекъ считался не съ *первичной локализацией*, а съ *входными воротами*, и потому вполне правильно включалъ въ эту группу первичный туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ на ряду съ первичнымъ туберкулезомъ собственно кишекъ.

Изъ 28 случаевъ первичнаго туберкулеза кишекъ туберкулезныя измѣненія въ кишкахъ онъ обнаружилъ только въ 18 случаяхъ, въ остальныхъ же 10 первичный очагъ туберкулеза глѣзился въ брыжжеечныхъ железахъ. Изолированнаго туберкулеза кишекъ безъ участія соответственныхъ железъ онъ не встрѣтилъ ни разу; туберкулезное же пораженіе брыжжеечныхъ железъ было обнаружено во всѣхъ случаяхъ.

Измѣненія въ кишкахъ сводятся къ слѣдующему. Въ 7 случаяхъ туберкулезныя язвы, въ 6 случаяхъ *опуханіе солитарныхъ фолликуловъ*, особенно въ Пейеровыхъ бляшкахъ съ центральнымъ распаденіемъ въ 2 изъ нихъ; въ 5 случаяхъ исключительно *рубцы*, часто соответствующіе казеозно-перерожденнымъ или обызвествленнымъ мезентеріальнымъ железамъ. Изъ этихъ 18 случаевъ только въ 9 измѣненія въ кишкахъ носили несомнѣнно туберкулезный характеръ (всѣ язвы и въ 2 случаяхъ опуханія солитарныхъ фолликуловъ съ типичными бугорками въ нихъ); тѣмъ не менѣе и въ остальныхъ 9 случаяхъ можно подозрѣвать туберкулезный характеръ найденныхъ измѣненій въ кишкахъ въ виду ихъ локализаци на мѣстѣ Пейеровыхъ бляшекъ, а главное, — по соответствію ихъ близъ расположеннымъ туберкулезно-измѣненнымъ брыжжеечнымъ железамъ.

Во всякомъ случаѣ, и эти 9 случаевъ не утрачиваютъ своего значенія потому, что, даже не признавая въ нихъ туберкулеза въ кишкахъ, въ нихъ все-же былъ ясно выраженъ туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ.

Что касается брыжжеечныхъ железъ, то во всѣхъ случаяхъ, кромѣ одного (№ 12), обнаружены туберкулезныя измѣненія въ видѣ *опуханія, казеознаго перерожденія или кальцинаціи* то одной, то

многочисленныхъ железъ; при этомъ въ 15 случаяхъ брыжжеечныя железы содержали въ себѣ Коховскіе бациллы, отсутствовавшіе въ остальныхъ 13 вследствие сильной кальцинаціи железъ.

Состояніе легкихъ и бронхіальныхъ железъ въ упомянутыхъ 28 сл. было таково. Въ 25 сл. онѣ были совершенно свободны отъ туберкулеза; въ одномъ случаѣ (№ 14) былъ милиарный туберкулезъ верхнихъ долей обоихъ легкихъ, всюду содержавшихъ воздухъ, при наличности 3 казеозныхъ мезентеріальныхъ железъ у соответствующей послѣднимъ зарубцевавшейся туберкулезной язвы въ тонкой кишкѣ; въ другомъ случаѣ (№ 13) легкія были свободны отъ старыхъ туберкулезныхъ измѣненій, но на плеврѣ были найдены маленькіе бугорки, тогда какъ въ брюшной полости оказался туберкулезный перитонитъ со сращениями, казеозное перерожденіе мезентеріальныхъ и ретроперитонеальныхъ железъ и нѣсколько туберкулезныхъ язвъ тонкой кишки; въ третьемъ случаѣ (15), при полномъ отсутствіи туберкулеза въ легкихъ, была найдена аспидная пигментация нѣсколькихъ бронхіальныхъ железъ съ кальцинаціей одной изъ нихъ, при наличности маленькой туберкулезной язвы (3 м.м. въ поперечникѣ) тонкой кишки около брыжжейки съ соответствующей ей казеозной железой. Сопоставивъ во всѣхъ случаяхъ Wagener'a состояніе легкихъ съ найденными туберкулезными измѣненіями въ брюшной полости, приходимъ къ заключенію, что къ 25 очевиднымъ случаямъ первичнаго туберкулеза кишекъ необходимо присоединить и остальные 3, такъ какъ въ 2 изъ нихъ туберкулезныя измѣненія въ легкихъ были свѣжаго происхожденія и неизмѣримо моложе старыхъ пораженій въ кишкахъ, брюшинѣ и брыжжеечныхъ железахъ; въ 3-мъ же случаѣ совершенно кальцинированная бронхіальная железа не могла играть никакой роли въ происхожденіи свѣжаго туберкулезнаго изъязвленія тонкой кишки.

Что касается дальнѣйшаго распространенія туберкулеза изъ первичнаго очага, то случаи Wagener'a распредѣляются такъ. Въ 21 случаяхъ первичный туберкулезъ кишекъ оставался локализованнымъ: въ 11 случаяхъ былъ ограниченъ кишечникомъ и брыжжеечными железами, въ 10 только этими послѣдними. Въ остальныхъ 7 случаяхъ туберкулезъ изъ мѣста первичнаго пораженія распространился по направленію лимфатическаго тока, давъ туберкулезное пораженіе брюшины, ретроперитонеальныхъ железъ, печени, почекъ, легкихъ и мозга.

Считая главнымъ выводомъ изъ своего изслѣдованія то положеніе, что первичная инфекция туберкулезомъ черезъ кишечникъ въ дѣтскомъ возрастѣ происходитъ *весьма часто*, Wagener полагаетъ, что первичный туберкулезъ кишекъ вообще *не рѣдко* заболѣваніе, и что даже легочная чахотка иногда беретъ начало отъ кишечнаго туберкулеза.

Вопросъ же о томъ, обусловлены ли вышеприведенные случаи зараженіемъ отъ бактерий чловѣка или рогатаго скота, Wagener почему-то оставляетъ открытымъ.

Въ 1905 году О. Wagener сдѣлалъ новое сообщеніе относительно частоты первичнаго туберкулеза кишекъ, основываясь на матеріалѣ Берлинской больницы „Bethanien“, и въ теченіе одного года среди 410 вскрытій онъ обнаружилъ 20 случаевъ (4,9%) первичнаго туберкулеза кишекъ и брыжеечныхъ железъ. Въ виду того, что среди этого матеріала было 67 дѣтей (1—15 л.) и между ними оказалось 11 сл. съ первичнымъ туберкулезомъ кишекъ, въ отношеніе спеціально дѣтскихъ вскрытій у него получился значительный % этого заболѣванія, именно 16,4%.

Числа эти почти совпадаютъ съ числами всѣхъ Кильскихъ авторовъ и рѣзко расходятся съ данными Baginsk'аго, Hansemann'a, Orth'a, которые также производили статистическія изслѣдованія первичнаго туберкулеза кишекъ въ Берлинѣ и находили его въ поразительно маломъ процентѣ.

Wagener же на основаніи своихъ изслѣдованій думаетъ, что и въ Берлинѣ первичный туберкулезъ кишекъ встрѣчается *часто*; рѣзкое же различіе своихъ чиселъ съ таковыми другихъ авторовъ онъ объяснилъ тѣмъ обстоятельствомъ, что на 1 году жизни первичный туберкулезъ кишекъ встрѣчается наиболѣе рѣдко, а вышеуказанные авторы имѣли не мало вскрытій въ возрастѣ отъ 3 мѣсяцевъ до 1 года.

Относительно характера туберкулезныхъ возбудителей каждаго изъ 20 случаевъ Wagener высказывается въ томъ смыслѣ, что этотъ вопросъ можетъ быть рѣшенъ исключительно бактериологическимъ изслѣдованіемъ.

Работа д-ра Hof'a представляетъ интересъ въ силу колоссальнаго числа просмотрѣнныхъ имъ протоколовъ, давшихъ возможность обнаружить наибольшія въ сравненіи съ другими авторами числа первичнаго туберкулеза кишекъ и получить болѣе вѣрныя соотношенія между различными способами зараженія у взрослыхъ

и дѣтей. Обиліе матеріала не позволяло Hof'у, подобно Wagener'у, останавливаться на подробномъ изученіи каждаго встрѣченнаго имъ случая, тѣмъ не менѣе въ опредѣленіи понятія „первичный туберкулезъ кишекъ“, въ расположеніи случаевъ на группы и проч. онъ придерживается тѣхъ же принциповъ, что Heller и Wagener.

Hof изучилъ 14886 вскрытій Кильскаго патологическаго института за все время завѣдыванія имъ проф. Heller'a (1873—1903 гг.) и среди этого обширнаго матеріала нашелъ 235 случаевъ первичнаго туберкулеза кишекъ у дѣтей и 159 такихъ же случаевъ у взрослыхъ. По отношенію къ числу всѣхъ найденныхъ имъ случаевъ туберкулеза (936 у дѣтей и 2697 у взрослыхъ) количество первичнаго туберкулеза кишекъ у дѣтей составляетъ 25,1%, у взрослыхъ же 5,9%.

Сравнивая способы зараженія туберкулезомъ у дѣтей и у взрослыхъ, Hof нашелъ, что у дѣтей кишечникъ служитъ входными воротами для туберкулеза въ 4 раза чаще, чѣмъ у взрослыхъ, тогда какъ дыхательные пути въ 1½ раза рѣже, чѣмъ у послѣднихъ. Въ заключеніе Hof приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. 1) Первичное зараженіе туберкулезомъ черезъ кишечникъ является *частымъ* заболѣваніемъ у дѣтей. 2) Заболѣваніе первичнымъ туберкулезомъ кишекъ зависитъ, несомнѣнно, отъ пищи, содержащей Коховскіе бактерии, вѣроятнѣе всего отъ молока. 3) Профилактическія мѣры въ отношеніи туберкулезнаго рогатаго скота и всѣхъ его продуктовъ должны сохранить свою силу вопреки заявленію R. Koch'a.

Третій статистическій трудъ по туберкулезу, также вышедшій изъ патолого-анатомическаго института Heller'a, принадлежитъ Calmsohn'у, который приводитъ данныя и относительно первичнаго туберкулеза кишекъ. Просмотрѣвъ протоколы вскрытій дѣтей, произведенныхъ Heller'омъ съ 1896 по 1902 гг., Calmsohn нашелъ въ нихъ первичный туберкулезъ кишекъ въ 13% по отношенію ко всѣмъ случаямъ туберкулеза и, такимъ образомъ, подтвердилъ выводы Heller'a о *частотѣ* этого заболѣванія въ дѣтскомъ возрастѣ. Итакъ, Heller и его школа, опираясь на тщательное изученіе Кильскаго секціоннаго матеріала, настойчиво защищаютъ мысль о частотѣ первичнаго зараженія туберкулезомъ черезъ кишечникъ и являются, такимъ образомъ, яркими выразителями взгляда, противоположнаго R. Koch'у.

Здѣсь же уместно будетъ упомянуть, что W. Fischer (Альтона) въ письмѣ къ Heller'у также выражаетъ солидарность съ послѣднимъ, сообщая, что при вскрытіи дѣтей и судебныхъ случаевъ онъ получилъ столь же *высокія* числа первичнаго туберкулеза кишечника, какъ Heller и его ученики.

Далѣе, приверженцемъ подобнаго же взгляда на первичный туберкулезъ кишечника является проф. патол. анатоміи въ Копенгагенѣ J. Fibiger, составившій совместно съ проф. ветеринарнаго института С. Jensen'омъ трудъ по туберкулезу, опубликованный ими въ 1902 и 1904 г.г.; въ концѣ этой работы приведены слѣдующія статистическія данныя относительно первичной туберкулезной инфекции черезъ кишечникъ.

Среди 213 вскрытій, произведенныхъ ассистентами Fibiger'a въ 2 госпиталяхъ г. Копенгагена, у 116 былъ констатированъ туберкулезъ, то въ видѣ главной болѣзни, то въ видѣ осложнения. Среди же этихъ 116 случаевъ туберкулеза, вообще, было обнаружено 13 несомнѣнныхъ случаевъ первичнаго туберкулеза пищеварительнаго канала (5—кишечъ и брыжеечныхъ железъ, 8—только железъ) и 2 случая вѣроятнаго зараженія черезъ кишечникъ. Найденное Fibiger'омъ число случаевъ первичнаго туберкулеза кишечника составляетъ 6% всѣхъ вскрытій и около 11% вскрытій съ туберкулезными находками; присоединивъ же 2 упомянутыхъ вѣроятныхъ случая, получимъ 7% и 13%.

Такъ какъ среди всѣхъ вскрытій было 79 дѣтей и между ними обнаружено 25 случаевъ съ признаками туберкулеза, вообще, и, по меньшей мѣрѣ, 4 съ первичнымъ туберкулезомъ пищевыхъ путей, то, слѣдовательно, первичный туберкулезъ кишечника у дѣтей составляетъ 5—6% всѣхъ дѣтскихъ вскрытій и 16—20% дѣтскихъ вскрытій съ туберкулезными находками. На основаніи этихъ числовыхъ данныхъ Fibiger присоединяется ко взгляду Heller'a, утверждая, что первичный туберкулезъ кишечника *не рѣдкое* страданіе и что дальнѣйшія изслѣдованія въ томъ же Копенгагенѣ укажутъ еще большія числа этой формы туберкулеза, чѣмъ приведенныя имъ. Къ сожалѣнію, относительно характера пораженія всѣхъ случаевъ Fibiger'a нельзя судить потому, что онъ приводитъ описаніе только тѣхъ изъ нихъ, которые служили для экспериментальныхъ цѣлей; но даже изъ представленныхъ случаевъ видно, что при опредѣленіи понятія „первичный туберкулезъ кишечника“ Fibiger былъ крайне остороженъ, строго придерживаясь общеустановленныхъ принциповъ

(туберкулезъ желудка, кишечника, брыжеечныхъ железъ и проч. при отсутствіи туберкулеза въ легкихъ или наличности въ нихъ милиарныхъ бугорковъ).

Затѣмъ идутъ сообщенія другихъ авторовъ, свидѣтельствующія о частотѣ первичной инфекции туберкулезомъ черезъ кишечникъ.

Nathan Raw (1904) находитъ, что первичный туберкулезъ брыжеечныхъ железъ при вскрытіяхъ дѣтей встрѣчается *очень часто* и происходитъ отъ зараженія молокомъ коровъ съ жемчужной болѣзью; при этомъ бактерии легко проходятъ черезъ кишечную стѣнку, не повреждая ея, поселяются въ брыжеечныхъ железахъ и часто въ другихъ органахъ, производя заболѣваніе всѣхъ по пути лежащихъ органовъ, включительно до легкихъ. Поэтому Nathan Raw совѣтуетъ содержать коровъ подъ строгимъ контролемъ и молоко, предназначенное для вскармливанія дѣтей, стерилизовать кипяченіемъ.

Edens (1905), задавшій цѣлью проверить данныя Heller'a, нашелъ среди 491 вскрытій, произведенныхъ въ Берлинской больницѣ „Bethanien“, 25 случаевъ первичнаго туберкулеза кишечника, а именно 12 достовѣрныхъ и 13 вѣроятныхъ. Между названными случаями было 115 дѣтей съ 7 достовѣрными случаями первичнаго туберкулеза кишечника. Въ процентномъ отношеніи числа Edens'a составляютъ 4,7% всѣхъ вскрытій и 12% вскрытій съ туберкулезными пораженіями. Эти числовыя данныя убѣждаютъ Edens'a въ томъ, что взглядъ Heller'a на большую частоту первичнаго туберкулеза кишечника все болѣе и болѣе подтверждается.

Harbitz (1905), проф. университета въ Христіаніи, въ своемъ большомъ трудѣ о частотѣ, локализаци и распространеніи туберкулеза, особенно въ дѣтскомъ возрастѣ, также приводитъ весьма вѣскія данныя въ пользу частоты первичнаго туберкулеза кишечника.

Такъ, среди 275 вскрытій дѣтей (до 15 лѣтъ) онъ обнаружилъ въ 42,5% случаевъ туберкулезное пораженіе въ самой разнообразной формѣ—статистическія данныя, превосходяція почти всѣ предыдущія (20%) въ отношеніи распространенія туберкулеза въ дѣтскомъ возрастѣ; при чемъ, согласно Harbitz'у, въ 41% входными воротами для туберкулезной инфекции служили дыхательные пути и въ 22% пищеварительные. Эти цифры, приближаясь къ такому же д-ра Hof'a (25,1%), служатъ указаніемъ на *значительную частоту* первичной кишечной инфекции туберкулезомъ у дѣтей въ г. Христіаніи. Но, кромѣ того, въ работѣ Harbitz'a имѣются слѣдующія указанія, дающія право на увеличеніе этихъ и безъ того

довольно высоких цифр. Так, он неоднократно находил туберкулезные бактерии, вирулентные для морских свинок, в опухших шейных железах у детей, при полном отсутствии в этих железах макро- и микроскопических изменений. Предполагая, что, подобно шейным железам, и брыжжечные могут поражаться туберкулезом „латентно“, Harbitz заключает, что статистика первичного туберкулеза кишек на самом деле выше, чем то указывают секционные находки (и в этом он усматривает подтверждение нижеприводимой теории проф. Behring'a). Легкая же, по мнению Harbitz'a, как правило, поражаются вторично.

Deuske (1905) в своих „выводах относительно заболеваемости туберкулезом в Турции, сделанных на основании 5-летних наблюдений в больнице Гюль-хане“ (Rieder-паша „Für die Türkei“), устанавливает интересные данные по вопросу о первичном туберкулезе пищеварительных путей. В названной больнице за 5 лет умерло 66 больных от туберкулеза; все они были вскрыты, и в 29 случаях (43%) начальным местом возникновения болезни оказался пищеварительный канал; при этом данные вскрытия указали на то, что заражение произошло не в младенческом, а в более позднем возрасте. Устанавливая столь высокий % первичного туберкулеза кишек, который превосходит числа даже таких поборников этого рода инфекции, как Heller, Hof, Couchillman, Mallogu и Peatse, — Deuske в объяснении частоты кишечного заражения туберкулезом расходится с упомянутыми авторами. Так, вопреки Heller'y, Hof'y и другим, ставящим частоту первичной инфекции туберкулезом через кишечник в прямую зависимость от молока, мяса, resp. больных животных, Deuske полагает, что причина этого явления меньше всего заключается в молоке и в мясе и что главный путь этой инфекции — от человека к человеку. В защиту своего взгляда он приводит следующие доводы, имеющие силу в отношении Турции. 1) Грудных младенцев вскармливают или сами матери, или кормилицы. Коровье молоко (исключительно кипяченое) употребляется мало вследствие дороговизны. 2) Мясо, преимущественно баранина, употребляется в вареном или жареном виде.

Таковы обстоятельства, говорящие против заражения от рогатого скота.

Заражению же человека от человека благоприятствуют:

1) плохие гигиенические условия (тесные жилища помещения; спанье

на полу или на матрацах, положенных поверх плетеных циновок, совместно с чахоточным, который тут же выплевывает мокроту; 2) легкая ранимость пищеварительного прибора у малолетних турак вследствие нецелесообразного питания.

Henke F. (1906) из Штутгарта между 1100 вскрытиями, среди которых было 228 вскрытий детей, обнаружил 7 достоверных и 2 весьма вероятных случая с первичным туберкулезом кишек, исключительно у детей, что составляет 3—4% в отношении общего числа детских вскрытий; в отношении же числа случаев туберкулеза у детей, которых было 62, первичный туберкулез кишек составляет 11—14,5%. Эти цифры далеко не достигают цифр Heller'a, Wagener'a, Edens'a и др., но в отношении специально детских вскрытий они являются довольно большими. Помимо этого, работа Henke представляет тот интерес, что его случаи первичного туберкулеза кишек исследованы *бактериологически*, и по результатам опытов на кроликах с помощью культур и туберкулезного материала Henke пришел к заключению, что в 3 случаях был бычий туберкулез, в 4 человеческий, в 2 прививка совсем не удалась¹⁾.

Один из последних трудов, отстаивающих *редкость* заражения туберкулезом через кишечник, принадлежит Johannes Ipsen'y, бывшему ассистенту проф. Fibiger'a в Копенгагене. В этом труде, вращающемся в сообщенном на туберкулезном конгрессе в Париже в 1905 году, Ipsen (1906) как бы продолжает уже упомянутые исследования своего учителя, произведя их на материал из тех же больниц и сделав статистические выкладки из своих чисел совместно с числами проф. Fibiger'a.

¹⁾ Исследование первичного туберкулеза кишек в *бактериологическом* отношении также производили Lignières, Kossel, Damman и Müssemeier, добывшие в единичных случаях из кишечника человека культуры *tub. bovinus* var. *tuberc.*, и Weber, обнаруживший среди 39 сл. первичного туберкулеза кишек у детей таковой тип в 13 сл. Резкое разграничение туберкулезных бактерий млекопитающих на 2 типа большинством авторов оспаривается; но все эти исследования имеют ту огромную ценность, что производившие их авторы, хотя и сторонники дуализма Коховских бактерий, своими находками *tub. bovinus* в кишечнике человека свидетельствуют о заразности для нас таковой инфекции и тем, вопреки Koch'u, подтверждают необходимость санитарно-гигиенических мероприятий в отношении жемчужной болезни рогатого скота, а также молочных и мясных продуктов.

довольно высоких цифр. Так, он неоднократно находил туберкулезные бактерии, вирулентные для морских свинок, в опухших шейных железах у детей, при полном отсутствии в этих железах макро- и микроскопических изменений. Предполагая, что, подобно шейным железам, и брыжеечные могут поражаться туберкулезом „латентно“, Harbitz заключает, что статистика первичного туберкулеза кишек на самом деле выше, чем то указывают секционные находки (и в этом он усматривает подтверждение нижеприводимой теории проф. Behring'a). Легкие же, по мнению Harbitz'a, как правило, поражаются вторично.

Deyske (1905) в своих „выводах относительно заболеваемости туберкулезом в Турции, сделанных на основании 5-летних наблюдений в больнице Гюль-хане“ (Rieder-паша „Für die Türkei“), устанавливает интересные данные по вопросу о первичном туберкулезе пищеварительных путей. В названной больнице за 5 лет умерло 66 больных от туберкулеза; все они были вскрыты, и в 29 случаях (43%) начальным местом возникновения болезни оказался пищеварительный канал; при этом данные вскрытия указали на то, что заражение произошло не в младенческом, а в более позднем возрасте. Устанавливая столь высокий % первичного туберкулеза кишек, который превосходит числа даже таких поборников этого рода инфекции, как Heller, Hof, Couneillman, Mallogy и Pearce, — Deyske в объяснении частоты кишечного заражения туберкулезом расходится с упомянутыми авторами. Так, вопреки Heller'y, Hof'y и другим, ставящим частоту первичной инфекции туберкулезом через кишечник в прямую зависимость от молока, мяса, теср. больных *животных*, Deyske полагает, что причина этого явления меньше всего заключается в молоке и в мясе и что главный путь этой инфекции — *от человека к человеку*. В защиту своего взгляда он приводит следующие доводы, имеющие силу в отношении Турции. 1) Грудных младенцев вскармливают или сами матери, или кормилицы. Коровье молоко (исключительно кипяченое) употребляется мало вследствие дороговизны. 2) Мясо, преимущественно баранина, употребляется в вареном или жареном виде.

Таковы обстоятельства, говорящие против заражения от рогатого скота.

Заражению же человека от человека благоприятствуют:

1) плохие гигиенические условия (тесные жилища помещения; спанье

на полу или на матрацах, положенных поверх плетеных циновок, совместно с чахоточным, который тут же выплевывает мокроту; Еда из общей миски руками); 2) легкая ранимость пищеварительного прибора у малоимущих туropol вследствие нецелесообразного питания.

Henke F. (1906) из Штутгарта между 1100 вскрытиями, среди которых было 228 вскрытий детей, обнаружил 7 достоверных и 2 весьма вероятных случая с первичным туберкулезом кишек, исключительно у детей, что составляет 3—4% в отношении общего числа детских вскрытий; в отношении же числа случаев туберкулеза у детей, которых было 62, первичный туберкулез кишек составляет 11—14,5%. Эти цифры далеко не достигают цифр Heller'a, Wagener'a, Edens'a и др., но в отношении специально детских вскрытий они являются довольно большими. Помимо этого, работа Henke представляет тот интерес, что его случаи первичного туберкулеза кишек исследованы *бактериологически*, и по результатам опытов на кроликах с помощью культур и туберкулезного материала Henke пришел к заключению, что в 3 случаях был бычий туберкулез, в 4 человеческий, в 2 прививка совсем не удалась¹⁾.

Один из последних трудов, отстаивающих *нередкость* заражения туберкулезом через кишечник, принадлежит Johannes Ipsen'y, бывшему ассистенту проф. Fibiger'a в Копенгагене. В этом труде, вкратце сообщенном на туберкулезном конгрессе в Париже в 1905 году, Ipsen (1906) как бы продолжает уже упомянутые исследования своего учителя, произвел их на материал из тех же больниц и сделал статистические выкладки из своих чисел совместно с числами проф. Fibiger'a.

¹⁾ Исследование первичного туберкулеза кишек в *бактериологическом* отношении также производили Lignières, Kossel, Damman и Müssemeier, добывшие в единичных случаях из кишечника человека культуры *tub. bovinus bac. tuberc.*, и Weber, обнаруживший среди 39 сл. первичного туберкулеза кишек у детей таковой тип в 13 сл. Резкое разграничение туберкулезных бактерий млекопитающих на 2 типа большинством авторов оспаривается; но все эти исследования имеют ту огромную ценность, что производившие их авторы, хотя и сторонники дуализма Коховских бактерий, своими находками *tub. bovinus* в кишечнике человека свидетельствуют о заразности для нас таковой инфекции и тем, вопреки Koch'y, подтверждают необходимость санитарно-гигиенических мероприятий в отношении жемчужной болезни рогатого скота, а также молочных и мясных продуктов.

Въ разработкѣ своего матеріала Ipsen придерживался 2 методовъ изслѣдованія.

1-й методъ, примѣненный имъ ко всѣмъ случаямъ безъ исключенія, носилъ характеръ патолого-анатомической съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ только нѣкоторыхъ случаевъ. Но техника вскрытія отличалась такой поразительной тщательностью въ отношеніе кишечника, брыжжеечныхъ железъ, миндалинъ, шейныхъ железъ, легкихъ и бронхиальныхъ железъ, что по праву можетъ быть рекомендована для всѣхъ будущихъ изслѣдованій по этому вопросу. Вотъ его подлинныя слова: „Послѣ предварительнаго осмотра кишечника подвергался вновь подробному изслѣдованію. Слизистая оболочка кишечника разсматривалась шагъ за шагомъ (Punkt für Punkt), брыжейка тщательно ощупывалась и изслѣдовалась посредствомъ многочисленныхъ разрѣзовъ. Миндалины, шейныя железы, легкія и бронхиальныя железы также служили предметомъ подробнаго изслѣдованія; при чемъ легкія съ помощью многихъ разрѣзовъ черезъ верхушки и всѣ доли разсѣкались на мелкія части“.

2-й методъ изслѣдованія, примѣненный имъ исключительно къ дѣтямъ (102 случая), сопровождался во всѣхъ случаяхъ гистологическимъ изслѣдованіемъ, а въ нѣкоторыхъ изъ нихъ даже прививками подозрительнаго матеріала морскимъ свинкамъ. Такая чрезвычайная тщательность изслѣдованія основывалась, во 1-хъ, на указаніяхъ Orth'a Fibiger'a, Girode'a и Walsham'a, свидѣтельствующихъ о томъ, что лимфатическія железы, кажущіяся при макроскопическомъ изслѣдованіи совершенно здоровыми и даже не особенно увеличенными, при микроскопическомъ изслѣдованіи могутъ оказаться пораженными туберкулезомъ (въ отношеніе мезентеріальныхъ железъ это установлено Girode'омъ и Fibiger'омъ); во 2-хъ, на указаніяхъ Pizzini, Harbitz'a и др., что лимфатическія железы, въ которыхъ даже гистологическое изслѣдованіе не обнаружило туберкулеза, иногда содержатъ вирулентныя Коховскія палочки и что прививка такихъ железъ морскимъ свинкамъ даетъ иногда положительный результатъ. Такимъ образомъ, изслѣдованіе второго рода дополняло первое и, естественно, должно было увеличить общее число случаевъ первичнаго туберкулеза кишечника. Вотъ числовыя данныя изслѣдованій Ipsen'a.

Первый рядъ изслѣдованій. Среди всѣхъ 498 вскрытій (285 своихъ, 213 Fibiger'a) въ 283 (58%) найденъ туберкулезъ, изъ которыхъ въ 25 случаяхъ (12 своихъ, 13 Fibiger'a) туберкулезъ

оказался первичнымъ въ пищеварительныхъ путяхъ. Такимъ образомъ, при этомъ изслѣдованіи первичный туберкулезъ кишечника найденъ приблизительно у 5% всѣхъ вскрытыхъ индивидуумовъ и у 9% всѣхъ страдавшихъ туберкулезомъ, вообще. По локализаци и по распространенію туберкулеза 12 случаевъ, наблюдавшихся Ipsen'омъ, распредѣляются такъ. Въ 9 случаяхъ туберкулезъ локализовался исключительно въ брыжжеечныхъ, въ 2 случаяхъ въ ретроцекальныхъ железахъ, которыя то одиночно, то по нѣсколько штукъ были омѣлоторены или казеозно перерождены (въ виду анамнеза и отсутствія слѣдовъ въ кишкахъ брюшной тифъ, также способный вызвать подобныя измѣненія въ железахъ, здѣсь исключался); въ 12-мъ же случаѣ найдены туберкулезныя изъязвленія въ толстой кишкѣ, опуханіе и казеозное перерожденіе многихъ брыжжеечныхъ железъ и общій туберкулезный перитонитъ со сращеніями кишечныхъ петель и съ многочисленными узлами, напоминавшими жемчужную болѣзнь.

Второй рядъ изслѣдованій. Среди 102 дѣтей найдено было 28 туберкулезныхъ, изъ которыхъ 6 случаевъ съ первичнымъ зараженіемъ туберкулезомъ черезъ кишечникъ, диагностированныхъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ, и 7-й случай, въ которомъ ни макро-, ни микроскопически ни въ одномъ органѣ не установлено туберкулезныхъ измѣненій, тогда какъ прививка мезентеріальной железки морской свинкѣ вызвала у ней туберкулезное поражение на мѣстѣ прививки, въ паховыхъ железахъ и селезенкѣ и, такимъ образомъ, показала, что привитая железка заключала въ себѣ туберкулезныя бациллы (согласно Harbitz'у, туберкулезныя бациллы могутъ пребывать въ лимфатическихъ железахъ въ теченіе многихъ мѣсяцевъ, не вызывая въ нихъ туберкулезныхъ измѣненій—латентный туберкулезъ).

Первые же 6 случаевъ по характеру и локализаци туберкулезнаго пораженія представляютъ такое разнообразіе, что не могутъ быть охарактеризованы въ общемъ изложеніи и потому приведены каждый особо.

1 сл. 2-хъ л. Туберкулезныя бугорки въ миндалинахъ, шейныхъ и мезентеріальныхъ железахъ; одна изъ мезентеріальныхъ железъ при прививкѣ морской свинкѣ вызвала у ней туберкулезъ паховой железки и легкихъ. Остальные органы свободны отъ туберкулеза.

2 сл. 3-хъ л. Небольшіе казеозные очаги въ 7 брыжжеечныхъ железахъ, давнѣе при прививкѣ морской свинкѣ туберкулезную ин-

фильтрацію съ бактеріями на мѣстѣ прививки; въ кишечникъ и др. органахъ отсутствіе туберкулеза.

3 сл. 12-и л. Частичное омѣловленіе и размягченіе 2 ретроцекальныхъ железокъ съ присутствіемъ бактерій; кишечникъ и остальные органы не представляли никакихъ слѣдовъ туберкулеза.

4 сл. 5-и л. Рубцовое втяженіе надъ Баугиніевой заслонкой, обнаружившее при гистологическомъ изслѣдованіи туберкулезные элементы (эпителиоидныя и гигантскія клѣтки, небольшіе некрозы); частичное омѣловленіе съ казеознымъ перерожденіемъ 2 соотвѣтствующихъ железокъ. Въ остальныхъ органахъ отсутствіе туберкулеза.

5 сл. 2-хъ л. Нѣсколько опухшихъ солитарныхъ фолликуловъ желтоватаго цвѣта, величиною съ конопляное зерно; подъ микроскопомъ эпителиоидныя, гигантскія клѣтки, некрозы, при прививкѣ морской свинкѣ получился туберкулезъ паховой железки; въ остальныхъ органахъ ничего туберкулезнаго.

6 сл. 1-го года. Единичныя бѣловатые пятна величиною съ булавочную головку въ 2 мезентеріальныхъ железкахъ, которыя при прививкѣ морской свинкѣ вызвали у нея распространенный туберкулезъ.

Соединивъ послѣдніе случаи первичнаго туберкулеза кишечника съ аналогичными случаями проф. Fibiger'a, Ipsen получилъ слѣдующія числовыя данныя. Всѣхъ вскрытій дѣтей отъ 0—15 лѣтъ было 187, изъ нихъ 58 оказались съ признаками туберкулеза, а между послѣдними въ 10 случаяхъ (6 своихъ, 4 Fibiger'a) былъ найденъ первичный туберкулезъ пищеварительнаго канала (7-й случай, какъ не вполне достоверный, выдѣленъ изъ общей статистики). Такимъ образомъ, первичный туберкулезъ кишечника у дѣтей составляетъ приблизительно 5—6% всѣхъ дѣтскихъ вскрытій и около 17% всѣхъ вскрытій туберкулезныхъ дѣтей.

Соединивъ же всѣ свои случаи первичнаго туберкулеза кишечника съ таковыми же Fibiger'a, Ipsen получилъ слѣдующія числа. На 600 вскрытій взрослыхъ и дѣтей приходится 31 случай первичнаго туберкулеза пищеварительныхъ путей, что составляетъ около 5% всѣхъ вскрытій и около 10% вскрытій съ туберкулезными находками (311). Числа эти, конечно, были бы еще выше, если бы микроскопическое изслѣдованіе и прививки морскимъ свинкамъ были предприняты во всѣхъ 600 случаяхъ, какъ то сдѣлано по отношенію 102 специально дѣтскихъ вскрытій.

Въ заключеніе Ipsen приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Нѣтъ ни малѣйшаго сомнѣнія въ томъ, что внѣдреніе туберкулезнаго яда черезъ пищеварительный каналъ происходитъ чаще, чѣмъ это можно доказать. Это объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что упомянутое внѣдреніе возможно установить лишь тогда, когда пищеварительный трактъ является единственнымъ органомъ туберкулезнаго пораженія или когда другіе органы обнаруживаютъ свѣжій, явно вторичный процессъ; когда же туберкулезъ изъ пищеварительныхъ путей проникнетъ въ легкія и произведетъ въ нихъ значительныя измѣненія, вопросъ о мѣстѣ первичнаго зараженія становится неразрѣшимымъ.

Но и при этихъ неблагоприятныхъ условіяхъ для diagnosa, вышеприведенныя числа показываютъ, что первичный туберкулезъ пищеварительнаго канала является *не рѣдкимъ* заболѣваніемъ въ Даніи, на что уже указывалось въ сообщеніяхъ Geill'a въ 1888—1890 г.г.

Вопросъ же о томъ, произошло ли зараженіе въ приведенныхъ случаяхъ отъ человѣка или рогатаго скота, Ipsen оставляетъ безъ разрѣшенія.

Изъ русскихъ авторовъ д-ръ Мильманъ (1907), приводя въ своемъ отчетѣ за 1905 годъ краткія данныя относительно туберкулеза, сообщаетъ, что среди 27 вскрытій съ туберкулезными находками онъ встрѣтилъ 7 случаевъ первичнаго туберкулеза кишечника; принявъ во вниманіе число всѣхъ вскрытій (194) и особенно упомянутое число туберкулезныхъ, вообще, найденное д-ромъ Мильманомъ число случаевъ первичнаго туберкулеза кишечника представляетъ также не малый %.

Итакъ, въ короткій срокъ, протекшій отъ Лондонскаго доклада Кош'a, въ пользу сравнительной частоты зараженія туберкулезомъ черезъ пищеварительный каналъ высказалось не много, но весьма авторитетныхъ ученыхъ и притомъ изъ самыхъ разнообразныхъ городовъ, какъ: Киль, Бостонъ, Копенгагенъ, Христианія, Берлинъ и даже Константинополь,—обстоятельство, исключающее случайный характеръ статистическихъ данныхъ и заставляющее признать дѣйствительную рѣдкость этого рода инфекции въ нѣкоторыхъ строго обозначенныхъ пунктахъ.

Но взглядъ Heller'a и его послѣдователей достигъ своего крайняго развитія въ лицѣ знаменитаго бактериолога E. v. Behring'a, который на съѣздѣ естествоиспытателей въ Касселѣ (1903)

провозгласилъ, что легочная чахотка беретъ свое начало въ раннемъ дѣтствѣ отъ первичнаго зараженія туберкулезомъ исключительно черезъ пищеварительный трактъ и что главнымъ источникомъ зараженія является молоко („die Säuglingsmilch ist die Hauptquelle für die Schwindsuchtentstehung“).

Иначе сказать, въ противоположность Koch'у, почти отрицающему кишечное происхожденіе туберкулеза, Behring придаетъ этого рода инфекціи универсальный характеръ.

Это изумительно смѣлое ученіе Behring'a построено имъ, какъ бы слѣдовало ожидать, не на секціонномъ матеріалѣ съ находками туберкулеза въ различныхъ органахъ грудныхъ младенцевъ, но исключительно на лабораторныхъ экспериментахъ, произведенныхъ какъ имъ самимъ, такъ и его сотрудниками: д-рами Römer'омъ, Much'омъ и Kowacs'омъ. Опыты эти, представляющіе общій научный интересъ, показали слѣдующее. 1) Бѣлковыя тѣла (а также антидифтерійная и антистолбнячная сыворотка) проникаютъ черезъ стѣнку кишечника *новорожденныхъ* жеребятъ, телятъ и мелкихъ лабораторныхъ животныхъ совершенно неизмѣненными и производятъ такое же вліяніе на весь организмъ, какъ если бы эти тѣла вводились непосредственно въ кровь; взрослые же индивидуумы той же породы подвергаютъ бѣлковыя тѣла перевариванію и превращенію въ пептоны, и только въ такомъ состояніи они проходятъ черезъ стѣнку кишечника. 2) Подобно бѣлковымъ тѣламъ и сибиреязвенныя бактеріи проходятъ безпрепятственно черезъ слизистыя оболочки *новорожденныхъ* животныхъ, попадая въ кровь и даже убивая морскихъ свинокъ въ возрастѣ до 8 дней такъ же быстро, какъ и при обычныхъ способахъ ихъ зараженія; при кормленіи же сибиреязвенными бактеріями взрослыхъ морскихъ свинокъ, послѣднія оставались здоровыми, при чемъ бактерии быстро удалялись съ испраженіями, задерживаясь нѣсколько дольше лишь въ слѣпой кишкѣ. 3) При кормленіи морскихъ свинокъ туберкулезными бактеріями, новорожденные животные или въ возрастѣ нѣсколькихъ дней заболѣвали туберкулезомъ даже при весьма незначительномъ количествѣ бактерий (при большихъ дозахъ заболѣвали и взрослые животные), при чемъ на секціи находили субмиллярныя узелки въ маломъ и большомъ сальникѣ и въ участкѣ брыжейки вблизи слѣпой кишки; когда же морскія свинки оставались въ живыхъ, часто первичной локализацией туберкулеза являлись шейныя железы—заболѣваніе, наиболѣе соответствующее

скрофулезу человѣка; а позже развивалась нерѣдко та картина туберкулеза морской свинки, которая считается выраженіемъ ингаляціонной инфекціи.

Всѣмъ этимъ опытамъ присуща та общая черта, что ими устанавливается особенное свойство кишечной стѣнки новорожденныхъ животныхъ (въ отличіе отъ взрослыхъ), именно, безпрепятственная проходимость ея для бѣлковыхъ тѣлъ, сибиреязвенныхъ и туберкулезныхъ бактерий, что и дало основаніе Behring'у сравнить кишечникъ новорожденныхъ животныхъ съ крупнопористымъ фильтромъ (для объясненія проходимости кишечника Behring находилъ даже анатомическій субстратъ, состоящій въ томъ, что новорожденные животные не обладаютъ сплошнымъ эпителиальнымъ покровомъ на своихъ слизистыхъ оболочкахъ (Disse) и что ихъ выдѣлительныя железы недостаточно или совсѣмъ не развиты). При наличности же такой проницаемости кишечника становится понятной чрезвычайная легкость зараженія новорожденныхъ животныхъ (см. опыты) какой-угодно инфекціей, заключающейся въ молокѣ или другой пищѣ; допустимо и понятно развитіе туберкулеза легкихъ благодаря первичной инфекціи туберкулезомъ черезъ кишечникъ (туберкулезное заболѣваніе шейныхъ железъ въ опытахъ v. Behringa есть скорѣе результатъ проникновенія бактерий черезъ слизистую оболочку полости рта, а не кишечника).

Примѣнивъ выводы, добытые экспериментальнымъ путемъ, къ дѣтямъ грудного возраста, т. е. признавъ и у нихъ такую же проходимость кишечной стѣнки для Коховскихъ и иныхъ бактерий, равно возможность проникновенія бактерий изъ кишечника вплоть до легкихъ, Behring, считаясь съ частымъ присутствіемъ туберкулезныхъ бактерий (того или другого типа) въ коровьемъ молокѣ, построилъ свою теорію о происхожденіи легочной чахотки: туберкулезные бактерии вмѣстѣ съ молокомъ проникаютъ въ организмъ въ раннемъ дѣтствѣ черезъ пищеварительный каналъ и впоследствии даютъ развитіе легочной чахотки. (Столь долгій срокъ, протекающій отъ момента инфекціи до развитія чахотки, Behring объясняетъ особымъ свойствомъ туберкулезнаго яда, который, по аналогіи съ сифилисомъ и проказой, можетъ оставаться въ дремлющемъ состояніи мѣсяцы, годы и даже десятки лѣтъ, въ зависимости отъ патогенной энергіи яда, болѣе сильной у *typus bovinus*, чѣмъ у *humanus*, отъ числа введенныхъ бактерий и условій со стороны организма, благоприятствующихъ или нѣтъ проявленію болѣзни).

Логическимъ слѣдствіемъ доклада v. Behring'a является требова-
ніе сохранить строжайшій надзоръ за продажей молока и пастеризація
его на мѣстѣ полученія, памятуя, что главная опасность для грудныхъ
дѣтей заключается въ молоко, содержащемъ Коховскіе бактерии, попа-
дутъ ли они туда отъ коровъ, или отъ окружающихъ больныхъ людей.
„Nicht genug zu betonen ist die Infectionsgefahr, welche den Säuglin-
gen nach dem Genuss von tuberkelbazillenhaltiger Milch droht, mögen
die Tuberkelbazillen vom Menschen oder vom Rind herkommen!“

Противъ изложенной теоріи v. Behring'a, какъ прежде про-
тивъ теоріи Koch'a, возстало множество ученыхъ: Babes, Fischer, Orth, Westenhoeffer, Fränkel, Baginsky, Spengler, Schmorl, Cornet, Аоуама, Шоръ и др.—и на основаніи факти-
ческихъ данныхъ доказали ея необоснованность и неприемлемость.
Главныя возраженія противъ теоріи Behring'a сводятся къ слѣ-
дующему. 1) Утвержденіе Behring'a о болѣе проицаемости слизи-
стой оболочки кишекъ для бактерий у дѣтей опровергается В. Frän-
kel'emъ и Benda. 2) Туберкулезъ въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ,
особенно до 3 мѣсяцевъ, весьма рѣдкое явленіе (Orth не нахо-
дилъ ни разу), между тѣмъ какъ со слѣдующимъ возрастомъ число
туберкулезныхъ возрастаетъ; согласно же теоріи Behring'a надо
было бы ожидать частый туберкулезъ, именно, въ раннемъ дѣтствѣ.
3) Изслѣдованіе Cornet'a относительно биологіи туберкулезнаго
бацилла показало, что, воспринятый въ дѣтскомъ возрастѣ, онъ не
можетъ десятки лѣтъ оставаться бездѣятельнымъ и затѣмъ вы-
звать чахотку. 4) У туберкулезныхъ дѣтей находятъ, главнымъ
образомъ, пораженіе дыхательныхъ путей (легкихъ, перитрахеаль-
ныхъ и бронхиальныхъ железъ); инфекция же, исходящая изъ
кишекъ, должна была бы поразить, по крайней мѣрѣ, брюш-
ныя железы. 5) Въ Японіи (Аоуама) легочная чахотка такъ же
часта, какъ у насъ, несмотря на то, что дѣти, изъ религіозныхъ
основаній, кормятся только молокомъ матери или кормилицы; и, на-
оборотъ, въ Англіи, гдѣ жемчужная болѣзнь очень распространена
и дѣти получаютъ много сырого молока, туберкулезъ между ними
менѣе распространенъ, чѣмъ въ Германіи, гдѣ дѣти поль-
зуются только кипяченымъ молокомъ (Babes). 6) Behring не про-
изводилъ опытовъ со вдыханіемъ пыли и потому не можетъ отвер-
гать ингаляціоннаго способа зараженія туберкулезомъ.

Въ общемъ, ни одинъ изъ этихъ авторовъ не отрицаетъ ки-
шечной инфекции туберкулезомъ въ раннемъ дѣтствѣ при посред-

ствѣ коровьяго молока; но, по мнѣнію ихъ, эта инфекция далеко
не играетъ той универсальной роли, какую ей приписываетъ
Behring.

Сопоставляя теорію Koch'a, провозглашенную имъ на Лон-
донскомъ съѣздѣ (1901) съ теоріей Behring'a — на съѣздѣ въ
Касселѣ (1903), Fischer говоритъ, что обѣ онѣ имѣли почти оди-
наковую участь. Обѣ онѣ возбудили большое удивленіе, вызвали
временное колебаніе нашихъ взглядовъ, но, въ сущности, привели
къ утвержденію и углубленію старыхъ ученій, основы которыхъ
онѣ тщетно пытались поколебать.

Переходя отъ сторонниковъ частоты первичнаго туберкулеза
кишекъ къ авторамъ противоположнаго лагеря, упомянемъ объ из-
слѣдованіи самаго послѣдняго времени проф. Siechanowsk'аго, зани-
мающемъ какъ бы промежуточную грань между этими 2-мя на-
правленіями. Послѣдній (1907) среди 4631 вскрытія въ Краковскомъ
патолого-анатомическомъ институтѣ за 1903—1907 гг. обнаружилъ:
14 сл. изолированнаго туберкулеза кишекъ (кишекъ, брыжжечныхъ
железъ, брюшины), 72 сл. распространеннаго туберкулеза кишекъ
рядомъ съ ограниченнымъ и свѣжимъ туберкулезомъ въ легкихъ,
бронхиальныхъ железахъ и другихъ органахъ (изъ нихъ 6 сл. общаго
мил. туберкулеза) и 64 сл. далеко зашедшаго туберкулеза многихъ орга-
новъ съ рѣзкимъ преобладаніемъ измѣненій въ кишкахъ. Выключивъ
послѣдніе 64 сл. за полной ихъ недоказанностью, видимъ, что у Siecha-
nowsk'аго на 4631 общее число вскрытій приходится 86 сл. первична-
го туберкулеза кишекъ — число значительное, но въ % отношеніи
остающееся далеко позади числовыхъ данныхъ Heller'a, Wagener'a и др.
Самъ авторъ, соединивъ лично имъ собранные сл. первичнаго тубер-
кулеза кишекъ съ таковыми предыдущихъ годовъ, нашелъ, что на
13203 вскрытія въ Краковѣ за 1895—1907 гг. приходится 138 сл.
первичнаго туберкулеза кишекъ, т. е. 1,04%. Къ сожалѣнію, выводы
Siechanowsk'аго основаны, исключительно, на макроскопическомъ
изслѣдованіи.

Обратимся къ авторамъ, высказывающимся въ томъ смыслѣ,
что первичная инфекция туберкулезомъ черезъ кишечникъ пред-
ставляетъ рѣдкость. При этомъ одни изъ нихъ приводятъ не малое
число случаевъ таковой инфекции, но случаевъ, собранныхъ за много
лѣтъ и въ отношеніи общаго числа вскрытій составляющихъ ни-
чтожный %; другіе, не смотря на обиліе секціоннаго матеріала,
обнаруживали лишь единичные случаи первичнаго туберкулеза

кишечкѣ; третьи совсѣмъ не находили его. Въ такомъ порядкѣ мы и перейдемъ къ разсмотрѣнію матеріала.

Но, въ общихъ чертахъ, необходимо отмѣтить, что, если теперь вопросъ о частотѣ первичной инфекціи туберкулезомъ черезъ пищеварительный трактъ оспаривается и въ ту, и въ другую сторону, то уже издавна вплоть до Лондонскаго доклада Koch'a господствовало убѣжденіе о чрезвычайной *рѣдкости* этой инфекціи; доказательствомъ чего, кромѣ заявленій самихъ авторовъ, служитъ то обстоятельство, что въ литературѣ, какъ нѣчто особенное, опубликовывались даже единичные случаи первичнаго туберкулеза кишечкѣ, какъ это было въ до-бациллярное время (Leonardi Aster и Birsch-Hirschfeld) и значительно чаще послѣ открытія Коховской палочки (Demme, Woffringe и Wallis, Zinn, Nicholls, Neupert, Behrens, Eckstein и др.; послѣдніе 3 автора, описавшіе по одному случаю, сдѣлали ихъ предметомъ своихъ диссертаций).

Авторами, считающими первичный туберкулезъ кишечкѣ заболѣваніемъ *рѣдкимъ*, хотя и представившими значительное число случаевъ такого рода, являются Biedert, Zahn и Hansemann. Biedert еще въ 1883 году на съѣздѣ натуралистовъ во Фрейбургѣ выразилъ взглядъ, что въ происхожденіи туберкулеза кишечная инфекція отступаетъ на задній планъ и что переносъ туберкулеза черезъ пищу, а слѣдовательно, жемчужная болѣзнь не представляетъ большой опасности для человѣка; свои выводы Biedert основывалъ на томъ, что среди собранныхъ имъ въ литературѣ 3104 сл. туберкулеза у взрослыхъ и 1346 у дѣтей преобладающей локализацией для туберкулеза служили легкія. Въ 1901 году Biedert (совмѣстно съ д-ромъ E. Biedert'омъ) подтвердилъ свой взглядъ, вновь просмотрѣвъ упомянутый матеріалъ и найдя въ немъ только 30 сл. первичнаго туберкулеза кишечкѣ (16 у дѣтей). Въ подтвержденіе своего взгляда Biedert ссылаясь также на сравнительную статистику д-ра Herz'a, представившаго числовые данныя относительно наличности коровъ въ различныхъ округахъ Баваріи, количества пораженныхъ туберкулезомъ на 100 убитыхъ коровъ и количества туберкулезныхъ на 10000 жителей. Оказалось, что не только нѣтъ никакой зависимости въ распространеніи туберкулеза среди людей отъ такового заболѣванія среди коровъ, а, наоборотъ, въ округахъ съ наибольшей наличностью коровъ, а слѣдовательно, и туберкулеза у послѣднихъ часто получались наименьшія числа туберкулеза у людей. Biedert объясняетъ это явленіе такимъ обра-

зомъ, что въ округахъ съ большимъ молочнымъ хозяйствомъ жители пользуются лучшимъ питаніемъ и пр. благосостояніемъ и потому больше противостоятъ инфекціи.

Zahn (1902), сдѣлавши статистическія вычисленія всѣхъ вскрытій, произведенныхъ въ Женевскомъ патолого-анатомическомъ институтѣ за 25 лѣтъ (1876—1901), сообщаетъ слѣдующія числовые данныя.

Всѣхъ вскрытій было 6320, среди нихъ у 2058 (32,56%) обнаружены туберкулезъ, изъ которыхъ въ 43 случаяхъ (2,27% по отношенію къ числу туберкулезныхъ вообще) найденъ первичный туберкулезъ кишечкѣ. Въ опредѣленіи первичности туберкулезной инфекціи Zahn былъ очень остороженъ, включая въ число своихъ случаевъ только тѣ, гдѣ не было одновременно болѣе старыхъ измѣненій въ легкіяхъ; случаи же съ кишечными язвами, при наличности даже небольшихъ кавернъ и уже инкапсулированныхъ очаговъ въ легкіяхъ, причислялись имъ ко вторичному туберкулезу кишечкѣ (мокрота могла инфицировать кишечникъ, а первичный процессъ въ легкіяхъ потухъ).

На основаніи своихъ изслѣдованій Zahn считаетъ первичный туберкулезъ кишечкѣ *рѣдкимъ* заболѣваніемъ; происхожденіе же его склоненъ приписать употребленію сырого или недостаточно кипяченнаго молока.

Секціонный матеріалъ Zahn'a неблагоприятенъ для сужденія о дѣйствительной частотѣ первичнаго туберкулеза кишечкѣ въ виду малаго количества дѣтскихъ вскрытій.

Hansemann (1903) въ своемъ докладѣ Берлинскому медицинскому обществу „Ueber Fütterungstuberkulose“ сообщилъ 25 достоверныхъ случаевъ первичнаго туберкулеза кишечкѣ, наблюдавшихся имъ за 7 лѣтъ среди приблизительно 10000 вскрытій. Матеріалъ этотъ, въ зависимости отъ распространенія туберкулезнаго пораженія, раздѣленъ имъ на 4 группы.

5 случаевъ 1-й группы. Въ нихъ, за исключеніемъ туберкулезныхъ язвъ въ кишкахъ съ локализацией вблизи Баугншовой заслонки, отсутствіе туберкулеза во всѣхъ остальныхъ органахъ. Всѣ эти случаи оказались случайными секціонными находками, ничѣмъ не проявившимися при жизни.

12 случаевъ 2-й группы. Въ нихъ, кромѣ туберкулезныхъ язвъ въ кишкахъ (въ одномъ случаѣ лучистый рубецъ, въ другомъ никакихъ измѣненій), туберкулезъ распространился на мезентеріаль-

ныя железы и брюшину; железы представляли то казеозное перерождение, то омьлотворение; на брюшинѣ — отдѣльные бугорки. Въ остальныхъ органахъ отсутствіе туберкулеза.

4 случая 3-й группы отличаются отъ предыдущихъ тѣмъ, что въ нихъ туберкулезный процессъ проникъ изъ брюшной въ грудную полость, локализовавшись то въ перикардѣ, то въ плеврѣ, то въ мозгу; при этомъ во всѣхъ 4 случаяхъ поражене брюшныхъ органовъ (множественныя язвы большихъ размѣровъ въ кишкахъ, казеозное перерождение и омьлотворение мезентеріальныхъ железъ) рѣзко преобладало надъ незначительнымъ поражениемъ грудныхъ (милиарные бугорки).

4 случая последней группы имѣютъ сходство съ предыдущей. Въ нихъ также множественныя, большія, рубцующіяся язвы въ кишкахъ, произведшія въ одномъ случаѣ стенозъ тощей кишки въ нѣсколькихъ мѣстахъ; мезентеріальныя железы сильно увеличены и казеозно-перерождены. Что же касается остальныхъ органовъ, то въ 2 случаяхъ отмѣчается высыпь одиночныхъ субмилиарныхъ бугорковъ въ легкихъ, въ одномъ неполное и, очевидно, свѣжее казеозное перерождение лимфатической железки у hilus'a праваго легкаго; въ одномъ же случаѣ вся грудная полость была свободна отъ туберкулеза, но нѣкоторыя шейныя железы были слегка увеличены и, частью, казеозно перерождены. Кромѣ того, въ 2 случаяхъ былъ туберкулезный менингитъ и въ одномъ — свѣжій туберкулезъ обѣихъ трубъ.

Въ виду свѣжести и ограниченности всѣхъ этихъ измѣненій Hansemann считаетъ ихъ вторичными, возникшими изъ кишекъ — мѣста первичной инфекціи туберкулезомъ (туберкулезное поражение шейныхъ железъ можно скорѣе объяснить самостоятельной инфекціей изъ полости зѣва).

Такъ какъ случаями видимаго туберкулеза кишекъ и брыжжечныхъ железъ не исчерпывается обширное понятіе „Fütterungstuberkulose“, опредѣляемое Hansemann'омъ какъ такой туберкулезъ, при которомъ бациллы проникли въ организмъ черезъ пищеварительный трактъ in toto, то естественно, что Hansemann удѣляетъ вниманіе и остальнымъ видамъ этого рода инфекціи. Отсюда мы узнаемъ, что первичный туберкулезъ полости рта, иногда симулирующій ракъ и не разъ наблюдавшійся Hansemann'омъ, встрѣчается не рѣдко, локализуясь преимущественно по краямъ языка; первичный туберкулезъ плоточнаго кольца (Rachenring), на-

оборотъ, весьма рѣдкое явленіе, и Hansemann'омъ наблюдался только единственный случай первичнаго туберкулеза миндалинъ (Kingsford встрѣтилъ только 1 сл. первичнаго туберкулеза миндалинъ, Ito — 2 сл., а Friedmann — 12 такихъ случаевъ); пищеводъ еще никогда не былъ мѣстомъ вхожденія туберкулеза въ организмъ въ виду большой сопротивляемости эпидермиса и быстрого прохожденія пищи; нѣтъ свѣдѣній также о первичныхъ туберкулезныхъ язвахъ желудка (нѣсколько случаевъ первичнаго туберкулеза желудка уже описано въ литературѣ, о чемъ имѣются указанія въ работахъ Ruge и моей); въ тощей кишкѣ туберкулезныя язвы также не часты; относительно же часты онѣ въ подвздошной кишкѣ, въ области Баугиніевой заслонки и въ толстыхъ кишкахъ, о чемъ свидѣлствуютъ приведенные имъ случаи. Такимъ образомъ, изъ всѣхъ отдѣловъ пищеварительной трубки, служащихъ входными воротами для туберкулеза, довольно часто поражается полость рта, затѣмъ слѣдуетъ кишечникъ, а остальные органы почти не фиксируютъ туберкулезнаго яда.

Принявъ во вниманіе, что туберкулезныя палочки могутъ проникнуть черезъ слизистыя оболочки, какъ совсѣмъ неповрежденныя¹⁾, такъ слегка воспаленныя или изъязвленныя — особенно легко это должно происходить на миндалинахъ и кишечныхъ фолликулахъ —, Hansemann къ понятію „Fütterungstuberkulose“ присоединяетъ еще слѣдующія формы: изолированный туберкулезъ железъ, среди которыхъ омьлотворенныя брыжжечныя железы безъ другого туберкулеза въ тѣлѣ встрѣчаются относительно рѣдко, первичный туберкулезъ брюшины, наблюдавшійся имъ 5 разъ, первичный туберкулезъ надпочечниковъ, костей и проч.

Несмотря на такое широкое толкованіе области зараженія организма туберкулезомъ черезъ органы пищеваренія — Fütterungstuberkulose —, Hansemann, въ заключеніе своего доклада, говоритъ слѣдующее. Первичное зараженіе туберкулезомъ черезъ кишечникъ (die primäre Fütterungstuberkulose vom Darne aus) представляетъ рѣдкое заболѣваніе и встрѣчается большей частью у тяжко больныхъ, стариковъ или особенно предрасположенныхъ индивидуумовъ. Въ большинствѣ случаевъ оно рано излѣчивается; ино-

¹⁾ Tangl на основаніи своихъ изслѣдованій держится того взгляда, что туберкулезныя бациллы у мѣста входа въ организмъ всегда вызываютъ тѣ или другія измѣненія.

гда же принимает большіе размѣры и, благодаря распространенію на другіе органы и всякимъ случайностямъ, можетъ привести къ смерти. Еще ни разу не наблюдалось, чтобы легочная чахотка возникла посредствомъ инфекціи изъ кишечника. Возбудителями такъ называемаго Fütterungstuberkulose могутъ быть бациллы какъ человека, такъ и рогатаго скота.

Числовыя данныя Hansemann'a относительно частоты первичнаго туберкулеза кишечника почти сходятся съ таковыми же данными Virchow'a, который, хотя и не производилъ специальныхъ изслѣдованій по этому вопросу, но, будучи интерпретированъ объ этомъ R. Koch'омъ, сообщилъ ему устно, что въ Charité въ теченіе года встрѣчается не болѣе 3—4 случаевъ первичнаго туберкулеза кишечника. Принявъ во вниманіе обиліе общаго секціоннаго матеріала Charité, приходится считать, что первичный туберкулезъ кишечника составляетъ тамъ ничтожный 0/о.

Можно указать значительное число авторовъ, наблюдавшихъ *единичные* случаи несомнѣннаго первичнаго туберкулеза кишечника (или брыжжеечныхъ железъ), но, въ виду поразительно малаго числа этихъ случаевъ по отношенію къ числу всѣхъ или даже специально туберкулезныхъ вскрытій, они, по справедливости, считаютъ таковую инфекцію *весьма рѣдкимъ*, чуть ли не исключительнымъ явленіемъ. Въ томъ же смыслѣ высказываются многіе авторы, хотя лично и не наблюдавшіе первичнаго туберкулеза кишечника, но пришедшіе къ такому заключенію на основаніи статистическихъ цифръ и литературныхъ данныхъ. Отдѣльныя сообщенія большинства авторовъ являются разбросанными то въ небольшихъ журнальныхъ статьяхъ, то въ иностранныхъ диссертацияхъ, то, наконецъ, въ видѣ отрывочныхъ цитатъ среди обширнаго литературнаго матеріала по туберкулезу вообще. По этой причинѣ весьма трудно даже съ относительной полнотой собрать всѣ описанные въ литературѣ случаи первичнаго туберкулеза кишечника, доказательствомъ чему служитъ большой литературный трудъ Livius'a Fürst'a. Этотъ авторъ, помимо другихъ задачъ, пытался представить краткое описаніе всѣхъ достовѣрныхъ случаевъ первичнаго туберкулеза кишечника, но описалъ только 170, упомянувъ еще о 48 случаяхъ. Въ дѣйствительности же, какъ это видно изъ предыдущаго, такихъ случаевъ описано гораздо больше.

Въ нижеслѣдующемъ при упоминаніи о различныхъ авторахъ мы будемъ держаться порядка соотвѣтственно числу представленныхъ каждымъ изъ нихъ случаевъ.

Такъ, Lubarsch сообщилъ 10 случаевъ первичнаго туберкулеза кишечника.

Brüning, Kleefisch—по 8 сл.

Demme—7 сл.

Ganghofner—5 сл.

Girode, Grawitz, Herterich, Lorey—по 4 сл.

Hermsdorf, Neuperte, Ribbert—по 3 сл.

Ito, Kossel, Klemperer—по 2 сл.

Orth въ промежутокъ времени 1902—1903 г.г. среди 1558 труповъ Берлинскаго патолого-анатомическаго института обнаружилъ 2 сл. первичнаго туберкулеза кишечника у дѣтей (всѣхъ дѣтей было 203); въ періодъ же 1904—1905 г.г. онъ нашелъ уже 6 такихъ случаевъ (среди 77 туберкулезныхъ дѣтей).

Констатируя рѣдкость первичнаго туберкулеза кишечника, Orth не дѣлаетъ отсюда вывода, что первичное зараженіе туберкулезомъ черезъ кишечникъ такъ же рѣдко, какъ первичный туберкулезъ кишечника; по мнѣнію Orth'a, бациллы могутъ пройти кишечникъ и брыжжеечныя железы, или вовсе не повредивъ ихъ, или оставивъ незначительныя, быстро заживающія поврежденія, и могутъ впервые проявиться на брюшинѣ, въ печени, въ легкихъ и въ отдаленныхъ лимфатическихъ железахъ, т. е. когда первичность пораженія кишечника не можетъ быть опредѣлена.

A. Baginsky при первыхъ изслѣдованіяхъ среди 933 дѣтскихъ вскрытій не нашелъ *ни одного* случая первичнаго туберкулеза кишечника; вскорѣ послѣ этого среди 806 вскрытій онъ обнаружилъ 6 такихъ случаевъ, а впоследствии среди 5448 вскрытій—14 случаевъ.

F. Hamburger также не нашелъ *ни одного* достовѣрнаго случая первичнаго туберкулеза кишечника (или железъ) среди изслѣдованныхъ имъ 447 вскрытій изъ дѣтской клиники Вѣнскаго университета (1905—1906 г.г.); несмотря на эти отрицательные результаты, зависящіе, повидимому, отъ употребленія въ г. Вѣнѣ кипяченнаго молока, Hamburger не отвергаетъ возможности и даже относительной частоты первичнаго туберкулеза кишечника въ другихъ городахъ. (Соглашаясь съ авторомъ въ томъ отношеніи, что изолированный туберкулезъ кишечника или брыжжеечныхъ железъ есть наиболѣе доказательная форма для признанія первичнаго зараженія туберкулезомъ черезъ кишечникъ, мы думаемъ, что въ отдѣльныхъ случаяхъ анатомическія рамки таковой инфекціи должны быть расширены. На этомъ основаніи нельзя исключить, какъ это дѣлаетъ Hamburger, первичнаго зара-

жения туберкулезомъ черезъ кишечникъ во всѣхъ случаяхъ туберкулеза брыжжеечныхъ железъ только потому, что они сопровождаются туберкулезомъ бронхиальныхъ железъ, т. к. 1) по закону теченія лимфы трудно допустить переносъ инфекции изъ бронхиальныхъ въ брыжжеечные железы, 2) процессъ въ бронхиальныхъ железахъ могъ совершенно заглухнуть до наступленія самостоятельной инфекции брыжжеечныхъ железъ, 3) возможно совмѣщеніе инфекцій обоого рода). Къ сожалѣнью, авторъ не представилъ подробнаго описанія своихъ случаевъ.

Наибольшее же число авторовъ сообщило только по *одному* наблюдавшемуся ими случаю первичнаго туберкулеза кишечника: v. Baumgarten, Behrens, Blume, Charrin, Cornil и René Marie, Danzer, Eckstein, Eisenhart, Fries, Grimsgaard и Nicolaysen, Gosse, Grosser, Hohenleitner, Hussel, Korbacher, Korczynski, Kossel, Meyer, Melchior, Monti, Müller, Nebelthau, Parrot, Poliak, Stang, Schweinitz и Dorset, Uffenheimer, Trepinski, Verneuil, Wartvinge и Wallis, Max Wolff, Zimmermann, Zinn и др. (объ авторахъ, представившихъ по одному, не вполне доказанному случаю первичнаго туберкулеза кишечника, мы не упоминаемъ).

Всѣ только-что перечисленные авторы располагали большимъ матеріаломъ для изслѣдованія, но среди него они обнаружили только по одному, правда, образцовому случаю первичнаго туберкулеза кишечника; при чемъ туберкулезъ локализовался исключительно въ кишкахъ (язвы, рубцовый стенозъ), брыжжеечныхъ железахъ и брюшинѣ, легкія же и бронхиальныя железы или совсѣмъ были свободны отъ туберкулеза, или заключали въ себѣ лишь милиарныя бугорки, какъ частное проявленіе общаго милиарнаго туберкулеза.

Изъ русскихъ авторовъ оригинальныя сообщенія о первичномъ туберкулезѣ кишечника сдѣлали: Бархашъ (1905), Пожарискій (1904) и Эрдманъ (1907).

Бархашъ (изъ пат.-ан. каб. проф. Мельникова-Разведенкова при Харьк. Унив.) описалъ 6 сл. первичнаго туберкулеза кишечника и брыжжеечныхъ железъ¹⁾.

Пожарискій (оттуда же) описалъ 1 сл. первичнаго туберкулеза поджелудочной железы; Эрдманъ (изъ пат.-ан. каб. проф. Моисеева при В.-М. Академіи) также 1 сл. первичнаго туберкулеза кишечника.

¹⁾ Тамъ же приведено описаніе 7 сл. первичнаго туберкулеза кишечника и брыжжеечныхъ железъ (5 достоверныхъ), извлеченныхъ изъ „Школьной хроники“ проф. Крылова.

Кромѣ того, Энгельне (1892) приводитъ 2 сл. первичнаго туберкулеза брыжжеечныхъ железъ, обнаруженныхъ имъ среди дѣтскихъ вскрытій С.-Пет. воспитательнаго дома; Шоръ (1904)—нѣсколько случаевъ дѣтскихъ вскрытій изъ С.-Пет. Елисаветинской больницы съ преобладаніемъ туберкулезнаго пораженія въ брюшной полости; Абрикосовъ (1904)—1 сл. изолированнаго туберкулеза пищеварительнаго тракта и прилежащихъ железъ у 19-лѣтней дѣвушки; а нѣкоторые, какъ Сеземанъ и Устиновъ, въ своихъ изслѣдованіяхъ специально дѣтскихъ труповъ почти ни разу не встрѣтили первичнаго туберкулеза кишечника. Всѣ перечисленные авторы единогласно высказываются въ пользу рѣдкости первичнаго туберкулеза кишечника.

Среди изслѣдователей, писавшихъ о первичномъ туберкулезѣ кишечника, отдѣльнаго упоминанія заслуживаетъ Ribbert, указавшій на возможность совмѣстной первичной инфекции туберкулезомъ черезъ кишечникъ и черезъ легкія. Эта двойная инфекция туберкулезомъ, по мнѣнію Ribbert'a, должна быть признана въ томъ случаѣ, когда одновременно обнаруживается въ тѣлѣ туберкулезъ бронхиальныхъ и брыжжеечныхъ железъ при наличности или совершенно неповрежденныхъ легкихъ, или нахожденіи въ нихъ свѣжей казеозной пневмоніи или милиарныхъ бугорковъ; кишки могутъ быть при этомъ поражены или нѣтъ. Самостоятельность обѣихъ инфекцій въ такого рода случаяхъ Ribbert доказываетъ слѣдующимъ образомъ.

Вторичность инфекции кишечника изъ легкихъ исключается или отсутствіемъ туберкулеза въ послѣднихъ, или свѣжестью процесса; вторичность инфекции бронхиальныхъ железъ изъ мезентеріальныхъ не можетъ быть допущена то вслѣдствіе большей интензивности пораженія бронхиальныхъ железъ, то вслѣдствіе отсутствія пораженія промежуточныхъ железъ между брыжейкой и воротами легкихъ, главнымъ же образомъ, потому, что, даже допустивъ переносъ бактерий изъ брыжжеечныхъ железъ въ грудной протокъ, нельзя допустить обратнаго тока лимфы изъ грудного протока въ бронхиальныя и, именно, въ эти, а не другія железы.

Случаи одновременнаго первичнаго зараженія туберкулезомъ черезъ кишечникъ и легкія, представленные Ribbert'омъ (3 сл.), Ito (1 сл.) и др., приобрѣтаютъ свое значеніе потому, что они увеличиваютъ число случаевъ первичнаго туберкулеза кишечника, при доказательствѣ котораго ставилось почти непремѣннымъ условіемъ

отсутствіе туберкулеза въ грудныхъ органахъ. Оказывается, что одновременно и независимо отъ кишечнаго зараженія туберкулезомъ возможно такое же зараженіе черезъ дыхательные пути; и это объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что часть вдохнутыхъ бактерий осѣдаетъ на слизистой оболочкѣ рта, зѣва и носа, проглатывается со слюной или съ пищей и одновременно съ ингаляціоннымъ возникновеніемъ туберкулеза дыхательныхъ путей происходитъ *деглуттиціонное* зараженіе пищеварительныхъ органовъ. Отсюда можно заключить, что для возникновенія кишечной инфекціи туберкулезомъ Ribbert придаетъ гораздо меньшее значеніе бактеріямъ жемчужной болѣзни, чѣмъ бактеріямъ челоуѣка.

Итакъ, относительно частоты первичнаго туберкулеза кишечника имѣются самыя разнорѣчивыя данныя, добытыя какъ при непосредственнымъ изслѣдованіи трупнаго матеріала, такъ и при изученіи протоколовъ вскрытій. На ряду съ авторами, констатирующими большой % первичнаго туберкулеза кишечника, имѣются и такіе, которые встрѣчали эту форму туберкулеза въ единичномъ числѣ и, наконецъ, совсѣмъ не наблюдали ея. Но уже изъ одного перечня разнообразныхъ именъ видно, что подавляющее большинство патолого-анатомовъ высказывается въ пользу *рѣдкости* первичнаго туберкулеза кишечника, хотя многіе и дѣлаютъ при этомъ оговорку, что рѣдкость первичнаго туберкулеза кишечника еще не доказываетъ рѣдкости первичной инфекціи туберкулезомъ черезъ кишечникъ.

Не удивительно, что ученіе Behring'a, признавшее за кишечникомъ главныя ворота для вхожденія туберкулезныхъ бактерий, оставалось все время одиночнымъ, не найдя себѣ подтвержденія въ патолого-анатомическихъ данныхъ.

Конецъ 1905 года ознаменовался возрожденіемъ уже было совсѣмъ отвергнутаго ученія о кишечномъ происхожденіи легочной чахотки, выдвинутаго проф. Behring'омъ въ 1903 году, а нынѣ еще сильнѣе и шире защищаемаго французскими авторами, проф. A. Calmett'омъ и ветер. врачомъ С. Guerin'омъ. Желая проверить ученіе Behring'a, названные авторы предприняли рядъ опытовъ надъ козами, отличающимися, какъ извѣстно, слабой восприимчивостью къ туберкулезу, вводя имъ въ пищеварительный каналъ туберкулезный матеріалъ самаго различнаго происхожденія. Оказалось, что у *молодыхъ* козлятъ, вскормленныхъ матерями, вымя которыхъ было заражено впрыскиваніемъ туберкулезныхъ бактерий

коровьяго типа, развивался *туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ и туберкулезъ легкихъ*, переходившій потомъ на железы задняго средостѣнія и бронхиальныя. У *взрослыхъ* же козъ (отъ 2 до 5 лѣтъ), которымъ вводилась культура жемчужницы черезъ желудочный зондъ, спустя нѣсколько недѣль непосредственно развивался тяжелый *туберкулезъ легкихъ*, быстро приводившій къ смерти, при чемъ въ кишкахъ не получалось никакихъ туберкулезныхъ измѣненій, въ мезентеріальныхъ же железахъ развивались одиночные бугорки, повидимому, вторичнаго происхожденія.

Въ 1906 году эти же авторы произвели опыты на коровахъ. Они кормили ихъ разводками туберкулезныхъ палочекъ и черезъ 75 дней получили у этихъ животныхъ туберкулезное пораженіе легкихъ съ предшествовавшимъ пораженіемъ брыжжеечныхъ железъ. Наоборотъ, вдунаніе туберкулезныхъ палочекъ въ легкія морскимъ свинкамъ и послѣдовательное введеніе другимъ свинкамъ кусочковъ дыхательнаго горла и легкихъ, взятыхъ у подвергавшихся опыту свинокъ, дало въ рукахъ этихъ экспериментаторовъ отрицательные результаты.

Примѣнивъ, подобно Behring'у, результаты своихъ опытовъ къ людямъ, Calmette и Guerin пришли къ тому заключенію, что туберкулезъ легкихъ обычно приобрѣтается не ингаляціоннымъ путемъ, а вслѣдствіе прониканія Коховскихъ палочекъ черезъ пищеварительный трактъ, послѣдуетъ ли такое зараженіе съ пищей или пылью, заразительной не вслѣдствіе вдыханія, а вслѣдствіе проглатыванія ея. Съ другой стороны, тѣ же опыты отвергаютъ одно изъ главныхъ положеній Behring'a, будто туберкулезъ легкихъ есть проявленіе кишечнаго зараженія, имѣвшаго мѣсто *въ раннемъ дѣтствѣ*. Наоборотъ, на основаніи приведенныхъ опытовъ можно думать, что у взрослыхъ легочная чахотка развивается черезъ кишечникъ гораздо легче, чѣмъ у дѣтей, которыя благодаря своей железистой системѣ какъ бы защищены отъ распространенія инфекціи на другіе органы, а, слѣдовательно, и на легкія (это функциональное различіе железъ въ разныхъ возрастахъ Calmette и Guerin объясняютъ преобладающимъ развитіемъ въ дѣтскомъ возрастѣ железистыхъ фолликуловъ, образующихъ для микробовъ настоящій фильтръ, тогда какъ у взрослыхъ, благодаря развитію стромы и широкимъ петлямъ пещеристой ткани, железы даютъ свободный выходъ микробамъ въ ворота и въ выносящій сосудъ).

Взгляд Calmett'a и Guerin'a нашелъ себѣ подтвержденіе въ опытахъ 2 другихъ французскихъ авторовъ (изъ того же Pasteur'овскаго института въ Лилль), P. Vansteenberghe и Gryssez, изучавшихъ, по предложенію Calmett'a, происхождение антракоза легкихъ экспериментальнымъ путемъ и пришедшихъ къ тому заключенію, что, если въ нѣкоторыхъ патологическихъ случаяхъ пневмоконіозъ и развивается путемъ непосредственнаго вдыханія, то гораздо чаще онъ является результатомъ всасыванія пыли черезъ кишечникъ. Названные авторы кормили морскихъ свинокъ пищей, содержащей примѣсь китайской туши или угольной пыли, и черезъ 24—48 часовъ получали у *взрослыхъ* свинокъ въ легкихъ островки черноватой ткани, разбросанные преимущественно въ верхнихъ и по краямъ нижнихъ долей; также окрасились въ черный цвѣтъ железы межлегочнаго промежутка. Тѣ же опыты дали совершенно иные результаты у *молодыхъ* свинокъ: здѣсь легкія оставались нетронутыми, тогда какъ брыжжеечныя железы сплошь пропитались частичками угля.

Доказавъ возможность развитія легочнаго антракоза исключительно путемъ проглатыванія пыли, независимо отъ ея вдыханія, необходимо было показать, что таковъ же ходъ развитія антракоза и при обычныхъ условіяхъ дыханія. Съ этой цѣлью Vansteenberghe и Gryssez заставляли животныхъ дышать въ аппаратъ, въ которомъ горѣла лампа съ терпентиннымъ масломъ, и, спустя нѣкоторое время, при вскрытіи они наблюдали отложеніе угля въ носу, во рту, въ бронхахъ и даже въ легкихъ. При этомъ оказалось, что у кроликовъ, при перевязкѣ пищевода или набиваніи его шерстью, легкія оставались нормальными въ то время, когда у контрольныхъ животныхъ успѣвалъ развиваться ясно выраженный антракозъ. Разобщеніе же одного изъ легкихъ съ наружной средой посредствомъ введенія ватнаго тампона въ главный бронхъ ничуть не препятствовало полученію антракоза обоихъ легкихъ. Ясно, что у животнаго, дышащаго въ угольной пыли, проникновеніе послѣдней въ легкія происходитъ черезъ непрѣмное посредство пищеварительнаго аппарата, иначе перевязка пищевода не оказывала бы никакого вліянія на развитіе антракоза легкихъ, а перевязка приводящаго бронха, наоборотъ, мѣшала бы развитію антракоза въ томъ легкомъ, которое было разобщено съ наружной средой. Отсюда былъ сдѣланъ выводъ, что и физиологическій антракозъ обуславливается всасываніемъ частичекъ угля черезъ пищеварительный каналъ. Задерживаясь въ полости носа и глотки, эти

частички проглатываются со слюной и носовой слизью, попадаютъ въ пищевые пути и черезъ лимфатическіе сосуды переносятся въ кровь, а затѣмъ и въ легкія (у молодыхъ индивидуумовъ эти частички задерживаются въ брыжжеечныхъ железахъ).

Только-что изложенное ученіе французскихъ авторовъ, настойчиво поддерживавшееся Calmett'омъ на V-й антитуберкулезной конференціи въ Гаарѣ, угрожало, въ случаѣ подтвержденія, произвести крупную ломку въ нашихъ давно и прочно установленныхъ воззрѣніяхъ касательно путей зараженія туберкулезомъ. До сего доминировавшей ингаляціонной теоріи Cornet'a противопоставлена была теорія Behring'a-Calmett'a, не только не признающая во вдыханіи сухой и влажной пыли главнаго источника зараженія организма туберкулезомъ, но даже отвергающая такой путь происхожденія специально легочнаго туберкулеза.

„Туберкулезный ядъ, въ большинствѣ случаевъ, проникаетъ въ человѣческой и животный организмъ черезъ пищеварительные пути и, особенно, черезъ кишечникъ“—такъ гласитъ 1-е положеніе доклада Calmett'a на V-й антитуберкулезной конференціи въ 1906 году. Но теорія Calmett'a, несмотря на весь блескъ и убѣдительность представленныхъ аргументовъ, встрѣтила справедливую оппозицію въ лицѣ нѣкоторыхъ ученыхъ, какъ Flügge, Spronck, возражавшихъ ему уже на упомянутой конференціи, далѣе W. Schultze, M. Cohn, Beitzke и др. Сторонниками же теоріи кишечнаго пропхожденія туберкулеза являются M. Wallee, Schlossmann и Engel, кievскій проф. А. Д. Павловскій, Weichselbaum и др.

C. Flügge, возражая Calmett'y, подтвердилъ на основаніи новѣйшихъ опытовъ свое старое ученіе о томъ, что воздухъ вблизи кашляющаго фтизика на разстояніи одного метра часто содержитъ множество туберкулезныхъ бациллъ внутри тончайшихъ капелекъ; что инфекция съ помощью этихъ капелекъ можетъ произойти не только изъ зѣва или (послѣ проглатыванія ихъ) черезъ кишечникъ, но и черезъ мельчайшіе бронхи путемъ вдыханія, при чемъ послѣдній способъ инфекции представляется ему наиболѣе опаснымъ; что вдохнутые бациллы особенно легко и быстро вызываютъ заболѣваніе легкихъ. Въ доказательство того, что вдохнутые бациллы при исключеніи сопутствующей инфекции со стороны кишечника вызываютъ туберкулезъ легкихъ, Flügge ссылается на опыты д-ра Findel'я, произведенные послѣднимъ на трахеотомированныхъ животныхъ въ его институтѣ. Опыты эти заключались

въ томъ, что животныя (1 теленокъ и 3 собаки) спустя 5 недѣль послѣ операции вдыхали сразу изъ туберкулезныхъ бацилловъ, смѣшанный съ чистымъ воздухомъ, и, убитыя спустя 3—4 недѣли, на вскрытіи обнаружили милиарный туберкулезъ обонхъ легкихъ при полномъ отсутствіи туберкулеза въ миндалинахъ, заднеглоточныхъ, шейныхъ железахъ и органахъ живота. А такъ какъ столь быстрый и интенсивный эффектъ никогда не наблюдался при зараженіи со стороны зѣва и кишечника, то слизистая оболочка бронховъ должна разсматриваться какъ особенно благоприятное мѣсто для вѣдренія яда (на нашъ взглядъ, значеніе опытовъ Findel'я умалится тѣмъ обстоятельствомъ, что на дѣлѣ никогда не происходитъ такого непосредственнаго вѣдренія туберкулезнаго яда въ гортань, минуя верхніе пищеварительные пути, какъ то искусственно воспроизведено въ опытахъ Findel'я).

Кромѣ того, Flügge ссылается на многочисленныя эксперименты Nenninger'a, Paul'я, Weitzke, Ficker'a и др., показавшихъ, что: 1) разбрызгиваемыя или распыленныя бактеріи, воспринятыя съ вдыхаемымъ воздухомъ, уже черезъ нѣсколько минутъ переносятся вплоть до мелкихъ бронховъ; 2) что аспирація бацилловъ происходитъ и при кормленіи животныхъ даже при устраненіи сильныхъ дыхательныхъ экскурсій; онъ же ссылается на того же Findel'я, коему удавалось заражать морскихъ свинокъ ингаляціоннымъ путемъ съ помощью 60 бацилловъ, тогда какъ инфекция съ 6000-кратнымъ количествомъ бацилловъ деглутационнымъ путемъ не удавалась. На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ Flügge высказывается въ пользу прямой бронхогенной инфекции организма туберкулезомъ; инфекцію же черезъ кишечникъ онъ хоть и не отрицаетъ, но считаетъ, что для этого требуется весьма большое количество вдохнутыхъ бацилловъ (не менѣе 200 милліоновъ), какое количество можно встрѣтить въ пищѣ только въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ.

Spronck считаетъ неоспоримымъ доказательствомъ ингаляціоннаго происхожденія легочной чахотки патолого-анатомическія изслѣдованія Birch-Hirschfeld'a и Schmorl'я (необходимо присоединить сюда и нашего соотечественника д-ра Абрикосова), такъ какъ эти авторы констатировали начальные туберкулезные очаги именно въ стѣнкахъ бронховъ, каковая локализція не была бы такъ постоянной при гематогенномъ или лимфогенномъ прохожденіи туберкулеза легкихъ. Кромѣ того, многочисленные опыты на живот-

ныхъ показали, что различныя бациллы и между ними бациллы Koch'a могутъ при вдыханіи проникнуть вплоть до легочной паренхимы, а Cornet'у и Meyer'у удавалось при ингаляціонномъ зараженіи животныхъ вызвать въ легкихъ не только милиарныя бугорки, но и настоящую картину легочной чахотки (каверны). За ингаляціонное происхожденіе легочнаго туберкулеза говорятъ также: изолированный туберкулезъ легочныхъ верхушекъ и преимущественное отложеніе пыли именно въ этихъ послѣднихъ. Поэтому, говорить Spronck, ни въ какомъ случаѣ нельзя отвергнуть ингаляціонной инфекции въ случаяхъ изолированнаго туберкулеза легкихъ или бронхиальныхъ железъ, а также при комбинаціи этихъ заболѣваній съ такимъ туберкулезомъ кишечника (и его железъ), когда послѣдній весьма свѣжаго происхожденія и возникъ благодаря автоинфекціи или метастазу.

Но, отдавая должное аэрогенной инфекціи, Spronck допускаетъ возможность развитія хроническаго туберкулеза легкихъ и гематогеннымъ путемъ, когда бациллы появятся и разовьются свое дѣйствіе въ легкихъ вторично, выступивъ изъ какого-либо раньше существовавшаго гнѣзда, напр. изъ кишки, пройдя часто неповрежденную слизистую оболочку послѣднихъ, брызжеечныя железы, ductus thoracicus и легочныя сосуды (при этомъ инфекция, происходящая черезъ проглатываніе какъ вдохнутыхъ бацилловъ, такъ и загрязненной пищи, можетъ произвести не только первичный туберкулезъ кишки, но и первичный туберкулезъ небныхъ и шейныхъ железъ). Считать же энтерогенный путь зараженія туберкулезомъ исключительнымъ путемъ было бы такъ же односторонне, какъ признавать исключительно аэрогенную инфекцію.

Schultze провѣрялъ опытъ Vansteenberghe и Grysses относительно кишечнаго происхожденія антракоза легкихъ и нашелъ, что угольныя частицы фиксировались, главнымъ образомъ, въ бронхиальныхъ просвѣтахъ, что говоритъ за ингаляціонное проникновеніе ихъ. Кромѣ того, противъ теоріи французскихъ авторовъ говоритъ то обстоятельство, что, разъ она вѣрна, мы должны находить въ легкихъ самыя разнообразныя вещества, вводимыя съ пищей, какъ хлорофиллы растений, крахмальныя зерна, не переваренныя пищевые остатки и пр., чего на самомъ дѣлѣ нѣтъ.

Опыты Vansteenberghe провѣрялъ также ученикъ Spronck'a Nieuwenhuysе и, не убѣдившись въ правильности его выводовъ, высказался въ пользу аспираціоннаго возникновенія антракоза легкихъ.

Съ другой стороны, Schlossmann и Engel наблюдали, что у морскихъ свинокъ при введеніи имъ непосредственно въ желудокъ (съ помощью лапаротоміи) туберкулезныхъ бациллоу послѣдніе быстро появлялись въ легкихъ¹⁾.

Bisanti и Paniset находили у собакъ послѣ кормленія ихъ пищей съ Коховскими бациллами появленіе послѣднихъ въ ductus thoracicus.

Bartel на основаніи своихъ опытовъ приписываетъ кишечному тракту большую роль, какъ входнымъ воротамъ для туберкулеза и, въ частности, для туберкулеза легкихъ, представляющихъ высокое предрасположеніе къ этого рода инфекціи.

Wallee при кормленіи туберкулезными бациллами молодыхъ телятъ нашелъ у нихъ пораженіе бронхиальныхъ и медиастинальныхъ железъ безъ пораженія мезентеріальныхъ. Наоборотъ, введеніе культуры жемчужной болѣзни въ отверстіе трахеи осталось безъ результата.

На защиту теоріи Behring'a-Calmett'a выступилъ также кievскій профессоръ А. Д. Павловскій. Еще въ 1903 году онъ произвелъ 30 опытовъ кормленія морскихъ свинокъ туберкулезными палочками человѣка и вскрывалъ ихъ послѣдовательно, черезъ 1—2—3—4—6—8 недѣль. Опыты приводили къ зараженію морскихъ свинокъ туберкулезомъ, при чемъ послѣдній черезъ недѣлю ограничился лишь брыжжеечными железами, нѣсколько позже брыжжеечными и брюшинными, черезъ 3—4 недѣли туберкулезъ охватывалъ бронхиальныя, трахеальныя, подчелюстныя, подбородочныя железы, сальникъ и, отчасти, селезенку, а спустя 5—6 недѣль къ еще болѣе рѣзкому пораженію упомянутыхъ железъ присоединялись творожистые очаги по краю печени и, наконецъ, отдѣльные бугорки въ нижнихъ доляхъ обонхъ легкихъ. Желудокъ и кишечникъ оставались безъ измѣненій. Въ этихъ опытахъ Павловскій усматриваетъ подтвержденіе важнѣйшихъ данныхъ теоріи v. Behring'a, именно:

¹⁾ Strassner (1907) однако при тѣхъ же опытахъ не получилъ ни туберкулезнаго пораженія легкихъ, ни бронхиальныхъ железъ (поражались лишь брыжжеечныя, локтевыя, паховыя и ретроостернальныя железы) и положительный результатъ Schlossmann'a и Engel'a онъ объяснялъ исключительно тѣмъ тяжелымъ поврежденіемъ, которое они наносили желудку при зашиваніи его, и послѣдовательной инфекціей брюшины; послѣдняя при посредствѣ проникающихъ сосудовъ диафрагмы содѣйствовала переносу бациллоу въ легкія.

1) проходимость туберкулезныхъ бациллоу черезъ неповрежденную кишечную стѣнку; 2) распространеніе бациллоу по лимфатическимъ путямъ; 3) возможность развитія туберкулеза легкихъ посредствомъ инфекціи изъ кишекъ (черезъ послѣдовательное прохожденіе бациллоу изъ бронхиальныхъ и медиастинальныхъ железъ въ подилевральную клѣтчатку, а отсюда въ легкія; одновременное же пораженіе подчелюстныхъ и подбородочныхъ железъ указываетъ на частичное прохожденіе бациллоу черезъ слизистую оболочку и лимфатическій аппаратъ полости рта).

Въ послѣдніе дни раздались новые голоса въ защиту энтерогеннаго зараженія туберкулезомъ. Такъ, Weichselbaum на VI анти-туберкулезной конференціи въ г. Вѣнѣ (1907) указалъ на интересную особенность, замѣченную его учениками Bartel'emъ и Spieler'омъ при экспериментальномъ зараженіи туберкулезомъ черезъ пищеварительный трактъ, проливающую свѣтъ въ эту неясную область. Оказывается, что задолго до развитія анатомическаго туберкулеза въ миндалинахъ, шейныхъ и брыжжеечныхъ железахъ въ нихъ иногда наблюдается такъ называемый „лимфодный стадій“, т. е. гиперплазія железъ съ присутствіемъ бациллоу, но безъ бугорковъ. Этотъ стадій можетъ продолжаться неопредѣленное время и заканчивается то специфическимъ процессомъ, то полнымъ рассасываніемъ. А между тѣмъ изъ этихъ железъ бациллы могутъ проникнуть по лимфатическимъ сосудамъ, ductus thoracicus и кровеноснымъ путямъ въ легкія и бронхиальныя железы, которыя, какъ „locus minoris resistentiae“ для туберкулезной инфекціи¹⁾, заботѣваются чаще и сильнѣе другихъ органовъ. Такимъ образомъ, зараженіе черезъ кишечникъ (или миндалины) можетъ дать туберкулезъ легкихъ, сопровождаясь такими слабыми измѣненіями въ прилежащихъ железахъ, которыя легко ускользаютъ отъ вскрывающаго.

На основаніи означенныхъ опытовъ Weichselbaum считаетъ нерѣдкимъ и у человѣка такъ называемый „алиментарный“ способъ зараженія туберкулезомъ и думаетъ, что нахожденіе при вскрытіи изолиро-

¹⁾ Чрезвычайная воспримчивость легкихъ къ туберкулезной инфекціи особенно демонстрируется опытомъ v. Baumgarten'a, получившаго у кролика туберкулезъ легкихъ съ кавернами въ верхушкахъ послѣ введенія незначительнаго количества бациллоу въ мочевой пузырь; опытомъ Askanazy, получившаго у кролика же туберкулезъ легкихъ съ кавернами послѣ введенія бациллоу въ ушную вену, и опытами Bongert'a — изолированный туберкулезъ легкихъ вслѣдствіе подкожной инъекціи бациллоу у крысы.

ваннаго туберкулеза легкихъ и бронхіальныхъ железъ или констатированіе въ нихъ болѣе давнихъ измѣненій еще не служитъ доказательствомъ ингаляціоннаго происхожденія такого туберкулеза.

На послѣднемъ интернаціональномъ конгрессѣ по гигиенѣ и демографіи въ Берлинѣ (1907) Masuyk P. Rasenel изъ Филадельфіи также отстаивалъ тотъ взглядъ, что пищеварительный каналъ, особенно у дѣтей, служитъ частыми входными воротами для Коховскихъ бациллоу; послѣдніе, по его мнѣнію, съ млечнымъ сокомъ черезъ лимфатическіе сосуды и ductus thoracicus попадаютъ въ кровь, а затѣмъ въ легкія, гдѣ и задерживаются въ большей своей части благодаря фильтрующему свойству легочной ткани.

Подводя итогъ всему вышесказанному, видимъ, что въ послѣднія 6 лѣтъ въ вопросѣ о путяхъ зараженія человѣка туберкулезомъ мы пережили 3 главныхъ теченія, обаянные своимъ возникновеніемъ Koch'у, Behring'у и Calmett'у. Первый признаетъ только ингаляціонный путь инфекціи туберкулезомъ и отрицаетъ зараженіе туберкулезомъ черезъ кишечникъ. Второй, наоборотъ, усматриваетъ въ кишечникѣ главный путь зараженія туберкулезомъ, но съ тѣмъ непремѣннымъ ограниченіемъ, что такое зараженіе происходитъ исключительно въ раннемъ дѣтствѣ. Третій тоже отстаиваетъ кишечную инфекцію, но расширяетъ ее въ отношеніе всѣхъ возрастовъ. Первые двѣ теоріи почти окончательно отвергнуты; вопросъ о принятіи третьей теоріи остается открытымъ. Но, какъ бы ни разрѣшился споръ о преобладающемъ пути зараженія туберкулезомъ, одно ясно уже теперь, что въ ингаляціонной теоріи Cognet'a-Koch'a пробита брешь, что, казавшаяся прежде почти несокрушимой, она начинаетъ понемногу колебаться и, дѣйствительно, должна быть нѣсколько ограничена въ прежней своей оцѣнкѣ.

На основаніи изложенныхъ, критически взвѣшенныхъ литературныхъ данныхъ можно сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. Первичное зараженіе туберкулезомъ черезъ кишечникъ у человѣка лучше всего доказывается случаями первичнаго туберкулеза кишечника или брыжжеечныхъ железъ.

2. Подъ именемъ „первичный туберкулезъ кишечника“ необходимо разумѣть ту форму туберкулеза, которая или ограничивается исключительно кишечникомъ, или при наличности свѣжаго туберкулеза въ легкихъ (миліарные бугорки, казеозная пневмонія) по своей интензивности и распространенію представляется весьма

старой въ кишкахъ; наконецъ, что случается весьма рѣдко, въ присутствіи законченнаго процесса въ легкихъ (рубцы, стерильный омѣловотворенный очагъ) является начальный туберкулезъ въ кишкахъ (опуханіе солитарнаго фолликула, язвочка).

3. Подъ именемъ „первичный туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ“ разумѣютъ или изолированный туберкулезъ послѣднихъ, или пораженіе брыжжеечныхъ железъ въ соупствіи такихъ же измѣненій со стороны легкихъ, какъ это указано для первичнаго туберкулеза кишечника (см. пред.).

4. Первичный туберкулезъ кишечника - брыжжеечныхъ железъ несомнѣнно существуетъ: онъ установленъ пат.-анат. данными.

5. Первичный туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ встрѣчается чаще, чѣмъ первичный туберкулезъ кишечника; сравнительно частое возникновеніе этого страданія въ дѣтствѣ находитъ себѣ аналогію въ опытахъ Calmett'a, указавшаго на барьерную функцію таковыхъ железъ у животныхъ въ раннемъ возрастѣ.

6. Статистика первичнаго туберкулеза кишечника¹⁾, основанная на данныхъ общаго секціоннаго матеріала, ниже дѣйствительности.

7. Для правильнаго сужденія о частотѣ первичнаго туберкулеза кишечника имѣетъ значеніе: а) не столько количество произведенныхъ вскрытій, сколько подборъ соответствующаго матеріала, состоящаго, главнымъ образомъ, изъ случаевъ смерти отъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней и несчастныхъ случаевъ; б) особая внимательность при вскрытій кишечника (способъ Heller'a); в) возрастъ, судя по тому, что авторы, стоящіе за частоту этой инфекціи, констатируютъ ее относительно часто у дѣтей, исключая возрастъ до 3 мѣсяцевъ.

8. Частота первичнаго туберкулеза кишечника сильно варьируетъ у разныхъ авторовъ, начиная отъ ничтожнаго, не поддающагося учету 0%, кончая 37,8% (Heller) и 43% (Deyske) въ отношеніе всѣхъ случаевъ туберкулеза вообще.

9. Преобладающее число авторовъ констатируетъ рѣдкость первичнаго туберкулеза кишечника.

10. Большой % первичнаго туберкулеза кишечника, указанный отдѣльными наблюдателями, приходится приписать обычаю употреблять въ пищу некипяченое молоко (Голитинія), дурнымъ гигиеническимъ условіямъ и привычкамъ (Турція) и, — что особенно подчеркнул Heller, — характеру секціоннаго матеріала (см. в. 7).

¹⁾ Во избѣжаніе повтореній, мы въ дальнѣйшихъ выводахъ выпускаемъ слова „и брыжжеечныхъ железъ“, включая ихъ въ понятіе „кишечъ“ (единство входныхъ воротъ).

11. Каждый случай первичного туберкулеза кишечника, въ отдельности, можетъ быть обязанъ своимъ возникновеніемъ: а) употребленію въ пищу молочныхъ продуктовъ, мяса и проч., содержащихъ бактерии жемчужной болѣзни; б) употребленію въ пищу тѣхъ же или иныхъ веществъ, загрязненныхъ палочками человѣческаго туберкулеза; в) проглатыванію со слюной или носовой слизью человѣческихъ бактерий, осѣвшихъ изъ воздуха и фиксировавшихся въ верхнихъ пищевыхъ или дыхательныхъ путяхъ (зѣвъ, миндалины, носоглотка и пр.).

12. Туберкулезные бактерии могутъ проникнуть внутрь организма черезъ совершенно неповрежденную кишечную стѣнку.

13. Первичный туберкулезъ кишечника составляетъ только часть болѣе широкаго понятія „первичное зараженіе туберкулезомъ черезъ кишечникъ“, которое можетъ выразиться въ видѣ первичныхъ очаговъ не только въ кишкахъ, но и въ брыжжеечныхъ железахъ, брышинѣ, печени и др. органахъ, включительно до легкихъ и бронхиальныхъ железъ.

14. Зараженіе туберкулезомъ черезъ пищевыя вещества не идентично съ первичнымъ туберкулезнымъ зараженіемъ черезъ пищеварительные органы (*Fütterungstuberkulose*, *Deglutitionstuberkulose*), такъ какъ содержащіяся въ пищѣ Коховскіе бактерии, войдя въ соприкосновеніе съ полостью рта, могутъ быть аспирированы токомъ воздуха въ легкія и дать первичный туберкулезъ дыхательныхъ путей; такъ же точно зараженіе черезъ воздухъ, содержащій бактерии—пыль и разбрызгиваемыя съ кашлемъ капельки мокроты—не идентично съ первичнымъ туберкулезнымъ зараженіемъ черезъ дыхательные пути (*Inhalationstuberkulose*), такъ какъ введенныя съ воздухомъ въ носовую и ротовую полость бактерии могутъ быть проглочены и дать первичный туберкулезъ пищеварительныхъ путей.

15. Туберкулезный бактеріалъ есть понятіе родовое, вариациями котораго являются бактерии человѣка и рогатаго скота (*typus humanus et bovinus*), равно какъ бактерии иного происхожденія.

16. Возможность зараженія человѣка бактеріями жемчужной болѣзни необходимо считать доказанной, хотя таковое зараженіе случается гораздо рѣже, чѣмъ зараженіе бактеріями человѣческаго происхожденія; еще больше доказана заразительность бактерийъ человѣка для рогатаго скота и др. животныхъ.

17. Въ цѣляхъ предохраненія человѣка отъ туберкулезнаго зараженія должны быть сохранены всѣ санитарно-гигіеническія мѣры въ отношеніи молочныхъ и мясныхъ продуктовъ; кромѣ того, необходима борьба съ жемчужной болѣзью рогатаго скота.

18. По аналогіи съ животными, позволительно думать, что и у человѣка хроническій туберкулезъ легкихъ можетъ возникнуть посредствомъ зараженія черезъ кишечникъ.

19. Возможность кишечнаго происхожденія легочной чахотки не исключаетъ ингаляціонной инфекціи туберкулезомъ, а только до известной степени ограничиваетъ ее.

20. Вопросъ о преобладающемъ пути зараженія человѣка туберкулезомъ до сихъ поръ остается открытымъ¹⁾.

¹⁾ Заслуживаетъ упоминанія послѣднее сообщеніе (не попавшее въ общій текстъ) относительно частоты первичнаго зараженія туберкулезомъ черезъ кишечникъ. Вопоме среди 769 умершихъ отъ туберкулеза индивидуумовъ изъ пат.-анат. института въ Падуѣ за 1889—1907 г.г. (по протоколамъ) обнаружилъ „алиментарное“ зараженіе: въ возрастѣ до 15 лѣтъ въ 23%, въ возрастѣ 16—55 л.—въ 16%, послѣ 55 л.—въ 6,25%. Такимъ образомъ, числовыя данныя Вопоме лишь немногимъ уступаютъ даннымъ Heller'a и проч.

ИЗСЛѢДОВАНІЯ.

А. Архивные случаи¹⁾.

Случай 1²⁾.

Устинья С., 4-хъ лѣтъ, была доставлена 4/X 1889 года въ хирургическую госпитальную клинику при Харьковской городской Александровской больницѣ съ дефектомъ въ области праваго угла рта, носа и правой щеки; края этого дефекта представлялись черными, омертвѣвшими, съ крайне гнилостнымъ запахомъ (поша). Изъ разспросовъ оказалось, что ребенокъ постоянно былъ *слабъ* и *хилъ*. Общее состояніе въ высшей степени ослаблено. Подкожно-жирная кѣтчатка всего тѣла атрофирована. Слизистыя оболочки блѣдны. Пульсъ очень слабъ, 120—130 въ минуту, число дыханій 45, температура 40,2. *Стулъ частый*, 6—8 разъ въ сутки. При явленіяхъ нараставшаго истощенія ребенокъ умеръ 8/X.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Верхняя доля праваго легкаго пушиста, мѣстами непроходима для воздуха вслѣдствіе сильной гипереміи кровеносныхъ сосудовъ, на что указываютъ темныя пятна; нижняя доля представляется спавшеюся, на разрѣзѣ темно-краснаго цвѣта, непроходима для воздуха, на поверхности разрѣза видны многочисленныя сѣрыя пятна; при соскабливаніи ножемъ получается сѣровато-красная, мутная, безвоздушная жидкость. Лѣвое легкое представляется гиперемированнымъ, мѣстами замѣтны сѣрыя пятна, проходимыя и непроходимыя для воздуха; поверхность разрѣза имѣетъ темно-красный цвѣтъ съ сѣрыми пятнами; на поверхности разрѣза выступаетъ кровянистая жидкость (*bronchopneumonia catarrhalis*).

¹⁾ Вскрытія произведены при проф. В. П. Крыловѣ до Лондонскаго доклада R. Koch'a. Изложеніе сокращено.

²⁾ „Школьная хроника“ проф. Крылова 1890 г. Ч. I, стр. 106—111. Студ. И. Блудштейнъ.

Подвздошная кишка представляетъ значительныя измѣненія, касающіяся, главнымъ образомъ, лимфатическаго аппарата, т. е. солитарныхъ фолликуловъ и Пейеровыхъ бляшекъ, изъ которыхъ многіе сѣтчато перерождены, на что указываетъ видъ ихъ и пигментация: нѣкоторыя бляшки совершенно атрофированы. Язвы, расположенныя на Пейеровыхъ бляшкахъ, имѣютъ подрытые края и достигаютъ различной глубины: большая часть доходитъ до подслизистаго слоя, на одной бляшкѣ около *valvula Bauhinii* язва проникаетъ до мышечнаго слоя. Встрѣчаются язвы неправильнаго очертанія, съ сѣрымъ дномъ, съ мозговидно-инфильтрированными краями. Нѣкоторыя фолликулы совершенно уничтожены съ послѣдовательнымъ образованіемъ язвъ или рубцовъ. Нижняя часть толстыхъ кишекъ отличается тѣмъ, что просвѣтъ ея уменьшенъ, стѣнки утолщены, *haustra coli* уничтожены; слизистая оболочка ея краснаго цвѣта, надъ подлежащими слоями кишки она не передвигается вслѣдствіе приращенія. На мѣстѣ фолликуловъ — пигментированные рубцы.

Брыжжечныя железы значительно увеличены въ объемѣ, сѣро-аспиднаго цвѣта, плотны; на разрѣзѣ эти железы тверды, имѣютъ желтоватый цвѣтъ и представляютъ творожистое перерожденіе; въ нѣкоторыхъ брыжжечныхъ железахъ видны сѣрые узелки, особенно въ корковомъ слоѣ.

Въ печени жировая инфильтрація. Въ селезенкѣ, почкахъ и др. органахъ особыхъ измѣненій не обнаружено.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Легочныя альвеолы представляются или сдавленными, или запруженными значительнымъ количествомъ слизистаго эпителия и мелкими кѣтками круглой формы; кромѣ того, видны слизистыя шары, попавшіе въ полость альвеолъ изъ бронховъ путемъ аспираціи. Въ промежуточной ткани замѣтна инфильтрація круглыми кѣточными элементами, мѣстами же — фибринозные свертки, образовавшіеся изъ вышедшей изъ капилляровъ и свернувшейся крови (геморагіи). Такимъ образомъ, и гистологическое изслѣдованіе обнаружило въ легкихъ катарральную бронхо-пневмонію при полномъ отсутствіи признаковъ туберкулеза.

Въ подвздошной кишкѣ на мѣстахъ язвъ — слизистая оболочка отсутствуетъ, дно язвы состоитъ изъ казеознаго распада, края мелко-кѣточно инфильтрированы. Въ толщѣ кишечной стѣнки соответственно язвеннымъ участкамъ удается обнаружить отдѣльные бугорки,

расположенные въ глубинѣ подслизистой ткани. Брыжжеечныя железы склерозированы, заключаютъ въ себѣ очаги казеознаго распада, по периферіи которыхъ расположены отдѣльные бугорки. Въ печени также удалось обнаружить одиночныя бугорки, состоящіе въ центрѣ изъ казеознаго распада, а по периферіи изъ эпителиоидныхъ клѣтокъ.

Въ остальныхъ органахъ, кромѣ типичныхъ измѣненій на лицѣ, свойственныхъ пом'ѣ, не обнаружено ничего особеннаго.

Итакъ, въ описанномъ случаѣ у дѣвочки 4-хъ лѣтъ обнаруженъ хроническій туберкулезный процессъ въ подвздошной кишкѣ, выразившійся въ появленіи на слизистой оболочкѣ ея многочисленныхъ язвъ и рубцовъ съ типичной для туберкулеза локализацией на мѣстѣ солитарныхъ фолликуловъ и Пейеровыхъ бляшекъ. Кромѣ того, здѣсь же найдено казеозное перерожденіе многихъ брыжжеечныхъ железъ и одиночныя бугорки въ печени. Весьма часто подобныя измѣненія въ кишкахъ и брыжжеечныхъ железахъ сопровождаютъ язвенно-туберкулезный процессъ въ легкихъ, заражающихъ кишечникъ посредствомъ выделяемой ими мокроты. Но въ данномъ случаѣ отмѣчается въ легкихъ отсутствіе малѣйшихъ признаковъ не только стараго, но и свѣжаго туберкулеза; послѣдній отсутствуетъ также и во всѣхъ остальныхъ органахъ (кромѣ одиночныхъ бугорковъ въ печени). Такимъ образомъ, ни черезъ проглатываемую мокроту, ни черезъ лимфатическіе или кровеносные пути не могла туберкулезная инфекция достигнуть и развиваться въ кишечникѣ. Вслѣдствіе этого мы имѣемъ основаніе заключить, что данный туберкулезъ кишекъ возникъ самостоятельно, скорѣе всего, при посредствѣ пищи, зараженной Коховскими бактеріями; послѣдніе первоначально поселились въ кишкахъ, отсюда распространились по лимфатическимъ сосудамъ въ брыжжеечныя железы и, вслѣдствіе частичнаго занесенія по вѣтвямъ v. portae, въ печеночную паренхиму. Такимъ образомъ, описанный туберкулезъ кишекъ является *первичнымъ*.

По локализациі наибольшихъ измѣненій въ нижней части подвздошной кишки у v. Baubiniі данный сл. является очень типичнымъ, соглашающимся съ наблюденіями большинства авторовъ. Также характерно расположеніе язвъ и рубцовъ на мѣстѣ солитарныхъ фолликуловъ и въ Пейеровыхъ бляшкахъ.

Клиническія проявленія даннаго случая, къ сожалѣнію, намъ извѣстны весьма недостаточно. Отмѣчается лишь постоянная слабость

и хилость ребенка въ прошломъ и поносы въ настоящемъ, какъ симптомы, скорѣе всего обязанные туберкулезу кишекъ. Свѣдѣній же о томъ, чѣмъ кормился больной ребенокъ, не было ли туберкулезныхъ заболѣваній среди окружающихъ и проч., что такъ важно для установленія источника зараженія ребенка, — въ краткой исторіи болѣзни даннаго случая нами не обнаружено.

Послѣдовательная связь остальныхъ патологическихъ процессовъ даннаго случая съ туберкулезомъ кишекъ представляется такъ.

Общее истощеніе въ связи съ проникновеніемъ патогенныхъ микробовъ изъ полости рта благопріятствовало развитію омертвѣнія какой-либо периферической части тѣла (нога); гнилостные же продукты, аспирировавшись въ дыхательные пути, вызвали воспаленіе легкихъ. Послѣднее и послужило причиной смерти.

С л у ч а й II¹⁾.

Иванъ М., крестьянинъ Тульской губерніи, кондитеръ, 20 лѣтъ, поступилъ въ Харьковскую городскую Александровскую больницу 3/X 1891 г., на 2-й недѣль болѣзни, съ жалобами на жаръ, головную боль и боль въ поясницѣ. Объективное изслѣдованіе обнаружило повышеніе температуры до 38,6° и увеличеніе селезенки. Теченіе болѣзни бурное, температура повышена, постояннаго типа (не превышала 39,6)°. 20/X — летальный исходъ.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Лѣвое легкое сращено съ діафрагмой и грудной стѣнкой; правое объемисто. По заднему краю и на нижней поверхности на темно-красномъ фонѣ плевры замѣчается сѣтка бѣлыхъ шишурковъ съ узловыми утолщеніями, въ углахъ же пересѣченія видны сѣровато-бѣлаго цвѣта, величиною до просяного зерна, узелки. Въ разрѣзѣ лѣвая верхушка легкаго слегка сморщена и содержитъ казеозное гнѣздо, величиною въ вишневою косточку. Правая верхушка равномерно уплотнена. Въ остальныхъ проходимыхъ для воздуха отдѣлахъ легочной ткани, малокровной въ верхнихъ и темно-красной въ нижнихъ доляхъ, разбѣяны желтые узелки съ рѣзко-выраженнымъ четко-образнымъ расположеніемъ.

¹⁾ „Школьная хроника“ проф. Крылова 1892 г., стр. 148—159. Студ. К. Лордкипанидзе.

Многочисленные милиарные узелки въ мягкой мозговой оболочкѣ по направленію art. fossae Sylvii, въ почкахъ, въ печени и въ селезенкѣ.

На слизистой оболочкѣ тонкихъ кишекъ и слѣпой, начиная съ верхней периферіи intestini jejuni, разсыяны во множествѣ поясныя и розеткообразныя, вслѣдствіе рубцового стягиванія, язвы съ уплотненными, отвороченными краями желтовато-сѣраго цвѣта и съ зернистымъ красноватымъ дномъ. Въ средней части intestini ilei на Пейеровыхъ бляшкахъ находятся мозговидныя, бляшкообразныя, занимающія $\frac{3}{4}$ окружности кишки, бугристыя опухоли сѣровато-желтаго цвѣта съ мелкими кратеровидными фолликулярными язвами. Въ нижней части Пейеровы бляшки изрыты углубленными, сѣтчатыми, частью красноватыми рубцами и усѣяны между ними фолликулярными язвами на мозговидныхъ, бляшкообразныхъ, величиною до горошины возвышеніяхъ. Мѣшокъ слѣпой кишки сжатъ; на слизистой оболочкѣ ея находятся поясныя, въ видѣ бороздокъ, язвы съ бугристыми краями темно-краснаго цвѣта. Processus vermicularis въ средней части четкообразно вздутъ. Серозная оболочка всюду надъ язвами и опухолями утолщена, ворсиста, имѣетъ сѣтчатый видъ и въ углахъ прикосновенія сѣтки содержитъ сѣроватые и желтые милиарные узелки.

Брыжжеечныя железы сильно увеличены въ объемѣ, частью мозговидно-сѣраго цвѣта, частью грязно-желтаго, съ сухими казеозными узлами въ разрѣзѣ. Железы на нижнемъ концѣ ilei, кромѣ того, содержатъ гнѣзда гноевиднаго размягченія величиною до горошины, дающія густой, зеленовато-желтый гной.

Микроскопическое изслѣдованіе.

На препаратахъ легкаго съ уцѣлѣвшей плеврой видно, что послѣдняя состоитъ изъ волокнистой ткани, обѣдной ядрами и пронизанной небольшимъ количествомъ сосудовъ, изъ которыхъ одни переполнены краеными кровяными шариками, другіе вовсе не содержатъ ихъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ плевры импрегнирована изряднымъ количествомъ угля въ видѣ черныхъ глыбокъ и зеренъ. Отъ плевры въ паренхиму легкихъ отходятъ довольно толстыя простойки рыхлой волокнистой соединительной ткани, содержащей мелкіе сосуды и также кое-гдѣ усѣянной черными зернами. Эти простойки соединительной ткани подходятъ къ крупнымъ сосудамъ легочной ткани и соединяются съ ихъ адвентиціальными слоями.

Въ самой паренхимѣ легкихъ обнаружено 3 патологическихъ процесса: интерстиціальный, эмфизематозный и высыпаніе милиарныхъ бугорковъ. Интерстиціальный процессъ замѣчается, главнымъ образомъ, около сосудовъ и бронховъ (perivascutitis et peribronchitis), только отчасти вокругъ альвеолъ, такъ что мѣстами отдѣльныя альвеолы закрылись и атрофировались отъ сдавленія ихъ разросшейся волокнистой соединительной тканью (pneumonia interstitialis). Описанная соединительная ткань рѣзко импрегнирована угольной пылью и содержитъ большое количество переполненныхъ красными кровяными шариками капилляровъ. Эмфизематозные участки состоятъ изъ альвеолъ, просвѣты которыхъ сильно увеличены, а стѣнки крайне истончены, со слабо налитыми капиллярами въ толщѣ стѣнокъ. Бугорки встрѣчаются 3-хъ видовъ: одни совершенно свѣжіе и состоятъ изъ эпителиоидныхъ клѣтокъ съ примѣсью гигантскихъ въ центрѣ и лимфоцитовъ по периферіи; другіе казеозно перерождены; третьи подверглись фиброзу превращенію. Въ верхушкѣ лѣваго легкаго нѣсколько слившихся казеозныхъ бугорковъ образовали конгломератъ, достигшій величины вишневой косточки. Локалізація бугорковъ различная: главнымъ образомъ, перибронхіальныя и периваскулярныя пространства, иногда альвеолы.

2 изъ только-что описанныхъ процессовъ — интерстиціальный и высыпаніе бугорковъ — не связаны, повидимому, между собой ни этиологическими моментами, ни временемъ ихъ появленія. Интерстиціальный процессъ, какъ продуктъ хроническаго воспаления, имѣетъ нѣсколько путей для своего возникновенія: присутствіе въ легкихъ большого количества угольной пыли, бывшая, вѣроятно, плевронневмонія, оставившая послѣ себя сращеніе листковъ плевры, прижизненная склонность вслѣдствіе лимфатическаго тѣлосложенія къ хроническимъ катаррамъ всѣхъ слизистыхъ оболочекъ, гесп. бронховъ, — все это такіе моменты, которые легко могли вызвать peribronchitis, perivascutitis и pneumonia interstitialis *безъ предшествующаго туберкулеза*.

Эмфизематозный процессъ является викарнымъ вслѣдствіе уменьшенія дыхательной поверхности легкихъ, обусловленнаго интерстиціальнымъ процессомъ.

Милиарный же туберкулезъ легкихъ принадлежитъ послѣднему моменту жизни больного, разыгрался въ легкихъ, уже пораженныхъ интерстиціальнымъ процессомъ, и въ этиологическомъ отношеніи не имѣетъ съ послѣднимъ ничего общаго.

Гистологическое строение бугорковъ въ мозгу, почкахъ, печени и селезенкѣ то же, что и въ легкихъ.

Въ срѣзахъ изъ кишекъ соотвѣтственно мѣстонахожденію язвъ, въ общихъ чертахъ, одна и та же гистологическая картина, представляющаяся въ слѣдующемъ видѣ. Слизистая оболочка и muscularis mucosae исчезли; подслизистый слой утолщенъ, рѣзко склерозированъ и пронизанъ бугорками; кромѣ того, въ этомъ слое встрѣчаются преформированныя полости, запруженные круглыми клѣтками съ примѣсю гигантскихъ (lymphangoitis tuberculosa). Мышечный слой истонченъ и инфильтрированъ мелкими круглыми клѣтками съ примѣсю гиганто-клеточныхъ бугорковъ. Серозная оболочка утолщена вслѣдствіе громаднаго содержанія въ ней клеточныхъ бугорковъ. На мѣстахъ, соотвѣтствующихъ рубцамъ, подслизистый слой особенно рѣзко утолщенъ на счетъ склерозированной соединительной ткани съ небольшимъ содержаніемъ ядеръ.

Упомянутыя на вскрытіи бугристыя опухоли въ области Пейеровыхъ бляшекъ при гистологическомъ изслѣдованіи оказались состоящими изъ мелкоклеточнаго инфильтрата и туберкулезныхъ бугорковъ, расположенныхъ въ толщѣ слизистой оболочки между Либеркюновыми железами и у основанія ворсинокъ.

Данныя микроскопическаго изслѣдованія кишечныхъ язвъ (Коховскіе бациллы, громадное содержаніе бугорковъ во всѣхъ слояхъ, склерозъ дна, краевъ и толщи стѣнки), въ связи съ ихъ макроскопическимъ видомъ (поясное расположеніе, уплотненные и отвороченные края), не оставляютъ никакого сомнѣнія: 1) въ ихъ туберкулезной природѣ, 2) въ ихъ необычайной давности; о послѣднемъ свидѣтельствуетъ также множество рубцовъ, обнаруженныхъ на поверхности тощей кишки. Брыжжеечныя железы состоятъ изъ большихъ казеозныхъ очаговъ въ центрѣ и бугорковъ съ остатками лимфоидной ткани по периферіи.

Результаты подробнаго изслѣдованія даннаго случая обнаружили наличность весьма распространеннаго, хроническаго туберкулеза въ кишкахъ и брыжжеечныхъ железахъ рядомъ съ относительно свѣжимъ туберкулезомъ въ легкихъ. Сопоставляя эти данныя, естественно заключить, что *первичнымъ* мѣстомъ туберкулезнаго заболѣванія былъ кишечникъ и что отсюда процессъ распространился по лимфатическимъ путямъ, давъ прежде всего туберкулезное пораженіе брыжжеечныхъ железъ; что касается милиарнаго туберкулеза легкихъ,

то онъ представляетъ только частное проявленіе общей диссеминаціи туберкулеза, вызвавшаго высыпаніе бугорковъ въ мозгу, печени, почкахъ, селезенкѣ, въ томъ числѣ и въ легкихъ. Скорѣе всего это общее зараженіе произошло при посредствѣ лимфы черезъ v. efferentia брыжжеечныхъ железъ и ductus thoracicus (какъ толкуетъ Benda); но безъ спеціальнаго изслѣдованія протока нельзя исключить и непосредственнаго прорыва (Durchbruch) какого-либо казеознаго гнѣзда въ сосѣднюю сросшуюся или прилежащую къ нему вену (Weigert, Huguenin и др.); во всякомъ случаѣ милиарный туберкулезъ легкихъ—гематогеннаго происхожденія, имѣющей своимъ исходнымъ пунктомъ кишечникъ.

Не стоитъ ли туберкулезъ кишекъ въ какой-либо зависимости отъ обнаруженнаго на вскрытіи плевральнаго сращенія¹⁾

¹⁾ Въ виду того, что часто встрѣчающіяся на вскрытіяхъ плевральныя синехіи значатся и въ др. нижеприводимыхъ случаяхъ и въ виду склонности нѣкоторыхъ авторовъ считать почти всѣ серозныя и серозно-фибринозныя плевриты, а слѣдовательно, и сращенія за туберкулезныя, мы сочли не лишнимъ хоть вкратцѣ сообщить тѣ данныя, которыя имѣются въ литературѣ по этому вопросу. Это тѣмъ болѣе необходимо, что, какъ видно изъ настоящаго изложенія, при опредѣленіи первичности туберкулеза кишекъ приходится считаться и съ состояніемъ плевральныхъ мѣшковъ.

Авторы, занимавшіеся выясненіемъ этиологіи плевритовъ и разрѣшавшіе его тѣмъ или инымъ путемъ (пат.-анат., экспер., бактер.), дѣлятся на 2 лагеря. Одни изъ нихъ (Kelsch, Vaillard, Schlenker, Gombault, Jousset, особенно Le-Damanu и др.) являютя сторонниками туберкулезнаго происхожденія громаднаго большинства плевритовъ; другіе смотрятъ на этотъ вопросъ шире и, кромѣ Коховскихъ бациллоу, признаютъ возбудителями плевритовъ и др. микробы. Такъ, Weichselbaum, Goldscheider, Gilbert и Lion и др. находили въ серозно-фибринозныхъ плевритахъ стафилококковъ и стрептококковъ; принцъ Ludwig Ferdinand, Cardі и др.—пневмококковъ и стафилококковъ; Ручинскій нашелъ пневмококковъ въ $\frac{1}{3}$ изслѣдованныхъ имъ случаевъ, Michaelis, Jakowski въ $\frac{1}{2}$, а Pearce во всѣхъ 49 изслѣдованныхъ имъ случаяхъ метаневмоническихъ выпотовъ. Можно привести и другихъ авторовъ, находившихъ въ плевритическихъ выпотахъ различнаго рода микробы и ихъ симбіозы, исключая Коховскихъ бациллоу; авторовъ, не всегда находившихъ туберкулезныя бациллы въ плеврит. выпотахъ даже при помощи такихъ усовершенствованныхъ методовъ, какъ иноскопія (Masselin, Медовиковъ, Жебровскій); но и этого достаточно, чтобы заключить: 1) нельзя всѣ плевриты считать за туберкулезныя, 2) на ряду съ Коховскимъ бациллоу и пневмококкъ является очень частымъ возбудителемъ воспаленія плевры. Вообще же при опредѣленіи отдѣльнаго случая плеврита слѣдовало бы считаться какъ съ его индивидуальными особенностями (бакт., пат.-анат., экспер.), такъ и съ сопутствующимъ состояніемъ легкихъ.

лѣваго легкаго? Но, во 1-хъ, для признанія даннаго сращенія туберкулезнымъ нѣтъ данныхъ ни со стороны самой плевры, ни со стороны бронхиальныхъ железъ и легкихъ; во 2-хъ, даже допустивъ его туберкулезный характеръ, въ данномъ случаѣ нельзя представить себѣ никакой связи между туберкулезнымъ заболѣваніемъ слизистой оболочки почти всего кишечника и туберкулезнымъ плевритомъ¹⁾. Вѣроятно же всего, что данный адгезивный плевритъ обязанъ своимъ возникновеніемъ бывшей когда-либо плевро-пневмоніи, вызвавшей склерозъ не только плевры, но и самой легочной ткани, и что къ туберкулезу кишечника онъ отношенія не имѣеть.

По причинѣ скудости данныхъ въ исторіи болѣзни, о клиническихъ проявленіяхъ описаннаго первичнаго туберкулеза кишечника не представляется возможнымъ судить. — Смерть произошла отъ остраго общаго милиарнаго туберкулеза.

С л у ч а й III²⁾.

Иванъ Р., крестьянинъ Курской губ., 57 лѣтъ, поступилъ въ Харьковскую Александровскую больницу 18/XI 1891 года съ жалобами на сильныя боли въ животѣ, боли въ тазо-бедренныхъ суставахъ, лихорадочное состояніе и общую слабость. Больной крайне истощенъ. На обѣихъ нижнихъ конечностяхъ незначительныя отеки. Животъ вздутъ. Стулъ задержанъ. При явленіяхъ нарастающей слабости умеръ 22/XI 1891 г.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Легкія объемисты, пятнисто пигментированы и эмфизематозны, въ нижнихъ доляхъ отечны. Брюшина, паріетальная и висцеральная, покрыта тонкимъ слоемъ фибринозно-гнойнаго экссудата; въ люмбальныхъ впадинахъ и въ тазовой полости содержится мутная, клячко-

¹⁾ „Ретроградный“ переходъ туберкулезной инфекции изъ грудной въ брюшную полость посредствомъ лимфатическихъ сосудовъ діафрагмы, соединяющихъ, съ одной стороны, переднее и заднее средостѣніе, съ другой — парааортальные, соеѣлиаальные и парапанкреатическія железы (Sappey и Küttner), допускается Tendeloo въ случаяхъ пораженія таковыхъ железъ при внутригрудномъ туберкулезѣ, но безъ пораженія брыжеечныхъ железъ и кишечника; въ нашемъ сл. — обратное отношеніе.

²⁾ „Школьная хроника“ проф. Крылова 1892 г., стр. 459—465. Студ. М. Рабиновичъ.

ватая жидкость. Желудокъ растянуть; на малой кривизнѣ, на границѣ выходной части съ antrum, онъ представляетъ проникающую до мышечнаго слоя съ рубцовымъ гладкимъ дномъ тарелкообразную язву, по окружности которой въ видѣ вѣнчика расположены дольчатые, сѣро-краснаго цвѣта узлы новообразованія, переходящіе какъ на переднюю, такъ и на заднюю стѣнку желудка. Слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишекъ аспидно пигментирована и малокровна; въ верхней петлѣ тощей кишки имѣется воронкообразный рубецъ.

Въ области брыжжейки 2 узла. Одинъ, заключенный между листками брыжжейки, величиною съ лѣсной орѣхъ, размяченный, опухолевидный, содержитъ ихорозную, аспиднаго цвѣта полость, открывающуюся свищомъ въ брюшную полость. Другой узелъ, не-вдалекѣ отъ перваго, помѣщается въ толщѣ брыжжейки, величиною въ вишневою косточку, содержитъ въ разрѣзѣ гнѣздо размяченія съ бѣлой, сметанообразной, маркой массой.

Остальные органы не представляютъ ничего особеннаго.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Въ легкихъ никакихъ признаковъ туберкулеза.

Въ желудкѣ обнаружено раковое новообразованіе, состоящее изъ хорошо развитой стромы, въ которой заложены железистыя образованія съ атническимъ разрастаніемъ цилиндрическаго эпителия.

На срѣзахъ изъ тощей кишки, соотвѣтственно упомянутому рубцу, ворсинки и Либеркюновы железы лишены покровнаго эпителия; отъ слизистой об. черезъ весь подслизистый и отчасти мышечный слой проходитъ молодая рубцовая ткань, пучки которой переплетаются между собой въ различныхъ направленіяхъ.

Главной составной частью узловъ брыжжейки являются очаги казеознаго распада, по периферіи которыхъ еще видны молодые и старые туберкулезные бугорки; въ узлѣ, лежащемъ въ толщѣ брыжжейки, имѣются остатки аденоидной ткани, указывающіе на железистое пропхожденіе одного изъ узловъ. Оба узла содержатъ множество стрептококковъ и др. бактеріальныхъ формъ; Коховскихъ бациллъ не обнаружено. Тѣмъ не менѣе казеозные очаги съ типичными бугорками ясно опредѣляютъ туберкулезную природу брыжеечныхъ узловъ.

Итакъ, при полномъ отсутствіи туберкулеза въ легкихъ и вообще въ организмѣ, обнаруженъ старый туберкулезъ въ брыжжеечныхъ железахъ въ видѣ двухъ размягченныхъ творожистыхъ очаговъ, одѣтыхъ соединительно-тканной оболочкой. По своей изолированности данный туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ, безспорно, является *первичнымъ*, возникшимъ вслѣдствіе давняго зараженія черезъ кишечный каналъ. Такое зараженіе, какъ это теперь неопровержимо доказано опытами на животныхъ, могло бы произойти и при полной сохранности стѣнки кишки, но обнаруженный въ тощей кишкѣ воронкообразный рубецъ даетъ поводъ думать, что на мѣстѣ его была нѣкогда туберкулезная язва, черезъ которую и произошло распространеніе Коховскихъ bacillовъ по лимфатическимъ сосудамъ до брыжжеечныхъ железъ; въ пользу этого предположенія говоритъ близость брыжжеечныхъ узловъ къ рубцу тощей кишки.

О клиническомъ проявленіи описаннаго туберкулеза трудно судить въ виду краткости исторіи болѣзни и смѣшанности заболѣванія. Какексію необходимо считать слѣдствіемъ рака и туберкулеза. Ближайшей же причиной смерти является острое фибринозно-гнойное воспаленіе брюшины, вызванное вскрытіемъ въ брюшную полость размягченной брыжжеечной железы.

С л у ч а й IV¹⁾.

Прокофій Н., рядовой Лебединскаго резервнаго баталіона, 23 лѣтъ, поступилъ въ Харьковскій военный госпиталь 9/І 1903 года съ жалобами на головную боль, лихорадку и сильную общую слабость. Объективное изслѣдованіе обнаружило повышеніе темп. (38,6°), увеличеніе печени и селезенки. На слѣд. день послѣ поступления появился *поносъ*, а вскорѣ кашель, одышка, ціанозъ и нарастаніе темп. 27/І умеръ въ сопорозномъ состояніи.

Протоколь патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Плевральныя полости свободны; оба легкія почти не спадаются, тяжелы; на поверхности мѣстами покрыты свѣжими фибринозными налетами и всюду усеяны многочисленными субмилиарными подплевральными бугорками. Поверхность разрѣза легкихъ имѣетъ мра-

¹⁾ „Школьная хроника“ проф. Крылова 1893 г., часть I, стр. 182—190. Студ. И. Кудинцевъ.

морный видъ вслѣдствіе многочисленныхъ милиарныхъ бугорковъ, равномерно расположенныхъ въ легочной ткани; съ поверхности разрѣза освобождается значительное количество пѣнистой, кровянистой жидкости. Ткань плотнѣе нормальной, всюду проходима для воздуха.

Въ печени, селезенкѣ и почкахъ милиарные бугорки.

Животъ умеренно вздутъ; серозная об. кишекъ инъецирована и усеяна многочисленными сѣрыми бугорками; такіе же бугорки находятся на всей паріетальной брюшинѣ стѣнки живота и таза. Сальникъ завороченъ кверху, сращенъ съ лѣвой половиной брюшной стѣнки живота, сморщенъ; сосуды его наполнены кровью; ткань пропитана многочисленными сѣрыми бугорками.

Въ *нижней части ilei* со стороны слизистой оболочки замѣчаются многочисленные плоскія язвы отъ 1/2 до 1 сант. въ діаметрѣ съ гладкимъ аспидно-сѣраго цвѣта дномъ и сѣрыми, а частью и желтыми милиарными бугорками въ краяхъ язвъ. Меньшей величины язвы встрѣчаются въ небольшомъ количествѣ въ верхней части ilei и сидятъ, большею частью, на сѣтчато-пигментированныхъ Пейеровыхъ бляшкахъ. Толстая, слѣпая и прямая кишки почти свободны отъ содержимаго, стѣнки ихъ сморщены, слизистая оболочка аспидно-сѣраго цвѣта.

Брыжжеечныя железы увеличены, блѣдны и отечны, съ мелкими субмилиарными бугорками въ ткани.

Остальные органы не представляютъ особыхъ измѣненій.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Среди мало измѣненной паренхимы легкихъ разбросано множество узелковъ то серповидной, то кольцевидной, то круглой, то совѣмъ неправильной формы. Часть этихъ узелковъ состоить изъ эпителиоидныхъ клѣтокъ въ центрѣ и густого скопленія лимфоцитовъ по периферіи (сосуды встрѣчаются только въ послѣднемъ слое); другіе узелки казеозно перерождены; во всѣхъ ихъ обнаружено присутствіе Коховскихъ bacillовъ при полномъ отсутствіи гигантскихъ клѣтокъ. Узелки расположены въ периальвеолярной, перибронхіальной и периваскулярной ткани; но они не остаются безъ вліянія и на окружающіе ихъ участки легочной паренхимы. Такъ, альвеолы по ближайшей окружности бугорковъ наполнены пневмоническими пробками, состоящими изъ сѣтки фибрина, въ петляхъ котораго заложены красные кровяные шарики и альвеолярный эпи-

телей (pneumonia desquamativa); иногда эти пробки подвергаются казеозному метаморфозу (pneumonia caseosa). Мельчайшие бронхи также испытывают влияние от непосредственно примыкающих къ нимъ бугорковъ. Слизистая оболочка въ такихъ бронхахъ отсутствуетъ, мышечный слой прерывается, перибронхиальная ткань утолщена и инфильтрирована клѣтками.

Такимъ образомъ, въ легкихъ — острый милиарный туберкулезъ съ реактивно вызванными мелкогнѣздными очагами казеозной пневмоніи вокругъ бугорковъ (Orth, Высоковичъ) при полномъ отсутствіи кавернъ, омѣлоторенныхъ гнѣздъ или рубцовъ, характеризующихъ хроническій типъ туберкулеза легкихъ.

Милиарные бугорки въ печени, селезенкѣ, почкахъ, брюшинѣ и сальникѣ представляютъ характерное строеніе для этихъ образований.

На вертикальныхъ срѣзахъ черезъ язвы тонкихъ кишекъ представляется почти вездѣ одинаковая картина, состоящая въ слѣдующемъ. Слизистая оболочка и подслизистая ткань разрушены, такъ что дно язвы составляетъ muscularis. Ворсинки по краямъ язвы густо инфильтрированы грануляціонными элементами; инфильтрація эта, распространяясь въ подслизистой ткани, образуетъ рѣзко окрашенную кайму надъ muscularis. По краямъ язвы въ слизистой и серозной оболочкахъ расположены туберкулезные бугорки, преимущественно фиброзного типа. Кровеносные сосуды, особенно въ серозной оболочкѣ, расширены; рядомъ съ ними замѣчаются закупоренные лимфатическіе сосуды.

Присутствіе бугорковъ въ язвахъ подвздошной кишки указываетъ на ихъ туберкулезный характеръ.

Въ данномъ случаѣ обнаружено въ организмѣ сочетаніе 2-хъ видовъ туберкулеза: острого милиарного, разбросавшагося почти по всемъ внутреннимъ органамъ, и сравнительно давняго (деструкція, грануляція, фиброзные бугорки) туберкулеза подвздошной кишки. Въ какомъ отношеніи другъ къ другу стоятъ эти два вида туберкулеза? Известно, что обійи милиарный туберкулезъ, свидѣтельствующій о вступленіи обильнаго количества Коховскихъ бациллъ въ кровяное русло, предполагаетъ наличность какого-либо раньше существовавшего туберкулезнаго очага. А такъ какъ таковымъ единственнымъ очагомъ въ тѣлѣ представляется кишечникъ, то ясно, что

туберкулезная инфекция всего организма ведетъ свое начало отъ кишечныхъ язвъ. Иначе сказать, данный туберкулезъ подвздошной кишки является *первичнымъ*.

Отличительной чертой описаннаго случая, въ сравненіе со случаемъ II и приводимыми ниже, является то обстоятельство, что обнаруженный въ немъ милиарный туберкулезъ развился на почвѣ еще сравнительно слабо выраженнаго мѣстнаго туберкулеза (неглубокія язвы, отсутствіе пораженія брыжжечныхъ железъ): туберкулезъ не успѣлъ достаточно распространиться по лимфатическимъ путямъ, какъ попалъ въ кровяной токъ и вызвалъ общую диссеминацію. Но это находитъ себѣ объясненіе въ господствующихъ взглядахъ на возникновеніе общаго милиарнаго туберкулеза.

Дѣло въ томъ, что для возникновенія послѣдняго со стороны кишечника не обязательно прохожденіе Коховскими бациллами длиннаго пути черезъ лимфатическія железы до ductus thoracicus или прободенія казеознаго очага внутрь прилегающаго или сросшагося съ нимъ сосуда, хотя оба эти пути часто имѣютъ мѣсто. Иногда при наличности даже небольшого туберкулезнаго очага въ тѣлѣ возможно развитіе бугорковъ въ стѣнкѣ сосѣдней вены (путемъ ли перехода самого процесса или проникновенія немногихъ бациллъ въ сосудъ безъ нарушенія цѣлости его); размягченіе же сосудистыхъ бугорковъ и смывіе кровью освободившихся, а иногда и размножившихся въ ней бациллъ можетъ дать высыпаніе бугорковъ по всему организму (Weigert, Wild, Benda и др.). Слѣдовательно, для возникновенія общаго милиарнаго туберкулеза подчасъ играетъ роль не интензивность мѣстнаго очага, а его локалізація вблизи сосуда, что, вѣроятно, и было въ нашемъ случаѣ.

Клиническія проявленія первичнаго туберкулеза кишки въ данномъ случаѣ почти неизвѣстны; единственнымъ указаніемъ въ этомъ отношеніи служитъ поносъ. Поступленіе въ больницу совпало уже съ развитіемъ общаго милиарнаго туберкулеза, отъ каковой причины и произошла смерть.

С л у ч а й V¹⁾.

Маркъ Г., музыкантъ, 18 лѣтъ, поступилъ въ Харьковскую городскую Александровскую больницу 17/II 1893 г. съ жалобами на сильный по-

¹⁾ „Школьная хроника“ проф. Крылова 1893 г., часть II, стр. 132—139. Студ. М. Кейлинъ.

носъ, интензивную боль въ животѣ и упадокъ силъ. Боленъ 2 года. Анемиченъ и истощенъ, съ атрофированной жировой клетчаткой и слабо развитой мускулатурой. На кожѣ туловища pityriasis versicolor. На нижнихъ конечностяхъ, на обѣихъ стопахъ до середины голени, — anasarca. Въ легочныхъ верхушкахъ притупленіе тона съ тимпаническимъ отгѣнкомъ; при аускультации этихъ отгѣловъ — неопредѣленное дыханіе съ удлиненнымъ выдохомъ. Животъ сильно вздутъ. Въ области тонкихъ и толстыхъ кишекъ высокой тимпанитъ, при надавливаніи значительная болѣзненность. Испражнения повторяются черезъ каждыя 1—2 часа съ значительной болѣзненностью въ rectum, гороховаго цвѣта, жидкія, съ рѣзкимъ запахомъ; при микроскопическомъ изслѣдованіи въ нихъ замѣчаются бѣлыя кровяныя тѣльца, плоскій эпителий и клочки слизистой оболочки. Умеръ 27/II 1893 г.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Оба легкія сращены съ грудной стѣнкой и діафрагмой старыми, трудно разрывающимися, ложными перепонками. Въ обѣихъ легкіяхъ при верхушкѣ и по переднему краю верхней доли въ разрѣзѣ разсѣянные узлы сѣровато-краснаго цвѣта, величиной отъ горошины до лѣснаго орѣха, съ вкрапленными въ нихъ мелкими, желтыми казеозными узелками (pneumonia caseosa). Проходимая для воздуха ткань умѣренно отечна, въ верхней долѣ свѣтло-краснаго цвѣта, въ нижней темно-краснаго.

Всѣ брюшныя внутренности сращены между собой, съ діафрагмой и, въ видѣ тесьмовидныхъ перемычекъ, съ передней брюшной стѣнкой старыми ложными перепонками. Желудокъ сжатъ; слизистая оболочка мелко-бородавчата, сѣро-аспиднаго цвѣта.

Начиная съ верхняго края тощей кишки на слизистой оболочкѣ разсѣяны во множествѣ поясныя съ бородавчатымъ дномъ и бугристыми краями, мѣстами стягивающіяся рубцомъ язвы, то занимающія 1—2 складки, то расширяющіяся до 2 поперечныхъ пальцевъ и болѣе. Число язвъ постепенно увеличивается по мѣрѣ приближенія къ *подвздошной кишкѣ*, въ которой, преимущественно въ *нижнемъ концѣ*, онѣ получаютъ характеръ ограниченныхъ Пейеровыми бляшками, съ потерей вещества и частью представляютъ почти полное рубцеваніе. Уцѣлѣвшая слизистая оболочка подвздошной кишки атрофирована, лишена складокъ, студениста и на самомъ нижнемъ концѣ мелко бородавчата, не представляетъ слѣдовъ Пейеровыхъ бляшекъ и солитарныхъ фолликуловъ. Слѣпая кишка сращена съ передней брюшной стѣнкой. Въ мѣшкѣ, въ окружности устья червеобразнаго

отростка—бухтообразная язва съ бугристымъ дномъ и отвороченными краями, частью аспиднаго, частью черновато-краснаго цвѣта. Червеобразный отростокъ уплотненъ и сморщенъ въ извитой шнурокъ, въ разрѣзѣ мясистый, темно-краснаго цвѣта. Восходящая часть ободочной кишки расширена; съ праваго верхняго изгиба начинаются поясныя язвы съ бородавчатымъ, геморрагически инфильтрированнымъ дномъ, величиной до 4 поперечныхъ пальцевъ, съ утолщеніемъ мышечнаго слоя. Язвы эти продолжаются до прямой кишки и книзу представляютъ постепенно усиливающееся парціальное стягиваніе краевъ съ сѣровато-аспидными мелкими рубцами. Въ прямой кишкѣ, на утолщенной бархатистой слизистой оболочкѣ разсѣяны многочисленные язвы величиной до горошины и болѣе, съ обрѣзанными аспиднаго цвѣта краями, сообщающіяся между собой свищевыми ходами подъ уцѣлѣвшей, въ видѣ мостиковъ, слизистой оболочкой.

Брыжжейка сморщена; всѣ железы увеличены; въ разрѣзѣ какъ большія, достигающія величины лѣснаго орѣха, такъ и мелкія железы, величиной до вишневай косточки, пронизаны зеленовато-желтыми казеозными узлами.

Забрюшинныя железы по направленію къ аортѣ мало уплотнены, въ брюшной части казеозно перерождены.

Въ остальныхъ органахъ особыхъ измѣненій не замѣчается.

Микроскопическое изслѣдованіе.

На срѣзахъ изъ легкіяхъ соотвѣтственно „разсѣяннымъ узламъ сѣровато-краснаго цвѣта съ вкрапленными въ нихъ мелкими желтыми казеозными узелками“ представляется типичная картина казеозной пневмоніи. Такъ, центральная часть узла занята казеозной массой со слабо контурированными альвеолярными перегородками; по окружности же казеознаго очага расположены альвеолы въ различныхъ стадіяхъ воспалительнаго процесса: однѣ изъ нихъ выполнены частью отслоившимся альвеолярнымъ эпителиемъ, частью фибриномъ, въ петляхъ котораго заложены лейкоциты; другія (ближе къ центру) клетками, ядра которыхъ распались на отдѣльныя рѣзко окрашенныя частицы (karyorrhesis). Ни омѣлотовренія, ни фиброзной ткани въ упомянутыхъ узлахъ не обнаружено; мѣстами по ходу сосудовъ встрѣчаются клеточные бугорки (Fränkel и Troje). Въ легкіяхъ найдены bac. Koch'a.

На срѣзахъ изъ язвенныхъ участковъ кишечника въ общихъ чертахъ представляется одна и та же картина, состоящая въ слѣ-

дующемъ. Деструктивнымъ процессомъ разрушены слизистая оболочка, muscularis mucosae, подслизистая ткань и часто внутреннй циркулярный слой, такъ что дно язвы составляетъ наружный продольный слой мышечныхъ элементовъ. Края язвы имѣютъ неправильную форму, представляя много синузныхъ ходовъ, вследствие рубцовыхъ перетяжекъ, особенно выраженныхъ въ подслизистомъ слое; дно язвы неровное, бугристое, состоитъ изъ грануляціонной ткани, лежащей поверхъ мускульныхъ волоконъ. Внутри грануляціоннаго пояса, а также на границѣ краевъ язвы, въ подслизистомъ слое и muscularis externa залегаютъ типичныя бугорки, состоящія изъ казеознаго центра, лимфоцитовъ и гигантскихъ клѣтокъ. Серозная оболочка сильно утолщена, богата сосудами; въ наружной части ея замѣчаются какъ бы оторванныя пленки изъ фиброзной ткани; бугорки располагаются здѣсь, главнымъ образомъ, по ходу лимфатическихъ сосудовъ. Кровеносные сосуды по окружности язвъ гниеремированы, стѣнки ихъ инфильтрированы и утолщены.

Туберкулезный характеръ всѣхъ кишечныхъ язвъ стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія.

Брыжжеечныя железы состоятъ изъ сплошной казеозной массы въ центрѣ и бугорковыхъ образований по периферіи; лимфоидная ткань сохранилась въ весьма незначительномъ количествѣ между узелками. Въ брыжжеечныхъ железахъ найдены Коховскіе бациллы въ небольшомъ числѣ.

Въ описанномъ случаѣ измѣненія со стороны кишечника, брыжжеечныхъ, забрюшинныхъ железъ и брюшины такъ распространены и интенсивны, что обращаютъ на себя исключительное вниманіе какъ въ клинической картинѣ, такъ и при макро- и микроскопическомъ изслѣдованіи. Туберкулезный характеръ всѣхъ этихъ измѣненій доказанъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Принявъ же во вниманіе необычайную множественность язвъ, покрывшихъ собой все огромное протяженіе кишечника (отъ верхняго края тощей до прямой включительно), ихъ діаметръ, глубину, сплошное рубцеваніе, плотныя сращения между собой серозныхъ оболочекъ и казеозное перерожденіе почти всѣхъ брюшныхъ железъ,—мы имѣемъ право сдѣлать выводъ о чрезвычайной давности туберкулеза кишечника. Въ противоположность послѣднему, въ легкихъ найденъ ограниченный, а главное, относительно свѣжій туберкулезъ, въ видѣ лобу-

лярной казеозной пневмоніи. Сопоставляя одно съ другимъ, приходимъ къ тому заключенію, что данный туберкулезъ кишечника является *первичнымъ*, распространившимся по лимфатическимъ путямъ на брыжжеечныя, забрюшинныя железы и на самое брюшину и не стоящимъ ни въ какой зависимости отъ наступившаго, вѣроятно, незадолго до смерти туберкулезнаго процесса въ легкихъ. Судя по локализациі послѣдняго, онъ возникъ, скорѣе всего, также самостоятельнымъ, по аэрогеннымъ путемъ.

Въ протоколѣ вскрытія упоминается о томъ, что оба легкія сращены съ грудной стѣнкой и діафрагмой старыми перепонками. Не стоитъ ли въ какой-либо зависимости описанный туберкулезъ кишечника съ нѣкогда бывшимъ двустороннимъ плевритомъ, оставившимъ послѣ себя упомянутыя сращения?—На этотъ вопросъ можно отвѣтить почти то же, что сказано по тому же поводу въ случаѣ II.

Конечно, протекшій плевритъ могъ быть и туберкулезнаго характера, но съ точностью установить послѣдній нельзя, такъ какъ плевриты имѣютъ и др. этиологію. Но, предположивъ даже туберкулезное происхожденіе данныхъ сращеній, нельзя допустить, чтобы туберкулезная инфекция проложила себѣ путь изъ полости плевры къ слизистой оболочкѣ всего кишечнаго тракта, вызвавъ глубокія разрушенія отъ начала тощей до конца прямой кишки и оставивъ совершенно нетронутыми вблизи расположенныя бронхиальныя железы. Нельзя представить себѣ и путей такого распространенія: по лимфатической системѣ инфекции пришлось бы пройти длиннѣйшій ретроградный путь, правда, допускаемый Tendeloo, но не дальше забрюшинныхъ железъ (въ нашемъ же сл., помимо того, верхнія параортальныя железы, т. е. промежуточный этапъ этого пути, не поражены туберкулезомъ); о гематогенномъ пораженіи кишечника изъ полости плевры не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ почти сплошное пораженіе кишечника не возникаетъ гематогеннымъ путемъ.

Скорѣе, наоборотъ, туберкулезный плевритъ могъ нѣкогда послѣдовать за туберкулезнымъ перитонитомъ, что соответствуетъ и нормальному теченію лимфы, и литературнымъ указаніямъ.

Такимъ образомъ, исключивъ зараженіе кишечника изъ полости плевры, мы вновь приходимъ къ опредѣленію „первичности“ описаннаго туберкулеза кишечника.

Какъ то слѣдуетъ изъ краткой исторіи болѣзни, клиническія проявленія даннаго туберкулеза кишечника были довольно рѣзко выражены. Сильный поносъ въ продолженіе 2-хъ лѣтъ, боли въ животѣ,

упадокъ силъ и истощеніе съ отеками на ногахъ и pityriasis versicolor — все это несомнѣнное слѣдствіе туберкулезнаго пораженія кишекъ. Истощеніе и послужило причиной смерти.

С л у ч а й VI¹⁾.

Григорій Ж., солдатъ, 23 лѣтъ, поступилъ въ Харьковскій военный госпиталь 22/XI 1894 г. съ жалобами на *поносъ*, общую *слабость* и *истощеніе*. Блѣденъ и крайне истощенъ, мускулатура и подкожный слой атрофированы, клѣтчатка всего тѣла отечна. Пульсъ едва ощутимъ, тоны сердца почти не различимы, частые обмороки. Температура достигаетъ 38,7. 28/XI умеръ при явленіяхъ полнѣйшаго упадка силъ.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупa.

Оба легкія плотно сращены съ грудной стѣнкой; съ правой стороны, внизу и сзади, находится около фунта серознаго экссудата съ клочьями фибрина. На разрѣзѣ легкихъ во всѣхъ доляхъ, но больше въ верхушкахъ, замѣчается высыпь мелкихъ узелковъ величиною въ маковое зерно.

Въ мозгу, селезенкѣ и почкахъ полупрозрачные и желтоватые узелочки, достигающіе величины коноплянаго зерна.

Печень утолщена, сращена съ діафрагмой тонкими отечными перепонками, дряблая; на разрѣзѣ содержитъ большое количество мелкихъ сѣроватыхъ узелковъ.

Вся брюшина и сальникъ покрыты многочисленными полупрозрачными сѣроватыми узелками. На тонкихъ кишкахъ замѣчаются блишки красноватаго цвѣта съ густою высыпью узелковъ соответственно просвѣчивающимъ язвамъ въ кишкахъ. Въ тонкихъ кишкахъ находится довольно значительное количество глубокихъ, поясныхъ и круглой формы язвъ, величиною около двухкопеечной мѣдной монеты, съ утолщенными краями, съ сѣтчато-волокнистымъ дномъ, съ узелками въ нихъ. Въ толстыхъ кишкахъ слизистая оболочка атрофирована, рѣзко пигментирована, съ мелкими фолликулярными язвами.

Брыжжечныя железы увеличены, съ творожистыми узелками.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Отмѣченные на вскрытіи узелки въ легкихъ имѣютъ типичное строеніе туберкуловъ и расположены какъ въ соединительной ткани

¹⁾ „Школьная хроника“ проф. Крылова 1895 г., стр. 466—477, студ. Д. Иссерсонъ.

легочныхъ перегородокъ, такъ равно и въ перибронхіальной и периваскулярной ткани легкихъ. Легочныя альвеолы въ ближайшемъ соедѣствѣ съ туберкулами, тонкой каймой опоясывающія послѣдніе, представляются спавшимися, облитерированными, при чемъ стѣнки ихъ обложены кубическими клѣтками. Мѣстами ближайшія альвеолы наполнены альвеолярнымъ эпителиемъ, бѣлыми кровяными и незначительнымъ количествомъ красныхъ шариковъ; мѣстами всѣ эти составныя части альвеолъ подвергаются коагуляціонному некрозу (мелкогнѣздная казеозная пневмонія); альвеолярныя перегородки утолщены вслѣдствіе инфильтраціи клѣтками. Вокругъ бугорковъ сильная гиперемія кровеносныхъ сосудовъ. На всемъ остальномъ протяженіи легочная паренхима сохранила нормальное строеніе. Бронхіальныя железы склерозированы, съ кое-гдѣ встрѣчающимся гліанновымъ перерожденіемъ кровеносныхъ сосудовъ; нѣкоторыя бронхіальныя железы заключаютъ въ себѣ миллиарныя бугорки въ состояніи казеозной дегенерации.

Бугорки въ мозгу, почкахъ, селезенкѣ и печени имѣютъ то же строеніе, что и въ легкихъ.

На срѣзахъ, взятыхъ изъ язвенныхъ участковъ тонкихъ кишекъ, видно, что деструктивнымъ процессомъ на большомъ протяженіи разрушены слизистая оболочка, muscularis mucosae и подслизистая ткань, такъ что дно язвы въ однихъ мѣстахъ представлено наружнымъ слоемъ muscularis externae, въ другихъ достигаетъ подбрюшинной клѣтчатки. Края язвы холмообразно свисаютъ надъ дномъ и состоятъ изъ всѣхъ слоевъ кишечной стѣнки; дно состоитъ изъ грануляціонной ткани съ примѣсью гнойныхъ клѣтокъ. Въ подслизистомъ слое, мышечномъ и въ серозномъ встрѣчается множество бугорковъ съ гигантскими клѣтками. Въ язвахъ обнаружены Коховскіе бациллы. Множество бугорковъ и конгломератовъ ихъ встрѣчается также въ ближайшемъ соедѣствѣ съ язвами, съ локализацией ихъ въ подслизистомъ, межмышечномъ и подсерозномъ слояхъ.

На срѣзахъ изъ язвенныхъ участковъ толстыхъ кишекъ имѣются бухтообразныя углубленія надъ солитарными фолликулами, при чемъ въ сильно склерозированномъ подслизистомъ слое и среди мышечныхъ пучковъ и здѣсь попадаются бугорковыя образованія, но въ незначительномъ количествѣ.

Брыжжечныя железы заключаютъ въ себѣ казеозные очаги, расположенные въ центрѣ, съ бугорками по периферіи.

Поясное расположеніе язвъ, ихъ глубина, подрытіе и нависаніе краевъ, а главное наличие въ нихъ бугорковъ и Коховскихъ палочекъ—все это указываетъ на ихъ туберкулезный характеръ.

О томъ же свидѣтельствуеетъ множество казеозно перерожденныхъ брыжеечныхъ железъ.

Каково происхожденіе данного туберкулеза кишекъ? Возникъ ли онъ первично вслѣдствіе самостоятельнаго зараженія туберкулезомъ черезъ кишечникъ, или стоитъ въ какой-либо зависимости отъ обнаруженнаго нами туберкулеза въ легкихъ?

Сравнивая интенсивность и хроничность пораженія кишекъ, выразившагося въ появленіи на слизистой оболочкѣ ихъ множества глубокихъ и рубцующихся язвъ въ тонкихъ кишкахъ, а также казеозное перерожденіе множества брыжеечныхъ железъ со свѣжестью милиарнаго туберкулеза въ легкихъ, мы должны признать данный туберкулезъ кишекъ *первичнымъ*.

Милиарный же туберкулезъ легкихъ, какъ частное проявленіе общаго милиарнаго туберкулеза, имѣлъ своимъ исходнымъ пунктомъ кишечникъ вслѣдствіе проникновенія тѣмъ или инымъ путемъ инфекціонныхъ началъ въ кровяное русло (отмѣченные при микроскопическомъ изслѣдованіи даннаго сл. и сл. IV мелкогнѣздные очаги казеозной пневмоніи въ непосредственной окружности милиарныхъ бугорковъ составляютъ, повидимому, не рѣдкое явленіе, какъ своего рода реакція легочной паренхимы на Коховскіе бациллы или ихъ токсины, выдѣленные бугорками).

Относительно старыхъ плевроальныхъ сращеній см. сл. II и V; въ данномъ случаѣ они имѣютъ тѣмъ меньшее значеніе, что стоящія на пути ретрограднаго тока забрюшинныя железы совершенно не поражены.

Клиническимъ проявленіемъ описаннаго туберкулеза кишекъ были: поносъ, общая слабость и истощеніе. Смерть вызвана общимъ милиарнымъ туберкулезомъ¹⁾.

¹⁾ Въ „Школьной хроникѣ“ проф. Крылова (печатная часть) намъ удалось найти описаніе еще 3-хъ случаевъ (1890 г. стр. 354—358, 1895 г. стр. 669—675 и стр. 681—688), въ коихъ предположенъ первичный туберкулезъ кишекъ. Но состояніе легкихъ дѣлаеетъ эти случаи не доказательными (не исключается возможность зараженія кишечника со стороны легкихъ при посредствѣ мокроты), почему они и не включены въ число здѣсь описанныхъ.

Случай VII¹⁾.

Иванъ Р., 21 года, рядовой 121 пѣхотнаго Пензенскаго полка, поступилъ въ Харьковскій военный госпиталь 20-го ноября 1899 года съ жалобами на *поносы*, отсутствіе аппетита, кашель, общее недомоганіе, слабость и ночные поты. Средняго роста, крайне *истощенъ*, со слабо развитыми мускулами и атрофированнымъ подкожно-жировымъ слоемъ. Грудная клѣтка плоская, впаляя. Въ обѣихъ верхушкахъ легкихъ незначительное заглупленіе перкуторнаго звука и жесткое везикулярное дыханіе съ удлиненнымъ выдохомъ; по всей же передней поверхности дыханіе нѣсколько ослаблено. Сзади, ниже угловъ лопатки, кренилирующіе хрипы. Сердце въ предѣлахъ нормы. Печень при давленіи нѣсколько болѣзненна. Селезенка немного увеличена. Желудочно-кишечныя отправленія нарушены отсутствіемъ аппетита и жидкими испражнениями буроваго цвѣта и рѣзкаго, вонючаго запаха. 3-го декабря больной умеръ.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Кости свода тонки, diploë слабо выражены. Твердая мозговая оболочка напряжена, мягкая венозно гиперемирована, умѣренно отечна. Желудочки мозга растянуты серозной жидкостью, intima уплотнена. Ткань мозга плотнѣе нормальной; на поверхности разрѣза выступаютъ капли крови. Четвертый желудочекъ растянутъ жидкостью. Ткань мозжечка отечна. При вскрытіи брюшной полости выдѣляется небольшое количество газа. Брюшина рѣзко гиперемирована и покрыта мѣстами фибринозно-гнойними, рыхлыми пленками; въ брюшной полости содержится большое количество желтой, мутной, съ фибринозно-гнойними клочками, жидкости. Петли кишекъ спаяны рыхлыми фибринозными перепонками. Въ *нижней отдѣлѣ тонкихъ кишекъ* имѣется на нѣкоторомъ разстояніи другъ отъ друга два узла отъ плотныхъ сращеній: въ одномъ— между двумя колѣнами петель и сальникомъ, въ другомъ— также между двумя колѣнами и верхушкой пузыря. При попыткѣ раздѣлить эти сращенія стѣнка кишки разрывается. Околосердечная сумка содержитъ умѣренное количество кровянисто-окрашенной серозной жидкости. Сердце на поверхности покрыто незначительнымъ количествомъ желтаго, отечнаго жира. Эпикардій помутнѣлъ, особенно по сосудамъ. Правое предсердіе и венозное устье

¹⁾ Рукописный рефератъ студ. Р. Хабарова; исключая исторіи болѣзни и протокола вскрытія, обследованъ заново.

растянуто; стѣнки праваго желудочка нормальной толщины, трабекулы нѣсколько уплотнены. Эндокардій лѣваго предсердія утолщенъ, непрозраченъ; лѣвый желудочекъ въ состояніи сокращенія, стѣнка его утолщена, плотна, мускулатура блѣдна; двустворчатый клапанъ уплотненъ по краю. Аорта узкая, тонкостѣнная.

Легкія малы, свободно вынимаются изъ грудной клѣтки; въ верхушкахъ и почти по всей верхней долѣ утолщены, въ разрѣзѣ усѣяны желтыми милиарными узелками. Нижнія доли увеличены, въ разрѣзѣ отечны, содержатъ мало воздуха и представляютъ разсѣянные, ограниченныя, буровато-красныя пятна размягченія ткани. Селезенка увеличена въ объемѣ, капсула утолщена, напряжена, ткань разрѣза кожиста, неравнобѣрно краснаго цвѣта съ массой субмилиарныхъ узелковъ. Печень увеличена въ объемѣ, сращена съ диафрагмой ложными перепонками; ткань въ разрѣзѣ кожиста, зерниста, блѣдно-бурого цвѣта съ сѣро-желтыми субмилиарными узелками. Пузырь зарощенъ въ ложныхъ перепонкахъ пустъ, блѣловатаго цвѣта. Почки уменьшены въ объемѣ, лѣвая сильнѣе правой; капсула снимается легко, поверхность дольчата, ціанотично окрашена. Въ разрѣзѣ корковый слой нѣсколько истонченъ, желтовато-сѣраго цвѣта. Пирамидки темно-красны, сосочки притуплены, чашечки расширены. Пузырь растянутъ въ длину, слизистая оболочка малокровна.

Желудокъ сильно расширенъ, содержитъ черноватую тягучую массу; слизистая оболочка тупо-размягчена, сѣраго цвѣта.

Тонкая кишка гиперемирована; слизистая оболочка ея сѣро-пепельнаго цвѣта, содержитъ, начиная съ третьей петли, сплошныя циркулярныя язвы въ $1\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца шириной съ рубцово-стянутымъ дномъ и съ желто-сѣрыми субмилиарными узелками.

Такія же язвы имѣются и на мѣстѣ вышеописанныхъ узловъ. Подвздошная кишка почти лишена складокъ, также содержитъ язвы фолликулярныя и полуциркулярныя, а у *Баугиніевой заслонки* представляетъ сплошное изъязвленіе шириной въ ладонь. Толстая кишка содержитъ незначительное количество сѣрыхъ, кашцеобразныхъ каловыхъ массъ; слизистая оболочка ея сѣро-аспиднаго цвѣта, въ нижнемъ отдѣлѣ, включая прямую кишку, съ неправильными складками, покрыта вязкой слизью; просвѣтъ въ верхнемъ отдѣлѣ широкъ, а въ нижнемъ суженъ. Брыжеечныя железы тонкихъ кишекъ увеличены до боба, почти сплошь казеозно перерождены. Железы вокруг аорты увеличены и плотны. Въ гортани находится такая же масса, какъ и въ желудкѣ.

Diagnosis anatomica. Ulcera tuberculosa intestinorum, lymphadenitis glandularum mesenterialium caseosa, peritonitis tuberculosa inveterata. Tuberculosis miliaris hepatis, lienis, renum et pulmonum. Bronchopneumonia catarrhalis suppurativa loborum inferiorum. Peritonitis fibrinosopurulenta acuta.

Микроскопическое изслѣдованіе.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ ¹⁾.

Кишки. Въ общихъ чертахъ всѣ язвы тонкихъ кишекъ имѣютъ одинаковое гистологическое строеніе, почему мы и ограничимся однимъ описаніемъ для всѣхъ язвъ.

На мѣстѣ, соответствующемъ язвѣ, видно, что деструктивнымъ процессомъ разрушены слизистая оболочка, muscularis mucosae, а часто и подслизистая съ мышечной тканью.

Дно язвы неровно, бугристо, составлено то изъ гладкихъ мышечныхъ элементовъ, то изъ сильно склерозированной подслизистой ткани; края безструктурны, часто воронкоподобно выпячены и представляютъ много синузозныхъ ходовъ. Въ мѣстахъ сохраненія подслизистой ткани послѣдняя, какъ сказано, рѣзко склерозирована, и въ ней обнаружены фиброзные и казеозные милиарные бугорки, а изрѣдка и конгломераты ихъ. Кровеносные сосуды по окружности язвы гиперемированы, стѣнки ихъ инфильтрированы и утолщены. Межмышечные промежутки и сами мышечныя волокна раздвинуты пронизывающими ихъ клѣточными бугорками и туберкулезными грануляціями. Серозная оболочка утолщена, богата сосудами, на свободной поверхности покрыта фибринными волокнами. На мѣстѣ, соответствующемъ дну язвы, въ серозной оболочкѣ замѣчаются бугорки съ казеознымъ перерожденіемъ въ центрѣ.

По формѣ и расположенію многихъ клѣточныхъ бугорковъ видно, что они располагаются внутри лимфатическихъ сосудовъ, по которымъ и происходило въ данномъ случаѣ распространеніе туберкулеза со слизистой оболочки вплоть до самой брюшины.

На препаратахъ, взятыхъ изъ мѣстъ сращенія тонкихъ кишекъ съ сальникомъ и мочевымъ пузыремъ, видно тѣсное прилеганіе серозныхъ оболочекъ и сальника (resp. мочевого пузыря) другъ къ другу, при чемъ незначительныя промежутки между ними заняты

¹⁾ Въ виду наличности наибольшихъ измѣненій въ органахъ брюшной полости, микроскопическое изслѣдованіе послѣдней въ этомъ и во всѣхъ ниже слѣдующихъ случаяхъ представлено нами впереди изслѣдованія грудной полости.

разросшейся соединительной тканью, бугорками, конгломератами ихъ и туберкулезными грануляціями; межмышечные промежутки также изобилуютъ элементами туберкулеза и молодой рубцовой ткани.

Въ срѣзахъ изъ кишечныхъ язвъ обнаружены Коховскіе бактерии въ значительномъ количествѣ.

Гистологическія измѣненія въ ближайшихъ къ язвамъ частяхъ кишекъ таковы. Ворсинки лишены эпителия, нѣкоторыя изъ нихъ утолщены на счетъ инфильтраціи ихъ мелкими круглыми клѣтками, другія атрофированы. Либеркюновы железы то сдавлены, то представляются безъядерными, гомогенными. Основанія ворсинокъ состоятъ изъ сѣтчатой соединительной ткани, мѣстами богатой клѣточными элементами. Muscularis mucosae гипертрофирована; всѣ слои кишечной стѣнки утолщены, при этомъ подслизистый слой состоитъ изъ богатой сосудами рыхлой соединительной ткани, дѣлающейя плотнѣе возлѣ края язвенной поверхности. Серозная оболочка утолщена, богата сосудами.

Брыжжеечныя железы представлены въ видѣ сплошныхъ казеозныхъ массъ, среди которыхъ разбросаны эпителиоидные бугорки съ фибриноидомъ и гигантскими клѣтками; попадаются одиночныя железки со свѣжими эпителиоидными бугорками и конгломератами ихъ посреди липш склерозированной лимфоидной ткани.

Печень. Здѣсь также встрѣчаются типичныя бугорки, состоящія: одни изъ нихъ изъ эпителиоидныхъ клѣтокъ попеременно съ фибриноидомъ въ центрѣ и лейкоцитами по периферіи; другія изъ казеозной массы съ гигантскими клѣтками въ центрѣ и лейкоцитами по периферіи. Бугорки эти помѣщаются или внутри самихъ печеночныхъ долекъ, или въ междольковой соединительной ткани.

Кромѣ того, въ печени необходимо отмѣтить частичное бѣлковое и жировое перерожденіе паренхимы.

Селезенка. Капсула нормальная. Въ паренхимѣ множество клѣточныхъ бугорковъ, большей частью сплошь казеозно перерожденныхъ; въ болѣе свѣжихъ изъ нихъ содержатся гигантскія клѣтки и фибриноидное вещество.

Почки также изобилуютъ бугорками, часть которыхъ лежитъ въ корковомъ слое, другая часть, преимущественно казеозно перерожденныхъ, заходитъ въ пирамидальный слой и располагается въ видѣ бугорковаго конгломерата. Отдѣльныя бугорки состоятъ изъ эпителиоидныхъ и гигантскихъ клѣтокъ.

Кромѣ того, можно отмѣтить бѣлковое перерожденіе въ изви-
стыхъ каналахъ и увеличеніе ядеръ въ клубочкахъ.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.

Легкія. При разсматриваніи множества срѣзовъ изъ самыхъ разнообразныхъ мѣстъ обѣихъ верхнихъ долей найдена одна и та же гистологическая картина, представляющая въ слѣдующемъ видѣ: среди почти неизмѣненной легочной паренхимы разбросаны попеременно казеозно-перерожденные милиарные бугорки и милиарные очаги казеозной пневмоніи. Бугорки расположены въ интеральвеолярной и периваскулярной ткани легкаго, имѣютъ продолговато-круглыя очертанія и въ главной своей массѣ состоятъ изъ казеознаго распада, окруженнаго лимфоцитами, при чемъ на границѣ этихъ двухъ слоевъ расположены типичныя гигантскія клѣтки. Нѣкоторыя бугорки еще сохранили составляющіе ихъ клѣточные элементы съ ядрами.

Милиарные очаги казеозной пневмоніи имѣютъ слѣдующее строеніе. Одни альвеолы выполнены еще свѣжимъ фибринознымъ экссудатомъ, содержащимъ лейкоциты; въ другихъ альвеолахъ фибринъ и клѣточные элементы (частью лейкоциты, частью альвеолярный эпителий) подвергаются коагуляціонному некрозу съ распаденіемъ ядеръ на отдѣльныя рѣзко окрашенныя обломки (кагуотгексис); въ третьихъ альвеолахъ уже получается однородная казеозная масса съ зернами хроматина. На нѣкоторыхъ срѣзахъ можно отчетливо видѣть, что очаги казеозной пневмоніи лежатъ по окружности отдѣльныхъ милиарныхъ бугорковъ. Вокругъ образованій обоого рода замѣчается сильная гиперемія кровеносныхъ сосудовъ, наполненныхъ и расширенными эритроцитами.

Разсматривая подъ микроскопомъ срѣзы изъ нижнихъ долей легкихъ соотвѣтственно упомянутымъ на вскрытіи „разсѣяннымъ, ограниченнымъ буровато-краснымъ пятнамъ размягченія ткани“, находимъ слѣдующее. Крупныя и мелкіе кровеносныя сосуды заполнены и растянуты красными кровяными шариками. Среди отечной паренхимы легкихъ отдѣльныя дольки послѣднихъ заняты по периферіи катарральнымъ экссудатомъ, состоящимъ, главнымъ образомъ, изъ аморфной бѣлковой массы и небольшого количества многоядерныхъ лейкоцитовъ со слущившимся альвеолярнымъ эпителиемъ; центральная часть этихъ долекъ некротизирована, представляясь въ видѣ безструктурной массы, закрашенной въ темно-фіолетовый цвѣтъ отъ множества кишащихъ здѣсь микроорганизмовъ, безъ всякихъ слѣдовъ клѣточныхъ элементовъ и альвеолярныхъ очертаній.

Приводящіе бронхи долекъ забиты некротизированнымъ эксудатомъ.

Въ описываемыхъ очагахъ туберкулезныхъ бацилловъ на срѣзахъ не обнаружено (*bronchopneumonia catarrhalis suppurativa*).

Кое-гдѣ въ нижнихъ доляхъ обоихъ легкихъ, свободныхъ отъ катаррального воспаленія и вдалекѣ отъ него, обнаружены милиарные бугорки.

Такимъ образомъ, въ легкихъ обнаруженъ острый туберкулезъ, выразившійся въ своеобразномъ сочетаніи милиарныхъ бугорковъ съ милиарными очагами казеозной пневмоніи въ верхушкахъ и въ верхнихъ легочныхъ доляхъ и въ видѣ скуднаго количества однихъ милиарныхъ бугорковъ въ нижнихъ доляхъ.

Какихъ-либо кавернь, омѣлотовренія или разрастанія соединительной ткани, какъ то бываетъ при хроническомъ туберкулезѣ легкихъ, нигдѣ найти не удалось.

Бронхиальныя, трахеальныя (а также шейныя) железы не обнаружили въ себѣ никакихъ признаковъ туберкулеза.

Сердце. Волокна сердечной мышцы истончены, сохранили слабую поперечную исчерченность, содержатъ довольно много буро-краснаго пигмента около ядеръ.

Гистологическія измѣненія, обнаруженныя нами при изслѣдованіи многочисленныхъ срѣзовъ изъ язвенныхъ участковъ тонкихъ кишекъ, обнаружили въ нихъ наличность несомнѣннаго туберкулеза, о чемъ свидѣтельствуютъ: глубина язвъ, бугристость дна, изрытіе и нависаніе краевъ, а главное, — констатированіе во всѣхъ слояхъ бугорковъ и значительнаго количества Коховскихъ бацилловъ. Изъ того же гистологическаго изслѣдованія видна глубокая давность туберкулезныхъ язвъ, что подтверждается склерозомъ и глубиной ихъ дна, сиуозностью краевъ и плотными сращеніями, образовавшимися между петлями кишекъ — съ одной стороны, и салъникомъ съ мочевымъ пузыремъ — съ другой. Такимъ образомъ, въ существенномъ гистологическомъ изслѣдованіи только подтвердило анатомическій диагнозъ — хроническаго туберкулеза кишекъ, — основанный на многочисленности и характерѣ язвъ (субмилиарные узелки и рубцово-стянутое дно), на сращеніяхъ въ видѣ 2-хъ плотныхъ узловъ на мѣстѣ язвъ и на казеозномъ перерожденіи множества брыжжеечныхъ железъ.

Гистологическое изслѣдованіе брюшины обнаружило въ ней одновременное присутствіе остраго и хроническаго перитонита. Объ

остромъ перитонитѣ будетъ сказано ниже. Что же касается хроническаго перитонита, то послѣдній, несомнѣнно, туберкулезнаго характера, такъ какъ въ толщѣ его сращеній обнаружены элементы туберкулеза (бугорки, туберкулезныя грануляціи).

Принимая во вниманіе интензивность, давность и распространенность туберкулезнаго пораженія кишекъ, брыжжеечныхъ железъ и брюшины и сравнивая его со свѣжестью туберкулеза легкихъ (милиарные бугорки во всѣхъ доляхъ и милиарные очаги казеозной пневмоніи въ верхнихъ доляхъ), мы приходимъ къ тому заключенію, что начало пораженія кишекъ задолго предшествовало возникновенію туберкулеза въ легкихъ, другими словами, что передъ нами случай *первичнаго туберкулеза кишекъ*. Наличность милиарной казеозной пневмоніи ничуть не колеблетъ нашего заключенія потому, что, во-1-хъ, она очень свѣжа; въ 2-хъ, что, если бы она была причиной вторичнаго туберкулеза кишекъ, то за столь долгое ея существованіе ея очаги давно увеличились бы въ размѣрахъ или распались бы на каверны, чего на самомъ дѣлѣ нигдѣ въ легкихъ не обнаружено.

Установивъ наличность первичнаго туберкулеза кишекъ, мы съ помощью гистологическихъ препаратовъ можемъ слѣдить и за тѣмъ направленіемъ, въ которомъ распространялся туберкулезный процессъ со слизистой оболочки кишечника. Несомнѣнно, что путемъ его дальнѣйшаго шествія были лимфатическіе сосуды, неся инфекцію со слизистой оболочки къ брыжжеечнымъ железамъ. Это видно изъ того, что бугорки, пронизывая всѣ слои кишечной стѣнки, часто располагаются правильно по одной линіи (поперекъ стѣнки) и притомъ въ просвѣтахъ лимфатическихъ сосудовъ. Такимъ образомъ возникли туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ и брюшины со слипчивымъ разлитымъ воспаленіемъ послѣдней, образованіемъ ложныхъ перепонокъ и плотными сращеніями брюшныхъ органовъ въ видѣ 2-хъ вышеупомянутыхъ узловъ. О путяхъ дальнѣйшаго распространенія туберкулеза можно высказывать одни предположенія. Вѣроятнѣе всего, что Коховскіе бациллы, идя дальше по лимфатическимъ сосудамъ, попали въ *ductus thogacicus* и вызвали общій милиарный туберкулезъ, въ томъ числѣ милиарный туберкулезъ во всѣхъ доляхъ легкихъ; но можно сдѣлать и такое предположеніе, что казеозный очагъ, расположившійся вблизи какой-либо вены, узурпировалъ ея стѣнку и туберкулезныя бациллы попали непосредственно въ общій потокъ кровообращенія (*Durchbruch*).

Такъ же трудно съ положительностью установить происхожденіе милиарной казеозной пневмоніи, обнаруженной въ верхнихъ доляхъ

обоих легких. Скорѣ всего, и она есть слѣдствіе поступленія инфекции въ легкія изъ кишекъ черезъ кровеносные сосуды (если v. Baumgarten и Askanazy могли получить у кроликовъ легочныя каверны въ верхушкахъ при введеніи незначительнаго количества Коховскихъ бациллоу въ столь отдаленныя отъ легкихъ мѣста, какъ мочевоу пузырь и ушная вена, тѣмъ болѣе возможно развитие острой казеозной пневмоніи при наличности питензивнаго туберкулеза въ брюшинѣ). Но, если даже допустить, что казеозная пневмонія произошла самостоятельнымъ, аэрогеннымъ путемъ, то и тогда не колеблется наше заключеніе о томъ, что данная казеозная пневмонія, какъ относительно свѣжій процессъ, наступила незадолго до смерти и въ происхожденіи стараго туберкулеза брюшной полости не играла никакой роли.

Что касается остраго перитонита, то послѣдній, повиднмому, есть результатъ смѣшанной инфекции Коховскими бациллами съ гноеродными кокками (гноинный экссудатъ), послѣдовавшей въ самое послѣднее время благодаря облегченному проникновенію возбудителей воспаления черезъ одну изъ множества обнаженныхъ поверхностей въ слизистую оболочку кишечника. Острый перитонитъ, какъ слѣдствіе пораженія кишекъ, послужилъ ближайшей причиноу смерти.

Такимъ образомъ, данный первичный туберкулезъ кишекъ не только проявлялся при жизни (поносы, слабость, истощеніе), но и послужилъ первоначальной причиноу смертельнаго исхода¹⁾.

В. Собственные случаи²⁾.

Случай VIII.

Иратная исторія болѣзни.

Александра Л., дворянка, 24 лѣтъ, поступила въ психіатрическое отдѣленіе Харьковской губернской земской больницы 20 іюня 1902 года.

¹⁾ Среди писанныхъ студенческихъ рефератовъ мнѣ удалось встрѣтить описаніе еще 3 случаевъ (рефер. студ. Я. Шольцъ—1897 г., П. Асатіани—1898 г., С. Карначевскій—1899 г.), въ коихъ предполагалъ первичный туберкулезъ кишечника; но тщательное изученіе этихъ случаевъ, подкрѣпленное повторнымъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ срѣзовъ изъ сохранившихся въ музеѣ парафинныхъ кусочковъ, обнаружило въ легкихъ *хроническій* туберкулезъ, вслѣдствіе чего эти случаи являются сомнительными въ смыслѣ первичнаго туберкулеза кишекъ и здѣсь не приведены.

²⁾ Вскрытія произведены при проф. Н. Ф. Мельниковѣ-Разведенковѣ послѣ Лондонскаго доклада Кош'а.

Анамнестическихъ свѣдѣній собрать не удалось въ виду спутанности со стороны психики больной и отсутствія родныхъ при доставленіи ея въ больницу.

Средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, подкожно-жирный слой развитъ въ большомъ количествѣ. Нижнія конечности ампутированы: лѣвая выше колѣна, правая до середины голени. Кожные покровы имѣютъ красновато-ціанотическую окраску. Температура 36°С. Особыхъ знаковъ на тѣлѣ не обнаружено. Со стороны психики—спутанность: въ мѣстѣ, времени и окружающей обстановкѣ не ориентуруется; на вопросы отвѣчаетъ неправильно. Отъ пищи отказывается. Возбуждена, жестикулируетъ.

Въ сердцахъ и легкихъ рѣзкихъ уклоненій отъ нормы не замѣчается. Пульсъ 80, слабаго наполненія. Животъ вздутъ, съ рѣзкимъ тимпаническимъ звукомъ. Стулъ частый и водянистый. При не прекращающемся поносѣ больная умерла на слѣдующій день отъ постепенно нараставшей слабости сердечной дѣятельности. Прижизненный діагнозъ: *amentia, diarrhoea*. Вскрытіе произведено 26 іюня 1902 г. д-ромъ С. Л. Эрлихомъ.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Хорошо упитаннаго тѣлосложенія. Цвѣтъ кожи лица и шеи зеленоватый съ мацерацией. Трупное окоченіе не выражено. Правая нижняя конечность ампутирована въ нижней части голени, лѣвая на срединѣ бедра. Культи зарубцевавшіяся. Задняя поверхность тѣла съ ярко-красными трупными пятнами.

Черепная полость. Форма черепа мезоцефалическая. Костные покровы гиперемированы. Дірлоѣ выражены. Полость рта и глотки безъ измѣненій.

Грудная полость. Положеніе легкихъ и сердца нормальное. Плевра нормальная, околосердечная сумка также. Количество жира вокругъ сердца увеличенное. Высота стоянія диафрагмы: справа 3-й межреберный промежутокъ, слѣва 4-й. Легкія вынимаются свободно, уменьшены въ объемѣ, хорошо спадаются, на разрѣзѣ темно-краснаго цвѣта, для воздуха всюду проходимы. Съ поверхности разрѣза выжимается умеренное количество липстой жидкости. Нигдѣ очаговъ уплотненія ткани найти не удается.

Слизистая бронховъ окрашена въ разлитой багровый цвѣтъ вслѣдствіе трупнаго разложенія.

Бронхіяльныя железы антракотичны, мягки и никакихъ очаговъ уплотненія или омѣлотовленія не содержатъ. Железы передняго и

задняго средостѣнія не увеличены и никакихъ особыхъ измѣненій не представляютъ.

Сердце плоское, ожирѣвшее, увеличено въ размѣрахъ. Правый желудочекъ широкій, полость его увеличена. Лѣвый желудочекъ расширенъ, съ плоскими трабекулами и сосочковыми мышцами. Мускулатура сердца дряблая, желтоватая; стѣнка его нормальной толщины. Предсердія тѣсно имбибированы, клапаны сердца безъ измѣненій. Аорта узкая.

Брюшная полость. Положеніе брюшныхъ органовъ нормально. Содержимое полости брюшины также въ предѣлахъ нормы. Печень увеличена въ размѣрахъ, жирная, малокровная, тѣстоватой консистенціи, со сглаженными границами долекъ и желтушно окрашенными центрами долекъ; на разрѣзѣ гладкая, желтая. Селезенка нормального объема, темно-краснаго цвѣта, кожиста, съ утолщенной морщинистой капсулой; пульпы вытекается мало. Почки увеличены, капсула снимается легко, корковый слой набухшій, зернистый, желтовато-сѣраго цвѣта; пирамидки гиперемированы. Мочевой пузырь нормальный.

Яичники увеличены, особенно лѣвый, съ утолщенной albuginea; ткань яичниковъ отчасти сѣро-красная, отчасти сѣро-асидная, дряблая; въ ткани фиброзныя тѣла, а въ лѣвомъ яичникѣ желтое воспаленное тѣло. Трубы завернуты назадъ и зарращены въ ложныхъ перепонкахъ. Лѣвая труба въ свободномъ концѣ слита съ пѣхорозно-размягченнымъ яичникомъ. Матка мала, слизистая оболочка на задней поверхности тѣла гиперемирована.

Желудокъ широкій, мѣстами зернистый, слизистая оболочка желудка сѣрая.

Двѣнадцатиперстная кишка нормальная. Въ нижней части подвздошной кишки гиперемія и струпья по складкамъ; слизистая оболочка тамъ же набухшая. Слѣпая кишка безъ измѣненій. Толстая кишка атрофическая, безъ складокъ. Брыжжейка утолщена, укорочена и сплошь пронизана омѣлоторенными и остерѣвшими брыжжеечными железами величиной отъ горошины до боба. Неизмѣненныхъ брыжжеечныхъ железъ не найдено.

Diagnosis anatomica. Calcinatio et ossificatio glandularum mesenterialium, degeneratio caseosa earumque. Salpingo-oophoritis ichorosa, pelveo-peritonitis. Hepar adiposum. Degeneratio adiposa cordis. Nephritis parenchymatosa. Enteritis diphtheroides. Ichorrhæmia. Tuberculosis primaria obsoleta glandularum mesenterialium.

Микроскопическое изслѣдованіе.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ.

Брыжжеечные железы, представляя главный интересъ этого случая, служили объектомъ наиболѣе тщательнаго и подробнаго изслѣдованія.

Всего изслѣдовано 26 омѣлоторенныхъ брыжжеечныхъ железъ, при чемъ изъ каждой железы я бралъ возможно большее количество срѣзовъ.

1) Почти вся железа превращена въ сплошной казеозный очагъ овальной формы, въ діаметрѣ 8×5 mm., окруженный толстой фиброзной капсулой въ діаметрѣ 2 mm., мѣстами дающей выпячиванія внутрь казеознаго очага. Между казеознымъ очагомъ и капсулой расположена кость съ костнымъ мозгомъ. Кнаружи отъ капсулы остатки лимфоидныхъ элементовъ, лежащихъ въ жировой ткани.

При большомъ увеличеніи видно, что казеозный очагъ состоитъ изъ мелкозернистаго распада, въ которомъ нѣтъ живыхъ клѣтокъ; капсула состоитъ изъ склерозированной, пучковой соединительной ткани, также весьма бѣдной клѣточными ядрами; костный мозгъ—изъ рыхлой соединительной ткани, въ которой замѣчается множество красныхъ кровяныхъ шариковъ, лимфоцитовъ, фибробластовъ и др. клѣтокъ¹⁾.

Относительно тонкихъ измѣненій въ остаткахъ лимфоидной ткани трудно судить потому, что клѣточные ядра при декальцинаціи въ кислотѣ потеряли способность окрашиваться ядерными красками. Можно только замѣтить въ ней значительное развитіе соединительной ткани (склерозъ).

2) Срѣзъ изъ этой железы состоитъ изъ 2-хъ казеозныхъ очаговъ вытянутой формы, въ діаметрѣ 9×1 mm. и 10×3 mm., окруженныхъ, каждый въ отдѣльности, фиброзной капсулой. Костныя пластинки и костный мозгъ встрѣчаются въ самой капсулѣ. Подробности строенія тѣ же, что и въ предыдущей железнѣ.

3) Состоитъ изъ 3-хъ казеозныхъ очаговъ: одинъ звѣздчатой, два продолговатой формы, въ діаметрѣ 2×1 mm. и 5×2 mm., также самостоятельно окруженныхъ фиброзной капсулой.

¹⁾ Костные элементы изъ этого случая описаны въ диссертациі „О гетеропластическомъ образованіи кости“ д-ра І. Ф. Пожарискаго. Харьковъ. 1904 г., на стр. 103.

4) Состоятъ изъ 5 казеозныхъ очаговъ разнообразныхъ очертаній, въ діаметрѣ 5×2 mm., 3×2 mm., 2×1 mm., 1×1 mm. и не поддающиеся измѣренію.

5) Состоятъ изъ 7 казеозныхъ очаговъ и т. д.

Ни въ одной изъ брыжжеечныхъ железъ не удалось встрѣтить ни бациллоу Коха, ни бугорковъ.

Кишки. Къ сожалѣнью, мнѣ лично не удалось получить матеріалъ для микроскопическаго изслѣдованія кишекъ, пораженныхъ энтеритомъ; но гистологическое изслѣдованіе, обычно производимое послѣ вскрытія въ патолого-анатомическомъ кабинетѣ, подтвердило микроскопическій діагнозъ и показало наличность на препаратахъ дифтероидаго воспаления съ некрозомъ слизистой оболочки и воспалительной инфильтраціи вокругъ умершихъ частей тканей; анатомическихъ признаковъ туберкулеза въ кишкахъ не найдено. Также не оказалось измѣненій, которыя бы указывали на бывшій брюшной тифъ.

Печень. На множествѣ срѣзовъ, взятыхъ изъ самыхъ различныхъ мѣстъ этого органа, все поле зрѣнія состоитъ изъ характерныхъ жировыхъ альвеолъ неодинаковыхъ размѣровъ, достигающихъ значительной величины. Протоплазма и ядро оттѣснены къ оболочкѣ. Въ Глиссоновой капсулѣ содержится мало соединительной ткани—обстоятельство, говорящее противъ сифилиса. Нигдѣ нѣтъ очаговъ остраго и хроническаго воспаления.

Селезенка. Капсула и перекладины хорошо выражены. Пульпа отличается обиліемъ ядерныхъ клѣточныхъ элементовъ и относительной бѣдностью красными кровяными шариками. Мелкія артеріальныя вѣточки не измѣнены. Замѣчается скопленіе желто-бураго и чернаго пигмента въ видѣ зеренъ и глыбокъ.

Почки. Бауманновская капсула утолщена и склерозирована, клубочки набухли, выполняютъ весь просвѣтъ капсулы, при чемъ число ядеръ въ нихъ увеличено. Эпителій извитыхъ канальцевъ набухъ, отвалился и потерялъ способность окрашиваться. Почечные сосуды не измѣнены, каковое обстоятельство также говоритъ не въ пользу сифилиса.

Въ *яичникахъ* и *трубахъ* отсутствіе туберкулеза.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.

Легкія. Гистологическое изслѣдованіе множества срѣзовъ изъ самыхъ разнообразныхъ отдѣловъ обоихъ легкихъ не обнаружило въ нихъ никакихъ признаковъ туберкулеза.

Бронхиальныя железы. Въ нихъ, кромѣ отложенія угольной пыли, ничего патологическаго.

Сердце. Поперечная исчерченность мышечныхъ волоконъ почти совершенно исчезла. Часть мускульной ткани распалась на отдѣльные мышечные отрѣзки. Въ межмышечной ткани и въ самихъ мышечныхъ клѣткахъ скопленіе жировыхъ капель. Отложеніе пигмента.

Обращаясь къ толкованію найденныхъ нами измѣненій въ брыжжеечныхъ железахъ и всего случая, мы видимъ, что въ общемъ измѣненія во всѣхъ 26 изслѣдованныхъ брыжжеечныхъ железахъ весьма схожи и въ главныхъ чертахъ сводятся къ слѣдующему: ядромъ каждой железы служитъ омѣлоторенный казеозный распадъ, который окруженъ плотной фиброзной капсулой, подкрѣпленной вновь образованной костной тканью.

Какова же природа страданія брыжжеечныхъ железъ въ этомъ случаѣ?

По большей части, гистологическая картина, подобная описанной въ данныхъ железахъ, является результатомъ потухшаго туберкулезнаго процесса, нѣкогда выразившагося въ видѣ клѣточныхъ бугорковъ типичнаго строенія, а нынѣ претерпѣвшихъ казеозный метаморфозъ съ послѣдовательнымъ отложеніемъ извести и образованіемъ кости.

Правда, въ виду ненахожденія Коховскихъ бациллоу и клѣточныхъ бугорковъ, въ нашемъ случаѣ отсутствуютъ микроскопическія доказательства въ пользу туберкулеза. Но, по аналогіи съ другими, болѣе свѣжими, случаями изъ сравнительной патологіи хроническаго заболѣванія лимфатическихъ железъ, надо прійти къ заключенію, что пропитанный известью клѣточный распадъ, обнаруженный во всѣхъ 26 брыжжеечныхъ железахъ, одного и только одного туберкулезнаго происхожденія.

Противъ сифилитическаго пораженія брыжжеечныхъ железъ въ данномъ случаѣ говоритъ цѣлый рядъ весьма вѣскихъ доводовъ, какъ то: отсутствіе измѣненій въ артеріяхъ и венахъ окружности очаговъ омѣлоторенія, отсутствіе сифилиса въ другихъ органахъ, образованіе кости и то обстоятельство, что гуммозное пораженіе, притомъ сплошное во всѣхъ брыжжеечныхъ железахъ¹⁾, должно было бы явиться величайшей рѣдкостью; наконецъ, гуммозные узлы въ железахъ, какъ и въ другихъ органахъ, обнаруживаютъ склонность скорѣе къ сморщиванію, чѣмъ къ распаденію ткани.

¹⁾ Kaufmann наблюдалъ гуммозное пораженіе железъ у воротъ печени.

Можно было бы заподозрить предшествующее паразитарное поражение брыжжеечных желез—*echinosoccus multilocularis, cysticercus* (последний был обнаруженъ въ брыжжеечныхъ железахъ Fiedler'омъ), но тогда были бы видны подъ микроскопомъ какія-либо частицы того или другого паразита.

При брюшномъ тифѣ острая гиперплезія брыжжеечныхъ железъ иногда кончается некротизаціей участковъ ткани; некротическіе участки, не всосавшись, могли бы (по аналогіи съ другими некрозами) подвергнуться омѣлотовленію; но на дѣлѣ подобный исходъ брюшнотифознаго пораженія брыжжеечныхъ железъ еще никѣмъ не наблюдался, и въ лучшемъ случаѣ омѣлотовленіе было бы тогда частичнымъ, а не сплошнымъ, какъ то отмѣчено въ данномъ случаѣ; къ тому же въ кишкахъ нѣтъ никакихъ признаковъ перенесеннаго тифа.

Такимъ образомъ, и дифференціальная діагностика приводитъ насъ къ тому заключенію, что мы имѣемъ дѣло съ туберкулезомъ брыжжеечныхъ железъ, такъ называемымъ *tabes mesaraica*.

Интересъ описаннаго случая заключается въ томъ, что, при полномъ отсутствіи туберкулеза въ легкихъ, бронхиальныхъ железахъ и кишечникѣ, мы обнаружили совершенно законченный туберкулезъ въ брюшной полости, выразившійся въ сплошномъ творожистомъ перерожденіи съ заключительнымъ омѣлотовленіемъ всѣхъ брыжжеечныхъ железъ; другими словами, передъ нами изолированный туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ, послужившихъ мѣстомъ первичной (и единственной) фиксаціи для туберкулезной инфекціи, такъ называемый *первичный* туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ.

Принимая во вниманіе неповрежденность легкихъ, нельзя сомнѣваться въ томъ, что входными воротами для введенія инфекціи въ организмъ въ данномъ случаѣ могъ оказаться только кишечникъ, иначе сказать, передъ нами случай первичнаго зараженія туберкулезомъ черезъ кишечникъ. Правда, что въ самомъ кишечникѣ отсутствуютъ элементы туберкулеза, но, во 1-хъ, многочисленными опытами на животныхъ твердо установлена проходимость Коховскихъ бациллъ черезъ совершенно неповрежденную кишечную стѣнку (Koch, Ostertag, Wolff, Arloing, Bisanti и Panisset, Hamilton, Cipollina, Fadyan, Nicolas и Descos, Orth, Fränkel, Cornet, Nebelthau, Uffenheimer, Павловскій, Strassner и др.); во 2-хъ, возможно предположить, что нѣкогда въ кишечникѣ существовали незначительныя измѣненія туберкулезнаго характера, но успѣли зажить, не оставивъ послѣ себя никакихъ слѣдовъ. Такимъ образомъ,

отсутствіе видимаго туберкулеза въ кишкахъ не исключаетъ зараженія черезъ ихъ посредство. Таковое зараженіе, видимо, произошло еще въ раннемъ дѣтствѣ, такъ какъ сплошное омѣлотовленіе и даже образованіе кости указываютъ на значительную давность процесса; къ тому же, какъ извѣстно, и самая проходимость слизистыхъ оболочекъ для Коховскихъ бациллъ наиболѣе выражена въ раннемъ дѣтствѣ. Потухшій процессъ въ железахъ не способенъ былъ къ дальнѣйшему распространенію и, лишь понижая всасывательную функцію пищеварительнаго аппарата, отражался на общемъ питаніи больной.

Дифтеритическое воспаленіе подвздошной кишки присоединилось уже впоследствии. Ближайшей же причиной смерти послужила *ichoghaemia*.

По характеру измѣненій въ брыжжеечныхъ железахъ только что описанный случай ближе всего подходитъ къ случаямъ, описаннымъ д-ромъ Wagener'омъ (омѣлотовленіе, отсутствіе бациллъ, неповрежденность легкихъ и кишекъ).

Случай IX¹⁾.

Краткая исторія болѣзни.

Домна С., крестьянка, 30 лѣтъ, поступила въ терапевтическую госпитальную клинику при Харьковской Александровской больницѣ 9 сентября 1903 года съ жалобами на потерю аппетита, „сосаніе подъ ложечкой“, частые позывы къ рвотѣ и общее недомоганіе. Почувствовала себя больной въ апрѣлѣ того же года. По ея словамъ, болѣзнь началась съ сильнаго озноба, слѣдившагося жаромъ; затѣмъ появились желтуха и рвота. Около мѣсяца была кровавая рвота, затѣмъ водянистая; послѣднее же время рвота исчезла, а появились тошнота и позывы къ рвотѣ.

2 года тому назадъ больная перенесла брюшной тифъ.

Замужемъ; мужъ здоровъ, было 2 дѣтей, умершихъ маленькими. Отецъ здоровъ, мать умерла отъ старости.

Средняго роста, съ атрофированной подкожно-жировой кѣлѣтчаткой и дряблою мускулатурой. Кожные покровы мало эластичны, восковидно-блѣднаго цвѣта, слизистыя оболочки рѣзко анемичны.

¹⁾ Туберкулезное пораженіе поджелудочной железы изъ этого случая описано отдѣльно д-ромъ Г. Ф. Пожарскимъ въ трудахъ IX Пироговскаго съѣзда врачей въ 1904 г.

Лѣвая половина грудной кѣтки сбоку внизу выпячена. При перкуссіи легкихъ притупленіе слѣва въ аксиллярной области съ 7-го ребра, сзади отъ угла лопатки; звукъ на мѣстѣ притупленія при перемѣнѣ положенія проясняется. Границы нижняго края праваго легкаго — 4, 5 и 7 ребра; подвижность края легкаго отсутствуетъ.

Со стороны сердца ничего особеннаго. Пульсъ слабоватаго наполненія, 90 въ минуту.

Языкъ обложенъ большимъ налетомъ.

Внизу живота въ стоячемъ положеніи обнаружена тупость перкуторнаго звука, верхней границей которой служитъ горизонтальная линія, проведенная через пупокъ.

Отеки на голеняхъ и ступняхъ.

Моча желтаго цвѣта, мутная, щелочной реакціи, уд. вѣсъ 1010, бѣлка и сахара нѣтъ, въ осадкѣ левкоциты, слизь, много цилиндрическаго и плоскаго эпителия, изрѣдка гіалинновые цилиндры.

Жидкость изъ полости живота имѣетъ уд. вѣсъ 1008, содержитъ 1% бѣлка, въ осадкѣ левкоциты и кѣтки эндотелія; желчныхъ пигментовъ не обнаружено.

При изслѣдованіи крови найдено: рѣзкій пойкилоцитозъ, ядросодержащія формы и преобладаніе нейтрофильныхъ кѣтокъ надъ всѣми остальными формами левкоцитовъ. Число красныхъ кровяныхъ шариковъ въ 1 куб. м.м. = 1.855,000; число бѣлыхъ 46,000. Нв. по Говерсу 18%. Гемоспоридій малярии не обнаружено.

Въ виду сильнаго увеличенія асцита больной былъ произведенъ проколъ живота и выпущено значительное количество жидкости. Больная слабѣла съ каждымъ днемъ и при постепенномъ угасаніи сердечной дѣятельности умерла 28 сентября 1903 года.

Вскрытіе произведено 30 сентября помощникомъ прозектора, д-ромъ І. Ф. Пожарскимъ.

Протоколь патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Черепная полость. Кости свода черепа толсты, тяжелы, мѣстами склерозированы. Синусы твердой мозговой оболочки пусты, мягкая мозговая оболочка отечна, вещество мозга также отечно и рѣзко малокровно.

Грудная полость. Въ околосердечной сорочкѣ и въ лѣвомъ плевроальномъ мѣшкѣ небольшое количество отечной жидкости. Сердце приблизительно нормальной величины, покрыто оранжевымъ атрофическимъ жиромъ; правая половина его рѣзко расширена.

Мышца сердца дряблая, блѣдно-бураго цвѣта; endocardium и клапаны безъ измѣненій.

Оба легкія сращены съ грудной кѣткой и діафрагмой старыми перепонками; оба малы, отечны и совершенно безкровны.

Въ легкихъ, равно какъ въ бронхіальныхъ и трахеальныхъ железахъ, слегка увеличенныхъ и пигментированныхъ, никакихъ патологическихъ гнѣздъ не обнаружено.

Брюшная полость. Въ брюшной полости около 2000 куб. сант. желтовато-окрашенной прозрачной жидкости.

Печень сращена по всей выпуклой поверхности съ діафрагмой, а по нижней поверхности лѣвой доли съ желудкомъ; на поверхности разрѣза печень глинистаго цвѣта, слегка зерниста, границы долекъ плохо выражены; ткань плотнѣе нормальной.

Селезенка увеличена раза въ 1½; капсула ея морщиниста, пульпа гиперплазирована и легко выскабливается.

Почки нормальной величины, ткань на разрѣзѣ блѣдна, границы слоевъ хорошо видны. Всѣ органы брюшной полости рѣзко малокровны.

Размѣры желудка увеличены; въ полости его содержится огромное количество кровянисто-окрашенной жидкости; на малой кривизнѣ, въ разстояніи 3-хъ пальцевъ отъ pylorus'a, соответственно сращеніямъ съ печенью расположена приблизительно круглой формы язва до 7 сант. въ діаметрѣ, проникающая черезъ всѣ слои желудка до наружной поверхности muscularis externa. Въ днѣ язвы зияетъ кровеносный сосудъ, легко пропускающій тонкій пуговчатый зондъ.

Железы малой кривизны желудка увеличены, на разрѣзѣ отличаются блѣсоватымъ цвѣтомъ. На брюшинномъ покровѣ желудка находятся плоскія блѣсоватыя бляшки.

Тонкія и толстыя кишки, за исключеніемъ самыхъ нижнихъ отдѣловъ послѣднихъ, наполнены каловыми массами то дегтеобразнаго, то кофейнаго цвѣта.

Брыжжечныя железы частью нормальныхъ размѣровъ, частью достигаютъ величины лѣснаго орѣха и всѣ, безъ исключенія, имѣютъ большей или меньшей величины казеозно-перерожденный центръ. Иногда железа сплошь перерождена, такъ что творожистыя массы окружены только фиброзной капсулой. Увеличеніе и степень перерожденія железъ нарастаютъ по направленію отъ кишечнаго края къ корню брыжжейки и наиболѣе интензивное пораженіе ихъ обна-

ружено у верхняго конца корня брыжжейки тонкихъ кишекъ. Многія брыжжечныя железы омѣлоторены.

Поджелудочная железа увеличена, особенно головка ея. Въ толщѣ этой части имѣемъ величиной до $1\frac{1}{2}$ см. въ діаметрѣ казеозный узелъ, окруженный капсулой и по наружному виду напоминающій такіе же очаги въ брыжжечныхъ железахъ. Ткань поджелудочной железы настолько дрябла, что края разрѣза ея расплываются и съ поверхности его стекаетъ густая жидкость молочнаго цвѣта. Въ тѣлѣ железы и въ хвостѣ ея обнаружено 2 очага съ гнойнымъ содержимымъ въ количествѣ чайной ложки въ каждомъ изъ нихъ.

Мочевой пузырь пустъ; матка нормальной величины; къ лѣвому углу ея припаанъ салъникъ; придатки зарощены въ ложныхъ перепонкахъ.

Diagnosis anatomica. Degeneratio caseosa tuberculosa glandularum lymphaticarum mesenterii et pancreatis. Pleuritis adhaesiva lateris utriusque. Ulcus ventriculi carcinomatosum. Peritonitis adhaesiva partialis, perihepatitis, perisplenitis, perimetritis, perioophoritis chronica. Anaemia chronica. Induratio cyanotica lienis, hepatis; degeneratio parenchymatosa renum. Ascites.

Микроскопическое изслѣдованіе.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ.

Брыжжечныя железы. а) Большинство брыжжечныхъ железъ состоитъ изъ казеознаго очага то овальной, то продолговатой формы, длиною 8—10 mm., шириною 4—5 mm., окруженнаго соединительнотканной капсулой, и только кое-гдѣ между этими обоими образованиями сохранилась тоненькая полоска лимфоидныхъ элементовъ. Отдѣльныхъ клѣточныхъ бугорковъ въ этихъ железахъ не обнаружено; нѣкоторые же казеозные очаги подверглись процессу омѣлоторенія.

б) Нѣсколько иную и гораздо болѣе демонстративную картину въ отношеніе туберкулеза представляютъ одиночныя брыжжечныя железки, найденныя въ этомъ же случаѣ. Въ нихъ микроскопическая картина крайне разнообразна и мѣняется при переходѣ изъ одного фолликула въ другой. Такъ, большинство фолликуловъ какъ бы усѣяно бугорками, состоящими изъ эпителиоидныхъ элементовъ и гигантскихъ клѣтокъ, при чемъ въ разбухшей ретикулярной ткани такихъ фолликуловъ расположены гомогенные тяжи гиалина. Нѣко-

торыя бугорки имѣютъ собственную гиалиново-перерожденную строму. Вышеописанныя фолликулы, благодаря обилію гигантскихъ клѣтокъ и гиалиновыхъ массъ, представляютъ весьма причудливый видъ. Другіе фолликулы имѣютъ меньше клѣточныхъ бугорковъ того же типа, что и въ предыдущихъ фолликулахъ, но рѣзко склерозированы и какъ бы насыщены толстыми тяжами и глыбами гиалина. Меньшинство фолликуловъ является сплошными очагами казеознаго распада безъ всякихъ слѣдовъ клѣточныхъ элементовъ, окруженныхъ соединительнотканной капсулой. Въ этихъ железахъ были обнаружены въ срѣзахъ Коховскіе бациллы въ весьма ограниченномъ количествѣ.

с) Лимфатическія железы, расположенныя у большой кривизны желудка и у воротъ печени, заключаютъ въ себѣ отдѣльные клѣточные бугорки, при чемъ составляющіе ихъ эпителиоидные элементы и гигантскія клѣтки некротизированы. Отчасти некротизирована и сама аденоидная ткань.

Поджелудочная железа. а) Почти $\frac{1}{3}$ препарата составляетъ участокъ ткани, сплошь занятый бугорками слѣдующаго строенія: въ центрѣ фибриноидная субстанція, эпителиоидные элементы и фибробласты, дальше, къ периферіи, гигантскія клѣтки и, наконецъ, лимфоидные элементы. Помимо этого сплошнаго туберкулезнаго очага, попадаетея множество одиночныхъ и слившихся бугорковъ внутри препарата, рядомъ съ неизмѣненными железистыми трубками. Отличительной чертой всѣхъ бугорковъ является обиліе въ нихъ гигантскихъ клѣтокъ съ расположеніемъ ядеръ по периферіи.

Съ краю препарата наблюдается казеозный очагъ, въ которомъ уже нѣтъ живыхъ клѣтокъ и остались лишь обломки ядеръ (кагуоггhexis); по периферіи же этого очага также встрѣчаются гигантскія клѣтки.

Большой интересъ представляютъ измѣненія, найденныя въ лимфатическихъ сосудахъ поджелудочной железы.

Стѣнки этихъ сосудовъ утолщены, при чемъ въ разросшейся intimѣ, а иногда и въ adventitiѣ обнаружены свѣжіе бугорки; нѣкоторые же лимфатическіе сосуды затромбированы.

б) На срѣзахъ изъ другихъ участковъ поджелудочной железы наблюдается то же обиліе бугорковъ, расположенныхъ то въ интерстиціальной ткани, то внутри долекъ, между железистыми трубками. Строеніе этихъ бугорковъ то же, что и на предыдущихъ срѣзахъ: фибриноидная субстанція и эпителиоидные элементы въ центрѣ, гигантскія клѣтки и лимфоидные элементы къ периферіи.

Отличительной чертой этих сръзовъ является то обстоятельство, что нѣкоторые Лангергансовскіе островки также попадаютъ въ сферу туберкулезной ткани, элементы которой присоединяются къ клѣткамъ островка и превращаютъ его въ своеобразный клубочекъ, состоящій изъ смѣси железистыхъ элементовъ и элементовъ собственно бугорка. Нѣкоторые же бугорки только подходятъ близко къ Лангергансовымъ островкамъ.

Общей же чертой для всѣхъ сръзовъ поджелудочной железы служитъ то обстоятельство, что нѣкоторые элементы какъ бугорковъ, такъ и железистой ткани подверглись дѣйствию поджелудочнаго сока, выразившемуся въ слабой окраскѣ протоплазмы и исчезновеніи ядеръ, такъ что даже гигантскія клѣтки являются безъядерными.

Желудокъ. Края язвы желудка содержатъ рубцовую соединительную ткань, въ которой заложены атрофированныя круглыя эпителиальныя клѣтки, расположенныя по отношенію къ стромѣ атипично. Можно думать, что здѣсь произошло раковое перерожденіе хронической круглой язвы желудка.

Кишки ничего особеннаго не представляютъ.

Печень. Капилляры сильно растянуты красными кровяными шариками. Междолечная соединительная ткань разращена. Обиліе очаговъ мелко-кѣлочной инфильтраціи не только въ Глиссоновой капсулѣ, но и внутри долекъ въ родѣ милиарныхъ бугорковъ (интоксикаціонныя лимфомы). Встрѣчаются отдѣльныя образования, напоминающія фиброзныя бугорки.

Селезенка. Мальпигіевы тѣльца слабо выражены. Пульпы мало. Капсула и трабекулы утолщены. Обиліе желто-бураго пигмента. Туберкулеза не обнаружено.

Почки. Въ мочевыхъ канальцахъ, главнымъ образомъ изви-
тыхъ, клѣточная протоплазма набухла и тускла, ядра многихъ изъ нихъ не различимы. Нѣкоторыя эпителиальныя клѣтки слущились со стѣнки и находятся въ просвѣтахъ мочевыхъ канальцевъ.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.

Легкія. На большинствѣ сръзовъ, особенно лѣваго легкаго, замѣчается спаденіе альвеолъ иногда до полного соприкосновенія между собой ихъ стѣнокъ и утолщеніе альвеолярныхъ перегородокъ; въ послѣднихъ наблюдается обильное скопленіе угольнаго пигмента (anthracosis). Рядомъ съ ателектатичными участками встрѣчаются отдѣльныя эмфизематозно расширенныя альвеолы.

На сръзахъ изъ нижнихъ долей обоихъ легкихъ обнаружено заполненіе всѣхъ альвеолярныхъ просвѣтовъ прозрачной серозной жидкостью, такъ называемый отекъ легкихъ.

Какъ случайная находка, можетъ быть отмѣчена закупорка одной изъ мелкихъ вѣтвей легочной артеріи оторвавшимся откуда-то тромбомъ, такъ назыв. эмболія; пробка эта состоитъ изъ однообразно-мелкозернистой массы, образовавшейся на счетъ склеившихся и распавшихся кровяныхъ пластинокъ, и волоконъ фибрина, между которыми видны отдѣльныя левкоциты.

При самомъ тщательномъ изслѣдованіи множества сръзовъ изъ самыхъ разнообразныхъ отдѣловъ легкихъ никакихъ элементовъ туберкулеза въ нихъ не обнаружено.

Бронхиальныя и трахеальныя железы. Кромѣ отложенія угольнаго пигмента, въ нихъ не замѣчается никакихъ уклоненій отъ нормы.

Интересъ данного случая сосредоточивается въ брыжжечныхъ и поджелудочной железахъ, микроскопическое изслѣдованіе которыхъ обнаружило въ нихъ присутствіе хроническаго туберкулеза, доказаннаго наличностью Коховскихъ бациллоу, кѣлочныхъ бугорковъ и казеознаго метаморфоза съ частичнымъ омѣлотвореніемъ. При этомъ, судя по гистологической картинѣ, пораженіе брыжжечныхъ железъ болѣе давняго происхожденія, чѣмъ таковое поджелудочной железы. Принимая во вниманіе отсутствіе туберкулеза въ легкихъ, бронхиальныхъ железахъ и кишечникѣ, данный туберкулезъ брыжжечныхъ железъ необходимо считать *первичнымъ*, произошедшимъ вслѣдствіе проникновенія бациллоу черезъ неповрежденную слизистую оболочку кишекъ. Возможность такого проникновенія неоспоримо доказана опытами на животныхъ, какъ то указано при описаніи случая IX.

Задаваясь вопросомъ о томъ, гдѣ именно могло произойти проникновеніе бациллоу черезъ кишечную стѣнку, считаемъ наиболѣе близкимъ къ истинѣ предположеніе, что въ данномъ случаѣ вѣдреніе и проникновеніе бациллоу произошло у мѣста перехода 12-перстной кишки въ тонкую, такъ какъ изъ всѣхъ брыжжечныхъ железъ наиболѣе пораженными являются тѣ, которыя расположены у верхняго конца корня брыжжейки тонкихъ кишекъ. Можно было бы думать, что входными воротами для бациллоу служила раковая язва желудка, но этому противорѣчить то обстоятельство, что железы, расположенныя вблизи

желудка и у воротъ печени, обнаруживаютъ наиболѣе свѣжій туберкулезъ, возникшій, очевидно, вторично вслѣдъ за заболѣваніемъ другихъ железъ. Тѣмъ не менѣе въ зараженіи организма туберкулезомъ черезъ кишечникъ раковое пораженіе желудка имѣло то неоспоримое значеніе, что ослабленный въ своей кислотности или совершенно лишенный ея желудочный сокъ утратилъ свои бактерицидные свойства (Straus, Würtz, Zagari) или (по другимъ авторамъ) пересталъ быть „неблагопріятной средой“ для Коховскихъ бациллоу и тѣмъ способствовалъ ихъ размноженію и прохожденію черезъ желудокъ въ кишечникъ.

Итакъ, весь путь туберкулезной инфекціи въ данномъ случаѣ представляется намъ въ слѣдующемъ видѣ: Коховскіе бациллы, скорѣе всего, съ пищей безпрятственно постунали черезъ желудокъ въ кишечникъ и на границѣ 12-перстной кишки съ тощей — мѣстѣ нѣкоторой задержки пищевыхъ массъ вслѣдствіе получающагося здѣсь изгиба и неподвижности кишечнаго канала — фиксировались, проникли черезъ слизистую оболочку и по лимфатическимъ сосудамъ попадали въ брыжеечныя железы; внослѣдствіи изъ пораженныхъ туберкулезомъ брыжеечныхъ железъ инфекція по лимфатическимъ сосудамъ поднялась къ поджелудочной железн; послѣднее предположеніе до нѣкоторой степени подтверждается наличиемъ бугорковъ въ *intimâ* и *adventitiâ* лимфатическихъ сосудовъ ея.

Въ данномъ случаѣ заслуживаетъ быть отмѣченнымъ то обстоятельство, что, несмотря на строгую ограниченность туберкулеза брыжеечными и поджелудочной железами, инфекція, хотя въ слабой степени, проникла по вѣтвямъ *v. portae* въ печень, вызвавъ здѣсь высыпаніе отдѣльныхъ бугорковъ. Изъ дальнѣйшаго описанія мы увидимъ, что печень обнаруживаетъ особую воспримчивость къ туберкулезу съ локализацией въ кишкахъ-брыжеечныхъ железахъ, что, вѣроятно, стоитъ въ связи и съ мѣстоположеніемъ печени на пути отъ кишекъ черезъ *v. porta* къ *v. cava inferior*, и съ условіями кровообращенія въ ней, образующими изъ нея фильтръ не только для туберкулезныхъ бациллоу, но и для всякихъ патогенныхъ началъ, особенно — кишечнаго происхожденія (барьерная функція).

Относительно клиническаго проявленія данной формы туберкулеза трудно судить потому, что въ организмѣ одновременно присутствовали 2 истощающихъ хроническихъ процесса — ракъ и туберкулезъ, — вносящихъ путаницу въ наши сужденія. Отсутствіе аппетита, тошноту, рвоту и др. желудочные симптомы надо отнести на счетъ

раковой язвы желудка; что же касается кахекии съ отеками, водянкой груди и живота, тяжелой вторичной анеміей и проч., то таковая, надо думать, обязана своимъ происхожденіемъ обѣимъ болѣзнямъ: въ большей степени — раку, въ меньшей — туберкулезу. Кахекия и послужила причиной смерти больной.

Случай X.

Краткая исторія болѣзни.

Елена К., крестьянка Змиевскаго уѣзда, по профессіи горничная, 19 лѣтъ, поступила 10 ноября 1903 года въ Харьковскую городскую Александровскую больницу съ жалобами на боли въ животѣ, икоту и рвоту. Заболѣла внезапно 4 дня тому назадъ. Температура 38°9. Большая выше средняго роста, правильнаго тѣлосложенія; подкожно-жировой слой и мускулатура развиты удовлетворительно. Видимыя слизистыя оболочки окрашены нормально.

При перкуссии и аускультации сердца и легкихъ никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружено; пульсъ учащенъ соотвѣтственно температурѣ. Животъ сильно вздутъ; при пальпации живота всюду сильная болѣзненность даже при легкомъ прикосновеніи; при перкуссии слышенъ тимпанитъ. Нижняя граница печени выходитъ по *mamillar'*ной линіи на 4 пальца изъ-за ложныхъ реберъ. Селезенка ясно прощупывается.

Клиническій діагнозъ: вначалѣ *typhus abdominalis*, затѣмъ, въ виду наличности: отсутствія стула, сильной болѣзненности въ области живота, рвоты и икоты — *ileus*. Была произведена *laparotomia*, и *ileus'a* не оказалось. На слѣдующій день *exitus letalis*.

Вскрытіе произведено помощникомъ прозектора І. Ф. Пожарскимъ 16 ноября 1903 года.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Черепная полость. Черепъ круглый, кости свода тонкія, въ синусахъ твердой мозговой оболочки жидкая кровь, мягкая мозговая оболочка венозно гиперемирована, вещество мозга гиперемировано и слегка отечно.

Грудная полость. Легкія малы, всюду свободны, на разрѣзѣ по заднему краю отечны, также отечны въ верхнихъ доляхъ и по переднему краю.

Нигдѣ никакихъ гнѣздъ уплотнѣній не содержится въ обоихъ легкихъ.

Сердце нормальнаго объема, въ правой половинѣ и по задней поверхности покрыто большимъ количествомъ жира. Сердечныя стѣнки нормальной величины. Эндокардій безъ измѣненій. Мускулатура сердца плотна, буро-краснаго цвѣта. Двустворчатый клапанъ склерозированъ, особенно по свободному краю; клапаны аорты также склерозированы по свободному краю. Аорта узкая, тонкостѣнная, содержитъ разбѣянные, атероматозныя желтыя бляшки.

Брюшная полость. На передней брюшной стѣнкѣ отъ пупка внизъ до лобка — операціонная рана, закрытая скорняжнымъ швомъ — серфинами. Въ брюшной полости въ маломъ тазу до стакана мутной жидкости съ фибринозно-гнойнными хлопьями желтаго цвѣта. На серозѣ кишекъ мѣстами также свѣжія фибринозно-гноинныя отложенія желтаго цвѣта. Сальникъ гиперемированъ, пришитъ въ одномъ мѣстѣ въ рану. Печень слегка увеличена, желтаго цвѣта; границы долекъ плохо видны. Селезенка увеличена приблизительно въ 2 раза, капсула не напряжена, ткань на разрѣзѣ темнаго цвѣта, пульпа легко выскабливается. Почки нормальной величины, капсула снимается легко, поверхность дольчатая; корковый слой на разрѣзѣ сѣровато-краснаго цвѣта, пирамидки обезцвѣчены. Мочевой пузырь пустъ. Матка нормальной величины; придатки свободны; въ лѣвомъ яичникѣ свѣтлое, желтое тѣло.

Желудокъ вздутъ газами, слизистая его зерниста. Слизистая тонкихъ кишекъ отечна, сѣраго цвѣта; Пейеровы бляшки всюду элективно гиперемированы, слегка набухши.

На *valvula Bauhinii* обнаружена поверхностная язва величиной съ 15 коп. монету; въ *слѣпой кишкѣ*, тотчасъ подъ заслонкой, щелевидная язва, длина которой равна 1,8 см., ширина — 7 мм.; направленіе этой язвы снизу слѣва вверхъ и направо. Окраска обѣихъ язвъ темнокрасная. Ничего напоминающаго бугорки нельзя было замѣтить невооруженнымъ глазомъ.

Слизистая толстыхъ кишекъ безъ особыхъ измѣненій.

Diagnosis anatomica. Ulcera valvulae Bauhinii et caeci tuberculosa. Hyperaemia glandularum Peyerii. Hyperplasia lienis. Degeneratio adiposa hepatis. Peritonitis sero-purulenta acuta. Operatio laparotomia.

Микроскопическое изслѣдованіе.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ.

Кишки. Въ нихъ наибольшее вниманіе было уделено 2 упомянутымъ язвамъ слѣпой кишки, представляющимъ главный интересъ

всего случая. Изъ каждой язвы было взято для изслѣдованія по нѣскольکو кусочковъ.

1) *1-я язва* (изъ слѣпой кишки). Въ общихъ чертахъ всѣ взятые кусочки изъ этой язвы представляютъ почти одинаковыя гистологическія измѣненія, укладываемыя въ слѣдующую картину. Длина этой язвы 1,8 см., глубина 1 мм. При маломъ увеличеніи видно, что дно язвы слегка изрыто и представлено мелко-клеточно инфильтрированной подслизистой тканью, прерываемой сохранившимися участками слизистой оболочки. Въ отдѣльныхъ мѣстахъ на свободной поверхности язвы имѣются полипозные выступы неправильной формы, состоящіе изъ густого скопленія лейкоцитовъ.

Тотчасъ подъ дномъ язвы и по краямъ расположены мельчайшіе бугорки типичнаго строенія. При разсмотрѣваніи бугорковъ съ большимъ увеличеніемъ, видно, что большинство ихъ состоитъ сплошь изъ эпителиоидныхъ клетокъ съ нѣжной протоплазмой, окрашенной въ блѣдно-розовый цвѣтъ, и пузырькообразными, также слабо-окрашенными гематоксилиномъ ядрами; въ меньшинствѣ же бугорковъ, кромѣ эпителиоидныхъ клетокъ, встрѣчается примѣсь небольшого количества фибробластовъ, фибриноида, одиночныхъ гигантскихъ клетокъ и миллиарныхъ некрозовъ.

При этомъ одни бугорки лежатъ среди сплошнаго скопленія лимфоидной ткани; другіе же, по 2—5 экземпляровъ въ одной группѣ, располагаются внутри ясно отграниченныхъ лимфоидныхъ образований кругловатой и грушевидной формы, т. е. внутри солитарныхъ фолликуловъ, находящихся въ состояніи гипереміи и гиперплазіи. Важно отмѣтить, что локалізация бугорковъ внутри фолликуловъ замѣчается въ тѣхъ язвенныхъ островкахъ, гдѣ еще сохранилась слизистая оболочка; въ мѣстахъ же дефекта бугорки или совсѣмъ отсутствуютъ или располагаются глубоко въ подслизистой оболочкѣ среди диффузной лимфоидной ткани. Отсюда видно, что начальной локалізаціей бугорка является фолликулъ, но распаденіи котораго образуется язва, и тогда исчезаютъ какъ очертанія фолликуловъ, такъ и элементы туберкулеза, сохраняющіеся только при неглубокомъ дефектѣ. Всѣ описанные бугорки расположены исключительно въ подслизистой оболочкѣ, и на множествѣ препаратовъ изъ этой язвы намъ удалось увидѣть только 1 бугорокъ внутри лимфатическаго сосуда въ подсерозной оболочкѣ соответственно бугоркамъ въ солитарныхъ фолликулахъ.

Бугорковъ въ брюшинѣ найти не удалось; на свободной поверхности ея замѣчаются волокна и сѣти фибрина, среди которыхъ заложены

многоядерные лейкоциты съ примѣсью отпавшаго эндотелія брюшины. Кровеносные сосуды во всѣхъ слояхъ кишечной стѣнки расширены и наполнены красными кровяными шариками.

2) 2-я язва (на v. Bauhinii). Въ виду округлой формы этой язвы изъ нея было вырѣзано для изслѣдованія нѣсколько кусочковъ изъ разныхъ мѣстъ.

а) По своему виду эта язва при маломъ увеличеніи представляется болѣе характерной для туберкулеза, чѣмъ предыдущая, такъ какъ она глубже (2—2½ mm.), имѣетъ слегка неровное дно, а главное—холмообразно-нависшіе, подрытые края. Дно этой язвы лишено основы слизистой оболочки, опираясь въ подслизистую ткань, покрытую тонкой полоской грануляціонной ткани.

При большомъ увеличеніи видно, что упомянутая грануляціонная ткань состоитъ изъ новообразованныхъ капилляровъ, лимфоцитовъ, плазматическихъ клѣтокъ, фибробластовъ и единичныхъ гигантскихъ клѣтокъ; нависшіе же по краямъ язвы бугры состоятъ изъ мелкоклѣточно инфильтрированной основы слизистой оболочки, въ которой рядомъ съ густымъ скопленіемъ одноядерныхъ можно видѣть и многоядерные лейкоциты.

Отдѣльныхъ клѣточныхъ бугорковъ въ срѣзахъ изъ этого кусочка язвы обнаружить не удалось.

б) Въ срѣзахъ изъ другого кусочка той же язвы, кромѣ только что описанныхъ измѣненій, можно наблюдать слѣдующее.

У основанія одного изъ бугровъ, въ глубинѣ подслизистой ткани, на самой границѣ съ мышечной, имѣются бугорки, состоящіе изъ эпителиоидныхъ клѣтокъ, фибробластовъ, одиночныхъ гигантскихъ клѣтокъ и лимфоцитовъ по периферіи. По формѣ этихъ бугорковъ и наличности въ нихъ ясно выраженной оболочки можно утверждать, что бугорки эти расположились внутри лимфатическихъ сосудовъ.

с) Въ срѣзахъ изъ третьяго кусочка дно язвы состоитъ изъ мелкоклѣточного инфильтрата, прерываемаго типичными эпителиоидными бугорками, расположенными по 2—3 экземпляра рядомъ.

Какъ общая особенность срѣзовъ изъ обѣихъ разсмотрѣнныхъ язвъ, должно быть отмѣчено то обстоятельство, что вышеупомянутый мелкоклѣточный инфильтратъ свободной поверхности язвы проникаетъ черезъ всю толщу кишечной стѣнки, отпуская отъ себя какъ бы отдѣльные лучи инфильтрата къ наружнымъ слоямъ и мѣстами образуя большіе инфильтраты въ подбрюшинной клѣтчаткѣ.

Въ срѣзахъ изъ кишечныхъ язвъ обнаружены одиночные бациллы Кош'а.

3) Слизистая оболочка вблизи язвъ истончена, подслизистая ткань склерозирована, Либеркюновы железы сдавлены и атрофированы.

4) Въ слизистой оболочкѣ нижнихъ отдѣловъ тонкихъ кишекъ необходимо отмѣтить гнѣздныя кровоизліянія, занимающія все пространство между слизистой оболочкой и мышечнымъ слоемъ. При разематриваніи этихъ кровоизліяній съ большимъ увеличеніемъ видно, что они состоятъ въ преобладающемъ числѣ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ со свернувшимся фибриномъ и лейкоцитами въ центрѣ (обстоятельство, указывающее на прижизненное происхожденіе кровоизліянія). Кровоизліянія эти по формѣ и величинѣ соответствуютъ солитарнымъ фолликуламъ.

Въ остальномъ слизистая оболочка и остальные слои тонкихъ кишекъ не представляютъ ничего особеннаго.

Печень. Центральныя вены и прилежащіе капилляры растянуты наполняющими ихъ красными кровяными шариками.

Печеночныя клѣтки набухли, протоплазма ихъ мутна, мелкозерниста, съ большимъ количествомъ пигмента. Во многихъ печеночныхъ клѣткахъ имѣются жировыя капли, заполняющія подчасъ всю клѣтку и оттѣсняющія ядро къ периферіи; также попадаются цѣлыя участки печеночной ткани, въ которыхъ клѣтки сильно наполнены жировыми каплями, и такіе участки, въ которыхъ нѣтъ слѣдовъ печеночной паренхимы, замѣненной жировыми альвеолами различной величины. Въ Глиссоновой капсулѣ мѣстами очаги мелкоклѣточного инфильтрата.

Среди печеночной паренхимы удалось встрѣтить бугорки по одному не въ каждомъ препаратѣ.

Селезенка. Въ ней замѣчается рѣзкая гиперемія, при чемъ красныя кровяныя тѣльца въ обильномъ количествѣ скопляются въ пульпѣ и даютъ гнѣздныя кровоизліянія. Кавернозные вены переполнены и растянуты кровью.

Пульпа гиперлизирована, на что указываютъ каріокINETИЧЕСкія фигуры. Кромѣ того, замѣчается гліаннозъ сосудовъ. Туберкулезныхъ элементовъ не обнаружено.

Почки. Кровеносные сосуды гиперемированы. Въ извитыхъ канальцахъ бѣлковое перерожденіе, выразившееся въ томъ, что клѣтки ихъ набухли, мелкозернисты, многія утратили свои ядра и

слушались со стѣнки въ просвѣтъ мочевыхъ канальцевъ. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ извитыхъ канальцевъ жировое перерождение.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.

Легкія. Микроскопическое изслѣдованіе множества срѣзовъ изъ самыхъ разнообразныхъ участковъ обоихъ легкихъ не обнаружило въ нихъ рѣшительно никакихъ уклоненій отъ нормы.

Такъ же нормальны *bronхіальныя* и *трахеальныя железы*.

Резюмируя найденныя нами измѣненія въ кишкахъ на мѣстѣ 2-хъ вышеупомянутыхъ язвъ, приходимъ къ заключенію, что обѣ онѣ несомнѣнно туберкулезнаго характера, о чемъ свидѣтельствуютъ: неровное дно и подрывы края, туберкулезныя грануляціи, а главное—типичныя бугорки съ гигантскими клѣтками, расположенныя во множествѣ на днѣ язвы въ подслизистой ткани и даже одиночно проникающіе въ подсерозную ткань; объ этомъ же свидѣтельствуетъ наличность Коховскихъ бациллоу.

Въ то же время необходимо отмѣтить, что описанныя туберкулезныя язвы довольно свѣжаго происхожденія, такъ какъ онѣ занимаютъ очень ограниченный участокъ кишечника, крайне поверхностны, не захватили соответственныхъ брыжжеечныхъ железъ и—что особенно демонстративно—изобилуютъ свѣжими эпителиоидными бугорками безъ казеознаго перерожденія и часто даже безъ фибробластовъ и гигантскихъ клѣтокъ; о свѣжести этихъ язвъ говоритъ также то обстоятельство, что найденныя въ нихъ бугорки пропитали лишь подслизистый слой и, за исключеніемъ одиночныхъ бугорковъ, обнаруженныхъ въ подсерозной ткани, еще не проникли ни въ мускульную, ни въ серозную ткань.

Тѣ же бугорки, которые успѣли проникнуть въ подсерозную оболочку, строго расположились внутри лимфатическихъ сосудовъ,—обстоятельство, указывающее на способъ передачи туберкулезной инфекции со слизистой оболочкой внутрь брюшной полости.

Въ тѣсной связи съ кишкой стоитъ брюшина, гистологическія измѣненія которой возможно изучить одновременно съ разсматриваніемъ послойнаго строенія кишечной стѣнки. Эти гистологическія измѣненія: сильная инъекція сосудовъ, фибринъ на свободной поверхности брюшины и пр., въ связи съ находкой на вскрытіи

(мутная жидкость съ фибринозно-гнойными хлопьями въ маломъ тазу), указываютъ на острое воспаленіе ея.

На первыхъ порахъ казалось бы, что это воспаленіе чисто туберкулезнаго характера, исходнымъ пунктомъ котораго послужили 2 описанныя язвы; но полное отсутствіе бугорковъ на брюшинѣ, гнойный характеръ брюшиннаго выпота и вышеупомянутыя воспалительныя инфильтраты, пробѣгающіе отдѣльными лучами поперекъ кишечной стѣнки (отъ дна язвы къ брюшинѣ съ особенно большими скопленіями инфильтрата въ днѣ и подбрюшинной клѣтчаткѣ), говорятъ скорѣе о совмѣстной инфекціи Коховскими бациллами съ гноеродными кокками, произошедшей черезъ обнаженную поверхность существовавшихъ язвъ. Такимъ образомъ, въ противоположность прободному воспаленію брюшины, данный перитонитъ возникъ вслѣдствіе постепеннаго проникновенія воспалительнаго процесса со дна язвы черезъ стѣнку кишки до брюшины (*per continuitatem*).

Сопоставляя наличность 2-хъ туберкулезныхъ язвъ, поселившихся въ слѣпой кишкѣ, съ полнымъ отсутствіемъ туберкулеза въ легкихъ и вообще въ организмѣ, приходимъ къ заключенію, что данный туберкулезъ кишечника является *первичнымъ*, такъ какъ не можетъ быть рѣчи ни о зараженіи черезъ мокроту со стороны легкихъ, ни о зараженіи черезъ лимфу, кровь или прикосновеніе (*per contingitatem*) по отсутствію туберкулеза во всѣхъ органахъ, кромѣ печени.

Въ послѣдней же одиночныя бугорки, несомнѣнно, вторичнаго происхожденія вслѣдствіе заноса бациллоу изъ слѣпой кишки черезъ одну изъ вѣтвей *venae portae* (*vena mesenterica sup.*).

Въ данномъ случаѣ первичнаго туберкулеза кишечника является весьма характерной локализацией его—слѣпая кишка, служащая на ряду съ нижнимъ отдѣломъ подвздошной кишки и червеобразнымъ отросткомъ излюбленнымъ мѣстомъ для кишечнаго туберкулеза. Такая предпочтительная локализация (*Prädilektionsstelle*) объясняется слѣдующими причинами: во 1-хъ, чрезвычайнымъ развитіемъ фолликулярнаго аппарата въ этихъ отдѣлахъ кишечника (а фолликулы, благодаря своей способности къ всасыванію бациллоу и другихъ веществъ, являются мѣстомъ первичнаго развитія туберкулоу); во 2-хъ, длительной задержкой въ нихъ каловыхъ массъ, причиняющихъ эрозіи и тѣмъ способствующихъ вѣдренію инфекціи (таковая задержка происходитъ вслѣдствіе крутого изгиба, принимаемаго здѣсь кишечникомъ, неподвижности или минимальной подвижности его въ этихъ пунктахъ и отчасти вслѣдствіе образованія слѣпнаго мѣшка).

Переходя къ клинической оцѣнкѣ 2-хъ вышеупомянутыхъ туберкулезныхъ язвъ, мы думаемъ, что сами по себѣ онѣ не могли бы оказать значительнаго вліянія на общее состояніе организма (въ этомъ отношеніи исторія болѣзни не даетъ никакихъ указаній), при благоприятныхъ условіяхъ начали бы рубцеваться и въ послѣдствіи явились бы случайной секціонной находкой. Но кишечникъ подвергся новой инфекціи гноеродными кокками, и эти язвы, какъ обнаженная поверхность, облегчили инфекціоннымъ началамъ проникнуть вглубь кишечной стѣнки, достигнуть брюшины и вызвать острое ея воспаленіе. Последнее и послужило причиной смерти.

С л у ч а й X I.

Краткая исторія болѣзни.

Иванъ К., крестьянинъ Екатеринославской губ., по профессіи лакей, 70 лѣтъ, былъ доставленъ въ безсознательномъ состояніи въ Харьковскую городскую Александровскую больницу 16 января 1904 года. По словамъ сына больного, послѣдній въ день доставленія въ больницу упалъ въ банѣ съ полки и расшибся. Пульсъ 72, рѣзко выраженный артеріосклерозъ. Въ легкихъ многочисленные хрипы, крупно и мелкопузырчатые.

Кровооттекъ на правомъ глазу. Въ области затылочной кости косо идущая *vulnus contusum* длиною 5—6 сант.; края раны отечны и довольно сильно разошлись; при зондированіи ея не обнаружено ни обломленной кости, ни трещины, ни вдавленія. Кости конечностей цѣлы; на правомъ бедрѣ, съ наружной стороны, на высотѣ средней трети, кровооттекъ величиною немного меньше рубля.

Въ тотъ же день, въ 9 ч. 10 м. вечера, больной, не приходя въ сознаніе, умеръ при мозговыхъ явленіяхъ съ пульсомъ отъ 60—50 ударовъ въ минуту.

Вскрытіе произведено 18 января 1904 года помощникомъ прозектора, д-ромъ І. Ф. Пожарскимъ.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Трупъ средняго роста. Вокругъ праваго глаза, главнымъ образомъ у внутренняго его края, рѣзкое темно-синее окрашиваніе.

Черепная полость. Черепъ круглый, кости свода склерозированы. Твердая мозговая оболочка утолщена, вдоль *sinus longitudinalis* сращена съ костями черепа. Въ лѣвой половинѣ, подъ твердой

оболочкой, въ толщѣ мягкой, свѣжее кровоизліяніе, занимающее всю лѣвую наружную поверхность мозга. Мелкія точечныя кровоизліянія разсыяны въ прилежащихъ частяхъ мозга, въ сѣромъ веществѣ его. На правой височной кости, отступя на 3 пальца кпереди отъ шва между затылочной и височной костью, начинается линейная трещина костей свода черепа; направляется она кпереди и нѣсколько книзу и, отступя на 2 пальца къзади отъ *processus frontalis ossis zygomatici*, разделяется на двѣ вѣтви. Въ жировой клѣтчаткѣ глазницы правой стороны и въ правой половинѣ рѣшетчатой кости содержится свободная кровь. Сосуды основанія мозга склерозированы, покрыты до сравнительно мелкихъ развѣтвленій омѣлотовренными, атероматозными бляшками.

Грудная полость. Оба легкихъ свободны, увеличены въ объемѣ; въ обѣихъ нижнихъ доляхъ, а также и по нижнему краю верхней доли праваго легкаго содержатся разсыяныя, мѣстами сливающіяся мелкія гнѣзда сѣро-красной гепатизаціи. Признаковъ туберкулеза не обнаружено ни въ легкихъ, ни въ бронхиальныхъ и трахеальныхъ железахъ.

Сердце увеличено, особенно въ правой половинѣ. 3-хъ-створчатый клапанъ утолщенъ, съ низкими створками. 2-хъ-створчатый клапанъ также утолщенъ, главнымъ образомъ по свободному краю. Клапаны *art. pulmonalis* и особенно аорты склерозированы. Аорта широка, съ выпячиваніемъ въ правую сторону. Стѣнка ея толста, покрыта мягкими желтыми бляшками. *Intima* между ними складчата.

Кости грудной кѣтки съ правой стороны, именно: ключица у акромиальнаго конца и верхнія 7 реберъ по парастернальной и передней аксиллярной линіи переломаны и легко подвижны въ своихъ частяхъ.

Брюшная полость. Печень имѣетъ 40 см. длины и 25 см. ширины. На верхней поверхности слѣды давленія реберъ; ткань дряблая, на разрѣзѣ глинистаго цвѣта, прослойки Глессоновой капсулы мѣстами иктерично окрашены; границы долекъ плохо видны. Желчный пузырь растянутъ темною жидкою желчью. Селезенка увеличена: имѣетъ 16 см. длины, 10 см. ширины. Капсула ея морщиниста, ткань плотна, *pulpa* выкабливается въ достаточномъ количествѣ. *Art. lienalis* расширена, извитая, покрыта плотными атероматозными бляшками. Почки нормальной величины, дольчаты, капсула снимается легко, границы слоевъ хорошо видны; корковый слой истонченъ, сосочки пригнуплены, жировая клѣтчатка около лоханки хорошо развита; поверхность покрыта небольшими кистами. Желудокъ расширенъ; слизистая оболочка его покрыта большимъ количествомъ кровависто-окрашенной слизи.

Слизистая оболочка тонких кишек сѣраго цвѣта. Въ самомъ началѣ *jejunit*, у *plicae duodeno-jejunalis* обнаружены 2 язвы полуциркулярной формы, съ плотными краями и слегка зернистымъ дномъ, отстоящія другъ отъ друга на разстояніи около 3 см.

При детальномъ разсмотрѣніи спиртовыхъ препаратовъ, взятыхъ изъ этихъ изъязвленныхъ участковъ кишки и сохранныхъ для спеціальнаго изслѣдованія, мною найдено слѣд.

Длина этихъ язвъ около 2 см., ширина 3—5 мм.; толщина стѣнки кишки вблизи язвы 5 мм., въ мѣстѣ язвы 3 мм., въ то время какъ въ другихъ мѣстахъ толщина ея 1 мм.; подслизистая оболочка въ мѣста язвы толщиной въ 1½ мм., мышечная также 1½ мм. На разрѣзѣ подслизистая оболочка однороднаго сѣровато-бѣлаго цвѣта, напоминающаго сыровидное перерожденіе; мѣстами послѣднее заходитъ также и въ мышечную оболочку неровными, зигзагообразными выступами, образуя въ ней иногда милиарные бугорки, едва замѣтные невооруженному глазу.

Между дефектомъ слизистой оболочки и поражениемъ подслизистой замѣчается несоотвѣтствіе, именно: подслизистая поражена на большемъ протяженіи, чѣмъ слизистая, такъ что, при дефектѣ слизистой въ ½ см., казеозное перерожденіе подслизистой захватило 1 см.

Инфильтрація и утолщеніе кишки на мѣстѣ туберкулезныхъ язвъ хорошо замѣтны и при оцупываніи, давая ощущеніе мозолистой плотной ткани. Края язвы неровные, плотные, мозолистые, характерные для туберкулеза; дно же кажется относительно ровнымъ, гладкимъ и только мѣстами слегка зернистое, но во всякомъ случаѣ не имѣетъ свойствъ дна туберкулезныхъ язвъ: здѣсь нѣтъ бугорковъ, некроза и налета. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ атрофирована и содержитъ разсѣянные увеличенные фолликулы.

Diagnosis anatomica. Ulcera tuberculosa intestini jejuni. Arteriosclerosis universalis. Fractura basis cranii et costarum lateris dextri. Haemorrhagia meningum et encephalis lateris sinistri. Pneumonia catarrhalis lobi inferioris pulmonum dextri et sinistri. Tumor lienis chronicus.

Микроскопическое изслѣдованіе.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ.

Кишки. Въ нихъ наиболѣе тщательному изслѣдованію подверглись 2 упомянутыхъ язвы начала тонкой кишки, обнаруженныя

у *plicae duodeno-jejunalis*. Изъ каждой язвы было взято для микроскопическаго изслѣдованія по 2 кусочка.

1) *1-я язва.* а) При слабомъ увеличеніи или даже невооруженнымъ глазомъ на срѣзѣ видна весьма демонстративная картина туберкулезной язвы. Глубина этой язвы 3 мм., ширина ея у слизистой 3 мм., на днѣ 2 мм. Дно кажется чистымъ, ровнымъ, окрашено въ блѣдный цвѣтъ и состоитъ изъ разросшейся подслизистой ткани; края неровны, бухтообразно изрыты, хорошо окрашены гематоксилиномъ и состоятъ изъ мелкоклеточно-инфильтрированной ткани. У самой слизистой и глубже, въ подслизистой ткани, видны бугорки, сидящіе симметрично по обѣимъ сторонамъ язвы и мѣстами достигающіе 1 мм. въ діаметрѣ. На одномъ краю этой язвы, непосредственно подъ ея дномъ, слегка прикрытый навпешей ворсинкой, расположенъ бугорковый конгломератъ грушевидной формы, обращенный основаніемъ къ подслизистой ткани, а верхушкой къ свободной поверхности язвы. Судя по формѣ этого конгломерата, надо думать, что туберкулезный процессъ поселился и занялъ цѣлкомъ одинъ изъ солитарныхъ фолликуловъ тонкой кишки.

Бугорки расположены также между волокнами циркулярнаго мышечнаго слоя, въ прослойкахъ между циркулярнымъ и продольнымъ мышечными слоями и, наконецъ, въ подсерозной ткани, при чемъ бугорки эти часто располагаются по одной поперечной линіи, проведенной отъ дна язвы къ серозной оболочкѣ. При разсматриваніи язвы съ большимъ увеличеніемъ находимъ, что мелкоклеточная инфильтрація краевъ язвы носитъ воспалительный характеръ, бугорки же представляютъ слѣдующее строеніе.

Одни изъ нихъ состоятъ изъ центрально расположеннаго фибриноиднаго вещества, окруженнаго довольно широкимъ поясомъ фибробластовъ, среди которыхъ находится много гигантскихъ клетокъ съ краевымъ расположеніемъ ядеръ; все это окружено узкимъ кольцомъ лимфоидныхъ элементовъ. Другіе состоятъ изъ фибробластовъ и эпителиоидныхъ клетокъ съ примѣсью гигантскихъ въ центрѣ и лимфоидныхъ клетокъ по периферіи. Такого же строенія бугорки, входящіе въ составъ упомянутаго конгломерата, хорошо виднаго даже невооруженнымъ глазомъ въ видѣ милиарнаго бугорка.

Вообще же надо замѣтить, что строеніе бугорковъ модифицируется лишь въ зависимости отъ одного обстоятельства: разстоянія ихъ отъ язвы, такъ какъ, по мѣрѣ удаленія бугорковъ къ наружнымъ слоямъ кишки, они становятся меньше и моложе и самые наружные

изъ нихъ являются эпителиоидными бугорками безъ фибробластовъ, а часто и безъ гигантскихъ клѣтокъ, какъ то замѣчалось въ бугоркахъ, сидящихъ на днѣ и по краямъ описанной язвы.

Помимо относительной свѣжести наружныхъ бугорковъ, въ ихъ строеніи замѣчается еще та особенность, что составляющіе ихъ элементы расположены концентрическими слоями и обладаютъ ясно выраженной оболочкой—обстоятельства, говоряція за то, что эти бугорки развились въ стѣнкѣ лимфатическихъ сосудовъ.

б) На срѣзахъ изъ другого кусочка той же язвы характернымъ является то обстоятельство, что, кромѣ бугорковъ по краямъ язвы, самое дно ея сильно инфильтрировано туберкулезными грануляціями, заключающими въ себѣ эпителиоидныя, лимфоидныя и гигантскія клѣтки.

Здѣсь также можно наблюдать, какъ бугорки, принадлежащіе различнымъ слоямъ кишечной стѣнки, располагаются по одной линіи, соответствующей, по большей части, краямъ язвы.

Кромѣ того, въ подсерозномъ слое кишечника соответственно язвѣ обнаруженъ поперечный разрѣзъ лимфатическаго сосуда, во внутренней оболочкѣ котораго расположился и свисъ въ просвѣтъ типичный бугорокъ съ гигантской клѣткой (табл. фиг. 6).

2) 2-я язва. Глубина ея 1 мм., ширина 5 мм. Дно и края ея слегка изрыты и инфильтрированы мелкими клѣтками, располагающимися то равномерно, то въ видѣ отдѣльныхъ скопленій кругловатой формы, доходящими до мышечнаго слоя и дальше проникающими въ межмышечные слои.

Рядомъ съ мелкоклѣточной инфильтраціей на днѣ этой язвы имѣются участки казеозно-распадающейся ткани, клѣтки которой совершенно утратили свои контуры, а весьма многія изъ нихъ представляются безъядерными. Въ глубинѣ подслизистой ткани, на уровнѣ краевъ язвы,—одиночные эпителиоидные бугорки продолговатой формы съ 2—3 гигантскими клѣтками, имѣющими характерное краевое расположеніе ядеръ; иногда эти ядра располагаются вѣикообразно.

Такого же строенія, но меньшихъ размѣровъ и кругловатой формы бугорки проникаютъ въ промежутки между круговыми мышечными волокнами и далѣе, между круговымъ и продольнымъ мышечными слоями.

3) Слизистая оболочка вблизи язвы съ одной стороны густо инфильтрирована мелкими клѣтками, ворсинки плохо выражены,

Либеркюновы железы низки, въ отдѣлительныхъ клѣткахъ этихъ железъ слизистое перерожденіе; съ другой стороны ворсинки выражены хорошо, но почти обнажены отъ покровнаго эпителия и набухли; въ Либеркюновыхъ железахъ слизистое перерожденіе.

4) Слизистая оболочка остальныхъ отдѣловъ тонкой и толстой кишекъ представляетъ измѣненія, свойственныя атрофіи.

Брыжжеечныя железы при микроскопическомъ изслѣдованіи не обнаружили никакихъ уклоненій отъ нормы.

Печень. Здѣсь необходимо отмѣтить очаги мѣстной гипереміи, какъ бы ангиоматознаго строенія, и милиарные очаги жирового перерожденія. Мѣстами замѣчается размноженіе желчныхъ капилляровъ въ Глиссоновой капсулѣ, въ v. centralis эмболии печеночными клѣтками.

Но самымъ важнымъ и интереснымъ результатомъ гистологическаго изслѣдованія печени является констатированіе въ ней клѣточныхъ бугорковъ, иногда достигающихъ величины милиарныхъ, на вскрытіи не замѣченныхъ. Бугорки эти почти правильно-круглой формы, состоятъ изъ эпителиоидныхъ съ порядочнымъ количествомъ типичныхъ гигантскихъ клѣтокъ въ центрѣ и небольшимъ количествомъ лимфоцитовъ по периферіи.

Селезенка. Капсула утолщена, трабекулы сильно развиты, ретикулярная ткань склерозирована, фолликулы атрофированы. Art. lienalis сильно склерозирована.

Почки. Соединительная ткань вокругъ канальцевъ разрослась и мѣстами сдавила ихъ до уничтоженія просвѣта. Рядомъ съ атрофированными мочевыми канальцами находятся расширенныя канальцы, какъ это обыкновенно наблюдается при интерстиціальномъ процессѣ. Мѣстами образовались небольшія кисты. Баумановская капсула утолщена, клубочки склерозированы, нѣкоторые изъ нихъ гиалинизированы. Въ артеріяхъ рѣзкій склерозъ.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.

Легкія. Для микроскопическаго изслѣдованія служили кусочки, вырѣзанные изъ самыхъ различныхъ мѣстъ обонхъ легкихъ. Патологическія измѣненія, найденныя въ нихъ, сводятся къ нижеслѣдующему.

Уже при слабомъ увеличеніи видно, что всѣ крупныя и мелкіе кровеносныя сосуды въ ткани легкаго переполнены и растянуты красными кровяными шариками. Капилляры расширены, змѣевидно извиты и вдаются въ просвѣтъ альвеолъ. Последнія наполнены

катарральнымъ эксудатомъ, состоящимъ преимущественно изъ полинуклеаровъ и альвеолярнаго эпителия, отпавшаго отъ стѣнки.

Альвеолярный эпителий набухъ, шарообразной формы, нерѣдко заключаетъ въ себѣ поглощенные имъ лейкоциты. Такого рода фагоцитозъ хорошо выраженъ въ альвеолярныхъ ходахъ, гдѣ встрѣчаются громадные шаровидныя протоплазматическія образования, содержащія до 10 и болѣе клѣточныхъ включеній.

Поглощенные фагоцитами клѣтки проходятъ всѣ стадіи клѣточного перевариванія въ нѣдрахъ фагоцитовъ. Кромѣ того, здѣсь имѣется жидкій бѣлковый катарральный эксудатъ въ видѣ мелкозернистой, свернувшейся массы и встрѣчаются мелкія палочки и кокки, красящіяся гематоксилиномъ. Въ альвеолахъ видны такъ называемыя пылевые клѣтки въ большомъ количествѣ.

Въ межальвеолярныхъ перегородкахъ, преимущественно подъ плеврой, образовались скопленія пигмента бурого цвѣта, который лежитъ частью въ клѣткахъ, частью между ними (*aluminosis pulmonis*). Кое-гдѣ вокругъ такихъ землистыхъ отложеній происходитъ незначительное разрастаніе соединительной ткани. Если ко всему сказанному прибавить еще незначительную примѣсь фибринозныхъ нитей, тамъ и сямъ проходящихъ въ просвѣтахъ альвеолъ между клѣтками эксудата, то сказаннымъ исчерпывается гистологическая картина остраго катарральнаго воспаления легкихъ въ данномъ случаѣ.

Въ бронхахъ содержится катарральный секретъ, къ которому примѣшаны клѣточки цилиндрическаго эпителия, отпавшія отъ слизистой оболочки.

Несмотря на тщательныя поиски, нигдѣ не удалось отыскать гистологическихъ признаковъ воспалительнаго процесса, хотя бы отдаленно напоминающаго острую или хроническую бугорчатку.

Вышеуказанное разрастаніе соединительной ткани, да и то въ незначительномъ количествѣ, находится, какъ сказано, въ генетической связи съ запыленіемъ легкаго и никакого отношенія къ бугорчаткѣ не имѣетъ.

Бронхіяльныя и трахеяльныя железы свободны отъ туберкулеза.

Сердце. Необычайно сильное развитіе соединительной ткани. Мышцы утратили поперечную исчерченность, большинство мышечныхъ клѣтокъ совершенно безъядерно. Вблизи эпикардіи и вѣнечныхъ сосудовъ кое-гдѣ жировыя капли. Кровеносныя сосуда расширены.

Гистологическія измѣненія, найденныя нами при изслѣдованіи 2-хъ вышеупомянутыхъ язвъ, настолько демонстративны, что не оставляютъ сомнѣній въ характерѣ ихъ. И дѣйствительно, рѣзко подрытые края язвы, казеозно-перерождающееся дно, туберкулезныя грануляціи, а главное — типичныя бугорки по краямъ, дну и во всѣхъ слояхъ кишечной стѣнки — все это составляетъ кардинальные признаки, могущіе принадлежать исключительно туберкулезнымъ язвамъ. Это опредѣленіе характера язвы на основаніи типичной гистологической картины сохранило бы свою силу даже въ томъ случаѣ, если бы изслѣдованіе на Коховскіе бактерии дало отрицательный результатъ.

Но нахожденіе въ срѣзахъ изъ этихъ язвъ 2—3 бактерий въ каждомъ п. з. м. лишній разъ подтверждаетъ высказанный діагнозъ.

Тѣ же гистологическія измѣненія позволяютъ судить не только о характерѣ изслѣдуемыхъ язвъ, но также объ ихъ относительномъ возрастѣ и — что для насъ необычайно важно — о направленіи и пути проникновенія туберкулезнаго яда внутрь кишечной стѣнки. Прежде всего надо признать, что объ язвы сравнительно давняго происхожденія, такъ какъ въ нихъ преобладаютъ фиброзныя бугорки; при этомъ та изъ нихъ, которая глубже, имѣетъ чистое, ровное дно изъ разросшейся подслизистой ткани и бугорки съ обиліемъ гигантскихъ клѣтокъ, старше другой, болѣе поверхностной язвы, у которой дно состоитъ изъ мелкоклѣточно-инфильтрированной и казеозно распадающейся ткани, а бугорки имѣютъ одиночныя гигантскія клѣтки.

О направленіи, въ которомъ шло въ данномъ случаѣ зараженіе кишечной стѣнки туберкулезомъ, можно судить по способу развитія описанныхъ язвъ; развитіе же послѣднихъ представляется намъ въ слѣдующемъ видѣ.

Скорѣе всего въ самомъ началѣ подвергся зараженію туберкулезомъ фолликулъ, въ которомъ помѣстился бугорокъ и вслѣдъ за творожистымъ перерожденіемъ выпалъ, оставивъ послѣ себя дефектъ; вновь образованные бугорки по сосѣдству, подвергшіеся той же участи, увеличили этотъ дефектъ до размѣровъ настоящей язвы.

За такое предположеніе говоритъ величина дефекта (на срѣзѣ), кратерообразная форма его, симметричное расположеніе бугорковъ по краямъ язвы и описанный нами бугорковый конгломератъ на одномъ краю язвы, который по формѣ и величинѣ вполне соответствуетъ солитарному фолликулу. Въ дальнѣйшемъ туберкулезный процессъ направлялся изнутри кнаружи, такъ какъ, во 1-хъ, со

стороны свободной поверхности язвы мы имѣемъ самыя старыя измѣненія (чистое, ровное дно, изъѣденные края, нависаніе слизистой надъ дефектомъ); во 2-хъ, бугорки, расположенные въ наружныхъ слояхъ кишечной стѣнки, моложе тѣхъ бугорковъ, которые сидятъ на одной поперечной линіи съ предыдущими, но ближе къ слизистой оболочкѣ.

Путемъ же распространенія туберкулеза, несомнѣнно, служили лимфатическіе сосуды, въ стѣнкахъ которыхъ развились типичные бугорки.

Описанная картина представляетъ большой интересъ потому, что въ данномъ случаѣ сама природа устроила какъ бы родъ эксперимента и дала намъ возможность прослѣдить постепенное проникновеніе, развитіе и распространеніе туберкулезнаго процесса въ стѣнкѣ кишки почти въ самомъ его началѣ, что наблюдается чрезвычайно рѣдко.

Связавъ все вышесказанное, легко прійти къ заключенію, что обнаруженный нами туберкулезъ тощей кишки является *первичнымъ*, такъ какъ, въ виду отсутствія малѣйшихъ признаковъ туберкулеза въ легкихъ и вообще въ организмѣ (кроме печени), не можетъ быть рѣчи ни о зараженіи кишки изъ легкихъ при посредствѣ мокроты, ни о зараженіи черезъ лимфу, кровь или прикосновеніе отъ какихъ-либо другихъ органовъ; что же касается бугорковъ печени, то они составляютъ продуктъ уже послѣдовательнаго зараженія вслѣдствіе заноса бациллоу изъ кишки черезъ одну изъ вѣтвей *venae portae* (*v. mesenterica superior*); за такое предположеніе говоритъ, кромѣ анатомическихъ данныхъ, большая свѣжесть бугорковъ печени въ сравненіи съ бугорками описанныхъ язвъ.

Данный случай представляетъ одну интересную особенность, заключающуюся въ слѣдующемъ. Дѣло въ томъ, что обнаруженные въ немъ кишечныя язвы строго локализовались въ ограниченномъ участкѣ кишечника, именно въ самомъ началѣ тощей кишки (у *plica duodeno-jejunalis*), оставивъ нетронутымъ все остальное протяженіе кишечника. Чѣмъ объяснить такую предпочтительную локализацию? Случайность ли это, или послѣдняя вызвана какими-либо анатомическими данными? Въ этомъ отношеніи намъ не удалось встрѣтить въ литературѣ никакихъ указаній; но на основаніи этого случая, случая IX (наиболѣе интензивное пораженіе брыжеечныхъ железъ у верхняго конца корня брыжейки тонкихъ кишокъ, т. е. почти тамъ же,

какъ и въ данномъ случаѣ), отчасти случая III (рубець въ верхней петлѣ тощей кишки и вблизи него туберкулезное пораженіе брыжеечныхъ железъ) и послѣдующихъ мы высказываемъ предположеніе, что локализация туберкулеза у *plica duodeno-jejunalis* (какъ и у *v. Bauhinii*) объясняется анатомическими условиями, а именно: минимальною подвижностью и изгибомъ кишечника въ этомъ мѣстѣ, благопріятствующими задержкѣ пищевыхъ массъ, а слѣдовательно, и фиксаціи заключенныхъ въ пищѣ Коховскихъ бациллоу.

Помимо того, данный случай, какъ и предыдущій, представляетъ образецъ первичнаго туберкулеза кишки въ слабо-развитой, почти начальной формѣ, о чемъ свидѣтельствуютъ: малая величина захваченнаго туберкулезомъ отръзка кишки, незначительные размѣры язвъ, неповрежденность соответственныхъ брыжеечныхъ железъ, а главное — то обстоятельство, что туберкулезный процессъ еще наиболѣе ярко выраженъ въ области солитарныхъ фолликулоу, которые, какъ извѣстно, являются мѣстомъ первичнаго внедренія и развитія дѣйствія для Коховскихъ бациллоу.

Столь незначительный туберкулезный процессъ въ кишкѣ, конечно, не могъ имѣть никакого вліянія на общее состояніе организма, ничѣмъ не проявлялся при жизни и, въ случаѣ продленія жизни больного, могъ даже прійти къ полному заживленію, на что указываютъ фиброзныя бугорки.

Но случайная травма головы, вызвавшая, благодаря наличности старческаго артеріосклероза, кровоизліянія въ мягкую мозговую оболочку и мозгъ, послужила причиной внезапной смерти.

Острый воспалительный процессъ въ обоихъ легкихъ, очевидно, возникъ въ послѣдній періодъ жизни больного и не имѣетъ никакого отношенія къ язвамъ тощей кишки.

С л у ч а й X II.

Краткая исторія болѣзни.

Иванъ М., мѣщанинъ г. Зміева, сапожникъ, 16 лѣтъ, поступилъ въ Харьковскую городскую Александровскую больницу 24 мая 1904 г. Болѣнь нѣсколько мѣсяцевъ. Жалуется на сильныя боли въ области живота, отсутствіе аппетита, поносы, общую слабость. Больной низкаго роста, крайне истощенъ, съ сухой, землистаго цвѣта кожей, отслаивающей массу чешуекъ эпидермиса, и атрофированными подкожно-жировымъ слоемъ

и мышцами. Границы сердца нормальны, тоны его чисты, но глухи; пульсъ весьма слабого наполненія. Перкуторный топъ легкихъ не заглушенъ; аускультация легкихъ даетъ большое количество разсѣянныхъ крепитирующихъ и субкрепитирующихъ хриповъ. Животъ сильно вздутъ, съ выпячиваніемъ пупка; при перкуссіи живота получается рѣзкій тимпанитъ, пальпація крайне болѣзненна. Температура колеблется въ предѣлахъ 37,4—38,4. При явленіяхъ нарастающей слабости сердца больной умеръ 27 мая.

Клиническій діагнозъ: Peritonitis tuberculosa. Tuberculosis miliaris.

Вскрытіе произведено 28 мая 1904 года и. д. прозектора, д-ромъ С. Л. Эрлихомъ.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Трупъ сильно истощенный, животъ вздутъ. Кости свода позвонковъ; мягкая мозговая оболочка на выпуклости мозга отечная, плотная; на паутинной оболочкѣ выпуклости мозга разсѣяны известковые, бляшкообразныя отложенія.

Грудная полость. Лѣвое легкое плотно приращено ложными перепонками къ грудной клѣткѣ и діафрагмѣ, мало, кожисто, пронизано разсѣянными милиарными туберкулезными узелками и конгломератами узелковъ. Плевра мѣстами утолщенная, съ мелкими узелками. Правое легкое свободно, викарно эмфизематозно, гиперемировано, отечно, также пронизано узелками. Плевра мѣстами покрыта фибриновымъ экссудатомъ, иногда на милиарныхъ узелкахъ. Сердце мало, лишено жира, мышцы сердца дряблы.

Брюшная полость. Органы брюшной полости зарращены въ ложныхъ перепонкахъ, особенно плотныхъ между петлями кишекъ. Брюшина густо пронизана желтыми казеозными бляшками, между которыми она пигментирована. Селезенка увеличена, ткань ея темно-красная, дряблая, содержитъ милиарные желтые узелки. Печень увеличена, ткань ея буровато-глинистая. Почки увеличены, ткань ихъ дряблая, корковый слой утолщенный, желтоватый, зернистый на разрѣзѣ, пирамидки цианотичны. Слизистая оболочка пузыря отечна. Желудокъ расширенъ, слизистая оболочка аспидно-пигментирована. Кишки расширены, гипертрофированы; въ нижней петлѣ подвздошной кишки нѣсколько большихъ, глубокихъ, преимущественно поперечныхъ язвъ съ рѣзко подрытыми краями и дномъ, то извилистымъ и бугристымъ, то, наоборотъ, гладкимъ и чистымъ. Слизистая оболочка прямой кишки отечна.

Брыжжечныя и забрюшинныя железы сильно увеличены въ размѣрахъ, плотны, съ обширными казеозными гнѣздами.

Diagnosis anatomica. Ulcera tuberculosa ilei. Lymphadenitis tuberculosa glandularum mesenterialium, retroperitonealium. Peritonitis tuberculosa. Tuberculosis miliaris pulmonum, pleurae, hepatis et lienis. Arachnitis araneosa. Marasmus.

Микроскопическое изслѣдованіе.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ.

Кишки. Въ нихъ наиболѣе тщательному изслѣдованію подверглись упомянутыя при вскрытіи поперечныя язвы, расположенныя въ нижней петлѣ подвздошной кишки.

1) **Язва подвздошной кишки.** Дно язвы извилисто и бугристо и состоитъ изъ грануляціонной ткани, сидящей поверхъ циркулярнаго мышечнаго слоя; края сильно изрѣзаны, холмообразно свисаютъ надъ дномъ язвы и состоятъ изъ слизистой оболочки и подслизистой ткани, расположенныхъ террасовидно. Въ стѣнкѣ кишки соотвѣственно дну язвы, кромѣ упомянутыхъ грануляцій, пронизывающихъ циркулярный мышечный слой, ничего особеннаго не отмѣчается.

Собственно же туберкулезные элементы расположены по краямъ язвы и на ближайшемъ разстояніи отъ нея. Здѣсь встрѣчаются типичныя бугорки кругловатой формы, состоящіе изъ эпителиоидныхъ элементовъ, частью уже утратившихъ свои ядра, съ одиночными гигантскими клѣтками; кромѣ того, попадаются бугорки, состоящіе почти сплошь изъ клѣтокъ съ совершенно распавшимися ядрами съ небольшою примѣсью фибриноида въ центрѣ бугорка. Всѣ эти бугорки расположены на одномъ уровнѣ въ подслизистой ткани.

Кровеносные сосуды стѣнки кишки склерозированы. Въ этомъ язвенномъ участкѣ кишки на серозной оболочкѣ ничего туберкулезнаго не обнаружено.

2) **Язва подвздошной кишки съ туберкулезомъ брюшиннаго покрова.** Дно язвы представляется совершенно чистымъ и ровнымъ, опирающимся на циркулярный мышечный слой; края изрыты, холмообразно приподняты надъ дномъ язвы и состоятъ изъ сохранившихся слизистой оболочки съ ворсинками и подслизистой ткани. При больномъ увеличеніи видно, что ворсинки лишены покровнаго эпителия и почти сплошь состоятъ изъ некротизированныхъ (посмертно) клѣтокъ; тотчасъ же подъ основаніемъ ворсинокъ и въ

подслизистой ткани (на одномъ краю язвы) расположились бугорки кругловатой формы, состоящіе изъ омертвѣвающихъ очаговъ (неясность клѣточныхъ контуровъ, отсутствіе и распаденіе ядеръ), окруженныхъ соединительной тканью; изрѣдка въ только-что упомянутыхъ бугоркахъ встрѣчается примѣсь фибриноида.

На другомъ краю язвы, рядомъ съ бугорками только-что описаннаго строенія, можно видѣть туберкулезныя грануляціи вокругъ кровеноснаго сосуда (perivasculitis tuberculosa). Мышечные слои пронизаны дорожками мелкоклѣточного инфильтрата и молодой соединительной ткани.

Но самой интересной частью препарата является серозная оболочка (брюшина). За исключеніемъ небольшихъ промежутковъ, она состоитъ изъ сплошныхъ казеозныхъ массъ, мѣстами выпадающихъ въ полость брюшины (расщелины), мѣстами подвергнувшихся нагноенію (насыщенно-фіолетовый цвѣтъ, множество микроорганизмовъ). Эти казеозныя массы соответствуютъ тѣмъ желтымъ, пропавшимъ брюшину, блинкамъ, которыя были отмѣчены уже на вскрытіи. Въ участкахъ серозной оболочки, не занятыхъ казеозными массами, встрѣчаются типичныя бугорки и конгломераты ихъ, состоящіе изъ казеозно-перерожденныхъ (а частью и уцѣлѣвшихъ) эпителиоидныхъ клѣтокъ, обилія фибриноида и одиночныхъ гигантскихъ клѣтокъ.

Кромѣ того, необходимо отмѣтить въ серозной оболочкѣ гиперемію сосудовъ, растянутыхъ красными кровяными шариками, и разрастаніе соединительной ткани, спаявшей данную серозную оболочку съ другой.

3) *Частично-изъязвленный отрѣзокъ подвздошной кишки съ туберкулезомъ брюшиннаго покрова.* Ворсинки и Либеркюновы железы на нѣкоторомъ протяженіи уцѣлѣли. Часть слизистой оболочки совершенно свободна отъ туберкулеза, въ остальной части, тотчасъ подъ muscularis mucosa, на мѣстѣ фолликуловъ, расположенъ рядъ бугорковъ и ихъ конгломератовъ въ состояніи некроза составляющихъ ихъ клѣтокъ (кариорексисъ), нѣкоторые изъ нихъ съ фибриноидомъ въ центрѣ и одиночными гигантскими клѣтками. Нѣкоторые бугорки подходятъ подъ самое основаніе ворсинокъ. Мышечные слои и межмышечные промежутки изрѣзаны, главнымъ образомъ, въ поперечномъ направленіи молодыми рубцами и туберкулезными грануляціями, между которыми попадаются обособленные эпителиоидные бугорки съ начинающимися исчезаніемъ

ядеръ (кариоллизисъ), фибриноидомъ и гигантскими клѣтками. Иногда всѣ эти образованія строго располагаются по одной и той же линіи.

Благодаря этимъ образованіямъ волокна мускульнаго слоя мѣстами раздвинуты другъ отъ друга на значительномъ протяженіи.

Серозная оболочка на всемъ протяженіи занята слившимися казеозными массами съ кое-гдѣ видѣвшимся въ нихъ клѣточными бугорками. Кровеносные сосуды гиперемированы.

На одномъ краю препарата мы встрѣчаемъ изъязвленіе слизистой оболочки, гдѣ нѣтъ ни ворсинокъ, ни Либеркюновыхъ железъ, а все пространство занято скопленіемъ бугорковъ, состоящихъ въ центрѣ изъ казеозныхъ массъ, по периферіи — изъ левкоцитовъ съ распадениемъ ядеръ.

Такимъ образомъ, на этомъ препаратѣ ясно видно постепенное проникновеніе туберкулезнаго процесса изъ слизистой оболочки черезъ всѣ слои до самой брюшины, выразившееся въ расположеніи бугорковъ, бугорковыхъ грануляцій и рубцовъ попереку стѣнки кишки, перпендикулярно къ ея продольной оси. Во всѣхъ описанныхъ язвахъ обнаружено присутствіе Коховскихъ бактерий.

Брюшина на громадномъ протяженіи занята сплошными казеозными массами. Кромѣ того, среди сохранившихся островковъ жировой ткани расположены отдѣльныя клѣточные бугорки эпителиоиднаго типа и туберкулезныя грануляціи съ характерными гигантскими клѣтками. По формѣ нѣкоторыхъ бугорковъ видно, что они помѣщаются внутри лимфатическихъ сосудовъ; эти бугорки находятся въ стадіи коагуляціоннаго некроза съ распадениемъ ядеръ на отдѣльныя клѣточные обломки.

Брызжеечныя железы. Гистологическая картина почти одинакова во всѣхъ ихъ. Посему мы ограничимся описаніемъ 2-хъ характерныхъ железъ.

1) Имѣетъ удлинненную форму, длиною 1,5 см., шириною 8 mm.; рѣзко дѣлится на 2 части: казеозное гнѣздо и остатки железистой ткани. Казеозная часть состоитъ изъ нѣсколькихъ отдѣльныхъ очаговъ распада, окруженныхъ кольцомъ склерозированной соединительной ткани, при чемъ между этими обѣими составными частями встрѣчаются то одиночныя бугорки, то изолированныя гигантскія клѣтки, расположенныя въ скопленіи лимфоидныхъ элементовъ. Гигантскія клѣтки встрѣчаются вкрапленными въ самую толщину склерозированной капсулы. Лимфоидная часть препарата склерозирована, при чемъ кое-гдѣ встрѣчаются въ ней тяжи и глыбы гіалиновыхъ массъ.

2) Состоитъ изъ множества казеозныхъ очаговъ, разбѣянныхъ среди некротизированной лимфоидной ткани. Нѣкоторые казеозные очаги окружены замкнутымъ кольцомъ гиалинизированной соединительной ткани. Попадаются отдѣльные фиброзные бугорки. Сохранившаяся лимфоидная ткань пронизана тяжами и глыбами гиалина. Въ брыжжеечныхъ железахъ обиліе Коховскихъ бациллоу.

Печень. Въ ней встрѣчаются островки жирно-инфильтрированной ткани, состояшіе изъ жировыхъ альвеолъ различной величины, часто заполняющихъ всю клѣтку и оттѣсняющихъ ядра къ самой периферіи.

Важно отмѣтить, что въ печени обнаружены ясно выраженные бугорки, ускользнувшіе при вскрытіи. При этомъ одни бугорки достигаютъ размѣровъ просяного зерна (милиарные), имѣютъ приблизительно круглую форму и состоятъ въ центрѣ изъ казеознаго очага, по периферіи изъ фибробластовъ и отчасти эпителиоидныхъ клѣтокъ; другіе бугорки меньше милиарныхъ и сплошь претерпѣли фиброзное превращеніе; третьи состоятъ изъ эпителиоидныхъ клѣтокъ и фибробластовъ съ рельефно выраженными гигантскими клѣтками.

Селезенка. Здѣсь также обнаружены милиарные бугорки, изъ коихъ большая часть претерпѣла казеозное перерожденіе, меньшая часть фиброзно перерождена.

Почки. Отдѣлительныя клѣтки мочевыхъ канальцевъ набухли, контуры ихъ неясны, протоплазма мелкозерниста, многія клѣтки вынали въ просвѣтъ; клѣточные ядра, за весьма малымъ исключеніемъ, отсутствуютъ (бѣлковое перерожденіе).

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.

Легкія. Изслѣдованіе многочисленныхъ срѣзовъ изъ самыхъ разнообразныхъ мѣстъ обоихъ легкихъ дало, въ общихъ чертахъ, тождественныя измѣненія, которыя сводятся къ слѣдующему.

Въ межуточной ткани обоихъ легкихъ разбѣяны бугорки, то въ одиночку, то по 2—3 вмѣстѣ. Большая часть этихъ бугорковъ имѣетъ казеозно-перерожденный центръ, окруженный эпителиоидными элементами съ гигантскими клѣтками. Сама же легочная паренхима почти не измѣнена, если не считать гипереміи кровеносныхъ сосудовъ, ателектаза и незначительнаго слущиванія альвеолярнаго эпителия со стѣнки въ просвѣтъ въ ближайшихъ къ бугоркамъ участкахъ легкихъ, въ формѣ узкихъ ободковъ, окаймляющихъ бугорки.

Милиарные и субмилиарные бугорки расположены также въ подплевральныхъ участкахъ обоихъ легкихъ и въ самой плеврѣ, мѣстами утолщенной на счетъ развитія соединительной ткани.

Въ *бронхиальныхъ* и *трахеальныхъ железахъ* туберкулеза не обнаружено.

Интересъ даннаго случая сосредоточивается въ органахъ брюшной полости, именно кишкахъ, брюшинѣ и брыжжеечныхъ железахъ, вслѣдствіе ихъ совмѣстнаго и глубокаго пораженія однимъ и тѣмъ же процессомъ. Тщательное микроскопическое изслѣдованіе всѣхъ этихъ органовъ показало въ нихъ наличность туберкулеза. Такъ, о туберкулезномъ характерѣ кишечныхъ язвъ свидѣлствуютъ: Коховскіе бациллы, типичныя казеозно-перерождающіеся бугорки во всѣхъ слояхъ и туберкулезныя грануляціи; о такомъ же характерѣ брюшины и брыжжеечныхъ железъ — Коховскіе бациллы, казеозные очаги и обиліе бугорковъ.

Кромѣ того, гистологическое изслѣдованіе указанныхъ органовъ показываетъ значительную давность пораженія ихъ. Такъ, глубина язвъ, доходящая до мышечнаго слоя, извилистость, а иногда и чистота дна, рубцовое перерожденіе кишечной стѣнки, казеозные очаги и плотныя сращенія на серозной оболочкѣ — все это такіе признаки, которые характеризуютъ весьма хроническій туберкулезный процессъ.

Такимъ образомъ, передъ нами случай хроническаго туберкулеза кишокъ, брюшины и брыжжеечныхъ железъ.

Сравнивая интенсивность, распространеніе и давность пораженія брюшныхъ органовъ съ относительной свѣжестью милиарнаго туберкулеза легкихъ, мы, естественно, должны заключить о томъ, что пораженіе брюшныхъ органовъ есть слѣдствіе *первичнаго* зараженія туберкулезомъ черезъ кишечникъ. Инфекція нѣкогда проникла въ кишечникъ, произвела деструкцію въ наиболѣе предрасположенномъ его отдѣлѣ — нижней части подвздошной кишки, а оттуда по лимфатическимъ путямъ распространилась къ брыжжеечнымъ железамъ и брюшинѣ. Что же касается милиарныхъ бугорковъ обоихъ легкихъ, то они, какъ частное проявленіе общаго милиарнаго туберкулеза, также имѣютъ своей исходной точкой кишечникъ, трудно лишь установить пути переноса бациллоу изъ брюшной полости къ легкимъ. Вѣроятно же всего, что Коховскіе бациллы попали изъ брюшной полости при посредствѣ лимфы въ *ductus thoracicus* и оттуда въ общій потокъ

кровообращения; но безъ изслѣдованія грудного протока нельзя исключить и того предположенія, что казеозное гнѣздо, расположившись вблизи какой-либо вены, проросло его стѣнку и такимъ образомъ ввело множество бациллъ непосредственно въ кровяной токъ. Такъ или иначе, по даннымъ туберкулезъ легкихъ, безспорно, гематогеннаго происхожденія, что подтверждается равномерной высыпью бугорковъ во всѣхъ частяхъ легкихъ безъ предпочтительной локализациі въ верхушкахъ (Hansemann, Schmorl, Spronck) и одновременнымъ развитіемъ бугорковъ въ плеврѣ, въ печени, въ селезенкѣ и въ почкахъ.

Относительно лѣваго плеврального сращенія см. выше. Предположивъ для него даже туберкулезную этиологію, нельзя не считать таковой плевритъ (resp. плевральное сращеніе) вторичнымъ, послѣдовавшимъ уже за пораженіемъ брюшины, что подтверждается рѣзкимъ преобладаніемъ пораженія брюшной полости, нормальнымъ теченіемъ лимфы снизу вверхъ вслѣдствіе присасывающаго дѣйствія плевральной полости и указаніями другихъ авторовъ относительно частоты перехода туберкулеза брюшины на плевру.

Обращаясь къ клинической картинѣ описаннаго туберкулезнаго пораженія брюшныхъ органовъ, мы видимъ, что она выразилась въ весьма важныхъ симптомахъ, какъ то: поносы, боли въ животѣ, общія слабость и истощеніе. Последнее, постоянно прогрессируя, и само по себѣ могло бы привести къ летальному исходу; но генерализація туберкулеза, произведя насыщеніе организма туберкулезными токсинами, произвела ослабленіе сердечной дѣятельности и тѣмъ еще болѣе ускорила неизбѣжную смерть.

С л у ч а й XIII.

Кратная исторія болѣзни.

Хаимъ В., солдатъ, 23 лѣтъ, поступилъ въ Харьковскій военный госпиталь 28 декабря 1904 года съ жалобой на боль и гноетеченіе изъ праваго уха. Боленъ мѣсяць.

При осмотрѣ оказалось, что барабанная перепонка праваго уха сильно гиперемирована и утолщена; въ нижнемъ сегментѣ ея имѣется отверстіе величиной съ булавочную головку, черезъ которое при натугѣ прорывается гной. Наружный слуховой проходъ экскорірованъ. За раковиной праваго уха, въ области прос. mastoideus, наблюдается припухлость,

сильно болѣзненная при ощупываніи. Отъ предложенной ему операціи отказался.

3 января 1905 г. Боль за ухомъ увеличилась, гноетеченіе изъ уха значительное. Отъ операціи упорно отказывается.

5—8. Появилась сильная боль въ правомъ боку. Мокрота съ комками слизистой крови. При аускультациі обнаружено много сухихъ хриповъ.

9—11. Сильная колющая боль въ правомъ боку и подъ лопаткой, кашель. Подъ правой лопаткой притупленіе перкуторнаго звука, бронхиальное дыханіе и крепитациа; подъ лѣвой лопаткой перкуторный звукъ укороченъ и мелкопузырчатые хрипы. Дыханіе поверхностное, 50 въ минуту; пульсъ 96, температура съ громадными размахами, отъ 37 до 40,3°. Параличь n. facialis dextri.

13. Скончался при явленіяхъ паралича сердца.

Вскрытіе произведено 15/1 1905 года проф. Н. Ф. Мельниковымъ-Разведенковымъ.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Наружные покровы окрашены въ желтушный цвѣтъ. Подкожно-жирный слой развитъ умѣренно, мышцы отличаются блѣднымъ окрашиваніемъ, также развиты удовлетворительно.

Черепная полость. Форма черепа кругло-головая, кости его утолщены. Твердая мозговая оболочка малокровна, блеститъ, легко отдѣляется отъ костей черепа. Правая поперечная пазуха содержитъ грязную гнойную массу вслѣдствіе флебита отъ пораженія каріознымъ процессомъ правой височной кости. Въ подпаутинныхъ пространствахъ скопленіе отечной прозрачной жидкости. Мягкая мозговая оболочка тонка, прозрачна, блеститъ.

Существо мозга влажно, отечно, блеститъ, отличается малокровіемъ.

Грудная полость. Стояніе діафрагмы: справа 4-ое, слѣва 5-ое ребро. Въ полости околосердечной сорочки двѣ столовыхъ ложки оранжевой прозрачной жидкости. Сердце приблизительно нормальной величины, снаружи содержитъ умѣренное количество жира. Правая половина его растянута, лѣвый желудочекъ сократился слабо. Отверстія и заслоночки сердца во всѣхъ его отдѣлахъ тонки, хорошо закрываются, на нихъ нигдѣ не видно фибринозныхъ наложений; въ правомъ ушкѣ нѣтъ прижизненныхъ свертковъ крови. Сердечная мышца дрябла, глинистаго цвѣта.

Въ правомъ плевральномъ мѣшкѣ скопленіе 800 к. сант. мутной жидкости, желтовато-бураго цвѣта, съ плавающими въ ней фибринозными хлопьями. Въ полости лѣваго плевральнаго мѣшка скопленіе такого же фибринозно-гнойнаго экссудата, какъ и въ правомъ, въ одинаковомъ съ нимъ количествѣ. Правое легкое приращено, лѣвое свободно.

Оба легкія сильно уменьшены въ объемѣ, маловоздушны, плевра ихъ покрыта толстыми фибринозными, легко снимаемыми наложениями. Въ нижнихъ доляхъ легкихъ содержатся нагноившіеся и распадающіеся инфаркты пирамидальной формы, которые дошли до плевры и вызвали плевритическій экссудатъ. Эти инфаркты на разрѣзѣ желтаго цвѣта съ красноватымъ оттѣнкомъ. Величина ихъ отъ лѣснаго до крупнаго грецкаго орѣха.

Несмотря на самое подробное и тщательное изслѣдованіе, элементовъ туберкулеза не обнаружено ни въ легкихъ, ни въ бронхіальныхъ железахъ.

Брюшная полость. Печень увеличена въ объемѣ, выступаетъ изъ-подъ реберъ на 2 поперечныхъ пальца. Брюшинный покровъ ея тонкій, блестящій. Границы между дольками сглажены, но въ общемъ рисунокъ печени слегка мускатный. Консистенція печени тѣстоватая, цвѣтъ ея буроватый, съ глинистымъ оттѣнкомъ. Селезенка увеличена въ $1\frac{1}{2}$ раза, мягка, дрябла, съ поверхности ея соскабливается пульпа въ значительномъ количествѣ.

Почки слегка увеличены въ объемѣ, мягкой пушистой консистенціи. Капсула снимается свободно. Кортковый слой утолщенъ, сѣровато-краснаго цвѣта, выбухаетъ надъ поверхностью разрѣза. Граница между сосочковымъ и кортковымъ слоемъ рѣзкая. Желудокъ растянутъ, слизистая оболочка его, равно двѣнадцатиперстной кишки, отличается аспиднымъ цвѣтомъ, набухла, какъ это бываетъ при хроническомъ катаррѣ.

Тонкія и толстыя кишки чрезвычайно растянуты газами и каловыми массами; слизистая оболочка ихъ при самомъ тщательномъ изслѣдованіи ничего особеннаго не представляетъ.

Въ брыжжейкѣ, на мѣстѣ *перехода двѣнадцатиперстной кишки въ толстую, гдѣ plica duodeno-jejunalis*, имѣется узелъ величиною съ крупный лѣсной орѣхъ, діаметромъ 15×12 мм., необыкновенно плотной консистенціи, такъ что при бросаніи на деревянную доску получается звукъ, напоминающій паденіе камня. При разламываніи съ помощью костныхъ ножницъ этого петрифицированнаго очага

содержимое его оказывается казеозною массой, мажущейся подобно замазкѣ. Фокусъ окруженъ фиброзою капсулою толщиною въ 1—3 мм. Около этого фокуса видна группа мелкихъ окаменѣвшихъ образований, состоящихъ изъ отдѣльныхъ многоугольныхъ частицъ, расположенныхъ въ рядъ, идущихъ отъ кишки по направленію къ фокусу въ видѣ четокъ.

Если смотрѣть со стороны брюшины, то получается лучистость въ брыжжейкѣ, сходящаяся отъ периферіи, центромъ которой является названный фокусъ.

Въ намазахъ, взятыхъ изъ этихъ узловъ, обнаружены Коховскіе бактерии, отъ 8—10 въ каждомъ препаратѣ.

Diagnosis anatomica. Petrificatio glandularum mesenterialium ex tuberculose. Oedema meningum et cerebri, anaemia eorumque. Phlebitis purulenta sinus transversi dextri. Pleuritis exsudativa fibrinosa-purulenta lateris utriusque. Atelectasis pulmonum ex compressione. Infarctus multiplices pulmonum in stadio suppurationis. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Hyperplasia lienis acuta. Catarrhus ventriculi et duodeni chronicus. Septicoepaemia ex otitide dextra.

Микроскопическое изслѣдованіе.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ.

Омьлотворенный узелъ у plica duodeno-jejunalis. Главная масса этого узла состоитъ изъ казеознаго очага овальной формы, діам. въ 10×3 мм. со слѣдами расположенія извести, при чемъ вся она заключена въ толстую фиброзную капсулу, мѣстами достигающую толщины въ 3 мм.; фиброзная капсула почти лишена клѣточныхъ ядеръ. Казеозныя массы, помимо расположенія внутри капсулы, небольшими очагами вкраплены въ толщу ея. Среди этихъ казеозныхъ массъ, близко къ капсулѣ, сохранились прекрасно выраженные бугорки, изъ коихъ одни состоятъ исключительно изъ фибробластовъ съ одиночными гигантскими клѣтками типичнаго строенія; въ другихъ при отмирающемъ и казеозно-распадающемся центрѣ (клѣтки утрачиваютъ свои контуры, многія безъядерны) послѣдовательно къ периферіи расположены гигантскія клѣтки, фибробласты и, наконецъ, лимфодные элементы. Въ этомъ же препаратѣ, по краямъ его, можно еще видѣть остатки аденоидной ткани брыжжеечной железы съ сильнѣйшимъ склерозомъ. Во многихъ срѣзахъ обнаружена кость съ костнымъ мозгомъ, очевидно, гетеро-

пластического происхождения, расположенные между капсулой и казеозной массой.

Коховскіе бациллы найдены и въ срѣзахъ изъ этого узла.

Группа меньшихъ омѣлоторенныхъ узловъ. Въ этихъ узлахъ меньшую часть препарата составляетъ омѣлоторенный казеозный очагъ діаметромъ приблизительно въ 3×1 mm., окруженный соединительнотканной капсулой. Большую же часть препарата составляетъ уцѣлѣвшая ткань брыжжечной железы, претерпѣвшая сильнѣйшій склерозъ. Въ этихъ узлахъ также встрѣчаются фиброзные бугорки съ гигантскими клѣтками.

Двенадцатиперстная кишка. На свободной поверхности ворсинокъ много слизи въ видѣ нѣжныхъ перекрещивающихся волоконцевъ и отпаиваго покровнаго эпителия въ состояніи слизистой дегенераціи. Эпителий Бруннеровыхъ и Либеркюновыхъ железъ слизисто-перерожденъ, при чемъ многія клѣтки совершенно распались, оставшіяся же набухли, съ отодвинутыми къ периферіи ядрами. Элементовъ туберкулеза въ ней не обнаружено.

Тонкія и толстыя кишки ничего особеннаго не представляютъ.

Желудокъ. Слизистое перерожденіе покровнаго и железистаго эпителия съ обильнымъ выдѣленіемъ слизи на свободную поверхность. Железистый слой слегка атрофированъ.

Въ *печени и почкахъ*, кромѣ бѣлковаго перерожденія клѣточныхъ элементовъ, не обнаружено ничего особеннаго.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.

Легкія. 1) *Инфаркты.* На свободной поверхности плевры большое количество фибрина въ видѣ окрашенныхъ въ розовый цвѣтъ и сплетенныхъ въ сѣть толстыхъ волоконъ аморфнаго экссудата и сдушившагося плеврального эндотелия; основа плевры мелкоклѣточно инфильтрирована. Большая часть инфарктовъ состоитъ изъ окрашенной въ темно-фіолетовый цвѣтъ некротической аморфной массы безъ всякихъ слѣдовъ клѣточныхъ элементовъ и только кое-гдѣ сохранившей альвеолярныя контуры. При разсматриваніи инфарктовъ съ большимъ увеличеніемъ видно, что некротическіе очаги окружены поясомъ изъ одно- и многоядерныхъ лейкоцитовъ.

Въ сосудахъ множество микроорганизмовъ.

Легочныя альвеолы по сосѣдству съ инфарктомъ находятся въ состояніи ателектаза, при чемъ легочный эпителий представляется

сильно набухшимъ, зернистымъ и сдушившимся со стѣнки. Многія же сосѣднія альвеолы заполнены фибриномъ.

2) *Остальная легочная ткань.* Изслѣдованіе огромнаго количества срѣзовъ изъ самыхъ разнообразныхъ отдѣловъ легкихъ обнаружило спавшіяся альвеолы (ателектазы), набуханіе и зернистость альвеолярнаго эпителия, сдущиваніе его въ обильномъ количествѣ съ альвеолярной стѣнки. Рядомъ со спавшимися альвеолами нѣкоторыя изъ нихъ расширены эмфизематозно, но въ гораздо меньшемъ числѣ. Внутри нѣкоторыхъ альвеолъ попадаются большія пигменты содержащія клѣтки. Плевра повсюду покрыта фибриномъ и сдущившимся набухшимъ эндотелиемъ ея, а кое-гдѣ включаетъ въ подсерозномъ слоеѣ желтоватый пигментъ.

Ни въ одномъ изъ огромнаго числа срѣзовъ, взятыхъ изъ самыхъ разнообразныхъ отдѣловъ легкихъ, не удалось встрѣтить какихъ бы то ни было признаковъ туберкулеза.

Бронхіальныя и трахеальныя железы также въ большомъ числѣ подвергались тщательному микроскопическому изслѣдованію. Въ нихъ обнаружено отложеніе значительнаго количества угольной пыли въ видѣ желтобурого пигмента, расположеннаго, главнымъ образомъ, вблизи синусовъ; атрофія фолликуловъ и развитіе соединительной ткани (склерозъ). Въ большинствѣ лимфатическихъ сосудовъ обнаружены тромбы.

Никакихъ слѣдовъ туберкулеза ни въ бронхіальныхъ, ни въ трахеальныхъ (равно какъ въ *шейныхъ*) железахъ (и въ *миндалинахъ*) не обнаружено.

Итакъ, при вскрытіи трупа больного, умершаго отъ септико-піеміи, была обнаружена случайная секціонная находка, въ видѣ крупнаго узла каменистой плотности, расположеннаго въ брыжжечкѣ, у *pars duodeno-jejunalis*, окруженнаго группой мелкихъ узловъ такого же типа. Бактеріоскопическое и гистологическое изслѣдованіе этихъ узловъ показало: 1) что въ нихъ гнѣздится старый туберкулезный процессъ (Коховскіе бациллы въ намазахъ и срѣзахъ, типичные бугорки, казеозное перерожденіе съ омѣлотореніемъ и новообразованіемъ кости); 2) что туберкулезъ возникъ и развился въ ткани брыжжечныхъ железъ, результатомъ казеознаго перерожденія и омѣлоторенія коихъ явились вышеуказанные узлы (сохранившіеся остатки склерозированной лимфоидной ткани среди казеозныхъ массъ).

Другими словами, передь нами случай строго локализованнаго туберкулеза брыжжеечныхъ железъ.

Въ виду полного отсутствія туберкулеза въ легкихъ, трахео-бронхіальныхъ железахъ и кишечникѣ, данный туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ необходимо признать *первичнымъ*, произошедшимъ вслѣдствіе проникновенія Коховскихъ бациллоу черезъ неповрежденную слизистую оболочку кишекъ. Мѣстомъ же такого проникновенія, надо думать, былъ пограничный участокъ между 12-перстной и тощей кишкой, такъ какъ железы этого участка являются единственно пораженными туберкулезомъ. Въ этомъ отношеніи данный случай волюнѣ аналогиченъ случаямъ XI и IX.

Оцѣнивая найденное нами поражение брыжжеечныхъ железъ со стороны его влияния на общее состояніе организма, мы видимъ, что, хотя въ этихъ узлахъ таилась еще не заглохшій туберкулезный процессъ съ бациллами, бугорками и проч., но, будучи заключенъ въ толстую фиброзную капсулу, онъ оставался мѣтнымъ процессомъ, ничѣмъ не проявлялся при жизни и, благодаря петрификации, шелъ къ обратному развитію съ постепеннымъ отмираніемъ своихъ живыхъ элементовъ.

Случайно наступившее у больного поражение средняго уха, повлекшее за собой гнойное воспаленіе поперечной пазухи и септико-піемію (нагноившіеся инфаркты въ легкихъ, фибринозно-гнойный плевритъ и проч.), привело его къ смерти.

Такимъ образомъ, описанный случай, помимо наличности въ немъ первичнаго туберкулеза брыжжеечныхъ железъ и характерной локализациі послѣдняго у *plica duodeno-jejunalis*, интересенъ въ томъ отношеніи, что представляетъ образецъ локальнаго туберкулеза, хотя и заключавшаго въ себѣ болѣзнетворныя начала, но „замурованнаго“ въ непроницаемую фиброзную капсулу и потому безвреднаго для организма.

С л у ч а й X I V.

Нратная исторія болѣзни.

Дмитрій Т., унтеръ-офицеръ 122 запаснаго батальона, 27 лѣтъ, поступилъ въ Харьковскій военный госпиталь 18 іюля 1905 г. Заболѣлъ около 10 дней тому назадъ. Жалуется на головную боль и лихорадочное состояніе. Около 4 лѣтъ болѣеть разстройствомъ пищеваренія.

Средняго роста, слабаго тѣлосложенія, плохого общаго питанія; мускулатура дрябла.

Въ грудныхъ органахъ никакихъ объективныхъ измѣненій. Языкъ сильно обложенъ, изо рта кислый запахъ; область желудка вздута, нижняя граница его достигаетъ пупка. Незначительный поносъ. Температура при поступленіи 37°—38,9°. Все время пребыванія въ госпиталь температура была повышена, сначала ремиттирующаго, затѣмъ интермиттирующаго типа; дыханіе 30—36, пульсъ 102—108, слабаго наполненія; питаніе падало. Въ легкихъ вскорѣ появилось множество разсѣянныхъ хриповъ, сухихъ и отчасти влажныхъ.

12 августа. У верхушки сердца опредѣлился систолическій и пресистолическій шумъ, вскорѣ рѣзко усилившіеся. Нижніе края легкихъ опущены, печень выдается на 3 пальца изъ-подъ ребернаго края.

16 августа. Небольшой отекъ обѣихъ стопъ.

17 августа. Отекъ на лѣвой ногѣ поднялся до средней трети голени. На тылѣ и сгибѣ этой стопы 2 синеватогривыя сходящіяся полосы (закупоренныя вены). На правой стопѣ отекъ также увеличился. На кожѣ лѣваго бедра и живота множество мелкихъ, круглыхъ кровоподтековъ. Крайне истощенъ.

18 августа. Безсознательное состояніе. Петехіи на всемъ тѣлѣ. Exitus letalis.

Вскрытіе произведено 19/VIII 1905 года проф. Н. Ф. Мельниковымъ-Разведенковымъ.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Наружные покровы желтушно-окрашены и покрыты множествомъ петехій; трупное окоченѣніе выражено рѣзко. На тылѣ стопы правой конечности образовались свѣжіе рыхлые кровяные свертки.

Черепная полость. Форма черепа брахцефалическая, кости его тонки, малокровны. Dura mater малокровна; pia cerebri также малокровна; напротивъ, Пахионовы грануляціи хорошо выражены и содержатъ кровоизліянія. На твердой мозговой оболочкѣ, на основаніи ея, много точечныхъ кровоизліяній. Sinus petrosus superior sinister содержитъ рыхлый кровяной свертокъ. Поперечная пазуха заключаетъ жидкую кровь и рыхлые свертки.

Грудная полость. Стояніе діафрагмы справа на нижнемъ краѣ 6-го, слѣва на 5-мъ ребрѣ. Область сердца открыта; въ полости околосердця около столовой ложки трансудата. Лѣвое легкое приращено прочно къ діафрагмѣ. Правое легкое вынимается свободно.

Въ обоихъ плевральныхъ мѣшкахъ скопленіе около стакана прозрачной жидкости. Легкія отличаются вѣсомъ. Подъ плеврой мелкія разлитыя кровонзліянія. Верхнія доли отечны, нижнія гипостатичны. Осмотръ и ощупываніе легкіхъ на множествѣ разрѣзовъ, произведенныхъ по вѣсѣмъ направленіямъ и во вѣсѣхъ доляхъ, не обнаружили въ нихъ очаговъ уплотненія, хотя бы отдаленно напоминающихъ туберкулезъ.

Бронхиальные и трахеальные железы также свободны отъ туберкулеза.

Сердце растянуто, особенно его правая половина. Сердечная мышца блѣдно-бураго цвѣта, потускнѣла, мигка, легко рвется.

Средній изъ аортальныхъ клапановъ разрушенъ съ одной стороны и покрытъ объемистымъ бѣлымъ кровянымъ сверткомъ; другой клапанъ продырявленъ у основанія; третій клапанъ цѣлъ. *Valvula bicuspidalis* немного склерозирована, остальные клапаны не измѣнены. *Arteria coronaria* зияетъ. Въ аортѣ ничего особеннаго.

Брюшная полость. Селезенка увеличена въ $1\frac{1}{2}$ раза, рыхла, легко рвется, капсула ея напряжена, пульпы много, поверхность разрѣза клюквенно-краснаго цвѣта.

Почки немного увеличены въ объемѣ; границы между слоями выражены ясно; корковый слой блѣдно-шоколаднаго цвѣта, на поверхности почки видны мелкіе анемическіе очаги величиною съ горошину.

Печень немного увеличена въ объемѣ, имѣетъ мускатный рисунокъ, на разрѣзѣ буровато-сѣраго цвѣта; брюшинный покровъ ея въ правой долѣ надъ желчнымъ пузыремъ склерозированъ. Желчный пузырь пустъ.

Слизистая оболочка желудка сѣро-аспиднаго цвѣта, зерниста, покрыта высокими складками, пигментирована въ темно-бурый цвѣтъ.

Брызжеечные железы около *Баугиніевой заслонки* увеличены, склерозированы, содержатъ плотные бѣлые очаги, пропитанные известью; на разрѣзѣ эти железы заключаютъ въ себѣ, кромѣ извести, крошковатую казеозную массу, не поддающуюся размазыванію.

Diagnosis anatomica. Calcinitio glandularum mesenterialium ex tuberculose. Haemorrhagiae granulationum Pacchyonii. Oedema cerebri. Oedema et hypostasis pulmonum. Endocarditis ulcerosa valvulae aortae. Degeneratio parenchymatosa myocardii et renum. Hyperaemia venosa lienis. Errosiones haemorrhagicae cutis, pleurarum, epicardii, peritonei visceralis, hepatis. Icterus.

Микроскопическое изслѣдованіе.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ.

Брызжеечные железы у *v. Вауһиніи* представляютъ почти тождественную микроскопическую картину, укладываемуюся въ слѣдующемъ.

Главную массу ихъ составляетъ центральный казеозный очагъ, діам. приблизительно 8×5 mm., состоящій изъ аморфнаго мелкозернистаго распада, пропитаннаго известью и заключеннаго въ плотную фиброзную капсулу. На границѣ между этими составными частями въ большинствѣ железъ сохранились небольшіе остатки сильно склерозированной аденоидной ткани и только въ нѣкоторыхъ изъ нихъ типичные бугорки; послѣдніе состоятъ изъ фибробластовъ съ единичными гигантскими клѣтками.

На одной изъ описываемыхъ брызжеечныхъ железъ вмѣсто сплошнаго казеознаго очага въ центрѣ обнаружено нѣсколько мелкихъ омѣлоторенныхъ очаговъ, не поддающихся измѣренію, имѣющихъ обособленныя соединительнотканныя оболочки, но все вмѣстѣ заключенныя въ плотную фиброзную ткань.

Коховскихъ бациллоу въ срѣзахъ изъ этихъ железъ найти не удалось.

Кишки. Въ нихъ, преимущественно, сказываются явленія хроническаго катарра въ видѣ атрофіи железистыхъ элементовъ, слизистаго перерожденія покровнаго и железистаго эпителия и воспалительной инфильтраціи со склерозомъ подслизистой ткани.

На многихъ участкахъ кишечника встрѣчаются ограниченныя кровонзліянія въ толщѣ кишечной стѣнки, особенно же на брюшинномъ покровѣ.

Элементовъ туберкулеза въ кишкахъ не обнаружено.

Желудокъ. Измѣненія, аналогичныя предыдущимъ, т. е. явленія хроническаго катарра. Отсутствіе туберкулеза.

Печень не представляетъ никакихъ особенныхъ измѣненій.

Селезенка. Въ ней замѣчается рѣзкая гиперемія. Кавернозные вены переполнены кровью, послѣдняя скопляется въ самой пульпѣ (кровонзліянія).

Почки. Бѣлковое перерожденіе эпителия мочевыхъ канальцевъ.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.

Легкія. На разрѣзахъ, взятыхъ изъ верхнихъ долей обоихъ легкіхъ, видно, что альвеолярныя просвѣты сплошь заполнены про-

зрачной жидкостью, содержащей малое количество бѣлка; кровеносные сосуды растянуты красными кровяными шариками. На разрѣзахъ изъ нижнихъ долей обонхъ легкихъ бросается въ глаза, главнымъ образомъ, сильнѣйшая гиперемія кровеносныхъ сосудовъ, расширенныхъ и заполненныхъ красными кровяными шариками. Подъ плеврой множественныя скопленія красныхъ кровяныхъ шариковъ — кровоизліянія.

Тщательное гистологическое изслѣдованіе множества срѣзовъ, взятыхъ изъ самыхъ разнообразныхъ отдѣловъ обонхъ легкихъ, не обнаружило въ нихъ никакихъ элементовъ туберкулеза.

Бронхialsныя и трахеалсныя железы (равно какъ шейныя железы и миндалины) также не обнаружили въ себѣ никакихъ гистологическихъ признаковъ туберкулеза.

Сердце. Рѣзко-выраженное бѣлковое перерожденіе сердечной мышцы и некрозъ съ мелкокѣлочной инфильтраціей въ ткани клапановъ аорты.

Въ данномъ случаѣ, какъ и въ предыдущемъ, при вскрытіи трупа больного, умершаго отъ язвеннаго эндокардита, была найдена случайная секціонная находка у *v. Vauhini* въ видѣ нѣсколькихъ омѣлоторенныхъ железъ туберкулезнаго происхожденія; о такомъ діагнозѣ свидѣлствуетъ наличность въ нихъ типичныхъ бугорковъ, расположенныхъ по периферіи омѣлоторенныхъ казеозныхъ массъ.

Въ виду отсутствія туберкулеза въ легкихъ, бронхialsныхъ железахъ, кишечникѣ и, вообще, въ организмѣ, становится яснымъ, что данный туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ является *первичнымъ*, произошедшимъ вслѣдствіе туберкулезнаго зараженія черезъ кишечникъ, оставшіяся пощаженнымъ.

Суди по локализациі пораженныхъ брыжжеечныхъ железъ, туберкулезная инфекция, видимо, проникла черезъ стѣнку кишечника вблизи *v. Vauhini*, т. е. въ мѣстѣ наиболѣе частаго развитія первичнаго и вторичнаго туберкулеза кишки, и въ этомъ отношеніи данный случай сходится съ наблюденіями большинства авторовъ. О причинѣ такой предпочтительной локализациі см. выше.

Будучи заключенъ въ непроницаемую капсулу, почти сплошь пропитанный известью, только-что описанный туберкулезъ железъ былъ совершенно изолированъ и, какъ безвредный для организма, ничѣмъ не проявлялся при жизни. Указаніе на бывшее у больного

въ теченіе 4 послѣднихъ лѣтъ разстройство пищеваренія надо отнести на счетъ хроническаго катарра желудочно-кишечнаго тракта. Весь же симптомокомплексъ, съ которымъ больной вступилъ и находился въ военномъ госпиталѣ, обязанъ острой инфекціи, обусловившей появленіе язвеннаго эндокардита. Послѣдній и послужилъ причиною смерти больного.

С л у ч а й X V .

Нратная исторія болѣзни.

Анна И., крестьянка Курской губ., 22 лѣтъ, поступила въ Харьковскую городскую Николаевскую больницу 15 октября 1905 года съ жалобой на кровотеченіе изъ половыхъ органовъ. По словамъ больной, дома у нея произошелъ выкидышъ на 3-мъ мѣсяцѣ беременности. Прибыла съ остатками послѣда, почему 15 октября сдѣлано ей выскабливаніе и удалены остатки. Въ день поступленія въ больницу температура была 37,4°, общее состояніе возбуждено.

16 октября. Весьма возбуждена. Рвота. Выдѣленій изъ половыхъ органовъ нѣтъ.

17. Появилось кровотеченіе изъ десенъ.

18—19. Сознаніе почти отсутствуетъ. Во рту корки запекшейся крови. Рвота меньше.

20. Пульсъ плохой. Появилась болѣзненность въ области живота.

21. Пульсъ плохой. Появилась urticaria.

22. Умерла при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности. Клинической діагнозъ: Residua abortus. Septicaemia.

Вскрытіе произведено 25 октября 1905 года прозекторомъ городской Николаевской больницы, прив.-доц. К. Ф. Еленевскимъ.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Наружный осмотръ. Трупъ женскаго пола, средняго роста, умѣреннаго питанія. Глаза полуоткрыты, вѣки лѣваго глаза покрыты буроватыми корками. Глазное яблоко лѣваго глаза имѣетъ полуснавшійся видъ; роговица помутнена. Правый глазъ лучше сохранился — зрачекъ праваго глаза слегка расширенъ. Губы покрыты буровато-красными, сухими корками. Отверстіе носа почти чисто. На груди, рукахъ, ногахъ и на задней поверхности

туловища видны слѣды расчесовъ. Пальцы рукъ покрыты буроватыми корочками.

Животъ слегка втянутъ. Отверстіе задняго прохода и промежность запачканы каломъ. Малыя губы пигментированы. Околососочковые кружки мало пигментированы. Трупное окоченіе на нижнихъ конечностяхъ рѣзко сохранилось, на верхнихъ — нѣтъ. Трупныя пятна выступаютъ на задней поверхности туловища.

Черепная полость. Черепъ слегка скошенъ справа налѣво. Теменные бугры рѣзко обрисовываются, особенно на лѣвой сторонѣ. Кости черепа мѣстами истончены отъ давленія Пахионовыми грануляциями, особенно рѣзко на лѣвой сторонѣ. Твердая мозговая оболочка значительно напряжена, мѣстами утолщена. Мягкая мозговая оболочка умѣренно гиперемирована и отечна. Ткань мозга на поверхностяхъ разрывовъ покрывается капельками жидкой крови. Вещество мозга при разрывѣ хруститъ, вѣдствие уплотненія сосудовъ. Сосуды основанія мозга мало измѣнены. Пазухи твердой мозговой оболочки содержатъ свернувшуюся кровь.

Грудная полость. Стоянiе диафрагмы съ правой стороны въ 5 межреберномъ промежуткѣ, съ лѣвой — въ 6-мъ. Легкія мѣстами сращены съ грудной клеткой по заднему краю. Въ правомъ легкомъ въ нижней и средней долѣ по заднему краю разбѣяны гнѣзда уплотненія сѣро-краснаго цвѣта частью клиновидной формы, частью округлаго очертанія, величиною до миндальнаго орѣха. Остальная ткань легкихъ достаточно проходима для воздуха, въ переднихъ отдѣлахъ малокровна.

Какихъ-либо признаковъ туберкулеза въ легкихъ не обнаружено.

Сердце плоско-коническое, въ правой половинѣ сердца содержится темная, жидкая кровь; въ лѣвомъ предсердіи сгустки фибрина; лѣвый желудочекъ пустъ, мускулатура желудочковъ достаточно плотна, сѣро-краснаго цвѣта.

Брюшная полость свободна отъ экссудата. Serosa покрыта клейкой массой.

Селезенка слегка увеличена; капсула морщиниста, ткань хруститъ при разрывѣ, темно-краснаго цвѣта; фолликулы увеличены.

Печень большая, буровато-красная, дряблая. Желчный пузырь напряженъ.

Почки увеличены раза въ два, дольчаты; корковый слой набухшій, зернистый, съ сѣровато-желтыми мелкими узелками, располагающимися на разрывѣ клинообразно; пирамиды темнокрасныя;

лоханки слегка расширены, выполнены мутной, окрашенной кровью жидкостью.

Мочевой пузырь содержитъ такую же жидкость, какъ и лоханки. Слизистая оболочка мочевого пузыря рѣзко гиперемирована въ днѣ.

Матка увеличена раза въ три во всѣхъ размѣрахъ. Каналь шейки свободно пропускаетъ большой палецъ и выполненъ стекловидной, окрашенной кровью слизью. Полость матки расширена и выполнена кровяными сгустками, по отдѣленіи которыхъ на передней поверхности обнажается рыхлая, слегка возвышающаяся темно-красная слизистая оболочка. На задней стѣнкѣ слизистая оболочка гладкая, сѣро-краснаго цвѣта, какъ послѣ выкабливанія.

Яичники малы; въ одномъ изъ нихъ оказалось фиброзное тѣло бѣловатаго цвѣта, величиною съ горошину; желтаго тѣла не обнаружено. Фаллопиевы трубы и фимбрии гиперемированы.

Слизистая оболочка полости рта покрыта корками чернаго цвѣта. Языкъ обложенъ такими же корками.

Глотка гиперемирована. Нижняя треть пищевода — темно-краснаго цвѣта. Трахея блѣдная, покрыта слизью.

Слизистая оболочка желудка и верхнихъ отдѣловъ тонкихъ кишекъ гиперемирована по верхушкамъ складокъ и слегка отечна. Слизистая оболочка подвздошной кишки съ высокими складками, набухшая, рѣзко кровянисто инфильтрирована. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ также гиперемирована по верхушкамъ складокъ.

Брыжжеечныя железы увеличены до миндальнаго орѣха, нѣкоторыя изъ нихъ сплошь, другія частично омѣлоторены.

Омѣлоторенныя брыжжеечныя железы, числомъ 5, расположены въ брыжжейкѣ, соответствующей нижней части подвздошной кишки, у червеобразнаго отростка; на разрывѣ имѣютъ строеніе кости; казеозныя же массы въ нихъ находятся въ небольшомъ количествѣ и пропитаны солями извести въ видѣ крошковатыхъ массъ, не поддающихся размазыванію.

Размѣры ихъ въ діам.: а) 13×10 mm. б) 10×6 mm. в) 15×8 mm. д) 7×6 mm. е) 30×6 mm.

Остальныя брыжжеечныя железы на разрывѣ вишнево-краснаго цвѣта, безъ бугорковъ, но также увеличены, изъ коихъ одна у червеобразнаго отростка достигаетъ въ діам. 30—5 mm., другая 15—6 mm.

Рансгеасъ дольчатая, значительной плотности.

Diagnosis anatomica. Degeneratio caseosa tuberculosa et calcinatio glandularum lymphaticarum mesenterii. Pleuritis adhaesiva circumscripta. Pneumonia metastatica (strepto-mycotica) loborum inferioris et medii pulmonis dextri. Uterus post abortum. Haemorrhagia mucosae tractus gastro-intestinalis. Induratio lienis. Hypertrophia cyanotica hepatis, renum. Nephritis embolica. Septicaemia. Oedema cerebri et meningum.

Бактеріологическое изслѣдованіе подтвердило діагнозъ стрептококкового зараженія (streptomycosis).

Микроскопическое изслѣдованіе.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ.

Брыжжеечная железа. Для изслѣдованія были взяты 11 железокъ, изъ коихъ 5 омѣлоторенныхъ. Начну съ послѣднихъ.

1) Уже при маломъ увеличеніи видно, что препаратъ дѣлится на 2 части.

Первая (меньшая) часть имѣетъ неправильно круглыя очертанія и состоитъ изъ декальцинированной казеозной массы, заключенной въ соединительнотканную капсулу. Въ промежуткахъ между казеозной массой и стѣнкой капсулы расположена костная ткань съ костнымъ мозгомъ; при этомъ въ одномъ изъ промежутковъ расположенъ одинъ лишь гиперемированный лимфоидный костный мозгъ, въ другомъ кость съ желтымъ мозгомъ. Въ одномъ мѣстѣ кость въ видѣ бруска тѣсно прилегаетъ къ казеозной массѣ.

Вторая (большая) часть имѣетъ вытянутую форму и состоитъ изъ аденоидной ткани въ видѣ отдѣльныхъ фолликуловъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга капсулярными перегородками; капсула и капсулярныя перекладны ясно утолщены.

При большомъ увеличеніи видно, что казеозный очагъ представляется въ видѣ безъядерной, мелкозернистой массы, окрашенной въ блѣдно-розовый цвѣтъ и окаймленной тонкой фіолетовой полоской, обозначающей слѣдъ присутствовавшей здѣсь извести. При томъ же увеличеніи видно, что сосуды костнаго мозга растянуты красными кровяными тѣльцами, при чемъ въ одномъ мѣстѣ въ немъ преобладаютъ лимфоидные элементы, въ другомъ жировыя капли.

2) Главная (центральная) часть препарата занята декальцинированной, казеозной массой, имѣющей многолопастную форму и лишь прерываемой близко къ центру и по сторонамъ 3 просвѣтами кругловатой формы, напоминающими кровеносные сосуды; изъ нихъ

большій просвѣтъ лежитъ близко къ центру, меньшіе по сторонамъ. При большомъ увеличеніи оказывается, что вышеуказанные просвѣты наполнены слизистымъ костнымъ мозгомъ съ муциноидной стромой, обиліемъ гиперемированныхъ сосудовъ и рѣдкими лимфоидными и жировыми клѣтками.

Въ промежуткахъ между отдѣльными лопастями также гиперемированный костный мозгъ, но лимфоиднаго типа, при чемъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ немъ обнаружены расширенныя лимфатическіе сосуды, заключающіе въ себѣ свернувшуюся лимфу. Въ единственномъ мѣстѣ къ казеозному очагу тѣсно примыкаетъ костная ткань въ видѣ буквы *л*. Всѣ вышеописанные элементы вмѣстѣ заключены въ соединительнотканную оболочку.

На этомъ же препаратѣ по ту сторону соединительнотканнаго мѣшка сохранились слабыя остатки аденоидной ткани.

3) Данный срѣзь состоитъ изъ 3 частей.

1-я имѣетъ полукруглую форму и состоитъ изъ декальцинированной казеозной массы звѣздчатой формы, включенной съ 3 сторонъ въ полукруглую соединительнотканную оболочку.

2-я состоитъ изъ аденоидной ткани—остатковъ склерозированной брыжжеечной железы. Въ промежуткахъ, образовавшихся между отростками казеозной массы и соединительнотканнымъ ободкомъ, находится гиперемированный костный мозгъ лимфоиднаго типа съ небольшимъ количествомъ жировыхъ капель. Къ казеозной массѣ съ одной стороны тѣсно примыкаетъ костная ткань четырехугольной формы.

3-ей частью препарата является гиперемированная жировая клѣтчатка.

4) Срѣзь изъ этой брыжжеечной железы напоминаетъ срѣзь подѣ цифрой 2, такъ какъ, подобно ему, имѣетъ вѣтвистую форму и близко къ центру снабженъ слизистымъ костнымъ мозгомъ съ контурами кровеноснаго сосуда; между отдѣльными вѣтвями казеознаго очага также имѣется костный мозгъ и нѣсколько костныхъ брусковъ.

При большомъ увеличеніи видно, что костный мозгъ, расположенный между казеозной массой и оболочкой, содержитъ въ изобиліи лимфоидные элементы, умеренное количество жировыхъ капель и расширенныя сосуды. Въ одномъ участкѣ костнаго мозга чрезвычайно расширенныя лимфатическіе сосуды наполнены свернувшейся лимфой.

5) Сръзь изъ этой железы имѣеть вытянутую форму и, подобно предыдущимъ, состоитъ изъ казеознаго ядра, одѣтаго въ фиброзную оболочку. Между казеозной массой и оболочкой — кость и костный мозгъ.

Особенностью даннаго сръза является то, что на границѣ между казеозной массой и оболочкой расположилась костная ткань въ видѣ вытянутаго кольца, заключившаго внутри себя костный мозгъ.

При разсматриваніи всѣхъ этихъ частей железы съ большимъ увеличеніемъ получается та же картина, что и въ предыдущихъ сръзахъ.

Въ нѣкоторыхъ брыжжеечныхъ железахъ между казеознымъ распадомъ и капсулой встрѣчались образованія, похожія на бугорки; но, влѣдствіе известковыхъ отложений, съ достовѣрностью установить характеръ ихъ не представлялось возможнымъ. Бациллы Кош'а не были обнаружены въ омѣловренныхъ брыжжеечныхъ железахъ.

6) Микроскопическое изслѣдованіе остальныхъ брыжжеечныхъ железъ даетъ, въ общемъ, слѣдующія измѣненія. Во всѣхъ ихъ сосуды рѣзко гиперемированы. При этомъ въ однихъ железахъ замѣчается острая гиперплазія фолликуловъ, въ другихъ атрофія фолликуловъ съ утолщеніемъ капсулы и замѣной ретикулярной ткани пучковой волокнистой (lymphadenitis chronica fibrosa). Никакихъ элементовъ туберкулеза здѣсь не обнаружено.

Кишки. Въ тонкой кишкѣ слизистая, подслизистая и подсерозная оболочки рѣзко гиперемированы, при чемъ капилляры, средніе и мелкіе кровеносные сосуды сильно расширены и заполнены красными кровяными шариками. Во многихъ мѣстахъ кровь выступила изъ сосудовъ и находится въ свободномъ состояніи въ видѣ точечныхъ кровоизліяній.

Ворсинки и Либеркюновы железы сохранились, но покрывающій ихъ эпителий, частью слизисто-перерожденъ, частью, особенно на ворсинкахъ, слущился.

Слизъ и отпавшій эпителий въ значительномъ количествѣ примѣшанъ къ серозному экссудату, вышедшему изъ сосудовъ.

Въ Либеркюновыхъ железахъ множество микроорганизмовъ, окрашенныхъ въ рѣзко-синій цвѣтъ (enteritis acuta).

Въ толстой кишкѣ преобладающимъ явленіемъ служитъ гиперемія и точечные экстравазаты.

Печень. Въ ней, кромѣ рѣзкой гипереміи кровеносныхъ сосудовъ и бѣлковаго перерожденія печеночныхъ клѣтокъ, не обнаружено ничего особеннаго.

Почки. Всѣ кровеносные сосуды гиперемированы. Эпителий мочевыхъ канальцевъ, особенно извитыхъ, находится въ состояніи бѣлковаго перерожденія (зернистость, неясность контуровъ клѣтки, кое-гдѣ исчезаніе ядеръ).

Въ корковомъ веществѣ по ходу интерстиціальной ткани обнаружена гнойная инфильтрація, кое-гдѣ спускающаяся въ мякотное вещество. Въ одномъ мѣстѣ препарата этотъ гнойный очагъ проходитъ сквозь всю толщю сръза. Обиліе микроорганизмовъ.

Селезенка. Капсула утолщена. Фолликулы слабо выражены, сосуды въ перегородкахъ чрезвычайно растянуты и гиперемированы. Кавернозные вены пульпы растянуты красными кровяными шариками, которыми заполнена и пульпа.

Во многихъ мѣстахъ произошли кровоизліянія и образовались гематомы.

Матка. Слизистая оболочка отсутствуетъ. На свободной поверхности матки масса крови, слизи и фибрина. Въ прослойкахъ соединительной ткани между мышцами мелкоклѣточная инфильтрація, переходящая мѣстами въ гнойники.

Въ маткѣ, *яичникахъ и трубахъ* отсутствіе туберкулеза.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.

Легкія. На сръзахъ изъ уплотнѣлыхъ мѣстъ средней и нижней доли праваго легкаго уже при маломъ увеличеніи видно, что мелкіе кровеносные сосуды и особенно капилляры наполнены и растянуты красными кровяными шариками, при чемъ капилляры кое-гдѣ вдаются въ просвѣтъ альвеолъ. Сами альвеолы густо заполнены катаральнымъ экссудатомъ, состоящимъ, большей частью, изъ лейкоцитовъ; въ другихъ мѣстахъ изъ лейкоцитовъ или жидкаго выпота съ примѣсью красныхъ кровяныхъ шариковъ и, наконецъ, изъ фибрина, въ петляхъ котораго заложены лейкоциты. Слущиваніе эпителия въ полость альвеолъ, какъ то бываетъ при бронхопневмоніи, здѣсь выражено очень слабо.

Характерной частью препарата являются тѣ участки, гдѣ легкое расплавляется въ густо закрашенную гнойную ткань, представляющуюся при больномъ увеличеніи сплошнымъ скопленіемъ гнойныхъ клѣтокъ при полной утратѣ альвеолярныхъ контуровъ; въ этихъ участкахъ можно видѣть множество микроорганизмовъ (pneumonia metastatica streptomycotica).

Какъ на срѣзахъ изъ уплотнѣлыхъ мѣстъ, такъ и на множествѣ срѣзовъ изъ другихъ отдѣловъ обонхъ легкихъ, элементовъ туберкулеза не обнаружено.

Бронхіальныя и трахеальныя железы также свободны отъ какихъ бы то ни было гистологическихъ признаковъ туберкулеза.

Сердце. Въ немъ отмѣчается бѣловое перерожденіе мышечныхъ элементовъ съ частичной воспалительной инфильтраціей межмышечной ткани.

По характеру найденныхъ нами измѣненій въ брыжжечныхъ железахъ данный случай представляетъ почти полную аналогію со случаемъ VIII. Здѣсь такъ же, какъ и тамъ, нѣсколько брыжжечныхъ железъ увеличено въ размѣрѣ и въ большей или меньшей степени омѣлотовлено и окостенѣло; при этомъ гистологическое изслѣдованіе указало общую для нихъ картину: ядромъ каждой железы служитъ казеозный очагъ, окруженный толстой фиброзной капсулой, подкрѣпленной новообразованной костной тканью. Ни типичныхъ клѣточныхъ бугорковъ, ни Коховскихъ бациллоу въ этихъ железахъ найти не удалось. Тѣмъ не менѣе, примѣнивъ къ этому случаю всѣ тѣ аргументы, которые мы высказали въ отношеніи діагностики случая VIII, приходится признать, что и данное пораженіе железъ — туберкулезнаго характера.

Отсутствіе же туберкулеза въ легкихъ, бронхіальныхъ железахъ, кишечникѣ и проч. органахъ дѣлаетъ данный туберкулезъ брыжжечныхъ железъ *первичнымъ*.

Особенностью только-что описаннаго случая, отличающей его отъ случая VIII, является то обстоятельство, что омѣлотовенныя брыжжечныя железы не пронизываютъ равномерно всей брыжжейки, а строго расположены въ одномъ ея участкѣ, именно, у нижней части подвздошной кишки, мѣста предпочтительной локализаци туберкулеза кишки; черезъ этотъ кишечный отрѣзокъ, вѣроятно, и произошло проникновеніе Коховскихъ бациллоу въ брыжжечныя железы.

Въ виду краткости добытой нами исторіи болѣзни, трудно судить о томъ, проявлялось ли какими-нибудь симптомами описанное пораженіе брыжжечныхъ железъ при жизни больной; скорѣе всего, надо думать, что скрытые въ брюшной полости очаги потухшаго туберкулеза, пропитанные известью, окруженные окостенѣвающей капсулой, представляютъ результатъ зараженія туберкулезомъ въ

раннемъ дѣтствѣ и въ зрѣломъ возрастѣ замѣтно не отражалось на общемъ состояніи здоровья.

Но быстро развившаяся септицемія, какъ результатъ стрептококковаго зараженія во время аборта, создала рѣзкую клиническую картину и, поразивъ важные жизненные органы (легкія, почки, сердце), послужила причиной смерти.

Такимъ образомъ, обнаруженный у больной острый процессъ въ правомъ легкомъ — *pneumonia metastatica (strepto-mycotica)* развился передъ самой смертью больной и къ возникновенію стараго туберкулеза въ брыжжечныхъ железахъ никакого отношенія не имѣетъ.

С л у ч а й X V I.

Кратная исторія болѣзни.

Акилина Р., крестьянка Курской губ., 28 лѣтъ, поступила въ Харьковскую городскую Николаевскую больницу 20 сентября 1905 года съ жалобами на головную боль, жаръ и общую слабость. Считаетъ себя больной 3 дня. Температура при поступленіи 39,5. Пульсъ 110. Дыханіе ровное. Языкъ сухой, животъ вздутъ, селезенка рѣзко увеличена.

21—30/IX. Сознаніе отсутствуетъ. Температура продолжаетъ быть высокой (39°—40°).

1—16/X. Несмотря на постепенное пониженіе температуры, дошедшее до 37°, общее состояніе больной весьма тяжелое, пульсъ слабъ.

17—26/X. Температура колебалась между 37° и 38°. Сильное исхуданіе. Въ остальномъ status quo.

27/X. Умерла.

Клинической діагнозу: *Typhus abdominalis*.

Вскрытіе произведено 28 октября 1905 года г. прозекторомъ городской Николаевской больницы, прив.-доц. К. Ф. Еленевскимъ.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Черепная полость. Твердая мозговая оболочка слегка напряжена; мягкая — отечна; ткань мозга на разрѣзахъ большихъ мозговыхъ узловъ съ правой стороны плотнѣе нормальной.

Грудная полость. Передніе отдѣлы малокровны, пушисты; нижняя доля по заднему краю слегка отечна. Нижняя доля праваго легкаго сращена съ грудною стѣнкою и діафрагмою.

При самомъ тщательномъ изслѣдованіи обоихъ легкихъ не удалось обнаружить въ нихъ ни очаговъ уплотненія, ни кавернъ.

Сердце плоско-коническое; въ правой половинѣ сердца много фибринныхъ сгустковъ. Лѣвый желудочекъ пустъ. Мускулатура желудочковъ дряблая, желтовато-краснаго цвѣта. Клапанные аппараты сердца безъ измѣненій.

Аорта—широкая, стѣнка значительной толщины, intima слегка морщинистая.

Брюшная полость. Селезенка кожистая, малокровная.

Печень немного увеличена; капсула ея напряжена; ткань въ разрѣзѣ цвѣта красной глины.

Почки. Лѣвая немного больше правой, корковый слой желтовато-краснаго цвѣта, мѣстами утолщенъ; по отдѣленіи капсулы обнажается множество мелкихъ, величиною до коноплянаго зерна, желтыхъ, слегка возвышающихся узелковъ, въ разрѣзѣ располагающихся клиновидно и дающихъ при соскабливаніи гноевидную массу. Описанные узелки залегаютъ преимущественно въ корковомъ слой лѣвой почки; въ правой почкѣ попадаются только одиночные узелки такого же характера. Пирамиды при основаніи цианотичны, сосочки пирамидъ блѣдно-краснаго цвѣта. Лоханки слегка расширены, особенно въ лѣвой почкѣ. Слизистая оболочка лоханки зерниста, клѣтчатка около лоханки немного отечна.

Мочевой пузырь сильно растянутъ мутной, буро-желтой мочей съ бѣловатыми хлопьями, похожими на клочки фибрина. Стѣнки мочевого пузыря значительной толщины. Слизистая оболочка его также утолщена, гиперемирована и покрыта гноевидной слизью.

Матка мала, малокровна, въ каналѣ шейки много стекловидной слизи.

Яичники—малокровны.

Желудокъ. Слизистая оболочка бѣдна складками, покрыта вязкой слизью; въ днѣ точечные экстрavasаты.

Слизистая оболочка ilei въ нижней части содержитъ характерныя тифозныя язвы съ аспиднымъ дномъ и уплощенными краями. На valvula Bauhiniі сплошная, аспидно-пигментированная язва съ сѣтчатымъ дномъ. Въ мѣшкѣ слѣпой кишки, на слизистой оболочкѣ, имѣются мелкія тифозныя язвы.

Ободочная кишка наполнена комковатыми каловыми массами; слизистая оболочка покрыта такой же слизью, какъ и прямая кишка.

Слизистая оболочка прямой кишки покрыта вязкой слизью.

Брыжжеечныя железы не увеличены, приблизительно съ чечевичное зерно величиной и, отыскиваются съ большимъ трудомъ; нѣкоторыя изъ нихъ омѣлотовлены.

Въ 5 мѣстахъ черезъ брюшину просвѣчиваютъ блѣдно-желтые твердые очаги, въ наибольшемъ диаметрѣ 3—4 mm., расположенные у нижней части подвздошной кишки; при разрѣзѣ этихъ очаговъ оказывается сплошное пропитываніе солями известки и отсутствіе казеозныхъ массъ, способныхъ къ размазыванію.

Diagnosis anatomica. Calcinatio glandularum lymphaticarum mesenterii. Typhus abdominalis. Nephritis embolica suppurativa et parenchymatosa degenerativa. Degeneratio parenchymatosa hepatis, myocardii. Hypostasis et oedema pulmonum. Oedema cerebri et meningum. Coprostasis.

Микроскопическое изслѣдованіе.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ.

Брыжжеечныя железы. Для изслѣдованія были взяты 8 брыжжеечныхъ железъ, изъ нихъ 5 омѣлотовренныхъ. Начну съ послѣднихъ.

1) Главной частью препарата является обызвествленный казеозный очагъ, состоящій изъ зернистой, безъядерной ткани, окруженной весьма толстой фиброзной капсулой. Къ этому очагу сплошнаго казеознаго распада примыкаетъ участокъ некротизированной ткани, въ которой можно еще отличить контуры погибшихъ клѣтокъ. Засимъ слѣдуетъ жировая клѣтчатка и, наконецъ, обрывокъ склерозированной лимфоидной ткани.

При большомъ увеличеніи можно видѣть, что въ фиброзной капсулѣ сохранились хорошо выраженыя гигантскія клѣтки, свидетельствующія о бывшихъ на этомъ мѣстѣ бугоркахъ. Въ остаткѣ лимфатической железы сильное развитіе соединительной ткани.

2) Срѣзъ изъ этой железы состоитъ изъ нѣсколькихъ декальцинированныхъ казеозныхъ очаговъ, при чемъ каждый въ отдѣльности окруженъ соединительнотканной оболочкой. По периферіи каждаго казеознаго очага рѣзко окрашенное кольцо бывшего здѣсь расположенія известки, а на границѣ съ фиброзной оболочкой въ нѣкоторыхъ изъ нихъ удалось обнаружить клѣточные бугорки.

Въ обрывкахъ лимфоидной ткани гиперемія и склерозъ.

3 и 4) Подобно предыдущему, такъ же состоятъ изъ нѣсколькихъ очаговъ декальцинированнаго казеознаго распада, окруженныхъ слабо

выраженной соединительнотканной капсулой. Въ остаткахъ лимфодной ткани, кромѣ гипереміи сосудовъ и дѣпедеза красныхъ кровяныхъ шариковъ, замѣчается скопленіе большихъ пластинчатыхъ клѣтокъ со слабо красящимся ядромъ, какъ то бываетъ при брюшномъ тифѣ.

б) Главную часть этого срѣза представляетъ ткань брыжжеечной железы, въ которой обнаружена рѣзкая гиперемія и склерозъ.

На одномъ краю препарата замѣчается участокъ казеозной массы съ концентрическимъ расположеніемъ слоевъ по периферіи и соединительнотканной капсулой вокругъ казеознаго очага.

При больномъ увеличеніи видно, что данный казеозный очагъ состоитъ изъ некротизированныхъ, круглыхъ, набухшихъ, безъядерныхъ клѣтокъ.

Въ омѣлтовренныхъ брыжжеечныхъ железахъ Коховскихъ бациллоу найти не удалось.

б) Микроскопическое изслѣдованіе остальныхъ брыжжеечныхъ железъ даетъ въ общемъ однообразную картину: атрофію фолликуловъ, развитіе соединительнотканной стромы и рѣзкую гиперемію.

Кишки. Въ нихъ—микроскопическія измѣненія, характерныя для брюшнаго тифа.

Почки. Въ обѣихъ почкахъ рѣзко выраженное бѣлковое перерожденіе, гиперемія и мелкоклѣточная инфильтрація. Въ обѣихъ же почкахъ, но, главнымъ образомъ, въ лѣвой обнаружены разсѣянные гнойники, захватившіе интерстиціальную ткань, сдавливающіе клубочки, просвѣты которыхъ, какъ и просвѣты мочевыхъ канальцевъ, заполнены гнойными шариками и цилиндрами.

Вблизи этихъ гнойниковъ участки некротизированной ткани и скопленія микроорганизмовъ.

Матеріаль для гистологическаго изслѣдованія *легкихъ* и *трахеобронхіальныхъ железъ* изъ даннаго случая мнѣ, къ сожалѣнію, не пришлось получить. Но, основываясь на заключеніи прозектора Николаевской больницы, приватъ-доцента К. Ф. Еленевскаго, вскрытаго трупа и тщательно изслѣдовавшаго легкія (съ прилежащими железами) во всѣхъ его отдѣлахъ, ему не удалось обнаружить въ нихъ никакихъ элементовъ туберкулеза.

Гистологическое изслѣдованіе брыжжеечныхъ железъ, расположенныхъ у нижней части *ilei*, показало наличность въ нихъ заглохшаго туберкулеза, о чемъ свидѣлствуютъ омѣлтовренные очаги, окруженные фиброзной капсулой, особенно же сохранившіеся бугорки и отдѣльныя гигантскія клѣтки въ капсулѣ (бациллы Кош'а вслѣдствіе давности процесса, повидимому, вымерли). Отсутствіе туберкулеза въ органахъ дыханія и кишечника дѣлаетъ данный туберкулезъ железъ *первичнымъ*.

Итакъ, передъ нами случай первичнаго туберкулеза брыжжеечныхъ железъ, происшедшаго вслѣдствіе зараженія черезъ кишечникъ; это зараженіе, скорѣе всего, произошло въ раннемъ дѣтствѣ благодаря проникновенію бациллоу черезъ неповрежденную стѣнку нижняго отдѣла подвздошной кишки (здѣсь исключительно расположены омѣлтовренные брыжжеечныя железы).

Въ отличіе отъ предыдущаго случая, необходимо отмѣтить ту единственную особенность даннаго, что пораженныя брыжжеечныя железы не представляютъ обычнаго для туберкулеза увеличенія въ размѣрѣ, но даже отыскиваются съ нѣкоторымъ трудомъ. Причину этого явленія съ точностью трудно установить. Можно предположить, что туберкулезныя бациллы съ самаго начала не встрѣтили благоприятныхъ условій для своего развитія; ослабленный ядъ ихъ могъ сначала вызвать небольшую гиперплазію, которая векорѣ уступила мѣсто цирротическому процессу.

Клиническія проявленія описаннаго туберкулеза брыжжеечныхъ железъ, въ виду краткости исторіи болѣзни, намъ неизвѣстны.

Смерть же произошла отъ совершенно новой инфекціи—брюшнаго тифа, осложнившася образованіемъ гнойниковъ въ обѣихъ почкахъ.

Случай XVII.

Краткая исторія болѣзни.

Тимофей Х., казакъ 3 своднаго Донскаго казачьяго полка, 29 лѣтъ, поступилъ въ Харьковскій военный госпиталь 10 марта 1906 года. Изъ анамнеза видно, что онъ 2 января с. г. заболѣлъ брюшнымъ тифомъ и 3 марта всталъ съ постели. Нынѣ жалуется на головную боль и общую слабость.

Роста ниже средняго, сложенія умѣренного, питанія плохого. Кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Ноги и кожа живота немного отечны.

Лѣвая граница сердца у соска, остальные границы въ предѣлахъ нормы. У верхушки и у аорты аускультируется ясный ритмъ галопя. Пульсъ слабого наполненія, 80 въ минуту, легко возбудимъ. Въ правой надключичной впадинѣ усиленный выдохъ; въ правомъ боку внизу небольшое притупленіе и нѣсколько ослабленное дыханіе.

Аппетитъ хорошій, стулъ правильный, животъ немного вздутъ.

Количество мочи 2000. Въ мочѣ бѣлокъ ($2^0/_{00}$). Форменныхъ элементовъ не найдено.

Клиническій діагнозъ: anaemia post typhum abdominale. Nephritis interstitialis chronica.

11—14. Отеки увеличились. Пульсъ попрежнему слабый. Самочувствіе удовлетворительное, сознаніе ясное.

15. Въ 8 часовъ вечера больной умеръ при явленіяхъ слабости сердечной дѣятельности.

Вскрытіе произведено 16 марта 1906 года помощникомъ прозектора, д-ромъ Э. Н. Винтелеромъ.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Наружные покровы блѣдны, малокровны. При давленіи на tibia получаютя ямки. Трупное ооченіе выражено сильно.

Черепная полость. Кости черепа тонки, diploë плохо развита. Форма черепа долихоцефалическая. Вѣсъ мозга 1350. Твердая и мягкая мозговья оболочки гиперемированы; въ подпаутинныхъ пространствахъ небольшое скопленіе серозной жидкости. Вещество мозга на разрѣзѣ блеститъ, при чемъ скоро выступаютя красныя точки. Въ боковыхъ желудочкахъ немного прозрачной красноватой жидкости. Въ продольномъ и остальныхъ синусахъ темная жидкая кровь.

Грудная полость. Стояніе діафрагмы справа между 4—5 ребромъ, слѣва — 5 ребро.

Въ обоихъ плевральныхъ мѣшкахъ по литру прозрачной серозной жидкости. Лѣвое легкое приращено въ нижней задней долѣ, правое вынимается свободно. Плевра праваго легкаго гладка, блестяща, на разрѣзѣ розоватаго цвѣта, сильно отекая, особенно въ нижнихъ доляхъ. Подъ плеврой лѣваго легкаго маленькія кровоизліянія, величиной съ булавочную головку. Вѣсъ праваго легкаго 530, лѣваго 525.

Несмотря на самое тщательное изслѣдованіе обоихъ легкихъ, соединенное съ разрѣзами и опухиваніемъ ихъ во всѣхъ направленіяхъ и безсчетное число разъ, намъ не удалось встрѣтить въ нихъ никакихъ уплотнѣній.

Трахеальныя и бронхиальныя железы не увеличены, антракотичны и при самомъ подробномъ обследованіи не позволяютъ обнаружить въ себѣ никакихъ элементовъ туберкулеза.

Въ полости сердечной сорочки около 3 столовыхъ ложекъ прозрачной серозной жидкости. Правое сердце слегка расширено, толщина его у основанія 7 mm.; лѣвое полусокращено, толщина его у основанія $1\frac{1}{2}$ cm. Въ полостяхъ свертковъ не имѣется, клапаны не измѣнены, отверстія не расширены. Вѣсъ сердца 310,0. Слизистая оболочка гортани и трахеи краснаго цвѣта, покрыта слизью.

Щитовидная железа темнокраснаго цвѣта, не увеличена.

Брюшная полость. Селезенка имѣетъ $14\frac{1}{2}$ cm. длины, 8 ширины и $3\frac{1}{2}$ толщины. Капсула ея слегка утолщена, ткань дрябла, на разрѣзѣ темнокраснаго цвѣта, пульны соскабливается мало. Почки имѣютъ 11 cm. длины, $7\frac{1}{2}$ ширины и 5 толщины. Капсула почек снимается легко, на разрѣзѣ синеваго-краснаго цвѣта, имѣется рѣзкая разница между корковымъ и медуллярнымъ слоемъ. Корковый слой рѣзко увеличенъ. Слизистая оболочка лоханокъ не измѣнена. Надпочечники не увеличены. Печень въ размѣрахъ не увеличена: длина ея 32 cm., ширина $14\frac{1}{2}$, толщина 9; красно-бураго цвѣта, содержитъ много крови, рисунокъ печени различается неясно. Вѣсъ печени 1455. Желудокъ сильно расширенъ, содержитъ много пищевыхъ массъ. Слизистая оболочка желудка гладка.

Слизистая оболочка начала duodeni пигментирована въ видѣ черныхъ точекъ. Желчь изливается безирепятственно. По всему тракту кишечника имѣются гиперплазированные фолликулы. Слизистая оболочка тощей кишки отечна, подвздошная кишка покрыта гиперплазированными фолликулами и гиперемирована; въ ней обнаружено много пигментированныхъ заживающихъ язвъ, какъ на мѣстѣ солитарныхъ фолликуловъ, такъ и на мѣстѣ Пейеровыхъ бляшекъ. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ блѣдна и малокровна.

Мезентеріальныя железы увеличены до крупнаго лѣснаго орѣха. Одна изъ нихъ около перехода duodeni въ тощую, у *plicae duodeno-jejunalis*, содержитъ известковыя отложенія; размѣры ея въ

длину 1,6 см., въ ширину 0,8 см.; другая въ области ilei сѣро-краснаго цвѣта, увеличена, содержитъ бѣловатый узелокъ. Мочевой пузырь растянутъ, содержитъ около стакана прозрачной мочи, слизистая оболочка его гладка. Сѣменные пузырьки и prostata не увеличены. Придатокъ праваго яичка увеличенъ.

Diagnosis anatomica. Calcinatio glandulae mesenterii tuberculosa. Typhus abdominalis fere sanatus. Ulcera intestini ilei typhosa cum pigmentatione. Hyperaemia et oedema meningum et cerebri. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Nephritis ac. parenchymatosa. Hyperaemia hepatis. Anasarca, hydrothorax, hydropericardium, ascites.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Со стороны гистологической мнѣ удалось изслѣдовать этотъ случай весьма подробно, такъ какъ тотчасъ послѣ вскрытія мнѣ достались почти все органы трупа.

Поэтому изъ каждаго органа я могъ брать такое количество кусочковъ, какое требовалъ интересъ занимающаго меня вопроса.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ.

Начну описаніе съ омѣлоторенной брыжжеечной железы, заключающей въ себѣ главный интересъ всего случая.

Эта железа была раздѣлена на 3 части (кусочки), изъ которыхъ приготовлено большое количество срѣзовъ.

Омѣлоторенная брыжжеечная железа.

1) Большая часть этого срѣза состоитъ изъ 2 крупныхъ казеозныхъ очаговъ кругловатой формы, расположенныхъ concentрическими слоями и окруженныхъ соединительнотканной капсулой съ попадающимися въ ней гигантскими клѣтками. При большомъ увеличеніи видно, что казеозный очагъ имѣетъ мелкозернистое строеніе, соединительнотканная клѣтка съ ясно выраженными веретенообразными ядрами, въ гигантскихъ же клѣткахъ ядра расположены то по периферіи, то въ центрѣ.

По периферіи препарата сохранилась лимфоидная ткань въ состояніи гипереміи и гиперплазіи.

2) Характерной частью этого срѣза являются 2 бугорка, расположенныхъ съ краю препарата среди остатковъ лимфоидной ткани брыжжеечной железы. При разсматриваніи этихъ бугорковъ съ большимъ увеличеніемъ, видно, что одинъ бугорокъ состоитъ изъ эпителиоидныхъ клѣтокъ и клѣтокъ съ веретенообразными ядрами, среди

которыхъ попадаются типичныя гигантскія клѣтки съ краевымъ расположеніемъ ядеръ; другой бугорокъ также состоитъ изъ эпителиоиднаго центра, но многія клѣтки его начинаютъ распадаться, утратили свои ядра и заключаютъ въ себѣ известковыя отложенія. Наибольшую же часть препарата составляетъ рядъ казеозныхъ очаговъ, окруженныхъ соединительнотканной капсулой, при чемъ на периферіи нѣкоторыхъ казеозныхъ массъ слѣды бывшаго расположенія известны въ видѣ рѣзко окрашенныхъ въ фіолетовый цвѣтъ круговъ; въ соединительнотканная оболочки вкраплены гигантскія клѣтки.

Въ остаткахъ лимфоидной ткани необходимо отмѣтить гіалиновое перерожденіе ретикулы въ видѣ окрашенныхъ въ блѣдно-розовый цвѣтъ гомогенныхъ балокъ и глыбъ съ небольшимъ остаткомъ клѣточныхъ ядеръ.

3) Данный срѣзъ состоитъ изъ ряда казеозныхъ очаговъ, окруженныхъ соединительнотканной капсулой, въ которой попадаются гигантскія клѣтки. Въ нѣкоторыхъ казеозныхъ очагахъ слѣды бывшаго расположенія известны. Здѣсь также встрѣчаются фиброзные бугорки, изъ коихъ одинъ по своимъ очертаніямъ и просвѣту указываетъ на то, что бугорковый процессъ проникъ въ стѣнку лимфатическаго сосуда.

Въ остаткахъ лимфоидной ткани замѣчается некрозъ клѣтокъ и гіалинозъ ретикулы.

Въ весьма многихъ срѣзахъ изъ этой железы обнаружены бациллы Коха, отъ 5 до 8 въ каждомъ полѣ зрѣнія микроскопа.

Остальныя брыжжеечныя железы. Въ нихъ обнаружена простая гиперплазія лимфоидной ткани и никакихъ признаковъ туберкулеза.

Кишки. При микроскопическомъ изслѣдованіи тонкихъ и толстыхъ кишекъ нигдѣ не удалось найти гистологическихъ признаковъ туберкулеза. Напротивъ, все измѣненія въ кишкахъ сводились къ тому стадію брюшнаго тифа, при которомъ язвы начинаютъ покрываться молодой грануляціонной тканью.

Желудокъ. Слизистая оболочка не представляетъ ничего особеннаго, за исключеніемъ атрофіи его железистыхъ элементовъ.

Селезенка. Капсула нѣсколько утолщена. Кровеносные сосуды, особенно кавернозные вены, расширены и заполнены красными кровяными шариками. Пульпа гиперплазирована; фолликулы не измѣнены. Обиліе желто-бурого пигмента, расположеннаго въ видѣ скопленія зернышекъ въ клѣткахъ мякоти и отчасти свободно.

Присутствіе желтаго пигмента указываетъ на распадъ цвѣтныхъ элементовъ крови.

Почки. Протоплазма клѣтокъ мочевыхъ канальцевъ мелкозерниста, ядра слабо воспринимаютъ окраску; многія клѣтки совершенно безъядерны; эпителий мочевыхъ канальцевъ сильно перерожденъ, но до образованія цилиндровъ не дошло. Сосуды рѣзко гиперемированы. Въ Мальпигіевыхъ клубочкахъ число ядеръ значительно увеличено; клубочки являются набухшими и выполняютъ просвѣтъ Бауманновской капсулы; число ядеръ въ интерстиціи также увеличено; интерстиціонная ткань слегка отечна.

Печень. Контуры клѣтокъ различаются неясно, протоплазма мелкозерниста, ядра сохранены. Кровеносные сосуды растянуты красными кровяными шариками.

Въ междольчатой соединительной ткани, вблизи сосудовъ и желчныхъ ходовъ, замѣчается скопленіе безцвѣтныхъ тѣлецъ, такъ называемыхъ лимфомъ, встрѣчающихся при брюшномъ тифѣ.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.

Легкія. Прежде всего необходимо отмѣтить, что изслѣдованіе множества срѣзовъ, приготовленныхъ изъ самыхъ разнообразныхъ мѣстъ обоихъ легкихъ, не обнаружило въ нихъ рѣшительно никакихъ признаковъ туберкулеза.

Въ лѣвомъ легкомъ имѣются небольшіе участки кровоизліяній, въ которыхъ альвеолы представляются заполненными исключительно красными кровяными шариками; въ этихъ участкахъ можно встрѣтить крупныя клѣтки, заключающія въ себѣ бурый пигментъ. Въ остальномъ въ обоихъ легкихъ ничего патологическаго.

Бронхіяльныя железы. Въ нихъ во всѣхъ измѣненія одни и тѣ же: сильное отложеніе угольной пыли, склерозъ ретикулы и атрофія фолликуловъ. Подъ утолщенной капсулой железы наблюдается гиперемія. Отсутствіе элементовъ туберкулеза.

Трахеальныя железы. Здѣсь также наблюдается гиперемія и отложеніе угольной пыли; склерозъ ретикулы выраженъ весьма рѣзко. Отсутствіе элементовъ туберкулеза.

Сердце. Бѣлковое перерожденіе, выражающееся неясностью или исчезаніемъ поперечной исчерченности мышечныхъ волоконъ и появленіемъ кое-гдѣ въ межмышечной ткани круглоклѣточной инфильтраціи. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ мышечныя волокна оказываются распавшимися на отрѣзки (*fragmentatio myocardii*), при

чемъ здѣсь мышечная ткань является лишенной не только поперечной исчерченности, но и клѣточныхъ ядеръ.

ШЕЙНЫЕ ОРГАНЫ и ПОЛОСТЬ РТА.

Въ *шейныхъ железахъ* отсутствіе какихъ-либо патологическихъ измѣненій.

Миндалины. Покровный эпителий на нѣкоторомъ разстояніи отсутствуетъ. Въ лакунахъ замѣчаются пробочки, состоящія изъ жирового распада. Гиперемія. Туберкулезъ отсутствуетъ.

Въ мочеполовыхъ органахъ также отсутствіе туберкулеза.

Вышеизложенный случай пріобрѣтаетъ для насъ интересъ исключительно благодаря случайной секціонной находкѣ, въ видѣ известковыхъ отложеній въ одной изъ брыжжеечныхъ железъ, расположенной у *plica duodeno-jejunalis* (въ мѣстѣ перехода 12-перстной въ тощую кишку).

Подвергнутая тщательному бактериоскопическому и гистологическому изслѣдованію, эта железа обнаружила въ себѣ наличность несомнѣннаго туберкулеза. Объ этомъ свидѣлствуютъ: Коховскіе бациллы въ срѣзахъ, фиброзные бугорки съ гигантскими клѣтками и омѣлотовренные казеозные очаги, окруженные фиброзной капсулой также съ гигантскими клѣтками. Отсутствіе же туберкулеза въ легкихъ и всѣхъ прочихъ органахъ дѣлаетъ этотъ туберкулезъ брыжжеечной железы *первичнымъ*.

Такимъ образомъ, сгруппировавъ всѣ данныя описаннаго случая, можно сдѣлать слѣдующее заключеніе. Передъ нами случай первичнаго туберкулеза брыжжеечной железы, произошедшій вслѣдствіе давняго зараженія (скорѣе всего, въ дѣтскомъ возрастѣ) туберкулезомъ, благодаря проникновенію Коховскихъ бациллоу черезъ неповрежденную кишечную стѣнку; мѣстомъ такого проникновенія надо считать пограничную область между 12-перстной и тощей кишкой.

При жизни такое ограниченное пораженіе брыжжеечной железы не могло, конечно, ничѣмъ проявиться, такъ какъ заложенный въ ней туберкулезный процессъ путемъ петрификаціи шелъ къ постепенному отмиранію своихъ живыхъ элементовъ. Но присоединилась новая, брюшно-тифозная инфекция, которая вмѣстѣ съ нефритомъ и послужила причиной смерти больного. Измѣненія остальныхъ брыж-

жеечныхъ железъ, язвы въ кишкахъ и пр.—все это результатъ зараженія брюшнымъ тифомъ; водянка же груди, перикардія и живота есть слѣдствіе какъ нефрита, такъ и гидреміи и ослабленія сердечной дѣятельности въ зависимости отъ интоксикаціи брюшно-тифознымъ ядомъ.

С л у ч а й XVIII.

Нратная исторія болѣзни.

Дарья Г., крестьянка Харьковскаго у., по профессіи прачка, 19 лѣтъ, поступила въ Харьковскую терапевтическую госпитальную клинику 2 сентября 1906 г. съ жалобами на *поносы съ кровью, боли въ животѣ, отеки* лица, рукъ и ногъ. Больна около 8 мѣсяцевъ; весной лежала въ этой же клиникѣ, страдала болями въ животѣ, при чемъ тогда *прощупывались* у нея увеличенныя *брыжжеечныя железы*; вскорѣ послѣ выписки изъ клиники (передъ Пасхой) у нея появились поносы, 2 мѣсяца назадъ отеки; по временамъ ослабѣвало зрѣніе. *Малокровна и истощена*. Лицо и руки умѣренно отечны; ноги сильно отечны, при чемъ отекъ распространяется на покровы живота. Границы сердца нормальны, тоны глуховаты, но чисты. Перкуторный тонъ легкихъ нигдѣ не заглушенъ; на правой верхушкѣ жесткое дыханіе и удлинненный выдохъ; умѣренное количество разсѣянныхъ сухихъ хриповъ. Печень и селезенку не удается прощупать вслѣдствіе напряженности живота. Въ брюшной полости констатируется асцитическая жидкость и болѣзненность при ощупываніи живота по всему протяженію. Аппетитъ плохой, стулъ учащенный.

Мочи выдѣляется очень мало, до 100 куб. см. въ сутки, удѣлъ ея 1,010, содержитъ слѣды бѣлка и почечный эпителий. Температура 38,6.

5—7 сентября. Поносы 4—5 разъ въ день. Пульсъ слабый и частый. Отеки лица, рукъ и ногъ увеличиваются. Въ плевральной полости порядочное количество трансудата. Температура колеблется въ предѣлахъ 37 и 38,5.

8—14 сентября. Аппетитъ плохой, стулъ частый, 6—8 разъ въ сутки, боли въ животѣ. Одышка увеличивается. Мочи мало. Температура въ предѣлахъ 37 и 39.

15 сентября. Пульсъ плохого наполненія, 130 въ минуту, мочи очень мало. По обѣимъ сторонамъ живота ограниченная краснота. Температура 37—38.

17 сентября. Поносы до 10—12 разъ въ сутки. Слабость нарастаетъ. Температура 37,2—37,6.

19 сентября. Поносы усилились. Состояніе духа подавленное, большей частью спитъ. Температура 36,8—36,8.

22 сентября. Температура пала до 35,6. Постепенно нарастающая слабость сердца, закончившаяся параличомъ.

Клиническій діагнозъ. *Ulcerata tuberculosa intestinorum, peritonitis tuberculosa, tabes mesaraica.*

Вскрытіе произведено проф. Н. Ф. Мельниковымъ-Разведенковымъ.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Наружные покровы блѣдны. Тѣлосложеніе среднее. Ростъ 150 см. Подкожная клѣтчатка на тѣлѣ стопы и голеняхъ отечна. Мышцы верхней конечности атрофированы; слизистыя оболочки малокровны. Зрачки равномерно расширены, до 6 мм. Волосы на головѣ темно-русые, на лобѣ плохо развиты. Грудныя железы въ діам. 10 см.; соски слабо пигментированы, животъ умѣренно вздутъ, пупокъ слабо выпячивается, покровы живота окрашены въ зеленоватый цвѣтъ, рѣзко отличающійся отъ наружныхъ покрововъ, блѣдно окрашенныхъ. На лѣвой голени багровыя разлитыя пятна съ мацерацией.

Черепная полость 16×14 см., толщина 8 мм. Черепъ малокровный, diploë развито удовлетворительно. Вѣсъ мозга 1220,0. Мягкая мозговая оболочка малокровна, довольно сухая; существо мозга малокровно, отечно. Въ пазухахъ твердой мозговой оболочки находятся рыхлые объемистыя кровяныя сгустки.

Грудная полость. Мышцы груди тощи, малокровны, развиты слабо. Стояніе диафрагмы справа на 4, слѣва на 5 ребрѣ. Область сердца открыта.

Вѣсъ лѣваго легкаго 300,0. Лѣвое легкое приращено въ верхушкѣ и на небольшомъ пространствѣ по сосковой линіи. Въ лѣвомъ плевральномъ мѣшкѣ около 500 куб. см. прозрачной жидкости. Въ верхушкѣ лѣваго легкаго находится небольшой очагъ, состоящій изъ мелкихъ казеозныхъ бугорковъ. Въ нижней долѣ лѣваго легкаго обнаруженъ очагъ съ куриное яйцо, плотной консистенціи, сѣро-краснаго цвѣта, въ которомъ ткань легкаго безвоздушна.

Вѣсъ праваго легкаго 360,0. Въ правомъ плевральномъ мѣшкѣ около 100 куб. см. кровянистой жидкости. Въ верхушкѣ праваго легкаго разсѣяны милярныя бугорки съ перламутровымъ блескомъ.

Въ нижней долѣ праваго легкаго разсѣяны очаги кровоизліяній неправильной формы, величиною съ лѣсной орѣхъ. Оба легкія малы, сдавлены и отечны. Слизистая гортани и трахеи блѣдна.

Бронхіальныя железы антракотичны, величиною съ маленькій лѣсной орѣхъ, безъ всякихъ признаковъ туберкулёза. Железы передняго и задняго средостѣнія слегка увеличены, также безъ признаковъ туберкулёза.

Миндалины и шейныя железы не увеличены.

Сердце 9×8 см. Полости сердца наполнены рыхлыми красными и бѣлыми сгустками. Мышца сердца малокровна, глинистаго цвѣта, дрябла; толщина мышцы лѣваго желудочка 1,2 см., праваго 7 мм. Клапаны и отверстія нормальны. Аорта и легочная артерія у основанія сердца 5,5 см. въ діам. Intima аорты гладка, слегка складчата.

Брюшная полость. Сальникъ приращенъ своимъ нижнимъ концомъ къ передней брюшной стѣнкѣ соответственно правой Пупартовой связкѣ на протяженіи 1 см. въ видѣ ленты. 2—3 петли тонкихъ кишекъ сращены между собой старыми фиброзными сращеніями, остальные свободны.

Мезентеріальныя железы увеличены, въ видѣ узловъ діам. до 4 см., особенно на уровнѣ пупка и немного слѣва отъ него; соответственно правой Пупартовой связкѣ діам. ихъ достигаетъ только $1\frac{1}{2}$ см.

На разрѣзѣ мезентеріальныя железы казеозно измѣнены; нѣкоторыя изъ нихъ содержатъ массу въ видѣ маркой, бѣловатой кашицы. Казеозныя массы расположены среди фиброзной ткани железы.

Желудокъ растянутъ жидкими пищевыми массами; слизистая его блѣдна, гладка. На малой кривизнѣ, въ разстояніи 5 см. отъ пищевода, плоская, неправильной формы язва съ діам. въ 3 см., надъ которой нависаютъ мостики изъ рубцовой ткани, въ видѣ 4-хъ по краямъ вѣтвящихся плотныхъ шнурковъ бѣлаго цвѣта, въ срединѣ оставляющихъ большіе промежутки, чѣмъ по краямъ, и кое-гдѣ истончающихся до размѣра тончайшихъ нитей. На задней стѣнкѣ желудка и большой кривизнѣ, въ 2-хъ мѣстахъ, въ 4 и 8 см. отъ pylorus'a, неправильной формы 2 рубца. Въ pylorus'ѣ глубокая язва полуциркулярной формы съ чистымъ дномъ и извѣденными краями; надъ язвой нависаютъ отдѣльные мостики.

На серозной оболочкѣ кишекъ разсѣяны туберкулы, мѣстами представляя видъ скопленій; соответственно этимъ мѣстамъ на слизистой оболочкѣ имѣются большія ландкаргообразныя язвы,

идущія преимущественно въ поперечномъ направленіи. Эти язвы имѣютъ неровное, рубцующееся дно, при чемъ ихъ больше всего въ толстыхъ кишкахъ и въ нижнемъ отдѣлѣ тонкихъ.

Толстая кишка около слѣпой представляетъ громадную язву, занимающую всю окружность кишки на протяженіи 11 см.

Если обзрѣвать кишечникъ, пдѣ снизу вверхъ, то на пути встрѣчаются слѣдующія язвы:

1. Язва въ rectum циркулярной формы съ діам. 5—8 см.

2. Язва въ S. romanum, занимающая $\frac{1}{2}$ окружности кишки, шириною въ 2 см.

3. Язва въ coecum въ діам. 6—8 см., пигментированная, неровная, изрытая рубцами; дно этой язвы съ островками сохранившейся слизистой оболочки, какъ это бываетъ при дизентеріи.

4—5. 2 язвы рядомъ приблизительно на 3—4 петлѣ тонкихъ кишекъ, циркулярной формы, занимающія всю окружность, шириною въ 2 и 3 см.

6. Язва циркулярной формы, шириною въ 6 см., съ 2 бугорками на серозной оболочкѣ; отстоитъ отъ предыдущей на 10 см. кверху.

7—8. 2 язвы, длиною около $2\frac{1}{2}$ см., шириною въ 1 см., отстоящія отъ предыдущей на 10 см.

9. Язва циркулярной формы, шириною въ 3 см. Нѣсколько выше предыдущей.

10. Язва съ діам. 30—40 см., соответствующая мѣсту сращенія петель тонкихъ кишекъ.

11. Язва у plica duodeno-jejunalis приблизительно того же характера, какъ въ pylorus'ѣ.

Общая характеристика язвъ такова. Язвы желудка и двѣнадцатиперстной кишки отличаются мостиками въ слизистой оболочкѣ; дно ихъ чистое, края извѣденные. Въ тонкихъ кишкахъ, сравнительно съ толстыми, язвы имѣютъ болѣе поверхностное распространение и болѣе медкій петлистый рисунокъ. Бугорковъ со стороны слизистой оболочки въ нихъ нигдѣ не замѣтно; со стороны серозной оболочки бугорки обнаружены. Расположенные надъ этими язвами рубцы съ сухожильнымъ блескомъ. Самыми глубокими и наиболѣе рубцующимися являются язвы толстыхъ кишекъ.

Печень. Вѣсъ ея 1450,0, размѣры $25 \times 16 \times 15 \times 9$ см., на разрѣзѣ желтаго цвѣта, границы между дольками ясно различаются. Выпуклая поверхность печени сращена съ діафрагмой, на этой поверхности

близко къ краю втянутый рубецъ; на нижней поверхности разлитое кровоизліяніе, діам. въ 5 ctm.

Селезенка. Вѣсъ ея 205,0. Размѣры $15 \times 6\frac{1}{2} \times 4$ ctm., вся въ фиброзныхъ сращеніяхъ. Капсула ея утолщена, пульпы соскабливается немного, темно-краснаго цвѣта, отечна; трабекулы ясны. На поверхности разрѣза селезенки нѣсколько темно-красныхъ кровоизліяній до $\frac{1}{2}$ ctm. величиной.

Почки. Вѣсъ правой 125,0, лѣвой 125,0. Размѣры правой $10 \times 6 \times 4$ ctm., лѣвой $12 \times 5,5 \times 3,5$ ctm. Правая почка уменьшена, капсула снимается легко, желтоватаго цвѣта, границы слоевъ ясно различаются; корковый слой почки увеличенъ и выбухаетъ. Въ лѣвой почкѣ измѣненія тѣ же, что и въ правой.

Брюшина задняго Дугласова пространства усѣяна бугорками. Мочевой пузырь сокращенъ, слизистая оболочка его блѣдна. Матка мала, плотной консистенціи. Яичники плотны, длиною въ 4 ctm.

Diagnosis anatomica. Peritonitis tuberculosa ex ulceribus tuberculosis intestinorum tenuum et crassi. Tabes mesaraica. Tuberculosis apicum pulmonum utriusque miliaris. Degeneratio parenchymatosa myocardii et renum. Hepar adiposum. Tumor lienis chronicus. Hydrothorax, ascites, anasarca. Anaemia universalis.

Микроскопическое изслѣдованіе.

БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ.

Язва желудка, расположенная у pylorus'a, имѣетъ глубокое, сравнительно чистое дно и нависшіе края. Дно ея въ центральной части опирается въ циркулярный мышечный слой, изрытый дорожками, съ одной стороны — свѣжаго воспалительнаго инфильтрата, съ другой стороны — молодой соединительной ткани; близко къ краямъ дно язвы составлено изъ склерозированной подслизистой ткани. Края язвы состоятъ изъ слизистой оболочки, рѣзко инфильтрированной мелкими клѣтками; пилорическія железы растянуты скопившимся въ нихъ эпителиемъ, отдѣлительныя клѣтки подверглись бѣлковой дегенерации. Въ венѣ, расположенной въ днѣ язвы, имѣется тромбъ, начинающій организоваться; стѣнка вены утолщена и инфильтрирована. Бугорковъ въ этой язве найти не удалось.

2-я язва желудка, расположенная на малой кривизнѣ, въ цѣляхъ сохраненія анатомическаго препарата, не была взята для гистологическаго изслѣдованія; кромѣ того, въ виду ея микроскопическаго

сходства съ описанной пилорической, не было увѣренности въ полученіи и на ней клѣточныхъ бугорковъ.

Язва у plica duodeno-jejunalis представляется глубокой, но мало изрытой; дно ея состоитъ изъ остатковъ сильно склерозированной подслизистой ткани и частью изъ циркулярныхъ мышечныхъ слоевъ.

На границѣ между циркулярнымъ и продольнымъ мышечнымъ слоями обнаружены типичные эпителиодные бугорки съ расположенной въ центрѣ бугорка гигантской клѣткой; эти бугорки прилегаютъ въ циркулярный мышечный слой, раздвигая его волокна.

Эпителиодные бугорки съ гигантскими клѣтками и безъ таковыхъ помѣщаются также въ толщѣ обоихъ мышечныхъ слоевъ.

Язва тонкой кишки. Язва неправильной формы, глубока и приблизительно въ центрѣ необычайно изрыта, извиваясь на подобіе фистулезнаго хода. Дно этой центральной части язвы лежитъ на серозной оболочкѣ, стороны касаются циркулярнаго мышечнаго слоя, свободная же поверхность состоитъ изъ широкаго слоя эпителиодныхъ элементовъ, расположенныхъ полукругомъ съ вогнутостью, обращенной къ просвѣту, и слѣдующаго за нимъ тонкаго слоя лимфоцитовъ съ обиліемъ лимфатическихъ капилляровъ. Надъ этимъ язвеннымъ углубленіемъ свисаетъ участокъ сохранившейся, но атрофированной слизистой оболочки, лишенной ворсинокъ, со сдвинутыми или кистозно растянутыми Либеркюновыми железами въ состояніи слизистой дегенерации.

Судя по формѣ, строенію и мѣстоположенію дна язвы, только что описанное сочетаніе эпителиодныхъ клѣтокъ, лимфоцитовъ и фибробластовъ есть не что иное, какъ часть бугорка, расположившагося въ солитарномъ фолликулѣ и частью своего содержимаго выпавшаго въ просвѣтъ кишки. На другихъ препаратахъ изъ этой язвы видны подобныя же остатки бугорковъ на 2-хъ сосѣднихъ фолликулахъ, послѣ отпаденія которыхъ въ просвѣтъ кишки, при сохраненіи промежуточнаго участка слизистой оболочки, получается упомянутое свищеобразное очертаніе язвы. Дно остальной части этой язвы опирается въ циркулярный мышечный слой, исключая одинъ участокъ у периферіи, представляющійся болѣе углубленнымъ, лежащій на серозной оболочкѣ и состоящій изъ эпителиодныхъ клѣтокъ съ распаденіемъ ядеръ на поверхности и изъ широкаго слоя лимфоидной ткани по сторонамъ.

Въ промежуткахъ между циркулярнымъ и продольнымъ мышечными слоями удается обнаружить типичные бугорки, состоящіе

исключительно изъ эпителиоидныхъ клѣтокъ также съ каріорексией ядеръ.

Вообще же всѣ слои кишечной стѣнки соответственно этой язвѣ пронизаны по всѣмъ направлѣніямъ мелкоклѣточнымъ инфильтратомъ, доходящимъ до самой брюшины.

Язва тонкой кишки съ милиарными бугорками на серозной оболочкѣ. Язва имѣетъ циркулярную форму и слегка изрытое дно. Стѣнка кишки на мѣстѣ этой язвы крайне истончена, слизистая оболочка отсутствуетъ, подслизистая представлена въ видѣ остатковъ склерозированной ткани; на небольшомъ участкѣ подслизистая ткань замѣщена мелкозернистымъ, частью уже выпавшимъ распадомъ, по периферіи котораго расположены левкоциты; этотъ распадъ съ одной стороны достигаетъ уровня дна язвы, съ другой стороны наружнаго мышечнаго слоя, по бокамъ же безъ рѣзкихъ границъ сливается съ окружающими частями; судя по описанной картинѣ, распадъ этотъ есть не что иное, какъ бугорокъ, подвергшійся казеозной дегенерации.

Межмышечные промежутки, мышечные слои и частью серозный покровъ пронизаны молодой соединительной тканью, состоящей преимущественно изъ фибробластовъ, и мелкоклѣточнымъ инфильтратомъ, расположеннымъ то сплошнымъ скопленіемъ, то въ видѣ отдѣльныхъ дорожекъ, идущихъ перпендикулярно къ длинѣ кишки.

Въ серозной оболочкѣ внутри лимфатическаго сосуда расположился типичный милиарный бугорокъ грушевидной формы, широкимъ основаніемъ рѣзко выступающій въ брюшную полость, а верхушкой достигающій внутренняго мышечнаго слоя, раздвигая волокна наружнаго и частью внутренняго слоя мышечной ткани. Строеніе этого бугорка: казеозный центръ, повторяющій форму всего бугорка, затѣмъ эпителиоидныя клѣтки и фибробласты и по самой периферіи небольшое количество левкоцитовъ; со стороны брюшной полости бугорокъ этотъ покрытъ фиброзной оболочкой.

Язва у мѣста сращенія тонкихъ кишокъ. Серозная оболочка рѣзко утолщена на счетъ сильно разросшейся волокнистой соединительной ткани съ обиліемъ сосудовъ, въ которыхъ вслѣдствіе разращенія intima наблюдается почти полное закрытіе просвѣта.

Подсерозная ткань почти отсутствуетъ, будучи замѣщена рубцовой тканью.

Дномъ язвы, соответствующей мѣсту сращенія тонкихъ кишокъ, служитъ частью мышечный слой, частью серозная оболочка,

оба пронизанные мелкоклѣточнымъ инфильтратомъ и молодой рубцовой тканью.

Язва слѣпой кишки. Изъ этой язвы приводится описаніе 2-хъ наиболѣе характерныхъ участковъ, тогда какъ препараты изъ другихъ мѣстъ представляютъ повтореніе нижеописаннаго.

1) Язва изрыта. Дно ея состоитъ изъ сильно разросшейся грануляціонной ткани, производящей замѣтное простымъ глазомъ утолщеніе стѣнки; края нависаютъ надъ дномъ въ видѣ выступа сохранившейся слизистой оболочки.

Часть кишечной стѣнки, граничащей съ язвой, крайне изуродована, благодаря вросшей между мышечными слоями рубцовой ткани, и чрезвычайно утолщена на счетъ гипертрофіи мышечныхъ волоконъ и развившейся между ними грануляціонной ткани.

Въ прослойкахъ циркулярнаго мышечнаго слоя расположены участки туберкулезной грануляціонной ткани вокругъ продольно лежащихъ лимфатическихъ сосудовъ со множествомъ распадающихся клѣточныхъ ядеръ (karyorrhexis) и частичнымъ казеознымъ перерожденіемъ.

Попадаются участки казеознаго перерожденія грануляціонной ткани, снабженные гигантскими клѣтками со скопленіемъ ядеръ въ центрѣ.

Кровеносные сосуды во всѣхъ слояхъ наполнены и растянуты красными кровяными шариками.

Въ серозной оболочкѣ, на границѣ съ мышечнымъ слоемъ, попадаются отдѣльные лимфоидные бугорки съ начальнымъ казеознымъ перерожденіемъ.

2) При маломъ увеличеніи видно, что язва имѣетъ бухтообразную форму съ ровнымъ, относительно чистымъ дномъ, упирающимся въ циркулярный мышечный слой, и крайне изрытыми краями, состоящими изъ разросшейся, фиброзно перерожденной подслизистой ткани. У одного края этой язвы, на уровнѣ дна и нѣсколько поодаль, обнаружены обособленные бугорки грушевидной формы, частью въ состояніи полнаго казеознаго распада, частью въ состояніи некроза клѣточныхъ элементовъ съ обломками ядеръ (каріорексией). Судя по формѣ этихъ бугорковъ, они расположились внутри лимфатическихъ сосудовъ. На противоположномъ краю язвы, вокругъ почти облитерированнаго сосуда, имѣются туберкулезныя грануляціи, состоящія изъ эпителиоидныхъ клѣтокъ, фибробластовъ и небольшого количества лимфоцитовъ съ примѣсью характерныхъ гигантскихъ

клетокъ (periarteriitis tuberculosa). Вообще же вся эта сторона, составляющая край язвы, состоитъ изъ густо разросшейся грануляционной ткани въ разныхъ стадіяхъ развитія съ обиліемъ капилляровъ, эпителиоидныхъ клетокъ, плазмочитовъ, фибробластовъ и даже соединительнотканнхъ волоконъ.

Нѣсколько отступя отъ дна язвы, въ толщѣ циркулярнаго мышечнаго слоя обнаруженъ типичный клеточный бугорокъ продолговатой формы, состоящій изъ эпителиоидныхъ клетокъ съ большой гигантской въ центрѣ бугорка и небольшой по периферіи; центральная гигантская клетка имѣетъ характерное краевое расположение ядеръ. Лимфатическіе сосуды межмышечныхъ прослоекъ гипертрофированы, эндотелий ихъ разросся.

Въ подсерозной оболочкѣ всѣ кровеносные сосуды сильно растянуты и наполнены красными кровяными шариками; въ ней также замѣчается гипертрофія лимфатическихъ сосудовъ.

Язва толстой кишки. Дно язвы упирается въ циркулярный мышечный слой, чрезвычайно изрыто и извилисто, напоминая свищевой ходъ. Свободная поверхность дна язвы покрыта широкимъ слоемъ грануляцій, отпускаящихъ отъ себя сосочковидный выступъ и состоящихъ, какъ и выступъ, изъ эпителиоидныхъ клетокъ, клетокъ въ состояніи каріорексиса, плазмочитовъ, вновь образованныхъ капилляровъ и соединительнотканнхъ волоконъ; за этимъ широкимъ слоемъ грануляціонной ткани слѣдуетъ слой левкоцитовъ съ обиліемъ сосудовъ, при чемъ въ артеріяхъ замѣчается разращеніе intimaе, сильно суживающее просвѣтъ. Надъ дномъ язвы съ обѣихъ сторонъ свисаетъ слизистая оболочка въ состояніи сильнаго разращенія, къ сожалѣнію, трудно некротизированная. Отступя въ сторону отъ язвы и иди послойно, находимъ слѣдующее.

Покровный эпителий отсутствуетъ; Либеркюновы железы кистозно растянуты, будучи перетянуты склерозированной соединительной тканью; эпителий этихъ железъ набухъ, слизисто перерожденъ и частью выпалъ въ просвѣтъ железистыхъ трубокъ; основа слизистой оболочки склерозирована съ атипическимъ разрастаніемъ мышечной ткани; подслизистая оболочка сведена на нѣтъ вслѣдствіе того, что мышечная ткань притянута къ слизистой рубцами; всѣ же, безъ исключенія, слои пронизаны грануляціями въ различныхъ стадіяхъ развитія вплоть до образованія соединительнотканнхъ волоконъ.

Отступя отъ язвы нѣсколько дальше, встрѣчаемъ типичные бугорки, состоящіе изъ рѣзко-контурированного скопленія эпителиоид-

ныхъ клетокъ, фибробластовъ и левкоцитовъ. Еще дальше идетъ сплошное скопленіе туберкулезныхъ грануляцій, расположенныхъ, главнымъ образомъ, въ подслизистой ткани и заключающихъ въ себѣ, кромѣ эпителиоидныхъ клетокъ и фибробластовъ: 1) типичныя для туберкулеза гигантскія клетки, однѣ съ ядрами по периферіи, другія въ видѣ скопленія въ центрѣ; 2) фибриноидъ — признакъ начинающагося казеознаго перерожденія грануляцій.

Язва изъ S. romanum. Дно язвы чрезвычайно изрыто и состоитъ частью изъ мелкоклеточно-инфильтрированного циркулярнаго мышечнаго слоя, частью изъ неравнобѣрнаго слоя грануляцій, расположенныхъ на мѣстѣ подслизистой ткани и состоящихъ изъ новообразованныхъ капилляровъ, эпителиоидныхъ клетокъ, небольшого количества левкоцитовъ и плазматическихъ клетокъ; на мѣстѣ подслизистой ткани встрѣчается множество уже сформированныхъ соединительнотканнхъ волоконъ.

Межмышечные слои устланы молодой рубцовой тканью, расположенной въ видѣ отдѣльныхъ дорожекъ то перпендикулярно, то вдоль кишечной стѣнки и состоящей изъ фибробластовъ и вновь сформированныхъ соединительнотканнхъ волоконъ.

Недалекъ отъ края язвы, внутри лимфатическаго сосуда, принадлежащаго слизистой оболочкѣ, расположился лимфоидный бугорокъ, подвергнувшійся частичному казеозному перерожденію.

Какъ особенность, необходимо отмѣтить сильное разращеніе intimaе въ артеріяхъ, доходящее почти до закрытія просвѣта.

Язва прямой кишки. Дно язвы чрезвычайно изрыто и составлено частью на счетъ совершенно обнаженнаго циркулярнаго мышечнаго слоя, частью на счетъ обильно разросшихся на мѣстѣ подслизистой ткани грануляцій, состоящихъ изъ новообразованныхъ сосудовъ, одноядерныхъ левкоцитовъ, эпителиоидныхъ и плазматическихъ клетокъ. Надъ дномъ язвы по обѣимъ сторонамъ свисаютъ частицы соседней слизистой оболочки, сильно утолщенной, посмертно некротизированной. Прослойки между мышечными слоями густо пронизаны мелкоклеточнымъ инфильтратомъ, имѣющимъ видъ то отдѣльныхъ дорожекъ, то сплошнаго скопленія, раздвигающаго мышечныя волокна другъ отъ друга. Нѣкоторыя межмышечныя прослойки пронизаны молодыми рубцами.

На границѣ между циркулярнымъ и продольнымъ мышечными слоями найдены бугорки, расположенные то одиночно, то по два рядомъ, состоящіе изъ эпителиоидныхъ клетокъ, нѣкоторыя ядра которыхъ

распались на отдѣльныя сильно окрашенныя хроматиновыя глыбки (кагуоргхезис), равно изъ рельефно представленныхъ гигантскихъ клѣтокъ съ ядрами по периферіи. Артеріальные сосуды на мѣстѣ язвы представляютъ сильное разрастаніе внутренней оболочки, доходящее до полного исчезанія просвѣта (endarteriitis obliterans).

Слизистая оболочка вблизи язвы атрофирована, железы ея кистозно-растянуты, подслизистая ткань склерозирована.

Брыжжеечные железы были изслѣдованы въ большомъ числѣ, но, въ виду однообразныхъ измѣненій, представлено описаніе только 4 железы.

1) Главную массу железы составляютъ казеозные очаги кругловатой формы, отдѣленные другъ отъ друга прослойками соединительной ткани; меньшую часть железы составляютъ бугорки, группирующіяся, главнымъ образомъ, у периферіи железы, на границѣ съ окружающей все эти образованія фиброзной капсулой; нѣкоторыя бугорки помѣщаются также въ промежуткахъ между отдѣльными казеозными очагами.

При разсматриваніи всѣхъ этихъ частей съ большимъ увеличеніемъ получаемъ слѣдующее.

Казеозные очаги представляются мелкозернистыми съ ничтожными остатками хроматиновыхъ зеренъ; бугорки весьма демонстративны и имѣютъ слѣдующее строеніе: одни изъ нихъ состоятъ изъ значительнаго количества фибриноида въ центрѣ, слѣдующаго за нимъ широкаго слоя эпителиодныхъ клѣтокъ съ большой примѣсью гигантскихъ и пояса лимфоцитовъ по периферіи; другіе бугорки состоятъ въ центрѣ изъ некротизированныхъ клѣтокъ, ядра которыхъ распались на рѣзко окрашенныя хроматиновыя глыбки (кагуоргхезис), дальше — изъ эпителиодныхъ клѣтокъ съ примѣсью гигантскихъ и лимфоцитовъ по периферіи.

Остатки железистой ткани склерозированы.

2) Железа, какъ и предыдущая, состоитъ въ большей своей части изъ казеозной массы, но въ видѣ сплошнаго скопленія, и въ меньшей части изъ бугорковъ, расположенныхъ среди склерозированныхъ остатковъ аденоидной ткани. Обѣ эти части окружены фиброзной капсулой.

Детальное строеніе казеозной массы и бугорковъ почти ничѣмъ не отличается отъ описаннаго въ предыдущей железѣ. Какъ особенность гигантскихъ клѣтокъ бугорковъ не лишне отмѣтить, что во многихъ изъ нихъ ядра расположены по периферіи клѣтки въ видѣ вполне замкнутаго кольца.

3) Железа состоитъ изъ 2-хъ рѣзко обособленныхъ частей: собственно железистой ткани съ рѣзко атрофированными фолликулами, пронизанными тяжами фиброзной ткани и глыбами гиалиновыхъ массъ, и 2—3 казеозныхъ очаговъ, лежащихъ у самой периферіи железы, на границѣ съ капсулой.

Въ этой железѣ также имѣются бугорки съ омертвѣвшимъ центромъ (кагуоргхезис), широкимъ слоемъ эпителиодныхъ клѣтокъ съ примѣсью гигантскихъ и периферическимъ поясомъ лимфоцитовъ.

4) Железа состоитъ частью изъ казеозныхъ очаговъ, частью изъ эпителиодныхъ бугорковъ, помѣщающихся ближе къ капсулѣ и кое-гдѣ проникающихъ въ промежутки между казеозными очагами.

Въ этой железѣ необходимо отмѣтить ту особенность, что упомянутые бугорки изобилуютъ гигантскими клѣтками, иногда собирающимися по 5—6 сряду, что придаетъ препарату весьма причудливый видъ.

Детальное строеніе железы то же, что и предыдущихъ.

Печень. Почти все поле зрѣнія заполнено жировыми альвеолами большей и меньшей величины съ отбѣненіемъ протоплазмы и ядеръ къ самой периферіи. Кромѣ того, въ печени попадаются участки мелкоклѣточного инфильтрата и фиброзные бугорки.

Селезенка. Бугорковъ не обнаружено.

Почки. Клѣтки коркового слоя набухли, контуры ихъ не ясны, протоплазма зерниста, ядра часто отсутствуютъ (бѣлковое перерожденіе).

Бугорковъ не обнаружено.

Яичники не обнаруживаютъ никакихъ уклоненій отъ нормы. Замѣчается большое количество примордіальныхъ ялецъ.

Матка и влагалище въ предѣлахъ нормы.

ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ.

Легкія. Въ вѣрхушкѣ *праваго* легкаго, какъ то видно было еще при вскрытіи, имѣется нѣсколько милиарныхъ и субмилиарныхъ бугорковъ кругловатой формы, состоящихъ изъ казеознаго центра и широкаго пояса эпителиодныхъ элементовъ съ примѣсью гигантскихъ клѣтокъ, ядра которыхъ расположены то по периферіи въ видѣ замкнутаго кольца, то въ видѣ скопленія въ центрѣ. Упомянутые бугорки расположены среди нормальной, если не считать отека, легочной ткани, и только на незначительномъ протяженіи

вокруг бугорков отмѣчается сильная гиперемія кровеносныхъ сосудовъ, наполненныхъ и расширенныхъ красными кровяными шариками; кромѣ того, здѣсь же видны очаги кровоизліаній. Въ вѣтвяхъ легочной артеріи содержится слоистый смѣшанный тромбъ недавняго происхожденія, и только мѣстами въ немъ начинается организація. Особое вниманіе обращаютъ на себя свѣжіе пневмоническіе фибринозные очаги величиной съ булавочную головку съ начинающимся казеознымъ перерожденіемъ клѣточныхъ и фибринныхъ массъ; вокругъ этихъ очаговъ также рѣзкая гиперемія и инфильтрація клѣточныхъ элементовъ.

Въ нижней долѣ праваго легкаго очаги кровоизліаній, состоящихъ изъ красныхъ шариковъ, заполняющихъ просвѣты множества альвеолъ, альвеолярныхъ ходовъ и бронховъ, но не сплошь на всемъ протяженіи, вълѣдствіе чего остаются эмфизематозно-растянутые альвеолы и альвеолярные ходы.

Въ верхушкѣ лѣваго легкаго, какъ то отмѣчено при вскрытіи, имѣется небольшой очагъ, состоящій изъ милиарныхъ бугорковъ, то сплошь составленный изъ эпителиоидныхъ клѣтокъ съ примѣсю гигантскихъ, то заключающихъ въ своемъ центрѣ фибриноидъ, то подвергнутыхъ казеозному перерожденію; очагъ этотъ нестритъ гигантскими клѣтками. По периферіи отдѣльныхъ бугорковъ рѣзкая гиперемія артеріальныхъ сосудовъ.

Плотный очагъ съ куриное яйцо, обнаруженный при вскрытіи въ нижней долѣ лѣваго легкаго, представляетъ слѣдующее строеніе. Кровеносные сосуды гиперемированы. Альвеолы заполнены лейкоцитами съ небольшою примѣсю эритроцитовъ; въ нѣкоторыхъ альвеолахъ встрѣчаются слущившіеся набухшіе альвеолярный эпителий и волокна фибрина; здѣсь же попадаются крупныя круглыя пылевья клѣтки и клѣтки, нагруженныя кровянымъ пигментомъ ярко-оранжеваго цвѣта.

Такимъ образомъ, въ верхушкахъ обоихъ легкихъ среди почти неизмѣненной легочной ткани обнаруженъ свѣжій туберкулезъ въ видѣ милиарныхъ бугорковъ (и конгломерата ихъ), подчасъ не успѣвшихъ даже подвергнуться казеозному перерожденію; въ окружности нѣкоторыхъ бугорковъ встрѣчаются свѣжіе мелко-гнѣздные очаги казеозной пневмоніи.

На протяженіи обоихъ легкихъ нигдѣ не удалось встрѣтить элементовъ хроническаго туберкулеза въ видѣ какой-либо деструкціи легочной паренхимы, развитія соединительной ткани или хотя бы фиброзныхъ бугорковъ.

Бронхіальныя железы. Въ нихъ большое отложеніе угольнаго пигмента въ видѣ темно-коричневаго цвѣта глыбъ, лежащихъ поверхъ аденоидной ткани, главнымъ образомъ, по периферіи фолликуловъ. Слѣгка склерозированная интерстиціальная ткань также содержитъ угольный пигментъ. Синусы наполнены красными кровяными шариками.

Изрѣдка встрѣчаются гіалиновые шары и эозинофильныя клѣточки.

Бугорковъ не удалось обнаружить, несмотря на тщательные поиски ихъ во множествѣ кусковъ, взятыхъ изъ бронхіальныхъ железъ.

Трахеальныя железы. Отложеніе угольнаго пигмента такого же характера, какъ въ бронхіальныхъ железахъ. Лимфатическіе синусы переполнены красными кровяными шариками, среди которыхъ встрѣчаются пластинчатыя эндотелиальныя клѣтки.

Бугорковъ и здѣсь не обнаружено.

Сердце. Поперечная исчерченность мышцъ выражена весьма слабо; ядра часто отсутствуютъ (бѣловое перерожденіе). Въ остальномъ ничего особеннаго.

ШЕЙНАЯ ОБЛАСТЬ И ПОЛОСТЬ РТА.

Шейныя железы и миндалины, изслѣдованныя весьма тщательно и на большомъ количествѣ срѣзовъ, не обнаружили въ себѣ никакихъ элементовъ туберкулеза.

Гистологическое изслѣдованіе многочисленныхъ язвъ изъ тонкихъ, толстыхъ и прямой кишокъ обнаружило, въ главныхъ чертахъ, весьма сходныя измѣненія, дающія право признать въ нихъ хроническій туберкулезный процессъ.

Объ этомъ свидѣтельствуютъ: поясное расположеніе язвъ, глубина, неровность и синусообразное изрыгнѣ дна ихъ, состоящаго болѣею частью изъ грануляціонной ткани съ переходомъ въ молодую рубцовую ткань, подрывіе и нависаніе краевъ. Но болѣе всего специфичность трактующихъ язвъ опредѣляется: 1) наличностью въ нихъ типичныхъ бугорковъ, одиночно разбросанныхъ по разнымъ слоямъ кишечной стѣнки; 2) диффузными туберкулезными грануляциями съ встрѣчающимися въ нихъ гигантскими клѣтками, каріоррексомъ и каріолизисомъ клѣточныхъ ядеръ и казеозной дегенераціей

(эти грануляціи часто располагаются вокруг кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ — *perivasculitis tuberculosa*); 3) расположениемъ бугорковъ на висцеральной брюшинѣ соответственно мѣстонахожденію туберкулезныхъ язвъ; 4) наконецъ, туберкулезнымъ поражениемъ множества брыжжечныхъ железъ (казеозное перерожденіе и клѣточные бугорки).

О томъ же, что язвы весьма давняго происхожденія, говорить: рубцовое перерожденіе кишечной стѣнки, фиброзныя сращенія между кишечными петлями, приращеніе сальника къ брюшной стѣнкѣ и глубокое казеозное перерожденіе множества брыжжечныхъ железъ.

Такимъ образомъ, туберкулезный характеръ пораженія кишекъ и глубокая давность произошедшаго зараженія стоятъ внѣ всякаго сомнѣнія. Таковой діагнозъ нисколько не колеблется отъ того обстоятельства, что въ многочисленныхъ срѣзахъ изъ кишечныхъ язвъ Коховскихъ бациллоу найти не удалось (они были обнаружены только въ брыжжечныхъ железахъ); надо думать, что нѣкогда здѣсь, несомнѣнно, присутствовало множество Коховскихъ палочекъ, но съ теченіемъ времени онѣ погибли, вслѣдствіе чего туберкулезный процессъ и принялъ обратное теченіе (рубцеваніе).

Какъ особенность даннаго туберкулеза кишекъ, отличающую его отъ аналогичнаго пораженія въ другихъ нашихъ случаяхъ и отъ обычнаго описанія въ руководствахъ и отдѣльныхъ сообщеніяхъ, необходимо отмѣтить слѣдующее. Во всѣхъ вышеописанныхъ язвахъ бросается въ глаза скудость ихъ отдѣльными бугорками, которые намъ удавалось находить только послѣ многократнаго и тщательнаго изслѣдованія срѣзовъ (исключеніемъ служатъ отдѣльные отрѣзки тонкой кишки, гдѣ бугорки на серозной оболочкѣ были видны даже простымъ глазомъ). Взамѣнъ бугорковъ встрѣчаются диффузныя туберкулезныя грануляціи, часто ничѣмъ не отличающіяся отъ воспалительныхъ грануляцій, и только по присутствію въ нѣкоторыхъ изъ нихъ гигантскихъ клѣтокъ и казеозной дегенерациі удавалось установить ихъ несомнѣнный туберкулезный характеръ. Тамъ же, гдѣ грануляціи созрѣли и превратились въ молодую соединительную ткань, специфичность ихъ вновь становится неуловимой. Въ этомъ отношеніи нашъ случай туберкулеза кишекъ представляетъ рѣдкій интересъ, приближаясь къ той анатомической формѣ туберкулеза, которая встрѣчается, главнымъ образомъ, при туберкулезѣ сочлененій; помимо же этого, она описана лишь Orth'омъ при туберкулезѣ мочеточниковъ и Kimla при туберкулезѣ мочевого пузыря.

Принимая во вниманіе обширность и давность туберкулезнаго процесса въ кишкахъ, перешедшаго на брыжжечныя железы и брюшину, и сравнивъ его съ ограниченностью, а главное необычайной свѣжестью туберкулеза въ верхушкахъ легкихъ (при совершенно нормальныхъ бронхиальныхъ железахъ), мы имѣемъ полное основаніе утверждать, что данный туберкулезъ кишекъ является *первичнымъ* вслѣдствіе самостоятельнаго зараженія ихъ деглутационнымъ путемъ.

Спрашивается, какъ возникъ милиарный туберкулезъ, обнаруженный въ верхушкахъ обоихъ легкихъ?

На первыхъ порахъ можно было бы думать, что Коховскіе бациллы, пройдя черезъ лимфатическіе сосуды стѣнки кишки, брыжжечныя железы, *ductus thoracicus* и правое сердце, фиксировались въ верхушкахъ легкихъ, вслѣдствіе чего и возникли милиарные бугорки; иначе сказать, что данный туберкулезъ легкихъ — гематогеннаго происхожденія. Но такому предположенію противорѣчитъ то обстоятельство, что при гематогенномъ туберкулезѣ, какъ то установлено Hansemann'омъ, Schmorl'емъ, Spronck'омъ и большинствомъ авторовъ ¹⁾, бугорки образуются одновременно во всѣхъ частяхъ легкихъ, не отдавая предпочтенія верхушкамъ; въ нашемъ же случаѣ они локализируются исключительно въ верхушкахъ, какъ то бываетъ при наиболѣе частомъ туберкулезѣ ингаляціоннаго происхожденія. Слѣдовательно, данный туберкулезъ легочныхъ верхушекъ, повидимому, возникъ самостоятельнымъ ингаляціоннымъ путемъ, скорѣе всего, судя по его свѣжести, незадолго до смерти больной.

Это такъ называемое добавочное — *additionelle* — зараженіе туберкулезомъ можно объяснить такимъ образомъ, что часть бациллоу, долгое время поступавшихъ черезъ ротъ въ пищевые пути, фиксир-

¹⁾ Ribbert, сторонникъ преимущественно гематогеннаго происхожденія легочнаго туберкулеза, считаетъ, что и при гематогенномъ туберкулезѣ легкихъ верхушки поражаются предпочтительно; въ доказательство этого онъ ссылается на тотъ фактъ, что при общемъ милиарномъ туберкулезѣ, когда легкія пронизаны безчисленными бугорками, послѣдніе крупнѣе въ верхушкахъ; при небольшомъ же количествѣ попавшихъ въ кровь бациллоу бугорки, согласно Ribbert'у, ограничиваются исключительно верхушками легкихъ. Но Tendeloo, какъ бы возражая Ribbert'у, говоритъ, что при гематогенномъ туберкулезѣ бугорки образуются во всѣхъ доляхъ одновременно и только вслѣдствіе замедленнаго теченія лимфы въ верхушкахъ растутъ быстрѣе въ этихъ послѣднихъ, откуда и видима разниа ихъ, и предположеніе, что они возникли въ верхушкахъ раньше всего.

ровалась гдѣ-либо въ слизистой оболочкѣ зѣва и отсюда путемъ вдыханія проникла къ легкимъ.

Такъ или иначе, но этотъ острый туберкулезъ легкихъ не предшествовалъ, а послѣдовалъ спустя долгое время за хроническимъ туберкулезомъ кишечника.

Въ заключеніе необходимо отмѣтить, что, въ отличіе отъ предыдущихъ „собственныхъ“ случаевъ, этотъ случай являетъ примѣръ необычайно развитой и тяжелой формы первичнаго туберкулеза кишечника, рѣзко проявившагося при жизни (поносы съ кровью, боли въ животѣ, прощупываніе брыжжечныхъ железъ, истощеніе), выступившаго на первый планъ при вскрытіи и даже послужившаго причиной смерти.

Въ этомъ отношеніи нашъ случай отчасти оправдываетъ слова Pässler'a, который, приведя 2 сл., правда, остраго теченія туберкулеза кишечника, говоритъ: „Туберкулезъ кишечника у взрослыхъ независимо отъ тяжкаго туберкулеза легкихъ и другихъ органовъ можетъ дать самостоятельное тяжкое лихорадочное заболѣваніе и въ нѣсколько недѣль привести къ смерти“.

С л у ч а й X I X.

Нратная исторія болѣзни.

Александръ Б., дворянинъ Щигровскаго уѣзда, чернорабочій, 50 лѣтъ, поступилъ въ Харьковскую городскую Николаевскую больницу 7 декабря 1907 г. Жалуется на поврежденіе праваго плеча упавшей на него кадкой. При осмотрѣ найдено слѣдующее. Кожа надъ плечевымъ суставомъ синеватого цвѣта, цѣлость наружныхъ покрововъ не нарушена, на акроміальномъ концѣ ключицы ощущается костная крепитация отломковъ. Т. 36°.

9 XII. Боли въ области праваго плечевого сустава; послѣдній нѣсколько припухъ. Т. 39°.

10 XII. Краснота и припухлость на акроміальномъ концѣ и ключицѣ усиливаются. Сдѣланъ разрѣзъ, при чемъ оказалось обнаженіе надкостницы акроміальнаго конца ключицы и суставныхъ краевъ лопатки.

14 XII. Опухоль держится въ тѣхъ же границахъ; Т. 38°. Сдѣланъ второй разрѣзъ на мѣстахъ затековъ.

27 XII. Т. 40°. Вскрытъ новый затекъ.

28—29 XII. Общее состояніе больного ухудшилось; сердечная дѣятельность ослабѣла.

2 I 1908 г. умеръ при явленіяхъ постепенно нарастающей дѣятельности сердца.

Вскрытіе произведено прозекторомъ городской Николаевской больницы, прив.-доц. К. Ф. Еленевскимъ.

Протоколъ патолого-анатомическаго вскрытія трупа.

Въ области праваго плеча флегмонозное воспаленіе мягкихъ тканей, разрѣзы въ области воспаленныхъ частей. Ключица обнажена по концамъ, около грудины и около лопатки, съ узуррированными, разрыхленными и некротизированными концами.

Прилежащій къ ключицѣ отростокъ лопатки также обнаженъ, разрыхленъ и некротизированъ на протяженіи около 5 см. Въ ключично-грудинномъ сочлененіи гной. Сочлененіе ключицы съ лопаткой не различается благодаря разъединенію частей.

Правый плечевой суставъ содержитъ сѣровато-красный гной. Въ над- и подключичной области правой стороны гнойное пропитываніе.

Черепная полость. Черепъ мезоцефалической, темного склерозированъ и умѣренно налитъ кровью. Dura mater налита кровью, содержитъ сочныя Пахіонови грануляціи по ходу продольной пазухи, утолщена, немного напряжена. Pia mater налита кровью, отечна; ткань мозга плотнѣе нормальной, въ желудочкахъ умѣренное количество серозной жидкости. Ткань мозжечка и продолговатаго мозга немного гиперемированы. Сосуды основанія мозга содержатъ свернувшуюся кровь.

Грудная полость. Легкія сращены при верхнемъ и по заднему краю; кромѣ того, лѣвое легкое сращено съ діафрагмой. Въ полостяхъ плевръ, въ мѣстахъ свободныхъ отъ сращеній, содержится умѣренное количество кровянистой жидкости. Легкія проходимы для воздуха, пятнисто пигментированы, немного отечны; въ нижнихъ доляхъ ткань при давленіи легко разрывается. Какихъ-либо очаговъ, напоминающихъ туберкулезъ, въ легкихъ не обнаружено. Въ околосердечной полости значительное количество серозной жидкости. Сердце плоскоконической формы, съ ограниченными мозолистыми утолщеніями эпикардіа праваго желудочка. Въ полостяхъ сердца—жидкая кровь и фибринозно-кровянистые сгустки. Сердечная мышца бурого цвѣта, стѣнка немного утолщена, ткань плотна.

Брюшная полость. Селезенка увеличена въ 2¹/₂ раза, приращена къ діафрагмѣ, кожиста, слегка морщиниста. Ткань дряблая, сѣро-краснаго цвѣта, при соскабливаніи даетъ много мяготи.

Печень увеличена, съ анемическими пятнами на разрѣзѣ и на поверхности, чередующимися съ застойными участками; ткань плотна, буро-желтаго цвѣта. Желчный пузырь слабо наполненъ нормальной желчью.

Почки. Правая меньше лѣвой, блѣднѣе, содержитъ клиновидный, желтый, слегка втянутый рубецъ, имѣющій на поверхности видъ желтаго пятна, величиною съ горошину. Ткань почек кожиста. Лѣвая почка болѣе застойно гиперемирована, сосочки слегка сглажены, лоханки не расширены; клѣтчатка около лоханокъ немного ожирѣвшая.

Мочевой пузырь растянута мутной отъ уратовъ мочей; слизистая оболочка его безъ особыхъ измѣненій. Prostata гиперемирована. Слизистая оболочка пищевода покрыта сѣрой слизью, гортани малокровна, желудка складчата, малокровна, немного отечна.

Слизистая оболочка тонкихъ кишекъ малокровна, въ верхнихъ отдѣлахъ отечная, въ нижнихъ истонченная, въ мѣшкѣ слѣпой кишки аспидно пигментирована, въ ободочной кишкѣ неравномерно венозно-гиперемирована, неправильно складчата.

Въ брыжжейкѣ *ileo-coecal'ной области* обнаружены костно-известковыя отложения въ 2-хъ мѣстахъ, достигающія величины отъ горошины до миндальнаго орѣха и больше. Поверхность этихъ отложений бугристая, клубневидная. 2 наиболѣе крупныхъ узла, около 2 см. длины, 1 см. ширины и $\frac{1}{2}$ см. высоты каждый, плотно соединены клѣтчаткой въ одинъ сростокъ. При разламываніи этихъ отложений костными ножницами они представляются въ видѣ пропитанныхъ известью крошковатыхъ массъ желтоватаго цвѣта, не поддающихся размазыванію на стеклѣ, заключенныхъ въ капсулу костяного вида и плотности толщиной около 4 mm.

Diagnosis anatomica. Calcinatio glandularum mesenterialium. Phlegmone regionis articulationis humeri dextri, claviculae dextrae. Necrosis partialis acromialis claviculae, proc. acromialis scapulae, partim sternalis. Arthritis purulenta humeri et articul. sterno-clavicularis. Pleuritis adhaesiva. Perisplenitis. Hyperplasia lienis. Hypertrophia cyanotica hepatis et renum. Dilatatio cordis. Oedema pulmonum, cerebri, meningum. Streptomycosis.

Въ гноѣ обнаруженъ *streptococcus longus*, мѣстами *staphylococcus*. Въ правомъ сердцѣ *streptococcus*.

Микроскопическое изслѣдованіе

даннаго случая не могло быть произведено такъ же подробно, какъ предыдущихъ, въ виду того, что онъ былъ предоставленъ мнѣ

въ самомъ концѣ печатанія этой работы. Посему я ограничился изслѣдованіемъ только 2-хъ крупныхъ узловъ.

1) Узелъ состоитъ изъ густо пропитаннаго известью сплошнаго казеознаго очага продолговато-круглой формы, діам. 11×7 mm., заключеннаго въ плотную фиброзную капсулу, лишенную клѣточныхъ элементовъ и ядеръ. На границѣ этихъ обоихъ образований расположены костныя пластинки и костный мозгъ, проникающіе въ самое вещество капсулы. Отъ железистой ткани почти не осталось слѣда, если не считать минимальнаго количества аденоидной ткани, расположенной снаружи отъ капсулы, въ состояніи сильнѣйшей гипереміи и склероза.

2) Этотъ узелъ также состоитъ изъ густо пропитаннаго известью казеознаго очага продолговато-круглой формы, діам. 15×10 mm., заключеннаго въ капсулу съ ново-образованными костью и костнымъ мозгомъ. Въ этомъ узлѣ совершенно не удалось встрѣтить железистыхъ элементовъ. Также не удалось найти въ обоихъ узлахъ ни Коховскихъ бациллоу, ни бугорковъ.

Легкія и прилежащія *железы* мною не изслѣдовались, но на основаніи указаній прив.-доц. К. Ф. Еленевскаго, вскрывавшаго трупъ и тщательно изслѣдовавшаго всѣ органы его, въ легкихъ и трахео-бронхіальныхъ железахъ даннаго случая не обнаружено ничего, даже отдаленно напоминающаго туберкулезъ.

Итакъ, при вскрытіи трупа больного, умершаго отъ септического зараженія, обнаружена случайная анатомическая находка въ видѣ нѣсколькихъ костно-омѣлоторенныхъ отложений въ брыжжейкѣ у *v. Vanhinii*. Микроскопическое изслѣдованіе 2-хъ главныхъ узловъ, слившихся въ одинъ конгломератъ, обнаружило въ нихъ (если не считать минимальнаго остатка железистой ткани) сплошную омѣлоторенную казеозную массу, заключенную въ старую фиброзную капсулу, подрѣвленную костной тканью. Ни бациллоу Коха, ни бугорковъ въ этихъ узлахъ найти не удалось (что вполне естественно, принявъ во вниманіе полную деструкцію железистой ткани и сплошное замѣщеніе ея мѣловыми массами, указывающими на чрезвычайную давность процесса).

Но, повторяя разсужденія, примененныя нами въ отношеніи случая VIII, приходится признать данное пораженіе брыжеечныхъ

железъ туберкулезнымъ. Отсутствие же туберкулеза въ легкихъ и др. органахъ дѣлаетъ его *первичнымъ*.

Въ отношеніе локализации пораженныхъ железъ данный случай является типичнымъ. При жизни это поврежденіе, повидимому, ничѣмъ не сказывалось; смерть произошла отъ осложнившейся септическимъ процессомъ травмы.

Д о б а в л е н і е.

Среди изслѣдованнаго мной матеріала встрѣтилось еще 3 случая *весьма вѣроятныхъ* въ смыслѣ первичнаго зараженія туберкулезомъ черезъ кишечникъ. Въ виду недостоверности этихъ случаевъ, они не включены въ общую статистику, и я ограничиваюсь лишь упоминаніемъ о нихъ.

I. Варвара К., крестьянка Бѣлгородскаго уѣзда, 15 лѣтъ, поступила въ Харьковскую городскую Александровскую больницу съ признаками Аддисоновой болѣзни; умерла 8/VII 1904 г. *Вскрытіе*. Легкія приращены по заднему краю ложными перепонками; ткань легкихъ пушиста, гиперемирована, безъ признаковъ туберкулеза. Въ ободочной кишкѣ нѣсколько рубцующихся, пигментированныхъ туберкулезныхъ язвъ то звѣздчатой, то циркулярной формы. Брыжеечные железы тонкихъ кишекъ гиперемированы, увеличены, плотны. Оба надпочечника увеличены, плотны, пронизаны узлами, въ разрѣзѣ сыровидными, желтоватаго цвѣта, съ омѣлтовренными участками.— На основаніи этихъ данныхъ можно предположить, что туберкулезное поврежденіе ободочной кишки въ этомъ случаѣ является *первичнымъ*, уже послѣдовательно повлекшимъ за собой туберкулезъ надпочечниковъ. За такое предположеніе говоритъ болшая вѣроятность первичнаго внѣдренія туберкулезной инфекции въ слизистую оболочку кишечника, непосредственно сообщающагося съ внѣшней средой, чѣмъ въ надпочечникахъ, глубоко скрытыхъ и совершенно изолированныхъ отъ входныхъ воротъ для инфекции всякаго рода.

Въ томъ же духѣ высказывается въ послѣднемъ изданіи своего руководства Kaufmann, говоря: „Die Nebennierentuberkulose kommt meist sekundär vor (bei Lungen-, Darmtuberkulose u. s. w), selten primär.“

II. Иванъ М., мѣщанинъ г. Курска, приказчикъ, 40 л., умеръ въ Харьковской Николаевской городской больницѣ 21/VI 1905 г. при явленіяхъ остраго перитонита. *Вскрытіе*. Легкія свободны отъ сращеній, объемисты, гиперемированы и отечны; нигдѣ никакихъ гнѣздъ уплотненія не содержатъ. Въ брюшной полости гнойный экссудатъ; большой сальникъ приращенъ къ крутымъ изгибамъ поперечной части ободочной кишки, при чемъ изгибы эти сращены между собой съ трудомъ разрывающимися перемычками. Serosa ободочной кишки гиперемирована, покрыта фибринозно-гнойнымъ экссудатомъ; слизистая оболочка обод. к. на мѣстахъ изгибовъ гиперемирована и набухла. Въ остальныхъ отдѣлахъ кишекъ ничего особеннаго. Въ брыжжейкѣ поперечной ободочной кишки обнаружено нѣсколько омѣлтовренныхъ железъ величиной до лѣсного орѣха.

Къ сожалѣнью, мнѣ не удалось получить для микроскопическаго изслѣдованія матеріалъ изъ этихъ железъ, и потому установить точную диагностику поврежденія ихъ представляется невозможнымъ. Тѣмъ не менѣе, по аналогіи со сходнымъ и наиболее частымъ поврежденіемъ брыжеечныхъ железъ тонкихъ кишекъ, можно думать, что и въ данномъ случаѣ поврежденіе железъ носитъ туберкулезный характеръ; тогда отсутствие туберкулеза въ легкихъ дѣлаетъ его *первичнымъ* (судя по локализациі омѣлтовренныхъ железъ и сращеніямъ поперечной части ободочной кишки, послѣдняя является въ этомъ случаѣ какъ бы *locus minoris resistentiae*, послужившимъ исходнымъ пунктомъ и для остраго перитонита).

Вообще же оба случая представляютъ интересъ по рѣдкости изолированнаго туберкулеза въ ободочной кишкѣ или ея железахъ; а первый изъ нихъ, кромѣ того, по локализациі туберкулеза въ надпочечникахъ, послужившаго причиной Аддисоновой болѣзни.

III. Иванъ С., крестьянинъ, 19 лѣтъ, умеръ въ Харьковской губернской земской больницѣ 18/XI 1907 г. при явленіяхъ рѣзкаго общаго истощенія. *Вскрытіе*. Легкія вынимаются свободно, всюду проходимы для воздуха. Въ верхней долѣ праваго легкаго, на границѣ ея со средней долей, по заднему краю, непосредственно подъ плеврой, расположенъ казеозный очагъ величиной съ горошину, окруженный фиброзной капсулой и содержащій сыровидную, размягченную кашлицу. Вблизи этого очага группа свѣжихъ перламутровыхъ бугорковъ величиной съ булавочную головку. Въ остальной паренхимѣ праваго легкаго и во всемъ лѣвомъ легкомъ никакихъ признаковъ туберкулеза. Бронхіальные железы не поражены. Въ брыж-

жейкѣ ileo-coecal'ной области имѣется опухоль величиною съ кулакѣ; на разрѣзѣ она состоитъ изъ склерозированной фиброзной ткани съ заключенными въ ней казеозными железами, спаянными между собой и частью нагноившимися. Брыжжейка въ указанномъ мѣстѣ сморщена и къ ней притянута кишка. Слизистая оболочка ilei въ мѣстѣ сморщиванія брыжжейки сѣро-аспиднаго цвѣта, содержитъ рубцующіяся туберкулезныя язвы. Баугиніева заслонка покрыта рубцами, стягивающими просвѣтъ кишки. Вслѣдствіе суженія ilei тонкія кишки растянуты. Амилоидное перерожденіе кишекъ, селезенки и почекъ.— Сопоставляя значительность туберкулезнаго пораженія брюшной полости, одновременно охватившаго кишки, железы и брыжжейку ileo-coecal'ной области, съ ограниченностью единственнаго солитарнаго очага въ правомъ легкомъ, локализовавшагося къ тому же подъ самой плеврой, вдалекѣ отъ крупныхъ бронховъ—мы имѣемъ основаніе предположить, что *первичнымъ* является пораженіе кишекъ, а легочный очагъ—метастазомъ изъ брюшной полости. Но давность легочнаго очага мѣшаетъ признать полную достовѣрность даннаго случая, почему я и включилъ его въ число *весьма впроятныхъ*.

ЗАКЛЮЧЕНІЕ.

Итакъ, въ предыдущемъ изложеніи представлено въ хронологическомъ порядкѣ макро- и микроскопическое изслѣдованіе 19 случаевъ первичнаго туберкулеза частию кишекъ, частию брыжжеечныхъ железъ, обнаруженныхъ мною въ патолого-анатомическомъ материалѣ города Харькова за послѣднія 17 лѣтъ (1890—1907). При этомъ, изложеніе каждаго случая сопровождалось подробнымъ толкованіемъ, имѣвшимъ цѣлю: 1) доказать первичность даннаго туберкулеза кишекъ или брыжжеечныхъ железъ; 2) указать особенности, отличающія каждый случай въ отдѣльности.

Вычисливъ на основаніи протоколовъ вскрытій за все эти годы общее число вскрытій, а также число вскрытій съ тѣми или иными туберкулезными находками и сопоставивъ съ ними найденное число случаевъ первичнаго туберкулеза кишекъ геср. брыжжеечныхъ железъ, получимъ слѣдующую наглядную таблицу, согласно подраздѣленію материала на 2 группы:

ГОДЫ ВСКРЫТІЙ	Общее число вскрытій	Число вскрытій съ туберкулезными находками	Число сл. первичнаго туберкулеза киш. геср. брыжжееч. железъ	% отнош. сл. первич. туб. киш. геср. брыж. жел. къ общ. чис. вскрытій	% отнош. сл. первич. туб. киш. геср. брыж. жел. къ числу туберкул.
I. 1890—1901 (проф. Крыловъ)	1290 ¹⁾	470	7	0,54%	1,48%
II. 1902—1907 (проф. Мельниковъ-Разведенковъ)	2337 ²⁾	790	12	0,51%	1,52%
Итого: 1890—1907	3627	1260	19	0,52%	1,5%

¹⁾ Въ дѣйствительности общее число вскрытій, произведенныхъ за указанныя 11 лѣтъ при проф. Крыловѣ, составляетъ 2435 сл. (официальные отчеты), но въ цѣляхъ собственнаго изслѣдованія я могъ воспользоваться только 1290 сл.

²⁾ Въ это число вошло 222 сл., вскрытыхъ прозекторомъ Харьковской городской Николаевской больницы прив.-доц. К. Ф. Еленевскимъ за послѣдніе 3 года.

Итакъ, среди 3627 вскрытій въ г. Харьковѣ обнаружено мною 1260 случаевъ съ туберкулезомъ вообще, что составляетъ 34,74%; среди этого же матеріала обнаружено 19 случаевъ первичнаго туберкулеза кишекъ гесп. брыжжеечныхъ железъ, что составляетъ 0,52% въ отношеніе общаго числа вскрытій и 1,5% въ отношеніе числа вскрытій съ туберкулезными находками.

Необходимо отмѣтить только, что представленныя здѣсь числа туберкулезныхъ вообще и туберкулезныхъ съ первичной локализацией въ кишкахъ или брыжжеечныхъ железахъ представляютъ минимумъ дѣйствительныхъ въ данномъ матеріалѣ чиселъ, такъ какъ при вычисленіи всѣхъ туберкулезныхъ мы регистрировали только достовѣрные случаи (не считая, подобно Naegeli и Burkhard'ty, случаевъ съ рубцами въ верхушкахъ легкихъ, плевральными сращениями и пр. со спорной этиологіей); при отыскиваніи же случаевъ первичнаго туберкулеза кишекъ „общій“ составъ изслѣдованнаго нами матеріала иногда не позволялъ опредѣлить входныя ворота и потому въ число отобранныхъ случаевъ могли быть не включены такіе, гдѣ, быть-можетъ, первоначальная инфекция произошла именно черезъ кишечникъ; доказать же это представлялось невозможнымъ въ виду обширности распространенія туберкулеза по всему организму.

Съ другой стороны, оба представленныхъ числа: туберкулезныхъ вообще и случаевъ первичнаго туберкулеза кишекъ гесп. брыжжеечныхъ железъ не могутъ получить распространительнаго толкованія: первое въ отношеніе всѣхъ слоевъ населенія, второе въ отношеніе всѣхъ возрастовъ, т. к. изслѣдованный мною „больничныи“ матеріалъ составлялся преимущественно на счетъ бѣднаго класса населенія, какъ извѣстно, наиболѣе подверженнаго заболѣванію туберкулезомъ (то же въ статистикѣ Naegeli, Necker'a и др.); въ то же время въ немъ почти отсутствовали дѣти, среди которыхъ замѣчается наибольшее число случаевъ такой формы туберкулеза.

Тѣмъ не менѣе результаты даннаго изслѣдованія даютъ полное основаніе утверждать, что первичный туберкулезъ кишекъ гесп. брыжжеечныхъ железъ у *взрослыхъ* въ г. Харьковѣ и его ближайшей окрестности представляетъ большую *рѣдкость*, выражаясь приблизительно въ $\frac{1}{2}\%$ общаго числа вскрываемыхъ и въ 1,43% въ отношеніе числа вскрытій съ туберкулезными находками (при этомъ мы беремъ въ расчетъ только 18 случаевъ первичнаго туберкулеза кишекъ гесп. брыжжеечныхъ железъ у взрослыхъ лицъ, не считая 1 случая у дѣвочки 4-хъ лѣтъ).

Такимъ образомъ, наши выводы ближе всего подходятъ къ выводамъ Zahn'a (Женева) и Hansemann'a (Берлинъ), производившихъ свои наблюденія также на большомъ количествѣ „общаго“ матеріала изъ взрослыхъ лицъ, получившихъ меньше 1% первичнаго туберкулеза кишекъ и пришедшихъ къ заключенію о большой рѣдкости этого рода инфекціи; — приближаются къ выводамъ Virchow'a, Orth'a, Ciechanowsk'аго и др. и лишь остаются далеко позади чиселъ Heller'a и его немногочисленныхъ сторонниковъ.

Относительно причинъ рѣдкости первичнаго туберкулеза кишекъ, констатируемой нами и отмѣчаемой большинствомъ патологоанатомовъ и педиатровъ, можно высказывать одни лишь предположенія. Въ виду того, что дѣтскій возрастъ составляетъ наибольший контингентъ незначительнаго самого по себѣ количества первичнаго туберкулеза кишекъ, можно думать, что коровье молоко служитъ главнымъ источникомъ кишечнаго зараженія туберкулезомъ (остальные виды туберкулезной инфекціи одинаково вѣдь встрѣчаются во всѣхъ возрастахъ) и что *кипяченіе* молока въ значительной степени предохраняетъ насъ отъ зараженія.

Но такіе факты, какъ безнаказанное употребленіе въ нѣкоторыхъ странахъ сырого молока, заставляютъ думать, что въ основѣ рѣдкости первичнаго туберкулеза кишекъ лежатъ и другія причины. Вѣроятнѣе всего, что здѣсь играетъ роль и ослабленная вирулентность бациллъ жемчужной болѣзни для организма человѣка, и кислотность желудочнаго сока, влияніе кишечнаго сока (Kohlbrügge) и другіе, пока намъ неизвѣстные факторы (последніе, конечно, могли бы имѣть силу и въ отношеніе вторичнаго туберкулеза кишекъ, но при легочной чахоткѣ зараженная мокрота часто проглатывается при пустомъ желудкѣ, когда нѣтъ выдѣленія желудочнаго сока, ослабляющаго жизнеспособность и энергію размноженія Коховскихъ бациллъ; кромѣ того, бациллы въ отсутствіи пищи входятъ въ наиболѣе тѣсный контактъ съ кишечной стѣнкой).

Возможно допустить также, что (согласно опытамъ на животныхъ) первичное зараженіе туберкулезомъ черезъ кишечникъ происходитъ не рѣдко, но что такая инфекция, будучи, съ одной стороны, не достаточно сильной, съ другой стороны, встрѣчая въ кишкахъ неблагоприятныя условія для своего развитія: малую восприимчивость къ ней со стороны кишекъ и брыжжеечныхъ железъ и легкую проницаемость кишечныхъ стѣнокъ для Коховскихъ бациллъ — безпрепятственно проникаетъ черезъ толщу кишекъ и прилежащихъ

железъ и развиваетъ свое дѣйствіе въ наиболѣе воспримчивыхъ (легкія, суставы и пр.), но отдаленныхъ органахъ.

Тогда статистика первичнаго туберкулеза кишекъ гесп. брыжжеечныхъ железъ уже не служитъ мѣриломъ частоты зараженія туберкулезомъ черезъ кишечникъ.

Въ всякомъ случаѣ, затронутый вопросъ, какъ и стоящій съ нимъ въ связи вопросъ объ источникахъ кишечнаго зараженія туберкулезомъ, до сихъ поръ остается открытымъ и ждетъ специальныхъ изслѣдованій.

По взаимоотношенію туберкулезныхъ измѣненій въ кишкахъ къ таковымъ же измѣненіямъ въ брыжжеечныхъ железахъ указанные 19 случаевъ распределяются такъ:

	Общее число сл. перв. туб. кишекъ гесп. брыж. железъ	Изолированный туберкулезъ кишекъ	Изолированный туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ	Комбинирован. туберкулезъ кишекъ и брыж. железъ
I	7	—	1	6
II	12	2	8	2
Итого	19	2	9	8

Такимъ образомъ, изолированный туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ встрѣтился въ наибольшемъ количествѣ (47,37%); комбинированный туберкулезъ нѣсколько рѣже въ (42,1%), изолированный туберкулезъ кишекъ рѣже всего (10,5%).

По указанному соотношенію измѣненій въ кишкахъ и брыжжеечныхъ железахъ нашъ матеріалъ представляетъ ту особенность, что онъ, состоя всего изъ 19 случаевъ, выдѣлилъ изъ себя 2 случая изолированнаго туберкулеза кишекъ, явленія столь рѣдкаго, что Wagener среди своихъ 28 случаевъ, Ipsen среди 12 случаевъ не встрѣтили его ни разу (во 2-мъ своемъ изслѣдованіи Wagener среди 20 случаевъ также нашелъ 2 случая изолированныхъ туберкулезныхъ язвъ въ кишкахъ), Heller обнаружилъ 2 такихъ случая среди 53 случаевъ первичной инфекціи туберкулезомъ черезъ кишечникъ, что составляетъ 1,3% противъ нашихъ 10,5%.

По наибольшей частотѣ изолированнаго туберкулеза брыжжеечныхъ железъ и комбинированнаго пораженія кишекъ и железъ нашъ матеріалъ въ большей или меньшей степени сходится съ указаніями многихъ авторовъ.

Въ отношеніе связи между туберкулезными измѣненіями въ кишкахъ гесп. брыжжеечныхъ железахъ и состояніемъ легкиихъ и бронхиальныхъ железъ наши случаи распределяются такъ:

	Общее число сл. первич. туб. кишекъ гесп. брыж. железъ	Отсутствие туб. въ легкиихъ и бронхиальныхъ железахъ	Миліарный туберкулезъ въ легкиихъ	Казеозная пневмонія ¹⁾
I	7	2	4	2
II	12	10	2	—
Итого	19	12	6	2

Слѣдовательно, въ 63,15% легкія были совершенно свободны отъ туберкулезныхъ измѣненій, въ 31,57% въ нихъ обнаруженъ миліарный туберкулезъ, въ 10,5% — казеозная пневмонія.

Наличность первичнаго туберкулеза кишекъ гесп. брыжжеечныхъ железъ въ отсутствіи какихъ бы то ни было признаковъ туберкулеза въ легкиихъ и бронхиальныхъ железахъ является почти очевидной; первичность стараго туберкулеза въ кишкахъ въ сопутствіи относительно свѣжаго туберкулеза въ легкиихъ, какими обычно являются миліарный туберкулезъ и острая казеозная пневмонія, также установлена рядомъ выше приведенныхъ доказательствъ.

Въ общихъ чертахъ, по отношенію къ состоянію легкиихъ нашъ матеріалъ распредѣлился такимъ образомъ, что случаевъ каждаго вида въ немъ числится тѣмъ больше, чѣмъ ярче ихъ доказательность въ отношеніе „первичности“.

Нельзя не отмѣтить, что отсутствіе туберкулеза въ легкиихъ при туберкулезѣ кишекъ гесп. брыжжеечныхъ железъ, позволяющее безъ труда опредѣлить входныя ворота, обнаружено нами въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ смерть произошла или отъ какой-либо острой инфекціи (септиса, брюшнаго тифа, комы и проч.), или отъ травмы, но не отъ туберкулеза, чѣмъ отчасти подтверждается мысль Heller'a: „Для сужденія о частотѣ первичнаго туберкулеза кишекъ надо пользоваться не общими секціями, затрудняющими опредѣленіе входныхъ

¹⁾ Согласно наблюденіямъ проф. В. П. Крылова, здѣсь, на югѣ Россіи, пневмонія caseosa genuina встрѣчается относительно часто. Руководство къ патолого-анатомической діагностикѣ проф. I. Орта, пер. и доп. проф. В. П. Крылова 1890.

воротъ, а случаями смерти отъ острыхъ болѣзней или несчастныхъ случаевъ съ начальнымъ (или слабо развитымъ) туберкулезомъ“.

Отсюда, конечно, не слѣдуетъ, что общій секціонный матеріалъ совсѣмъ не подходитъ для выводовъ о частотѣ первичнаго туберкулеза кишекъ, такъ какъ во всякомъ больномъ матеріалѣ не мало встрѣчается случаевъ смерти отъ острыхъ болѣзней или травмы; если же среди такихъ большихъ общихъ чиселъ, какими пользовались Virchow, Hansemann, Zahn и др., первичный туберкулезъ кишекъ насчитывается всего лишь 1—2—4 десятками, слѣдовательно, онъ дѣйствительно рѣдокъ въ мѣстахъ его изслѣдованія, хотя бы представляемый при семъ числа были нѣсколько ниже дѣйствительныхъ. Такимъ образомъ, заявленіе Heller'a о томъ, что составъ секціоннаго матеріала по преимуществу объясняетъ различіе въ выводахъ относительно частоты первичнаго туберкулеза кишекъ, получаемое различными авторами, мы принимаемъ съ значительнымъ ограниченіемъ и думаемъ, что таковой составъ имѣетъ значеніе только въ связи съ другими, болѣе важными причинами, какъ: распространеніе жемчужной болѣзни рогатаго скота¹⁾, обычай кипятить молоко, санитарно-гигиеническія мѣропріятія въ отношеніе пищевыхъ и питьевогохъ средствъ, методика вскрытія вообще и въ частности вскрытія кишекъ²⁾ и пр. Подтверженіемъ этого служитъ статистика Ganghofner'a, который среди 973 дѣтей, умершихъ исключительно отъ острыхъ болѣзней, нашелъ всего лишь 5 случаевъ первичнаго туберкулеза кишекъ, каковое число, судя по характеру матеріала и указаніямъ Heller'a, должно было бы быть значительно выше!

1) Распространеніе туберкулеза рогатаго скота въ различныхъ мѣстахъ колеблется въ большихъ предѣлахъ, отъ 7—45% (Fleiner).

2) Самъ Heller придаетъ большое значеніе въ этомъ вопросѣ техники вскрытія кишекъ. По его мнѣнію, тонкая кишка должна вскрываться и осматриваться, сохраняя связь съ брыжжейкой, а не отдѣляясь отъ нея (какъ то дѣлается обычно): тогда остаются видными соотношенія между пораженіемъ кишекъ и брыжеечныхъ железъ и не ускользаютъ измѣненія на границѣ ихъ обѣихъ. Въ самое послѣднее время Albrecht предложилъ новую методику вскрытія, исходя изъ принциповъ которой (послойнаго изслѣдованія органовъ и сохраненія важнѣйшей связи между ними при извлеченіи) рекомендуется начинать вскрытіе не съ грудной, а съ брюшной полости.

При такой соединенной методикѣ (Heller-Albrecht), намъ кажется, значительно облегчится отысканіе туберкулезныхъ очаговъ въ брюшныхъ органахъ, а слѣдовательно и разрѣшеніе все еще спорнаго вопроса о частотѣ первичнаго туберкулеза кишекъ *resp.* брыжеечныхъ железъ.

На нашъ взглядъ, въ этомъ отношеніи имѣютъ не малое значеніе еще 2 обстоятельства: 1) осторожность въ выводахъ относительно „первичности“ даннаго туберкулеза кишекъ или брыжеечныхъ железъ; 2) микроскопическое изслѣдованіе каждаго случая. Погрѣшности то въ томъ, то въ другомъ отношеніяхъ имѣются въ изслѣдованіяхъ многихъ авторовъ.

Такъ, просматривая описаніе случаевъ первичнаго туберкулеза кишекъ, принадлежащихъ различнымъ авторамъ, у L. Fürst'a подъ рубрикой „unanfektbare Fälle“, мы находимъ среди нихъ подчасъ далеко не достовѣрные случаи, то вслѣдствіе отсутствія данныхъ со стороны легкихъ (случай Cornil'a и René-Marie), то вслѣдствіе наличности хоть небольшихъ, но старыхъ туберкулезныхъ очаговъ въ легкихъ и бронхиальныхъ железахъ (случай Fibiger'a и Jensen'a, Hermsdorf'a и пр.), то стараго пораженія миндалинъ, яичниковъ и трубъ, не исключаяющихъ первичныхъ очаговъ именно въ этихъ послѣднихъ (случай Heller'a, Hermsdorf'a) и т. д.

Въ важности же микроскопическаго изслѣдованія мы убѣдились на собственномъ матеріалѣ, такъ какъ намъ встрѣтилось около 10 случаевъ секцій, весьма подозрительныхъ въ смыслѣ первичнаго туберкулеза кишекъ, не подтвержденныхъ однако жъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ, обнаружившимъ то аспидную индурацию въ легкихъ, то старый туберкулезъ въ плеврѣ, то туберкулезъ яичниковъ и пр.

А такъ какъ нѣкоторые авторы основывали свои выводы относительно частоты первичнаго туберкулеза кишекъ на одномъ макроскопическомъ изслѣдованіи, а иногда на изученіи однихъ лишь протоколовъ вскрытій (Ciechanowski, Calmsohn, Hof, Bonome и др.), то понятно, что цифровыя данныя этихъ авторовъ являются выше дѣйствительности.

Такимъ образомъ, къ причинамъ, объясняющимъ различіе данныхъ относительно первичнаго туберкулеза кишекъ у разныхъ авторовъ, должны быть причислены еще двѣ вышеупомянутыя, какъ то: 1) осторожность въ выводахъ, 2) микроскопическое изслѣдованіе.

Большой интересъ представляетъ изслѣдованный нами матеріалъ по *локализаци* туберкулезнаго пораженія кишекъ и брыжеечныхъ железъ.

Для наглядности считаю не лишнимъ прежде, чѣмъ дѣлать выводы, вкратцѣ напомнить о томъ, какъ располагался туберкулезный процессъ въ каждомъ изъ описанныхъ случаевъ.

I сл. Туберкулезное поражение всей подвздошной кишки съ локализацией наиболее глубокой язвы у *v. Bauhinii*; поражение многихъ брыжеечныхъ железъ.

II сл. Сплошное туберкулезное поражение тонкихъ и слѣпой кишки; поражение почти всѣхъ брыжеечныхъ железъ.

III сл. Туберкулезное поражение 2-хъ брыжеечныхъ железъ соответственно верхней петлѣ тощей кишки; здѣсь же воронкообразный рубецъ на слизистой оболочкѣ кишки.

IV сл. Туберкулезное поражение всей подвздошной кишки съ локализацией наибольшихъ язвъ въ нижней части ея; поражение многихъ брыжеечныхъ железъ.

V сл. Распространенное туберкулезное поражение тонкихъ, толстыхъ (со слѣпой) и прямой кишки съ наибольшей давностью и интенсивностью поражения на нижнемъ концѣ *ilei*; поражение почти всѣхъ брыжеечныхъ железъ.

VI сл. Разсѣянное туберкулезное поражение тонкихъ кишки и многихъ брыжеечныхъ железъ.

VII сл. Сплошное туберкулезное поражение тонкихъ кишки съ локализацией наиболее глубокихъ и старыхъ измѣненій у *v. Bauhinii* (изъязвление шириною въ ладонь и 2 узла отъ плотныхъ сращеній); поражение множества брыжеечныхъ железъ.

VIII сл. Туберкулезное поражение почти всѣхъ брыжеечныхъ железъ.

IX сл. Туберкулезное поражение множества брыжеечныхъ железъ съ наиболее старыми измѣненіями у начала корня брыжейки тонкихъ кишки (*resp. plica duodeno-jejunalis*).

X сл. 2 туберкулезныя язвы въ слѣпой кишкѣ, изъ коихъ одна на самой *v. Bauhinii*.

XI сл. 2 туберкулезныя язвы въ самомъ началѣ тощей кишки, у *plica duodeno-jejunalis*.

XII сл. Нѣсколько большихъ туберкулезныхъ язвъ въ нижней петлѣ подвздошной кишки; поражение многихъ брыжеечныхъ железъ.

XIII сл. Нѣсколько омѣлотовренныхъ и частично окостенѣвшихъ (въслѣдствіе туберкулеза) брыжеечныхъ железъ у *plica duodeno-jejunalis*.

XIV, XV, XVI и XIX сл. Туберкулезное поражение брыжеечныхъ железъ (омѣлотоврение съ окостенѣніемъ въ XV и XIX сл.) у *v. Bauhinii*.

XVII сл. Туберкулезное поражение брыжеечной железы у *plica duodeno-jejunalis*.

XVIII сл. Сплошное поражение туберкулезомъ почти всего желудочно-кишечного тракта, включительно до прямой кишки; поражение множества брыжеечныхъ железъ.

Раздѣливъ всѣ 19 случаевъ соответственно локализации поражения кишки *resp.* брыжеечныхъ железъ, получимъ:

	Общее число сл. первич. туб. кишекъ <i>resp.</i> брыж. железъ	Отсутствіе определенной локализации	Исключит. или преимущ. лок. у <i>v. Bauhinii</i>	Исключит. или преимущ. лок. у <i>plica duodeno-jejunalis</i>
I	7	4	3	—
II	12	2	6	4
Итого	19	6	9	4

Отсюда слѣдуетъ, что область кишечника у *v. Bauhinii* чаще всего служитъ мѣстомъ развитія первичнаго туберкулеза кишки, который или ограничивается этимъ отрѣзкомъ, или, вслѣдъ за первоначальнымъ поражениемъ его, распространяется на другіе отдѣлы. Довольно часто первичный туберкулезъ кишечника поражаетъ послѣдній безъ определенной локализации, то равномерно сплошь, не оставляя пощаженымъ почти ни одного участка, то въ видѣ разсѣянныхъ фокусовъ.

Наконецъ, первичный туберкулезъ кишки иногда обнаруживаетъ тенденцію локализоваться въ строго ограниченномъ участкѣ кишки, въ самомъ началѣ тощей кишки или прилежащихъ къ нему железахъ, т. е. у *plica duodeno-jejunalis*.

Въ отношеніе преимущественной локализации туберкулеза у *v. Bauhinii* наши наблюденія вполне согласуются съ наблюденіями большинства авторовъ, отмѣчающихъ наиболее частое развитіе первичнаго и вторичнаго туберкулеза кишечника въ нижней части подвздошной кишки, началѣ слѣпой кишки и червеобразномъ отросткѣ, т. е. по обѣ стороны Баугиніевой заслонки.

Причинами такой предпочтительной локализации (*Prädilektionsstelle*), какъ это уже указано на стр. 115, служатъ: 1) обильное развитіе фолликулярнаго аппарата въ этихъ отдѣлахъ кишки (фолликулы же служатъ мѣстомъ первичнаго развитія туберкуловъ); этотъ этиологическій моментъ можно назвать „физиологическимъ“; 2) дли-

тельная задержка въ нихъ кишечнаго содержимаго вслѣдствіе минимальной подвижности и крутого изгиба, принимаемаго здѣсь кишечникомъ (таковая задержка вмѣстѣ съ причиняемыми ею эрозіями слизистой оболочки способствуетъ видѣренію туберкулезной инфекціи); этотъ этиологическій моментъ можно назвать „механическимъ“.

Что же касается преимущественной локализациі первичнаго туберкулеза кишечкъ у *plica duodeno-jejunalis*, то намъ, правда, не удалось встрѣтить въ литературѣ соотвѣтственныхъ указаній. Но наблюдавшіеся нами 3 случая исключительной и 1 случай преимущественной локализациі первичнаго туберкулеза кишечкъ *гесп.* брыжжеечныхъ железъ у *plica duodeno-jejunalis* среди въ общей сложности небольшого матеріала (19 случаевъ) даютъ намъ основаніе выдѣлить этотъ фактъ изъ разряда случайныхъ явленій и придать ему соотвѣтствующее значеніе.

Намъ думается, что въ основѣ такой строго ограниченной локализациі туберкулеза у *plica duodeno-jejunalis* въ нѣсколькихъ нашихъ случаяхъ служитъ одна изъ причинъ, объясняющихъ предпочтительную локализацию у *v. Bauhinii*—механический моментъ: загибъ, образуемый кишечникомъ въ такъ называемой *flexura duodeno-jejunalis*, и минимальная подвижность его въ этомъ мѣстѣ вслѣдствіе укороченія брыжжейки; производимая же этими моментами задержка пищевыхъ массъ влечетъ за собою нарушенное кровообращеніе, эрозіи и въ результатъ всего этого облегченную фиксацію туберкулезной инфекціи.

Однимъ изъ органовъ, наиболѣе часто поражаемыхъ послѣдовательно за первичнымъ туберкулезомъ кишечкъ *гесп.* брыжжеечныхъ железъ, является печень. Такъ, среди всего 19 нашихъ случаевъ печень обнаружила въ себѣ туберкулезные элементы въ 10 случаяхъ, то-есть въ 52,6%; вмѣстѣ съ тѣмъ, въ печени были обнаружены бугорки даже при весьма слабомъ, почти начальномъ туберкулезѣ первичнаго очага (случай X, XI); частую локализацию туберкулеза въ печени мы подмѣтили также въ случаяхъ Heller'a.

Такимъ образомъ, судя по этимъ даннымъ, печень проявляетъ особую воспримчивость къ туберкулезной инфекціи, гнѣздящейся въ кишкахъ или брыжжеечныхъ железахъ.

Въ основѣ такой воспримчивости, какъ это уже разъ указано было на стр. 108, лежатъ, повидимому, 2 причины: во 1-хъ, мѣстоположеніе печени на пути отъ кишечкъ черезъ вѣтки и стволъ

v. portae къ *v. cava inferior*; во 2-хъ, особенности кровообращенія въ печени, образующія изъ нея фильтръ не только для бациллъ Коха, но и для всякихъ патогенныхъ началъ (барьерная функція).

Въ отношеніе детальныхъ измѣненій въ кишкахъ и брыжжеечныхъ железахъ случаи 2-й группы рѣзко отличаются отъ таковыхъ 1-й. Въ 1-й группѣ всѣ случаи представляютъ сильно выраженные измѣненія въ кишкахъ и брыжжеечныхъ железахъ въ видѣ обширнѣйшихъ деструкцій слизистой и подслизистой оболочекъ, а также мышечной ткани, сплошнаго перерожденія множества брыжжеечныхъ железъ, сращеній кишечкъ и, наконецъ, туберкулизациі брюшины,—словомъ, почти одинаково глубокія измѣненія во всѣхъ случаяхъ, не дающія возможности услѣдить ни за развитіемъ процесса, ни за его распространеніемъ.

Въ противоположность этому, во 2-й группѣ замѣчается такое многообразіе въ степени туберкулезнаго пораженія кишечкъ и брыжжеечныхъ железъ, которое представило цѣлую градацію гистологическихъ измѣненій въ послѣднихъ, что и дало возможность вывести заключеніе: 1) о постепенномъ ходѣ туберкулезнаго процесса въ толщѣ кишечной стѣнки, 2) о постепенномъ развитіи такового процесса внутри брыжжеечныхъ железъ. Такъ, въ случаѣ X (2 поверхностныя туберкулезныя язвы въ слѣпой кишкѣ) мы имѣемъ возможность наблюдать туберкулезъ кишки почти въ начальной степени его развитія, когда процессъ сосредоточивается преимущественно въ фолликулахъ, не выходя за предѣлы подслизистой ткани—фиг. 2 (только единичные бугорки отмѣчались въ подсерозной оболочкѣ).

Эта преимущественная локализациа притомъ мельчайшихъ бугорковъ въ солитарныхъ фолликулахъ какъ бы воспроизводитъ опыты *v. Baumgarten'a*, также констатировавшаго при экспериментальномъ туберкулезѣ кишечкъ первоначальныя измѣненія въ фолликулярномъ аппаратѣ.

Въ случаѣ XI (2 болѣе глубокия туберкулезныя язвы въ началѣ тонкой кишки) мы можемъ наблюдать: 1) дальнѣйшее движеніе туберкулезнаго процесса отъ солитарныхъ фолликуловъ, 2) направленіе, 3) пути этого движенія.

О распространеніи туберкулеза мы судимъ по тому, что бугорки въ этомъ случаѣ локализируются не только въ фолликулахъ (фиг. 1), но проникли въ глубину подслизистой ткани (фиг. 3), въ толщу цир-

кулярнаго мышечнаго слоя (раздвиганіе волоконъ, фиг. 4), въ прослойки между циркулярнымъ и продольнымъ мышечнымъ слоями (фиг. 5) и, наконецъ, въ подсерозную ткань (фиг. 6). Направленіе движенія демонстрируется характернымъ расположеніемъ нѣкоторыхъ бугорковъ, принадлежащихъ различнымъ слоямъ, по одной прямой линіи — поперекъ кишечной стѣнки съ локализацией молодыхъ (эпителиодныхъ) бугорковъ въ наружныхъ слояхъ, старыхъ (фиброзно-перерожденныхъ) ближе ко дну язвы; —откуда естественно заключить, что процессъ шелъ отъ свободной поверхности кишки вглубь брюшной стѣнки.

Путемъ распространения туберкулезнаго процесса въ данномъ случаѣ, очевидно, служили лимфатическіе сосуды, что подтверждается формой и расположеніемъ бугорковъ, а главнымъ образомъ, наличностью у многихъ изъ нихъ ясно выраженной оболочки. Особенно демонстративнымъ въ этомъ отношеніи является случай XI, гдѣ въ подсерозномъ слое кишечника соотвѣтственно язвѣ обнаруженъ поперечный разрѣзъ лимфатическаго сосуда, во внутренней оболочкѣ котораго расположился и свѣсилъ въ просвѣтъ сосуда типичный бугорокъ съ гигантской клѣткой (фиг. 6); въ другихъ случаяхъ можно видѣть лимфатическіе сосуды часто въ состояніи почти полной облитерации, окруженные по периферіи то бугорками, то бугорковыми грануляциями.

Въ остальныхъ случаяхъ 2-й группы, въ виду интенсивности туберкулезнаго поражения кишечной стѣнки, можно было наблюдать вышеописанныя детали только на единичныхъ препаратахъ, специально отобранныхъ изъ множества такихъ, гдѣ сплошное поражение стѣнки не только скрывало начальныя измѣненія, но даже нарушало правильное взаимоотношеніе отдѣльныхъ слоевъ (рубцеваніе и постѣдовательное уродованіе стѣнки).

Тѣмъ не менѣе въ нѣкоторыхъ препаратахъ кишки изъ этихъ случаевъ, а иногда изъ случаевъ 1-й группы удавалось видѣть расположеніе бугорковъ, принадлежащихъ различнымъ слоямъ кишечной стѣнки, по одной линіи — перпендикулярно къ продольной оси кишечнаго канала (случай XII), разрастаніе бугорковъ внутри и снаружи лимфатическихъ сосудовъ (преформированныя полости, содержащія въ себѣ круглыя клѣтки съ одиночными гигантскими въ случаѣ II; случаи V, VII), а иногда и ясно выраженную локализацию бугорковъ на мѣстѣ солитарныхъ фолликуловъ (сл. XVIII).

Такимъ образомъ, подробное гистологическое изслѣдованіе кишечника, пораженнаго первичнымъ туберкулезомъ, даетъ намъ основаніе установить слѣдующее:

1) Начальную локализацию первичнаго туберкулеза кишечника въ солитарныхъ фолликулахъ.

2) Распространеніе первичнаго туберкулеза кишечника со слизистой оболочки черезъ толщу стѣнки къ серозной оболочкѣ.

3) Распространеніе его по лимфатическимъ путямъ.

4) Одинаковую поражаемость туберкулезомъ всѣхъ, безъ исключенія, слоевъ и межслойныхъ промежутковъ стѣнки кишки.

5) Первичный туберкулезъ кишечника можетъ достигать самыхъ различныхъ степеней интенсивности и развитія: отъ весьма слабыхъ, почти начальныхъ измѣненій до обширныхъ и глубокихъ деструкцій кишечника.

Что касается детальныя измѣненія въ брыжжечныхъ железахъ, то, какъ сказано выше, для сужденія о нихъ случаи 2-й группы представляютъ болѣе благоприятный матеріалъ, чѣмъ случаи 1-й (кроме сл. VII).

Въ послѣднемъ и въ случаяхъ II-й группы отмѣчается такое многообразіе гистологическихъ измѣненій въ брыжжечныхъ железахъ, которое позволило наблюдать почти всѣ типичныя формы постепеннаго развитія туберкулеза въ брыжжечныхъ железахъ.

Такъ, въ случаѣ VII, въ нѣкоторыхъ железахъ, наблюдается туберкулезъ въ начальномъ стадіи: свѣжіе эпителиодные бугорки съ единичными гигантскими клѣтками посреди почти неизмѣненной аденоидной ткани (фиг. 7); въ томъ же случаѣ, въ другихъ железахъ, наблюдается слѣдующій стадій развитія туберкулеза — казеозная дегенерация и слияніе бугорковъ (фиг. 8). Затѣмъ идутъ гистологическія измѣненія, свойственныя обратному развитію туберкулеза: фиброзная дегенерация бугорковъ въ нѣкоторыхъ железахъ случая XVIII (фиг. 9), фиброзно-гіалиновая дегенерация бугорковъ въ случаѣ IX (фиг. 10), сплошное омѣлотовленіе въ случаяхъ XIV, XVI (фиг. 11), омѣлотовленіе съ новообразованиемъ кости въ случаяхъ VIII, XIII, XV, XIX (фиг. 12).

Наконецъ, измѣненія, характеризующія прогрессирующій туберкулезъ: образованіе новыхъ бугорковъ, казеозный метаморфозъ, туберкулезное поражение сосудныхъ стѣнокъ (остальные случаи).

Характерно, что въ случаяхъ первичнаго (изолированнаго) туберкулеза брыжжечныхъ железъ туберкулезный процессъ, какъ бы онъ ни былъ распространенъ (случай VIII), не выходитъ за предѣлы таковыхъ железъ и подвергается обратному развитію (скудость или отсутствіе бацилловъ, склерозъ, гиалинозъ, омѣло-

творение съ новообразованиемъ кости); тогда какъ въ случаяхъ туберкулеза брыжжеечныхъ железъ, послѣдовавшаго за первичнымъ поражениемъ кишекъ (комбинированный туберкулезъ), туберкулезный процессъ, за исключеніемъ участковъ отдѣльныхъ железъ, является активнымъ съ обиліемъ бацилловъ, новообразованиемъ бугорковъ, ихъ казеозной дегенерацией, поражениемъ сосудныхъ стѣнокъ и обнаруживаетъ склонность къ дальнѣйшему распространению на брюшину, забрюшинныя железы и даже за предѣлы брюшной полости.

Отсюда позволительно сдѣлать заключеніе, что кишечникъ поражается туберкулезомъ только при наличности весьма сильной туберкулезной инфекціи и что при малой вирулентности или недостаточности ея кишечникъ остается нетронутымъ и первичное видѣніе инфекціи происходитъ въ брыжжеечныхъ железахъ и другихъ органахъ (даже въ легкихъ). Сводя воедино все эти детали касательно брыжжеечныхъ железъ при поражении ихъ или кишекъ первичнымъ туберкулезомъ, мы имѣемъ основаніе установить слѣдующее:

1) При первичномъ туберкулезѣ кишекъ или брыжжеечныхъ железъ пораженіе послѣднихъ можетъ представить модификацію самыхъ разнообразныхъ измѣненій: отъ начального образования бугорковъ въ единичныхъ железахъ, кончая сплошнымъ распаденіемъ всехъ, безъ исключенія, железъ.

2) Первичный (изолированный) туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ обнаруживаетъ склонность оставаться мѣстнымъ и подвергаться обратному развитію.

3) Послѣдовательное за первичнымъ туберкулезомъ кишекъ пораженіе брыжжеечныхъ железъ стремится къ интензивному развитію и дальнѣйшему распространению.

4) Есть основаніе думать, что кишечникъ является мало-воспріимчивымъ къ туберкулезу органомъ, вслѣдствіе чего для его анатомическаго пораженія требуется весьма сильная инфекція.

5) Слабая туберкулезная инфекція имѣетъ склонность проходить черезъ неповрежденную кишечную стѣнку и селиться въ брыжжеечныхъ железахъ и другихъ органахъ.

Въ заключеніе, нѣсколько словъ о клиническихъ проявленіяхъ первичнаго туберкулеза кишекъ. Насколько можно судить по выше-представленнымъ краткимъ исторіямъ болѣзни, клиническая картина первичнаго туберкулеза кишекъ отличается неравномерностью въ своей интензивности.

Такъ, въ случаѣ XI незначительное пораженіе кишекъ въ видѣ 2-хъ туберкулезныхъ язвъ у *plica duodeno-jejunalis* ничѣмъ не проявлялось при жизни; въ случаѣ X—2 туберкулезныя язвы у *v. Bauhinii*, хотя сами при жизни не проявлялись, послужили однакожъ исходнымъ пунктомъ для смертельнаго перитонита; въ случаѣ IV отмѣчается умѣренный поносъ и, наконецъ, въ случаяхъ I, V, VI, VII, XII и XVIII обнаружена рѣзкая клиническая картина, выражавшаяся въ видѣ: вздутія и боли живота, значительной болѣзненности при надавливаніи его, затажныхъ поносовъ (жидкія испражненія черезъ каждые 1—2 часа, гороховаго цвѣта, съ рѣзкимъ запахомъ въ случаѣ V; сильные поносы съ кровью въ случаѣ XVIII), крайняго упадка силъ и истощенія съ отеками, *ptyngiasis versicolor* и пр. Въ нѣкоторыхъ изъ послѣднихъ случаевъ истощеніе и послужило ближайшей причиной смерти. Сопоставляя клиническія проявленія первичнаго туберкулеза кишекъ съ патолого-анатомическими измѣненіями соответственныхъ случаевъ, мы видимъ, что, за исключеніемъ сл. II, между ними существуетъ прямая пропорціональность, такъ какъ незначительныя измѣненія кишекъ почти не проявлялись при жизни, поверхностныя изъязвленія кишекъ выражались однимъ поносомъ; глубокая же деструкція кишечнаго тракта давала тяжелую клиническую картину¹⁾.

Конечно, собранный нами довольно ограниченный матеріалъ не могъ включить въ себя всехъ формъ, а слѣдовательно и клиническихъ проявленій первичнаго туберкулеза кишекъ, описываемыхъ другими авторами, напримѣръ, туберкулезнаго стеноза кишекъ, туберкулезной опухоли слѣпой кишки и пр.

Но тѣ симптомы туберкулезнаго пораженія кишекъ, которые отмѣчены въ нашихъ случаяхъ (моторнаго и сенсорнаго свойства), встрѣчаются чаще всего, и въ этомъ отношеніи мѣстные симптомы первичнаго туберкулеза кишекъ ничѣмъ не отличаются отъ симптомовъ такого же пораженія вторичнаго происхожденія.

Первичное (изолированное) пораженіе брыжжеечныхъ железъ, по крайней мѣрѣ въ ближайшій къ смерти жизненный періодъ,

¹⁾ Fleiner указываетъ на то, что клиническія симптомы язвеннаго туберкулеза кишекъ гораздо меньше зависятъ отъ площади и глубины язвеннаго процесса, чѣмъ отъ интензивности раздраженія обнаженныхъ кишечныхъ нервовъ дна язвъ. Такимъ образомъ, Fleiner допускаетъ возможность скрытаго теченія даже глубокаго туберкулеза кишекъ, что отчасти подтверждается сл. II.

почти¹⁾ ничѣмъ не проявлялось при жизни, какъ это видно почти изъ всѣхъ нашихъ случаевъ. Это явленіе объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что въ однѣхъ железахъ туберкулезный процессъ уже совершенно заглохъ, оставивъ на своемъ мѣстѣ стерильные омѣлоторенные очаги въ фиброзной, а часто и въ костяной капсулѣ;— въ другихъ железахъ, хотя еще тлѣлъ туберкулезный процессъ, но пропитанный известью, заключенный въ непроницаемую капсулу, оставался „замурованнымъ“ и потому не отражался на общемъ состояніи здоровья. Замѣчательно, что даже сплошное поражение брыжжечныхъ железъ, какъ это было въ случаяхъ VIII и IX, почти не отразилось при жизни, такъ какъ въ случаѣ VIII общее питаніе больной оставалось удовлетворительнымъ, въ случаѣ IX, въ виду наличности рака желудка, обнаруженная кахексія только отчасти можетъ быть отнесена на счетъ туберкулеза брыжжечныхъ железъ.

Послѣдовательный же за поражениемъ кишекъ туберкулезъ брыжжечныхъ железъ, какъ активный процессъ, отражался на общемъ питаніи, усиливая тѣ общія явленія, которыя обязаны процессу въ кишкахъ.

Итакъ, первичный туберкулезъ кишекъ гесп. брыжжечныхъ железъ не только является *рѣдкостью* въ нашемъ районѣ, но въ значительной части случаевъ представляетъ слабую инфекцію, остающуюся мѣстной и даже иногда не проявляющуюся при жизни. Этимъ, конечно, не исключается рѣдкая возможность смертельного исхода отъ первичнаго туберкулеза кишекъ, произойдетъ ли таковой исходъ въ зависимости отъ истощенія влѣдствіе глубокаго поражения кишекъ гесп. брыжжечныхъ железъ или послѣдовательнаго пораженія брюшины и другихъ органовъ.

Клиническая діагностика первичнаго туберкулеза кишекъ гесп. брыжжечныхъ железъ въ отличіе отъ такого же пораженія вторичнаго происхожденія чрезвычайно трудна, такъ какъ здѣсь приходится исключить наличность стараго туберкулеза въ дыхательныхъ и другихъ органахъ, что иногда представляется невозможнымъ. Тѣмъ не менѣе, рѣзкое преобладаніе туберкулезнаго пораженія брюшной полости въ сравненіи съ состояніемъ легкихъ и пр. позволяетъ въ рѣдкихъ случаяхъ правильно предположить наличность первичной инфекции черезъ кишечникъ (см. сл. XVIII).

¹⁾ Вопреки даннымъ краткихъ исторій болѣзни, можно думать, что въ случаяхъ множественнаго пораженія брыжжечныхъ железъ послѣднія иногда прощупывались при жизни.

ОБЩИЕ ВЫВОДЫ.

Подводя итогъ собственнымъ изслѣдованіямъ и ставя ихъ въ нѣкоторую связь съ литературными данными, позволяю себѣ сдѣлать слѣдующіе выводы, частію своей разрѣшающіе тѣ задачи, которыя были поставлены мной въ началѣ этой работы (см. введеніе).

1. Среди матеріала Харьковскаго патолого-анатомическаго кабинета имѣются безспорные случаи первичнаго туберкулеза кишекъ гесп. брыжжечныхъ железъ.

2. На основаніи матеріала Харьковскаго патолого-анатомическаго кабинета, собраннаго за послѣдніи 17 лѣтъ (1890—1907), первичный туберкулезъ кишекъ гесп. брыжжечныхъ железъ у *взрослыхъ* въ нашемъ районѣ (Харьковѣ) встрѣчается чрезвычайно рѣдко, выражаясь приблизительно въ $\frac{1}{2}\%$ въ отношеніи общаго числа вскрываемыхъ и въ $1,43\%$ въ отношеніи вскрытій съ туберкулезными находками.

3. „Первичность“ туберкулеза кишекъ гесп. брыжжечныхъ железъ опредѣляется или его изолированностью въ организмѣ, или его давностью, значительно превосходящей давность туберкулеза не только легкихъ, верхнихъ дыхательныхъ путей и полости рта, но и другихъ органовъ, откуда по тѣмъ или инымъ путямъ могъ бы вторично инфицироваться туберкулезомъ кишечникъ или его железы; иногда первичность туберкулеза кишекъ опредѣляется его свѣжестью въ сравненіи съ заглохшимъ процессомъ въ другихъ органахъ.

4. Каждый подозрительный случай первичнаго туберкулеза кишекъ гесп. брыжжечныхъ железъ подлежитъ самому подробному макро- и микроскопическому анализу и строгому критическому разбору.

5. Доказательства „первичности“ даннаго туберкулеза кишекъ или его железъ можетъ дать (и то не всегда) только патолого-анатомическое изслѣдованіе.

6. Для правильнаго сужденія о частотѣ первичнаго туберкулеза кишекъ гесп. брыжжечныхъ железъ наилучшій матеріалъ представляютъ случаи смерти отъ острыхъ инфекцій и несчастныхъ случаевъ (Heller); кромѣ того, здѣсь имѣютъ значеніе: возрастъ вскрываемыхъ, особая тщательность и техника при вскрытіи кишекъ

(соединенная методика Albrecht'a-Heller'a) и тщательное микроскопическое изслѣдованіе каждого случая (не ограничиваясь однимъ вскрытіемъ, а тѣмъ болѣе протоколомъ послѣдняго).

7. Рѣзкое различіе статистическихъ данныхъ относительно частоты первичнаго туберкулеза кишекъ гезр. брыжжеечныхъ железъ у разныхъ авторовъ покоится на многихъ причинахъ, какъ-то: мѣстное распространеніе жемчужной болѣзни рогатаго скота, обычай кипятить молоко, гигиеническія условія, характеръ изслѣдуемаго матеріала и, что особенно подчеркивается нами, способъ изслѣдованія этого матеріала (микроскопическое изслѣдованіе!).

8. Мѣсто перехода 12-перстной кишки въ тощую (у *risa duodeno-jejunalis*) является, повидимому, однимъ изъ пунктовъ предпочтительной локализациі для первичнаго туберкулеза кишекъ.

9. На этотъ пунктъ, какъ и на область надъ и подъ *v. Bauhinii* (ileo-coecal'ная область) надо обращать преимущественное вниманіе при массовыхъ больничныхъ вскрытіяхъ, затрудняющихъ детальное разсмотрѣніе всего кишечнаго тракта и прилежащихъ железъ.

10. Установленная опытами на животныхъ проходимость Коховскихъ бациллоу черезъ неповрежденную кишечную стѣнку подтверждается патолого-анатомическими данными, именно, случаями изолированнаго туберкулеза брыжжеечныхъ железъ.

11. Мѣстомъ начальной локализациі первичнаго туберкулеза кишекъ является солитарный фолликулъ.

12. Отъ солитарнаго фолликула первичный туберкулезъ кишекъ распространяется по лимфатическимъ сосудамъ къ серозной оболочкѣ и брыжжеечнымъ железамъ.

13. Всѣ слои и межслойные промежутки кишечной стѣнки могутъ въ одинаковой степени поражаться туберкулезомъ.

14. Первичный туберкулезъ кишекъ можетъ достигать самыхъ различныхъ степеней интензивности и развитія, отъ весьма слабыхъ, почти начальныхъ измѣненій до обширныхъ и глубокихъ деструкцій кишечника.

15. Соотвѣтственно этому и клиническія проявленія первичнаго туберкулеза кишекъ могутъ варіировать въ большихъ предѣлахъ: отъ полнаго отсутствія клиническихъ признаковъ до рѣзко выраженной клинической картины (поносы, боли въ животѣ, опухоли въ брюшной полости, явленія стеноза кишекъ, упадокъ силъ, истощеніе, вторичное малокровіе и пр.).

16. Первичный туберкулезъ кишекъ можетъ служить причиной смерти.

17. Первичный (изолированный) туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ встрѣчается чаще, чѣмъ первичный туберкулезъ кишекъ.

18. Туберкулезное пораженіе брыжжеечныхъ железъ (изолированное или послѣдовательное за пораженіемъ кишекъ) можетъ представить модификацію самыхъ разнообразныхъ измѣненій: отъ начальнаго образованія бугорковъ въ одиночныхъ железахъ, кончая сплошнымъ распаденіемъ всѣхъ, безъ исключенія, железъ.

19. Первичный (изолированный) туберкулезъ брыжжеечныхъ железъ обнаруживаетъ склонность оставаться мѣстнымъ и подвергаться обратному развитію.

20. Послѣдовательное за первичнымъ туберкулезомъ кишекъ пораженіе брыжжеечныхъ железъ стремится къ интензивному развитію и дальнѣйшему распространенію.

21. Есть основаніе думать, что кишечникъ мало воспримчивъ къ туберкулезному зараженію, вслѣдствіе чего для его анатомическаго пораженія требуется весьма сильная инфекция.

22. Слабая туберкулезная инфекция имѣетъ склонность проходить черезъ неповрежденную кишечную стѣнку и селиться въ брыжжеечныхъ железахъ и другихъ органахъ.

23. Первичный туберкулезъ кишекъ можетъ служить исходнымъ пунктомъ для общаго милиарнаго туберкулеза даже при слабой степени своего развитія.

24. Печень является мѣстомъ частаго развитія бугорковъ при первичномъ туберкулезѣ кишекъ гезр. брыжжеечныхъ железъ еще до генерализациі послѣдняго.

25. Въ организмѣ челоука возможно совмѣщеніе энтерогеннаго съ бронхогеннымъ зараженіемъ туберкулезомъ (одно- и одновременно).

26. Въ цѣляхъ профилактики отъ зараженія туберкулезомъ сохраняютъ значеніе всѣ санитарно-гигиеническія мѣропріятія въ отношеніе пищевыхъ и питьевогоу средствъ.

27. Желательны патолого-анатомическія и статистическія изслѣдованія относительно частоты первичнаго туберкулеза кишекъ гезр. брыжжеечныхъ железъ въ другихъ городахъ Россіи.

УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ.

- Абрикосовъ А. И. О первыхъ анатомическихъ измѣненіяхъ въ легкихъ при началѣ легочнаго туберкулеза. Диссерт. Москва. 1904.
- Albrecht. Zur Sektionstechnik. Frankf. Zeitschr. 1907. V. I. N. 3 и 4.
- Арбузовъ Б. М. О туберкулезныхъ суженіяхъ тонкой кишки. Русскій Хир. Архивъ. 1904.
- Arnold. Untersuchungen über Staubinhalation und Staubmetastase. Leipzig. 1885.
- Babes. Ueber den Ursprung und die Bekämpfung der Tuberkulose. Rumän Akademie der Wissenschaft. Sitzung vom 6 Februar 1904. Ref. Münch. med. Woch. 1904. № 27.
- Baginsky. Deutsche med. Woch. 1902. Vereinsbeilage, № 35. S. 270.
- Berl. kl. Woch. 1903. №№ 8 и 10.
- Berl. kl. Woch. 1904.
- Бархашъ П. Къ вопросу о первичной бугорчаткѣ кишекъ и брыжеечныхъ железъ. Медич. Обзор. 1905. № 10.
- Къ патологій бугорчатки желудка. Харьк. Мед. Журналъ. 1906. № 6.
- Barchasch P. Zur Pathologie der Magentuberkulose. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. 1907. Bd. VIII. N. 3.
- Bartel. Die Infektionswege bei der Fütterungstuberkulose. Wien. kl. Woch. 1904. S. 414.
- Wien. kl. Woch. 1905. № 7.
- Leitsätze zur Frage der Tuberkuloseentstehung. Wien. kl. Woch. 1907. № 38.
- Bartel u. Hartl. Zur Biologie des Perlsuchtbazillus. Wien. kl. W. 1907. № 36.
- Bartel. u. Spieler. Wien. kl. Woch. 1906. № 2.
- Baumgarten. Ueber die Uebertragbarkeit der Tuberkulose durch die Nahrung etc. Centralbl. f. klin. Med. 1884. № 2.
- Ueber das Verhältniss der käsigen Pneumonie zum miliaren Lungentuberkel. Deut. Arch. f. kl. M. 1902. Bd. 73.
- Behrens. Ueber primäre tuberkulöse Darminfection des Menschen. Berlin. 1894. Diss.-inaug.
- Behring. Ueber Lungenschwindsuchtentstehung und Tuberculosebekämpfung. Deutsch. med. Wochenschr. 1903. № 39.
- Tuberculoseentstehung, Tuberculosebekämpfung und Säuglingsernährung. Beiträge zur experimentellen Therapie. 1904. Heft. 8.
- Leitsätze, betreffend die Phtisogenese beim Menschen und bei Thieren. Berl. kl. Woch. 1904. № 4.

- Beitzke H. Ueber Häufigkeit und Infektionswege der Tuberkulose. Tuberculosis. 1906. № 4.
- Benda. Ueber acute Miliartuberkulose. Berl. kl. W. 1899. №№ 26, 27, 29.
- Bérard et Leriche. Des sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle chez l'enfant. Rev. de chir. T. 2. 1904.
- Бетлингъ Р. Къ учению объ плевоскопѣ А. Jousset. Сборн., посвящ. С. М. Лукьянову. 1905.
- Biedert. Die Tuberkulose des Darms und des lymphatischen Apparats. Jahrb. für Kinderheilk. Bd. 21. 1884.
- Biedert, Prof. und E. Biedert. Milchgenuss und Tuberculosesterblichkeit. Berl. kl. Woch. 1901. № 47.
- Блюменау М. Б. Объ острой бугорчатой (творожистой) пневмоніи. Врач. Газ. 1903 № 47.
- Boas. Диагностика и терапия болѣзней кишекъ. Переводъ подъ ред. проф. А. М. Левина 1901.
- Bollinger. Deutsch. Zeitschr. für Thiermedizin. Bd. I. S. 242. Bd. II. S. 138 u. 279.
- Bongert. Beiträge zur Lehre von der Entstehung der Tuberkulose. Deut. thierärztl. Woch. 15 Jahrgang №№ 28 и 29.
- Bonome. Ueber den alimentären Ursprung der Tuberkulose. Gazzetta degli osped. 1907, № 84. Münch. med. Woch. Ref. 1907. № 50.
- Bovaird. Primary intest. tuberculosis in children. Arch. of Pediatrics 1901. Vol. XVIII, № 12.
- Brauer. Centralbl. für innere Med. 1904. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. 76—78.
- Brüning H. Zur Lehre d. Tuberk. im Kindesalter, mit bes. Berücks. d. prim. Mes.-Darm. Tub. Brauers Klinik. d. Tub. Bd. III. H. 4. 1905.
- Calmette. Les voies de pénétration de l'infection tuberculeuse et la défense de l'organisme contre la tuberculose. Tuberculosis. 1906. №№ 8 et 10.
- Calmette et Guérin. Origine intestinale de la tuberculose pulmonaire. Ann. de l'Inst. Pasteur. 1905. № 10.
- Ibid. 1906. №№ 5 et 8.
- Calmette, Guérin et Delearde. Intestinaler Ursprung der tuberkulösen Tracheo-Bronchialdrüsenentzündungen. Académie des sciences. Sitzung vom 21 Mai 1906. Münch. med. Woch. 1906.
- Calmsohn. Beitr. zur Statistik d. Tuberkulose. Diss. Kiel. 1903.
- Carr I. The starting points of tuberculous disease in children. Lancet. 1894. May 12.
- Ciechanowski S. Pathologisch-anatomische Beobachtungen über primäre Darmtuberkulose. Wien. kl. Woch. 1907. № 37.
- Cohn M. Berlin. Die Lungenanthrakose und ihre Entstehung vom Darm aus. Berl. kl. Wochenschr. 1906. № 45.
- Cohnheim. Die Tuberkulose vom Standpunkte der Infektionslehre. Leipzig. 1880.
- Cornet. Die Entstehung der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der v. Behring'schen Lehre. Münch. med. Wochenschr. 1904. № 11.
- Die Tuberkulose. Zweite, vollständig umgearbeitete und im Umgang verdoppelte Auflage. Wien. 1907.

- Councilman, Mallory und Pearce. Diphtheria. Boston 1901 (по O. Pertik'y, Heller'y и др.).
- Coutts. British Med. Journal. Aug. 10. 1901.
- Damman. Ein Beitrag zur Frage der Beziehungen zwischen thierischer u. menschlicher Tuberkulose. Deut. thierärztl. Woch. 1904.
- Daх Robert. Ueber einen bisher noch nicht beobachteten Fall von solitärer Dünndarmtuberkulose nach traumatischer Stenose. Inaug.-Diss. München. 1905.
- Demme. Ein Fall primärer Darmtuberkulose. 17 Ibr. d. Jenner'schen Kinderspitals in Bern im Jahre 1879. S. 27. Bern. 1880. Dalpsch. Buchh.
- Deuske. Выводы относительно заболеваемости бугорчаткой в Турци на основании 5-ти лѣтних наблюдений в больницѣ Гюль-хане. Книга Rieder'a-наши „Für die Türkei“. Реф. Русскій Врачъ 1905. № 42.
- Dobroklonski. De la pénétration des bacilles tuberculeux dans l'organisme à travers la muqueuse intestinale etc. Arch. de méd. expér. et d'anatomie pathol. 1890. Больничная Газета Боткина, 1890.
- Dungern. Münch. med. Woch. 1906. № 1. Реф. Русскій Врачъ 1906. № 6.
- Dürck H. Atlas und Grundriss der speziellen pathologischen Histologie.
- Fibiger I. und Jensen C. Uebertragung der Tuberkulose des Menschen auf das Rind. Berl. kl. Wochenschr. 1902. № 38. 1904. № 6 u. 7.
- Ueber die Bedeutung der Milchinfektion für die Entstehung der primären Intestinaltuberkulose im Kindesalter. Ibidem. 1907. № 4 u. 5.
- Fischer Bernhard. Die Eintrittspforten der Tuberkulose. Münch. med. Woch. 1904. № 34.
- Fleiner W. Durchfall, Darmkatarrh und Darmtuberculose. Die deutsche Klinik am Eingange des XX Jahrh. V Band. 1905.
- Flügge. Die Infektionswege bei Tuberkulose. Tuberculosis. 1906. № 8, 10, 11.
- Fränkel A. u. Troje. Ueber d. pneumonische Form d. acut. Lungentuberculose. Zeitschr. f. kl. Med. 1894. B. XXIV, H. 1—4.
- Friedmann F. Ueber die Bedeutung der Gaumentonsillen von jungen Kindern als Eingangspforte für die tuberculöse Infection. Deut. med. Woch. 1900. № 24.
- Fürst Livius. Die intestinale Tuberkulose-Infection mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. Stuttgart. 1905.
- Eber A. Zwei Fälle von erfolgreicher Uebertragung tuberculösen Materials von an Lungenphtise gestorbenen erwachsenen Menschen auf das Rind. Deut. m. Woch. 1907. № 10.
- Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. 1905. Bd. 3. H. 4 u. 1906. Bd. 5. H. 3.
- Centralblatt für Bakteriologie. Ref. Bd. 38. № 15 u. 16.
- Edens. Ueber die Häufigkeit der primären Darmtuberkulose in Berlin. Münch. med. Woch. 1905. № 48 u. 49.
- Ueber primäre und secundäre Tuberkulose des Menschen. Ibidem. 1907. № 7.
- Eisenhart. Ueber Häufigkeit und Vorkommen von der Darmtuberkulose. Diss.-inaug. München. 1891.

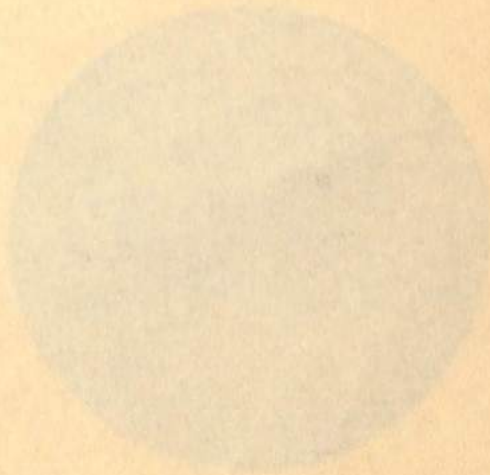
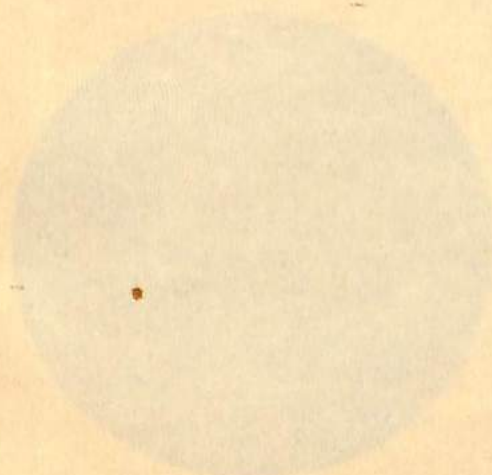
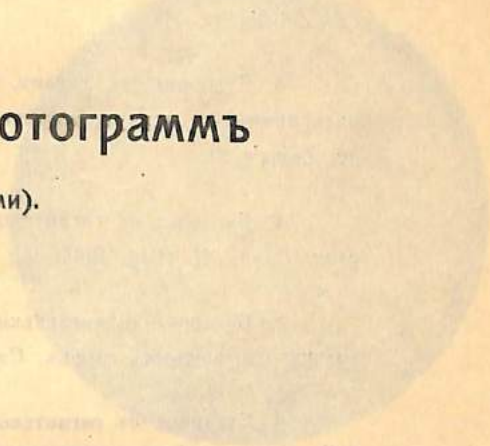
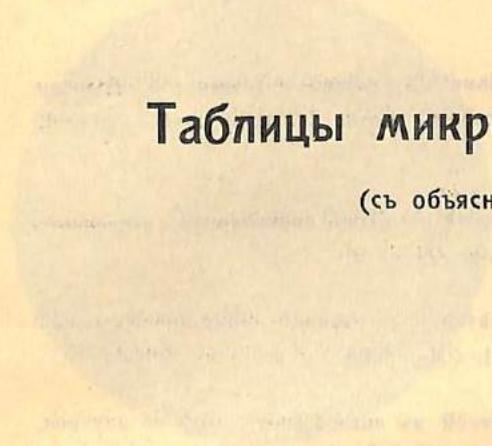
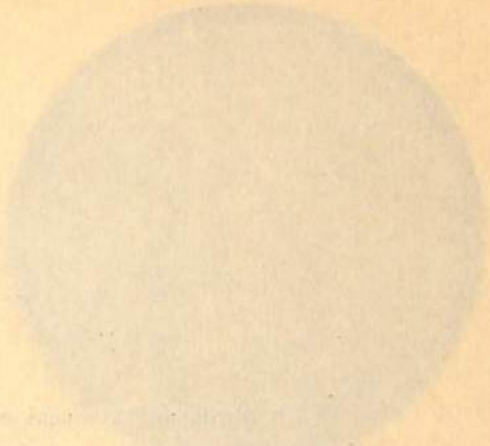
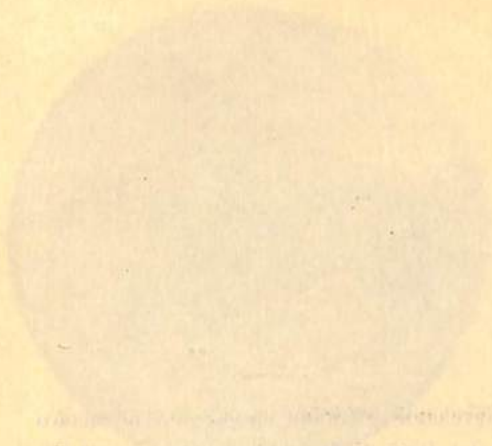
- Энгельне Н. Къ вопросу о частотѣ бугорчатки у дѣтей грудного возраста. Слб. 1892. Дисс.
- Эрдманъ Р. Р. Къ вопросу о зараженіи организма бугорчаткою черезъ кишечникъ. Русскій Врачъ 1907. № 41.
- Eulenburg. Real-Encyclopädie: Tuberkulose.
- Ganghofner. Zur Frage der Fütterungstuberkulose. Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. 37. 1903. H. 5 u. 6.
- Жебровскій Э. А. Къ вопросу объ изслѣдованіи плевритическихъ выпотовъ на бугорчатков. палочки. Русскій Врачъ. 1905. № 18.
- Gessner W. Ist v. Behrings Tuberculose theorie vom bakteriologischen Standpunkt aus begründet? Centralbl. für innere Medizin. 1904. № 36. Ref. Münch. med. Woch. 1904. № 38.
- Girode. Contribution à l'étude de l'intestin des tuberculeux. Thèse. Paris. 1888.
- Goering. Die Verbreitung der Tuberkulose des Rindes in Bayern. Deutsch. Zeitschr. f. Thiermedizin. Bd. VI. S. 142 u. 290.
- Gravitz P. Die Eintrittspforten der Tuberkelbacillen und ihre Localisation beim Menschen. Deutsch. med. Woch. 1901. № 41.
- Grober. Die Infektionswege der Pleura. Deut. Arch. f. klin. Medizin. 1900. T. LXVIII.
- Grosser K. Ein Fall von primärer Darmtuberkulose. In.-Diss. Tübingen. 1900.
- Hamburger F. Zur Kenntnis der Tuberkuloseinfection im Kindesalter. Wien. kl. Woch. 1907. № 36.
- Hammer. Erfahrungen über die Infection bei der Tuberkulose. Zeitschr. f. Heilkunde. Bd. 21. 1900. H. 4.
- Hansemann. Ueber Fütterungstuberkulose. Berl. kl. Woch. 1903. № 7 u. 8.
- Harbitz Francis. Untersuchungen über die Häufigkeit, Localisation und Ausbreitungsweise der Tuberkulose. Videnskabselskabets Skrifter. Christiania. Ref. Münch. med. Woch. 1905. № 28.
- Heller. Kleine Beiträge zur Tuberkulose-Frage. Münch. med. Woch. 1902. № 15.
- Ueber die Tuberkuloseinfection durch den Verdauungskanal. Deutsch. med. Woch. 1902. № 39.
- Mittheilungen f. den Verein Schleswig-Holstein. Aerzte. 1903. № 1.
- Beiträge zur Tuberkulose-Frage. Berl. kl. Woch. 1904. № 20.
- Helmberger A. u. Martina A. Experimentelle Untersuchungen über die Durchgängigkeit des Darmes für Bakterien. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 74. 1904.
- Henke F. Beiträge zur Frage der primären Darmtuberkulose. Ref. Centralbl. f. allg. Path. u. path. An. 1906. № 21.
- Herterich. Fütterungstuberkulose beim Menschen. Münch. ärztl. Intelligenzbl. 1883. № 26.
- Hermsdorf. Ueber primäre Intestinaltuberkulose, wahrscheinlich durch Nahrungsinfektion bedingt. In.-Diss. München. 1889.
- Hof. Ueber primäre Darmtuberkulose nach r. 15000 Sektionen. In.-Diss. Kiel. 1903.

- Hunter William. Ueber primäre Darmtuberkulose bei Kindern. Brit. med. Journ. 14 Mai 1904. Ref. Münch. med. Woch. 1904. № 31.
- Ipsen I. Untersuchungen über primäre Tuberkulose im Verdauungskanal. Berl. kl. Woch. 1906. № 24.
- Ito. Untersuchungen über die im Rachen befindlichen Eingangspforten der Tuberkulose. Berl. kl. Woch. 1903. № 2.
- Ueber primäre Darm- und Gaumentonsillentuberkulose. Berl. kl. Woch. 1904. № 2.
- Kaufmann E. Lehrbuch d. speciellen path. An. 1907.
- Kimla R. Cystitis caseosa. Virch. Arch. Bd. 186, H. 1.
- Kingsford. Tuberculosis of the tonsils in children. Lancet, 1904. Jan. 9. Ref. Centralbl. 1904, XV. Bd. 18.
- Klebs. Handbuch d. path. Anatomie. Bd. 1, S. 841.
- Klebs u. Rievel. Ist Perlsucht u. menschliche Tuberkulose identisch oder nicht? Deutsch. thierärztl. Woch. 1902, 3.
- Kleefisch K. Fälle von primärer Tuberkulose des Verdauungstractus. In.-Diss. 1906, Greifswald.
- Kleine. Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskrankh. Bd. 52, H. 3.
- Klimenko. Beitrag zur Frage über die Durchgängigkeit der Darmwand f. Microorganismen bei physiol. Verhältn. Zeitsch. f. Hygiene. Bd. 48, 1904, H. 1.
- Köhler. Ueber den Stand der Frage von der Uebertragbarkeit der Rindertuberkulose auf den Menschen. Deut. med. Woch. 1902. № 45.
- Koch R. Die Aetiologie der Tuberkulose. Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. 1884. A. Hirschwald.
- Die Bekämpfung der Tuberkulose unter Berücksichtigung der Erfahrungen, welche bei der erfolgreichen Bekämpfung anderer Infectionskrankheiten gemacht sind. Deutsch. med. Woch. 1901. № 33.
- Uebertragbarkeit der Rindertuberkulose auf den Menschen. Deutsche med. Woch. 1902. № 48.
- Koch u. Schütz. Menschl. Tuberk. u. Rindertuberk. Vortrag. Berlin. Arch. f. Thierheilk. 1902.
- Kossel. Ueber die Tuberkulose im frühen Kindesalter. Zeitschr. f. Hygiene. Bd. 21, 1896.
- Vergleichende Untersuchungen über menschl. Tuberk. Zeitsch. f. Tuberk. Bd. VIII. H. 6. 1906.
- Kossel u. Weber. Zeitschr. f. Tuberkulose, Heilstättenwesen. Bd. VII, H. 6. 1905.
- Larrier-Nattan. Tuberculose primitive du coecum. Bulletins et mémoires de la société anatomique de Paris. 1903. № 10.
- Lartigan A. I. Hyperplastic tuberculosis of the intestine. Proceedings of the New-York pathologische Society. 1899—1900—1901 pag. 183—192 (по O. Pertik'y).
- Lubarsch. Ueber den Infectionsmodus bei der Tuberkulose. Fortschr. der Medicin. 1904. № 16 u. 17.
- Мари Н. Н. Основы патолого-анатомической диагностики для ветеринарных врачей и студентовъ. Варшава, 1900.
- О единствѣ бугорчатки человека и животныхъ. Рѣчь. Извѣстія Импер. В.-М. Академіи. 1904. I.

- Martius F. Die Vererbarkeit des constitutionellen Factors der Tuberkulose. Berl. kl. Woch. 1901. № 45.
- Marfels u. Moleschott. Der Uebergang kleiner fester Teilchen aus dem Darmkanal in den Milchsaft und das Blut. Wien. med. Woch. 1854, 52.
- Мильманъ М. С. Отчетъ провекторскаго кабинета Балаханской больницы за 1905 г. Баку, 1907.
- Moeller A. Zur Frage der Uebertragbarkeit der Menschentuberkulose auf Rinder und Ziegen. Deut. med. Woch. 1902. № 40.
- Monti. Tuberkulose. Kinderheilkunde. 1899, H. 9.
- Медовиковъ П. С. Иноскопія плейритическаго выпота. Русскій Врачъ. 1904. № 42.
- Meissner G. Ueber primäre isolierte Bauchfelltuberkulose. Arb. a. d. path. Inst. Tübingen, Bd. 4, 1903, Heft 2, S. 161.
- Nägeli. Ueber Häufigkeit, Localis. u. Heilung der Tuberk. Virch. Arch. Bd. 160.
- Назаровъ Н. С. Современное состояніе вопроса о частотѣ первичной бугорчатки кишечника у дѣтей. Русскій Врачъ, 1907. № 31.
- Neupert. Inaug.-Diss. Berlin, 1896.
- Nebelthau E. Beiträge zur Entstehung der Tuberkulose vom Darm aus. Klin. Jahrb. XI Bd. 4 Heft. 1903.
- Nicolas u. Descos. Zentralbl. für Bacteriol. 1903. Bd. 32.
- Oesterlen. Ueber den Eintritt von Kohle und anderen unlöslichen Stoffen vom Darmkanal aus in die Blutmass. Zeitschr. f. rat. Med. 1846. Bd. 5, 28.
- Orth J. Ueber käsige Pneumonie. Virch. Festschrift. 1891.
- Ueber einige Zeit und Streitfragen aus dem Gebiete der Tuberkulose. Berl. kl. Woch. 1902. №№ 30 u. 31. 1904. №№ 11 u. 13.
- Virch. Arch. Bd. 186, H. 1, 1906.
- Zur Statistik der primären Darmtuberkulose. Berl. kl. W. 1907. № 8. Ostertag. Handbuch der Fleischbeschau. 1899. S. 646.
- Paffenholz. Centralbl. für allgemeine Gesundheitspflege. 1904. 23 Jahrg. S. 341.
- Pässler H. Ueber akute Darmtuberkulose unter dem Bilde einer schweren allgemeinen Infectionskrankheit. Münch. med. Wochenschr. 1906. № 43.
- Павловскій А. Д. Къ вопросу о зараженіи организма общей бугорчаткой (легкихъ) изъ подкожной клетчатки, изъ крови и главнымъ образомъ изъ кишечника. Русскій Врачъ 1907. №№ 14 и 15.
- Pertik O. Pathologie der Tuberkulose. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und path. Anatomie des Menschen und der Thiere. 1904.
- Pizzini. Zeitschr. f. klin. Med. 1902. S. 329.
- Пожарскій И. Ф. О такъ называемомъ первичномъ туберкулезѣ поджелудочной железы. Труды IX Пироговскаго съѣзда. Томъ I, отд. VI.
- Prinzling. Die Verbreitung der Tuberkulose in den europäischen Staaten. Zeitschr. f. Hygiene u. Inf. Bd. 46. 1904. Heft. 3.
- Rabinowitsch Lydia. Die Beziehungen der menschlichen Tuberkulose zu der Perlsucht des Rindes. Berl. kl. Woch. 1906. № 24.
- Ribbert. Ueber die Genese der Lungentuberkulose. Deut. med. Woch. 1902. № 17.
- Deutsch. med. Woch. 1903. №№ 47 u. 48.

- Ribbert. Руководство частной пат. анатомии. Пер. проф. В. И. Афанасьева. Изд. 1904.
- Ueber gleichzeitige primäre tuberculöse Infection durch Darm und Lunge. Deutsch. med. Woch. 1904. № 28.
- Ueber primäre Tuberkulose und über die Anthrakose der Lungen und Bronchialdrüsen. Deutsch. med. Woch. 1906. № 40.
- Rousseff M. Des rapports, qui existent entre la tuberculose intestinale et les altérations stomacales dans la tuberculose pulmonaire. Thèse de Genève. 1890.
- Ручинский Б. П. Къ вопросу объ этиологии серозно-фибринозныхъ плевритовъ. Изъ лаборатории проф. И. И. Мечникова въ Institut'ъ Pasteur'a. Врач. Газ. 1905. № 38.
- Schindler. Kasuistischer Beitrag zur Frage der Uebertragung von Rindertuberkulose auf den Menschen. Prag. med. Woch. 1903. № 52.
- Schlenker E. Ueber die Häufigkeit tuberc. Veränderungen in menschl. Leichen. Virch. Arch. Bd. 134, 1893.
- Schlutter R. Die Anlage zur Tuberkulose. 1905.
- Schmorl. Zur Frage der Genese der Lungentuberkulose. Münch. med. Woch. 1902. №№ 33, 34.
- u. Geipel. Ueber die Tuberkulose der menschlichen Plazenta. Münch. med. Woch. 1904. № 38.
- Schlossmann A. u. Engel. Deutsch. med. Woch. 1906. № 27.
- Шоръ Г. В. Материалы къ вопросу о бугорчаткѣ въ детскомъ возрастѣ. Врачебная Газета 1904. №№ 43, 44, 45, 46.
- Schottelius Max. Zur Kritik der Tuberkulosefrage. Virch. Archiv. Bd. XCI. S. 129.
- Schultze H. Walter. Giebt es einen intestinalen Ursprung der Lungenanthrakose? Zeitschr. f. Tuberkulose. Bd. IX. H. 5. 1906.
- Spatuzzi. Tuberculose in Neapel, Kongress gegen die Tuberculose zu Neapel. 1900. (По Pertik'y).
- Spengler. Zur v. Behring'schen Schwindsuchtentstehung. Berl. kl. W. 1904. № 11.
- Spronck. Die Infectionswege der Tuberkulose. Tuberkulosis. 1906. № 8 u. 10.
- Strassner Horst. Zur Frage der Entstehung der Lungentuberkulose. Münch. med. Woch. 1907. № 36.
- Sukiennikow W. Topographische Anatomie der bronchialen und trachealen Lymphdrüsen. Berl. kl. Woch. 1903. №№ 14, 15, 16.
- Tangl. Ziegler's Centralbl. 1890. Bd. I.
- Чичкинъ А. В. Пищеварительный каналъ въ бактериологич. отношеніи. Дисс. Москва 1907.
- Tchistovitch N. Contribution à l'étude de la tuberculose intestinale chez l'homme. Annales de l'Institut Pasteur. 1889. Mai.
- Tendeloo N. Münch. med. Woch. 1904. № 35.
- Aëro-lymphogene Lungentuberkulose. Münch. med. Woch. 1907. № 3.
- Uffenheimer A. Ueber das Verhalten der Tuberkelbacillen an der Eingangspforte der Infection. Berl. kl. Woch. 1906. № 14.
- Echte primäre Perlsucht des Bauchfells beim Kinde. Münch. med. Woch. 1905. № 29.

- Uffenheimer A. Die Durchgängigkeit des Magendarmkanales neugeborener Thiere für Bakterien und genuine Eiweissstoffe. Münch. med. Woch. 1905. № 32.
- Vansteenberghet et Grysez. Sur l'origine intestinale de l'antracose pulmonaire. Ann. de l'Inst. Pasteur. 1905. № 12.
- Virchow. Ueber Menschen- und Rindertuberkulose. Berl. kl. Woch. 1901. № 31.
- Wagener O. Ueber primäre Tuberkuloseinfection durch den Darm. Münch. med. Woch. 1903. №№ 47 u. 48.
- Ueber die Häufigkeit der primären Darmtuberkulose in Berlin. Berl. kl. Woch. 1905. № 5.
- Weber A. Die Infection des Menschen mit den Tuberkelbacillen des Rindes (Perlsuchtbacillen). Deut. med. W. 1906. № 49.
- Bemerkungen zu der vorstehenden Arbeit von Eber. Deut. med. Woch. 1907. № 10.
- Ueber einen Fall von primärer Mundtuberkulose durch Infection mit Perlsuchtbazillen. Münch. med. Woch. 1907. № 36.
- Wassermann. Beiträge z. Kenntniss der Infectionswege b. Tuberkulose. Berl. kl. W. 1904. № 48.
- Weichselbaum A. Ueber die Infectionswege der menschlichen Tuberkulose. Wien. klin. Wochenschr. 1907. № 38. Festnummer aus Anlass d. VI Internationalen Tuberkulose-Konferenz in Wien.
- u. I. Bartel. Zur Frage der Latenz der Tuberkulose. Wien. kl. Woch. 1905. № 10.
- Weleminsky. Zur Pathogenese der Lungentuberkulose. Berl. kl. Woch. 1903. № 37; ibidem 1905. № 24; 1905. №№ 31 u. 32.
- Westenhoeffer. Ueber die Wege der tuberculösen Infection im kindlichen Körper. Berl. kl. W. 1904. №№ 7 u. 8.
- Wolff. Perlsucht u. menschliche Tuberkulose. Deutsch. med. Woch. 1902. № 32.
- Ueber das Wesen der Tuberkulose auf Grund der neueren Forschungen und klinischen Erfahrungen. Münch. med. Woch. 1904. № 34.
- Woodhead. Tuberculosis and Tabes mesenterica. The Lancet. 1888. July 21, p. 99.
- Высоковичъ В. К. Къ вопросу объ этиологии творожистой пневмоніи. Сборникъ въ память проф. В. П. Крылова. Харьковъ. 1907.
- Wyss. Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte. 1893. № 22. Zur Casuistik der primären Darmtuberkulose im Kindesalter.
- Zahn. Zusammenstellung der Münch. med. Woch. 1902. № 2.
- Ziegler E. Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. Jena 1905.
- Zinn. Münch. med. Woch. 1895.



Таблицы микрофотограммъ

(съ объясненіями).

1. Миліарный бугорокъ съ гигантскими клѣтками на мѣстѣ солитарнаго фолликула у дна язвы, проникающій въ подслизистую оболочку. Случай XI. (Obj. Seib. $\frac{1}{4}$; proj. oc. Zeiss'a 2).

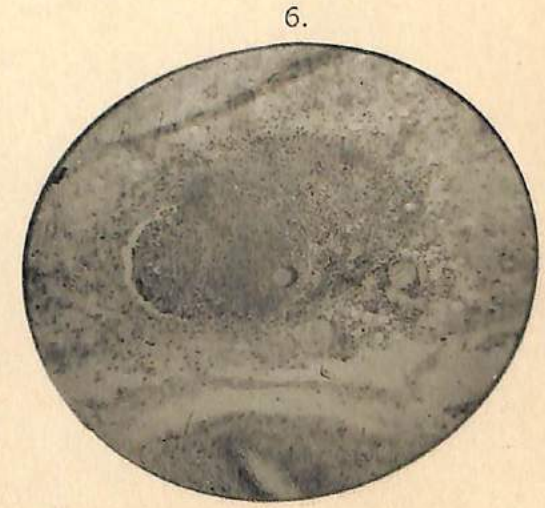
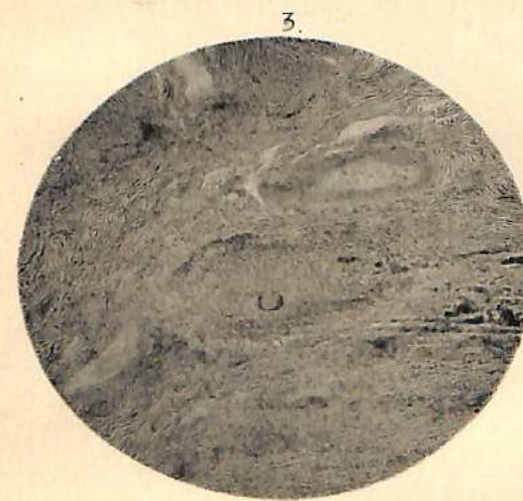
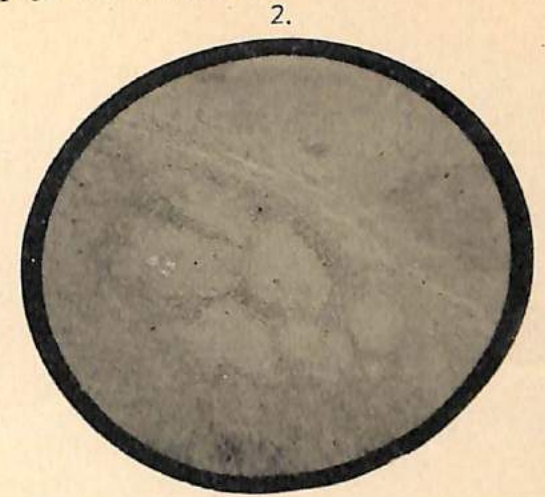
2. Группа мельчайшихъ эпителиодныхъ бугорковъ внутри скопленія лимфоидныхъ элементовъ въ подслизистой об. Случ. X. (Obj. Seib. $\frac{1}{4}$; proj. oc. Zeiss'a 2).

3. Бугорокъ съ гигант. клѣтками въ глубинѣ подслизистой оболочки на границѣ съ циркул. мышечнымъ слоемъ. Случ. XI. (Obj. Seib. $\frac{1}{8}$; proj. oc. Zeiss'a 2).

4. Бугорокъ съ гигантской клѣткой въ толщѣ циркулярнаго мышечнаго слоя. Случ. XI. (Obj. Seib. $\frac{1}{8}$; proj. oc. Zeiss'a 2).

5. Бугорокъ съ гигантскими клѣтками на границѣ циркулярнаго и продольнаго мышечныхъ слоевъ. Случ. XI. (Obj. Seib. $\frac{1}{8}$; proj. oc. Zeiss'a 2).

6. Бугорокъ съ гигантской клѣткой въ подсерозномъ слое въ внутренней стѣнкѣ лимфатическаго сосуда. Случ. XI. (Obj. Seib. $\frac{1}{8}$; proj. oc. Zeiss'a 2).



7. Одиночные бугорки съ гигантскими клѣтками посреди неизмѣненной ткани брыжжеечной железы. Случ. VII. (Obj. Reich. 3; proj. oc. Zeiss'a 2).

8. Слившіеся казеозно-перерожденные бугорки съ гигант. клѣтками въ брыжжеечной железн. Случ. VII. (Obj. Reich. 4b; proj. oc. Zeiss'a 2).

9. Фиброзное превращеніе брыжжеечной железы туберкулезнаго характера. Въ фиброзной ткани отдѣльныя гигант. клѣтки. Случ. XVIII. (Obj. Seib. $\frac{1}{4}$; proj. oc. Zeiss'a 2).

10. Склерозъ и гиалиновое перерожденіе брыжжеечной жел. съ гиганто-клеточными бугорками и отдѣльными гиг. клѣтками. Случ. IX. (Object. Reich. 3; proj. oc. Zeiss'a 2).

11. Бугорокъ съ гиг. клѣткой между 2-мя омѣлоторенными казеозными очагами въ брыжжеечной жел. Случ. XIII. (Obj. Seib. 1; proj. oc. Zeiss'a 2).

12. Образованная метаплазическимъ путемъ костная ткань въ пораженной туберкулезомъ брыжжеечной жел. Случ. XIII. (Obj. Seib. $\frac{1}{4}$; proj. oc. Zeiss'a 2).

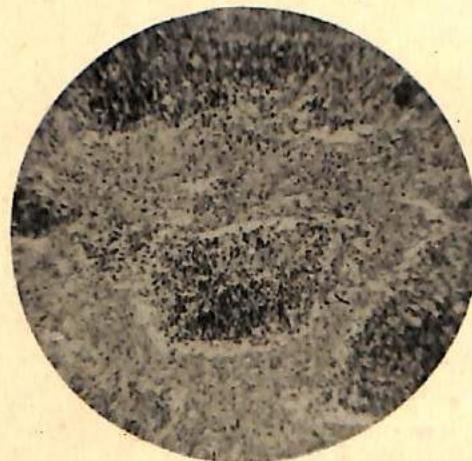
7.



8.



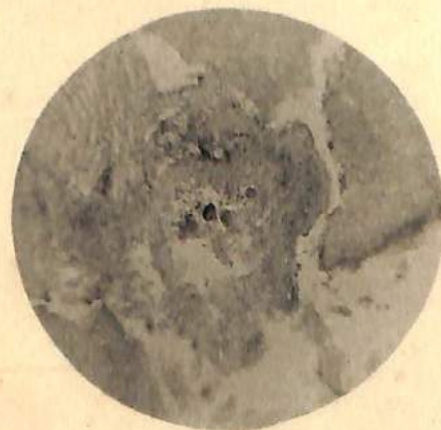
9.



10.



11.



12.



Замѣченныя опечатки, искажающія смыслъ.

Стран.:	Строка:	Напечатано:	Надо читать:
2	7 сверху	60 ⁰ / ₀	70 ⁰ / ₀
7	17 сверху	патологической	заключительной
7	26 сверху	самоопредѣленіе	само опредѣленіе
79	16 сверху	прободенія	прободеніе
101	9 сверху	отражался	мало отражался
107	10 снизу	IX	VIII
166	1 снизу	микроскопическаго	макроскопическаго
