

57420.

Отдѣльный оттискъ изъ сборника въ память Э. Г. Салищева.

ПРОВЕРЕНО
1958 г.

1901

Къ казуистикѣ туберкулезнаго пораженія желудка и пищевода.

*Изъ патологоанатомическаго института Томскаго Универ-
ситета. Лабораторія проф. О. И. Романова.*



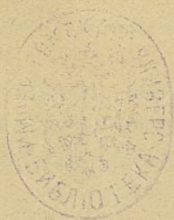
В. П. Миролубовъ.

ТОМСКЪ.

Товарищество Скоропечатни А. А. Левенсонъ.
1904.

616.33 + 616.329

57420.



Къ казуистикѣ туберкулезнаго пораженія желудка и пищевода.

Изъ патологоанатомическаго института Томскаго Университета.
Лабораторія проф. О. И. Романова.

В. П. МИРОЛЮБОВЪ.

Туберкулезное поражение желудка и пищевода составляетъ очень рѣдкое явленіе въ патологіи¹⁾. Въ литературѣ, по Соне, описано 48 случаевъ туберкулеза пищевода²⁾, случаевъ туберкулезнаго заболѣванія желудка мнѣ извѣстно 26³⁾. Изъ 1463 вскрытій, произведенныхъ въ патологоанатомическомъ институтѣ Томскаго Университета до іюля 1903 г., туберку-

¹⁾ См. D-r E. Ziegler. Lehrb. d. spec. patholog. Anatomie. 1898, Jena. Bd. II, s. 503 u. 514. См. еще Spec. Patholog. u. Therapie herausgegeben. von Nothnagel. Bd. XIV. III. Theil. s. 91-94. 1900. Первичный туберкулезъ пищевода и желудка, по авторамъ, цитируемымъ въ изданіи Nothnagel'я, никогда не наблюдался. Рѣдкость вторичнаго пораженія этихъ органовъ объясняютъ совокупностью нѣсколькихъ причинъ. Развитие язвъ на слизистой пищеварительнаго тракта происходитъ обыкновенно вслѣдствіе зараженія туберкулезомъ при соприкосновеніи слизистой оболочки съ проглатываемой мокротой. Но въ пищеводѣ это соприкосновеніе бываетъ почти всегда кратковременно, ибо тамъ очень часто мокрота увлекается проходящей пищей. Поэтому эпителий вполне успѣшно противостоитъ заразу. Это обстоятельство имѣетъ значеніе и для желудка, но тамъ присоединяется еще вліяніе желудочнаго сока, рѣзко ослабляющаго жизнеспособность туберкулезныхъ бациллъ. По этому соприкосновеніе съ туберкулезной мокротой можетъ быть заразительно для пищевода и желудка лишь въ исключительныхъ случаяхъ, каковы напр: нарушение цѣлости эпителиальнаго покрова, или ослабленіе его противодѣйствія заразу, ослабленіе вредности желудочнаго сока для бациллъ. Эти положенія подтверждаются фактами. Напр., при отравленіи ѣдкимъ кали (нарушеніе цѣлости эпителия) Вгеиs наблюдалъ у фтизика многочисленныя туберкулезныя язвы глотки, пищевода, желудка и кишекъ. У 45 л. женщины съ чахоткой легкихъ слизистая пищевода была покрыта пленкой соор. По снятіи пленки на слизистой до cardia были обнаружены многочисленныя язвы и милиарныя бугорки (Erpinger). То же замѣчено и при ракѣ пищевода. (Perregr и Edsall) наблюдали обратныя отношенія: сначала туберкулезъ, а потомъ ракъ). При туберкулезныхъ язвахъ въ желудкѣ сравнительно нерѣдко наблюдается хроническій катарръ. По мнѣнію Przewoski катарръ благоприятствуетъ зараженію тѣмъ, что при немъ ослабѣваетъ антисептическое свойство желудочнаго сока (а съ другой стороны, образуются эрозіи. Авт.). Тотъ же авторъ въ числѣ обстоятельствъ, благоприятныхъ для зараженія слизистой желудка, указываетъ 1) на продолжительность легочной чахотки, когда въ желудокъ постоянно поступаетъ туберкулезная мокрота; 2) на продолжительность пребыванія мокроты въ желудкѣ (напр., при ослабленіи двигательной способности, что, какъ извѣстно, бываетъ при хроническихъ катаррахъ желудка. Авт.); 3) на большое количество лимфатическихъ фолликуловъ въ желудкѣ (какъ показываетъ, вопреки обычному представленію, работа Добровольскаго), расположеніе которыхъ у pylorus'a и cardia совпадаетъ съ наиболѣе часто наблюдаемыми мѣстами язвъ. (Раб. Przewoski цит. ниже). Существуютъ мнѣнія (довольно противорѣчивыя) объ относительно частотѣ (22%) нахожденіи туберкулезныхъ бациллъ въ круглой язвѣ желудка (см. у Nothnagel'я).

²⁾ См. Врачи 1897 г. стр. 1452, рефер. № 1487.

³⁾ 21 случай собралъ въ литературѣ Letorey въ 1895 г. (см. у Nothnagel'я), 5 случаевъ описаны въ послѣднее время у E. Przewoski въ его работѣ Gastritis tuberculosa. Virchow Archiv. Bd. 167, Heft. 3., s. 424.

лезное поражение желудка наблюдалось только въ трехъ случаяхъ, изъ которыхъ одинъ комбинировался съ туберкулезомъ пищевода.

Въ виду такой рѣдкости заболѣванія я считаю нелишнимъ сообщить объ этихъ случаяхъ, тѣмъ болѣе, что здѣсь имѣются нѣкоторыя особенности, не отмѣченные въ извѣстной мнѣ литературѣ.

Черкесъ Г. 28 лѣтъ. Въ дѣтствѣ былъ здоровъ. Въ Томскѣ прибылъ будучи 25-ти лѣтъ. Вскорѣ послѣ того у него появилась боль въ подложечной области и подреберьяхъ, значительно облегчившаяся послѣ лѣченія. Настоящее заболѣваніе началось 5 мѣсяцевъ назадъ такою-же болью; тогда же появился поносъ (до 5 очень жидкихъ испражнений въ сутки) и кашель, усиливавшійся по ночамъ. 19 іюля 1902 г. Г. поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе больницы.

St. praes. Умѣренное питаніе. Въ подключичныхъ впадинахъ притупленіе и выдохъ съ бронхіальнымъ оттѣнкомъ. Боль подъ ложечкой и въ области подреберій. Поносъ. 20 VІІІ: Тупо на обѣихъ верхушкахъ, мелкіе хрипы и бронхіальное дыханіе. Поносъ постоянный, сильное истощеніе. 1. IX: Отекъ ступней, голеней и лица. Тоны сердца глухи. Далѣе—нарастающій упадокъ силъ и смерть 2. X.

На вскрытіи¹⁾, произведенномъ проф. *О. И. Романовымъ*, оказалось слѣдующее. Содержимое черепа и сердце ничего особеннаго не представляютъ. Въ полости сердечной сорочки около 350 к. с. серозной жидкости. Правое легкое сращено съ грудной стѣнкой въ области верхушки и на ограниченномъ мѣстѣ съ діафрагмой. Лѣвое легкое свободно. Ткань легкихъ большею частью проходима для воздуха и содержитъ узловатые уплотненія, которыя состоятъ изъ скопленій творожистыхъ узелковъ, заложенныхъ въ фиброзно-плотной ткани. Вѣсъ праваго легкаго 580 gm., лѣваго—570 gm. Лимфатическіе узлы около трахеи и особенно около бронховъ увеличены, нѣкоторые—до голубиного яйца; на разрѣзѣ въ нихъ видны мелкія и крупныя творожистыя гнѣзда, какъ плотныя, такъ и слегка размягченныя.

На слизистой пищевода спереди—двѣ язвы; одна лежитъ на 12, другая на 15 см. ниже верхняго края гортани. Верхняя язва щелевидной формы, до 2 см. длины и до 5 millim. ширины, нижняя же—круглая, до 2 см. въ діаметрѣ. Края язвъ гладки, подрыты, обѣ онѣ прободаютъ стѣнку пищевода, такъ что дно ихъ лежитъ въ окружающей пищеводъ клетчаткѣ. Въ ближайшей окружности язвъ и болѣе отдаленно въ слизистой оболочкѣ пищевода находятся мелкіе сѣрые и сѣрожелтые узелки и болѣе крупныя творожистыя бляшки до мелкой горошины величиной. Слизистая пищевода въ области язвъ и ниже слегка аспидно пигментирована. Нижняя, большая язва сообщается съ полостью неправильнаго очертанія, немного менѣе куриного яйца величиной. Эта полость лежитъ книзу, между передней стѣнкой пищевода и задней

1) № протокола 1334-й.

стѣнкой лѣваго бронха. Въ стѣнкѣ этого бронха видно небольшое щелевидное отверстіе, тоже ведущее въ описанную полость. Кромѣ пищевода и лѣваго бронха полость сообщалась еще съ кровеноснымъ сосудомъ, около $1\frac{1}{2}$ —2 м. м. въ діаметрѣ, лежащимъ подъ бифуркаціей и впадающимъ, повидимому, въ лѣвое предсердіе¹⁾. Содержимое полости состояло изъ сѣровато-бѣлесоватой аморфной массы.

Желудокъ растянутъ, содержитъ около 2 фунтовъ кровянистой массы, частію свернувшейся въ рыхлые свертки. Слизистая желудка кровянокраснаго цвѣта, слегка набухла. По малой кривизнѣ, а такъ-же на передней и задней стѣнкахъ ея видны желтые узелки и болѣе 30 язвъ. Тѣ и другія густо расположены ближе къ пищеводу. Узелки отъ самыхъ мелкихъ достигали величины коноплянаго зерна и болѣе. Язвы болѣею частію правильно круглой формы, отъ немногихъ миллиметровъ до 2—3 сантиметровъ въ діаметрѣ. Края язвъ слегка инфильтрированы, желтоватаго цвѣта, дно чистое и образовано частію подслизистымъ, частію мышечнымъ слоемъ. Въ днѣ нѣкоторыхъ язвъ замѣтны желтые узелки. Наиболѣе крупная язва сидитъ на малой кривизнѣ вблизи пищевода, дно ея неровное, края ея какъ бы изъѣдены, неправильны, слизистая подрыта, мѣстами тянется въ видѣ мостиковъ по дну язвы. На мѣстѣ этой язвы желудокъ очень прочно сращенъ съ прилежащей частію печени довольно толстымъ слоемъ фиброзной ткани. На протяженіи сращенія видна довольно крупная полость съ неправильными, частію аспидными, частію желтоватыми стѣнками. Въ одной изъ стѣнокъ торчатъ два рядомъ сидящіе узла, въ состояніи творожистаго распада, величиной съ вишню каждый. Многіе изъ лимфатическихъ узловъ по малой кривизнѣ желудка и возлѣ верхняго конца брюшной аорты сильно увеличены и творожисто измѣнены.

Въ верхнемъ отдѣлѣ duodeni имѣются 3—4 щелевидныхъ язвочки, слизистая между ними отслоена, такъ что зондъ изъ одной язвы свободно проходитъ въ другую. Одна язва ведетъ въ небольшую полость, въ стѣнкѣ которой виденъ творожистый распадающійся узелъ. Полость эта помѣщается такъ же въ разросшейся плотной фиброзной ткани, въ толщѣ которой попадаютъ творожисто измѣненные лимфатическіе узлы.

Слизистая оболочка тонкой кишки и верхняго отдѣла подвздошной сильно набухла и аспидно пигментирована. Въ нижнемъ отдѣлѣ подвздошной кишки—3—4 язвы туберкулезнаго характера, съ желтыми узелками на краяхъ. Слизистая толстыхъ кишекъ набухла, аспидно пигментирована, на слизистой верхняго конца прямой кишки двѣ небольшія туберкулезныя язвочки.

¹⁾ Это измѣненіе было замѣчено лишь послѣ извлеченія органовъ изъ грудной клѣтки, когда анатомическія отношенія между ними были сильно нарушены, поэтому болѣе точнаго анатомическаго опредѣленія указанныхъ частей сдѣлать не удалось.

Селезенка увеличена. Печень: вѣсъ 1745 gm., немного увеличена и сращена съ діафрагмой. Въ ткани печени и на поверхности ея—немногочисленные бугорки не болѣе коноплянаго зерна величиной.

На брыжейкѣ, сальникѣ, кишечной и паріетальной брюшинѣ—обильное высыпаніе сѣрыхъ и сѣрожелтыхъ узелковъ отъ мельчайшихъ до горошины величиной.

Другихъ особенныхъ измѣненій въ организмѣ не обнаружено.

Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты кусочки изъ различныхъ язвъ желудка и изъ мѣстъ съ неповрежденной слизистой оболочкой, изъ язвы пищевода и кусочки другихъ органовъ. Препараты были обработаны частью спиртомъ, частью мюллеровской жидкостью съ примѣсью формалина (1: 10) и затѣмъ заключены въ целлоидинъ. Для окраски употреблялись: гематоксилинъ съ эозиномъ и карболовый фуксинъ Ziehl—Neelsen'a.

Микроскопическая картина на многихъ срѣзахъ изъ препаратовъ желудка получалась въ общемъ довольно однообразная и потому я ограничусь болѣе подробнымъ описаніемъ лишь нѣкоторыхъ изъ нихъ.

I.

На срѣзѣ видна щелеобразная полость, лежащая въ подслизистой ткани. Края этой полости образованы грануляціонной тканью съ круглыми и вытянутыми клѣтками. Ткань эта въ нѣкоторыхъ мѣстахъ проникаетъ чрезъ muscularis mucosae, раздвигая ея волокна, которыя пронизываются мельчайшими зернышками буроватожелтаго пигмента, постепенно истончаются и исчезаютъ въ массѣ инфильтраціи. Здѣсь имѣется небольшое творожистое гнѣздо. Съ другой стороны клѣтки грануляціонной ткани вѣдряются въ мышечный слой стѣнки желудка, замѣщая и здѣсь мышечныя волокна. Кое-гдѣ среди грануляціонныхъ клѣтокъ видны бугорки изъ эпителиоидныхъ элементовъ, съ лимфоидными периферическими ободками. Въ нѣкоторыхъ бугоркахъ лежатъ гигантскія клѣтки по одной и по двѣ, съ большимъ количествомъ ядеръ.

Подслизистая оболочка вблизи описаннаго фокуса быстро утолщается, пропитываясь лимфоидными клѣтками, которыя при дальнѣйшемъ приближеніи къ пораженному мѣсту постепенно маскируютъ ея гистологическое строеніе.

Железистый слой желудочной стѣнки пропитанъ тѣми-же лимфоидными клѣтками, въ общемъ, неравномѣрно. Вдали отъ болѣзненнаго фокуса можно довольно отчетливо различать строеніе железъ и наибольшее скопленіе лимфоидныхъ клѣтокъ здѣсь располагается главнымъ образомъ у дна железъ, въ томъ тонкомъ слой соединительной ткани, который отдѣляетъ железы отъ muscularis mucosae. По мѣрѣ же приближенія къ пораженному мѣсту инфильтрація дѣлается гуще, строеніе железнатаго слоя болѣе и болѣе затемняется,

и, наконецъ, надъ тѣмъ мѣстомъ, гдѣ грануляціонная ткань въ подлежащихъ слояхъ развита наиболѣе сильно, основаній железъ совсѣмъ не видно, а проступаютъ лишь тамъ и сямъ еле замѣтные контуры поперечныхъ сѣченій железъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга массами круглыхъ клѣтокъ. На всемъ протяженіи болѣзненнаго фокуса устья железъ инфильтрированы менѣе, чѣмъ ихъ основанія.

Мышечный слой стѣнки желудка инфильтрированъ главнымъ образомъ на мѣстѣ прилежанія къ вышеописанному болѣзненному фокусу въ подслизистой оболочкѣ. Въ остальныхъ-же отдѣлахъ наблюдаются лишь цуги молодой соединительной ткани, идущіе между пучками мышцъ, да кое-гдѣ отдѣльные бугорки. Наружный слой мышцъ особенныхъ измѣненій не представляетъ.

На другомъ срѣзѣ, сдѣланномъ изъ того-же кусочка и въ томъ-же направленіи, какъ и предъидущій, но на другомъ уровнѣ—видны нѣкоторыя особенности, дополняющія картину описанныхъ патологическихъ измѣненій въ тканяхъ. Здѣсь ясно выраженъ творожистый распадъ уже всей центральной части знакомаго намъ болѣзненнаго фокуса съ щелевидной полостью въ *submucosa*. Периферическій верхній слой фокуса, прилегающій къ *muscularis mucosae*, состоитъ, большею частію, изъ нераспавшихся эпителиоидныхъ клѣтокъ. На всемъ почти протяженіи своемъ слой этотъ замѣщаетъ *muscularis* и подступаетъ къ основанію железъ слизистой оболочки. Въ трехъ мѣстахъ онъ задается въ область железъ, образуя тупыя конусовидныя фигуры разной величины. Въ наибольшемъ конусѣ лежитъ гигантская клѣтка. Кромѣ конусовъ эпителиоидный слой образуетъ еще одно выпячиваніе, въ томъ же направленіи, въ видѣ грибовиднаго сосочка, сидящаго на суженномъ основаніи. Центральная часть сосочка подверглась творожистому распаду, около котораго видна гигантская клѣтка. Всѣ описанныя образованія эпителиоиднаго слоя окружены со стороны железъ дужками изъ лимфоидныхъ элементовъ, въ вогнутости которыхъ и помѣщаются вышеупомянутыя фигуры. Наиболѣе полно такая дужка выражена въ окружности послѣдняго сосочковиднаго выпячиванія.

На нѣсколькихъ препаратахъ, приготовленныхъ также изъ неизъявленныхъ мѣстъ стѣнки желудка, получалась въ общемъ аналогичная картина. Но здѣсь прибавлялись еще: инфильтрація брюшины и подбрюшиннаго слоя мышцъ съ образованіемъ бугорковъ, разрастаніе клѣтокъ *intimae* сосудовъ во всѣхъ почти слояхъ желудочной стѣнки и иногда гнѣздное развитіе молодой соединительной ткани въ области железъ.

2.

Теперь перейдемъ къ описанію гистологическихъ измѣненій, наблюдаемыхъ въ области язвъ, при чемъ, во избѣжа-

ніе повтореній, здѣсь будутъ отмѣчены болѣе подробно лишь такія явленія, которыя не встрѣчались при изученіи предыдущихъ препаратовъ.

Въ слизистой оболочкѣ, подслизистой и *muscularis mucosae* и на этихъ препаратахъ наблюдается знакомая картина круглоклѣточной инфильтраціи, но съ преобладающимъ развитіемъ гнѣздъ молодой волокнистой ткани, съ частичной атрофіей железъ и волоконъ *muscularis mucosae*. Вблизи язвъ инфильтрація рѣзко усиливается, железы и *muscularis mucosae* исчезаютъ за скопленіями круглыхъ клѣтокъ. Последнія располагаются неравномѣрно; иногда скопленія ихъ тамъ и сямъ пронизываются тонкими полосками изъ вытянутыхъ клѣтокъ съ овальными ядрами; нерѣдко здѣсь встрѣчаются бугорки и творожистыя гнѣзда то по нѣскольکو маленькихъ, то по одному или по два большихъ, происшедшихъ очевидно отъ сліянія маленькихъ гнѣздъ. Послѣ этихъ измѣненій слизистый и подслизистый слои въ однихъ случаяхъ обрываются рѣзко и одновременно, въ другихъ же—обрывается прежде подслизистый, обыкновенно уже превращенный почти сплошь въ творожистыя массы, слизистая же оболочка еще тянется на нѣкоторомъ протяженіи, образуя подрытый край язвы. Въ такихъ мѣстахъ слизистая оболочка не подвергается творожистому распаденію, но въ высокой степени пропитывается круглыми и изрѣдка эпителиоидными клѣтками, творожистый же распадъ ея наступаетъ нѣсколько позднѣе.

Дно язвъ образуется слоемъ мышщъ. Здѣсь происходятъ такія измѣненія. На одномъ изъ срѣзовъ ближе къ внутренней (язвенной) поверхности мышечнаго слоя, отдѣляясь отъ нея тонкимъ пучкомъ мышщъ, лежитъ круглое образованіе 2 и 3 м.м. въ діаметрахъ. Кружокъ этотъ со всѣхъ сторонъ ограничивается, въ общемъ довольно отчетливо, рядомъ мышечныхъ пучковъ, перерѣзанныхъ большею частію поперечно и вкось. Края кружка состоятъ изъ лимфоидныхъ элементовъ, которые частію постепенно переходятъ въ межмышечную молодую соединительную ткань, частію же инфильтрируютъ мышечные пучки, волокна которыхъ въ такихъ мѣстахъ раздвинуты и истончены. На остальномъ протяженіи микроскопическое строеніе описываемаго образованія въ различныхъ мѣстахъ неодинаково. Наибольшее количество тканевыхъ элементовъ, входящихъ въ его составъ, относится на счетъ лимфоидныхъ клѣтокъ, расположенныхъ съ неравномѣрной густотой. Тамъ, гдѣ онѣ лежатъ рѣже, можно видѣть эпителиоидныя клѣтки, лежація то по одиночкѣ, то небольшими группами. Въ очень многихъ мѣстахъ на площади описываемаго кружка замѣтны въ общемъ нерѣзко очерченные, розовые (отъ эозина) островки, состоящіе изъ повидимому вытянутыхъ фигуръ съ палочкообразными и сильно вытянутыми веретенообразными ядрами. Чѣмъ ближе къ периферіи кружка, тѣмъ островки эти яснѣе видимы.

Здѣсь уже можно замѣчать ихъ подобіе съ завѣдомо мышечными пучками пропитанными круглыми клѣтками. Въ 3—4 мѣстахъ, преимущественно ближе къ срединѣ кружка, располагаются небольшія творожистыя гнѣзда, на другихъ препаратахъ сливающіяся въ одно. Вблизи гнѣздъ и въ другихъ мѣстахъ по поверхности кружка разбросано нѣсколько гигантскихъ клѣтокъ. На нѣкоторыхъ аналогичныхъ срѣзахъ описанное круглое образованіе построено изъ однихъ почти эпителиоидныхъ клѣтокъ; творожистыхъ гнѣздъ здѣсь не замѣтно. Размѣры этого фокуса менѣе предъидущаго. На всѣхъ препаратахъ бросается въ глаза полное отсутствіе сосудовъ на всей площади кружка. Изъ всего изложеннаго видно, что предъ нами крупный туберкулезный бугорокъ въ различныхъ стадіяхъ развитія.

Но этимъ не ограничивается патолого-гистологическая картина въ изучаемыхъ тканяхъ. Между пучками мышечныхъ волоконъ проходятъ цуги соединительной ткани, большею частію волокнистой и лишь кое-гдѣ на ряду съ волокнами содержащей скопленія лимфоидныхъ клѣтокъ. Чѣмъ ближе къ вышеописанному крупному бугорку, тѣмъ цуги дѣлаются шире, а мышечные пучки представляются въ видѣ иногда незначительныхъ кругловатыхъ, вытянутыхъ и угловатыхъ островковъ, чѣмъ далѣе отъ бугорка, тѣмъ болѣе преобладаютъ пучки мышцъ, а соединительная ткань образуетъ лишь тонкія прослойки между ними. Выше было упомянуто, что многіе мышечные пучки, непосредственно ограничивающіе бугорокъ, прорастены грануляціонной тканью, благодаря чему волокна пучковъ раздвинуты. Это явленіе почти отсутствуетъ и во всякомъ случаѣ выражено въ несравненно меньшей степени въ мышцахъ, лежащихъ вдали отъ бугорка. Въ нѣкоторыхъ (немногихъ) мышечныхъ пучкахъ отдѣльныя волокна набухли, какъ бы гипертрофированы и изолированы другъ отъ друга прослойками соединительной ткани, а весь пучекъ, составленный изъ этихъ волоконъ, окруженъ довольно толстой фиброзной капсулой, построенной изъ концентрически расположенныхъ волоконъ. Отъ капсулы идутъ цуги внутрь пучка, образуя вышеупомянутыя прослойки. Форма и величина описанныхъ пучковъ различны; расположеніе, повидимому, ничего опредѣленнаго не представляетъ.

Въ нѣкоторыхъ язвахъ на мѣстѣ крупнаго бугорка весь соотвѣтствующій слой мышцъ занятъ почти сплошнымъ продолговатымъ творожистымъ гнѣздомъ, сливающимся у края язвы съ творожистыми массами подслизистой оболочки. Въ глубинѣ мышцъ, между пучками ихъ, рѣже въ самыхъ пучкахъ, сидятъ кое-гдѣ бугорки съ гигантскими клѣтками, въ различныхъ стадіяхъ развитія, часто непосредственно связанные съ узкими полосками межпучковой грануляціонной ткани. Развитія широкихъ фиброзныхъ цуговъ здѣсь не наблюдается.

Въ наружныхъ слояхъ мышцъ, а ближе къ крупному бугорку—во всю толщу желудочной стѣнки, встрѣчаются на многихъ препаратахъ сосуды съ сильно утолщенной интимой. Она вдается въ просвѣтъ почкообразными выпячиваніями, которыя суживаютъ просвѣтъ сосуда иногда настолько сильно, что онъ превращается въ щель звѣздчатой формы. У такихъ сосудовъ совершенно не видно мышечной оболочки. Стѣнки ихъ во всю толщу, до адвентиціи, построены изъ довольно однообразныхъ клѣтокъ, богатыхъ протоплазмой, большею частію вытянутыхъ и овальныхъ съ такими-же ядрами. У нѣкоторыхъ сосудовъ, мѣстами, просвѣта совсѣмъ нѣтъ. Онъ занятъ эпителиоидными и вытянутыми клѣтками, среди которыхъ попадаются и гигантскія. Если бы не было при этомъ отчетливо выраженной наружной волокнистой оболочки, да слабыхъ намековъ на просвѣтъ, видимыхъ на нѣкоторыхъ препаратахъ, то въ такихъ случаяхъ трудно было бы говорить о сосудахъ. Но большинство сосудовъ такого-же діаметра и меньшаго, чѣмъ предъидущіе, имѣютъ ясно выраженную мышечную оболочку и пока хорошо замѣтный просвѣтъ, хотя нерѣдко и обезображенный вслѣдствіе утолщенія интимы. Преимущественно вокругъ капилляровъ—и рѣже вокругъ болѣе крупныхъ сосудовъ—имѣется круглоклѣточная инфильтрація. Въ межмышечныхъ тонкихъ цугахъ грануляціонной ткани довольно часто пробѣгаютъ капилляры съ бѣлыми и красными кровяными клѣтками въ скудномъ количествѣ, или только съ одними бѣлыми, но къ нимъ примѣшивается зернистая масса съ еле уловимымъ буроватымъ оттѣнкомъ. Стѣнки капилляровъ большею частію параллельны. Встрѣчаются капилляры и безъ инфильтраціи въ ихъ окружности.

Кромѣ всего описаннаго доселѣ, на препаратахъ попадаютъ круглые, овальные и вытянутые островки клѣтокъ, большею частію окруженные тонкими фиброзными капсулами. Клѣтки, входящія въ составъ островковъ, разнообразны: вытянутыя съ такими же ядрами, круглыя мелкія и такія-же крупныя. Протоплазма этихъ послѣднихъ то зерниста слегка, еле замѣтно, то является въ видѣ одной вакуоли, окруженной какъ бы очень тонкой оболочкой. Ядра такихъ клѣтокъ располагаются ближе къ центру, въ случаѣ-же образованія вакуоли, ядра отодвигаются къ периферіи, отчего клѣтки получаютъ видъ перстней. Въ протоплазмѣ ихъ нерѣдко откладываются многочисленныя мелкія зернышки буровато-желтаго пигмента. Между всеми описанными клѣтками островковъ пробѣгаютъ тончайшія волокна соединительной ткани, кое-гдѣ попадаютъ мелкіе сосуды съ красными кровяными шариками въ просвѣтъ. Судя по присутствію перстневидныхъ клѣтокъ, мы имѣемъ здѣсь жировыя дольки въ состояніи атрофіи, когда обыкновенно появляется въ протоплазмѣ жировыхъ клѣтокъ пигмент¹⁾. Аналогичныя

¹⁾ См. E. Ziegler. Allgem. Pathologie. Jena. 1901. S. 210.

явленія наблюдаются и въ жировыхъ доляхъ, находящихся въ капсулахъ лимфатическихъ узловъ этого-же субъекта. Кромѣ вышеописанныхъ элементовъ, здѣсь видны еще звѣздчатыя клѣтки, анастомозирующія другъ съ другомъ своими отростками, а въ протоплазмѣ ихъ—скопленія зернышекъ буроватожелтаго пигмента. Во многихъ такихъ клѣткахъ видны блестящія вакуоли (жиръ), то по одной большой, то по нѣсколько мелкихъ. Зернышки пигмента отлагаются по периферіи вакуоль и при томъ—тѣмъ въ большемъ количествѣ, чѣмъ менѣе становятся сами вакуоли, такъ что въ тѣхъ клѣткахъ, гдѣ протоплазма занята почти сплошь пигментомъ, вакуоль не замѣтна. Это обстоятельство приводитъ къ заключенію, что появленіе пигмента въ жировыхъ клѣткахъ въ данномъ случаѣ происходитъ на ряду съ исчезновеніемъ жира изъ ихъ протоплазмы, при чемъ крупныя жировыя капли распадаются на болѣе мелкія¹⁾. Всѣ эти жировыя долики обыкновенно очень невелики: встрѣтившіяся, напр., въ желудкѣ помѣщались по двѣ, по три въ одномъ полѣ зрѣнія микроскопа Hartnack'a при окул. 3 и объективѣ 3. Въ стѣнкѣ желудка онѣ наблюдаются преимущественно въ мышечномъ слое и подъ брюшиннымъ покровомъ. Нѣкоторыя изъ долекъ лежатъ рядомъ съ облитерированными сосудами, пучками вышеописанныхъ набухшихъ мышечныхъ волоконъ и иногда съ нервными стволиками. Случается, всѣ эти образованія окружаются общей фиброзной капсулой, а между собой раздѣляются соединительнотканными перегородками.

Брюшина и прилегающій къ ней слой мышцъ инфильтрированы и содержатъ бугорки. И то и другое выражено здѣсь иногда гораздо сильнѣе, чѣмъ въ остальныхъ слояхъ стѣнки желудка.

3.

Въ пищеводѣ подъ эпителиальнымъ слоемъ происходитъ на однихъ мѣстахъ сплошная инфильтрація, проникающая чрезъ *muscularis mucosae*, въ другихъ—видны небольшія скопленія лимфоидныхъ клѣтокъ, похожія на фолликулы; попадаются также рѣдкіе бугорки, преимущественно эпителиоидные, иногда съ гигантскими клѣтками. Бугорки сидятъ подъ эпителиемъ и въ толщѣ *muscularis mucosae* пищевода. Между мышечными пучками стѣнки нерѣдко тянутся полосы изъ круглыхъ и эпителиоидныхъ клѣтокъ, въ толщѣ полосокъ иногда удается замѣтить присутствіе капилляровъ. *Intima* кровеносныхъ сосудовъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ утолщена, но это явленіе въ общемъ наблюдается рѣдко.

4.

Въ лимфатическихъ узлахъ—большія творожистыя гнѣзда, бугорки и гигантскія клѣтки, въ сосудахъ ихъ капсулъ *intima*

¹⁾ См. E. Ziegler, loc. cit., см. такъ-же объ исчезаніи жира при различн. патологическихъ процессахъ: F. Hagemeister. Beiträge z. Kenntn. d. Fettschwundes u. d. Fettbild in ihrer Abhängigkeit von Circulationsänderungen. Virch. Arch. Bd. 172. Fett. Id. 1903.

иногда утолщена. Въ легкихъ—обычная микроскопическая картина туберкулезнаго пораженія. Среди творожистыхъ массъ встрѣчались кучки микроорганизмовъ, похожихъ на гроздекковъ. Въ кишкахъ въ области язвъ—обильное количество бугорковъ, сидящихъ во всѣхъ слояхъ кишечной стѣнки. Бугорки попадались такъ-же въ печени и въ поджелудочной железнѣ.

Ни въ желудкѣ, ни въ другихъ органахъ, при окраскѣ препаратовъ по Ziehl-Neelsen'у туберкулезныхъ палочекъ не найдено, не смотря на многократныя попытки.

На основаніи вскрытія и микроскопическаго изслѣдованія не трудно представить себѣ развитіе туберкулезнаго пораженія желудка и пищевода въ данномъ случаѣ. Изъ протокола видно, что по силѣ и давности патологическихъ измѣненій здѣсь на первый планъ выступаютъ лимфатическіе узлы. Поэтому необходимо заключить, что они-то и послужили первичнымъ очагомъ болѣзни, откуда она распространилась на прилежащія части желудка и пищевода. Для этого положенія имѣются основанія въ данныхъ вскрытія и микроскопическаго изслѣдованія. На вскрытіи соотвѣтственно пораженнымъ мѣстамъ слизистой оболочки и стѣнки желудка и пищевода, снаружи найдены большія полости распада съ творожистыми массами и развитіемъ фиброзной ткани по периферіи. Эти свойства полостей указываютъ на давнее происхожденіе здѣсь туберкулезныхъ измѣненій. При микроскопическомъ изслѣдованіи желудка было видно, что наибольшему измѣненію подвергались подслизистая оболочка и подлежащіе слои. На нѣкоторыхъ препаратахъ удавалось наблюдать правильную постепенность въ развитіи процесса: сильнѣе всего пораженъ брюшинный слой и слабѣе всѣхъ слизистый; послѣдній иногда бывалъ совершенно не изъязвленъ, между тѣмъ какъ въ подлежащихъ слояхъ находились творожистыя гнѣзда и бугорки. Все это говоритъ въ пользу того, что дѣйствительно процессъ шелъ отъ серознаго покрова къ слизистой оболочкѣ, начавшись отъ прилежащихъ старыхъ творожистыхъ фокусов¹⁾; а вышеописанныя²⁾ конусообразныя фигуры и сосочекъ съ творожистымъ центромъ, вдающіеся изъ подслизистой ткани въ слизистую оболочку, иллюстрируютъ самый способъ развитія патологическихъ измѣненій слизистой оболочки и направленіе. Безъ сомнѣнія, всѣ упомянутыя выпячиванія суть ничто иное, какъ молодые бугорки, развивающіеся изъ слоя эпителиоидныхъ клѣтокъ, который въ такихъ мѣстахъ занимаетъ подслизистую ткань. По нимъ можно заключить, что изъязвленіе слизистой желудка разви-

¹⁾ Здѣсь разумѣется общій ходъ развитія болѣзненнаго процесса. Что же касается возникновенія нѣкоторыхъ отдѣльныхъ язвъ, то онѣ могли развиты изъ сосѣднихъ очаговъ (язвъ, творожистыхъ гнѣздъ) путемъ проникновенія бациллъ по лимфатическимъ щелямъ (или сосудамъ) въ подслизистомъ и мышечномъ слояхъ. Объ этомъ можно судить по такимъ препаратамъ, гдѣ указанные слои представляются наиболѣе измѣненными.

²⁾ См. вторую половину первой рубрики

валось путемъ образованія бугорковъ и творожистаго распада ихъ сначала въ глубокихъ частяхъ ея, а потомъ и въ поверхностныхъ.

Аналогичныя явленія наблюдались и при микроскопическомъ изслѣдованіи пищевода.

Детальнаго опредѣленія путей, по которымъ проникали въ ткани туберкулезныя палочки, съ достовѣрностью сдѣлать не удалось. Это произошло отчасти потому, что не было вполне точныхъ основаній въ микроскопической картинѣ тканей изслѣдованныхъ органовъ, да и самыя палочки не удалось найти. Поэтому здѣсь возможны только болѣе или менѣе вѣроятныя догадки.

Близъ капилляровъ, между которыми встрѣчались повидимому и лимфатическіе, мы видѣли нерѣдко скопленія круглыхъ, грануляціонныхъ клѣтокъ, иногда непосредственно переходящихъ въ бугорки. Такъ какъ встрѣчались такіе-же капилляры и безъ грануляціонныхъ клѣтокъ въ окружности, то нужно думать, что клѣтки эти развивались послѣдовательно около уже готовыхъ капилляровъ. Поэтому наиболѣе вѣроятными путями, по которымъ шло раздраженіе тканей и распространеніе бациллъ, нужно считать лимфатическія щели близъ капилляровъ, мельчайшіе лимфатическіе сосуды и, можетъ быть, кровеносные капилляры.

Описанный способъ развитія туберкулеза желудка и пищевода изъ прилежащихъ лимфатическихъ узловъ извѣстенъ въ литературѣ: таковы, напр. случаи Chiari, Weichselbaum'a, Glockner'a и другихъ авторовъ¹⁾. Однако въ данномъ случаѣ есть и особенности, именно: одновременное существованіе язвъ въ желудкѣ и пищеводѣ, необычайная²⁾ многочисленность язвъ желудка (болѣе 30) и сообщеніе туберкулезнаго фокуса близъ пищевода и лѣваго бронха съ полостью сердца посредствомъ кровеноснаго сосуда.

II.

Второй случай туберкулеза желудка не представляетъ чего-либо оригинальнаго и потому въ описаніи его я буду кратокъ.

¹⁾ Всѣ эти случаи приведены въ цитир. выше изданіи Nothnagel'a на стр. 91—96. Chiari описалъ случай перфорачіи желудка вслѣдствіе зараженія отъ туберкулезнаго прижелудочнаго лимфатическаго узла. Weichselbaumъ приводитъ случай туберкулеза пищевода, гдѣ стѣнка была прободена въ нѣсколькихъ мѣстахъ такъ-же путемъ вторичнаго развитія процесса изъ лимфатическихъ бронхиальныхъ узловъ. Въ случаѣ Glockner'a въ muscularis пищевода былъ поясъ изъ творожистыхъ узелковъ, сообщавшійся съ вышележащимъ лимфатическимъ узломъ посредствомъ бѣловатыхъ волокнообразныхъ полосокъ съ милиарными узелками. Упоминается и еще нѣсколько аналогичныхъ случаевъ другихъ авторовъ. Для пищевода такой способъ развитія туберкулеза Cornetъ считаетъ болѣе частымъ, чѣмъ зараженіе мокротой. Кромѣ перехода съ прилежащихъ лимфатическихъ узловъ язвы могутъ развиваться и путемъ переноса заразы кровянымъ токомъ изъ первичныхъ очаговъ. (Ervinger, Mathieu, Kaufmann). Въ нѣкоторыхъ изъ всѣхъ упомянутыхъ случаевъ—пораженія кишечника не было. Littenъ наблюдалъ одну туберкулезную язву только въ желудкѣ; другія части пищеварительнаго тракта не были затронуты.

²⁾ Обыкновенно бываетъ 1, 2 язвы, рѣже—4. У Przewoski лишь въ одномъ случаѣ отмѣчены 22 язвы (см. его выше цитир. работу).

Чернорабочій К. Л. 42 л., родился въ Тобольской губ., въ Томскѣ прожилъ два послѣдніе года жизни; въ терапевтическое отдѣленіе томской городской больницы поступилъ 7 октября 1902 года; на 3-й мѣсяцъ болѣзни.

Anamnesis. Алкоголизмъ (въ результатѣ котораго многожественный невритъ). Въ октябрѣ 1901 г. была какая-то лихорадка, длившаяся два мѣсяца, чрезъ годъ послѣ этого въ теченіе 9 дней была какая-то боль въ боку, въ маѣ 1902 появились одышка и сердцебіеніе, а вскорѣ послѣ этого начались боли въ животѣ, сильная отрыжка послѣ приѣмовъ пищи, сопровождавшаяся иногда рвотой.

Status praesens. Хрипы на всемъ протяженіи легкихъ. Усиленіе голосового дрожанія слѣва, притупленіе въ области нижней лѣвой доли. Выходъ затянута. Сердце безъ особенныхъ измѣненій. Запоръ. Молочная кислота въ желудкѣ и отсутствіе свободной соляной. При ощупываніи — болѣзненность въ области желудка и на всемъ протяженіи живота.

Клиническое теченіе болѣзни. Часто появлялась рвота послѣ приѣма пищи, свободная соляная кислота обнаружена всего одинъ разъ бумажкой Конго, постоянная боль въ животѣ. 5 ноября въ мокротѣ найдены туберкулезныя палочки. Поты (преимущественно ночные), сильный кашель, одышка, гектическая лихорадка наблюдались постоянно. 6-го дек. 1902 г. — смерть при прогрессирующей слабости.

Вскрытіе¹⁾. Значительный упадокъ питанія, блѣдность покрововъ; въ черепной полости — ничего особеннаго. Слизистая трахеи гиперемирована и покрыта многочисленными, поверхностными, бѣлесовато-желтоватыми, круглыми и овальными пятнышками, гдѣ видны кое-гдѣ мелкіе дефекты эпителия. Слизистая круглыхъ бронховъ гиперемирована. Уровень діафрагмы съ обѣихъ сторонъ на 5 ребрѣ.

Легкія объемисты (правое 1990 gm., лѣвое 2000 gm.), сращены съ грудной стѣнкой, плевры утолщены. На разрѣзѣ легкія представляютъ явленія хроническаго туберкулеза съ системой кавернъ въ верхнихъ доляхъ, казеозно-фиброзными узлами, отдѣльными бугорками и цугами соединительной ткани. Послѣдніе три рода измѣненій наблюдаются въ различной степени во всѣхъ доляхъ легкихъ. Селезенка и печень немного увеличены. Кортикальный слой почекъ слегка набухъ. Сердце и яички безъ особенныхъ измѣненій.

Желудокъ обыкновенной величины, слизистая его набухла, покрыта густой, тягучей слизью, въ области дна гиперемирована, особенно по верхушкамъ складокъ. На днѣ желудка сидитъ овальная язва, около 1 см. въ діаметрѣ, съ набухшими, гиперемированными краями. Въ правой (выходной) половинѣ желудка слизистая оболочка блѣдна, на разстояніи 11 см. отъ привратника здѣсь на большой кривизнѣ находится вторая язва 3 и 2 см. въ діаметрахъ, лежащая длиннымъ діаметромъ вдоль желудка. Края язвы набухли, гиперемированы и представляются въ видѣ краснаго кольца съ

¹⁾ № протокола 1379-й.

зигзагообразными очертаніями, выделяющагося на блѣдномъ фонѣ окружающей слизистой оболочки. Края язвы подрыты приблизительно на $\frac{1}{2}$ см., дно образовано мышечнымъ слоемъ, довольно гладкое. Серозная оболочка желудка на соответствующихъ язвамъ мѣстахъ не измѣнена.

Слизистая тонкихъ кишекъ почти на всемъ протяженіи покрыта многочисленными язвами туберкулезнаго характера, изъ которыхъ самыя большія циркулярны и по длинѣ кишки простираются на 5 см. Послѣднія язвы расположены въ нижнемъ отдѣлѣ тонкихъ кишекъ. Между язвами разбросаны сѣровато-желтоватыя узелки съ горошину и менѣе. Слизистая толстыхъ кишекъ изъязвлена только въ верхней половинѣ. Язвы малы и рѣдки. Серозная оболочка кишекъ покрыта группами желтовато-сѣрыхъ узелковъ съ просяное зерно и болѣе, соответствующихъ по положенію язвамъ на слизистой. Такіе же узелки, но болѣе плоскіе и въ незначительномъ количествѣ замѣтны кое-гдѣ и на паріетальной брюшинѣ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи желудка этого субъекта на всѣхъ препаратахъ наблюдались гиперемія слизистой оболочки, воспалительная инфильтрація ея и гнѣздное развитіе волокнистой соединительной ткани съ атрофіей железъ. Гистологическія измѣненія въ области язвы въ общемъ подобны описаннымъ въ первомъ случаѣ, но отличаются отъ нихъ меньшей интенсивностью и своей локализацией почти только въ слизистой оболочкѣ и подслизистой ткани, болѣе же глубокіе слои или совершенно не затронуты, или затронуты слабо.

Въ трахей на мѣстахъ пятнышекъ подъ микроскопомъ видны поверхностныя язвочки со свойственными туберкулезу гистологическими особенностями.

Судя по даннымъ вскрытія и микроскопическаго изслѣдованія этотъ случай туберкулеза желудка въ отношеніи патогенезиса отличается отъ предъидущаго. Здѣсь первичный очагъ болѣзни нужно полагать въ легкихъ, а развитіе изъязвленія слизистой желудка вѣроятно же всего объясняется зараженіемъ ея при соприкосновеніи съ проглоченной, содержащей бациллы, мокротой. Въ пользу такого взгляда говорятъ съ одной стороны—кавернозное измѣненіе легкихъ и присутствіе туберкулезныхъ палочекъ въ мокротѣ, обнаруженное при жизни больного, а съ другой стороны—макро- и микроскопически установленное катаральное состояніе слизистой желудка, способствующее зараженію, и локализція самыхъ гистологическихъ измѣненій въ слизистомъ и подслизистомъ слояхъ желудочной стѣнки при сравнительной неповрежденности подлежащихъ тканей. Нѣсколько случаевъ туберкулезнаго пораженія желудка съ аналогичнымъ патогенезисомъ приводитъ Przéwoski¹⁾.

1) См. его выше цитиров. статью „Gastritis tuberculosa“.

III.

Здѣсь описаны два послѣдніе случая туберкулеза желудка изъ отмѣченныхъ въ протоколахъ патолого-анатомическаго института Томскаго Университета. Первый случай не представляетъ чего либо оригинальнаго: тамъ имѣются всего лишь двѣ небольшія и поверхностныя язвы слизистой желудка, расположенныя недалеко отъ cardia на малой кривизнѣ. Кромѣ желудка были изъязвлены кишки, трахея и пр. Первичный очагъ болѣзни опредѣленъ въ легкихъ (каверны¹⁾).

¹⁾ № протокола 775-й.

