

Izslidovaniia o rakie pishchevoda : dissertatsiia na stepen' doktora meditsiny / Nikolaia Kruzenshterna.

Contributors

Kruzenshtern, Nikolai.
Maxwell, Theodore, 1847-1914
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

S.-Peterburg : Tip. Departamenta Udielov, 1885.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/v9qgemb6>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

Kruzenshter (N.) Cancer of the æsophagus. [in Russian],
8vo, St. P., 1885

0 608 5

РАКЪ ПИЩЕВОДА.



ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

НИКОЛАЯ КРУЗЕНШТЕРНА.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Департамента Удѣловъ, Моховая, № 36.

1885.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

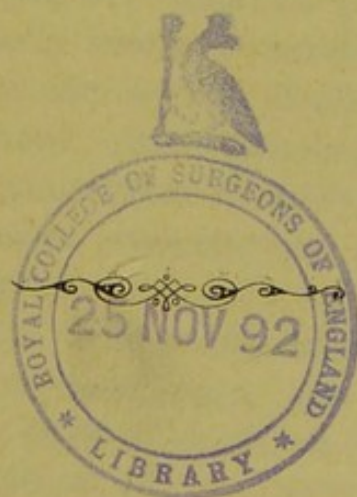
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1900

ИЗСЛѢДОВАНІЯ
О
РАКѢ ПИЩЕВОДА.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
НИКОЛАЯ КРУЗЕНШТЕРНА.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Департамента Удѣловъ, Моховая, № 36.
1885.

Докторскую диссертацию лекаря *Крузенштерна* подъ заглавіемъ: «Исслѣ-
дованія о ракъ пищевода» печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпеча-
таніи оной было представлено въ Конференцію Императорской военно-меди-
цинской академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ. Марта 29-го дня
1885 года.

Ученый секретарь *А. Доброславинъ*.



Изъ всѣхъ заболѣваній пищевода, которыя, вообще говоря, встрѣчаются не особенно часто, ракъ занимаетъ безспорно первое мѣсто, какъ по своей частотѣ и безусловно дурному исходу, такъ и по тому разнообразію клиническихъ признаковъ, которые имъ обуславливаются. Въ сравненіи съ другими органами пищевода рѣдко поражается раковымъ процессомъ, если судить по литературнымъ указаніямъ, заслуживающимъ довѣрія, хотя и не обладающимъ положительною точностью. Такъ, Tancheon приводитъ таблицу 9,118 смертныхъ случаевъ отъ раковыхъ заболѣваній въ Сенскомъ департаментѣ за 10 лѣтъ (1830—1840), въ которой на ракъ пищевода приходится всего 13 случаевъ (наравнѣ съ селезенкой, съ областью шеи, задняго прохода и проч.). Большою точностью отличается таблица, составленная Espine'омъ для Женевы за 7 лѣтъ (1838—1845); тамъ въ 471 случаяхъ смерти отъ рака на ракъ пищевода приходится 8 случаевъ. Rokitansky отводитъ интересующему насъ заболѣванію тоже довольно далекое мѣсто. Zenker нашелъ въ 5,079 вскрытыхъ трупахъ первичный ракъ пищевода 13 разъ $= 0,25\%$; вторичный ракъ, распространившійся съ желудка 6 разъ $= 0,11\%$.

По тѣмъ даннымъ, которыя существуютъ въ Обуховской больницѣ, ракъ пищевода встрѣчается у насъ въ сравненіи съ другими органами относительно часто. Напримѣръ, на секціонномъ столѣ въ 1877 г. было найдено 36 случаевъ рака, изъ нихъ на пищеводъ пришлось 12 случаевъ; въ 1878 г. на 31—4 случая; въ 1879—на 71—12 сл.; въ 1880—на 52—5 сл.; въ 1881—на 49—6 сл.; въ 1882—на 36—7 сл.; въ 1883—на 55—10 сл. При этомъ я долженъ замѣтить, что трупы съ діагнозомъ, а особенно съ предположеніемъ рака какого-либо органа, вскрывались въ Обуховской больницѣ въ громадномъ большинствѣ случаевъ; исключеніе составляли

развѣ только умершія отъ рака матки, которыхъ не вскрывали, если онѣ не представляли какого нибудь особеннаго клиническаго интереса.

Кромѣ того, въ посмертныхъ запискахъ покойнаго прозектора Обуховской больницы Р. К. Альбрехта я нашелъ въ таблицахъ частоты рака (на секціонномъ столѣ) различныхъ органовъ за періодъ отъ 1873 до 1877 г. для рака пищевода слѣд. данныя:

Въ 1877 г. на 23 мужч. и 13 женщ., умершихъ отъ рака, приходится 9 мужч. и 3 женщ., умершихъ отъ рака пищевода; въ 1876 г. на 20 м. и 8 ж. приходится 4 м. и 0 ж.; въ 1875 г.—на 16 м. и 3 ж.—5 м. и 0 ж.; въ 1874 г.—на 28 м. и 7 ж.—2 м. и 1 ж.; въ 1873 г.—на 16 м. и 6 ж.—3 м. и 0 ж. Всего на 103 м. и 37 ж. приходится 23 м. и 4 ж., а для обоихъ половъ въ 140 сл. рака — 27 сл. рака пищевода. Альбрехтъ не исключалъ случаи рака, начавшагося съ кардіи или перешедшаго съ желудка, а также сл. рака глотки съ переходомъ на пищеводъ.

Еще рѣзче выразится частота рака пищевода у насъ, въ сравненіи съ французскими авторами, если взять въ расчетъ число всѣхъ больныхъ, находившихся въ Обуховской больницѣ. (Цифры взяты изъ «Историческаго очерка Обуховской больницы за 100 лѣтъ», сост. Ф. Ф. Германомъ). Въ 1877 г. всего находилось 16,462 больныхъ (состояло къ 1 января 1,083 и прибыло 15,379); въ 1878 г. прибыло 16,730; въ 1879 г.—15,936; въ 1880—16,658; въ 1881—16,230; въ 1882—13,438; въ 1883—12,752; или число смертей за тотъ же промежутокъ времени: въ 1877 г.—2,499; въ 1878—3,042; въ 1879—2,877; въ 1880—3,236; въ 1881—3,310; въ 1882—2,302; въ 1883—2,166.

Слѣд., на 1,932 больныхъ и на 345 случаевъ смерти въ Обуховской больницѣ приходится 1 сл. рака пищевода, не смотря на то, что за исключеніемъ 1882 и 1883 годовъ во всѣ остальные 5 лѣтъ больница была почти безъ перерыва переполнена тифозными больными, пріемъ которыхъ производился въ ущербъ хроническимъ больнымъ, въ томъ числѣ и раковымъ (конечно, если они только не являлись въ очень плохомъ состояніи). Приводимыя здѣсь указанія имѣютъ въ виду этого, разумѣется, лишь относительную цѣну, но если даже въ неблагоприятные годы для поступленія больныхъ ракомъ пищевода ихъ встрѣчается сравнительно такъ много, то это говоритъ въ пользу высказаннаго раньше положенія, что это страданіе встрѣчается у насъ въ С.-Петербургѣ чаще, чѣмъ въ другихъ болѣе или менѣе крупныхъ заграничныхъ центрахъ.

Другія страданія пищепріемника, встрѣтившіяся за указанные

годы представляют сравнительно ничтожное число случаевъ съ послѣдствіями отравленій различными острыми, ѣдкими веществами и пр.

Второе обстоятельство, придающее особый интересъ разбираемой болѣзни, составляетъ замѣчательное разнообразіе припадковъ, вызываемыхъ ею. Это зависитъ отъ того, что пищеводная трубка—одинъ изъ самыхъ длинныхъ органовъ человѣческаго организма,—граничитъ съ весьма многочисленными важными для жизни органами. Составляя непосредственное продолженіе глотки, слѣд. начинаясь на уровнѣ кольцевиднаго хряща, пищеводъ идетъ внизъ въ шейной области позади перепончатой части стѣнки дыхательнаго горла, между этимъ послѣднимъ и позвоночникомъ; въ промежуткѣ между нимъ и трахеей направляются съ обѣихъ сторонъ возвратные нервы; боковые части пищевода покрываются дольками щитовидной железы. При сколько нибудь значительныхъ измѣненіяхъ стѣнокъ пищевода въ этомъ участкѣ можетъ получить значеніе сосѣдство лѣвой сонной артеріи, лѣвой подключичной и лѣвой яремной вены, лѣваго блуждающаго нерва. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при мало развитыхъ доляхъ щитовидной железы отмѣченные сосуды могутъ непосредственно прилегать къ стѣнкѣ пищевода. Въ грудной своей части пищеводъ остается въ близкомъ сосѣдствѣ съ трахеей, затѣмъ съ лѣвымъ бронхомъ, перекрещиваясь съ нимъ на уровнѣ 3-го груднаго позвонка, и съ аортой, гдѣ онъ разстается съ возвратнымъ нервомъ. Расположеніе обоихъ блуждающихъ нервовъ на передней и задней поверхности пищевода, рыхлое соединеніе его посредствомъ окружающей клѣтчатки съ позвоночникомъ, съ плеврой и корнемъ лѣваго легкаго, съ грудной частью аорты, vena azugos, груднымъ протокомъ, съ околосердечной сумкой, наконецъ, прохожденіе его черезъ грудо-брюшную преграду и переходъ въ желудокъ, — все это даетъ основаніе уже à priori предположить, что такія глубокія пораженія пищевода, какъ раковыя, могутъ вовлечь въ страданіе сосѣдніе органы, имѣющіе совсѣмъ отличныя отъ него отправления и дать при случаѣ самую разнообразную картину припадковъ, что и будетъ указано въ разборѣ клиническихъ явленій. Эти различные послѣдовательныя пораженія могутъ даже совершенно заслонить нерѣзко выраженные припадки, свойственные заболѣванію самой пищеводной трубки. Такія указанія не лишены практическаго значенія для терапевта.

Изученіе свойствъ и характера раковаго перерожденія пищевода имѣетъ, наконецъ, большую важность для примѣненія оперативнаго вмѣшательства: эзофаготоміи, съ цѣлью радикальнаго излеченія, или

гастротоміи, для того чтобы получить новый путь для введенія пищи въ желудокъ черезъ наложенную фистулу и такимъ образомъ продлить жизнь и уменьшить страданія больного. Чѣмъ больше будетъ опубликовано однородныхъ случаевъ рака пищевода, тѣмъ съ большимъ правомъ хирургъ будетъ отказываться или приступать къ той или другой операціи.

Не смотря на то, что ракъ пищевода былъ извѣстенъ уже очень давно и не смотря на сравнительную частоту этого страданія, въ литературѣ существуетъ мало специальныхъ работъ по этому вопросу, опирающихся на сколько нибудь обширномъ и притомъ однородномъ матеріалѣ, изъ котораго хирургъ могъ бы почерпнуть необходимыя для него указанія. Для примѣра укажу на продолжавшееся долгое время несогласіе и понынѣ даже не совсѣмъ еще устраненное, относительно наиболѣе частой локализациі рака въ пищеводѣ; Zenker и Ziemssen, приводя объ этомъ мнѣнія такихъ крупныхъ авторитетовъ, какъ Rokitsky, Klebs, Rindfleisch, Romberg, Oppolzer, Förster, Birch-Hirschfeld, Köhler, Seitz, Niemeyer, Kunze, указываютъ на колоссальное разногласіе ихъ и введенную ими путаницу, восклицая: «практическій врачъ можетъ выбрать верхнюю, среднюю, нижнюю треть—какую ему вздумается!» Специальныхъ работъ опубликовано не малое число; но онѣ имѣютъ или специально анатомическій характеръ, или представляютъ казуистическій матеріалъ, причемъ описывались случаи, отличавшіеся какимъ-либо необыкновеннымъ, особеннымъ осложненіемъ, теченіемъ и проч., какъ это видно изъ ниже помѣщенного краткаго библиографическаго очерка. Восполнить этотъ пробѣлъ, по мѣрѣ силъ и возможности, было цѣлью предлагаемой работы. Матеріаломъ послужили больные, находившіеся въ Обуховской больницѣ; изъ нихъ нѣкоторые находились подъ моимъ личнымъ наблюденіемъ; исторіи болѣзни другихъ я заимствовалъ изъ скорбныхъ листовъ моихъ товарищей. Большая часть препаратовъ (до 1882 г. включительно) была сохранена Р. К. Альбрехтомъ, который очень интересовался этимъ предметомъ и передалъ ихъ мнѣ для задуманныхъ мною изслѣдованій.

Матеріаломъ своимъ я воспользовался слѣдующимъ образомъ. Въ основу своихъ изслѣдованій я положилъ тѣ случаи, отъ которыхъ остались сохраненными исторіи болѣзни, протоколы, написанные при вскрытіи, и препараты какъ самаго пищевода, такъ равно и другихъ органовъ, пораженія которыхъ могли представить интересъ для разбираемаго страданія, т. е., главнымъ образомъ метастатическіе узлы, распространеніе процесса по продолженію и т. д. Въ

видѣ прибавленія, сюда же я присоединяю и неполные случаи, т. е., такіе, отъ которыхъ сохранились только скорбные больничные листки съ протоколами, препараты же не были сохранены.

Въ нижеслѣдующемъ эти случаи будутъ разобраны слѣд. образомъ. Указавъ на возрастъ, продолжительность болѣзни и на какіе-либо предполагаемые самимъ больнымъ этиологическіе моменты, я сдѣлаю краткій обзоръ припадковъ, наблюдавшихся при жизни, и анатомическихъ измѣненій, затѣмъ я представлю болѣе подробное описаніе препаратовъ, послужившихъ основнымъ матеріаломъ моей работы съ результатомъ микроскопическаго изслѣдованія. Излишнихъ и неважныхъ подробностей я буду избѣгать, во первыхъ, потому, что онѣ могли бы затемнить общую картину описаній, не давая въ сущности никакихъ особенно важныхъ указаній; во-вторыхъ, благодаря до извѣстной степени однообразію клиническихъ припадковъ, они могутъ быть съ большимъ удобствомъ для читателя помѣщены въ общемъ обзорѣ клиническихъ явленій, свойственныхъ раковому поражению пищевода, или сопутствующихъ ему припадковъ, вслѣдствіе вторичнаго заболѣванія другихъ органовъ. Такимъ путемъ получилась въ то же время возможность отбросить излишній балластъ диссертации, тотъ трудовой потъ, который надо оставлять дома; по тѣмъ же соображеніямъ я буду въ протоколахъ прямо называть характеръ наблюдавшихся измѣненій: жировое перерожденіе печени, зернистая почка и проч. Цифровыя данныя помѣщены въ таблицахъ.

Что касается обработки самихъ препаратовъ, то большая часть ихъ клалась въ Мюллеровскую жидкость, которая въ первую недѣлю мѣнялась ежедневно, затѣмъ черезъ день, наконецъ, препараты, послѣ промывки въ водѣ въ теченіи 1—2 сутокъ, помѣщались сперва въ слабый, а послѣ въ крѣпкій спиртъ.

Для микроскопическихъ изслѣдованій вырѣзывались куски изъ центральныхъ частей новообразованія и на границѣ его съ неповрежденной стѣнкой. Такъ какъ такіе куски состояли изъ частей неодинаковой плотности, то приготовленіе срѣзовъ изъ препаратовъ, уплотненныхъ только въ спиртѣ, мнѣ не удавалось и я обратился къ такъ называемой сухой срѣзкѣ и къ заливанію ихъ въ целлюлодинъ. Оба эти способа оказались удовлетворяющими своей цѣли. Сухой срѣзкѣ я научился на частныхъ курсахъ приватъ-доцента Н. В. Ускова. Долженъ оговориться, что я не всегда строго придерживался правилъ Н. В. Ускова и уклонялся отъ нихъ, если это мнѣ доставляло выигрышъ времени; для моихъ не особенно тонкихъ

микроскопическихъ цѣлей эти уклоненія оказались позволительными. Препараты, взятый изъ спирта, вымачивался въ водѣ и подвергался окраскѣ въ Гренахеровскомъ или гниломъ амміачномъ карминѣ; затѣмъ помѣщался въ спиртъ, который нѣсколько разъ замѣнялся свѣжимъ и болѣе крѣпкимъ. Изъ крѣпкого (95%) спирта препараты помѣщались въ смѣсь бергамотоваго и кастороваго масла (1 : 1), въ которой они находились отъ 2 до 24 часовъ, затѣмъ переносились въ смѣсь спермацета и кастороваго масла (2 : 1), (въ которую прибавлялось немного воску), нагрѣваемую въ теченіи 5—8 час. Замѣчу только, что смѣсь бергамотоваго и кастороваго масла представляетъ большія удобства, въ сравненіи съ чистымъ бергамотовымъ масломъ; ихъ подмѣтилъ уже Н. В. Усковъ и я могу положительно подтвердить это; въ этой смѣси препаратъ можетъ пролежать даже нѣсколько сутокъ и все таки не сдѣлаться хрупкимъ, что часто случается при употребленіи чистаго бергамотоваго, а особенно гвоздичнаго масла.— Срѣзы помѣщались на объективное стекло, промывались нѣсколько разъ скипидаромъ и разсматривались въ немъ или въ растворѣ канадскаго бальзама въ скипидарѣ (до густоты чистаго глицерина). Но при сухой срѣзкѣ у меня была большая неудача съ окраской; окрашивались въ достаточной мѣрѣ только края, центръ же препарата окрашивался очень мало. Допуская свою неопытность въ этомъ дѣлѣ, я въ то же время думаю, что здѣсь играли роль и свойства самыхъ препаратовъ, такъ какъ они вообще не блистательно окрашивались и при другихъ способахъ обработки. Это заставило меня обратиться къ целлюдину; препараты прикрѣплялись тонкими булавками къ пробкѣ и изъ крѣпкого спирта помѣщались на нѣсколько часовъ въ эфирный растворъ целлюидина, оттуда вмѣстѣ съ пробкой въ спиртъ для уплотненія всего препарата съ целлюидиномъ, послѣ чего на микротомѣ системы Дьяконова ¹⁾ приготавливались срѣ-

¹⁾ Нѣсколько словъ о немъ: цилиндры для заливанія препаратовъ оказались въ микротомѣ Дьяконова для моей цѣли неудовлетворительными, такъ какъ они приспособлены для мелкихъ препаратовъ, мнѣ же необходимы были болѣе крупныя топографическія срѣзы; недостатокъ этотъ былъ восполненъ импровизированными новыми цилиндрами изъ жести; на микротомѣ Дьяконова трудно удовлетворяются важныя для срѣзки условія, а именно: чтобы конецъ бритвы начиналъ рѣзать у конца препарата и чтобы лезвіе ея скользило по препарату, а не рѣзало большіе участки его разомъ; этотъ недостатокъ особенно былъ для меня ощутителенъ, когда я въ нѣкоторыхъ случаяхъ обращался къ микротому Thoma-Joung'a, принадлежащему Обуховской больницѣ. Въ микротомѣ Дьяконова слишкомъ много атрибутовъ, безъ которыхъ совершенно не-

зы; приготовленные срѣзы клались въ смѣсь спирта съ эфиромъ. Послѣ растворенія целлюидина препаратъ помѣщался въ крѣпкій спиртъ, оттуда послѣдовательно въ слабый спиртъ, въ воду и наконецъ въ краску. Окрашенные препараты рассматривались въ глицеринѣ.

Этіологія.

По отношенію къ наслѣдственности наши случаи не дали положительныхъ результатовъ и оно неудивительно: больные, достигшіе престарѣлаго возраста, не помнили, отчего умерли ихъ родители; притомъ крестьяне, какъ извѣстно, не особенно внимательны къ пожилымъ истощеннымъ лицамъ, неспособнымъ вслѣдствіе своей неудержимо прогрессирующей болѣзни зарабатывать свой кусокъ хлѣба, а наши больные были почти исключительно крестьяне, пришельцы изъ деревни, прожившіе въ С.-Петербургѣ много лѣтъ. Французскіе и нѣмецкіе авторы были немногимъ счастливѣе и только англійскіе наблюдатели даютъ нѣкоторыя цѣнныя указанія. Richardson изъ 10 больныхъ не зналъ ни одного, въ родствѣ котораго не было бы случаевъ заболѣванія злокачественнымъ новообразованіемъ; Maskenzie въ своихъ собственныхъ 60 случаяхъ нашелъ наслѣдственное предрасположеніе 11 разъ, притомъ отецъ одного изъ нихъ умеръ отъ раковаго сѣуженія пищевода.

Таблица возраста показываетъ весьма значительное преобладаніе больныхъ, перешедшихъ за 45 лѣтній годъ жизни. Вообще для рака это—избитая истина. Я обращаю только вниманіе на то обстоятельство, что въ сравненіи съ раковымъ пораженіемъ другихъ органовъ ракъ пищевода даетъ весьма большія цифры для возраста въ 60 лѣтъ и выше. Хотя абсолютныя цифры здѣсь меньше, напр., чѣмъ для періода отъ 46 до 50 лѣтъ, но процентное отношеніе ихъ къ народонаселенію этихъ возрастовъ получается болѣе высокое именно для престарѣлыхъ субъектовъ ¹⁾. У моихъ

возможна работа; въ немъ много тонкихъ винтиковъ, которые отъ частаго употребленія портятся, что дѣлаетъ опять таки весьма нежелательные перерывы и остановки въ работѣ. Размахи бритвы слишкомъ малы и она укрѣплена недостаточно неподвижно; вообще микротомъ этотъ требуетъ много ухода, осторожности, аккуратности; наконецъ, цѣна его (55 р.) черезъ-чуръ высока.

¹⁾ Прим. Если взять цифры народонаселенія въ Петербургѣ, даже вмѣстѣ съ пригородными мѣстностями, изъ переписи 1881 г., то получится хорошее

ТАВЛИЦА I. Распределение больныхъ по возрасту.

	Круженштернъ.		И Т О Г О.		Альбрехтъ.		MacKenzie.		Petri.		Steiger.		Zenker.		Ziemssen.		Цифры собраны изъ казистикъ авторовъ.		Цифры собраны изъ казистикъ Французскихъ авто- ровъ.		Lebert.
	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	
Отъ 20—30 л.	2	—	2	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ 31—40 „	—	2	2	2	—	8	—	1	1	—	1	—	1	—	2	—	3	—	—	—	—
„ 41—45 „	8	1	9	2	—	28	—	3	1	—	2	—	5	—	4	—	3	—	—	—	—
„ 46—50 „	12	7	19	5	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	7	—	3	—	—	—	—
„ 51—55 „	3	2	5	4	—	34	—	9	1	—	1	—	4	—	7	—	3	—	—	—	3
„ 56—60 „	4	6	10	3	1	—	—	8	—	—	—	—	—	—	7	—	6	—	2	—	1
„ 61—70 „	4	6	10	1	—	24	—	5	1	—	—	—	3	—	5	—	13	—	3	—	5
„ 71—80 „	1	1	2	—	—	6	—	3	—	—	3	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
„ 81 и старше.	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—
ИТОГО . .	34	26	60	18	1	100	3	36	3	7	15	18	36	4	22	36	6	9			

больныхъ выходить, что наибольшее число заболѣваній встрѣчается въ періодѣ отъ 46—50 лѣтъ—почти $\frac{1}{3}$, у Альбрехта больше $\frac{1}{4}$; преобладаніе больныхъ этого возраста и выше было подмѣчено уже Köhler'омъ (стр. 147). Затѣмъ 46,6‰ приходится на періодъ отъ 41—50 лѣтъ; у Альбрехта почти 36,8‰; если сложить наши цифры какъ взятые изъ одного источника вмѣстѣ, то получился приблизительно 44,3‰. У Maskenzie на 100 сл. получился значительно меньшій проц., 28‰. У французскихъ авторовъ 15,7‰, у нѣмецкихъ авторовъ 27,6‰.

Если теперь принять въ соображеніе, что у англичанъ на періодъ отъ 51—60 приходится 34‰, у нѣмцевъ даже 36‰, у французовъ 33,3‰, а у меня 25‰ или вмѣстѣ съ цифрой Альбрехта 29,1‰, то легко убѣдиться, что въ нашихъ наблюденіяхъ ракъ пищевода чаще встрѣчается въ пожиломъ возрастѣ и рѣже въ старческомъ возрастѣ, чѣмъ въ наблюденіяхъ иностранныхъ авторовъ. Средній возрастъ для рака пищевода получился у меня 52,73, у Альбрехта 51 г.; у Lebert'a 60 лѣтъ, (по его таблицѣ онъ уступаетъ въ этомъ отношеніи только раку зѣва (64 года); у Petri 52,8; по собраннымъ мною въ нѣмецкой литературѣ 26 случаямъ 49,45, а во французской литературѣ (42 сл.)—56,46 л.

Относительно возраста мужчинъ и женщинъ у меня оказывается, что средній возрастъ для мужчинъ—50, для женщинъ—56,3 л., т. е., что женщины, умершія отъ рака пищевода, вообще старше мужчинъ. У Maskenzie средній возрастъ для мужчинъ—52,43 г., для женщинъ 44,5 г.; у Habershon'a (на основаніи 21 случая)—56,5 и 46,5 л., т. е., мужчины старше женщинъ и притомъ настолько рѣзко, что у Maskenzie въ возрастѣ отъ 30—40 лѣтъ были только женщины.

По казуистическимъ случаямъ французскихъ авторовъ я опредѣлилъ средній возрастъ для мужчинъ 54,6, для женщинъ 67,6, а у нѣмецкихъ авторовъ для мужчинъ 49 л., для женщинъ 54 г.; т. е., получился тотъ же общій результатъ, что и у меня. Казуистическимъ матеріаломъ я воспользовался по неимѣнію болѣе обширнаго однороднаго матеріала, за исключеніемъ данныхъ (39 сл.) изъ Virchow'скаго анатомическаго института, опубликованнаго въ диссертации Petri; у Petri выходитъ, по моему счету, средній возрастъ для мужчинъ 52,66 л., для женщинъ 55 л. (3 случая!).

подтверженіе только что высказаннаго: въ возрастѣ отъ 40—50 л. всего жителей было 99979, а въ возрастѣ отъ 60 до 70 л.—27012;—выходитъ, что заболѣваемость ракомъ пищевода въ возрастѣ 40—50 л. относится къ таковой въ возрастѣ 60—70 л., приблизительно какъ 28:37.

Разбирая отдѣльные случаи, я не могъ не замѣтить, что ракъ пищевода въ самой глубокой старости (старше 85 лѣтъ) встрѣчался именно у женщинъ, какъ у русскихъ, такъ у нѣмецкихъ и особенно у французскихъ авторовъ; поэтому преобладаніе менѣе старыхъ женщинъ представляетъ, очевидно, особенность англійскихъ паціентовъ. Кстати замѣчу, что у Mackenzie не говорится, къ какому классу народонаселенія относились его наблюденія, а между тѣмъ это, быть можетъ, не лишено значенія.

Таблица II. Распределеніе больныхъ по полу.

	Крузенштернъ.	Альбрехтъ.	Mackenzie.	Petri.	Zenker и Ziemssen.	Проч. нѣмецкіе автор.	По казуист. франц. авторы.	Lebert.
Мужчинъ . . .	34	18	71	41	28	26	48	8
Женщинъ . . .	26	1	29	3	5	4	10	1
Итого .	60	19	100	44	33	30	58	9

Вліяніе пола ясно видно изъ таблицы II; сравнительно съ данными заграничныхъ авторовъ, въ моихъ случаяхъ преобладаніе мужскаго пола выражается далеко не столь рѣзко. Пытаясь объяснить это обстоятельство, я останавливаюсь на слѣдующихъ условіяхъ, имѣющихъ значеніе для больныхъ Обуховской больницы вообще и за выбранный мною промежутокъ времени въ частности. Заболѣвшіе хроническою болѣзью мужчины, по нашимъ личнымъ наблюденіямъ, чаще уѣзжаютъ на родину, гдѣ они могутъ скорѣе разсчитывать на пріютъ, чѣмъ женщины; для эпидемическаго времени (напр. 1878, 1881) могли оказать вліяніе мѣстныя условія нашей больницы, составляющей центръ инфекціонныхъ больныхъ. Такъ какъ инфекціонные больные принимаются въ Обуховскую больницу предпочтительно передъ хроническими, то въ эти годы мужскія отдѣленія были переполнены заразными больными, женскія же отдѣленія не столь сильно осаждались ими. Отчего это зависить я здѣсь касаться не буду; фактъ тотъ, что въ женскихъ отдѣленіяхъ чаще находились свободныя койки для хроническихъ, въ томъ числѣ и раковыхъ больныхъ, тогда какъ подобнымъ больнымъ—мужчинамъ приходилось отказывать въ пріемѣ и направлять въ больницы болѣе отдаленныя. Этимъ я главнымъ образомъ объ-

яснилъ бы то, что въ 1880 г. на вскрытіи не оказалось за цѣ-
лый годъ ни одного умершаго отъ рака пищевода мужчины.

На относительное въ сравненіи съ наблюденіями др. авторовъ боль-
шое количество женщинъ не безъ вліянія оказывается, вѣроятно,
также пристрастіе Петербургскихъ женщинъ рабочаго класса къ
горячему чаю и особенно кофе (который зачастую глотається въ по-
пыхахъ, на скорую руку) и наконецъ, вліяніе злоупотребленія
спиртными напитками, которое въ Россіи между женщинами бѣд-
наго класса, кажется, болѣе распространено, чѣмъ за границей.

О вліяніи алкоголизма, сказывающемся, какъ я думаю, уже
въ значительномъ преобладаніи мужскаго пола вездѣ, а особенно за
границей, говорили уже старые авторы и о немъ много толкуютъ
Albers (въ 49 случаяхъ различныхъ болѣзней пищевода, но пови-
димому, главнымъ образомъ раковыхъ изъязвленій было 35 пьяницъ),
Schmalz, Bleuland и другіе, а за ними и почти всѣ наблю-
датели. Въ нашихъ случаяхъ очень сильное злоупотребле-
ніе спиртомъ на основаніи анамнеза констатировано въ сл. 58,
38 и 14; всего въ 3 случаяхъ. Остальные больные отвѣчали на
этотъ вопросъ, особенно въ первые дни поступленія въ больницу
неопредѣленно: водку вообще употребляли и хотя пьяницами себя не
считали, но во хмѣлю бывали нерѣдко. Какъ вліяютъ спиртные
напитки, механически-ли, путемъ раздраженія самаго пищевода, или
вслѣдствіе общаго пораженія всего организма, а въ томъ числѣ и
пищевода, сказать трудно. Замѣчу только, что трупныя измѣненія,
свойственныя въ большей или меньшей степени алкоголизму, встрѣ-
чаются не особенно часто; циррозъ печени, напр., у меня помѣченъ
2 раза; измѣненія желудка и стѣнокъ сосудовъ могли быть и дру-
гаго происхожденія (нецѣлесообразная пища, возрастъ и пр.).

На вліяніе травмы и проглатываніе ѣдкихъ жидкостей указы-
вается не часто. У насъ всего на всего въ одномъ случаѣ 42.

Объясненіе болѣзни плохо проглоченными и застрявшими кус-
ками пищи, какъ это думаютъ нѣкоторые, не можетъ идти въ раз-
счетъ, такъ какъ застрѣваніе кусковъ, по моему мнѣнію, могло быть
слѣдствіемъ, а не причиною раковаго суженія пищевода. Ziem-
sen приводитъ (стр. 166) случай, гдѣ поврежденіе костью послу-
жило благопріятствующимъ поводомъ для развитія рака даже у мо-
лодаго субъекта. Сюда же относятся горячіе напитки, какъ чай,
кофе, жирные щи и проч. Нѣкоторые лица въ состояніи проглаты-
вать совершенно свободно поразительно горячія жидкости, кото-
рыхъ другія не рѣшились бы въ ротъ взять. Въ нашихъ случаяхъ

на это было указано самими больными 2 раза (сл. 38 и 58). Этот этиологический моментъ приводится также С. Siemon'омъ (стр. 6), Fritsche (8-й случай), Henoch'омъ и Romberg'омъ (стр. 130) и друг.

Вліяніе простуды было указано въ 1 случаѣ; больная (сл. 27) рассказывала, что послѣ простуды у нея появилась боль въ горлѣ, особенно при глотаніи, не исчезнувшая и послѣ; у нея оказался ракъ въ глоткѣ и въ пищеводѣ. Аналогичный случай описанъ у Bri-cheteau (цит. по Mondière). Простуду обвиняли особенно часто старые авторы: Jaeger, Walter, Radius, Schönlein, Hübener и друг.

Сифилисъ указанъ въ трехъ случаяхъ (33, 38, 58); очень возможно, что эти цифры ниже дѣйствительности.

О другихъ предшествовавшихъ болѣзняхъ и ихъ вліяніи по нашимъ случаямъ судить невозможно: показанія слишкомъ сбивчивы. Я обращаю только вниманіе на часто встрѣчающіяся сращения грудныхъ плевъ, которыя въ извѣстной степени должны измѣнять конфигурацію и подвижность пищевода и, вѣроятно, составляютъ одинъ изъ, такъ сказать, механическихъ этиологическихъ моментовъ.

Въ этомъ же смыслѣ, быть можетъ, имѣетъ значеніе искривленіе позвоночника (сл. 3), окостенѣніе перстневиднаго хряща и трахеальныхъ колець (сл. 38, 40), измѣненія въ положеніи желудка вслѣдствіе сращеній со смежными органами и проч.

Заканчивая разборъ этиологическихъ моментовъ рака пищевода, я долженъ сознаться, что наши случаи даютъ мало поучительныхъ данныхъ; рѣшеніе этихъ вопросовъ, у насъ только намѣченныхъ, принадлежитъ будущему.

Продолжительность.

Продолжительность раковыхъ страданій вообще прежде всего зависитъ отъ мѣста пораженія. Въ таблицѣ Lebert'a, гдѣ онъ размѣстилъ раковыя страданія различныхъ органовъ по частотѣ ихъ пораженія, пищеводъ занимаетъ какъ разъ середину, а именно 10-е мѣсто съ начала и съ конца, (рядомъ съ желудкомъ). Продолжительность рака пищевода обыкновенно высчитывается съ момента появленія первыхъ затрудненій глотанія. Но такъ какъ болѣзнь развивается исподоволь, то опредѣленіе начала ея прежде всего зависитъ отъ интеллигентности больныхъ и внимательности ихъ къ себѣ. Наши больные въ Обуховской больницѣ принадлежатъ къ бѣдному рабочему классу, непривыкшему и не имѣющему возможности наблюдать за собой и за своими ощущеніями, вслѣдствіе этого слѣ-

дуетъ ожидать, что они обратятъ вниманіе на свой недугъ только тогда, когда онъ уже находится въ полномъ развитіи. Съ другой стороны понятно, что продолжительность всякой болѣзни, при которой больные погибаютъ медленно вслѣдствіе истощенія, находится въ прямой зависимости отъ тѣхъ гигиеническихъ условій, которыми могутъ окружить себя больные. Въ этомъ смыслѣ нельзя придумать болѣе неблагоприятной обстановки для нашихъ больныхъ, чѣмъ ту, въ которой они живутъ. При затрудненномъ глотаніи питаются не особенно доброкачественными и сравнительно мало питательными веществами, напр., картофелемъ, хлѣбомъ, кашей, совсѣмъ не употребляютъ мяса, молока, что можетъ губительнѣе вліять на силы больныхъ, подрываемыя раковымъ процессомъ? Кромѣ того, они не пользуются никакими гигиеническими удобствами въ смыслѣ душевнаго спокойствія, хорошаго воздуха, посильной работы и проч.,—это все чернорабочіе, зарабатывающіе свой кусокъ хлѣба поденнымъ трудомъ и неувѣренные, что они завтра тоже будутъ сыты.

Такимъ образомъ наши цифры уже а priori должны быть ниже другихъ цифръ авторовъ, которые выводы свои дѣлали изъ менѣе однороднаго матеріала. И въ дѣйствительности полученная нами средняя цифра=почти $5\frac{1}{2}$ мѣс. ниже цифръ Lebert'a, получившаго въ среднемъ 13 мѣс. и Mackenzie 8 мѣс. У M. minimum=5 недѣль, maximum=16 мѣс.; у меня max. 2 года, min. 5 нед. Относительно

Табл. III. Продолжительность болѣзни.

	У Крузенштерна.		У французс. ав- торовъ (по ка- зуист. случа- ямъ).	У нѣмецк. авто- ровъ (по казу- ист. случаямъ).
	муж.	жен.		
Менѣе 2 мѣсяцевъ.	2	3	—	—
Отъ 2—3 „	4	3	—	—
„ 3—4 „	8	2	1	—
„ 4—6 „	2	4	4	8
„ 6—9 „	9	2	2	6
„ 9—12 „	1	1	2	3
„ 12—15 „	1	3	2	1
„ 15—20 „	—	—	—	2
„ 20 и болѣе .	2	—	—	2
Итого. .	29	18	11	22

вліянія пола и возраста на продолжительность рака пищевода наши исторіи болѣзни не позволяютъ сдѣлать какихъ-либо положительныхъ выводовъ; у женщинъ продолжительность болѣзни почти таже, что у мужчинъ, у старыхъ и пожилыхъ субъектовъ она тоже почти одинакова, поэтому соотвѣтствующихъ таблицъ я не привожу.

Табл. IV. Время пребыванія въ больницѣ.

	у Крушенгерна.	у Альбрехта.	у французск. ав- торовъ (по ка- зуист. случа- ямъ).	у нѣмецк. авто- ровъ (по казу- ист. случаямъ).
Менѣе сутокъ. . .	5	4	1	—
До 1 недѣли . . .	15	2	—	2
» 2 недѣль . . .	7	6	1	5
» 4 » . . .	11	5	2	3
Отъ 2 мѣсяцевъ . .	15	—	2	1
» 2—4 » . . .	7	2	2	1
» 4—6 » . . .	—	—	2	4
» 6—9 » . . .	—	—	2	—
» 9—12 » . . .	—	—	—	1
Болѣе 1 года . . .	—	—	1	—
Итого. . .	60	19	13	17

Для опредѣленія времени, когда наши больные сочли нужнымъ обратиться къ врачебной помощи, я составилъ таблицу пребыванія ихъ въ больницѣ. Данные эти имѣютъ громадную важность по отношенію къ прогнозу, къ хирургическимъ пособіямъ, равно какъ къ примѣненію систематическаго зондированія. Таблица эта показываетъ, что больше половины (38 изъ 60) больныхъ поступили только за 2—3—4 недѣли и даже за нѣсколько дней до смерти; цифры Альбрехта показываютъ это еще рѣзче. Просматривая казуистику нѣмецкихъ авторовъ (только въ 16 сл. существовали указанія на время пребыванія больныхъ въ больницахъ), я нашелъ тоже очень короткое пребываніе ихъ въ больницѣ, но это зависитъ отъ того, что эти случаи были опубликованы по большей части по причинѣ какихъ-либо рѣдкихъ осложнений, въ большинствѣ случаевъ ускорявшихъ смертельный исходъ (прободеніе въ сосѣдніе органы и проч.). Случаи французскихъ врачей, опубликованные въ *Bullet. de la soc. anat.* болѣе однородны и потому болѣе поучительны: изъ 13 больныхъ 9 пробыли въ больницѣ больше мѣсяца; затѣмъ одинъ изъ

этихъ больныхъ поступилъ въ больницу почти за годъ до смерти, у насъ же ни одинъ больной не поступалъ ранѣе 4 мѣсяцевъ до летальнаго исхода.

Припадки.

Въ разборѣ припадковъ, наблюдавшихся при ракѣ пищевода, какъ въ моихъ случаяхъ, такъ и въ случаяхъ авторовъ, я прежде всего буду говорить о тѣхъ симптомахъ, которые обуславливаются измѣненіями самого пищевода, затѣмъ перейду къ тѣмъ, которые зависятъ отъ вовлеченныхъ въ страданіе сосѣднихъ органовъ и наконецъ перечту вкратцѣ тѣ явленія, которыя вызывались заболѣваніемъ заноснымъ раковымъ процессомъ отдаленныхъ органовъ; въ заключеніе будетъ сказано нѣсколько словъ объ осложненіяхъ, не имѣющихъ прямаго отношенія къ основной болѣзни.

Самый существенный и притомъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ самый первый припадокъ—есть затрудненное проглатываніе пищи — дисфагія; онъ состоитъ въ появленіи препятствія для прохожденія пищи въ желудокъ. (Для отличія отъ акта глотанія, передвиженія пищи изъ полости рта въ полость глотки и пищевода, я буду употреблять выраженіе проглатываніе). Внимательные къ себѣ больные указывали иногда какъ на первый беспокоившій ихъ припадокъ—ощущеніе прохожденія пищи по пищепроводной трубкѣ или чувство царапанія въ ней. Припадокъ этотъ развивается исподволь, сперва (при совершенно нормальномъ актѣ глотанія) въ видѣ ощущенія застрѣванія твердой пищи, которая проskalъзываетъ только послѣ нѣсколькихъ глотковъ жидкости. Ощущенія эти въ первое время не отличаются постоянствомъ, мало беспокоятъ больныхъ, многіе даже не обращаютъ на него вниманія и только при разспросѣ врача припоминаютъ случившееся нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ. Случай Гауровича замѣчателенъ особенно въ томъ отношеніи, что его интеллигентный паціентъ нѣсколько мѣсяцевъ объяснялъ это затрудненное проглатываніе, которое было настолько рѣзко, что его замѣчали даже другіе, поперхиваніемъ.—Черезъ нѣкоторое время ощущеніе застрѣванія пищи становится рѣзче, больные давятся и иногда долго не могутъ отвязаться отъ этого тягостнаго, впрочемъ, не причиняющаго значительной боли, чувства, не смотря на повторные глотки воды. Иногда дисфагія появляется при различныхъ раздраженіяхъ: при психическомъ возбужденіи, при горячей или очень холодной пищѣ, но всего чаще при прогла-

тываніи плохо пережеванной плотной пищи. Нѣкоторые авторы говорятъ, что при мягкихъ, но значительныхъ раковыхъ разрощеніяхъ, проскальзываніе жидкихъ веществъ встрѣчаетъ очевидное препятствіе, тогда какъ, наоборотъ, плотныя вещества проходятъ легче, свободнѣе. Въ моихъ случаяхъ объ этомъ не было заявлено больными ни разу. Вообще говоря, затрудненное проглатываніе развивается при раковомъ суженіи медленнѣе, чѣмъ при суженіи пищевода отъ другихъ причинъ. Иногда больные говорятъ о томъ, что пища, пройдя черезъ одно препятствіе, наталкивается ниже на слѣдующее, даже на нѣсколько препятствій. Не говоря уже о томъ, что въ пищеводѣ можетъ быть нѣсколько узловъ (въ нашихъ случ. это наблюдалось нѣсколько разъ), это указаніе заслуживаетъ вниманія даже при одиночныхъ пораженіяхъ пищевода, такъ какъ, кромѣ механическаго заслоненія просвѣта, вслѣдствіе разросшагося новообразованія, дисфагическія явленія могутъ быть вызваны еще судорожными сокращеніями мышцъ пищеводной стѣнки, которыя къ тому же часто бываютъ гипертрофированными ¹⁾). Раздраженіе известнаго участка пищевода пищевымъ комкомъ вызываетъ мѣстную судорогу пищеводныхъ мышцъ, просвѣтъ суживается, пища останавливается; привыкнувъ къ раздраженію, мышцы расслабляются, судорога исчезаетъ, и пища продвигается дальше, но достигнувъ участка, не принимавшаго участія въ судорогѣ, вызываетъ здѣсь тотъ же эффектъ и т. д. Кромѣ того, въ происхожденіи дисфагии можетъ играть роль приращеніе пищевода къ окружающимъ болѣе фиксированнымъ, чѣмъ самъ пищеводъ, органамъ (позвоночникъ, трахея и ея крупныя вѣтви и т. д.,) какъ вслѣдствіе разрощенія окружающей пищеводъ клѣтчатки, которое происходитъ отъ реактивныхъ воспалительныхъ процессовъ, вызываемыхъ почти всегда раковымъ новообразованіемъ, вообще, такъ и вслѣдствіе предшествовавшихъ самостоятельныхъ воспалительныхъ явленій въ плеврѣ, которыя встрѣчались довольно часто.

¹⁾ Чтобы пояснить сказанное очень рѣзкимъ примѣромъ, я могъ бы указать на одинъ случай изъ женскаго отдѣленія Обуховской больницы, гдѣ не только была рѣзко выражена дисфагія, но и зондъ діаметромъ въ $\frac{1}{2}$ см. встрѣчалъ препятствіе, правда, спустя нѣкоторое время оказавшееся преодолимымъ. Вскрытіе показало, что дѣло шло о значительномъ расширеніи всего просвѣта пищевода и о сильной гипертрофіи мышечной стѣнки, но никакихъ слѣдовъ (при микроскопическомъ изслѣдованіи) новообразованія не оказалось. Стенозъ вызывался, слѣдовательно, исключительно судорожной гипертрофіею мышечной оболочки. Случай этотъ готовится къ печати.

Нормально пищеводъ, собственно говоря, не столько соединенъ, сколько, по удачному выраженію Hamburger'a, изолированъ рыхлой клѣтчаткой отъ смежныхъ органовъ. Если теперь вслѣдствіе различныхъ патологическихъ условій такая изолировка органа замѣняется болѣе или менѣе плотными приращеніями его къ смежнымъ органамъ, то понятно, что они должны измѣнить конфигурацію пищевода, которая можетъ нарушить функцію пищевода и вызвать различныя уклоненія въ прохожденіи пищи по пищеводу, т. е., припадки дисфагіи, хотя они не всегда, быть можетъ, замѣтны при обыкновенномъ изслѣдованіи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мое вниманіе было обращено на стараніе больныхъ дѣлать при застрѣваніи пищи извѣстнаго рода глотательныя движенія, много разъ кончавшіяся успѣхомъ. Если ракъ сидѣлъ вверху, то это было совершенно понятно, но это же я наблюдалъ (сл. 40, 38) при локализации рака въ средней части пищевода. У всѣхъ этихъ больныхъ наблюдалась гипертрофія мышечнаго слоя. Я остановился на слѣдующемъ предположеніи: страдающихъ дисфагіею нужда заставляетъ такъ много упражнять свой глотательный и проглатывающій аппараты, что они, быть можетъ, выучиваются произвольно сокращать гладкія мышцы пищевода. Допуская, что это очень смѣлая гипотеза, я сошлюсь, однако, на случай д-ра Берлякова (Врачъ 1880 г., стр. 139), гдѣ больной, страдавшій слизистыми папулами задняго прохода, послѣ нѣкоторыхъ попытокъ выучился произвольно открывать задній проходъ и держать его открытымъ минутъ 10—15; тишина и темнота были необходимыми для него условіями. Если чловѣкъ въ состояніи, въ исключительныхъ, правда, случаяхъ управлять гладкими мышцами прямой кишки, то почему же это невозможно для пищеводныхъ мышцъ? Аналогія здѣсь тѣмъ болѣе полная, что въ обоихъ органахъ происходитъ постепенная замѣна поперечно-полосатыхъ мышцъ гладкими мышцами. Допустить, что здѣсь проталкивающимъ образомъ дѣйствовала проглатываемая слюна, я не могу, потому что запиваніе водой въ обоихъ сл. не вызывало никакого эффекта. Остается еще сказать, что для достиженія своей цѣли больные ложились на кровать, предавались покою (просили не тревожить ихъ и закрывали глаза) и черезъ нѣкоторое время заявляли, что пища прошла.—Но большинство больныхъ всегда старались встать или по крайней мѣрѣ сидѣть, когда приступали къ ѣдѣ.

Наконецъ, одна изъ важныхъ причинъ, вызывающихъ дисфагію составляетъ атрофія мышечнаго слоя пищевода: пища не можетъ пройти по пищеводу не только вслѣдствіе существованія препят-

ствія, но и вслѣдствіе паретическаго состоянія мышцъ, которыя оказываются атрофированными и недостаточными для продвиганія пищевого комка. Атрофія мышечнаго слоя встрѣтилась у меня во многихъ случаяхъ и наблюдалась главнымъ образомъ при высокой локализациі раковъ, или въ такихъ случаяхъ, гдѣ раковая инфильтрація распространялась вверхъ преимущественно въ глубокихъ слояхъ стѣнокъ пищевода. Этому обстоятельству приписывалъ большое значеніе уже Albers. Изъ другихъ авторовъ лишь немногіе принимаютъ его въ соображеніе; наоборотъ, они придаютъ большое значеніе нерастяжимости и твердости стѣнокъ пищевода, вслѣдствіе раковой инфильтраціи, разрошенія соединительной ткани и гипертрофіи мышцъ. Первые 2 условія вліяютъ несомнѣнно, третье же можно оспаривать. Гипертрофія мышцъ вызывается чрезмѣрнымъ упражненіемъ ихъ и нѣтъ достаточно вѣскихъ основаній допускать, чтобы они такъ нецѣлесообразно гипертрофировались, что вызываютъ неподвижность стѣнокъ пищевода. На гипертрофію мышцъ слѣдуетъ, мнѣ кажется, здѣсь смотрѣть какъ на *vis medicatrix naturae*, хотя новообразованныя мышцы, не такъ правильно иннервируемыя, отвѣчаютъ на раздраженія болѣе энергично, чѣмъ нормальныя мышцы и часто приходятъ въ судорожное состояніе, которое можетъ вызвать дисфагію.

Если дисфагія не сопровождалась болью, то наши больные поступали въ больницу очень часто только тогда, когда постепенное усиленіе припадка достигало своего аспе, т. е., когда наступала полная непроходимость пищевода даже для глотка воды. Этотъ отчаянный симптомъ, къ счастью, обыкновенно длился не долго. Улучшеніе проглатыванія для жидкой пищи наступало или самопроизвольно, или благодаря введенію зонда. Это улучшеніе глотанія, которое наблюдается часто, можетъ зависѣть опять таки отъ двухъ причинъ: или вслѣдствіе прекращенія судорожнаго состоянія отъ психическихъ причинъ (больной надѣется найти облегченіе, успокоивается, что нашелъ пріютъ и не долженъ заботиться о своемъ пропитаніи и проч.), или же зависить отъ начинающагося распада и разрушенія новообразованныхъ массъ, которыя закупоривали просвѣтъ пищевода. Второе объясненіе особенно относится къ тѣмъ улучшеніямъ проглатыванія, которыя повременамъ наблюдались въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни. Наконецъ, улучшеніе проглатыванія нерѣдко замѣчается незадолго передъ смертію послѣ совершившагося прободенія, особенно въ легкое или въ полость плевры, гдѣ иногда находятъ довольно большое количество пищи, на кото-

рую больной съ жадностью набрасывается, какъ только почувствуетъ, что можетъ глотать.

Вообще говоря, облегченіе проглатыванія, въ виду сказаннаго, чаще составляетъ неблагоприятный признакъ, если только оно не обусловливается систематическимъ зондированіемъ и растяженіемъ суженнаго мѣста пищевода.

Отрыганіе. Понимая подъ отрыжкой и рвотой обратное выведеніе веществъ изъ желудка, подъ выраженіемъ отрыганіе, *regurgitatio*, разумѣютъ обратное выведеніе проглоченныхъ веществъ, не дошедшихъ до желудка и остановившихся гдѣ нибудь въ пищеводѣ, благодаря существующему препятствію. Припадокъ этотъ встрѣчался почти во всѣхъ случаяхъ съ довольно большимъ постоянствомъ. Если раковое суженіе, какъ показывало вскрытіе, находилось высоко, то отрыганіе почти неизмѣненной, только смѣшанной со слюной пищи вызывалось быстро. Въ случ. 41, у котораго былъ ракъ глотки и начальной части пищевода были въ сущности только попытки проглотить воду и молоко, такъ какъ почти все набранное въ ротъ отрыгалось тотчасъ же и лишь чрезвычайно малое количество жидкости просачивалось въ пищеводъ внизъ, что обнаруживалось шипящимъ шумомъ, слышимымъ даже на разстояніи. При ракъ въ средней трети отрыганіе наступало въ большинствѣ случаевъ минуты 2, много 5 спустя. Гораздо дольше оставалась принятая пища при ракъ въ нижней половинѣ, особенно когда, какъ это было въ случаяхъ 46, 37, не существовало гипертрофіи мышечной оболочки. При высокомъ и среднемъ ракъ отрыганіе происходило безъ всякаго усилія со стороны больного, появляясь нерѣдко совершенно внезапно, неожиданно и при томъ зачастую малыми порціями. При нижнемъ ракъ появлялись нерѣдко предварительныя тошнотныя движенія (при участіи мышцъ брюшнаго пресса), за которыми слѣдовали повторныя отрыганія уже бѣльшаго количества и болѣе измѣненной пищи. Иногда пищевыя вещества, особенно плотныя или немного размягченныя, скопляются въ пищеводѣ въ большомъ количествѣ и выводятся обратно при сильныхъ тошнотныхъ движеніяхъ, сопровождающихся болью (случ. 38, 46); объ томъ же говорятъ многіе авторы.

Настоящая рвота встрѣчается нерѣдко въ ту пору, когда пища проходитъ сравнительно свободно въ желудокъ и составляетъ одинъ изъ довольно частыхъ припадковъ перваго періода болѣзни. Рвотныя массы, сходныя по своему внѣшнему виду съ кофейной гущей и столь характерныя для рака желудка, въ нашихъ случа-

яхъ при чистыхъ несложненныхъ ракахъ не наблюдались; о возможности этого явленія говорить Oppolzer. (Въ нашемъ сл. 18, гдѣ это явленіе имѣло мѣсто, существовалъ, кромѣ рака пищевода, ракъ желудка). Примѣсь небольшого количества крови къ рвотнымъ или отрыгаемымъ массамъ встрѣчалась въ нашихъ случаяхъ нѣсколько разъ.

Какъ затрудненное проглатываніе, такъ и отрыганіе указываютъ на суженіе просвѣта пищевода; послѣднее опредѣляется, какъ извѣстно, помимо субъективныхъ ощущеній, глоточнымъ зондомъ и выслушиваніемъ. Относительно введенія глоточнаго зонда я не могу ничего существеннаго прибавить къ тому, что сдѣлалось давно достояніемъ всякаго врача. У нашихъ больныхъ зондированіе часто вовсе не примѣнялось по двумъ причинамъ: во 1-хъ, больные часто поступали въ такомъ безнадежномъ состояніи, что объ обстоятельномъ изслѣдованіи не могло быть рѣчи; напомнимъ, что четверо нашихъ больныхъ умерло до истеченія первыхъ сутокъ; во 2) въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ виду поздняго поступленія больныхъ или въ виду осложненій со стороны легкихъ или другихъ явленій, ординаторы справедливо опасались вызвать прободеніе пищевода, и отказывались отъ этого способа изслѣдованія. Подобно пищевому комку, зондъ можетъ встрѣтить сопротивленіе вслѣдствіе судорожнаго состоянія гипертрофированной мышечной стѣнки; это же обстоятельство нерѣдко вводило въ заблужденіе, въ особенности въ первое время наблюденія, относительно мѣста нахожденія суженія.—Нѣсколько разъ однако мнѣ удавалось уничтожить судорожное состояніе въ пищеводѣ и остановиться только на органическомъ суженіи. Это оказывалось возможнымъ особенно тогда, когда больные хорошо переносили зондированіе и уже нѣсколько привыкли къ нему; я оставлялъ на 1—2 минуты зондъ въ пищеводѣ, заставлялъ больного глубоко дышать и отвлекалъ его вниманіе; иногда спустя нѣкоторое время зондъ при самыхъ слабыхъ движеніяхъ пальцами протаскивался дальше внизъ, пока наконецъ не останавливался на препятствіи непреодолимомъ, или хотя преодолимомъ, но значительно болѣзненнымъ. (Нѣчто подобное случалось у больныхъ во время питья или ѣды; первыя порціи проглоченнаго выводились обратно, черезъ нѣкоторое же время проглатываніе совершалось относительно свободно).—Усилій при зондированіи по понятной причинѣ никогда не производилось. При зондированіи нерѣдко появлялось нѣсколько капель крови; это явленіе съ большою вѣроятностью говорить за образовавшееся изъязвленіе.

Для діагностических цѣлей лучше было бы брать каучуковый зондъ съ окошечками, такъ какъ застрѣвающія иногда въ нихъ частички опухоли могутъ при микроскопическомъ изслѣдованіи поставить распознаваніе рака пищевода внѣ сомнѣній, но мнѣ кажется, что онъ нѣсколько опаснѣе; тонкой китовой палочкой движенія пальцами производятся нѣжнѣе, чѣмъ болѣе толстымъ каучуковымъ зондомъ.

Выслушиваніе проглатыванія жидкостей, предложенное Hamburger'омъ съ такимъ увлеченіемъ, дало намъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ удовлетворительные результаты.

Въ случаѣ 41 шипящій шумъ начинался тотчасъ при глотаніи, былъ слышенъ рѣзко даже на разстояніи (этотъ случай я наблюдалъ вмѣстѣ съ докторомъ Е. К. Левисомъ) и былъ очень продолжителенъ.

Въ случаѣ 37 нормальный скользящій шумъ при проглатываніи жидкости останавливался на уровнѣ 2 груднаго позвонка и совершенно заглушалъ тѣ шумы, которые, какъ мы ожидали, должны были бы дать тѣ незначительныя количества жидкости, которыя просачивались черезъ суженное мѣсто.

Въ случаѣ 46 на уровнѣ 5 позвонка, слышался продолжительный шумъ тренія или бульканія жидкости. Бульканіе яснѣе всего было слышно обыкновенно у начала мѣсторожденія шума и исчезало при повторныхъ глоткахъ; оно зависитъ отъ смѣшенія воздуха, находящагося въ пищеводѣ, съ проглоченной жидкостью. Замѣчу, что для изслѣдованія шума глотанія не слѣдуетъ употреблять очень холодной воды: однажды она вызвала довольно значительную боль и чувство стягиванія.

Боль. Пищеводъ, какъ извѣстно, отличается своею малою чувствительностью; эта особенность сохраняется за нимъ до извѣстной степени даже при глубокихъ раковыхъ пораженіяхъ, если только при этомъ не затронуты сосѣдніе органы, а особенно нервные пути непосредственно или близь него лежащіе. Чаще всего наши больные жаловались на чувство напряженія и давленія или на тупую боль, существовавшую самородно, усиливавшуюся при проглатываніи особенно горячей пищи, при зондированіи и достигавшую очень высокой степени при бурной рвотѣ. Жгучія, рѣзкія, пронизывающія боли наблюдались рѣдко. Только при шейныхъ ракахъ пищевода мѣсто ощущенія боли болѣе или менѣе точно соотвѣтствовало локализациі рака. Обыкновенно же получались неопредѣленные, иногда прямо невѣрные указанія. Тоже самое приводится и другими наблюдателями. Осо-

бенно поучителенъ въ этомъ отношеніи случай Hartung'a, гдѣ больной самъ былъ врачомъ и опредѣлялъ мѣсто боли какъ разъ соотвѣтственно кардин, между тѣмъ какъ ракъ сидѣлъ на уровнѣ втораго груднаго позвонка.

Боли отдаются иногда въ позвоночникъ (давленіе на остистые отростки не всегда усиливало боль), въ плечи, въ лѣвую руку, въ область уха. Жалобы на боли до того постоянны, какъ въ случаяхъ авторовъ, такъ и въ нашихъ, что имъ нельзя не приписывать важнаго значенія въ картинѣ припадковъ рака пищевода. У насъ встрѣтился только одинъ случай, гдѣ больной никакихъ болей не ощущалъ, съ другой стороны въ литературѣ извѣстны случаи, гдѣ онѣ играли столь выдающуюся роль, что припадки раковаго суженія пищевода совершенно ускользнули отъ вниманія врачей.

Въ 36 случаяхъ (изъ 59) жалобы больныхъ на боли записаны не только въ первый день поступленія при собираніи анамнеза, но и часто повторялись въ ежедневныхъ записяхъ ординаторовъ. Тупая боль исключительно при глотаніи отмѣчена у 6 больныхъ, позади грудины и въ ней самой 4 раза, въ подложечной области 13, въ правомъ боку 3, въ области гортани 2 раза. Боли отдавались въ спину, обыкновенно между лопатками, 5 разъ; въ области шеи, затылка и уха одинъ разъ. Въ остальныхъ случаяхъ настоятельныхъ жалобъ на боль не было, или онѣ, очевидно, зависѣли отъ осложнений. Marchand обращаетъ особое вниманіе на пронизывающія боли, получающія нерѣдко невралгическій характеръ; онъ самъ наблюдалъ подобный случай (стр. 29) и кромѣ того собралъ нѣсколько поучительныхъ въ этомъ отношеніи наблюденій. Въ его собственномъ сл. невралгическимъ болямъ предшествовало чувство давленія, стѣсненія въ груди; во время болевого приступа боль главнымъ образомъ сосредоточивалась въ области epigastrii и отдавалась въ плечо. Въ его XIII случаѣ (заимствованномъ изъ Bull. de la soc. anat. 1874 p. 669) рѣзкая боль позади грудины при глотаніи составляла одинъ изъ первыхъ припадковъ болѣзни. Въ случаѣ Grisolle'я (ibid. 1833, p. 118), тупая боль появлялась въ началѣ на многихъ мѣстахъ, а позднѣе исключительно въ нижней части пищевода; въ послѣдствіи у больного наблюдались приступы межреберной невралгіи, причемъ боли иррадіировали въ позвоночникъ между лопатками и въ брюшные покровы (ракъ сидѣлъ въ средней трети пищевода). Въ случаѣ Fritsche тоже наблюдались сильныя боли, отдававшія въ лѣвое плечо, въ лѣвый бокъ и распространявшіяся дальше по лѣвой половинѣ живота. Эти приступы боли, зависящіе не отъ осложнений (плеври-

тических измѣненій, напр.), вызываются или усиливаются при глотаніи, кромѣ того, сопровождаются приступами удушья, (съ которыми они совпадаютъ или чередуются) и, какъ утверждаетъ Marchand, припадками сердцебіенія, явленіями *anginae pectoris* (въ нашихъ случаяхъ этого не наблюдались ни разу). Боли могутъ зависить отъ прижатія межреберныхъ нервовъ, вѣтвей блуждающаго нерва, тѣмъ болѣе, что въ моихъ случаяхъ значительные приступы боли довольно часто сочетались съ отдышкой и приступами удушья; въ случаяхъ, собранныхъ Marchand'омъ, это сочетаніе представлялось еще рѣзче. Межреберной невралгіи у насъ не наблюдалось, она можетъ обуславливаться прижатіемъ межреберныхъ нервовъ новообразованіемъ (Marchand). Иррадирующія боли въ область шеи, затылка, въ плечо, руку и пр., могутъ быть объяснены анастомозами вѣтвей блуждающаго нерва съ шейными нервами. У очень многихъ больныхъ боли появлялись преимущественно или съ особенной жестокостью ночью. На значеніе ночныхъ болей обратилъ вниманіе главнымъ образомъ Ziemssen.

Таковы мѣстные припадки, свойственные собственно раковому суженію пищевода.

Къ сопутствующимъ припадкамъ со стороны пищеварительнаго аппарата надо упомянуть о слѣдующихъ:

Аппетитъ обыкновенно сравнительно хорошъ, неудача въ проглатываніи не останавливаетъ больныхъ отъ времени до времени снова повторять попытку съѣсть что-нибудь. Про больныхъ ракомъ пищевода можно дѣйствительно сказать, что они отучаются отъ ѣды; при тѣхъ незначительныхъ количествахъ пищи, которыя поступали въ послѣднія недѣли жизни въ желудокъ, нужно было удивляться, какъ больные сравнительно мало жаловались на чувство голода; исключеніе составляли жалобы на волчій голодъ въ сл. 38 и 58; первый больной не только много страдалъ отъ голода, но и отличался обжорствомъ, несмотря на постоянную рвоту послѣ ѣды. Гауровичъ былъ также пораженъ какъ плохъ былъ аппетитъ у его пациента, какъ долго (4 мѣсяца) онъ прожилъ при почти полномъ отсутствіи пищи и какъ онъ сравнительно мало исхудалъ. Въ случаѣ 14 нѣкоторое время наблюдалась полная потеря аппетита. Иностранные авторы, наблюдавшіе нерѣдко очень интеллигентныхъ больныхъ и притомъ въ частной практикѣ, гдѣ субъекты передаютъ свои ощущенія съ особенною подробностью, тоже мало наираютъ на ощущеніе голода. Я готовъ даже сказать, что Обуховскіе пациенты больше страдали отъ сознанія, что они не могутъ ѣсть, чѣмъ отъ чувства голода. Извѣстно, вѣдь,

что больные, особенно страдающіе острыми болѣзнями, прежде и больше всего жалуются при распросахъ врача на отсутствіе аппетита.

Языкъ большею частью не представлялъ никакихъ особенныхъ измѣненій. Языкъ дѣлался сухимъ и обложеннымъ съ довольно большимъ постоянствомъ при осложненіи пнеймоніею, гангреной легкихъ и проч.

Усиленная жажда наблюдалась особенно въ случ. 37, 38, 40; замѣчу, однако, что въ сл. 38 наблюдалось увеличенное слюноотеченіе.

Слюноотеченіе наблюдалось въ рѣзкой формѣ 7 разъ (10, 30, 38, 41, 44, 57, 58). Въ 38 впрочемъ, существовалъ и сифилисъ, такъ что относительно этого больного трудно особенно настаивать на томъ, что этотъ припадокъ былъ только въ связи съ ракомъ пищевода, хотя больной увѣрялъ, что до появленія затруднительнаго глотанія у него слюноотеченія не было.

Слюнные железы въ сл. 38 были специально изслѣдованы докторомъ Стеценко ¹⁾; въ нихъ оказалось слѣдующее: значительное разрощеніе соединительной ткани: разлитое въ *gland. parotis*, островчатое въ *gland. submaxillaris*; сліяніе нѣсколькихъ долекъ и образование кистъ въ подчелюстной; значительное бѣлковое или жировое перерожденіе эпителиальныхъ клѣтокъ.

Катарральное состояніе желудка составляло частое осложненіе; хотя припадки болѣзни перепутывались съ припадками основнаго страданія, но оно было констатировано вскрытіемъ, а также на основаніи распросовъ больныхъ. Въ чистыхъ случаяхъ рака пищевода, длившихся довольно долго и окончившихся смертію отъ истощенія, желудокъ представлялся рѣзко уменьшеннымъ, сокращеннымъ. Maunder передаетъ случай операціи гастротоміи, въ которомъ онъ рѣшительно не былъ въ состояніи отличить его отъ *colon transversum*.

Запоръ составлялъ обыкновенное явленіе, да оно и понятно: пищи поступаетъ мало, общее истощеніе отражается, конечно, и на кишкахъ, стѣнки которыхъ представляются иногда рѣзко атрофированными и истонченными, а потому и отправления ихъ—перистальтическія движенія—происходятъ вяло. Въ недѣлю—одно или два испражненія было почти постояннымъ явленіемъ, такъ что при-

¹⁾ Къ патологической анатоміи околоушной и подчелюстной железъ при обшихъ хроническихъ болѣзняхъ. Дисс. 1884 г. СПб.

ходило прибігати къ клистирамъ. Каловыя массы состояли изъ плотныхъ сухихъ, наслоенныхъ комковъ, окрашенныхъ желчью.

Поносъ. наблюдался въ неосложненныхъ случаяхъ очень рѣдко, зато въ случаяхъ, осложненныхъ гангреною легкихъ, онъ наступалъ очень быстро.

Припадковъ со стороны печени, селезенки и другихъ органовъ въ неосложненныхъ случаяхъ не наблюдалось никакихъ; анатомическое изслѣдованіе обнаруживало (за исключеніемъ срощеній въ нѣкоторыхъ случаяхъ) явленія атрофіи и малокровія, бѣловое, зернистое, рѣже жировое перерожденіе печеночныхъ клѣтокъ.

Перехожу къ припадкамъ со стороны дыхательнаго аппарата.

Отдышка и кашель составляютъ частое явленіе при разбираемомъ страданіи.

Кашель, встрѣчающійся при ракѣ пищевода и независящій отъ горловыхъ или легочныхъ страданій, бываетъ большею частію сухой или сопровождается незначительнымъ отдѣленіемъ слизистой мокроты. Происхожденіе его можно сводить на раздраженіе трахеи или бронховъ, вызываемое давленіемъ опухоли или инфильтрированныхъ железъ. Послѣднія наблюдались больше чѣмъ въ $\frac{1}{2}$ нашихъ сл. и точно также часто описывались у авторовъ (у Behier въ $\frac{1}{2}$ всѣхъ сл.). Инфильтрированная стѣнка пищевода можетъ оказывать давленіе на крупныя дыхательныя пути. Такое подозрительное сосѣдство и возможность прижатія самимъ новообразованіемъ пищевода, отмѣчено въ 00 нашихъ случаяхъ; у этихъ больныхъ при жизни дѣйствительно наблюдался сухой или почти сухой кашель и кромѣ того приступы отдышки и невралгiformныхъ болей. При высокой локализациі рака напр. въ сл. 41, кашель вызывался при всякой попыткѣ глотанія и могъ быть объясненъ попаданіемъ частичекъ пищи въ полость гортани.

Отдышка встрѣчалась у насъ довольно часто, 6 разъ (9, 5, 63, 13, 31, 50) и иногда составляла одинъ изъ главныхъ припадковъ, заставившихъ больного идти въ больницу. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ отдышка появлялась приступами—особенно во время и послѣ ѣды. Отдышка при ракѣ пищевода, вообще говоря, можетъ зависѣть отъ двухъ причинъ: отъ прижатія дыхательнаго горла или его крупныхъ вѣтвей какъ самою опухолью такъ и инфильтрированными железами, или же она можетъ происходить отъ прижатія блуждающаго нерва. Для случ. 8 я склоненъ принять хоть отчасти 2-ое объясненіе, такъ какъ другихъ измѣненій, которыя объяснили бы учащенное дыханіе, не было; въ сл. 50 отдышка за-

висѣла, особенно въ послѣдніе дни, также и отъ язвеннаго эндокардита; а потому вліяніе зарощенія блуждающаго нерва можетъ быть оспариваемо.

Приступы отдышки могутъ играть въ картинѣ болѣзни столь выдающуюся роль, что объ основной причинѣ ихъ—о ракѣ пищевода—узнаютъ только на вскрытіи. Такіе случаи подобраны у Marchand'a изъ французской литературы; въ его сл. IV и VIII больные умерли во время приступа удушья. Въ нашемъ сл. 60, смерть тоже наступила во время приступа удушья; на вскрытіи оказалось, что на мѣстѣ сообщенія пищевода съ правымъ бронхомъ находился кусокъ котлетки, проглоченный незадолго до катастрофы. Во всѣхъ случаяхъ была по преимуществу инспираторная отдышка и учащенное дыханіе. Экспираторная отдышка, конечно, говорила бы убѣдительно въ пользу того, что она зависитъ отъ раздраженія блуждающихъ нервовъ; напомнимъ, однако, опыты Langendorff'a, который доказалъ, что слабые электрическіе токи, проведенные черезъ *n. vagus*, вызываютъ учащенное дыханіе и инспираторную отдышку, а сильныя—замедленное дыханіе и остановку въ актѣ выдыханія. Опухоль по своему дѣйствию должна быть приравнена къ слабымъ раздражителямъ, потому что оно начинается не вдругъ, а постепенно и продолжается постоянно. Marchand обращаетъ особенное вниманіе на совпаденіе приступовъ отдышки, наблюдаемыхъ при ракѣ (I, IV и VIII), съ пораженіями блуждающихъ нервовъ. Въ случаѣ I (его собственномъ) *n. vagus* находился недалеко отъ края язвы пищевода, вскрывшейся въ трахею и былъ окруженъ густою гноевидною жидкостью; въ остальныхъ 2 случаяхъ (заимствованныхъ изъ Bull. soc. anat. 1878 p. 431 и 1865 p. 83) блуждающій нервъ былъ приращенъ къ наружной стѣнкѣ пищевода, инфильтрированной новообразованными массами.

Другіе случаи съ инспираторной отдышкой и учащеніемъ дыханія могли бы быть съ большимъ или меньшимъ основаніемъ объяснены прижатіемъ дыхательнаго горла или бронховъ опухолью пищевода или инфильтрированными лимфатическими железами.

Прижатіе дыхательнаго горла отмѣчено у меня въ 4 случаяхъ, прижатіе бронховъ въ 8 случаяхъ.

Подобные же случаи собраны у Marchand изъ французской литературы (сл. II, XII, XIV, XVI). Давленіе на бронхи встрѣчалось у насъ чаще уже благодаря тому обстоятельству, что ракъ пищевода сидѣлъ въ большинствѣ нашихъ случаевъ на одномъ уровнѣ съ бронхами.

Икота наблюдалась только въ случаѣ 43. Лишь немногіе авторы упоминаютъ объ этомъ припадкѣ. Вызывается она, вѣроятно, здѣсь рефлексомъ съ блуждающаго нерва на грудобрюшный нервъ, подобно тому какъ это бываетъ при страданіяхъ желудка (между прочимъ раковыхъ), матки и пр. Рѣдкое появленіе икоты Behier, а за нимъ Gandais и др. объясняютъ быстрымъ разрушеніемъ блуждающаго нерва.

Сицый голосъ наблюдался въ сл. 27, 45, 60; въ сл. 27 былъ ракъ глотки (и гортани), въ 45 въ верхней трети. Marchand сопоставилъ 8 сл. афоніи; изъ нихъ въ 2 случ. было опредѣлено пораженіе обоихъ возвратныхъ нервовъ, въ 3 сл. только лѣваго нерва.

Метастатическіе узлы въ легкихъ могутъ при жизни не обнаруживаться ни какими ясными признаками и иногда открываются только при вскрытіи. Бѣльшее значеніе имѣетъ непосредственное распространеніе рака съ пищевода на легкія (*per continuitatem*), при которомъ разрастаніе раковаго новообразованія въ легкихъ происходитъ несравненно быстрѣе. Кромѣ того, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ раковыя массы распространяются на корень легкихъ, то они чаще и скорѣе могутъ вызвать прижатіе крупныхъ дыхательныхъ вѣтвей, кромѣ того, при этомъ можетъ произойти сообщеніе пищевода съ легкимъ и зависящіе отъ этого припадки. Объективное изслѣдованіе можетъ, судя по нашимъ исторіямъ болѣзни, а также другихъ авторовъ не дать убѣдительныхъ доказательствъ, что здѣсь дѣло идетъ объ инфильтраціи легкаго новообразованными массами, а не о пнеймоніи, напр.; послѣдняя у страдающихъ ракомъ пищевода можетъ не сопровождаться общими реактивными явленіями, какъ это было, напр., въ случаѣ 57. Учащенное дыханіе, отдышка, кашель тоже не представляютъ ничего характернаго.

Особенно важное значеніе имѣютъ часто встрѣчающіяся при ракѣ пищевода гнѣздныя пнеймоніи и гангрена легкихъ. Въ нашихъ случаяхъ пнеймонія наблюдалась 9 разъ;—при этомъ преобладающую роль играетъ правое легкое (6 разъ) и особенно его нижняя доля. Пнеймонія развивается преимущественно въ послѣднемъ періодѣ болѣзни, когда больной уже не въ состояніи покидать постели. Можно предположить, что при часто повторяющемся отрыгиваніи нищи, особенно питья и слюны, которое иногда наступаетъ совершенно внезапно, отрыгаемыя массы, при неподвижномъ положеніи больныхъ на спинѣ, попадаютъ въ гортань, а отсюда въ болѣе глубокія дыхательныя вѣтви, и здѣсь вызываютъ механиче-

скую пневмонию (Schluckpneumonie нѣмецкихъ авторовъ) ¹⁾ Исходъ такой пневмоніи въ гангрену весьма естественъ, такъ какъ она вызвана инородными тѣлами, способными загнивать.

Въ нашихъ случаяхъ гангрена наблюдалась 14 разъ (23,3%) причемъ на правое легкое приходится 9 разъ (15%), а на лѣвое 5 разъ (8,2%). Въ случаяхъ 25, 24 она совпала съ перфوراціею трахеи и крупныхъ бронховъ, а въ сл. 2, 4, 21, 31, 34, 35, 47, 50, 55—съ прободеніемъ пищевода въ легкое. Въ сл. 17 прободеніе въ легкое произошло вѣроятно незадолго до смерти, вызвавъ сообщеніе пищевода съ инфильтрованными легочную ткань массами, но не произведя гангренознаго распадeнiя.

У Petri гангрена праваго легкаго наблюдалась 8 разъ (18,1%) а лѣваго — 4 раза (9%). Просматривая опубликованные казуистическіе случаи, я не могъ не замѣтить, что гангрена легкаго встрѣчается при ракѣ пищевода очень часто, что правое легкое и притомъ особенно нижняя доля его поражаются по преимуществу. Что легочная гангрена происходитъ при распространеніи новообразованiя съ пищевода на легкое или при образованіи сообщенiя пищевода съ дыхательнымъ горломъ, бронхами и легкимъ, понятно и нѣтъ необходимости распространяться объ этомъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ легкихъ могла развиваться гипостатическая пневмонiя съ исходомъ въ гангрену. Для нашихъ истощенныхъ больныхъ, особенно въ престарѣломъ возрастѣ съ атероматозными, а частью облитерированными сосудами, слѣд., съ уменьшеннымъ притокомъ крови къ легкимъ и ослабленнымъ питаніемъ ихъ, допустить это объясненіе вполне позволительно.

Большіе метастатическіе узлы въ легкомъ могутъ также вызвать въ окружающихъ частяхъ реактивное воспаленіе съ исходомъ въ гангрену. Наконецъ, Deiningер упоминаетъ о возможности развитiя гангрены изъ эмболюса, происшедшаго изъ раковой язвы пищевода и застрявшаго въ развѣтвленiяхъ легочной артерiи.

Habershon объясняетъ свои 2 случая легочной гангрены разрушеніемъ блуждающихъ нервовъ, а именно легочныхъ трофическихъ волоконъ ихъ. Подобное объясненіе развитiя пневмонiи даетъ также

¹⁾ Въ пользу этого предположенiя говорила бы большая частота воспаленiя именно праваго легкаго; вѣдь извѣстно, что инородныя тѣла чаще попадаютъ именно въ правый бронхъ, благодаря его большому калибру. Кромѣ того пневмоническія гнѣзда находились главнымъ образомъ по сосѣдству съ крупными или средними бронхами.

Lémaitre, основываясь на собранных имъ 4 случаяхъ, гдѣ не существовало другихъ указаній на причину гангренознаго распаденія легкаго; кромѣ того, онъ ссылается на гипотезу M. Fernet о происхожденіи пнеймоніи отъ невритическихъ измѣненій блуждающихъ нервовъ, подтвержденную многими вскрытіями. Lémaitre находитъ въ этой пнеймоніи съ исходомъ въ гангрену аналогію съ измѣненіями въ кожѣ при пораженіи периферическихъ нервовъ и пр. Гипотезы Habershon'a, Fernet и Lémaitre'a безспорно заслуживаютъ большаго вниманія.

Съ своей стороны я для большинства нашихъ случаевъ пнеймоніи и гангрены легкихъ удержалъ бы первый указанный выше способъ происхожденія этихъ болѣзненныхъ процессовъ.

Чтобы покончить съ дыхательнымъ аппаратомъ, мнѣ остается сказать еще о переходѣ рака на гортань (сл. 27) и о воспаленіи въ средостѣніи (сл. 41). При этомъ наблюдались припадки, свойственные этого рода заболѣваніямъ; анатомическія особенности будутъ описаны ниже. Замѣчу только, что mediastinitis въ сл. 41 развился, вѣроятно, отъ механическихъ причинъ: больной нѣсколько разъ (тайкомъ отъ врачей) старался ложкою протолкнуть пищу, не смотря на то, что это вызывало довольно сильную боль въ глоткѣ.

Явленія со стороны дыхательнаго аппарата, вызываемыя прободеніемъ, могутъ быть или очень рѣзки, или столь незначительны, что о происшедшей перфорации узнаютъ только на вскрытіи. При прободеніи въ гортань, что случается вообще въ высшей степени рѣдко, авторы (Monro, Mackenzie) наблюдали сильную боль въ горлѣ, хриплый голосъ, приступы сильнаго кашля и удушья во время глотанія всякой, но особенно жидкой пищи. Въ нашихъ случаяхъ прободеніе въ гортань не наблюдалось ни разу; (въ сл. 27 новообразованныя массы перешли съ пищевода и глотку на слизистую оболочку гортани соотвѣтственно щитовидному хрящу; у этой больной было очень громкое и учащенное дыханіе).

Прободеніе въ дыхательное горло произошло 2 раза; въ сл. 24 оно повлекло за собой механическую пнеймонію съ послѣдующей мѣстной гангреной лѣваго легкаго (здѣсь, впрочемъ, существовало кромѣ того прободеніе лѣваго бронха и переходъ новообразованія на корень лѣваго легкаго); въ сл. 45 сообщающій чрезвычайно тонкій каналъ находился въ новообразованной массѣ, распространившейся съ пищевода на трахею; прободеніе не обнаружилось никакими припадками. Уже Lebert обратилъ вниманіе, что при сообщеніи посредствомъ очень тонкаго канала прободеніе можетъ быть обнаружено

только на вскрытіи. Прободеніе въ трахею особенно часто наблюдалъ Maskenzie—въ 20⁰/о и притомъ преимущественно около мѣста дѣленія ея на бронхи. Случай Hartung'a замѣчательнъ особенно въ томъ отношеніи, что тамъ было найдено 4 сообщенія. Въ 44 случаяхъ Petri сообщеніе съ трахеею было найдено 4 раза, притомъ въ одномъ случаѣ было два прободенія; у Traube, Schneider'a, Müller'a описано по 1 случаю; у французскихъ авторовъ оно наблюдалось также сравнительно часто.

Просматривая рефераты англійскихъ наблюденій, нельзя не замѣтить, что въ нихъ сравнительно часто наблюдались прободенія именно дыхательнаго горла, что соотвѣтствуетъ ихъ указаніямъ на часто встрѣчающійся ракъ въ верхней трети пищевода.

Сообщеніе съ правымъ бронхомъ встрѣтилось у меня 1 разъ, съ лѣвымъ — 3 раза, хотя срощенія опухоли пищевода съ бронхами встрѣчались очень часто. У Maskenzie прободеніе праваго бронха наблюдалось въ 7⁰/о, лѣваго—въ 4⁰/о всѣхъ случаевъ.

У французскихъ, а также у нѣмецкихъ авторовъ сравнительно чаще описывалось сообщеніе съ лѣвымъ бронхомъ, у Petri всѣ 4 сл. относились къ лѣвому бронху. Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдалось прободеніе въ оба бронха. Прободеніе какъ дыхательнаго горла, такъ и бронховъ могутъ иногда вызвать сходные признаки: приступы кашля и удушья при проглатываніи жидкостей, боль, пневмонію отъ инородныхъ тѣлъ съ исходомъ въ гангрену. Хорошимъ діагностическимъ признакомъ было бы въ подобныхъ случаяхъ выдѣленіе проглоченныхъ пищевыхъ веществъ съ мокротою (Цимсень, стран. 106) или, какъ это было въ случаѣ Obernier, — появленіе проглоченныхъ веществъ (угольного порошка) въ трахей, что было прослѣжено при помощи гортаннаго зеркала.

Freudenhammer обратилъ вниманіе на 2 признака: 1) на металлическій оттѣнокъ шума глотанія; 2) въ его случаѣ при вставленіи глоточнаго зонда, другой конецъ котораго былъ опущенъ въ воду, во время глубокаго выдыханія въ водѣ появлялись пузырьки воздуха.

Припадки со стороны околосердечной сумки, сердца и большихъ сосудовъ, которые зависѣли отъ распространенія раковаго разрошенія съ пищевода, въ нашихъ случаяхъ встрѣчались нѣсколько разъ, но не играли такой выдающейся роли, чтобы изъ за нихъ можно было просмотрѣть основное страданіе, т. е., раковое пораженіе пищевода, хотя вообще говоря это возможно. Стоитъ вспомнить случай Tütel'я, съ прободеніемъ раковой язвы въ полость сердечной сорочки, гдѣ

развились замѣчательно рѣзкіе припадки *pneumopericardii*; если бы въ данномъ случаѣ больной поступилъ въ клинику нѣсколькими днями позже, то причина *pneumopericardii* была бы, вѣроятно, опредѣлена только на вскрытіи. Перикардитъ наблюдался у насъ въ сл. 20, 52;—у Petri перикардитъ былъ найденъ 2 раза, у Meissner'a и Deininger'a по разу, въ очень сильной степени разъ у Bamberger'a.

Перикардитъ можетъ зависѣть какъ отъ непосредственнаго распространенія новообразованныхъ массъ на сердечную сорочку, такъ и отъ реактивнаго воспаленія въ смежныхъ (съ опухолью) участкахъ перикардія.

Кромѣ случая Tütel'я, въ литературѣ я отыскалъ еще 2 случая прободенія въ сердечную сорочку, описанныхъ Varrentrapp'омъ.

Метастатическій узелъ въ сердцѣ отмѣченъ у насъ въ сл. 51; онъ помѣщался въ сосочковой мышцѣ лѣваго желудочка.

Срошеніе пораженнаго пищевода съ перикардіемъ, но особенно съ аортой, наблюдалось въ нашихъ случаяхъ довольно часто.

Срошеніе опухоли пищевода можетъ произойти отъ начальной части грудной аорты почти до самой діафрагмы (сл. 3); болѣе мѣстныя сращения найдены въ очень многихъ случаяхъ.

Перфорация большихъ сосудовъ встрѣчается рѣдко, не смотря на то, что подобные случаи, какъ замѣчательные въ казуистическомъ отношеніи, описывались въ литературѣ довольно часто.

Maskenzie въ 100 случаяхъ ни разу не наблюдалъ прободенія въ крупные артеріальные стволы. У меня въ сл. 1 произошло прободеніе въ грудную аорту. О перфорации въ правую легочную артерію упоминаетъ Rokitansky.

Изъ другихъ сосудовъ въ нашихъ сл. разрывъ пищеводной артеріи былъ найденъ одинъ разъ (сл. 44) при чемъ центральныя части раковой язвы были размягчены и окрашены кровью; разрывы мелкихъ вѣтвей *art. oesophagi*, вѣроятно, случаются чаще, такъ какъ кровавая рвота наблюдалась нерѣдко. Въ сл. 56 было найдено вскрытіе *art. intercostalis I dextrae*.

Авторы упоминаютъ о разрывѣ лѣвой сонной артеріи (Bristowe), лѣвой подключичной артеріи (Balding). Petri наблюдалъ эмболию *a. interc. III*; а Bristowe *a. intercost. IV*. Прободеніе обнаруживается кровавой рвотой, кровянистыми испражнениями, блѣдностью, слабымъ пульсомъ, упадкомъ силъ и пр. При разрывѣ крупнаго сосуда смертельный исходъ наступалъ очень быстро, хотя даже при перфорации аорты не моментально; кровяные сгустки были находимы не только въ желудкѣ, но и въ кишкахъ. Въ случаѣ Pfeufer'a

смерть наступила при прободеніи аорты только черезъ 27 часовъ! Вѣнныя тромбы отмѣчены въ сл. 43, и 8; тромбъ въ лѣвой яремной вены наблюдался, кромѣ того, въ одномъ сл. Альбрехта.

Больные, страдающіе чистою формою рака пищевода, представляются крайне истощенными: подкожный жирный слой истонченъ *ad maximum*; кожа морщинистая и сухая, матовая, грязносѣраго цвѣта; эпидермисъ сильно шелушится.

Желтушная окраска наблюдалась въ сл. 17 и 46; въ сл. 17 желтуха могла зависѣть отъ давленія раковыхъ узловъ печени и воротныхъ железокъ на желчныя протоки, а въ случаѣ 46 повидимому только отъ прижатія ихъ инфильтрированными воротными железами.

Раковой кахетическій видъ имѣли не всѣ наши больные; онъ наблюдался преимущественно у тѣхъ больныхъ, у которыхъ страданіе продолжалось сравнительно долго и смерть наступила отъ истощенія.

Относительно мочи у страдающихъ ракомъ пищевода я могу только сказать, что вообще у большинства больныхъ, которыхъ я наблюдалъ лично, замѣчалось довольно съ большимъ постоянствомъ рѣзкое уменьшеніе количества мочи; кромѣ того, почти всегда въ первые сутки послѣ поступленія, а иногда и впослѣдствіи, наблюдался довольно значительный осадокъ мочекислыхъ солей. Форменныхъ элементовъ, за исключеніемъ эпителія мочеваго пузыря болѣе или менѣе зернисто или жирноперерожденнаго, мнѣ не случалось находить.

Литературныя свѣдѣнія въ этомъ отношеніи тоже очень скудны. Собственно относительно чистыхъ, неосложненныхъ случаевъ раковаго суженія можно привести только случай изъ клиники проф. Бессера, описанный Н. А. Бубновымъ и мною ¹⁾. Анализы мочи, приведенные въ наблюденіяхъ Schneider'a и Freudenhammer'a относятся къ осложненнымъ случаямъ: въ обоихъ наблюдалась лихорадка: въ одномъ случаѣ (Schneider'a) въ зависимости отъ бронхонеймоніи, развившейся послѣ прободенія трахеи, въ сл. Freudenhammer'a отъ гангрены праваго легкаго.

¹⁾ Въ нашемъ наблюденіи количество мочи въ послѣдніе дни равнялось отъ 610 до 650 к. с., наканунѣ смерти = 400 к. с.; уд. в. около 1025; количество хлоридовъ и фосфатовъ было рѣзко понижено; мочевины выделялось менѣе ^{2/3} противъ нормы. Въ день поступленія обильный, а въ послѣдствіи незначительный осадокъ мочекислыхъ солей.

Вѣсъ у больного въ клиникѣ проф. Бессера, вѣсившаго при поступленіи 35500 грм., въ послѣднія 5 сутокъ упалъ на 1800 грм., т. е., потеря была больше 5⁰/₀; у Schneider'a потеря приблизительно 8,5⁰/₀.

Въ литературѣ существуетъ интересное указаніе Marquet, что больная, вѣсившая въ здоровомъ состояніи 160 ф., вѣсила передъ смертью 27 ф.—(цит. по Köhler'y).

Температура оставалась въ нашихъ случаяхъ, пока не было осложнений, въ предѣлахъ или даже ниже нормы и притомъ съ такимъ упорствомъ, что даже развитіе пневмоніи (сл. 57) не вызвало повышенія температуры. Зато пневмоніи отъ попаданія инородныхъ тѣлъ, а тѣмъ болѣе гангрена и проч. тотчасъ вызывали сильное лихорадочное состояніе.

Что касается явленій со стороны центральной нервной системы, то больные при чистой формѣ рака пищевода оставались обыкновенно въ полномъ сознаніи. Только при осложненіяхъ они въ послѣдніе дни лежатъ въ полусознательномъ состояніи. Нѣкоторые авторы упоминаютъ о появленіи незадолго до смерти инаниціоннаго бреда; въ IV сл. C. Siemon'a въ послѣдніе дни наблюдался религиозный бредъ.

Сонъ былъ у нашихъ больныхъ вообще удовлетворительный, только уснуть имъ удавалось не скоро; ихъ беспокоило постоянное отрыганіе, особенно во время послѣобѣденнаго сна, такъ какъ рѣдкій больной не пытался проглотить хоть что нибудь во время общаго обѣда въ палатѣ. Нѣкоторыхъ больныхъ иногда беспокоили ночныя боли.

Психическое состояніе было, можно сказать, у всѣхъ больныхъ подавленное.

Менингитическія явленія наблюдались только въ сл. 33; имѣли ли они какое нибудь отношеніе къ раковой язвѣ пищевода осталось невыясненнымъ. Aussant ¹⁾ и Zenker наблюдали явленія глубокаго пораженія спиннаго мозга (параплегія, параличъ мочевого пузыря и пр.) вслѣдствіе разрушенія позвонковъ новообразованными массами, и прижатія ими спиннаго мозга. У Petri въ сл. 21 ракъ распространился на твердую мозговую оболочку (преимущественно слѣва) въ области 9—10 грудныхъ позвонковъ, не затронувъ этихъ послѣднихъ и вызвалъ размягченіе лѣваго задняго спинномозгового столба. За 2 недѣли до смерти появилась параплегія, причемъ по-

¹⁾ Цит. по Mondières.

раличъ на лѣвой ногѣ былъ выраженъ рѣзче, чѣмъ на правой. Въ этомъ случаѣ раковая язва вскрылась въ заднее средостѣніе и новообразование, вѣроятно, распространилось въ спинной мозговой каналъ чрезъ межпозвоночныя отверстія (Petri).

Кости были поражены 1 разъ въ сл. 17; метастазы были найдены въ костяхъ черепа, по неимѣнію препаратовъ узлы не были подвергнуты микроскопическому изслѣдованію. У Petri въ одномъ сл. метастазы были найдены въ лѣвой подвздошной и въ лобной кости. Если больные обращаются къ врачу именно изъ за этихъ вторичныхъ измѣненій, то настоящая причина сложной клинической картины можетъ положительно озадачить врача даже очень опытнаго. Для примѣра укажу на случай Zenker'a съ разрушеніемъ тѣлъ 2-го и 8-го грудныхъ позвонковъ, гдѣ ракъ пищевода, какъ источникъ этихъ поражений, былъ опредѣленъ только на вскрытіи; подобный же случай описанъ у Aussant'a.

Изъ осложнений, не имѣвшихъ, повидимому, прямаго отношенія къ раковому пораженію пищевода, въ моихъ случаяхъ на первомъ планѣ стоятъ: артеріосклерозъ и сращенія легкихъ съ грудной стѣнкой старыми ложными перепонками.

Весьма частымъ осложненіемъ является легочная чахотка—7 разъ, при этомъ просовидная бугорчатка найдена 3 раза; хроническая интерстиціальная пнеймонія 2 раза въ (одномъ сл. рядомъ съ творожистыми пнеймоническими гнѣздами). Хроническій эндокардитъ (порокъ сердца) 2 раза. Циррозъ печени въ III періодѣ 2 раза. Хроническій нефритъ 6 разъ, то съ преобладаніемъ паренхиматозныхъ, по интерстиціальнымъ измѣненіямъ, настоящая же зернистая почка 1 разъ; многочисленныя кисты въ почкахъ и атрофія лѣвой почки по одному разу. Въ одномъ сл. желудокъ имѣлъ форму песочныхъ часовъ и нѣсколько разъ было найдено значительное расширение желудка. Ракъ (самостоятельный) желудка въ 2 сл.—Дифтеритическія измѣненія въ толстыхъ кишкахъ 1 разъ. Ракъ матки одинъ разъ. Сыпной тифъ въ началѣ первой недѣли 1 разъ.

На частое совпаденіе легочной чахотки и бугорчатки съ ракомъ пищевода обращали вниманіе многіе авторы. Раковое пораженіе (самостоятельное) въ другихъ органахъ встрѣтилось въ нашихъ случаяхъ, сравнительно съ авторами, часто. Petri не нашелъ ни одного подобнаго совпаденія въ своихъ 44 случаяхъ, Mackenzie тоже не упоминаетъ о немъ. У Köhler'a и др. объ этомъ сочетаніи говорится только общими словами, что оно встрѣчается крайне рѣдко.

Въ сл. 18 былъ цилиндрическій, въ сл. 37 мозговидный ракъ желудка. Въ сл. 34 коллоидный ракъ матки.

Анатомическія измѣненія.

При разборѣ анатомическихъ измѣненій прежде всего необходимо отдѣлить случаи первичнаго рака отъ случаевъ вторичнаго рака пищевода.

Въ сл. 42 дѣло идетъ о несомнѣнномъ вторичномъ цилиндрическомъ ракѣ пищевода, распространившемся сюда съ кардіи. Въ послѣдней была рѣзко выраженная инфильтрація стѣнки, въ пищеводѣ же образовалась язва почти поясная, въ которой разрушеніе было настолько глубоко, что дно язвы мѣстами составлялъ круговой мышечный слой пищевода. Въ сл. 27 можно съ вѣроятностью принять первичный ракъ глотки, который распространился на начало пищевода, образовавъ здѣсь бугристыя раковыя возвышенія. Въ сл. 14 былъ, вѣроятно, вторичный ракъ пищевода, занесенный сюда съ печени, въ которой былъ мозговидный ракъ. Въ этомъ случаѣ при микроскопическомъ изслѣдованіи узловъ пищевода получалась картина мелкоклѣточного мозговиднаго рака, разросшагося главнымъ образомъ въ подслизистомъ слоѣ; граница между раковыми гнѣздами и покровнымъ эпителиемъ пищевода хорошо сохранилась. Въ толщѣ стѣнки на разрѣзѣ были найдены подобные же раковые узлы. Въ сл. 46 не берусь съ положительностью рѣшить, имѣемъ ли мы дѣло съ первичнымъ мозговикомъ кардіи или, наоборотъ, съ мозговиднымъ ракомъ пищевода, распространившемся на кардію. Вѣроятнѣе, однако, первое предположеніе. Въ сл. 20 былъ, вѣроятно, вторичный ракъ пищевода, въ желудкѣ же первичный мозговидный ракъ. Такимъ образомъ получалось 4 вторичныхъ рака пищевода на 50 сл. Добавочные случаи не могутъ войти въ расчетъ, за неимѣніемъ препаратовъ. Впрочемъ, въ нихъ сомнительными оказываются только сл. 51 и 53, въ которыхъ былъ ракъ желудка и сл. 54, гдѣ было обширное раковое пораженіе печени. Остальные случаи можно на основаніи краткихъ протоколовъ съ большою вѣроятностью отнести къ случаямъ первичнаго рака пищевода ¹⁾).

¹⁾ Говоря о вторичныхъ ракахъ пищевода, я долженъ оговориться, что въ мой счетъ не вошли тѣ случаи сильнаго раковаго пораженія задней стѣнки желудка, въ которыхъ раковое пориженіе распространилось въ незначительной степени на пищеводъ, не вызвавъ при жизни никакихъ припадковъ со стороны

Такимъ образомъ, полученный мною общій выводъ, что ракъ пищевода въ громадномъ большинствѣ случаевъ имѣетъ характеръ первичнаго пораженія, вторичный же встрѣчается рѣдко, совершенно согласуется съ мнѣніемъ большинства авторовъ.

Если не считать сомнительныхъ случаевъ, то получится, что въ 56 сл. у насъ приходится на вторичный ракъ пищевода 4 случая. У Petri между 44 случаями вторичный ракъ заподозрѣнъ 2 раза.

Раковое новообразование можетъ занимать любую часть пищевода. Въ нашихъ сл. верхніе участки пищевода принимали участіе въ раковомъ пораженіи въ 5 сл. Однако въ сл. 8 ракъ пищевода распространился сюда снизу, съ раковаго разрощенія, занимавшаго среднюю часть пищевода на большомъ протяженіи; это предположеніе тѣмъ болѣе вѣроятно, что въ верхней части была найдена только инфильтрація подслизистаго слоя, покрытая неповрежденною слизистою оболочкою. Въ сл. 27 можно было предположить, какъ я уже говорилъ, что здѣсь былъ первичный ракъ глотки, распространившійся на пищеводъ. Въ сл. 41 можно съ большою вѣроятностью, на основаніи клиническаго изслѣдованія, допустить, что ракъ прежде всего развился въ начальной части пищевода и уже отсюда перешелъ на глотку, такъ какъ только въ послѣдніе дни палецъ при ощупываніи натыкался въ глубинѣ глотки на бугристыя возвышенія. Въ сл. 45 и 9 мы имѣемъ болѣе рѣзкіе примѣры верхняго рака пищевода, — они не распространились на глотку и не доходятъ до дѣленія трахеи. И такъ у насъ встрѣтилось 3 случая шейнаго рака, что составляетъ 5⁰/. Слѣдовательно, ракъ въ верхней трети пищевода встрѣчается очень рѣдко, что совершенно согласно съ мнѣніемъ Petri, Zenker'a и др. У Petri въ 43 сл. верхняя треть была поражена 2 раза = 4,5⁰/, у Zenker'a въ 15 сл. — тоже 2 раза = 13,3⁰%; у обоихъ авторовъ вмѣстѣ на 58 случ. — 4 раза = 6,9⁰/. Если сюда же причислить тѣ случаи рака пищевода, въ которыхъ ракъ, находившійся въ средней трети, распространился и на верхніе участки пищевода (и сл. 27, гдѣ былъ ракъ глотки и пищевода), то получится: у меня 8,3⁰/, у Petri — 9,3⁰/, у Zenker'a — 33⁰%; а для обоихъ послѣднихъ авторовъ вмѣстѣ — 15,5⁰/.

пищевода и которое было обнаружено только на вскрытіи. Такихъ случаевъ за взятый мною промежутокъ времени было 4.

Ракъ кардіи и глотки съ переходомъ на пищеводъ я не исключилъ потому, что такіе случаи включены въ изслѣдованіяхъ авторовъ (Petri, Mackenzie), съ цифрами которыхъ я сравнивалъ полученные мною данныя.

Совсѣмъ другую статистику даетъ Maskenzie; у него въ верхней трети пищевода ракъ сидѣлъ въ 44%. Процентъ чрезвычайно высокій, если даже согласиться съ Maskenzie въ томъ, что Petri не бралъ для своихъ изслѣдованій рака глотки, хотя самъ Petri объ этомъ исключеніи ничего не говоритъ; напротивъ, въ его сл. 43, на примѣръ, осталось нерѣшеннымъ, была ли глотка или пищеводъ первичнымъ мѣстомъ пораженія. Такимъ образомъ, относительно данныхъ Maskenzie мнѣ остается только повторить слова König'a, что въ Англіи, можетъ быть, карциномы дѣйствительно чаще встрѣчаются въ верхней трети. Надо замѣтить, что у англійскихъ авторовъ прободеніе гортани и дыхательнаго горла описывалось вообще очень часто, между тѣмъ какъ у другихъ это наблюдалось рѣдко.

Самымъ излюбленнымъ мѣстомъ раковаго пораженія оказывается въ нашихъ случаяхъ средняя треть, въ 30 сл. изъ 60, что составляетъ 50%. У Petri получилась для средней трети 29,5%, у Zenker'a 6,6%, (у обоихъ вмѣстѣ 24,1%); для средней и нижней третей у Petri 18,1%, у Zenker'a 20,0% у меня въ 60 сл. 11 разъ 18,3%). Такимъ образомъ средняя треть поражалась въ нашихъ случаяхъ значительно чаще, чѣмъ у нѣмецкихъ авторовъ. Переходъ на нижнюю треть встрѣчался гораздо чаще, чѣмъ на верхнюю треть.

У Maskenzie соотвѣтствующія цифры довольно малы: на среднюю треть приходится 28% и на нижнюю половину пищевода 6%.

Въ частности въ средней трети пищевода наиболѣе часто встрѣчается ракъ на уровнѣ бифуркаціи трахеи и на мѣстѣ перекрещиванія съ лѣвымъ бронхомъ. На предпочтеніе именно этимъ участкамъ пищевода указывали многіе, на примѣръ, Rindfleisch, Klebs, а также Rokitansky, хотя онъ выражался объ этомъ менѣе опредѣленно. Если раковое пораженіе распространяется не на всю окружность пищевода, то свободно чаще остается задняя стѣнка его.

Въ нижней трети пищевода ракъ сидѣлъ въ 14 сл. (23,3%), въ нижней и средней въ 11 сл. (18,3%) т. е. вообще рѣже, чѣмъ у Petri и Zenker'a и чаще, чѣмъ у Maskenzie.

У Petri ракъ сидѣлъ въ нижней трети пищевода въ 41,9%, у Zenker'a въ 40,0% и у Maskenzie въ 22% всѣхъ случаевъ.

Въ литературѣ извѣстны случаи, гдѣ ракъ распространился на весь пищеводъ, начиная съ самаго его начала до кардіи и даже, какъ это было въ случаѣ Ribbentrop'a, съ продолженіемъ на стѣнку желудка. Весь пищеводъ имѣлъ видъ толстой кишки.—Подобный случай описанъ также Baillie.

Обращаюсь къ краткому описанію внѣшняго вида раковаго пораженія стѣнки пищевода.

Язва наблюдалась во всѣхъ нашихъ случаяхъ безъ исключенія. Всего чаще у насъ, равно какъ у другихъ авторовъ, язва занимала всю окружность пищевода, т. е., была поясною.

Неизъязвленные мелкіе узлы независимо отъ болѣе обширной язвы встрѣтились въ сл. 21, 29 и 32, пожалуй въ сл. 14, гдѣ въ нижнемъ узлѣ были найдены только точечныя потери вещества. Въ самостоятельныхъ узлахъ, найденныхъ въ сл. 12 и 47 было дов. глубокое изъязвленіе въ центрѣ. Подобные узлы возвышались въ видѣ валиковъ или плоскихъ наростовъ, покрытыхъ мало измѣненнымъ, только нѣсколько слущеннымъ эпителиальнымъ покровомъ. Въ сл. 32 узелъ сидѣлъ довольно поверхностно, не достигая мышечнаго слоя. Въ сл. 29 инфильтрированныя массы проникли въ центральныя своихъ частяхъ въ мышечный слой, уцѣлѣвшій отчасти только на краяхъ узла. Въ сл. 21 и 14 узлы не проникли за мышечный слой.

Schuh (Erkenntniss der Pseudoplasmen стр. 252) упоминаетъ о случаѣ съ двоякимъ пораженіемъ пищевода: одна раковая язва, превратившая стѣнку пищевода въ толстый цилиндръ, сидѣла близъ кардіи, другая же находилась въ средней трети пищевода. Въ сл. Zenker'a (стр. 156) только по срединѣ пищевода стѣнка послѣдняго на протяженіи 4 см. осталась нетронутою, въ верхней же и въ нижней части находились обширныя раковыя изъязвленія.

Раковыя язвы въ большинствѣ случаевъ были совершенно поясныя. Въ 2 сл. оставалась свободною передняя стѣнка пищевода задняя же не была изъязвлена въ 4 сл. У Petri задняя и передняя стѣнки оставались свободными въ 12 сл. почти въ 27%; у насъ въ 12%.

Какихъ либо выводовъ о протяженіи язвы въ длину сдѣлать невозможно, такъ какъ нѣкоторые препараты, пролежавшіе долго въ Мюллеровской жидкости, а затѣмъ въ спирту, съежились сравнительно мало, другіе же сильно укоротились.

Самыя язвы по своему наружному виду представляли довольно разнообразную картину. Дно язвы было обыкновенно покрыто болѣе или менѣе крупными возвышеніями желтоватаго цвѣта; на свѣжихъ препаратахъ они иногда были зеленоватаго и даже черноватаго цвѣта (напр. въ сл. 48). Бугры въ большинствѣ случаевъ сидѣли на широкомъ основаніи, имѣли довольно неправильный видъ и форму. Въ сл. 48 бугры имѣли видъ болѣе или менѣе круглыхъ сосочковъ, кромѣ того, здѣсь находился одинъ двухъ-лопастный бугоръ, сидѣв-

шій на болѣе узкомъ основаніи. На разрѣзахъ черезъ стѣнку можно было замѣтить, что бугры чаще сидятъ на гипертрофированномъ мышечномъ слоѣ, рѣже они проникали въ этотъ послѣдній. Внутреннею своею поверхностью бугры вдавались въ просвѣтъ пищевода, болѣе или менѣе значительно суживая его. Въ иныхъ случаяхъ (сл. 25, 29) рядомъ сидящіе бугры обуславливали весьма рѣзкое суженіе, такъ что только тонкіе зонды проходили между ними.— Поверхность бугровъ и центральныя части ихъ были зачастую зернисты. Бугры имѣли нерѣдко видъ цвѣтной капусты. Сосочковыя разрощенія на днѣ язвы были найдены въ сл. 48.

Въ иныхъ случаяхъ (напр. въ сл. 20) язва представлялась покрытою клочьями мягкой консистенціи. Въ сл. 10, 38, 42 дно язвы мѣстами составлялъ обнаженный круговой мышечный слой.

Въ очень многихъ сл. за предѣлами язвы находилась значительная инфильтрація въ смежныхъ съ ней стѣнкахъ пищевода. При этомъ получались возвышенные, вывороченные или наоборотъ подрывные края язвы. Въ первомъ случаѣ они выдавались въ видѣ болѣе или менѣе выраженныхъ валиковъ.

Въ сл. 10, (рис. 3) язва была плоскою, поверхностною; края отдѣлялись отъ неповрежденной слизистой оболочки нерѣзко; дно язвы было лишь немного бугристо и неровно.—Разрѣзъ стѣнки обнаруживалъ или поверхностную инфильтрацію, проникающую до мышечнаго слоя, или что разрушеніе достигало до него и мышечный слой составлялъ мѣстами дно язвы.

Что касается границы инфильтраціи въ стѣнкахъ пищевода, то иногда она бывала очень рѣзкая. Во многихъ друг. случаяхъ наоборотъ переходъ совершался постепенно и только микроскопъ открывалъ раковые элементы въ пограничныхъ слояхъ неповрежденной стѣнки, при макроскопическомъ же изслѣдованіи можно было предполагать отсутствіе раковаго пораженія.

Утолщеніе стѣнки пищевода въ зависимости отъ инфильтраціи можетъ достигать весьма значительныхъ размѣровъ, причемъ не только слизистый и подслизистый слой, но и мышечный слой можетъ казаться почти исчезнувшимъ. Въ сл. 31 только помощью микроскопическаго изслѣдованія можно было доказать, что мышечные элементы еще сохранились. Рисунокъ препаратовъ 1 и 31 показываетъ, до какой значительной степени можетъ разростись раковая инфильтрація стѣнки. Въ сл. 28 инфильтрація передней стѣнки

достигла такихъ размѣровъ, что образовала опухоль, выполнявшую почти весь просвѣтъ пищевода (рис. 4).

Обыкновенно инфильтрація проникала до мышечнаго слоя или только отчасти въ этотъ послѣдній.

При давленіи на инфильтрованную стѣнку въ свѣжихъ препаратахъ выскакивали стержни или вытекала густая сливкообразная масса желтоватаго и зеленоватаго цвѣта, которая при микроскопическомъ изслѣдованіи оказывалась состоящею изъ полиморфныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ.

Переносы раковыхъ элементовъ и развитіе вторичныхъ узловъ при ракѣ пищевода встрѣчается не особенно часто. Это имѣетъ мѣсто прежде всего въ сосѣднихъ лимфатическихъ железахъ—пищеводныхъ, бронхіальныхъ, трахеальныхъ и эпигастральныхъ (изъ послѣднихъ особенно железы, лежащія позади кардіи). Въ нашихъ случаяхъ отсутствовало вторичное пораженіе железъ только 5 разъ.

При этомъ железы зачастую достигаютъ весьма значительныхъ размѣровъ и могутъ производить прижатіе сосѣднихъ органовъ, особенно самаго пищевода.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ были найдены цѣлые пакеты инфильтрированныхъ железъ.

У Petri метастазы въ железахъ наблюдались въ 59,5%, притомъ въ 20% они составляли единственный складъ вторичныхъ отложеній. У Zenker'a инфильтрація железъ встрѣтилась въ 60% всѣхъ случаевъ; въ 20% переносы были отысканы только въ железахъ; въ 40%, кромѣ железъ, узлы были еще въ другихъ органахъ. Вторичныхъ пораженій шейныхъ (чаще надключичныхъ, рѣже подчелюстныхъ) лимфатическихъ железъ слѣдовало бы на основаніи распространенія лимфатическихъ путей ожидать при ракѣ въ верхней трети пищевода. Эксквизитный случай пораженія надключичныхъ железъ описанъ у Fritsche (8 случай).

Мало пораженные железы заключали въ себѣ нѣсколько бѣлыхъ узелковъ, иногда послѣдніе разрастались до того, что въ железахъ оставались только слѣды железистой ткани. Окружающая ихъ соединительная сумка обыкновенно болѣе или менѣе утолщена. Центральныя части железы часто представляются распавшимися, размягченными, а иногда напротивъ того упруго-плотной консистенціи. Въ первомъ случаѣ изъ нихъ на свѣжихъ препаратахъ выдавливается густая масса желтоватаго цвѣта, иногда содержащая пигментные зернышки. Въ спиртныхъ препаратахъ нерѣдко замѣчается крошащаяся масса. Расплывшіяся лимфатическія железы могутъ прорвать

окружающую их сумку и образовать сообщеніе со смежными органами, напр. съ пищеводомъ; какъ это было у Fritsche (въ сл. 8).

Пораженіе лимфатическихъ железъ въ обѣихъ надключичныхъ впадинахъ наблюдалъ также Traube, (Beiträge zur Path. u. Physiologie Т. II, стр. 757). Въ 19 сл. у Behier шейныя железы были инфильтрированы 1 разъ, пищеводныя 2 раза, бронхіальныя 6 разъ.

Метастазы въ печени были найдены въ 3 сл. первичнаго рака пищевода (сл. 5, 17, 19); притомъ печень была во всѣхъ случаяхъ почти сплошь пронизана раковыми узлами, изъ которыхъ многіе были весьма значительной величины и размягчены въ центрѣ. Въ сл. 42 (цилиндрическій ракъ кардіи и нижней части пищевода) былъ только одинъ маленькій узелъ въ печени. У Petri переносы въ печени были найдены въ 9 сл. (21%), притомъ въ 4 сл. (10%) въ одной только печени при отсутствіи пораженія окружающихъ лимфатическихъ железъ. Такъ какъ метастазы въ печени были найдены въ тѣхъ случаяхъ Petri, гдѣ ракъ сидѣлъ въ нижней части пищевода, то Petri думаетъ, что раковые элементы были занесены сюда черезъ нижнія пищеводныя вены (*v. oesophag. inf.*), впадающія въ *v. gastr. super.*, которая изливается въ воротную вену. Нельзя однако не замѣтить, что распространеніе раковыхъ элементовъ черезъ посредство кровеносныхъ сосудовъ составляетъ для рака, въ противоположность саркомамъ, скорѣе исключеніе, чѣмъ правило.

Вторичные узлы въ печени находили также другіе авторы, напр., Zenker, Henoch, Ribbentrop, Gosebruch.

Въ легкихъ заносные узлы были найдены 3 раза (сл. 5, 12, 13, 25). У Petri въ 44 сл. тоже 3 раза, притомъ въ одномъ случаѣ при отсутствіи пораженія лимфатическихъ железъ. Zenker также наблюдалъ переносы узловъ въ легкихъ.

Въ почкахъ заносные узлы наблюдались въ 2 случаяхъ (сл. 5 и 8) и притомъ оба раза въ обѣихъ почкахъ. У Petri по одному разу въ правой и въ лѣвой почкѣ.

Въ грудобрюшной преградѣ заносные узлы наблюдались одинъ разъ (сл. 35).

Къ метастазамъ въ пищеводѣ могутъ быть съ нѣкоторымъ правомъ отнесены узлы въ сл. 29 и 32. Мелкіе раковые узелки подъ слизистою оболочкою пищевода нашелъ въ своемъ случаѣ также Deiningen.

Микроскопическое изслѣдованіе препаратовъ первичнаго рака пищевода показало, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о плоскоэпителиальномъ ракъ. Если брались кусочки изъ

центра язвы, то обыкновенно получалась такая картина: слизистый и подслизистый слои были замѣщены болѣе или менѣе крупными гнѣздами круглой, овальной, колбовидной, рѣже цилиндрической формы. Гнѣзда состояли изъ эпителиальныхъ клѣтокъ довольно разнообразнаго вида и величины, въ чемъ можно было легко убѣдиться въ соскобленномъ сокѣ изъ свѣжихъ препаратовъ или въ такихъ срѣзахъ, въ которыхъ содержимое гнѣздъ выпало и получались полости, гдѣ плавали отдѣльные раковые клѣтки. Отъ раковыхъ гнѣздъ нерѣдко отходили въ разныя стороны вѣтви, состоящія изъ эпителиальныхъ клѣтокъ, расположенныя въ одинъ или нѣсколько рядовъ. Клѣтки по большей части имѣли характеръ мостовиднаго эпителия. Онѣ представляются обыкновенно довольно значительныхъ размѣровъ, имѣютъ видъ пластинокъ, содержатъ ядро и вокругъ послѣдняго небольшое количество мелкозернистой протоплазмы.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ раковыя клѣтки имѣли характеръ шиповидныхъ клѣтокъ, такъ наз. Riffzellen. При этомъ онѣ были значительной величины, содержали хорошо выраженное ядро или нѣсколько ядеръ; иногда ядра содержали въ себѣ ядрышко. Ядра хорошо окрашивались въ Гренахеровскомъ карминѣ или въ гѣматоксилинѣ (послѣдній я употреблялъ рѣдко).

Въ сл. 1 клѣтки имѣли веретенообразную форму, заключали большія ядра, тѣсно прилегали другъ къ другу, образуя болѣе или менѣе правильныя цилиндрическія фигуры.

Въ большинствѣ случаевъ въ эпителиальныхъ гнѣздахъ замѣчалась склонность клѣтокъ къ образованію концентрическихъ наслоеній. Въ центрѣ такихъ наслоеній обыкновенно находилась одна, двѣ—три клѣтки крупной величины, тѣсно прилегающія другъ къ другу; ихъ окружали со всѣхъ сторонъ клѣтки полулунной формы. Послѣднія отличались прозрачностью, не содержали зернистой протоплазмы, но имѣли по одному ядру. Болѣе периферическіе слои подобныхъ эпителиальныхъ шаровъ представляютъ нерѣдко наслоенія прозрачныхъ, блестящихъ пластинокъ.—Въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, периферическіе слои состоятъ изъ болѣе молодыхъ клѣтокъ полулунной формы съ ядромъ, хорошо окрашивающихся, центральныя же части гнѣзда состоятъ изъ концентрическихъ завернутыхъ пластинокъ, не воспринимавшихъ краски и разбухавшихъ отъ ѣдкаго кали. Подобныя тѣла, напоминающія зачастую по своему виду, жемчужины находились въ колбообразно расширенныхъ эпителиальныхъ гнѣздахъ.

Въ нѣкоторыхъ препаратахъ можно было прослѣдить связь опи-

санныхъ раковыхъ гнѣздъ съ покровнымъ эпителиемъ, который вдвигался въ видѣ неправильныхъ отростковъ въглубь подлежащей ткани, которые иногда оканчивались болѣе или менѣе значительными колбовидными расширеніями. Можно съ большою вѣроятностію предположить, что гнѣзда съ виду кажущіяся изолированными, несоединенными съ этими отростками, также находятся въ связи съ ними, но только въ данномъ препаратѣ послѣднія были перерѣзаны поперегъ и поэтому получались какъ бы самостоятельныя эпителиальныя гнѣзда.

Относительно стромы, въ которую заключены раковыя гнѣзда, надо сказать, что въ подслизистомъ слоѣ она состояла изъ подлежащей старой соединительной ткани, заключающей въ себѣ болѣе или менѣе значительное количество грануляціонныхъ элементовъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ соединительной ткани, окружающей эпителиальныя гнѣзда, находилось, кромѣ того, небольшое количество веретенообразныхъ клѣтокъ и разроженіе волокнистой соединительной ткани.

Впрочемъ, вообще говоря, это встрѣчается нечасто и эпителиальныя гнѣзда помѣщаются обыкновенно въ подлежащей ткани, вытѣсняя послѣднюю въ болѣе или менѣе значительной степени, такъ что въ подслизистомъ слоѣ порою оставались только небольшіе участки волокнистой соединительной ткани, расположенной вокругъ гнѣздъ. Въ мышечномъ слоѣ гнѣзда помѣщались въ раздвинутыхъ пучкахъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ было замѣчено, что раковыя гнѣзда, превратившіяся въ ороговѣвшія жемчужины, встрѣчались по преимуществу въ мышечномъ слоѣ.

Отпаденіе и удаленіе послѣднихъ и разрушеніе подлежащей ткани объясняютъ, почему раковое новообразованіе такъ часто образуетъ въ пищеводѣ глубокое изъязвленіе и ненормальныя сообщенія его съ окружающими органами. Въ силу этого роговое превращеніе раковыхъ элементовъ, признакъ считающійся вообще для рака другихъ органовъ относительно благопріятнымъ, не можетъ считаться таковымъ же по отношенію къ пищеводу.

Кромѣ ороговѣвшихъ раковыхъ элементовъ, часто встрѣчаются зернистыя и жирноперерожденныя клѣтки, особенно въ изъязвившихся мѣстахъ новообразованія. Въ эпителиальныхъ гнѣздахъ, расположенныхъ въ пограничныхъ слояхъ и находящихся въ стѣнкахъ пищевода, покрытыхъ неизмѣненнымъ эпителиемъ, клѣтки и ядра ихъ были вообще рѣзче обрисованы.

Кромѣ плоскоэпителиальнаго рака намъ въ нашихъ препаратахъ

попался одинъ случай цилиндрическаго рака, который начался съ кардіи и только перешелъ на нижнюю часть пищевода. Въ стѣнкахъ кардіи, равно какъ въ пищеводѣ, были найдены болѣе или менѣе обширныя эпителиальныя гнѣзда, клѣтки которыхъ на периферіи мѣстами сохранили еще довольно отчетливо характеръ цилиндрическихъ клѣтокъ съ крупнымъ ядромъ и мелкозернистой протоплазмой, хорошо окрашивающимися въ Гренахеровскомъ карминѣ. Болѣе центрально лежащія клѣтки были полиформны, вѣроятно, отъ взаимнаго давленія. Въ центрѣ многихъ гнѣздъ находились свободныя промежутки, полости, явленіе нерѣдко встрѣчающееся въ цилиндрическомъ ракѣ¹⁾. Строма, окружающая раковыя гнѣзда, состоитъ здѣсь изъ волокнистой ткани, заключающей много веретенообразныхъ клѣтокъ и грануляціонныхъ элементовъ. Послѣднихъ было особенно много въ инфильтрированной стѣнкѣ пищевода, которая была изъязвлена.

Въ сл. 39 въ глубокихъ частяхъ подслизистаго слоя находились многочисленныя эпителиальныя гнѣзда, заключавшіяся въ новообразованной соединительной ткани. Отъ этихъ гнѣздъ во всѣ стороны расходились многочисленныя вѣтви, состоящія изъ эпителиальныхъ клѣтокъ. Клѣтки были полиморфны, отличались незначительною величиною и хорошо окрашивались. Отсутствие промежуточнаго вещества между клѣтками (въ выметенныхъ кисточкой препаратахъ) и участіе соединительной ткани въ новообразованіи послужило основаніемъ, почему я этотъ случай отнесъ къ мелкоклѣточному обыкновенному раку. Развѣтіе его, къ сожалѣнію, осталось невыясненнымъ.

Въ сл. 46 получилась слѣдующая картина: въ подслизистомъ слоѣ масса большихъ эпителиальныхъ гнѣздъ, между которыми проходятъ небольшіе пучки соединительной ткани, богатой веретенообразными клѣтками и грануляціонными элементами. Эпителиальныя клѣтки были довольно большой величины, почти круглой формы, интенсивно окрашивались въ карминѣ. Случай этотъ долженъ быть отнесенъ къ сомнительнымъ первичнымъ ракамъ пищевода, такъ какъ раковыя разрощенія находились также въ кардіи. По характеру своему онъ могъ быть причисленъ къ крупноклѣточному мозговику.

Литературные источники.

Старая литература прошлаго и начала нынѣшняго столѣтія собрана въ статьяхъ Mondière, Archives général de med. T. XXIV,

¹⁾ Учебникъ патологической анатоміи. Проф. Н. П. Ивановаго. Вып. III. 1883 г.

XXV, XXVII, XXX; кроме того краткій перечень помѣщенъ у Köhler'a и въ дисс. Fritsche.—(см. ниже).

Общая литература. Lebert, Traitéprat. des maladies cancer. 1851.—Schuh, Erkenntniss der Pseudoplasmen. 1851.—Schuh, Path. u. Therapie der Pseudoplasmen, 1854.—Köhler, die Krebs- und Scheinkrebskrankheiten des Menschen. 1853. Oppolzer, Wien. med. Wochenschr. 1851. № 5. Hubener, Spec. Path. und. Ther.—1850. Erlangen.—Bamberger, Krankh. d. chylopoet. Systems. Erlangen 1864.—F. Niemeyer. Частн. пат. и терап.—Русск. перев. съ 8-го изд.—Кіевъ, 1873.—Ziemssen, Руков. къ частн. патол. и терап.—Т. III ч. I. Прибавленіе. Статьи Zenker и Ziemssen'a.—Харьковъ, 1880.—Billroth и Lücke, Руков. къ общей и частн. хирургіи. Статья König'a.—Русск. перев. 1881. Отдѣлъ 45.—Eichhorst, Руков. къ частн. патол. и терапіи. Т. I. Русск. перев. 1883.

Albers, Erläuterungen zum Atlas der pathol. Anatomie 1839. Отд. II.—Rokitansky, Handb. der path. Anat. 1846. Förster, Lehrb. d. path. Anat. 1864.—Rindfleisch, Lehrb. de path. Gewebelehre 1871.—Klebs, Рук. къ патол. анат. Перев. подъ ред. проф. М. М. Руднева.—Проф. М. М. Рудневъ, Лекціи общей патол. 1873—1875 г.—А. Лабульбень, Новые элементы патол. анат. Перев. съ франц.—Вып. I. 1879.—Проф. Н. П. Ивановскій. Учебн. патол. анат. Вып. III и IV. 1883—1884.—Birch-Hirschfeld, Lehrb. d. path. Anat.—2-е изд. 1882—1884.

Mondière, Arch. general. de méd. T. XXVII и XXX 1833.—Behier, Conférences de clinique medicale 1861—1862. Paris. 1864. Hamburger, Klinik der Oesophaguskrankheiten. 1871. Gandais, Sur le retrecissement de l'oesophage. Thèse de Paris. 1869. Steiger, Ueber Verengerung der Speiseröhre. Würzb. med. Zeitschr. 1861.—Bogge, Ueber, Stricturen des Oesophagus.—Diss. Berlin. 1880. Habershon, On Diseases of the Abdomen. 1862.

Спеціальная литература. J. Petri, Ueber 44 Fälle von Krebs der Speiseröhre. Diss. Berlin. 1868. Deininger, Ein Fall von Epithelkrebs im Oesophagus. Diss. Erlangen. 1860. Caesar Siemon, Ueber carcinomatöse Stenose des Oesophagus. Diss. Berlin. 1868.—Fritsche, Ueber den Krebs der Speiseröhre. Diss.—Berlin. 1872.—Gosebruch, Ueber Carcinom des Oesophagus. Diss. Berlin. 1874.—Gindre, Recherches sur les complications anat. d. cancer de l'oesophage. Thèse de Paris. 1863. Marchand, Contribution à l'étude des neoplasies de l'oesophage et en particulier des accès de suffo-

cation et de la pseudo—angine de poitrine. Thèse de Paris. 1880.—
Lemaitre, Complications pleuro-pulmonaires du cancer de l'oesop-
hage. Thèse de Paris. 1880. Morell Mackenzie, Cancer of the
Oesophagus. The Medical Times and Gazette. London. 1876.

Grisolle, Bullet de la société anat. de Paris. 1833. стр. 116.—
Ribes. ibidem 1836 стр. 11. Behier, ib. 1837, стр. 131 и Raim-
bert стр. 350. Gosselin, ib. 1838 стр. 164. Bernard, ib 1847
стр. 105. Clin, ib. 1848. стр. 236. Boullard. ib. 1849 стр. 282.
Pota'n стр. 323 и Lunier стр. 307. Gery, ib. 1853 стр. 235.
Luton ib 1856 стр. 9 и Millard стр. 507. Bucquoy, ib. 1855.
стр. 280. Duriau ib. 1857 стр. 309. Lancereaux ib. 1861 стр.
299. Attimon ib. 1868 стр. 54. Pozzi ib. 1872, стр. 10.—Har-
tung, Hufelands Journal 1838 № 6. Ribbentrop, Preuss. Vereins-
Zeitung 1846 № 9. Henoch und Romberg, Klin. Wahrnehm.
und Beobacht. Berlin. 1851 стр. 129—133. Traube, Beiträge zur
Pathol и Physiol. T. II стр. 757. Pfeufer, Henle Pfeufers Zeitschr.
für ration. Medicin. 1845 стр. 136. Tütel, Deutsche Klinik 1860
стр. 359. Гауровичъ, Прибавл. медиц. къ Морск. Сборн. 1861.
Студ. Н. А. Бубновъ и Н. Э. Крузенштернъ. Военно-Мед.
1874. Апрѣль. Neumann, Virch. Arch. 1860. T. XX. Ober-
nier. Berl. klin. Wochenschr. 1866 № 25. Schneider, Berl.
klin. Woch. 1868 №№ 31 и 32. Müller, Jenaische Zeitschr. 1870.
Reincke, Virch. Arch LI. 1870. Jaworowski—Medycyna 1875.
№ 52. Meissner, Arch f. Heilkunde 1861 стр. 365. Chalybaeus,
Deutsche Klinik 1868 № 23. Freudenhammer, Carcinoma oeso-
phagi. Diss. Berlin. 1873. Lesser, Deutsche med. Wochenschr.
1879. № 13.

Прежде чѣмъ перейти къ описанію препаратовъ я долженъ сдѣ-
лать слѣдующую оговорку: такъ какъ мнѣ по необходимости приш-
лось описывать спиртные препараты, то мои цифры имѣютъ лишь
относительное значеніе. Онѣ служатъ только приблизительнымъ ука-
заніемъ мѣстоположенія раковаго новообразованія относительно окру-
жающихъ пищеводъ органовъ (мѣсто дѣленія трахеи, перекрещива-
ніе съ лѣвымъ бронхомъ и пр.) Изслѣдованія мои имѣютъ, вообще
говоря, лишь статистическій интересъ и произведены въ главныхъ
чертахъ въ параллель съ подобными же изслѣдованіями Mackenzie
и Petri.

1) 19 Января 1875 г. Александръ Ивановъ.—Въ нижней трети пищевода до самой кардіи, на протяженіи 11 ст., замѣчается цилиндрическое, весьма значительное ($1\frac{1}{2}$ —2 ст.), утолщеніе всей стѣнки пищевода. При разрѣзѣ обнажается обширная язва, занимающая всю окружность пищевода, которая сплошь состоитъ изъ бугристыхъ возвышеній довольно мягкой консистенціи, изъязвленныхъ на своей поверхности, вслѣдствіе чего поверхность ихъ оказывается мелкобугристою и изрытою. Верхніе края язвы сильно выпячиваются надъ вышележащею неповрежденною слизистою оболочкою пищевода и рѣзко отграничиваются отъ нея. Инфильтрированная стѣнка пищевода непосредственно переходитъ въ кардію, вызывая такое сплошное утолщеніе ея, что нижніе края новообразованія выпячиваются въ видѣ толстыхъ губъ въ полость желудка, напоминающихъ по формѣ сильно гипертрофированную влагалищную часть матки. Нижняя поверхность этихъ губъ покрыта неповрежденною слизистою оболочкою кардіи.—Полость желудка весьма значительно расширена, выполнена плотнымъ кровянымъ сверткомъ и небольшимъ количествомъ жидкой крови. Стѣнки желудка нѣсколько утолщены. Въ тонкихъ кишкахъ кровяные свертки.

На мѣстѣ новообразованія пищевода сросенъ съ грудною аортою, съ которою онъ и сообщается посредствомъ канала, открывающагося въ срединѣ опухоли, черезъ который проходитъ зондъ средней величины. Кроме того, пищеводъ сросенъ съ лѣвымъ бронхомъ и прилежащимъ корнемъ праваго легкаго. Въ нижней долѣ послѣдняго находится продолженіе разрозненій пищевода, которыя инфильтрируютъ легочную ткань. Инфильтрированная масса имѣетъ тотъ же мелкобугристый характеръ, довольно мягкой консистенціи, какъ и новообразование пищевода. Въ срединѣ этой инфильтраціи находится полость, выполненная ихорозной массой, сообщающаяся съ правымъ бронхомъ. Лѣвое легкое сухо, всюду проходимо для воздуха.

Микроскопическое изслѣдованіе инфильтрированной стѣнки обнаружило большое количество эпителиальныхъ гнѣздъ, расположенныхъ въ видѣ болѣе или менѣе длинныхъ цилиндровъ съ многочисленными отростками, расположенныхъ въ скудномъ соединительно-тканномъ оствѣ, а въ периферическихъ частяхъ—между пучками гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Особенно много эпителиальныхъ гнѣздъ можно было замѣтить ближе къ внутренней поверхности стѣнки пищевода; здѣсь размѣры ихъ были значительнѣе, чѣмъ на периферіи. Эпителиальныя клѣтки представлялись уплощенными, нѣсколько вытянутыми, заключали по одному довольно большому ядру, интенсивно окрашивающему Гренахеровскимъ карминомъ.—Плоско-эпителиальный ракъ.

2) 4 Февраля 1877 г. Семенъ Терентьевъ.—На уровнѣ дѣленія трахеи на бронхи начинается значительное утолщеніе пищевода (главнымъ образомъ правой боковой стѣнки), вслѣдствіе мелкозернистыхъ бугровъ проростающихъ всю стѣнку пищевода и изъязвившихся на своей поверхности. Язва имѣетъ поясную форму и занимаетъ протяженіе въ $8\frac{1}{2}$ ст. Нижніе края язвы возвышены и подрываются подъ неповрежденную стѣнку. Верхніе края язвы имѣютъ такой же характеръ.—Въ верхней части язвы замѣчается незначительное отверстіе канала, прони-

кающего через стѣнку пищевода въ среднюю долю праваго легкаго. Близлежащая ткань легкаго грязнобѣлаго цвѣта съ гангренознымъ распадомъ. Вся нижняя и задняя часть средней доли легкаго плотна инфильтрирована. Слизистая оболочка бронховъ сильно утолщена. Окружающія бронхіальныя и пищеводныя железы увеличены и инфильтрированы. Сердце нѣсколько увеличено, мышца его дряблая. Селезенка небольшая. Печень нормальна. Въ почкахъ паренхиматозное перерожденіе. Желудокъ немного растянутъ. Небольшой катарръ кишекъ.

На мѣстѣ язвы при микроскопическомъ изслѣдованіи замѣчается большое количество эпителиальныхъ гнѣздъ, между которыми сохранилась соединительнотканная основа. Въ послѣдней мѣстами замѣчается большое количество грануляціонныхъ элементовъ. Клѣтки, заключающіяся въ гнѣздахъ имѣютъ характеръ мостовиднаго эпителия. Многія изъ нихъ отличаются зернистымъ строеніемъ. Онѣ содержатъ хорошо сохранившееся ядро, а въ болѣе молодыхъ клѣткахъ находится по 2 и болѣе ядеръ. Въ мышечномъ слоѣ замѣчается только очень небольшое количество эпителиальныхъ гнѣздъ такого же характера.—Плоскоэпителиальный ракъ.

3) 7 Ноября 1877 г. Иванъ Колотельщиковъ.—На 7 см. отъ уровня кольцевиднаго хряща и на 1½ см. выше бифуркаціи трахеи начинается обширная поясная язва пищевода, доходящая по задней стѣнкѣ до кардіи, по передней же она не доходитъ на 4½ см. до нея. Незанятый язвою участокъ передней стѣнки подрытъ мягкими новообразованными массами. Пищеводъ плотно сросшенъ съ аортою посредствомъ новообразованія, вросстающаго въ адвентицію аорты. При выниманіи пищевода поэтому получился искусственный перерывъ всего канала пищевода, на разстояніи 6 ст. отъ бифуркаціи. Инфильтрація стѣнки доходитъ до истонченнаго, мѣстами совершенно разрушеннаго мышечнаго слоя, такъ что можно сказать, что инфильтрированныя массы лежатъ мѣстами на наружной стѣнкѣ аорты. На протяженіи всей язвы особенно въ верхней ея части, пищеводъ значительно суженъ. Дно язвы мелкобугристое, съ глубокими бороздами, вслѣдствіе распадѣнія. Внизу близъ кардіи эти бугристыя массы заползаютъ подъ неповрежденную слизистую оболочку передней стѣнки; края язвы здѣсь выворочены. Верхніе края язвы слегка возвышены и тоже выворочены. Расширенія и гипертрофіи мышечнаго слоя надъ язвою нѣтъ. Обѣ доли щитовидной железы немного увеличены. Стѣнки желудка особенно близъ выхода его утолщены.

Творожистыя узлы въ легкихъ съ образованіемъ кавернъ. Жиръ вокругъ сердца студенистый. Сердце атрофировано. Сердечная мышца желтобураго цвѣта. Клапаны и полости сердца нормальны. Около малой кривизны желудка, по задней и передней поверхности его, находится самостоятельная инфильтрація стѣнокъ съ бугристыми краями. Инфильтрація здѣсь не доходитъ до мышечнаго слоя и не образуетъ изъязвленія; слизистая оболочка надъ инфильтраціей сѣроаспиднаго цвѣта. Pylogus свободенъ. Брызжейка содержитъ большое количество узловъ. Атрофія печени и селезенки. Почки блѣдны.

Въ пищеводѣ плоскоэпителиальный ракъ. Въ отличіе отъ случая 2 здѣсь замѣчается: 1) большое количество раковыхъ жемчужинъ, съ концентрически наложенными ороговѣвшими клѣтками; 2) здѣсь въ большей

степени пораженъ мышечный слой. Въ послѣднемъ находятъ большое количество такъ сильно ороговѣвшихъ жемчужинъ, что въ нихъ иногда нельзя уже найти ясно выраженныхъ клѣточныхъ элементовъ, образующихъ эти жемчужины. На нѣкоторыхъ препаратахъ была видна непосредственная связь разросшихся нижнихъ слоевъ покровнаго эпителия съ эпителиальными гнѣздами, въ центрѣ которыхъ иногда помѣщались описанныя жемчужины. Въ узлѣ желудка находятся гнѣзда съ эпителиальными клѣтками. Гнѣзда расположены въ видѣ небольшихъ альвеолъ, вокругъ которыхъ замѣчается большое количество грануляціонныхъ элементовъ.

4) 1 Марта 1877 г. Эдуардъ Бриллитъ.—На разстояніи 2 ст. ниже бифуркаціи начинается глубокая язва, на протяженіи 4 ст., сидящая преимущественно на передней стѣнкѣ. Язва сидитъ соотвѣтственно инфильтраціи пищевода, которая вверху на 1½ ст. выше язвы заползаетъ подъ неповрежденную слизистую оболочку, а внизу на 2 ст. ниже язвы распространяется подъ мышечнымъ слоемъ. Инфильтрированныя массы отличаются волокнистымъ строеніемъ и довольно плотною консистенціею. Дно язвы зернисто, размягчено, въ правой стѣнкѣ отыскивается очень тонкое отверстіе, сообщавшееся съ гангренозною полостью нижней доли праваго легкаго. Верхніе края возвышены. У нижняго конца язвы, гдѣ края ея вслѣдствіе инфильтраціи стѣнки еще болѣе возвышены, замѣчается рѣзкое коническое суженіе просвѣта канала. Участокъ пищевода, соотвѣтствующій язвѣ, плотно сросенъ съ аортою соединительнотканными разрощеніями. Железы позади кардіи инфильтрированы плотными массами бѣлаго цвѣта.

Сильно истощенный трупъ съ сухою кожею грязно-сѣраго цвѣта; эпидермисъ лежитъ въ видѣ сухихъ большихъ и мелкихъ чешуй. Обѣ верхнія легочныя доли сильно отечны. Нижняя доля лѣваго легкаго гиперемирована. Въ нижней доли праваго легкаго находится большое гангренозное, сообщающееся съ пищеводомъ. Слизистая оболочка желудка блѣдна, нѣсколько утолщена. Слиз. обол. кишокъ пигментирована, на многихъ мѣстахъ сильно гиперемирована.

Плоскоэпителиальный ракъ. Клѣтки здѣсь средней величины; концентрическое наслоеніе ихъ встрѣчается очень рѣдко. Промежуточное вещество содержитъ довольно значительное количество сосудовъ. Въ мышечномъ слое вокругъ гнѣздъ замѣчается порядочное количество грануляціонныхъ элементовъ.

5) 17 іюля 1877 г. Василій Антоновъ.—Пищеводъ на разстояніи 7½ стм. отъ дѣленія трахеи представляется снаружи утолщеннымъ преимущественно слѣва, образуя опухоль величиною съ небольшое куриное яйцо (длиною 7—8 стм.). Внутренняя поверхность новообразованія представляетъ язву съ мелкозернистымъ дномъ и вывороченными краями. Стѣнки пищевода соотвѣтственно опухоли сильно инфильтрированы бѣлыми слегка волокнистыми массами довольно плотной консистенціи, достигая слѣва толщины до 2 стм. Между грудною аортою и пищеводомъ находятся инфильтрированныя железы, изъ которыхъ нѣкоторыя, съ распаденіемъ въ центрѣ, плотно срослись съ опухолью. Въ обѣихъ надключичныхъ впадинахъ лежатъ пакеты значительно увеличенныхъ и инфильтрированныхъ железъ. Сильно истощенный трупъ. Лѣвое легкое отчасти приращено къ

грудной стѣнкѣ. Средняя доля и верхняя часть нижней доли праваго легкаго въ состояніи сѣраго, частью краснаго опеченѣнія. Близъ корня легкаго находятся мелкіе бѣлые узелки. Сердце уменьшено въ объемѣ. Сердечная мышца дряблая, желтоватаго цвѣта. Эпигастральныя железы инфильтрированы. Печень громадная: длина 27 см., ширина 17, а толщина 13 см. Въ печени находится масса узловъ, достигающихъ величины маленькаго яблока. Узлы желтоватаго цвѣта, въ серединѣ размягчены. Селезенка немного уменьшена въ объемѣ. Въ корковомъ слое обѣихъ почекъ находится нѣсколько мозговидныхъ узелковъ. На серозной оболочкѣ мочеваго пузыря находятся мелкія узловатыя новообразованія.

Плоскоэпителиальный ракъ пищевода. Въ подслиз. и въ мышечномъ слояхъ находится дов. большое количество эпителиальныхъ гнѣздъ, заложенныхъ въ волокнистой соединительной ткани. Жемчужныя образованія среди эпителиальныхъ гнѣздъ попадаются изрѣдка.

6) 18-го февраля 1877 года. А гра ф е н а О р л о в а. — На уровнѣ дѣленія трахеи начинается циркулярное утолщеніе стѣнки пищевода на протяженіи 7 ст. вслѣдствіе инфильтраціи ея бѣлыми новообразованными массами. Инфильтрація проникаетъ до истонченнаго мышечнаго слоя. Соотвѣтствующая часть пищевода плотно срослена съ началомъ нисходящей аорты и съ лѣвымъ бронхомъ. На внутренней стѣнкѣ пищевода въ центрѣ новообразованія находится поясная язва, на протяженіи = 5 ст. Дно язвы мелкобугристое, отчасти зернистое. Верхній край язвы обозначается мелкобугристыми разрощеніями съ болѣе или менѣе глубокими бороздами. Нижніе края ея постепенно переходятъ въ валикообразное утолщеніе стѣнки пищевода, покрытой снизу неизмѣненной съ виду слизистой оболочкой. Мышечная стѣнка надъ опухолью и соотвѣтственно нижнимъ краямъ опухоли истончена. Пищеводныя и бронхіальныя железы инфильтрированы. Легкія немного приращены къ грудной стѣнкѣ. Сѣрое опеченѣніе нижней части верхней доли лѣваго легкаго. Умѣренная гипертрофія лѣваго желудочка. Двустворчатые клапаны утолщены, отчасти обызвествлены, укорочены, недостаточны. Клапаны аорты тоже утолщены. Аорта и артеріи, особенно на основаніи мозга, склерозированы. Хроническій катарръ желудка. Разрощеніе промежуточной ткани въ печени и почкахъ; въ почкахъ — нѣсколько мелкихъ кистъ.

На микроскопическихъ срѣзахъ видны въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, почти по всей стѣнкѣ, гнѣзда, состоящіе изъ крупныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ. Многія изъ нихъ зернисто перерождены. Между гнѣздами заложена въ умѣренномъ количествѣ новообразованная соединительная ткань, содержащая веретенообразныя клѣтки и грануляціонные элементы. Плоскоэпителиальный ракъ.

7) 28-го мая 1877 года. И р и н а П е т р о в а. — На разстояніи 2 см. отъ бифуркаціи начинается плоская язва пищевода, занимающая протяженіе въ 5 ст. Язва отличается неровнымъ, отчасти зернистымъ дномъ и подрытыми краями, причемъ мелкія бугристости подходятъ подъ неизмѣненную съ виду слизистую оболочку. Язва занимаетъ всю окружность пищевода; а внизу она оканчивается въ видѣ двухъ небольшихъ мысовъ (по боковой и передней стѣнкамъ пищевода). Мышечный слой пищевода, непосредственно надъ язвою, немного гипертрофированъ — Пищеводныя желѣзы немного

увеличены и инфильтрированы бѣлыми массами. Щитовидныя железы значительно увеличены, уплотнены, особенно правая доля (величиною съ небольшое куриное яйцо). — Сильно истощенный трупъ. *Pia mater* утолщена, нѣсколько отечна. Сосуды на основаніи мозга сильно склерозированы. Ткань мозга отечна. Легкія немного приращены. Лѣвое легкое нѣсколько эмфизематозно. Гипостатическая пневмонія праваго легкаго. На правой плеврѣ небольшія фибринозныя отложенія. Сердце атрофировано, сосуды его сильно склерозированы. Желудокъ растянутъ; слизистая оболочка его утолщена.

Плоскоэпителиальный ракъ. Раковые элементы зернисты, иногда содержать мелкія жировыя капельки.

8) 17 Ноября 1877 г. Ксенія Степанова. — На пищеводѣ отъ уровня кольцевиднаго хряща начинается инфильтрація передней стѣнки пищевода, на протяженіи 3 ст., просвѣчивающая черезъ неповрежденную слиз. об. въ видѣ бѣлыхъ, четкообразно расположенныхъ узловъ. На этомъ мѣстѣ пищеводъ рѣзко суженъ. Ниже инфильтрація занимаетъ всю окружность пищевода и начинаетъ постепенно изъязвляться, образуя на протяженіи $12\frac{1}{2}$ ст. поясную язву съ зернистымъ, частью клочковатымъ дномъ. Нижніе края язвы возвышены. Изъязвившееся новообразование проникаетъ черезъ всю толщю стѣнки пищевода, оставляя только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ истонченный мышечный слой, такъ что отчасти оно сидитъ на адвентиціи аорты, на наружной стѣнкѣ трахеи и обоихъ бронховъ. Пищеводъ сращенъ съ грудною аортою, съ сердечною сорочкою, съ трахеею и съ обоими бронхами. Бронхіяльныя железы увеличены, пигментированы; нѣкоторыя изъ нихъ инфильтрированы сплошь, другіе только отчасти бѣлыми массами; иныя содержатъ известковыя отложенія. Въ лѣвой яремной венѣ находится тромбъ, почти совершенно закрывающій просвѣтъ сосуда; нижнія его части гораздо старше верхнихъ.

Въ высшей степени истощенный трупъ. *Pia mater* нѣсколько отечна, утолщена, мѣстами мутна. Мозгъ блѣденъ. Въ ткани легкихъ, особенно въ верхушкахъ, разсѣяны сѣрыя пневмоническія гнѣзда. Сердце немного атрофировано. Въ брюшной полости поперечная ободочная кишка лежитъ въ пупочной складкѣ, а всѣ тонкія кишки отодвинуты внизъ и какъ бы вдавлены въ полость малаго таза; онѣ чрезвычайно сокращены и напоминаютъ кошачьи кишки. Слизистая оболочка ихъ утолщена, мѣстами сильно гиперемирована. Желудокъ сокращенъ, пустъ; слиз. об. его утолщена, сѣраго цвѣта; позади кардіи нѣсколько инфильтрированныхъ железъ, такія же инфильтрированныя железы находятся вокругъ поджелудочной желѣзы, воротной вены и въ железахъ во кругъ аорты. Въ паренхимѣ почекъ находится нѣсколько бѣлыхъ, довольно плотныхъ узловъ, величиною съ горошину. Въ правой почкѣ близъ входа сосудовъ большой узелъ, состоящій изъ мягкихъ, сѣроватыхъ массъ. Матка мала, загнута впередъ почти подъ прямымъ угломъ.

На границѣ язвы со смежною неповрежденною слизистою оболочкою видно, что покровной эпителий даетъ вглубь довольно длинныя отростки со многими развѣтвленіями. Далѣе въ слизистой оболочкѣ и въ подслизистомъ слоѣ замѣчаются многочисленныя эпителиальныя гнѣзда; на нѣкоторыхъ изъ нихъ видно концентрическое расположеніе раковыхъ клѣтокъ.

Изрѣдка попадаются также ороговѣвшія жемчужины. Раковые гнѣзда проникли и въ мышечный слой, но здѣсь ихъ сравнительно немного.

9) 31 Января 1878 г. Аѳанасій Свѣчниковъ. — На передней стѣнкѣ пищевода на уровнѣ перстневиднаго хряща начинается мелкобугристая язва, которая и оканчивается внизу на 4 ст. выше бифуркаціи. Съ передней стѣнки язва вскорѣ переходитъ на всю окружность пищевода и сидитъ на инфильтрированной стѣнѣ его. Инфелтрація проникаетъ здѣсь глубоко, до трахеи. Поверхность язвы изъѣдена, покрыта размягченными ворсинчатыми массами, между которыми проходятъ многочисленныя борозды. Нижніе края язвы плоски, изъѣдены. Часть пищевода, соотвѣтствующая язвѣ представляетъ сильное суженіе просвѣта его. Передняя стѣнка пищевода на мѣстѣ инфилтраціи срослена съ дыхательнымъ горломъ, ниже съ дугою аорты и выходящими изъ нея сосудами. Многія трахеальныя, бронхіальныя и шейныя железы увеличены, инфильтрированы бѣлыми массами. — Книзу и кзади отъ правой подчелюстной железы находится железа, величиною съ небольшое яблоко; въ центрѣ ея казеозная масса и жидкій гной. Слизистая оболочка гортани отечна, гиперемирована, покрыта пѣнистою слизью. Легкія немного приращены, въ нижнихъ доляхъ отечны. Сердечная сорочка утолщена. На intima аорты нѣсколько атероматозныхъ бляшекъ. Атрофія сердца. Селезенка увеличена, пульпа ея очень мягка, расплывается.

Плоскоэпителиальный ракъ. Раковые гнѣзда расположены въ видѣ альвеолъ, вокругъ которыхъ (на мѣстахъ соотвѣтствующихъ язвѣ) находится большое количество грануляціонныхъ элементовъ. Многія эпителиальныя клѣтки представляются сильно зернистыми, иногда содержатъ мельчайшія жировыя капельки; ядро обыкновенно плохо выражено. На препаратахъ, сдѣланныхъ изъ неразмягченныхъ участковъ язвы, клѣтки лучше сохранились, имѣютъ характеръ мостовиднаго эпителія и содержатъ по одному, изрѣдка по 2 ядра. Концентрическое расположеніе клѣтокъ встрѣчается сравнительно рѣдко.

10) 4-го февраля 1878 г. Добрецовъ. — Въ нижней трети пищевода на разстояніи 8 ст. отъ дѣленія трахеи идетъ плоская, продолговатая язва, длиною въ 4 ст., не доходящая до кардіи на $2\frac{1}{2}$ ст.; мѣстами обнаженъ мышечный слой, дно ея мелкобугристо, неровно. Язва находится главнымъ образомъ на передней стѣнкѣ и на лѣвой боковой стѣнкѣ, занимая въ ширину $3\frac{1}{2}$ ст., сидитъ на незначительно утолщенной стѣнкѣ пищевода, которая представляется инфильтрированной бѣлыми массами вплоть до гипертрофированнаго мышечнаго слоя. Соотвѣтственно этой инфилтраціи существуетъ сращеніе пищевода съ аортою. Выше язвы мышечный слой нѣсколько истонченъ. Стѣнки желудка немного утолщены, близъ кардіи находится небольшая круглая плоская язва не раковаго характера (микроскопическое изслѣдованіе). Железы близъ желудка немного увеличены. Слиз. об. желудка нѣсколько утолщена. Полное приращеніе всего праваго и верхней доли лѣваго легкаго.

Въ обѣихъ верхушкахъ сильное разрощеніе промежуточной ткани. Ткань легкихъ темнаго, почти чернаго цвѣта, при давленіи съ поверхности ея стекаютъ жидкія пѣнистыя массы чернаго цвѣта. Атрофія сердца.

Сальникъ, находящійся весь въ верхней части живота, сращенъ съ

печенью, селезенкою и съ переднюю стѣнкою живота. Вся брюшина представляется помутнѣвшею, а въ верхней части живота замѣчается мѣстами накопленіе жидкаго гнойнаго экссудата.

Печень срослена съ діафрагмою и брюшиною. Селезенка срослена съ діафрагмою. Вся клѣтчатка, лежащая вокругъ и по близости поджелудочной железы разрыхлена гнойною инфильтраціею.

Въ кортикальномъ веществѣ почекъ нѣсколько небольшихъ кистъ.

Плоскоэпителиальный ракъ. Гнѣзда главнымъ образомъ расположены въ подслизистомъ слоѣ. Гнѣзда съ concentрическимъ расположеніемъ клѣтокъ отличаются незначительною величиною и ихъ вообще попадаетъ мало.

11) 18-го марта 1879 г. Алексѣй Морозовъ.—На разстояніи 8 стм. отъ начала пищевода и на $1\frac{1}{2}$ стм. выше уровня бифуркаціи трахеи на задней поверхности пищевода находится суженіе, едва пропускающее гусиное перо, вслѣдствіе стягиванія стѣнокъ пищевода. При болѣе точномъ осмотрѣ мѣста суженія замѣчается небольшое, съ косточку сливы, изъязвленіе съ неровнымъ бугристымъ дномъ и втянутыми краями. Лимфатическія железы непосредственно прилежающія къ суженію инфильтрированы по краямъ бѣлыми мягкими массами. Бронхіяльныя и трахеальныя железы тоже инфильтрированы. Въ легкихъ находится большое количество уплотнѣній. Легкія вообще эмфизематозны; верхушки приращены къ грудной стѣнкѣ. Въ правой верхушкѣ творожистыя гнѣзда и большая каверна, содержащая гнойвидную массу, смѣшанную съ кровью. Атрофическое сердце. На аортѣ много атероматозныхъ бляшекъ.

Микроскопически изслѣдованы только участки, смежныя съ втянутой внутрь язвой, съ цѣлью сохраненія препарата. Въ нихъ найдены довольно многочисленныя эпителиальныя гнѣзда, состоящія изъ шиловидныхъ клѣтокъ. Отъ этихъ гнѣздъ тянутся въ различныя стороны эпителиальныя клѣтки, расположенныя въ одинъ рядъ, помѣщаясь, какъ это можно предполагать, въ щеляхъ соединительной ткани. Шипообразный характеръ ихъ здѣсь выраженъ ясно.

12) 13 июля 1879 г. Петръ Матвѣевъ.—На 2 стм. выше дѣленія трахеи на лѣвой и на правой стѣнкѣ пищевода находится по длинной изъязвленной поверхности (10 ст.), которая на передней стѣнкѣ пищевода оставляютъ свободнымъ треугольное пространство неповрежденной слизистой оболочки, а затѣмъ изъязвленныя поверхности сливаются. Края ихъ рѣзко возвышены. Дно язвы покрыто большими бугристыми возвышеніями, съ зернистою поверхностью, между которыми находятся довольно глубокія борозды. На разрѣзѣ видно, что инфильтрація имѣетъ зернистое строеніе и проникаетъ до мышечнаго слоя.

На 2 ст. выше язвы, на правой стѣнкѣ пищевода находится узелъ, (съ миндаля), длиною въ 3, шириною въ $1\frac{1}{2}$ ст. возвышающійся на $\frac{1}{2}$ ст. надъ окружающею морщинистою неповрежденною слизистой оболочкою. Поверхность узла нѣсколько бугриста, въ срединѣ представляетъ кратеровидное глубокое изъязвленіе. Инфильтрація на мѣстѣ узла проникаетъ черезъ всѣ слои пищевода. Просвѣтъ пищевода на мѣстѣ язвы суженъ. Соотвѣтственно инфильтраціи пищеводъ сросленъ съ лѣвымъ бронхомъ, съ аортою и съ корнемъ праваго легкаго; въ послѣднемъ замѣчается также инфильтрація многочисленными мелкими бѣлыми массами,

Изслѣд. о ракъ пищевода.

которыя непосредственно переходятъ въ смежную легочную ткань. Нижняя доля лѣваго легкаго въ состояніи гипостаза. Въ остальныхъ органахъ никакихъ особыхъ измѣненій.

Плоскоэпителиальный ракъ. Какъ въ подслизистомъ, такъ и въ мышечномъ слоѣ находится большое количество концентрически расположенныхъ раковыхъ гнѣздъ, иногда ороговѣвшихъ жемчужинъ, которыя заложены въ скудномъ соединительнотканномъ остоѣ и между раздвинутыми пучками гладкихъ мышечныхъ волоконъ.

13) 15 августа 1879 г. Федоръ Малковъ. — На 1 стм. ниже бифуркаціи находится значительное утолщеніе стѣнки пищевода, зависящее отъ инфильтраціи ея бѣлыми массами. Внутренняя поверхность пищевода, соотвѣтственно инфильтраціи, представляетъ язву, которая занимаетъ вначалѣ преимущественно переднюю стѣнку его, а затѣмъ становится поясною. Дно язвы состоитъ изъ мелкихъ бугристостей, между которыми находится много бороздъ, образовавшихся очевидно вслѣдствіе распаденія новообразованныхъ массъ. Верхніе края язвы приподняты въ видѣ валиковъ, покрытыхъ отчасти неповрежденною слизистою оболочкою. Нижніе края имѣютъ тотъ же характеръ и оканчиваются на разстояніи 2—2½ стм. отъ кардіи. Бронхіяльныя железы пигментированы, но не инфильтрированы. Инфильтрированными оказываются только лифатическія железки позади кардіи. Инфильтрація непосредственно переходитъ на корень праваго легкаго. Въ ткани обоихъ легкихъ по 2 небольшихъ уплотнѣнія, похожихъ на раковые узлы.

Сильно истощенный трупъ. Ткань легкихъ отечна. Сердце небольшое, атрофическое, мышцы желтобурого цвѣта. Селезенка мала. Почки малокровны. Желудокъ свободенъ, пустъ.

Плоскоэпителиальный ракъ съ большимъ количествомъ ороговѣвшихъ жемчужинъ. Эпителиальныя кѣтки отличаются довольно значительною величиною и содержатъ зачастую большое ядро.

14) 4 Октября 1879 г. Вильгельмъ Мундигъ. — На разстояніи 2 ст. отъ кардіи на заднеправой стѣнкѣ пищевода находится валикообразное слегка бугристое возвышеніе, длиною въ 2 ст., покрытое неповрежденною слизистою оболочкою, которая только мѣстами представляетъ потери вещества въ видѣ мелкихъ точекъ. Оно плотно сращено со смежною тканью и постепенно переходитъ въ нормальную стѣнку пищевода. На 2 стм. выше этого валика на переднелѣвой стѣнкѣ пищевода находится идущее вверхъ длинное колбасовидное возвышеніе, на протяженіи 6 стм.; ширина его 1 стм., толщина стѣнки на мѣстѣ новообразованія до ¾ стм. Наростъ этотъ имѣетъ неправильно бугристый видъ съ мягкими мѣстными изъязвленіями. Дно послѣднихъ неправильно мелкобугристо, края возвышены и выворочены. На разрѣзѣ стѣнки пищевода близъ этого нароста замѣчается инфильтрація бѣлыми гнѣздами, величиною отъ булавочной головки до чечевичнаго зерна, проникающими до мышечнаго слоя. Мышечный слой на всемъ протяженіи пищевода замѣтно утолщенъ, достигая maximum'a непосредственно надъ и на мѣстѣ новообразованій.

Сильно истощенный трупъ. Небольшое желтушное окрашиваніе общихъ покрововъ. Эмфизема легкихъ и гиперемія нижнихъ долей. Сердце атрофировано, желтобурого цвѣта. Небольшой склерозъ аорты. Печень гро-

мадная, усеяна и пронизана массою огромныхъ раковыхъ узловъ желтоватобѣлаго цвѣта съ многочисленными точками и линіями темножелтаго цвѣта. Эти линіи расположены въ узлахъ большею частью въ видѣ лучей, идущихъ съ центра къ периферіи. Узлы достигаютъ величины большаго яблока. Длина всей печени=31 см.; правой доли=24 см. лѣвой=7 см.; толщина=14 и 7¹/₂ см.; ширина=20 и 19 см. Вѣсъ=10 фунт. Селезенка немного увеличена, плотна. Сильный хроническій катарръ желудка и кишечника.

На поперечномъ разрѣзѣ въ серединѣ верхняго узла тотчасъ подъ эпителиальнымъ покровомъ пищевода видны многочисленные довольно большіе гнѣзда, расположенныя въ видѣ альвеолъ. Послѣднія состоятъ изъ мелко-клеточныхъ эпителиальныхъ клетокъ. На периферіи этихъ гнѣздъ клетки содержатъ ядро и сравнительно хорошо окрашиваются карминомъ. Ближе къ центру альвеолы онѣ становятся зернистыми и, наконецъ, въ самой серединѣ находится безформенная зернистая масса, которая вовсе не окрашивается.

15) 3-го ноября 1879 г. Иванъ Тимофѣевъ. — Начиная съ уровня дѣленія трахеи замѣчается значительное утолщеніе пищевода, величиною съ небольшое куриное яйцо. При разрѣзѣ оказывается, что оно зависитъ отъ инфильтраціи стѣнки на протяженіи 7¹/₂ ст. новообразованными массами бѣлаго цвѣта, которыя мѣстами проросли всю стѣнку, оставивъ только слѣды мышечнаго слоя. Внутренняя поверхность пищевода, соответствующая инфильтраціи, представляетъ обширную циркулярную язву, въ 6¹/₂ стм. длиною, которая вверхъ мысомъ вдается въ право-переднюю стѣнку пищевода. Бифуркація трахеи приходится какъ разъ на границѣ большой нижней язвы и верхняго продолженія ея. Дно язвы покрыто бугристыми возвышеніями съ довольно значительнымъ разрушеніемъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ. Края язвы, особенно вверхъ, возвышены. Пищеводныя и бронхіальныя железы инфильтрированы.

Пищеводъ сращенъ посредствомъ старыхъ соединительно-тканыхъ перемычекъ съ грудной аортой и съ тканью лѣваго легкаго около лѣваго бронха.

Сухость и кахектическое окрашиваніе покрововъ. Легкія эмфизематозны, малокровны. Сердце нѣсколько гипертрофировано. На легочной артеріи 4 клапана.

Плоскоэпителиальный ракъ. Клетки крупной величины; промежуточной ткани въ подслизистомъ слоѣ немного. Грануляціонная инфильтрація выражена слабо. Концентрическое расположеніе раковыхъ элементовъ встрѣчается очень часто.

16) 9 декабря 1879 г. Сергѣй Смирновъ. — На 4 стм. выше кардіи, на передней стѣнкѣ пищевода находится обширная язва, тянущаяся вверхъ на протяженіи 5 стм. занимающая почти всю окружность, за исключеніемъ полосы (на задней стѣнкѣ) неизмѣненной слиз. обол., шириною въ 1¹/₂ стм. Язва имѣетъ бугристое дно и возвышенныя края. Новообразование проникаетъ черезъ все слое пищевода до истонченнаго мышечнаго слоя. Окружающія лимфатическія и бронхіальныя железы инфильтрированы бѣлыми массами. Все правое легкое приращено своими боковыми частями. Верхняя доля праваго легкаго и нижняя доля лѣваго уплотнены, почти безвоздушны; поверхность разрѣза зерниста, черновато-

сѣраго цвѣта, плотна, разрывается съ трудомъ. Легкія отечны. Сердце безъ измѣненій. Брюшные органы нормальны.

Плоскоэпителиальный ракъ. Раковые клѣтки крупной величины; часто встрѣчаются шиповидныя клѣтки. Между гнѣздами замѣчается довольно большое количество грануляціонныхъ элементовъ.

17) 20 Января 1879 г. Марья Викишина. — На разстояніи 12 ст. отъ начала пищевода и на 1 ст. ниже дѣленія трахеи находится инфильтрація лѣвой боковой стѣнки пищевода съ изъясненіемъ на внутренней поверхности ея; язва занимаетъ протяженіе въ 6 стм. и не доходитъ на 8 стм. до кардіи. Инфильтрація проникаетъ подъ смежную слизистую оболочку, образуя значительное возвышеніе краевъ язвы. Дно язвы бугристое, неровное. Соотвѣтственно новообразованію замѣчается весьма значительное утолщеніе стѣнки пищевода до 1 стм., благодаря инфильтраціи и гипертрофіи мышечнаго слоя. Распиренія пищевода выше новообразованія не существуетъ. Щитовидная железа увеличена. Подъ правую долею ея непосредственно у пищевода находится лимфатическая железа, величиною съ грецкій орѣхъ; она инфильтрирована упруго-мягкими бѣлыми массами. Такія же увеличенныя лимфатическія железы находятся позади кардіи и у малой кривизны желудка, величиною отъ лѣснаго до грецкаго орѣха и больше. Сальникъ усѣянъ очень мелкими желтоватыми пятнышками. Печень громадна, вѣситъ 12 фунт., насквозь пронизана раковыми узлами, величиною отъ горошины до кулака, бѣложелтаго цвѣта, съ регрессивною метаморфозою въ центрѣ. Инфильтрація порталныхъ и многихъ забрюшинныхъ железъ. Въ темянной кости находится упруго-плотный узелъ, бѣловатаго цвѣта, величиною съ мѣдный пятакъ, который проникаетъ черезъ всю толщю правой темянной кости и отличается мелкобугристою поверхностью на разрѣзѣ. Въ окружности этого узла отекъ *galeae aroneuroticae*. Въ костяхъ черепа находится нѣсколько (болѣе 6) плоскихъ узловъ, величиною съ $\frac{1}{2}$ ст.; въ діаметрѣ до $2\frac{1}{2}$ ст. Мелкіе узлы замѣтны только по измѣненію цвѣта кости, большіе выстоятъ на нѣсколько mm¹⁾). *Dura* и *pia mater* нѣсколько отечны. Мозгъ блѣдный. Старыя сращения легкихъ. Послѣднія, нѣсколько отечны. Селезенка мала. Хроническій катарръ кишекъ.

Плоскоэпителиальный ракъ.

18) 26-го мая 1879 г. Варвара Иванова. — Въ пищеводѣ на 2 стм. ниже мѣста дѣленія трахеи начинается обширное изъязвленіе на протяженіи 8 стм. Дно язвы покрыто толстыми изъязвившимися наростами, проникающими болѣе или менѣе глубоко черезъ всю толщю стѣнки пищевода. Между этими бугристостями находятся довольно значительныя углубленія. Поверхность наростовъ имѣетъ отчасти зернистый видъ. Верхніе края язвы, если смотрѣть на поверхность пищевода, не разрѣзая его стѣнки, представляются въ видѣ довольно рѣзкихъ валиковъ. На разрѣзѣ замѣчается рѣзкая граница инфильтраціи отъ неповрежденной стѣнки пищевода. Нижніе края язвы подрыты. Инфильтрація постепенно теряется въ смежной стѣнкѣ пищевода.

Сильно истощенный трупъ. Кожа темная, пергаментная. Легкія эмфи-

¹⁾ Преп. костей мною не отысканы и потому не изслѣдованы.

зематозны. Сердце атрофировано, мышца краснобураго цвѣта. Желудокъ расширенъ. При вскрытіи желудокъ представляется наполненнымъ черноватыми жидкими массами съ большою примѣсью зеренъ гречневой крупы. Выходная часть желудка ближе къ малой кривизны инфильтрирована раковыми массами. Внутренняя поверхность ея изъязвлена, бугриста, мягка, красноватаго цвѣта. Мышечный слой въ желудкѣ вообще сильно утолщенъ. Выходъ сильно утолщенъ. Кишки очень сокращены, почти совсѣмъ пусты. Печень и селезенка малокровны, атрофированы.

Плоскоэпителиальный ракъ пищевода. Гнѣзда большею частью очень велики, часто занимаютъ все поле микроскопа, особенно въ подслизистомъ слое. Клетки отличаются большою величиною.

19) 1 *Юня* 1879 г. Анна Вильбушевичъ.—На 2 стм. ниже дѣленія бронховъ начинается глубокая язва длиною въ $5\frac{1}{2}$ стм., не доходящая на 8 стм. до кардіи. Дно язвы бугристо; края ея возвышены. Язва занимаетъ главн. обр. переднюю стѣнку, а слизистая оболочка задней стѣнки остается нетронутою на всемъ своемъ протяженіи, зато здѣсь существуетъ замѣтная гипертрофія мышечнаго слоя. Новообразованіе по большей части проникаетъ до мышечнаго слоя, но въ нѣкоторыхъ мѣстахъ врастаетъ и въ него. Пищеводъ сращенъ съ аортою. Окружающія лимфатическія железы, а также шейныя (надключичныя), бронхіальныя, трахеальныя железы представляются плотными, значительно увеличенными, вслѣдствіе почти сплошной инфильтраціи блѣднорозовыми мягкими массами. Нѣкоторыя изъ нихъ больше грецкаго орѣха. Близъ малой кривизны желудка находится цѣлый конгломератъ довольно крупныхъ, мягкихъ, инфильтрированныхъ лимфатическихъ железъ. Печень громадная, смѣщена влѣво, прикрываетъ совсѣмъ селезенку и почти сплошь инфильтрирована довольно мягкими бѣлыми раковыми узлами по большей части значительной величины. Вѣсъ ея=10 ф. Длина=23 ст.; ширина правой доли=25 ст., лѣвой=23 стм.; толщина 10 стм. Селезенка атрофирована. Паренхиматозное перерожденіе почекъ. Хроническій катарръ желудка и кишокъ. Въ брюшной полости небольшое количество желтоватой серозной жидкости. Забрюшинныя железы увеличены и инфильтрированы.

Плоскоэпителиальный ракъ.

20) 26 *Юля* 1879 г. Татьяна Носова.—На передней и боковой лѣвой стѣнкѣ пищевода на мѣстѣ перекрещиванія съ лѣвымъ бронхомъ находятся рыхлыя размягченныя и изъязвившіяся розрощенія на протяженіи $6\frac{1}{2}$ ст. (книзу). Розрощенія эти состоятъ изъ бугристыхъ наростовъ неправильной формы, столь рыхло связанныхъ со своею основою, что они болтаются въ видѣ ключевъ. Правая боковая стѣнка и часть задней стѣнки свободны отъ новообразованія. Граница ихъ обозначается немного возвышенными и подрытыми краями язвы. Въ нижней части новообразованія замѣчается суженіе просвѣта пищевода, вслѣдствіе увеличенныхъ творожисто перерожденныхъ пищеводныхъ железъ. Бронхіальныя и трахеальныя железы также инфильтрированы бѣлыми, отчасти творожистыми массами.

Желудокъ сращенъ вдоль малой кривизны съ печенью посредствомъ сильно инфильтрированныхъ бѣлыхъ массъ, сидящихъ въ стѣнкѣ желудка; кромѣ того, въ желудкѣ находится еще нѣсколько мелкихъ узелковъ. Близъ

cardiae находятся 2 довольно плоскія, повехностныя язвочки, съ ровными краями. На днѣ желудка замѣчается нѣсколько мѣстныхъ (ограниченныхъ) уплотнѣній стѣнки его. Лимфатическія железы вдоль большой кривизны увеличены, уплотнены, инфильтрированы бѣлыми массами.

Въ діафрагмѣ находится громадное количество болѣе или мѣнѣе крупныхъ узловъ, величиною отъ просянаго зерна до грецкаго орѣха; при этомъ 2 наиболѣе крупныхъ узла образовались отъ сліянія нѣсколькихъ узловъ; одинъ изъ нихъ имѣетъ въ длину $6\frac{1}{2}$, въ ширину 5, въ высоту $1\frac{1}{2}$ стм. другой—7, 3 и $1\frac{1}{2}$ стм.

Въ сальникѣ, на обоихъ листкахъ брюшины, въ Дугласовой складкѣ находятся узлы величиною отъ кедроваго до лѣснаго орѣха. Въ печени громадное количество узловъ различной величины отъ маковаго зерна до объема кулака, особенно въ правой долѣ. Печень значительно увеличена. Селезенка нѣсколько увеличена. Отекъ легкихъ.

Крупноклѣточный мозговикъ пищевода и желудка.

21) 10-го ноября 1880 г. Эрастъ Денисовъ.—На 5 ст. ниже дѣленія трахеи находится утолщеніе пищевода съ куриное яйцо.

Внутренняя поверхность соответственно опухоли представляетъ обширную язву длиною въ 8 стм. и обнимающую всю окружность пищевода. На днѣ язвы замѣчаются значительныя углубленія, окруженныя разрощеніями довольно причудливой формы. Тонкій зондъ, введенный въ одно изъ такихъ углубленій, лежащее у нижняго края язвы, доходитъ до діафрагмы, къ которой прирощенъ близлежащій участокъ печени. На 1 ст. выше этой полости находится другая полость, идущая вверхъ и вправо и открывающаяся въ нижнюю долю праваго легкаго. Дно язвы вообще имѣетъ неправильный видъ: рядомъ съ описанными разрощеніями находится много углубленій и бороздъ. Язвеннымъ процессомъ наиболѣе поражены передняя и правая стѣнки пищевода. У нижняго конца язвы немного выше кардіи находится бугоръ, величиною съ вишню, покрытый неповрежденной слиз. обол. На разрѣзѣ въ его замѣчаются бѣлыя новообразованныя массы, доходящія до мышечнаго слоя. Соответственно язвѣ стѣнка пищевода насквозь пророщена бѣлыми новообразованными массами. Пищеводъ сращенъ посредствомъ старыхъ соединительно-тканыхъ перепонокъ съ аортою, а справа внизу съ грудобрюшною преградой. Бронхіальныя железы инфильтрированы.

Легкія прирощены старыми перепонками; въ нижней долѣ праваго легкаго находится гангренозная полость, соединяющаяся съ пищеводомъ. Лѣвое легкое эмфизематозно. Бронхи содержатъ темную вонючую клочковидную слизистую массу.

Въ поверхностныхъ слояхъ язвы замѣчается почти сплошное расположеніе эпителиальныхъ гнѣздъ, изъ которыхъ нѣкоторые занимаютъ все поле микроскопа. Промежуточный соединительной ткани находится крайне малое количество. Въ нѣкоторыхъ участкахъ замѣчается небольшая грануляціонная инфильтрація. Клѣтки отличаются незначительнымъ объемомъ, имѣютъ характеръ шипообразныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ (Rifzellen), содержатъ по одному ядру.—Плоско-эпителиальный ракъ.

22) 14 января 1880 г. Матрена Семенова.—На $4\frac{1}{2}$ ст. выше кардіи начинается утолщеніе пищевода. Стѣнки его сращены посред-

ством соединительнотканыхъ перемычекъ съ сердечною сорочкою, съ грудною аортою и съ прилежащею частью лѣваго легкаго. При разрѣзѣ пищевода соотвѣтственно его утолщенію замѣчается язвенная поверхность, покрытая болѣе или менѣе крупными разрощеніями съ мелко-бугристою поверхностью; разрощенія видомъ своимъ напоминаютъ цвѣтную капусту. Язва занимаетъ всю окружность пищевода, распространяется на кардію желудка и немного на заднюю стѣнку послѣдняго. Верхніе наросты вдаются въ пищеводъ въ видѣ языковъ, выпячиваются надъ слизистою оболочкою его и проникаютъ до мышечнаго слоя.

Соотвѣтственно язвѣ стѣнка пищевода насквозь пророщена новообразованиемъ и оказывается утолщеною до $1\frac{1}{2}$ ст. Надъ изъязвленіемъ замѣчается небольшое утолщеніе стѣнки на счетъ гипертрофированнаго мышечнаго слоя ($2\frac{1}{2}$ mm.). Многія пищеводныя и бронхіальныя железы болѣе или менѣе увеличены и пигментированы. Изъ нихъ 2 железки инфильтрированы бѣлыми массами мягкой консистенціи. Лимфатическія железы позади кардіи тоже инфильтрированы.

Легкія отечны, нижнія доли лѣваго легкаго плотно прирощены къ грудной стѣнкѣ. Атрофія сердца. Желудокъ сокращенъ, содержитъ немного слизи. Атрофія и малокровіе брюшныхъ органовъ.

Микроскопическое изслѣдованіе участковъ язвы, находящихся какъ въ пищеводѣ, такъ и у входа желудка, показало большое количество эпителиальныхъ гнѣздъ, кѣтки которыхъ имѣютъ характеръ мостовиднаго эпителия и содержатъ по одному ясному ядру. Въ иныхъ гнѣздахъ замѣчены шипообразныя кѣтки. Между гнѣздами значительное количество грануляціонныхъ элементовъ.—Плоскоэпителиальный ракъ.

23) 5 Іюня 1880 г. Т а т ѣ я н а П я т ю ш е в а. — Какъ разъ на уровнѣ дѣленія трахей начинается сильная инфильтрація стѣнки пищевода, на 7 ст. не доходящая до кардіи. На передней стѣнкѣ инфильтрація вызвала утолщеніе ея въ $4\frac{1}{2}$ —5 ст., но отсюда идя къзади, стѣнка становится тоньше. Инфильтрированныя массы имѣютъ на разрѣзѣ зернистое строеніе. Въ серединѣ новообразованія замѣчается глубокая язва, которая открывается въ лѣвый бронхъ и образуетъ непосредственное соединеніе пищевода съ бронхомъ. Въ послѣднемъ соотвѣтственно этому мѣсту находится на слизистой оболочкѣ наростъ съ вишневою косточку, который въ видѣ валика выдается надъ неизмѣнною слизистою оболочкою, довольно рѣзко отдѣляясь отъ нея. Дно язвы въ пищеводѣ покрыто болѣе или менѣе крупными разрощеніями съ зернистою поверхностью. Края язвы возвышены, выворочены. Пищеводныя и бронхіальныя железы непосредственно возлѣ новообразованія инфильтрированы бѣлыми зернистыми массами величиною отъ булавочной головки до коноплянаго зерна.—Сильно истощенный трупъ. Легкія срослены съ грудною стѣнкою. Хроническая творожистая пневмонія съ многочисленными мелкими кавернами, особенно въ верхушкахъ. Ткань легкихъ устѣяна милиарными бугорками. Сердце атрофировано, мышца его краснобураго цвѣта. Желудокъ сокращенъ, пустъ. Атрофія печени, селезенки. Правая почка лежитъ ниже нормальнаго, подвижна. Нольшой катарръ кишекъ.

Плоскоэпителиальный ракъ. Въ подслизистомъ слоѣ расположены главнымъ образомъ эпителиальныя гнѣзда съ довольно крупными, часто шипо-

видными клѣтками, въ мышечномъ же слоѣ встрѣчаются преимущественно ороговѣвшія жемчужины. Гладкія мышечныя волокна во многихъ мѣстахъ рѣзко гипертрофированы.

24) 16-го января 1881 г. Надежда Михайлова.—Пищеводъ на уровнѣ дѣленія трахеи превращенъ въ опухоль неправильно цилиндрической формы, длиною въ $11\frac{1}{2}$ см. Разрѣзъ показываетъ, что вся стѣнка пищевода сплошь пророщена новообразованными бѣлыми массами. Внутренняя поверхность пищевода соотвѣтственно опухоли представляетъ язву съ неправильнымъ, крупнобугристымъ дномъ, въ который слѣва вдается довольно узкая въ видѣ мыса неизмѣнная слиз. об. На днѣ язвы замѣчаются втягиванія и многочисленные болѣе или менѣе глубокія бороздки. Возвышенія на днѣ имѣютъ бархатистую поверхность. Между пищеводомъ и трахеею находятся лимфатическія железы, инфильтрированныя бѣлыми массами, вполне схожими съ новообразованіемъ пищевода. Новообразованныя массы распространяются на стѣнку трахеи, стѣнку лѣваго бронха; отсюда же идетъ распространеніе инфильтраціи на корень лѣваго легкаго, ограничивающаяся впрочемъ небольшимъ поверхностнымъ участкомъ легкаго. Такимъ образомъ существуетъ сообщеніе пищевода съ трахеей, съ лѣвымъ бронхомъ и съ корнемъ лѣваго легкаго.— Оба легкія приращены. Легкія эмфизематозны и содержатъ нѣсколько гангренозныхъ гнѣздъ въ нижней долѣ лѣваго легкаго. Сердце нѣсколько увеличено въ объемѣ, клапаны аорты утолщены. Брюшные органы безъ особенныхъ измѣненій.

Крупноклѣточный плоскоэпителиальный пищевода съ многочисленными роговыми жемчужинами.

25) 4 Февраля 1881 г. Вѣра Андреева.—Въ пищеводѣ, начиная съ уровня дѣленія трахеи, замѣчается довольно значительное циркулярное утолщеніе стѣнки пищевода, обусловленное инфильтраціей ея бѣлыми массами, пронизывающими ее до значительно истонченнаго мышечнаго слоя. Инфильтрированныя массы выступаютъ на поверхности пищевода въ видѣ довольно толстыхъ, изъязвившихся наростовъ, суживающихъ просвѣтъ пищевода такъ сильно, что на мѣстѣ нижнихъ валикообразныхъ краевъ едва проходитъ зондъ средней величины. Стѣнки пищевода инфильтрированы на протяженіи 7 см. Передняя стѣнка наиболѣе изъязвлена, представляетъ почти каналъ, окруженный толстыми разрощеніями, которыя окаймляютъ ее также снизу; верхній конецъ этой каналовидной углубленной язвы окруженъ менѣе крутыми возвышеніями, которыя все таки рѣзко отграничены отъ неповрежденной слизистой оболочки. (Намѣстѣ этихъ разрощеній находится инородное тѣло—кофейное зерно). Дно язвы неровное. Окружающія язву возвышенія имѣютъ мелкобугристую поверхность. Соотвѣтственно изъязвленію стѣнокъ пищевода существуетъ перфорация въ лѣвый бронхъ. Кромѣ лѣваго бронха, пищеводъ отчасти сращенъ съ грудною аортою. На уровнѣ новообразованія замѣчается гипертрофія мышечнаго слоя. Нижніе края язвы не достигаютъ кардин на 5 ст.

Пищеводныя железы увеличены, инфильтрированы бѣлыми, отчасти распавшимися массами.—Сильное истощеніе. Эмфизема легкихъ; въ тканяхъ легкихъ разбросаны узлы бѣлаго цвѣта до большой горошины. Въ

нижней боковой части верхней лѣвой доли находится гангренозное гнѣздо, величиною съ небольшое яблоко. Какъ разъ надъ правой ключицей лежитъ плотный пакетъ сильно инфильтрированныхъ лимфатическихъ железъ. Желудокъ въ сильнѣйшей степени сокращенъ, пустъ. Атрофія органовъ.

На поперечномъ разрѣзѣ черезъ опухоль видно довольно большое количество крупныхъ эпителиальныхъ гнѣздъ, которыя проникаютъ до мышечнаго слоя и заложены въ сильно разросшемся соединительно-тканномъ остовѣ, богатомъ веретенообразными клѣтками. Эпителиальныя клѣтки отличаются большой величиною, содержатъ ясное ядро, хорошо окрашивающееся. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ отъ мышечнаго слоя остались только небольшіе пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Плоскоэпителиальный ракъ.

26) 25 *Апрѣля* 1881 г. Евпраксія Петрова. — На уровнѣ дѣленія трахеи пищеводъ оказывается значительно утолщеннымъ, образуя опухоль величиною съ гусиное яйцо. При вскрытіи опухоли видна довольно обширная изъязвленная полость. Язва поясная и занимаетъ протяженіе 10 см. Дно язвы покрыто многочисленными наростами, величиною отъ вишневой косточки до косточки сливы. Между наростами существуетъ многочисленныя извилистыя борозды и углубленія. Поверхность наростовъ бархатистая, отчасти зернистая. Края язвы возвышены, выворочены. Разрѣзъ стѣнокъ пищевода показываетъ, что они почти сплошь инфильтрированы бѣлыми массами. Инфильтрированная часть пищевода сросшена съ правымъ легкимъ и съ лѣвымъ бронхомъ, образуя замѣтное сдавленіе послѣдняго. Ниже новообразованія и выше его существуетъ истонченіе стѣнки пищевода. Расширенія надъ опухолью не существуетъ. Вверху просвѣтъ пищевода немного сдавленъ увеличенною щитовидною железой. — Железы не увеличены, только пигментированы. Легкія отечны. Правое легкое сросшено съ опухолью пищевода; близъ мѣста сращенія замѣчается нѣсколько пнеймоническихъ гнѣздъ. Желудокъ сокращенъ, пустъ. Сердце, печень, селезенка малокровны.

Начиная съ внутренней поверхности язвы идутъ вглубь многочисленныя колбообразныя и цилиндрическія эпителиальныя гнѣзда, заложеныя въ промежуточную соединительную ткань. Эпителиальныя клѣтки большихъ размѣровъ. — Плоскоэпителиальный ракъ.

27) 23 *октября* 1881 г. Прасковья Каляганова. — Въ глоткѣ и въ самомъ началѣ пищевода, преимущественно на передней стѣнкѣ, находится глубокая язва съ бугристымъ дномъ, окруженная снизу 2 крупными буграми съ изъязвленной поверхностью, которые тянутся внизъ до 5-го трахеальнаго кольца. Справа въ глоткѣ бугры мельче, имѣютъ видъ цвѣтной капусты. Лѣвый край язвы образуется продолженіями бугровъ со дна язвы, отчего онъ по мѣстамъ возвышенъ. Вверху язва переходитъ на гортань, занимая оба черпаловидныхъ хряща, отчасти разрушивъ лѣвый. Кромѣ того, на задней поверхности слизистой оболочки гортани, соотвѣтственно щитовиднымъ хрящамъ, находятся тоже бѣлые бугристые наросты. Надгортанникъ и голосовыя связки свободны. Ниже гортани инфильтрированная стѣнка пищевода лежитъ на плотно приросшей къ ней стѣнкѣ трахеи (до 5-го хряща послѣдней). На уровнѣ щитовиднаго хряща

новообразование занимает всю окружность пищевода, на протяжении 3 стм. Все новообразование занимает въ длину $6\frac{1}{2}$ стм.

Истощенный трупъ. Легкія нѣсколько приращены, отечны. Въ верхушкахъ сѣрая пневмоническія гнѣзда. Шейныя железы, а въ особенности лѣвыя подчелюстныя сильно увеличены, плотны. Въ остальныхъ органахъ ничего особеннаго.

Микроскопическое изслѣдованіе бугровъ, сидящихъ въ начальной части пищевода, показало: инфильтрацію подслизистаго и мышечнаго слоевъ эпителиальными гнѣздами, изъ которыхъ многіе имѣютъ характеръ жемчужинъ, болѣе или менѣе ороговѣвшихъ.

28) 10 Ноября 1881 г. Александра Фомина. — На 3—4 ст. ниже уровня бифуркаціи (преимущественно справа) начинается весьма значительное утолщеніе стѣнокъ пищевода, вслѣдствіе инфильтраціи ихъ бѣлыми, мелко губчатыми новообразованными массами, проникающими до самаго наружнаго слоя пищевода, такъ что при макроскопическомъ изслѣдованіи нельзя опредѣлить, существуетъ ли еще мышечный слой или онъ замѣщенъ новообразованиемъ. Толщина передней стѣнки $= 2\frac{1}{2}$ стм., задней меньше 1 стм. Инфильтрація передней стѣнки занимаетъ протяженіе $= 7$ стм., лѣвой $= 5$ стм. Внутренняя поверхность пищевода соотвѣтственно инфильтраціи представляетъ поясную язву. Края язвы возвышены. На разрѣзѣ видно, что инфильтрированная стѣнка рѣзко отграничена отъ нетронутой стѣнки пищевода. Дно язвы представляется крупно бугристымъ, между буграми идутъ довольно глубокія борозды. Непосредственно надъ язвою замѣчается расширеніе пищевода, которое кверху постепенно исчезаетъ. Разстояніе отъ кардіи до крутаго края язвы справа-сзади 2 ст., слѣва—сзади $= 2\frac{1}{2}$ ст. Соотвѣтственно нижней части опухоли существуетъ частичное сращеніе съ лѣвымъ легкимъ.

Нѣсколько бронхіальныхъ железъ оказываются при разрѣзѣ инфильтрированными бѣлыми сыровидными массами. Легкія нѣсколько приращены; въ нижнихъ доляхъ небольшой отекъ. Краснобурая атрофія сердца; жиръ вокругъ сердца студенистый. Желудокъ малъ, пустъ. Мозгъ и его оболочки гиперемированы. — Во всѣхъ слояхъ поперечнаго разрѣза черезъ большую опухоль видны многочисленныя довольно мелкія эпителиальныя гнѣзда, окруженныя широкими перекладинами изъ старой волокнистой соединительной ткани. На периферіи тянется небольшое количество пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Плоскоэпителиальный ракъ.

29) 27 марта 1882 г. Іоаннъ Петтиненъ. — На разстояніи 8 ст. отъ кольцевиднаго хряща начинается значительное утолщеніе стѣнокъ пищевода на протяжении 6 ст., вызывающее сильное суженіе просвѣта на пространствѣ 3 стм., черезъ которое съ трудомъ проходитъ самый тонкій зондъ. Утолщеніе стѣнокъ обуславливается бѣлыми довольно плотными новообразованными массами, нѣсколько волокнистаго строенія, на мѣстѣ суженія инфильтрирующими стѣнку вплоть до атрофированнаго мышечнаго слоя. Соотвѣтственно суженію замѣчается циркулярная язва съ зернистымъ дномъ и вывороченными краями. На $1\frac{1}{2}$ ст. ниже этой опухоли въ задней стѣнкѣ пищевода сидитъ узелъ бѣлаго цвѣта, величиною съ большой миндаль, рѣзко отграниченный отъ неизмѣненной стѣнки пищевода и покрытый неповрежденною слиз. обол. Бифур-

кація пищевода приходится какъ разъ между верхнею опухолью и только что описаннымъ узломъ. Атрофія мышечнаго слоя наиболѣе рѣзко выражена соотвѣтственно суженію; выше инфильтраціи онъ неизмѣненъ. Многія бронхіальныя и трахеальныя железы увеличены, пигментированы и инфильтрированы бѣлыми новообразованными массами. — Сильно истощенный трупъ. Малокровіе легкихъ и небольшой отекъ верхнихъ долей. Сердце атрофировано. Органы брюшной полости безъ особыхъ измѣненій.

Микроскопическое изслѣдованіе показываетъ, что соотвѣтственно инфильтраціи въ стѣнкѣ пищевода находится большое количество эпителиальныхъ гнѣздъ, окруженныхъ умѣренно развитой соединительной тканью и богатой болѣе молодыми элементами. Эпителиальныя клѣтки содержатъ хорошо выраженное ядро; ни концентрическаго расположенія, ни жемчужинъ здѣсь не наблюдается вовсе. Въ мышечномъ слоѣ эпителиальныхъ гнѣздъ нѣтъ. Въ узлѣ, находящемся ниже язвы, замѣчается много эпителиальныхъ гнѣздъ и между ними небольшое количество соединительной ткани съ грануляціонными элементами. Эпителиальныя клѣтки отличаются небольшою величиною и вся микроскопическая картина напоминаетъ мозговидный ракъ. Покровный эпителий, соотвѣтствующій этому узлу, неизмѣненъ.

30) 13 Октября 1882 г. Никита Семичастный. — Начало нисходящей грудной аорты сращено съ пищеводомъ на мѣстѣ утолщенія его стѣнки, которое замѣчается на протяженіи 5 ст. Утолщеніе это зависитъ отъ новообразованія, начинающагося на 3 ст. ниже бифуркаціи, занимающаго всю окружность пищевода. Новообразование въ верхней своей части подверглось значительному разрушенію, образовавъ язву съ неровнымъ дномъ и вывороченными краями. Въ нижней части инфильтрированной стѣнки замѣчается значительное суженіе просвѣта пищевода. Надъ язвою небольшое расширеніе пищевода. Нѣкоторыя бронхіальныя железы увеличены и немного инфильтрированы. Сильно истощенный трупъ. Въ заднихъ частяхъ нижней доли праваго легкаго лобулярныя пневмоническія инфильтраты. Желудокъ сокращенъ. Остальные органы безъ особыхъ измѣненій.

Плоскоэпителиальный ракъ. Въ пограничныхъ слояхъ можно по мѣстамъ прослѣдить связь углубляющихся ростковъ покровнаго эпителия съ раковыми гнѣздами.

31) 29 ноября 1882 г. Иванъ Сенигинъ. — На уровнѣ дуги аорты пищеводъ снаружи представляется въ видѣ опухоли упруго-плотной констистенціи, величиною въ куриное яйцо (длина $7\frac{1}{2}$ ст.). При вскрытіи пищевода, на мѣстѣ соотвѣтствующемъ опухоли, находится удлиненная глубокая яма ¹⁾, сидящая въ чрезвычайно сильной инфильтрированной переднеправой стѣнкѣ пищевода; заднелѣвая стѣнка истончена. Толщина инфильтрированной стѣнки достигаетъ максимума справа (до 1,8 ст.). Инфильтратъ уничтожилъ все слои стѣнки пищевода. Стѣнки ямы представляютъ бугристую язву, а края ея валикообразно, возвышены (особенно сверху). Сверху инфильтрированная стѣнка по-

¹⁾ (Глубина ямы $4\frac{1}{2}$ ст., длина 4 ст.).

крыта неповрежденною слизистою оболочкою. Опухоль плотна, сращена съ начальною частью грудной аорты и съ обоими бронхами, равно какъ съ трахеей у бифуркаціи. Надъ опухолью умѣренное расширеніе пищевода. Бронхіальныя и пищеводныя железы умѣренно инфильтрированы. На аортѣ атероматозныя бляшки. Эндокардій утолщенъ. Верхняя доля праваго легкаго вверху отечна, внизу въ состояніи сѣраго опеченѣнія, а въ средней части ея, ближе къ корню, замѣчается гангренозная полость, въ которой находятся инородныя тѣла (пищевые остатки). Одна изъ вѣтвей праваго бронха оказывается перфорированною. Лѣвое легкое отечно. Брюшныя органы безъ особыхъ измѣненій.

Черезъ всю толщину инфильтрированной стѣнки расположено въ видѣ цилиндровъ большое количество эпителиальныхъ гнѣздъ, вокругъ которыхъ, въ болѣе внутреннихъ слояхъ, находится незначительное количество соединительной ткани и грануляціонныхъ элементовъ, а въ мышечномъ слое—пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Расположеніе клѣтокъ въ видѣ луковицъ или жемчужинъ часто встрѣчается. Плоскоэпителиальный ракъ.

32) 9 января 1882 г. Василіса Егорова.—На 1 ст. ниже уровня бифуркаціи находится весьма значительное утолщеніе стѣнки пищевода, придающее ему снаружи видъ веретенообразной опухоли, длиною въ 9 стм. Стѣнки здѣсь кругомъ инфильтрированы бѣлыми массами, проникающими черезъ все слои, причемъ участки сохранившагося мышечнаго слоя отличаются желтобурымъ цвѣтомъ. Разрѣзъ обнаруживаетъ зернистое строеніе опухоли. Внутренняя поверхность соотвѣтственной части пищевода представляетъ циркулярную язву съ бугристымъ дномъ и приподнятыми, вывороченными краями, вверху рѣзко отграниченными отъ слизистой оболочки. Внизу инфильтрированныя массы заползаютъ подъ неповрежденную слизистую оболочку, образуя такимъ образомъ постепенное приподнятіе ея. Длина язвы=8 ст. На лѣвой стѣнкѣ на 2 ст. выше язвы замѣчается бугоръ величиною съ фисташку, покрытый нетронутою слизистою оболочкою. Слева замѣчается сращеніе большой опухоли съ прилежащею легочною тканью, которая уплотнена и инфильтрирована бѣлыми новообразованными массами. Кромѣ того, существуетъ сращеніе съ лѣвымъ бронхомъ. Окружающія железы инфильтрированы. Легкія немного приращены. Все правое легкое инфильтрировано, плотно, красновато-сѣраго цвѣта, безвоздушно. Близъ корня праваго легкаго въ нижней его долѣ гангренозная полость, величиною съ яблоко. Лѣвое легкое отечно. Сердце атрофировано, желтобураго цвѣта. Небольшой асцитъ. Атрофическій циррозъ печени. Селезенка очень большая, застойная, съ краснымъ инфарктомъ. Хроническій паренхиматозный нефритъ. Хроническій катарръ желудка и кишечника.—На поперечномъ разрѣзѣ черезъ опухоль замѣчается большое количество эпителиальныхъ гнѣздъ, имѣющихъ видъ колбъ съ длинными горлышками или цилиндровъ. Онѣ расположены въ новообразованной соединительнотканной стромѣ, богатой веретенообразными клѣтками. Особенно много эпителиальныхъ гнѣздъ въ мышечномъ слое, такъ что между гнѣздами замѣчается только небольшое количество раздвинутыхъ пучковъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ.—Плоскоэпителиальный ракъ.

33) 27 Октября 1882 г. Елизавета Шарлота Козе.—На разстояніи $1\frac{1}{2}$ ст. выше бифуркаціи на передней и боковыхъ стѣнкахъ пи-

щевода тянется широкая язва въ видѣ полосы съ расширенными концами, длиною слѣва 6, а справа 8 ст. Язва имѣетъ бугристое дно и вывороченные возвышенныя края, которые приподнимаются надъ оставшейся нетронутою заднею стѣнкою. Отдѣльные бугры дна язвы въ свою очередь мелкобугристы, немного напоминаютъ цвѣтную капусту. Надъ язвою и на протяженіи ея замѣчается небольшая гипертрофія мышечнаго слоя. Съ правой стороны у начала пищевода находится сильно увеличенная лимфатическая железа, почти сплошь инфильтрированная желтоватыми массами съ размягченіемъ и даже разжиженіемъ въ центрѣ (ножемъ соскабливается гуская полужидкая масса съ мелкими, болѣе плотными комками). Длина железы 7 ст., ширина 4, толщина $2\frac{1}{2}$ ст. Железа производитъ видимое сдавленіе пищевода.

Dura mater утолщена, на внутренней поверхности ея существуетъ гноевидный налетъ. Вся мягкая мозговая оболочка гнойно инфильтрирована. Легкія гиперемированы; въ нижней долѣ праваго легкаго близъ одной бронхіальной вѣнти средней величины замѣчается свѣжее пневмическое гнѣздо краснаго цвѣта, величиною съ голубиное яйцо. Паренхиматозное перерожденіе сердца. Просвѣтъ аорты довольно узкій. Селезенка мала, мягка. Паренхиматозное перерожденіе печени и почекъ. Водянка лѣвой Фаллопиевой трубы. Небольшой хроническій катарръ кишекъ.

Плоскоэпителиальный ракъ. Гнѣзда не особенно большой величины, состоятъ изъ эпителиальныхъ клѣтокъ, имѣющихъ характеръ мостовиднаго эпителия. Многія изъ нихъ содержатъ по 2 небольшихъ ядра. Концентрическое расположеніе клѣтокъ встрѣчается по преимуществу въ болѣе глубокихъ слояхъ подслизистаго слоя.

34) 28 Ноября 1882 г. И р и н а К о р н ѣ в а. — На уровнѣ дѣленія трахеи замѣчается значительное утолщеніе стѣнки пищевода, идущее внизъ на разстояніи 7 стм. При вскрытіи пищевода обнажается циркулярная язва съ бугристымъ неровнымъ дномъ и съ большими углубленіями. Въ правой стѣнкѣ существуетъ перфорация въ нижнюю долю праваго легкаго, гдѣ образовалась гангренозная полость, наполненная массою пищевыхъ остатковъ. Верхніе края язвы пищевода немного приподняты и вызываютъ значительное суженіе пищевода. У начала язвы въ опухоль росли двѣ железки, также суживающія просвѣтъ пищевода. Нѣкоторые бугры на днѣ язвы отличаются мелко-бугристою поверхностью. Мышечный слой непосредственно надъ язвою немного гипертрофированъ. Бронхіальныя железы большею частью гипертрофированы, инфильтрированы, въ нѣкоторыхъ находятъ известковые конкременты. Лѣвый бронхъ и аорта плотно сращены съ инфильтрированной стѣнкою пищевода.

Матка довольно значительно увеличена въ объемъ. Наружная поверхность ея мѣстами немного бугриста; разрѣзъ по передней поверхности обнаруживаетъ сильное выпячиваніе всей внутренней поверхности полости матки особенно со стороны задней стѣнки у самаго дна, гдѣ находится возвышенный бугоръ съ грецкій орѣхъ. Слизистая оболочка, покрывающая бугоръ, мало измѣнена, а остальная внутренняя поверхность матки представляетъ сплошную язву, тянущуюся вплоть до внутренняго зѣва. Дно ея покрыто мелкими буграми, между которыми проходятъ борозды. Разрѣзъ передней стѣнки показываетъ, что разро-

нія проникають до половини гіпертрофированной мышечної стѣнки. Влагалищная часть матки заворочена назадъ и особыхъ измѣненій не представляетъ. Лѣвое легкое отечно. Въ нижней долѣ праваго легкаго большая гангренозная полость; остальные доли содержатъ многочисленныя пневмоническія гнѣзда. Сердце атрофировано. На intima аорты многочисленныя атероматозныя бляшки.

Плоскоэпителиальный ракъ пищевода. Коллоидный ракъ матки.

35) 5 Октября 1883 г. Павелъ Александровъ. — Въ нижней части пищевода, на 7 см. ниже уровня дѣленія трахеи, замѣчается весьма значительное утолщеніе стѣнокъ пищевода, зависящее отъ бугристыхъ разрощеній, выдающихся въ просвѣтъ пищевода и проникающихъ до мышечнаго слоя. Инфильтрація продолжается почти до кардіи, гдѣ она рѣзко оканчивается. Справа на кардіи находится узелъ, величиною съ миндаль, который покрытъ неповрежденною слизистою оболочкою. Внутренняя поверхность нижней части пищевода представляетъ поясную язву, длиною въ $4\frac{1}{2}$ см. и на $1\frac{1}{2}$ см. не доходящую до кардіи. Края язвы неровны, возвышены. — Дно бугристое, съ довольно значительными бороздами. Основаніе бугровъ особенно въ нижней части язвы, проникаетъ черезъ всю стѣнку пищевода. Въ правой задней стѣнкѣ язвы вверху небольшая щель съ закругленными краями, черезъ которую зондъ прямо проходитъ въ гангренозную полость, находящуюся въ правомъ легкомъ. Инфильтрація наверху проникаетъ дальше границы язвы. Выше язвы рѣзкаго расширения пищевода не существуетъ. Опухоль пищевода срослена со смежною грудною аортою. Железы бронхиальныя и пищеводныя увеличены и инфильтрированы; около трахеи нѣкоторыя железы инфильтрированы сплошь. Около праваго бронха цѣлый пакетъ сильно увеличенныхъ железъ. — Сильно истощенный трупъ. Почти полное приращеніе легкихъ къ грудной стѣнкѣ. Задняя часть нижняго отдѣла правой верхней доли и почти вся нижняя доля праваго легкаго гангренифицированы, представляютъ клочковатую, отчасти кашицеобразную массу, пропитанную зеленоватосѣрою жидкостью съ гнилостнымъ (не особенно рѣзкимъ) запахомъ. Большіе и средніе бронхи тоже переполнены сѣрозеленою жидкостью. Верхняя доля лѣваго легкаго въ состояніи ателектаза, нижняя отечно. Сердце уменьшено въ объемѣ, стѣнки истончены. Печень, селезенка и почки рѣзко атрофированы. Желудокъ сжавшійся; кишки узкія («кошачьи кишки» старыхъ авторовъ). Брызжеечныя железы инфильтрированы. Въ грудобрюшной преградѣ порядочное количество мелкихъ, съ чечевичное зерно, плотныхъ бѣлыхъ гнѣздъ.

Плоскоэпителиальный ракъ съ большимъ количествомъ мелкихъ ороговатѣвшихъ жемчужинъ.

36) 12 Ноября 1883 г. Юрій Константиновичъ. — Значительное увеличеніе обѣихъ щитовидныхъ железъ. Длина ихъ до 6 ст., ширина = 3 ст. На 8 ст. отъ начала пищевода на задней стѣнкѣ начинаются довольно значительныя изъязвленныя разрощенія, покрывающія двѣ трети слизистой оболочки пищевода, имѣють видъ цвѣтной капусты и проникають, какъ это видно на разрѣзѣ, до гипертрофированнаго наружнаго мышечнаго слоя въ видѣ бѣлыхъ мягкихъ массъ. Далѣ книзу разрощенія все увеличиваются въ объемѣ, становятся болѣ рыхлыми и

пронизываютъ мѣстами всю стѣнку пищевода. Разрошенія вдаются въ полость пищевода отчасти въ видѣ бугровъ сѣровато-грязнаго и грязнобураго цвѣта. Конецъ язвы образуется толстыми, вывороченными, неправильно зубчатыми краями, возвышающимися надъ смежною неповрежденною слизистой оболочкою. Передняя стѣнка пищевода, противолежащая изъязвленному новообразованію, въ средней своей части подрыта окружающимъ разросшимся новообразованиемъ, слизистая оболочка ея неповреждена. Длина язвы—10 см. Изъязвленный участокъ пищевода сросенъ со смежною легочною тканью, съ началомъ грудной аорты и съ лѣвымъ бронхомъ. Срошеніе это совершается при посредствѣ соединительнотканнхъ перепонокъ и перемычекъ, въ которыхъ заложены увеличенныя и раковоперерожденныя лимфатическія железы. Замѣчательно еще весьма тѣсное сращеніе изъязвленной стѣнки пищевода съ трахеей. Многочисленныя бронхиальныя и трахеальныя железы инфильтрированы. Легкія вообще эмфизематозны. Паренхиматозное перерожденіе печени и обѣихъ почекъ.

Плоскоэпителиальный ракъ. Въ подслизистомъ слоѣ довольно много гнѣздъ съ концентрическимъ расположеніемъ клѣтокъ, причемъ болѣе крупныя изъ нихъ съ яснымъ ядромъ находятся въ центрѣ гнѣздъ, на периферіи же клѣтки имѣютъ какъ бы полулунную форму и также содержатъ ядра.

37) 21 ноября 1883 г. В а с и л і й И в а н о в ъ. — На передней стѣнкѣ пищевода на мѣстѣ, точно соотвѣтствующемъ дѣленію трахеи, начинается изъязвленіе, продолжающееся внизъ на протяженіи 12 см. Вначалѣ язва занимаетъ не болѣе $\frac{1}{3}$ всей окружности пищевода, затѣмъ она значительно расширяется и на 3 см отъ своего верхняго края становится уже поясною, образуя вслѣдствіе своей бугристости значительное суженіе пищевода на протяженіи до 4 см. Отъ нижняго конца язвы тянется внизъ длинный валикъ (въ 4 см.), занимающій на передней стѣнкѣ пищевода ширину въ 4 см.; онъ немного изъязвленъ у своего нижняго конца. Въ полости лѣваго бронха какъ разъ у бифуркаціи трахеи находится небольшой бугоръ съ бархатистою поверхностью, величиною съ вишневую косточку. Пищеводъ тѣсно сросенъ съ грудною аортою, съ нижнею частью трахеи и съ лѣвымъ бронхомъ. Многія трахеальныя и бронхиальныя железы инфильтрированы бѣлыми массами. На задней стѣнкѣ желудка на $1\frac{1}{2}$ см. ниже кардіи находится кратеровидная язва, величиною съ пятакъ. Края язвы зубчатые и возвышаются надъ дномъ язвы. Стѣнка желудка близъ этой язвы оказывается въ значительной степени пронизанною мелкобугристыми бѣлыми массами.

Плоскоэпителиальный ракъ пищевода съ большимъ количествомъ концентрическихъ гнѣздъ; въ нѣкоторыхъ препаратахъ встрѣчаются ороговѣвшія жемчужины.

Мозговидный ракъ желудка.

38) 20 Октября 1883 г. В а с и л і й П е с т о в ъ. — На разстояніи $4\frac{1}{2}$ см. отъ бифуркаціи на передней стѣнкѣ пищевода находится неглубокая язва, занимающая всю окружность пищевода, тянущаяся на протяженіи $3\frac{1}{2}$ —4 см. Язва отличается валикообразными довольно правильно зигзагообразными краями. Дно язвы образуется отчасти круговыми волокнами мышечнаго слоя пищевода. Инфильтрація стѣнки поверхностная и

не заходить за подслизистый слой. Выше язвы полость пищевода расширена. Мышечный слой резко утолщенъ, достигая своего максимума въ нижней части язвы, а затѣмъ онъ постепенно истончается до самой кардіи; выше ея на значительномъ протяженіи существуетъ тоже гипертрофія мышечнаго слоя. Бронхіальныя и трахеальныя железы инфильтрированы. Пищеводъ сращенъ съ аортою на большомъ протяженіи и притомъ настолько плотно, что при отдѣленіи ея обнажается мышечный слой пищевода; кромѣ того, пищеводъ сращенъ съ сердечною сорочкою, съ лѣвымъ бронхомъ и съ окружающими послѣдній инфильтрированными и неинфильтрированными бронхіальными железами.

Лѣвое легкое сращено съ грудною стѣнкою старыми ложными перепонками. Оба легкія эмфизематозны и малокровны. Трахеальные хрящи вообще тверды, перстневидный же хрящъ оказывается окостенѣвшимъ. Сердечная сорочка утолщена; въ ней находится нѣсколько мелкихъ узелковъ, особенно тамъ, гдѣ она сращена со стѣнкою пищевода. Слизистая оболочка желудка багрово-краснаго цвѣта, сочна, утолщена, вены налиты. Около кардіи на задней стѣнкѣ желудка, замѣчается небольшое утолщеніе всей стѣнки его. Полость желудка уменьшена. Просвѣтъ тонкихъ и толстыхъ кишекъ узкій, стѣнки ихъ нѣсколько истончены; слиз. об. болѣе или менѣе венозно гиперемирована. Печень отчасти сращена съ діафрагмою, уменьшена въ объемѣ. Селезенка уменьшена въ объемѣ, капсула ея сморщена и отчасти сращена съ діафрагмою; пульпа малокровна, довольно плотна, въ ней замѣчаются слѣды стараго инфаркта въ видѣ рубца величиною съ зернышко лимона. Капсула правой почки утолщена, снимается трудно, причемъ на ней остаются слѣды почечной ткани; корковый слой истонченъ, плотенъ, съ многочисленными втягиваніями на своей поверхности. Лѣвая почка атрофирована. Поджелудочная железа уменьшена въ объемѣ, плотна.

Плоскоэпителиальный ракъ. На нѣкоторыхъ препаратахъ хорошо видѣнъ переходъ разросшагося и давшаго ростки покровнаго эпителія въ раковыя гнѣзда, расположенныя во множествѣ въ подслизистомъ слоѣ. Вокругъ гнѣздъ находятся скопленія грануляціонныхъ элементовъ.

39) 5 ноября 1883 г. Н и к и ф о р ъ В а с и л ь е в ъ. — На уровнѣ бифуркаціи трахеи замѣчается довольно значительное увеличеніе объема пищевода, который здѣсь оказывается довольно тѣсно сращеннымъ съ нижней частью трахеи и съ лѣвымъ бронхомъ, а посредствомъ многочисленныхъ перепонокъ, кромѣ того, съ начальной частью грудной аорты. — Лѣвый блуждающій нервъ зарощенъ въ той новообразованной плотной соединительной ткани, которая связываетъ пищеводъ съ бронхомъ. При разрѣзѣ пищевода на внутренней поверхности его, соотвѣтственно мѣсту дѣленія трахеи и нѣсколько выше замѣчается довольно значительное изъязвленіе съ неровнымъ бугристымъ дномъ съ возвышенными и крутыми краями. Язва занимаетъ главнымъ образомъ переднюю стѣнку, на задней же стѣнкѣ тянется на всемъ протяженіи тонкая полоса неизмѣненной слизистой оболочки. Стѣнки изъязвленной части пищевода инфильтрированы довольно плотными новообразованными массами, не переходящими за мышечный слой и помѣщающимися преимущественно въ подслизистой ткани. Соотвѣтственно язвѣ

просвѣтъ значительно суженъ и едва пропускаетъ сложенный пинцетъ средней величины.

Сращения верхушекъ обоихъ легкихъ съ грудной стѣнкой. Въ лѣвомъ бронхѣ находится сукровичная жидкость, но причина и мѣсто кровотоечения не отыскивается.—Отекъ нижнихъ легочныхъ долей. Атероматозное перерожденіе аорты и другихъ большихъ сосудовъ; восходящая аорта значительно расширена. Известковые отложенія на клапанахъ аорты, которые оказываются сморщенными, утолщенными, недостаточными. На внутрисердїи лѣваго желудочка и у начала двухъ полулунныхъ клапановъ—свѣжія разрощенія; на правомъ парусѣ двустворчатого клапана небольшая язвочка.—Жировая инфильтрація печени. Нѣсколько мелкихъ желтыхъ инфарктовъ въ селезенкѣ. Нѣсколько мелкихъ эмболическихъ гнѣздъ въ обѣихъ почкахъ. Небольшая инъекція кишекъ.

Въ подслизистомъ слоѣ замѣчается большое количество мелкихъ эпителиальныхъ гнѣздъ, заложенныхъ въ промежуточной ткани. Въ послѣдней обильное количество грануляціонныхъ и веретенообразныхъ соединительнотканыхъ элементовъ.—Простой мелкоклѣточный ракъ.

40) 20 декабря 1883 г. А лек с ѣ й Ф е д о р о в ѣ .—На одинъ см. ниже уровня дѣленія трахеи находится суженіе пищевода, вслѣдствіе образовавшихся здѣсь бугристыхъ возвышеній, которыя отчасти изъязвились. Эти возвышенія покрываютъ внутреннюю поверхность пищевода на протяженіи 5 см., въ нѣсколькихъ мѣстахъ занимаютъ всю окружность пищевода и проникаютъ въ стѣнкѣ пищевода вплоть до гипертрофированнаго мышечнаго слоя. Края язвы возвышаются въ видѣ валиковъ. Дно язвы неровное. Соотвѣтственно верхней части инфильтраціи существуетъ значительное суженіе просвѣта пищевода, подъ вліяніемъ давленія близлежащей увеличенной, инфильтрированной лимфатической железы, находящейся между правымъ бронхомъ и пищеводомъ. Выше начала бугристостей замѣчается расширеніе пищевода и утолщеніе мышечнаго слоя. Сильно исхудалый трупъ. Мышцы чрезвычайно дряблы и блѣдны. Легкія эмфизематозны. Хрящи трахеи и бронховъ обызвествлены. Сращеніе плевральныхъ листковъ слѣва.—Сердце нѣсколько атрофировано. Въ аортѣ атероматозныя бляшки. Въ остальныхъ органахъ никакихъ особенныхъ измѣненій. Позади кардіи двѣ опухшія железы.

Плоскоэпителиальный ракъ съ довольно большимъ количествомъ ороговъвшихъ жемчужинъ.

41) 20 Декабря 1883 г. И п п о л и т ѣ В а с и л ѣ в ѣ .—На задней стѣнкѣ начала пищевода находятся изъязвившіяся бугристыя возвышенія, имѣющія видъ цвѣтной капусты и продолжающіяся на глотку до уровня верхняго края щитовиднаго хряща. Съ поверхности новообразованныхъ наростовъ легко крошатся мелкія частички. Новообразованная масса инфильтрируетъ заднюю стѣнку пищевода до наружнаго мышечнаго слоя, которой оказывается истонченнымъ. Новообразование занимает $\frac{2}{3}$ окружности глотки и пищевода и всего $8\frac{1}{2}$ см. въ длину. Нижняя граница новообразования обозначена рѣзко возвышенными краями, которые вдаются въ просвѣтъ пищевода и образуютъ значительное суженіе его. Верхніе края его въ глоткѣ менѣе возвышены. Окружающія пищеводъ лимфатическія железы инфильтрированы бѣлыми массами. Поверхностная

флегмона въ лѣвой половинѣ шеи. Гнойная инфильтрація клѣтчатки передняго средостѣнія. Верхнія доли легкаго эмфизематозны, нижнія въ состояніи гипостаза. Сердечная сумка сильно напряжена, даетъ при ощупываніи зыбленіе и содержитъ обильный гнойнофибринозный выпотъ; экссудативныя массы съ наружной поверхности сердца сдираются съ трудомъ. Мышца сердца сѣрожелтаго цвѣта, дряблая, легко рвется подъ ногтемъ; эндокардій потерялъ свою зеркальную поверхность, слегка помутнѣвшій, гиперемированный. Клапаны достаточны. Сердце нормальныхъ размѣровъ. Желудокъ сокращенъ. Кишки сокращены, истончены. Печень мускатна, немного уменьшена въ объемѣ. Селезенка уменьшена, малокровна. Почки анэмичны и атрофированы. Позади кардіи 2 небольшія увеличенныя железы.

Плоскоэпителиальный ракъ пищевода съ небольшимъ количествомъ ороговѣвшихъ жемчужинъ.

42) 11 сентября 1883 г. Александра Яковлева. — Стѣнки кардіи, преимущественно справа, инфильтрированы на протяженіи $3\frac{1}{2}$ стм. бѣлыми новообразованными массами, которыя проникаютъ въ пищеводъ на протяженіи тоже $3\frac{1}{2}$ ст. Инфильтрація въ кардіи сидитъ главнымъ образомъ въ подслизистомъ слоѣ, немного переходя за мышечный слой и производитъ утолщеніе стѣнки до 2 стм., которое постепенно уменьшается по направленію къ пищеводу. Въ кардіи новообразование покрыто неповрежденною слизистою оболочкою, а въ пищеводѣ вся поверхность его, за исключеніемъ узкой полосы задней стѣнки пищевода, изъясвлена. Дно язвы образуется мѣстами круговымъ мышечнымъ слоемъ пищевода. Края ея подрыты. — Инфильтрированная стѣнка кардіи срощена съ атрофированною поджелудочною железю. Селезеночная артерія очень извилиста. Стѣнки желудка истончены. Просовидная бугорчатка легкихъ и хроническая интерстиціальная пневмонія. Сердце и почки атрофированы. Печень атрофирована и заключаетъ въ себѣ бѣлый узелъ величиною съ горошину. Хроническій катарръ желудка и 12-перстной кишки.

Микроскопическое изслѣдованіе какъ кардіи, такъ и пищевода показало, что стѣнки ихъ насквозь пронизаны довольно крупными эпителиальными гнѣздами, которыя заложены въ соединительнотканной стромѣ, богатой веретенообразными клѣтками, а въ мышечномъ слоѣ — между пучками гладкихъ мышечныхъ волоконъ. На периферіи гнѣздъ клѣтки мѣстами имѣютъ характеръ цилиндрическаго эпителия, въ серединѣ же гнѣздъ онѣ представляются болѣе или менѣе круглыми или нѣсколько овальными. Въ центрѣ многихъ гнѣздъ замѣчаются большія полости. Нѣкоторыя гнѣзда очень рѣзко изолированы отъ окружающей соединительной ткани. Въ другихъ мѣстахъ мелкія гнѣзда лежатъ скученно, отдѣляясь другъ отъ друга только небольшими пучками старой соединительной ткани.

Цилиндрической ракъ кардіи и пищевода.

43) 19 ноября 1883 г. Аграфена Кириллова. — Въ правой и лѣвой надключичной ямкѣ находится по одной круглой большой инфильтрированной бѣлыми массами железы; слѣва величиною съ не большой каштанъ (длина=4, толщина и ширина= $3\frac{1}{2}$ стм.); справа железа меньше, величиною съ грецкій орѣхъ (длина=3, ширина и толщина= $2\frac{1}{2}$ стм.). Находясь на одной высотѣ, онѣ производятъ замѣтное суженіе просвѣта

пищевода, слиз. об. котораго на этомъ мѣстѣ представляется сильно складчатой. Грудная аорта на значительномъ протяженіи крѣпко сросшена съ пищеводомъ. За указаннымъ суженіемъ слѣдуетъ расширение пищеводной полости. Слизистая оболочка передней стѣнки на мѣстѣ расширения сильно втянута внутрь. При болѣе подробномъ осмотрѣ, оказывается, что это обусловливается присутствіемъ язвы на слизистой оболочкѣ пищевода продолговато-круглой формы, величиною съ бобъ, съ возвышенными втянутыми краями и неровнымъ, отчасти петлистымъ дномъ, покрытымъ мелкими бугристыми возвышеніями. Язва прилежитъ непосредственно къ острому краю трахеи, на мѣстѣ дѣленія ея на бронхи. На 2 см. ниже этой небольшой язвы начинаются изъязвившіяся грибовидныя разрощенія, плотно сидяція въ стѣнкахъ пищевода. Эти разрощенія занимаютъ всю окружность пищевода. Они распространяются на протяженіи 8 см. и не доходятъ на 2 см. до кардіи. Поверхность разрощений изъязвлена, неправильно бугриста. Нижніе края язвы бугристы, возвышены и обуславливаютъ рѣзкое суженіе пищевода. Разрѣзъ бугровъ обнаруживаетъ зернистое строеніе новообразованія, пронизывающаго мѣстами всю стѣнку пищевода. Окружающія лимфатическія желѣзы инфильтрированы бѣлыми массами. Непосредственно надъ новообразованіемъ замѣчается небольшая гипертрофія мышечнаго слоя.

Верхняя доля и задняя поверхность нижней доли лѣваго легкаго сросшены съ грудною стѣнкою. Гипостазъ легкихъ. Сердце атрофировано. Въ лѣвой яремной венѣ и въ началѣ лѣвой подключичной венѣ находится тромбъ недавняго происхожденія. Хроническій катарръ кишекъ. Печень мускатная. Почки атрофированы.

Плоскоэпителиальный ракъ пищевода.

44) 11 Августа 1884 г. Федоръ Александровъ. — Въ пищеводѣ, какъ разъ на мѣстѣ дѣленія дыхательнаго горла, находится обширная поясная язва, длиною въ 6 см. Пищеводъ на всемъ протяженіи представляется довольно значительно расширеннымъ. Дно язвы неровное, мелкобугристое, отчасти зернистое; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ находятся возвышенія, напоминающія своимъ видомъ цвѣтную капусту. Верхніе края язвы плоскіе. Нижніе же края язвы возвышены, выворочены. Въ центрѣ язвы на передней стѣнкѣ замѣчаются болѣе размягченныя разрощенія, окрашенныя кровью въ буроватокрасный цвѣтъ; стѣнка пищевода соотвѣтственно имъ истончена, но прободенія не существуетъ. Смежныя ткани легкаго приращены къ пищеводу. Лѣвая сторона пищеводной стѣнки на томъ же уровнѣ приращена къ лѣвому бронху. На слизистой оболочкѣ этого послѣдняго находятся поверхностныя, клочковыя разрощенія. Разрѣзъ, проведенный черезъ мѣсто сращенія бронха съ пищеводною язвою, показываетъ, что здѣсь стѣнка пищевода сплошь инфильтрирована бѣлыми мелкоузловатыми массами, переходящими непосредственно на стѣнку бронха. Надключичныя лимфатическія желѣзы инфильтрированы, увеличены. — Бронхіяльныя желѣзы увеличены, пигментированы. Оба легкія приращены къ грудной клѣткѣ. Отекъ нижнихъ долей. Сильная анемія почекъ. Желудокъ растянутъ; слиз. об. его утолщена, покрыта густымъ слоемъ слизи. Хроническій катарръ тонкихъ кишекъ.

Плоскоэпителиальный ракъ; только изрѣдка попадаются жемчужины.

45) 21 августа 1884 г. Василий Ивановъ. — Окостенѣніе щитовиднаго хряща. На передней стѣнкѣ пищевода, на уровнѣ cartilago cricoidea, замѣчается валикообразное возвышеніе упругоплотной консистенціи величиною съ фисташку, отъ которой книзу идетъ изъязвленная поверхность съ неровнымъ, изрытымъ, изъѣденнымъ дномъ, на протяженіи $6\frac{1}{2}$ стм., оканчиваясь на $2\frac{1}{2}$ стм. выше дѣленія трахеи. Язва постепенно становится поясною. Нижніе края язвы возвышаются надъ смежною слизистою оболочкою, бугристы. Нижняя часть изъязвленного участка пищевода сращена съ прилежащею трахеею; новообразованныя бѣлыя массы проникаютъ въ послѣднюю, образуютъ сообщеніе ея съ пищеводомъ. На слиз. обол. трахеи, соотвѣтственно сращенію съ пищеводной язвой, находится валикообразное возвышеніе съ изъязвленіемъ въ центрѣ. Трахеальныя железы увеличены и инфильтрированы. Разрѣзъ стѣнки пищевода на мѣстѣ новообразованія показываетъ, что послѣднее проникло черезъ внутренніе слои ея до мышечнаго слоя, вѣсколько утолщеннаго. На intima аорты многочисленныя атероматозныя бляшки. Сердце атрофировано. Легкія анемичны. Селезенка мала, плотна. Паренхиматозное перерожденіе печени и почекъ.

Въ подслизистомъ и мышечномъ слояхъ находится большое количество преимущественно мелкихъ, болѣе или менѣе круглыхъ эпителиальныхъ гнѣздъ, кѣтки которыхъ отличаются значительною величиною и содержатъ хорошо выраженное ядро. Гнѣзда заложены въ довольно значительно разросшейся промежуточной соединительной ткани, богатой веретенообразными кѣтками.

Плоскокѣточковый ракъ.

46) 8 Марта 1884 г. Иванъ Матвѣевъ. — Пищеводъ на разстояніи 5 стм. отъ дѣленія трахеи представляется значительно утолщеннымъ на протяженіи до $9\frac{1}{2}$ ст. При разрѣзѣ этого утолщенія обнажается обширная язва, занимающая всю окружность пищевода и доходящая до кардіи. Дно язвы состоитъ изъ ключковатыхъ, чрезвычайно дряблыхъ возвышеній, по формѣ напоминающихъ цвѣтную капусту. Въ верхнемъ отдѣлѣ язвы новообразованныя массы проникли до мышечнаго слоя, внизу же они спускаются дальше, проростають стѣнку кардіи, образуя здѣсь многочисленныя, отчасти изъязвленныя, отчасти еще неизъязвленныя возвышенія. Небольшое расширеніе пищевода, непосредственно надъ язвой. Самая изъязвленная полость тоже рѣзко расширена, слѣдовательно, только въ кардіи существуетъ суженіе. — Сращеніе легкихъ съ грудной стѣнкой почти на всемъ протяженіи. Эмфизема легкихъ. Жирная печень. Воротныя вены инфильтрированы. Разроженіе соединительной ткани въ обѣихъ почкахъ. Селезенка плотна.

Крупнокѣточковый мозговикъ.

47) 4 декабря 1884 г. Любовь Языкова. — Въ пищеводѣ, на уровнѣ дѣленія трахеи, книзу замѣчается обширная циркулярная язва, занимающая протяженіе въ $7\frac{1}{2}$ стм.; далѣе книзу, на передней стѣнкѣ пищевода, находится бугристое возвышеніе, недоходящее до кардіи на 2 стм., величиною съ косточку финика. Кверху отъ изъязвленія находится еще одно бугристое возвышеніе на правозадней стѣнкѣ съ изъязвленіемъ въ центрѣ; длина его $= 3\frac{1}{2}$ стм.; ширина до 1 стм., а толщина $1\frac{1}{4}$ стм. Соотвѣт-

ственно большой язвѣ пищеводъ плотно приращенъ къ грудной аортѣ и къ смежной части лѣваго легкаго. Въ нижней части язвы было замѣчено при вскрытіи сообщеніе ея съ лѣвымъ легкимъ, при выниманіи же легкаго соотвѣтственная приращенная часть стѣнки пищевода оторвалась вмѣстѣ съ легкимъ, вслѣдствіе чего образовалось большое искусственное отверстие въ язвѣ пищевода. Изъязвленіе представляетъ сильно изрытую поверхность съ значительными возвышеніями и углубленіями, проникающими до наружнаго мышечнаго слоя. Края язвы приподняты, возвышены. Поперечный разрѣзъ большой язвы показываетъ, что стѣнки инфильтрированы бѣлыми зернистыми массами, упругоплотной консистенціи, проникающими вплоть до истонченнаго мышечнаго слоя. Разрѣзъ, проведенный черезъ верхнюю часть новообразованія указываетъ на постепенное (сверху внизъ) утолщеніе наружнаго мышечнаго слоя, причемъ новообразование отдѣляется отъ него довольно плотной бѣлой рубцовой тканью. Нѣкоторыя трахеальныя и бронхіальныя железы, а также отдѣльныя железы возлѣ кардіи инфильтрированы творожистыми массами. Въ нижней долѣ лѣваго легкаго замѣчается обширная гангренозная полость, величиною съ гусиное яйцо; въ остальной части лѣвой нижней доли замѣчается нѣсколько пнеймоническихъ гнѣздъ. Сердце уменьшено, мышца вялая, клапаны нормальны. Хроническій катарръ желудка. Паренхиматозное перерожденіе печени и почекъ. Селезенка не увеличена, плотна.

Крупноклѣточный плоскоэпителиальный ракъ. Большія и мелкія раковыя гнѣзда, расположенныя главнымъ образомъ въ подслизистомъ слоѣ, отличаются тѣмъ, что большая часть клѣтокъ ихъ очень крупной величины, блестящи, содержатъ по одному большому ядру съ ядрышками. Довольно часто попадаются рѣзко выраженные ороговѣвшія жемчужины, иногда соединенныя по двѣ вмѣстѣ.

48) 5 января 1885 г. Федоръ Корчановъ. — Въ нижней половинѣ пищевода находится весьма значительное утолщеніе стѣнки, на протяженіи $10\frac{1}{2}$ стм., начинающееся на уровнѣ дѣленія трахеи и доходящее почти до кардіи. При разрѣзѣ пищевода открывается обширная язва, занимающая всю окружность пищевода; она оканчивается выше кардіи по передней стѣнкѣ на 1 стм., на задней на 2 стм. Отъ конца язвы до самой кардіи тянется нѣсколько мелкобугристыхъ бѣлыхъ возвышеній, покрытыхъ неповрежденной слизистою оболочкою. Язва ограничивается внизу сильно возвышенными краями; дно ея усѣяно сосочковидными возвышеніями, различной величины, съ зернистою поверхностью. Эти бугры проникаютъ черезъ всю толщѣ пищеводной стѣнки до значительно утонченнаго мышечнаго слоя, который въ иныхъ мѣстахъ макроскопически представляется почти уничтоженнымъ. Большинство бугристостей, выполняющихъ язву, пепельно-зеленаго или черно-зеленаго, размягчены; между ними большое количество бороздъ и углубленій; болѣе глубокія части бугровъ желтоватаго цвѣта, тоже очень мягки. У верхняго края язвы находится одинъ большой грибовидный двухлопастный наростъ, упруго-плотной консистенціи, блѣднорозоваго цвѣта, сидящій на узкомъ основаніи. На мѣстѣ язвы существуетъ сильное суженіе просвѣта пищевода, особенно соотвѣтственно грибовидному наросту. Надъ новообразованиемъ расширенія нѣтъ.

Эмфизема и анемія легкихъ. Атрофія сердца, печени и селезенки.

Анемія почекъ. Желчный пузырь переполненъ темнозеленою желчью. Въ кишкахъ плотные комки кала.

Плоскоэпителиальный ракъ съ мелкими неороговѣвшими жемчужинами. Вокругъ эпителиальныхъ гнѣздъ довольно значительная грануляціонная инфильтрація.

49) 9 Января 1885 г. Андрей Семеновъ. — На разстояніи 19 стм. отъ кольцевиднаго хряща и 5 стм. отъ бифуркаціи, замѣчается овальная опухоль пищевода, вслѣдствіе утолщенія его стѣнокъ. Последнее обуславливается инфильтраціею бѣлыми, бугристыми новообразованными массами. Внутренняя поверхность передней стѣнки пищевода покрыта неизмѣненной слизистою оболочкою, подъ которою находятся инфильтрированныя массы, проникающія вплоть до значительно истонченнаго, мѣстами уничтоженнаго мышечнаго слоя. Задняя стѣнка представляетъ язву, съ неровнымъ зернистымъ дномъ, покрытымъ бугристыми возвышеніями. Бугристости довольно мягки; при разрѣзѣ въ нихъ находятъ очень густую сиропообразную массу желтоватаго цвѣта. Края язвы неровные, возвышенные. Длина язвы $5\frac{1}{2}$ ст. Въ нижней доли праваго легкаго большая гангренозная полость, занимающая большую часть ея. Въ правой верхушкѣ нѣсколько творожистыхъ гнѣздъ, окруженныхъ соединительнотканными сумками. Сердце нормально. Желудокъ нѣсколько расширенъ. Хроническій катарръ желудка. Селезенка нормальныхъ размѣровъ, капсула немного морщиниста, пульпа плотна.

Плоскоэпителиальный ракъ пищевода. Гнѣзда расположены довольно густо; изрѣдка попадаются эпидермическіе шары. Вокругъ гнѣздъ находится довольно значительное количество грануляціонныхъ элементовъ.

50) 2 Февраля 1885 г. Михаилъ Колесниковъ. — На разстояніи 21 ст. отъ кольцевиднаго хряща находится значительное утолщеніе стѣнокъ пищевода и кардіи. Утолщеніе ихъ обусловлено инфильтраціей желтоватыхъ массъ, которыя въ нѣкоторыхъ мѣстахъ имѣютъ сликообразную консистенцію и легко соскабливаются ножомъ. Инфильтрація пронитываетъ всю стѣнку до истонченнаго мышечнаго слоя; внутренняя поверхность разрѣза представляетъ круговую язву пищевода, верхніе и нижніе края которой неровны, углублены; справа возлѣ нижняго края язвы сидитъ бугоръ, величиною съ лѣсной орѣхъ, покрытый неповрежденной слизистой оболочкою кардіи. Дно язвы шероховато, мелкобугристо отчасти зернисто. Выше язвы замѣчается утолщеніе и инъекція сильно складчатой слиз. об. пищевода и гипертрофія мышечнаго слоя его (до 4 ст.). Близъ кардіи слѣва и немного ниже ея на передней правой сторонѣ желудка находятся 4 просвѣчивающихся бугра, каждый величиною съ косточку вишни. Слева инфильтрированный участокъ пищевода сращенъ съ прилежащею тканью нижней доли лѣваго легкаго; здѣсь въ глубинѣ язвы отыскивается небольшое отверстіе, ведущее въ гангренозную полость лѣваго легкаго, которая выполнена свернувшимся молокомъ. Въ остальной части нижней доли разбросаны красныя пнеймоническія гнѣзда. Почти на всей плеврѣ нижней лѣвой доли замѣчаются свѣжія фибринозные отложенія. Оба легкія пронизаны многочисленными старыми творожистыми гнѣздами съ отложеніемъ бугорковъ, въ окружности ихъ. Правое легкое почти сплошь приращено къ грудной стѣнкѣ. Въ верхней пра-

вой долѣ, кромѣ описанныхъ творожистыхъ гнѣздъ, замѣчается раз-
рощеніе соединительной ткани, а въ верхушкѣ праваго легкаго не-
большая каверна съ маленькую сливу, выполненная гноевидною массою.
Сердце атрофировано. Атрофія и венозная гиперемія печени и почекъ. Се-
лезенка безъ измѣненій. Желудокъ сокращенъ, содержитъ свернувшееся
молоко. Слиз. обол. его умѣренно инъецирована. Позади кардіи нѣсколь-
ко инфильтрированныхъ железокъ. Въ подвздошной кишкѣ близъ valv.
Bauhinii замѣчается небольшая туберкулезная язва. Кишки сокращены,
очень узки.

Плоскоэпителиальный ракъ. Раковыя гнѣзда отличаются значительною
величиною, расположены въ оставшейся стромѣ подслизистаго слоя, бога-
таго грануляціонными элементами. Въ мышечномъ слое также находится
большое количество эпителиальныхъ гнѣздъ, помѣщающихся между пуч-
ками гладкихъ мышечныхъ волоконъ.

51) 28 *Сентября 1878 г.* Марфа Павлова.—Тотчасъ подъ
дугою аорты замѣчается весьма значительное утолщеніе пищевода длиною
въ 10 ст., довольно плотное на ощупь. Разрѣзъ черезъ пищеводъ обна-
руживаетъ очень сильное суженіе его просвѣта, зависящее отъ крупно-
бугристаго новообразованія преимущественно въ лѣвой боковой и задней
стѣнкѣ, которое проникаетъ черезъ всѣ слои пищевода. Между буграми
находятся значительно углубленныя борозды. Внутренняя поверхность пи-
щевода, соотвѣтствующая инфильтраціи представляетъ язву, съ крупно-
бугристымъ дномъ.

На передней стѣнкѣ желудка возлѣ привратника замѣчается значи-
тельное утолщеніе стѣнки. На одной изъ складокъ слиз. об. желудка
находится полипь, на короткой ножкѣ, величиною съ изюмъ.—Творожистая
пнеймонія обоихъ легкихъ. Въ правой верхушкѣ многополостная кавер-
на. Легкія верхними частями прирощены къ грудной стѣнкѣ.

Въ мышечной стѣнкѣ лѣваго желудочка, а главнымъ образомъ въ
основаніи брюшка сосочковыхъ мышцъ находится бѣлый узелъ съ горо-
шину, плотной консистенціи. У основанія одного изъ полулунныхъ кла-
пановъ легочной артеріи замѣчается бѣлое довольно плотное гнѣздо съ
кофейный бобъ, съ бугристой поверхностью, просвѣчивающее черезъ эндокар-
дій. Сердце атрофировано. Жиръ студенистый. Кишки сокращены, пу-
сты. Атрофія печени. Селезенка мала. Въ почкахъ многочисленныя углубле-
нія вслѣдствіе атрофіи коркового слоя. Остальные органы безъ особыхъ
измѣненій.

52) 29 *ноября 1879 г.* Никонъ Степановъ. — Небольшой отекъ
мозга и его оболочекъ. Оба легкія сильно прирощены къ грудной стѣнкѣ.

Въ правой плевральной полости соотвѣтственно нижнимъ ребрамъ от-
капсулированный плевритическій экссудатъ, въ которомъ находятся извест-
ковые отложенія. Выше кардіи на 2 дюйма начинается сильное утол-
щеніе стѣнокъ пищевода и большая раковая язва, которая рѣзко оканчи-
вается у кардіи. Желудокъ сокращенъ. Атрофія печени. Анэмія почекъ.

53) 20 *Мая 1880 г.* Лукерья Сазонова.—Сердце нормаль-
ной величины. Эмфизема легкихъ. Въ верхушкѣ лѣваго легкаго красныя
и желтыя пнеймоническія гнѣзда. Въ нижней части пищевода выше кар-
діи находится опухоль величиною съ голубиное яйцо, довольно мягкой

консистенціи, съ изъязвленной поверхностью. Слиз. об. желудка утолщена; на ней замѣчается нѣсколько разсѣянныхъ бѣлыхъ узелковъ. Печень уменьшена въ объемѣ, малокровна. Селезенка не увеличена, ткань довольно плотна, малокровна. Почки малокровны.

54) 18-го августа 1881 года. Гликерія Тарасова. — Въ средней и нижней части пищевода, замѣчается значительная инфильтрація передней стѣнки пищевода, оканчивающаяся внизу на 5 стм. выше кардіи. Соотвѣтственно инфильтраціи, оставляющей свободно только узкую полосу задней стѣнки пищевода, замѣчается обширная язва съ бугристымъ дномъ и вывороченными краями. Значительный отекъ нижнихъ конечностей. Срощеніе лѣваго легкаго съ грудной стѣнкой. Въ нижней долѣ праваго легкаго нѣсколько пнеймоническихъ гнѣздъ. — Ткань обоихъ легкихъ вообще очень богата кровью. Сердце нѣсколько гипертрофировано. Внутресердіе лѣваго желудочка немного утолщено. Печень весьма значительно увеличена, достигая своимъ краемъ середины линіи, проведенной отъ пупка къ лонному соединенію; вѣсъ печени $13\frac{1}{2}$ ф., длина 34 сант., ширина правой доли.—24, а лѣвой 15 сант. толщина около 14 сант.—Вся правая доля занята многочисленными большими и малыми раковыми узлами, между которыми замѣчается значительное разрощеніе старой соединительной ткани.—Незначительный паренхиматозный нефритъ. Гиперемія кишекъ. Небольшая retroflexio uteri.

55) 6-го августа 1882 г. Анна Сергѣева. — Въ нижней трети пищевода поясная язва, довольно значительной величины, съ бугристымъ дномъ и вывороченными краями. Инфильтрація стѣнки проникаетъ въ мышечный слой. Раковыя разрощенія распространяются на нижнюю долю лѣваго легкаго, гдѣ находится довольно обширное гангренозное гнѣздо. Метастатическіе узлы въ печени. Бронхіальныя, пищеводныя и эпигастральныя железы инфильтрированы. Инъекція кишекъ. Въ остальныхъ органахъ никакихъ особенныхъ измѣненій.

56) 31 мая 1883 г. Анна Попова. — Мозгъ малокровенъ. Артеріи на основаніи мозга атероматозно перерождены. Верхняя доля праваго легкаго приращена къ грудной стѣнкѣ. Легкія эмфизематозны. Лѣвый желудочекъ сердца гипертрофированъ; на аортѣ атероматозныя бляшки. Селезенка атрофирована. Циррозъ печени. Хроническій интерстиціальныи нефритъ. Въ средней части пищевода размягченныя раковыя разрощенія, проникающія до аорты. Первая межреберная правая артерія близь начала ея изъ аорты обнажена и покрыта сгусткомъ крови. Наружная оболочка аорты тутъ же немного изъязвлена. Желудокъ наполненъ свернувшейся кровью.

57) 25 февраля 1884 г. Пелагея Горюнова. — Сѣрое опеченѣніе нижней доли праваго легкаго, красное опеченѣніе верхней доли праваго и нижней доли лѣваго легкаго. Въ послѣдней небольшой бѣловатый узелъ (метастатическій?). Сердце нормально. Сильный артеріосклерозъ аорты. Въ пищеводѣ на 7 ст. выше кардіи замѣчается большая язва съ бугристымъ дномъ. Желудокъ значительно сокращенъ. Хроническій паренхиматозный нефритъ. Печень и селезенка гиперемированы. Брюшина неизмѣнена, блестяща. Рана въ брюшной стѣнкѣ (больной была сдѣлана гастротомія за 3 дня до смерти) совершенно чиста.

58) 26 июня 1884 г. Григорій Ивановъ. — Сильно истощенный трупъ. Легкія приращены мѣстами къ грудной клѣткѣ старыми перепонками. Легкія эмфизематозны, проходимы для воздуха, въ нижнихъ доляхъ нѣсколько отечны. Сильное жировое перерожденіе сердечной мышцы. Клапаны нормальны. Значительный артеріосклерозъ. Хроническій интерстиціальныи нефритъ обѣихъ почекъ. Развѣтіе соединительной ткани въ селезенкѣ; селезенка плотна, мала, капсула морщиниста. Печень мала, дрябла. Въ средней части пищевода находится суженіе и значительное изъязвленіе. Края язвы нѣсколько выдаются, дно ея покрыто распавшимися массами. Лимфатическія железы въ окружности увеличены. Желудокъ имѣетъ форму песочныхъ часовъ. Слизистая оболочка его и тонкихъ кишекъ пассивно гиперемирована.

59) 10 декабря 1880 г. Фридрихъ Тонскаръ. — Сильно истощенный трупъ. Гипостазъ нижней доли лѣваго легкаго. Верхнія доли обоихъ легкихъ нѣсколько отечны. Пищеводъ по всей средней части суженъ вслѣдствіе инфильтраціи его стѣнокъ, соотвѣтственно которой находится мелкобугристая язва, съ утолщенными краями. Желудокъ пустъ, сокращенъ.

60) 27 ноября 1879 г. Даніилъ Жуляевъ. — Пищеводъ на уровнѣ аортальной дуги представляетъ значительное расширеніе, на всемъ протяженіи котораго существуетъ значительное утолщеніе стѣнокъ. Последнія оказываются на разрѣзѣ пронизанными неровной величины буграми, изъязвленная поверхность которыхъ образуетъ обширную поясную язву пищевода. Бугры, составляющіе дно язвы, имѣютъ видъ довольно крутыхъ утесовъ, между которыми существуютъ довольно значительныя углубленія. Поверхность отдѣльныхъ бугровъ отчасти мелко-бугристая. Сами бугры проникаютъ черезъ всю толщю стѣнки пищевода, вызывая значительное истощеніе мышечнаго слоя и производятъ давленіе на смежную стѣнку трахеи, которая представляется нѣсколько выпяченною. Края язвы точно также сильно бугристы и рѣзко выпячены. Язва начинается на разстояніи 8 см. отъ начала пищевода и тянется на протяженіи тоже 8 см. Бронхіальныя железы увеличены сравнительно мало и притомъ только въ нѣкоторыхъ изъ нихъ замѣчается инфильтрація бѣлыхъ новообразованныхъ массъ.

На аортѣ атероматозныя бляшки. Въ правомъ бронхѣ замѣчается небольшое отверстіе сообщающееся съ язвою пищевода. Оно закупорено инороднымъ тѣломъ (кусокъ котлетки). Хроническая интерстиціальная пневмонія. Атрофія сердца, печени, почекъ.

Препараты были демонстрированы профессорамъ Н. П. *Ивановскому* и С. П. *Коломнину* и прозектору Калининскаго морскаго госпиталя приватъ-доценту Н. В. *Ускову*, которыхъ искренно благодарю за оказанное вниманіе и за ихъ совѣты и указанія.

Въ заключеніе, считаю своею обязанностью выразить признательность врачу *Лапиной-Крузенштернъ* за приведеніе въ порядокъ клиническаго матеріала и вообще за помощь, оказанную при производствѣ настоящей работы.



ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Въ симптомокомплексѣ злокачественнаго малокровія нѣтъ ни одного патогномоническаго признака.

2) Опуханіе селезенки составляетъ почти постоянное явленіе при катарральной желтухѣ.

3) Желтушное окрашиваніе при возвратной горячкѣ исчезаетъ несравненно быстрѣе, чѣмъ при катарральной желтухѣ.

4) Приступы рвоты при возвратной горячкѣ и при перемежной лихорадкѣ могутъ иногда быть отнесены къ явленіямъ центральнаго происхожденія.

5) Частыя колебанія температуры въ теченіи короткихъ промежутковъ времени довольно характерны для возвратной горячки въ сравненіи съ брюшнымъ и сыпнымъ тифомъ.

6) Пилокарпинъ принадлежитъ къ наиболѣе дѣйствительнымъ средствамъ при острой уреміи.

7) Введеніе добровольныхъ консультантовъ, регулярно посѣщающихъ больницы по соглашенію съ ординаторами, весьма желательно.

ОБЪЯСНЕНИЕ РИСУНКОВЪ,

СДѢЛАННЫХЪ Д-РОМЪ А. О. ДАННЕНБЕРГОМЪ.

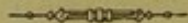
Рис. I. (преп. 1) а—каналъ, сообщающій пищеводъ съ аортою, в—верхніе края опухоли; с—нижніе бугры опухоли, вдающіеся въ желудокъ (d).

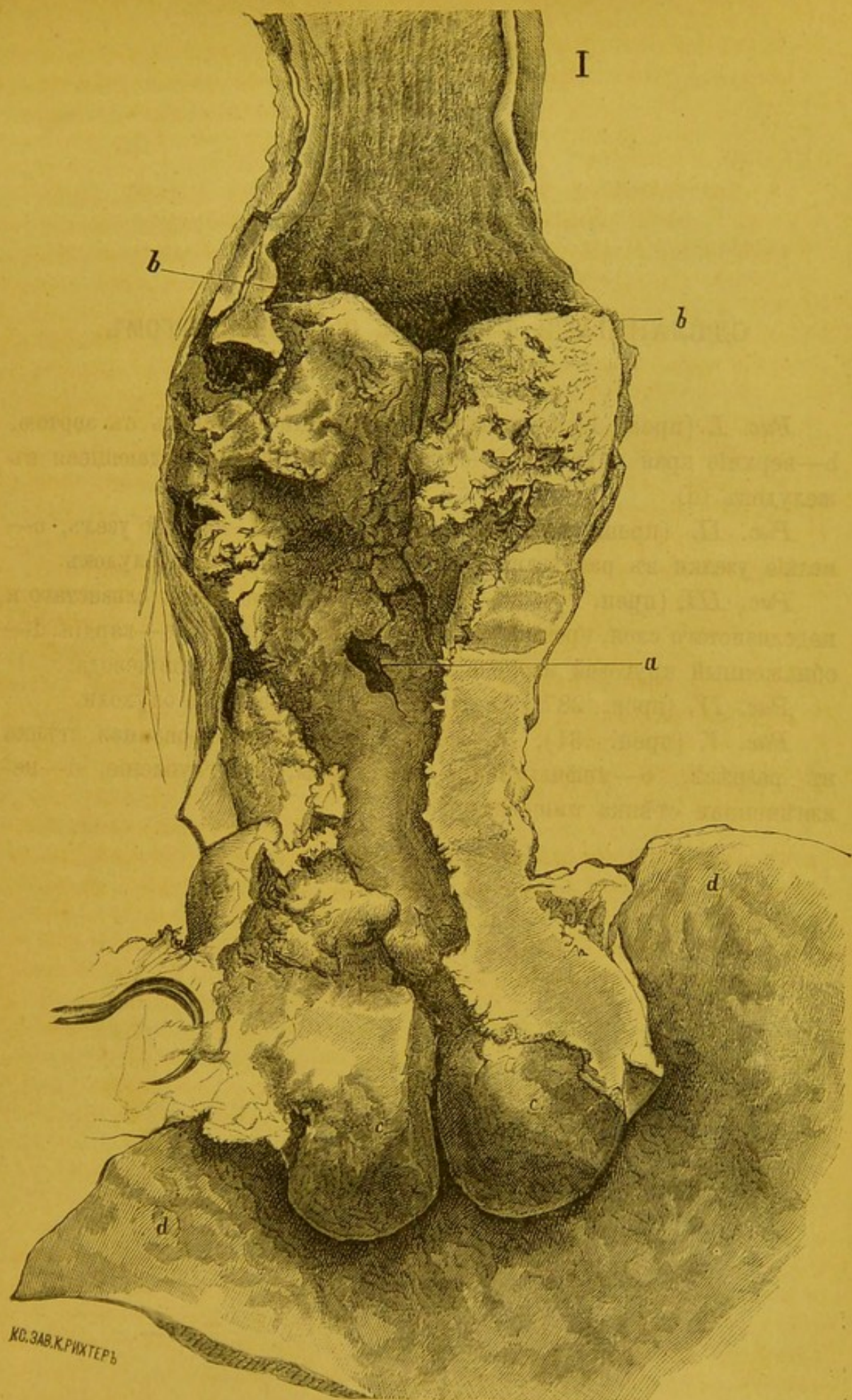
Рис. II. (преп. 14). а—верхній узелъ, в—нижній узелъ, с—мелкіе узелки въ разрѣзанной стѣнкѣ пищевода; d—желудокъ.

Рис. III. (преп. 10), а—инфильтрированныя массы слизистаго и подслизистаго слоя, проникающія до мышечнаго слоя в. с—кардія. d—обнаженный круговой мышечный слой на днѣ язвы пищевода.

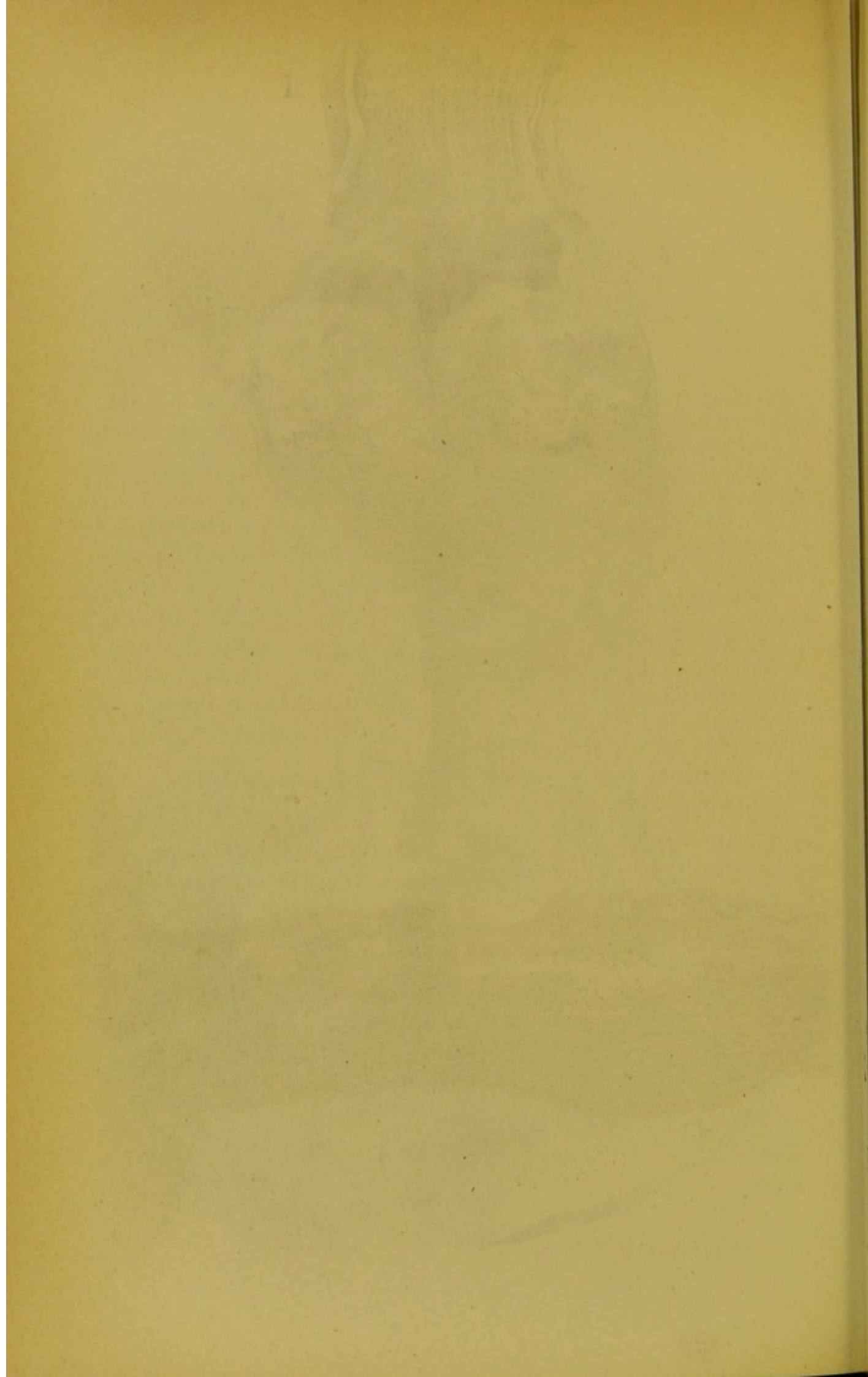
Рис. IV. (преп. 287, А—аорта, а—нижніе края опухоли.

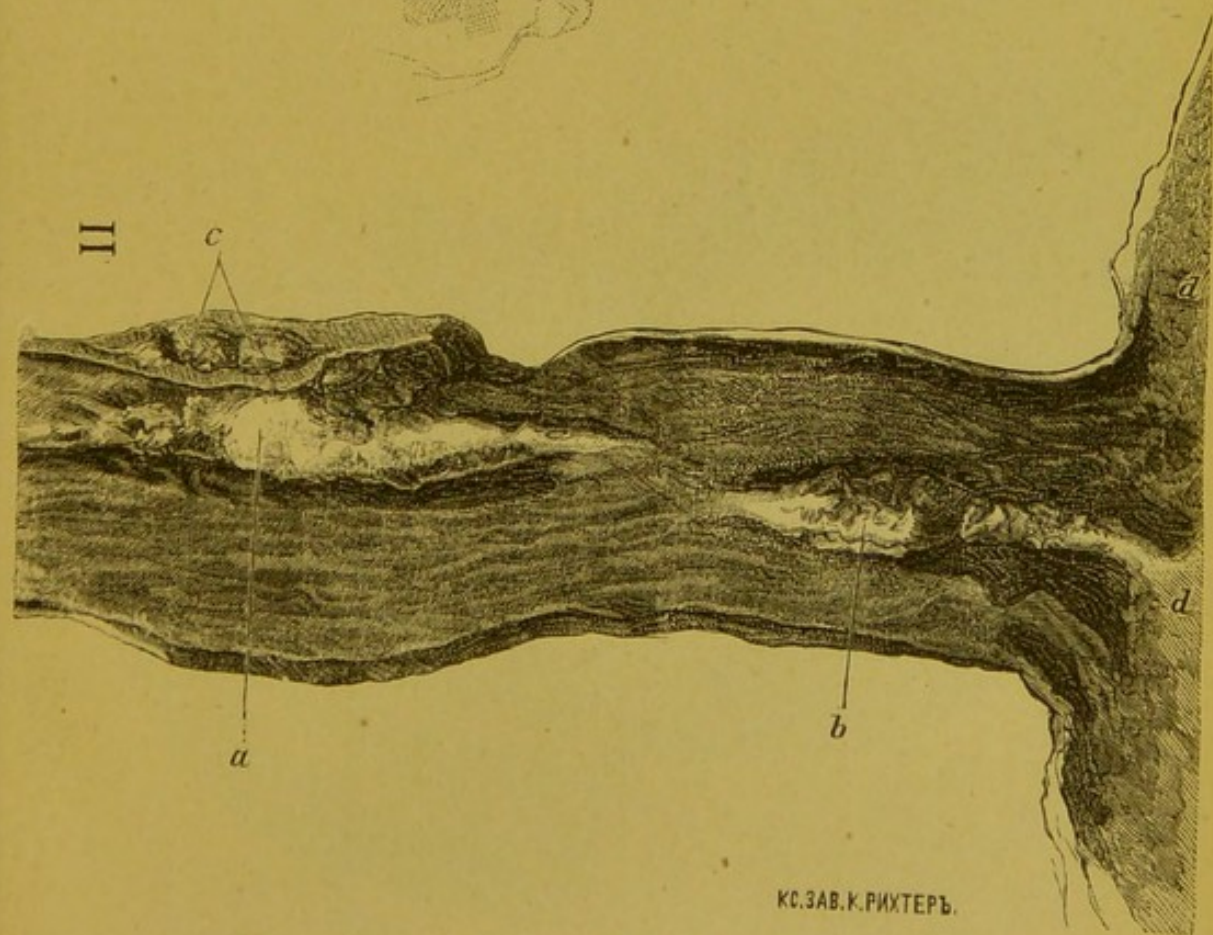
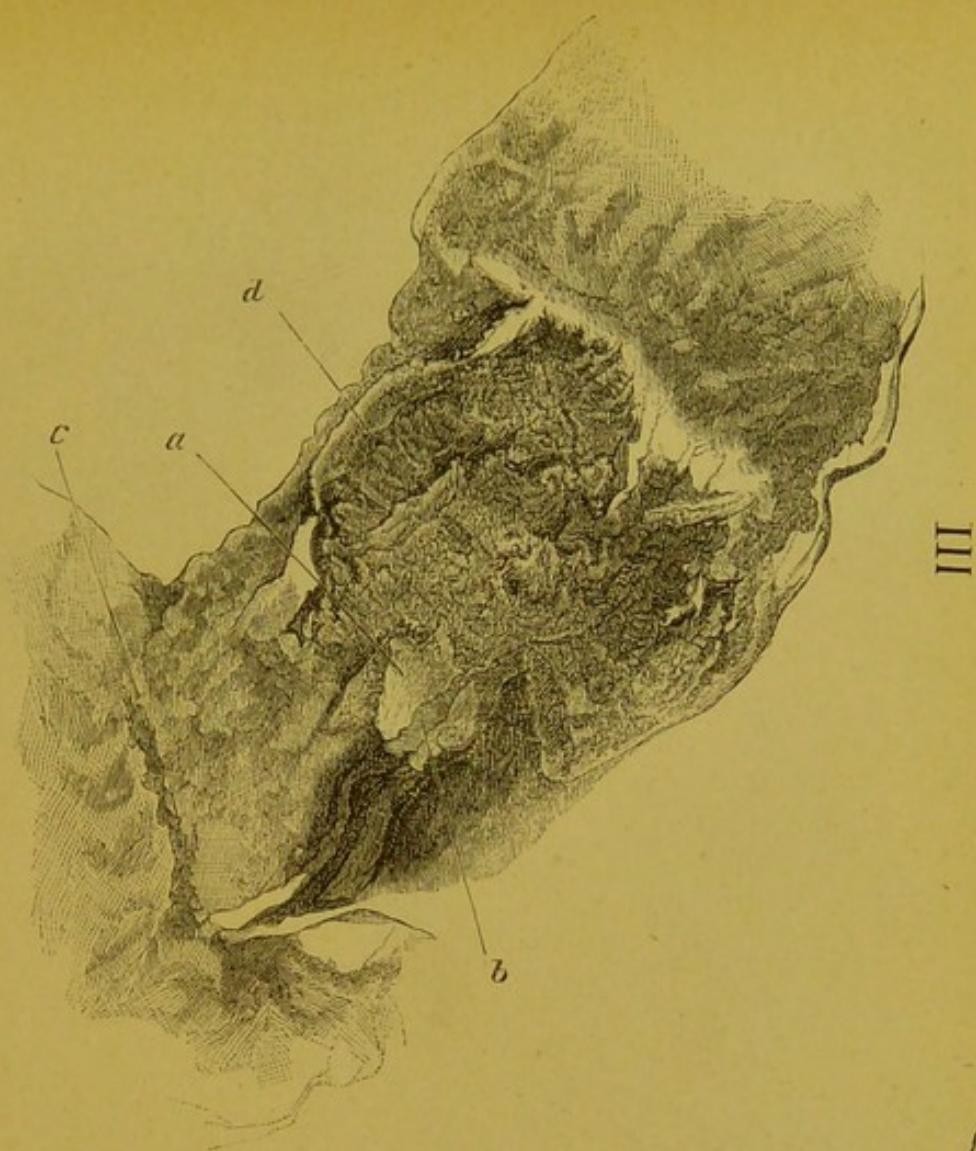
Рис. V. (преп. 31), А—аорта, а—инфильтрированная стѣнка въ разрѣзѣ, в—инфильтрація выше язвы, с—углубленіе, d—неизмѣненная стѣнка пищевода.





КО. ЗАВ. КРИТЕРЬ





КС. ЗАВ. К. РИХТЕРЪ.

