

КАЗУИСТИКА.

VI.

Изъ клиники профессора Н. Ф. Толочина, въ Харьковѣ.

Случай хилозной кисты брыжейки (*chylocystis myxomatosa mesenterii*).

Ординатора клиники

И. Гуревича.

Литература. Chyloangioma cavernosum *Weichselbaum* Virch. Arch. 64 p. 145, 1875 г. Essai sur le cystes du mesentere: *Collet*. These de Paris 1884. *Bramann* (Ueber chylocystea des Mesenteriums. Langenbeck's Arch. Bd. 35). *Killian* (Eine grosse retroperitoneale cyste mit chylus-artigem Inhalt. Berl. Klin. Wochenschr. 1886 г. № 25). *Eizmann* (Beiträge zur patalog. Anatomie des ductus thoracicus. Inaug.—Dissert. Basel, Реф. у *Killian*'а).

Küster (Einchirurgisches Tricanium. Berlin, 1882 г. Реф. у *Hahn*, Ueber Mesenterialcysten Berlin Klin. Wochenschrift 1887 г. № 23). *Hahn* въ своей работѣ о мезентеріальныхъ кистахъ упоминаеть случай *Milliard*'а—*Tillaux* кисты брыжейки.

Случай *Werth*'а (Arch. f. Gynäkologie Bd. 19, 1882), гдѣ при лапаратоміи была удалена киста брыжейки тощей кишки.

Случай хилозной кисты изъ Акушерско-гинекологической клиники Казанскаго университета Д-ра *И. В. Унженина* и приватъ-доцента *Н. В. Петрова*: «Къ вопросу о хилозныхъ ки-

стахъ» (Дневникъ Казанскаго общества врачей при Императорскомъ университетѣ № 7—8, 1888 г.).

H. Löhlein. Operation einer Mesenterialcyste..... (Berlin. Klin. Wochenschr. 1889 № 25). *Rubeska.* Случай успѣшнаго удаленія брыжеечной кисты (Centralbl. für Gynäkol. 1889 г. № 49).

Mesenterialcyste (Centralbl. für Gynäkol. 1890 г. № 14. Стр. 244).

Мною были пересмотрѣны всѣ исторіи болѣзней нашей клиники съ 1862 года по 1890, по не только млечной кисты, но вѣтъ ни одного случая, вообще, опухоли брыжейки.

Въ прошломъ семестрѣ въ Акушерско - Гинекологической Клиникѣ Императорскаго Харьковскаго Университета былъ случай килозной кисты брыжейки съ послѣдующимъ миксоматознымъ перерожденіемъ стѣнки. Такъ какъ подобнаго рода кисты принадлежатъ къ рѣдкимъ патологическимъ образованіямъ, развивающимся въ брыжейкѣ, то я полагаю, что подробное описаніе случая представить интересъ.

Больная М. И., крестьянка Харьковской губерніи, швея по профессіи. Поступила въ Акушерско-гинекологическую клинику Императорскаго Харьковскаго университета 22-го сентября 1890 года.

Изъ анамнеза выяснилось, что въ періодъ перваго дѣтства она была здоровымъ ребенкомъ. Съ трехъ лѣтъ она была взята теткой на воспитаніе, гдѣ съ ней обращались очень дурно. Пятилѣтнимъ ребенкомъ по неосторожности получила сильныя ожоги, слѣды которыхъ видны въ настоящее время. Стала вообще слабымъ и нервнымъ ребенкомъ, имѣла частыя головокруженія, страдала также золотухой. На восьмомъ году перенесла корь, десяти лѣтъ имѣла въ продолженіе семи мѣсяцевъ перемежающуюся лихорадку. Боли внизу живота у нашей больной начались съ двѣнадцати лѣтъ послѣ дефлораціи. На 15-мъ году появились первыя мѣсячныя, которыя длились недѣлю и сопровождались болью внизу живота. Черезъ 10 дней крови вновь повторились съ сильными болями, что продолжалось недѣлю; больная слегла въ постель и пролежала три съ половиною мѣсяца. Лѣчилась у бабокъ, которыя правили ей животъ и производили надъ больной всевозможныя манипуляціи въ продолженіе двухъ мѣсяцевъ, пока наконецъ была позвана акушерка, признавшая у нея воспаленіе обоихъ яичниковъ (?). Потомъ мѣсячныя проходили неправильно и

съ болью. На 16-мъ году больная впервые замѣтила у себя подъ ложечкой опухоль, болѣзненную при надавливаніи, постепенно увеличивавшуюся и начавшую ее беспокоить; временами боли настолько обострялись, что больная вынуждена была оставаться въ постели по нѣсколько дней; при раздраженіи, волненіи и поднятіи тяжести появлялись сильныя боли. которыя больная характеризуетъ такъ: «будто что схватить руками и сожметъ». Лѣтомъ 1888 года больная поступила въ Городскую Александровскую больницу, гдѣ у нея нашли острый метритъ и периметритъ. Вышла изъ больницы черезъ пять мѣсяцевъ, чувствуя себя слабою, съ болями внизу живота. Въ первыхъ числахъ января 1890 года И. лѣчилась у знахаря. Въ первыхъ числахъ феврала больная сильно ушиблась при паденіи на мостовой и безъ чувствъ была привезена домой. Она чувствовала сильную боль въ поясницѣ, цѣлую недѣлю вынуждена была пролежать въ постели. Мочетдѣленіе задержалось на сутки. Съ этого времени больная замѣтила, что животъ сталъ значительно увеличиваться, особенно въ послѣднее время.

Отецъ И. умеръ 60-ти лѣтъ, страдалъ ломотой въ костяхъ и какой-то сыпью и язвами на рукахъ и ногахъ. Мать жива, страдаетъ глухотой и паховой грыжей. Старшій братъ и сестра больны той же болѣзней, что и отецъ. Младшій братъ, 12-ти-лѣтній мальчикъ, страдаетъ головнымъ болями, глухотой и истеченіемъ гноя изъ ушей.

Объективное изслѣдованіе, произведенное при поступленіи больной въ клинику, показало, что ростъ ея средній (134 сант.), вѣсиль 150 ф., habitus gracilis, цвѣтъ кожи блѣдножелтый. In regione axillari dextra, — mesogastro dextro et in regione femorali dextra находятся тонкіе трабекулярные рубцы — слѣды бывшихъ ожоговъ. Подкожная жирная клѣтчатка и мышечный слой слабо развиты. Скелеть правильно сформированъ, только тазъ общесъуженный; Dist. sp. 23 снтм. Dist. Crist. 25 снтм. Dist. troch. 27 снтм. Conjug. externa 17 снтм. Животъ значительно увеличенъ: окружность его на уровнѣ прос. ensiformis 86 снтм., на уровнѣ пупка 87 снтм., на три поперечныхъ пальца ниже пупка 85 снтм. Разстояніе отъ процес. ensiformis до лобка 34 снтм., а отъ процес. ensiform. до пупка 17 снтм. и столько же отъ пупка до лобка. Пупокъ сглаженъ. При перкусіи обнаружилось, что почти по всей по-

верхности живота получается равномерно тупой тонъ. Тимпаническій тонъ оказался только на мѣстѣ желудка отгѣсненнаго кверху, и на мѣстахъ *colonis ascendentis* и *col. descendentis*, отгѣсненныхъ кзади. При поворачиваніи больной влѣво исчезалъ тимпаническій звукъ *col. descendentis*, а при поворачиваніи больной направо исчезалъ такой же тонъ *col. ascendentis*. При аускультации живота не слышно было ни сердцебіенія, ни маточнаго шума. При ощупываніи живота оказалась сильная болѣзненность въ правой сторонѣ, при чемъ брюшныя стѣнки были настолько напряжены, что черезъ нихъ нельзя было прощупать ни объема, ни контуровъ опухоли, ни связи ея съ другими органами, вслѣдствіе чего больная была предварительно захлороформирована, тогда возможно было прощупать округленную опухоль съ гладкой поверхностью, эластической консистенціи, величиною болѣе головы взрослога человѣка. Опухоль лежитъ больше вправо, занимаетъ брюшную полость и опускается въ большой тазъ. Ни съ печенью, ни съ селезенкой она связи не имѣетъ. Исключить же связь опухоли съ маткой и яичниками не удалось. Температура 38,2, пульсъ 66, дыханіе 24. Тоны сердца чисты. При осмотрѣ наружныхъ половыхъ органовъ найдено, что большія губы нормально развиты, а малыя слегка выдаются изъ-за большихъ. Клиторгъ правильно развитъ. Наружное отверстіе мочевого канала нѣсколько смѣщено кзади. Остатки *hymen'a* хорошо сохранились. При внутреннемъ изслѣдованіи оказалось, что влагалищная часть матки укорочена, матка въ состояніи *anteflexio et retropositio*. Своды не податливы и болѣзнены. Матка неподвижна. Яичники не прощупываются. Моча слабокислой реакціи уд. вѣс. 1017. Содержитъ много уратовъ; бѣлка и сахара нѣтъ. Значительное увеличеніе живота могло зависѣть: отъ беременности, асцита или отъ какой-либо опухоли въ брюшной полости. Что касается беременности, то не только нормальной, но и внѣматочной признать нельзя было по отсутствію данныхъ, характеризующихъ подобное состояніе. Нельзя было также признать въ данномъ случаѣ увеличеніа живота вслѣдствіе водянки, ибо тогда увеличеніе имѣло бы другую форму, флюктуация при такомъ асцитѣ была бы ясно выражена. Тимпаническій тонъ кишекъ перемѣщался бы при перемѣнѣ положенія больной, вслѣдствіе всплыванія наверхъ раздутыхъ газами кишекъ. Исключивъ асцитъ, остается признать у нашей больной присутствіе какой-то опухоли, лежащей въ брюшной

полости и спускающейся въ тазъ,—опухоли округленной формы, съ гладкой поверхностью, эластической консистенціи, величиною болѣе головы взрослога человѣка, не имѣющей связи ни съ печенью, ни съ селезенкой, связи же опухоли съ яичниками исключить не удалось, вслѣдствіе чего и было высказано предположеніе о существованіи кисты яичника. Такъ какъ притупленный тонъ на животѣ переходилъ замѣтно границы опухоли и при изслѣдованіи черезъ влагалище былъ констатированъ *perimetritis chronica*, то было сдѣлано предположеніе, что въ полости живота кромѣ опухоли находится нѣкоторое количество свободной жидкости, какъ продуктъ хроническаго воспаленія брюшины. Вообще, на основаніи данныхъ, полученныхъ при изслѣдованіи больной, не былъ точно опредѣленъ ни характеръ новообразованія, ни мѣсто его происхожденія, а былъ поставленъ клиническій діагнозъ: *Tumor abdominis; perimetritis et peritonitis chronica*. Нѣтъ сомнѣнія, что распознаваніе опухолей брюшной полости представляетъ одну изъ наиболѣе трудныхъ задачъ хирургической діагностики. Не смотря на успѣхи современной хирургіи наши свѣдѣнія о патологіи брюшной области еще настолько шатки, что возможны ошибки при дифференціальномъ распознаваніи различныхъ новообразованій.

Если принять во вниманіе исходные пункты, могущіе быть для кистовидныхъ образованій въ одной надчревной области—поджелудочная железа, брюшная аорта, жировая ткань сальника, забрюшинныя и брыжеечныя лимфатическія железы, печень и наконецъ водяночное скопленіе въ полости *bursae omentalis*, то станетъ понятнымъ вся трудность дифференціального діагноза; если мы прибавимъ, что вслѣдствіе хроническаго перитонита и периметрита нельзя было ни точно прощупать органовъ, расположенныхъ въ тазу, ни исключить связи опухоли съ яичниками и вдобавокъ большую рѣдкость занимающаго насъ новообразованія, то станетъ яснымъ, почему не былъ установленъ точный діагнозъ. Выбрать же все существенное, могущее служить для распознаванія килозныхъ кистъ, и начертить на основаніи нашего случая картину болѣзни, которая характеризовала бы подобнаго рода кисты, невозможно. Изъ вышеприведенныхъ литературныхъ данныхъ видно, что точный діагнозъ млечныхъ кистъ былъ установленъ или послѣ операціи, или на секціонномъ столѣ. При чемъ кисты эти встрѣчаются какъ у мужчинъ, такъ и у жен-

щипъ, одинаково рѣдко. Что касается возраста, то онѣ были наблюдаемы какъ у молодыхъ, такъ и у старыхъ женщинъ.

Въ работѣ Ю. Трейбера (Къ діагностикѣ и терапіи кистъ поджелудочной железы) высказано, что для отличія млечной кисты отъ панкреатической слѣдуетъ предварительно сдѣлать пробный проколъ троакаромъ и изслѣдовать подъ микроскопомъ содержимое кисты. Но примѣненіе пробной пункции чрезъ стѣнки живота съ діагностической цѣлью мы не считаемъ безопаснымъ, и въ нашей клиникѣ съ цѣлью распознаванія она рѣдко употребляется.

Полученное чрезъ проколъ содержимое кисты поджелудочной железы обыкновенно щелочной или нейтральной реакціи, богато бѣлкомъ. Отъ прибавленія уксусной кислоты наблюдается шипѣніе съ развитіемъ пузырьковъ газа. Въ большинствѣ случаевъ это содержимое представляетъ нѣкоторыя изъ свойствъ панкреатическаго сока, чаще всего способность переваривать крахмалъ въ сахаръ и эмульсировать жиры.

При микроскопическомъ изслѣдованіи были находимы эпителиальные элементы въ видѣ цилиндрическаго эпителия въ разныхъ стадіяхъ регрессивнаго метаморфоза и форменные элементы крови.

Въ млечныхъ кистахъ отсутствуютъ эпителиальные элементы въ содержимомъ, такъ какъ внутренность мѣшка не выстлана эпителиемъ и, развиваясь въ такомъ подвижномъ органѣ, какъ брыжейка, они сами характеризуются сравнительно большей подвижностью какъ сверху внизъ, такъ и особенно справа налево и обратно.

Кисты, развивающіяся въ большомъ сальникѣ, отличаются своей множественностью, поэтому опухоль при ощупываніи представляется неровной, хотя далеко не всегда, такъ что одиночныя сальниковыя кисты составляютъ рѣдкое исключеніе. Содержимое такихъ кистъ отличается отсутствіемъ эпителия. Что касается дифференцированія хилозной кисты отъ наблюдавшейся въ высшей степени рѣдко водянки *Bursae omentalis* при закрытіи *Foraminis Vinslowii*, то здѣсь пригодны одни только результаты изслѣдованія содержимаго послѣ пробнаго прокола. Млечную кисту смѣшивали съ эхинококкомъ печени, хотя для распознаванія послѣдняго существуетъ много признаковъ. Эхинококкъ печени растетъ медленно и безъ особеннаго обремененія для больнаго: находясь въ непосредственной связи съ печенью, онъ даетъ при перкуссіи тупой звукъ, не-

посредственно переходящей въ тупость печени. Кромѣ выble-
 нія опухоли иногда замѣчается особенное дрожаніе, извѣстное
 подъ именемъ *Fremissement hydatique*. Дальнѣйшимъ отличіемъ
 можетъ служить химическое и микроскопическое изслѣдованіе
 жидкости полученной пробнымъ проколомъ. Если жидкость
 свѣтла, не содержитъ бѣлковъ и богата поваренной солью,
 если въ ней находятъ янтарную кислоту, то діагнозъ эхино-
 кокка несомнѣненъ, хотя бы подъ микроскопомъ нельзя было
 найти характернаго вида крючковъ. Когда опухоль выполняетъ
 почти всю брюшную полость, достигая, съ одной стороны, над-
 чревя, а съ другой, полости большого таза, то является возможность
 принимать ее за кисту, исходящую изъ женской половой сферы,
 чаще кисту яичника. Особенно это легко возможно тогда,
 когда существуетъ периметритъ, не дающій возможности про-
 щупать яичниковъ, а слѣдовательно и исключить связь ихъ
 съ опухолью, что имѣло мѣсто въ нашемъ случаѣ. При такихъ
 условіяхъ важно опредѣлить направленіе роста кисты: ова-
 ріальныя кисты растутъ снизу вверхъ и, подымаясь выше, онѣ
 оттѣсняють желудокъ и *col. transversum* кзади. При овариаль-
 ныхъ кистахъ мы часто находимъ измѣненіе мѣсячныхъ
 по типу, качеству и количеству и уклоненіе отъ нормальнаго
 положенія и подвижности матки, что было и у нашей больной,
 хотя это зависѣло отъ другихъ причинъ, именно отъ хрониче-
 ского воспаленія въ полости таза.

Объектомъ для дифференціального діагноза могутъ быть ки-
 стовидныя опухоли почекъ, преимущественно гидронефрозъ и
 эхинококкъ. Для опухолей почки характерно отношеніе ихъ къ
 толстымъ кишкамъ, которыя смѣщаются къ средней линіи, при
 чемъ восходящая ободочная кишка помѣщается у периферіи
 опухоли, а нисходящая обыкновенно перекрещивается съ пе-
 редней поверхностью лѣвой почки. Подспорьемъ для распозна-
 ванія можетъ служить тщательное изслѣдованіе мочи, которое
 въ такихъ случаяхъ содержитъ бѣлокъ, гной, кровь и эпите-
 лій, а *рѣшающее значеніе* опять таки имѣетъ пробный проколь
 троакаромъ.

Во время пребыванія больной въ клиникѣ до операціи въ
 продолженіе 19 дней, температура по вечерамъ рѣдко 37,4, а
 большей частью выше 38, а по утрамъ ниже 37. Пульсъ
 70 — 80 ударовъ въ мин. утромъ и 78 — 96 вечеромъ. Ды-
 ханіе 16—20 въ мин. Боли въ животѣ держались все время.
 Самочувствіе больной удовлетворительное. Къ операціи больную

подготавливали два дня, кишечникъ былъ освобожденъ отъ содержимаго и назначенъ былъ опій въ порошкахъ съ висмутомъ.

Съ согласія больной, 12-го октября ей была произведена laparotomia съ цѣлью удалить опухоль. Къ операциі было приступлено съ строгимъ соблюденіемъ всѣхъ асептическихъ и антисептическихъ предосторожностей.

Когда больная была захлороформирована, проф. *Н. Ф. Голочиннымъ* былъ произведенъ разрѣзъ черезъ брюшные покровы по linea alba на протяженіи десяти смт., разрѣзъ прошелъ черезъ кожу, подкожную клѣтчатку, фасціи и субперитонеальную клѣтчатку до брюшины, складка которой была захвачена двумя зубчатыми пинцетами и надрѣзана скальпелемъ, потомъ разрѣзъ продолжили ножницами. При разрѣзѣ брюшины вылилось небольшое количество свѣтло-желтой жидкости, что и подтвердило заранѣе констатированное присутствіе свободного экссудата въ брюшной полости. Глазамъ представилась цѣлая стѣ сращеній интенсивно краснаго цвѣта, шедшихъ отъ пристѣнной брюшины къ опухоли. Отдѣливъ эти сращенія отъ подлежащей опухоли, въ послѣднюю проникли троакаромъ, черезъ который содержимое кисты было выпущено въ заранѣе приготовленный сосудъ.

Послѣ этого приступлено было къ удаленію самой опухоли, которая оказалась сращенной съ сальникомъ, петлями кишекъ и тазовой брюшиною, а ножка толщиною въ большой палецъ шла къ брыжейкѣ тощей кишки. Связи опухоли съ яичниками, маткой и фаллопиевыми трубами не было. Сращенія были перерѣзаны послѣ предварительнаго наложенія лигатуръ. На выше упомянутую ножку опухоли наложены были двѣ отдѣльныя лигатуры и одна общая, послѣ чего опухоль была отрѣзана отъ ножки, изъ разрѣза послѣдней отдѣлялась молочнаго цвѣта жидкость, которая при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась состоящей изъ большого количества жировыхъ капелекъ, лимфoidныхъ клѣтокъ и кое-гдѣ въ полѣ микроскопа видны были красные кровяные шарики. Ножку прижгли паке-леномъ. Рана была осушена губками и зашита, сначала—брюшина шелкомъ, послѣ брюшныя стѣнки металлическими швами. Наложена была антисептическая повязка.

Вечеромъ въ день операциі темпер. нормальная. Пульсъ 102. Отъ сильной боли въ животѣ, на которую больная жаловалась, ей былъ выпрыснутъ подъ кожу морфій. Ночь больная провела

безъ сна. Къ утру боли ослабли, самочувствіе улучшилось. Мочеотдѣленіе нормальное, темпер. утромъ 37,7, вечеромъ 37,8. Пульсъ 78—96. Кашель съ небольшимъ отдѣленіемъ зеленовато-гнойнаго секрета, изслѣдованіе на коховскія бациллы дало отрицательный результатъ. Больной назначенъ былъ pulv. expe-ctorans. Первые семь дней послѣ операціи самочувствіе больной улучшалось со дня на день. Боли мало-по-малу утихли, стали появляться аппетитъ, все время температура держалась 37—37,8. Пульсъ слабый 96, 100—120 въ минуту.

На восьмой день послѣ операціи больная почувствовала себя хуже: появилась сильная боль въ животѣ, кашель усилился. Температура 36,8 утромъ и 37,8 вечеромъ. Пульсъ 94—86. Дыханіе 20. На 9 й день больной стало еще хуже. Животъ вздулся. Языкъ сухой. Сильная жажда. Боли въ животѣ усилились. Пульсъ слабый замедленный. Температура 38,2 утромъ и 38,6 вечеромъ.

Утромъ 21-го октября на 10-й день post laparatomiam неожиданно наступилъ коллапсъ, выразившійся появленіемъ холоднаго пота, нитевиднаго едва сосчитывавшагося пульса. Больная умерла при полномъ сознаніи въ четыре часа дня.

Патолого-анатомическое изслѣдованіе опухоли сдѣлано какъ мною, такъ и въ кабинетѣ патологической анатоміи профессора *В. П. Крылова*, студентомъ *Ермаковымъ*, работа котораго будетъ напечатана въ «Школьной Хроникѣ» проф. *В. П. Крылова*, 1891 года.

Удаленное новообразованіе оказывается кистовидною опухолью величиною болѣе головы взрослого человѣка. Стѣнки толщиною отъ $\frac{1}{4}$ до 3 снтм., въ высшей степени рыхлыя и отъ незначительнаго напряженія разрываются. Наружная поверхность кисты представляется бугристой съ утолщеніями стѣнки въ видѣ плоскихъ узловъ величиною въ голубиное яйцо, желтаго и темнокраснаго цвѣта, что по всей вѣроятности обусловливается различнымъ содержаніемъ сосудовъ въ узлахъ. На наружной поверхности опухоли видны также остатки разрыванныхъ и разорванныхъ сращеній, посредствомъ которыхъ она была соединена съ окружающими частями.

Внутренняя поверхность кисты гладкая на подобіе серозной оболочки, соотвѣтственно узламъ въ стѣнкѣ то янтарно-желтая, то вишнево-красная, то ржаво-бурая. Красные и желтые узлы вмѣстѣ съ геморрагическими гнѣздами представляютъ одно и то же образованіе, только въ различныхъ періодахъ развитія.

Содержимое кисты жидкое, цвѣтомъ похожее на гной къ которому прибавлено немного крови; количество содержамаго 4,500 куб. сант.; подъ микроскопомъ присутствія гноя не обнаружено, а все поле зрѣнія было усѣяно красными кровяными шариками различной фѳормы, взвѣшенными въ серозной жидкости съ мелкими клочковатыми и сѣтчатыми фибринозными свертками. Эпителіальныхъ клѣтокъ обнаружено не было. Исслѣдованіе жидкости на микроорганизмы съ соблюденіемъ надлежащихъ предосторожностей дало отрицательный результатъ.

На свѣже приготовленныхъ препаратахъ изъ стѣнки опухоли видны были соединительно-тканые элементы на различныхъ стадіяхъ дифференцірованія: круглые, вытянутые, веретенообразные и звѣздчатые. Какъ въ красныхъ узлахъ, такъ и, вообще, въ стѣнкахъ опухоли, находится громадное количество новообразованныхъ сосудовъ, стѣнки которыхъ претерпѣли гіалиновое перерожденіе.

На уплотненныхъ препаратахъ изъ краснаго узла, окрашенныхъ пикрокарминомъ и метиленовой синькой, или эозиномъ или гематоксилиномъ, видны расширенныя сосуды, имѣющіе только эндотеліальный слой, мышечныхъ образованій нѣтъ, а наружный слой переходитъ безъ рѣзкой границы въ окружающую ткань, состоящую изъ звѣздчатыхъ клѣточныхъ элементовъ, расположенныхъ на значительномъ разстояніи другъ отъ друга и анастомозирующихъ между собой своими отростками.

Въ другихъ частяхъ препараты встрѣчаются мѣстами съ большимъ количествомъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, которые почти всюду неравномѣрно инфильтрируютъ ткань, состоящую преимущественно изъ капилляровъ, мѣстами проходимыхъ для крови, мѣстами же представляющихся въ видѣ ангиопластическихъ отростковъ не канализированныхъ. Кромѣ этихъ капилляровъ, ткань состоитъ изъ круглыхъ слегка вытянутыхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ. Рядомъ съ круглыми клѣтками находятся очень маленькія клѣтки, интенсивно окрашивающіяся въ синій цвѣтъ, которыя повидимому представляютъ собой лимфоидные элементы.

Въ препаратахъ изъ желтыхъ узловъ слизистая ткань состоитъ изъ звѣздчатыхъ клѣтокъ съ склерозированными отростками. Мѣстами находится много красныхъ кровяныхъ шариковъ, инфильтрирующихъ самую ткань, то равномѣрно, то представляя кровоизліаніе въ различныхъ стадіяхъ обратнаго развитія.

Въ нѣкоторыхъ препаратахъ видна широкопетлистая ткань

изъ короткихъ веретенообразныхъ клѣточныхъ элементовъ темно-желтаго цвѣта съ плохоокрашивающимися ядрами; эта ткань инфильтрирована мелкими круглыми лимфоидными клѣтками, хорошо воспринимающими ядерную окраску.

Такимъ образомъ по характеру элементовъ, входящихъ въ составъ этого новообразования, по ихъ распредѣленію, по формѣ и строенію мы имѣемъ соединительно-тканное кистовидное новообразование, стѣнки котораго подверглись слизистому и гліановому перерожденію съ послѣдующимъ размягченіемъ. Этому метаморфозу предшествуетъ воспаленіе, распиреніе сосудовъ и сопутствуетъ геморрагія. Судя по мѣсту происхожденія ножки кисты, по жидкости молочнаго цвѣта, выдѣлившейся изъ мѣста разрѣза ножки и оказавшейся при изслѣдованіи подъ микроскопомъ хилусомъ; по присутствію лимфоидныхъ клѣтокъ въ препаратахъ изъ самой стѣнки опухоли, можно сказать, что передъ нами *chylo-cystis mucomatosa mesenterii*. Разбираясь въ вышеупомянутыхъ литературныхъ данныхъ, мы приходимъ къ заключенію, что хилозные кисты могутъ происходить какъ отъ кистовиднаго растяженія *ducti thoracici* (*Killian, Eizmann*) или — *cysternae chyli* (*Bramann*), такъ и отъ растяженія и расширенія лимфатическихъ брыжеечныхъ железъ вслѣдствіе застоя лимфы (*Millard-Tilleaux, Werth, Rokitanski*). Въ нашемъ случаѣ развитіе кисты вѣроятно же всего произошло отъ послѣдней причины.

При аутопсіи, произведенной профессоромъ В. П. Крыловымъ 22-го ноября 1891 года, оказалось слѣдующее: мягкая мозговая оболочка отечна и венозно-гиперемирована. Правый желудочекъ сердца незначительно расширенъ. Аорта при корнѣ расширена, далѣе узка и тонкостѣнна. Селезенка длиною въ 20 снтм., шириною болѣе 10 снтм., въ разрѣзѣ мягкой консистенціи темно-краснаго цвѣта съ многочисленными сѣрыми узелками величиною до просянаго зерна.

Печень увеличена въ объемѣ, плотно-зерниста, зеленовато-коричневаго цвѣта. Въ полости *peritoneum* преимущественно въ чресленныхъ впадинахъ находится большое количество жидкаго грязновато-сѣраго гноевиднаго эксудата.

Петли кишекъ мѣстами склеены съ салникомъ, нижній край котораго частью въ видѣ перемычекъ, частью въ видѣ сплошныхъ листковъ сращенъ съ передней брюшной стѣнкой въ окружности раны и тазовыми внутренностями. Брыжеечныя железы увеличены въ объемѣ, мозговидной консистенціи, тем-

ис-краснаго цвѣта. Отъ восходящей части толстой кишки къ корню брыжейки тянется мясистая перемычка, аспидно-пигментирована, подъ которую подходят нижнія петли подвздошной кишки, располагаются впереди и вправо отъ этой перемычки и умѣренно вздуты газами. Среднія петли подвздошной кишки сокращены, сжаты и покрыты петлями тощей кишки, между которыми на кишечномъ краѣ брыжейки находятся частью рыхлые, похожіе на кровяные свертки, частью черновато-краснаго цвѣта узлы, плотно приросшіе къ брыжейкѣ, въ центрѣ обезцвѣченные и превращенные въ желтовато-грязную легко разрывающуюся массу. Узлы эти мѣстами представляютъ лигатуры, рыхлы и издають особый гангренозный запахъ. Слизистая оболочка подвздошной кишки по всему протяженію усѣяна увеличенными солитарными железами въ видѣ плотныхъ сѣрыхъ узелковъ до просянаго зерна величиною.

Слизистая оболочка ободочной кишки отъ начала ascendens до rectum на всемъ протяженіи бородавчата, съ неправильными складками, плотно приращена къ подлежащимъ слоямъ и почти неподвижна надъ ними. Въ верхнемъ концѣ rectum слизистая оболочка имѣетъ рубцы аспиднаго цвѣта величиною до вишневой косточки и два свищевыхъ хода толщиною въ куриное перо каждый. Тазовыя внутренности всѣ между собой сращены до уровня послѣдняго поясничнаго позвонка. По отдѣленіи ихъ ножемъ отъ тазовыхъ костей замѣчается надъ маткой узловатая опухоль, лѣвая половина которой имѣетъ величину куринаго яйца пепельнаго цвѣта, покрыта брюшиною; правая половина имѣетъ форму плоскаго сильно пигментированнаго узла, на наружно-задней поверхности котораго находится чернопигментированный свищевой ходъ, идущій въ полость между маткой и верхней частью rectum. Полость эта неправильной формы, окружена плотной рубцовой тканью. Содержитъ густой тягучій зеленоватый гной. Въ эту полость открываются: два выше упомянутыхъ свищевыхъ хода изъ rectum, кистовидно-расширенная правая фаллопиева труба, зарощенная въ маточномъ концѣ, и многокамерная киста, находящаяся на мѣстѣ лѣвой фаллопиевой трубы, представляющая лѣвую половину упомянутой опухоли.

Матка зарощена въ плотной рубцовой ткани, низдавлена и перегнута клереди, полость ея слегка расширена. Слизистая оболочка матки нормальна. Почки нормальны, пузырь расширенъ и плотно приращенъ къ маткѣ.

Пользуясь данными аутопсії можно предположить, что развитію кисты брыжейки благопріятствовали: застойная и увеличенная селезенка, цирротически увеличенная печень, гипертрофія всѣхъ лимфатическихъ железъ и относительная узость аорты въ томъ отношеніи, что всѣ эти условія препятствовали правильному кровообращенію.

Вскрытіе выяснило, что перитонитъ, который развился незадолго передъ смертью зависѣлъ отъ ущемленія петли подвздошной кишки. Не смотря на то, что во время операціи были перерѣзаны всѣ перемычки, которыя шли отъ опухоли къ окружающимъ частямъ, однако при вскрытіи оказалось, что отъ восходящей части толстой кишки къ корню брыжейки шла мясистая перемычка, аспидно пигментированная, которая не попадалась на глаза во время операціи. Эта перемычка во время существованія опухоли, вѣроятно, такъ была натянута, что не причиняла никакихъ разстройствъ, когда же опухоль была удалена перемычка сдѣлалась болѣе свободной, подъ нее попали петли подвздошной кишки и явилось ущемленіе кишечника съ послѣдующимъ перитонитомъ.

VI.

Случай врожденнаго уродства плода.

И. М. Львова.

Частнаго преподавателя акушерства и женскихъ болѣзней при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

(Сообщено въ Засѣданіи Общества Врачей въ Казани 19-го февраля 1891 года. Съ демонстраціей урода).

М. г.! Въ 1888 году, демонстрируя въ здѣшнемъ Обществѣ Врачей случай *анесерphaliae* ¹⁾, я высказалъ положеніе, что всѣ случаи врожденныхъ уродствъ, въ особенности, измѣняющихъ наружный видъ рожденнаго плода, должны опубликовываться, въ силу, главнымъ образомъ, ихъ общественнаго значенія. Я тогда же указалъ на то явленіе, что рожденіе уродовъ женщиной, живущей гдѣ-либо въ глуши, въ деревнѣ,

¹⁾ Дневникъ Казанскаго Общества Врачей, 1888 г., № 15—18.