

## Къ казуистикѣ мультилокулярнаго эхинококка печени \*).

Д-ръ Г. Г. Вульфiусь.

*М. Т.*

Позвольте предложить вашему вниманiю препаратъ многокамернаго или мультилокулярнаго эхинококка печени, наблюдавшагося въ мѣстной Александр. Больницѣ въ ноябрѣ мѣс. прошлаго 1908 года. Хотя альвеолярный эхинококкъ, на основанiи повѣвшихъ наблюденiй и не является исключительной рѣдкостью, а въ Казани встрѣчается даже сравнительно часто (патолого-анатомическiй музей насчитываетъ около трехъ десятковъ подобныхъ препаратовъ), данный случай представляетъ на нашъ взглядъ особый интересъ какъ по клиническому теченiю, такъ и въ патолого-анатомическомъ отношенiи.

Въ виду того, что клиническiй діагнозъ даннаго страданiя является въ высшей степени труднымъ, а подчасъ и совершенно невозможнымъ и принимая во вниманiе, что иногда даже на секционномъ столѣ разбираемое пораженiе печени не всегда обнаруживаетъ своей истинной природы и нерѣдко смѣшивается съ другими процессами, напр. гнойниками печени, мнѣ думается, что эта форма эхинококка встрѣчается быть можетъ не такъ рѣдко, по крайней мѣрѣ, въ нѣкот. мѣстностяхъ.

Альвеолярный эхинококкъ давно уже извѣстенъ, какъ клиницистамъ, такъ и патолого-анатомамъ и описывался какъ альвеолярный коллоидъ Вилъемъ (1852 годъ), коллоидный ракъ Luschka (1852), карцинома съ обратнымъ развитiемъ W. Meyer'омъ (1854), студенистый ракъ Бетхеромъ (1858 г. Дерптъ) и т. д. Истинную природу этого страданiя точно установилъ Вирховъ въ 1856 году

---

\*) Доложено въ засѣданiи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ университетѣ 26 Февраля 1909 г.

и назвалъ его мультилокулярной эхинококковой опухолью печени (multilokuläre ulcerierende Echinococcusgeschwulst der Leber). Затѣмъ слѣдуетъ дѣлный рядъ казуистическихъ сообщеній по этому вопросу: 84 случая собраны въ 1856 году Фирордтомъ; въ 1900 году Поссельтъ опубликовалъ статистику альв. эхинококка во всѣхъ странахъ свѣта, обнимающую 215 случаевъ. Одновременно съ нимъ Мельниковъ—Разведенковъ собралъ еще 20 новыхъ случаевъ, не вышедшихъ въ работу Поссельта. Такъ образомъ до 1902 г. общая цифра случаевъ развилась 235-ти. Общее же количество случаевъ альвеолярнаго эхинококка въ Россіи по Мельникову-Разведенкову („Исслѣдованіе альвеолярнаго эхинококка у человѣка и у животныхъ“) равняется 70-ти, при чемъ по городамъ случаи эти распределяются слѣд. образомъ:

Варшава—1 сл. (1897); Юрьевъ—1 сл. (1858); Кіевъ 1 сл.; Кронштадтъ—5 сл. (3 случая Лукина въ 1884 г., 2 сл. Холщевникова); Москва—29 сл.; С-Петербургъ—10 сл. (5 изъ обуховской больницы, 5 изъ Военно-Медицинской Академіи); Сибирь—5 сл.; Казань 17 случаевъ, изъ кот. 6 описаны Брандтомъ, 4 проф. Н. М. Любимовымъ, 5 Виноградовымъ и 2 случая П. П. Заболотновымъ. Всѣ 17 препаратовъ были демонстрированы проф. Любимовымъ на VII съѣздѣ русскихъ врачей въ память Пирогова.

Къ этому числу надо прибавить еще одинъ случай Високовича въ Кіевѣ, 1 случ. въ Харьковѣ и 4 случ. въ Москвѣ, наблюдавшихся съ 1900—1902 года, что составитъ съ прежними 76 случ. Изъ работы П. П. Заболотнова видно, что до 1897 годъ въ Казани альвеолярный эхинококкъ встрѣтился, включая его 2 случая—14 разъ.

Изъ собраннаго мною статистическаго матеріала Казанскаго Патолого-Анатомическаго Института, начиная съ 1898 года по 1908 годъ включительно, на 1145 вскрытій, случаевъ альвеолярнаго эхинококка наблюдалось 11; изъ этого числа д-ръ Осокинъ описалъ въ 1901 году 1 случай,—въ 1904 году студ. Гиммель 3 случая и въ 1906 году д-ръ Виноградовъ демонстрировалъ въ Обществѣ врачей 1 случай, оставшійся не опубликованнымъ.

Въ 1908 году въ клиникѣ проф. Разумовскаго былъ оперированъ одинъ случай мультилокулярнаго эхинококка, въ 1909 году наблюдались на вскрытіяхъ два случая—одинъ д-ромъ И. П. Васильевымъ, другой, составляющій тему даннаго сообщенія.

Въ 1904 году вышла диссертация д-ра Еленевскаго „въ патологической анатоміи мультилокулярнаго эхинококка у человѣка“, въ которой авторъ описываетъ 7 случаевъ, наблюдавшихся имъ лично, при чемъ въ 6 случ. была поражена печень, въ одномъ случ. селезенка и ретроперитонеальныя железы. Изъ вышеприведенныхъ данныхъ видно, что въ Казани до 1909 г. включ. альвеоляр-

ный эхинококкъ наблюдался 29 разъ; общее количество вскрытій то это время равняется приблизительно 5350-ти. Если положить въ основу статистику Мельникова—Разведенкова (до 1902 года), обнимающую 76 случ. въ Россіи и прибавить къ нимъ 12 случ. изъ Казани (съ 1902—1909) и случ. Еленевского, то общее количество выразится въ 85 случ. мультилокулярнаго эхинококка, наблюдавшихся въ Россіи.

Эхинококкъ, который у человѣка чаще всего поражаетъ печень, развивается вслѣдствіе зараженія собачьей глистой—*taenia echinococcus*, представляющей собой глисту всего около  $\frac{1}{2}$  стм. длины и состоящей изъ головки и трехъ члениковъ. На головкѣ имѣется вѣнчикъ изъ 30—40 и болѣе крючковъ; по бокамъ сидятъ 4 присоска. Яйца глисты овальной формѣ и окружены плотной, многослойной оболочкой. При зараженіи человѣка паразитомъ, яйца его, попавъ въ кишечникъ, лишаются своихъ оболочекъ подъ влияніемъ желудочнаго сока; зародышъ, имѣющій шесть крючьевъ, освобождается, присасывается къ стѣнкѣ желудка или кишки, пробуравливаетъ ихъ и попадая въ кровеносные сосуды, заносится потокомъ крови чаще въ всего близлежащій органъ—печень. Вполнѣ развитая форма лейтотичной глисты у человѣка до сихъ поръ не найдена; у него встрѣчается только пузырчатая форма (гидатиды). При дальнѣйшемъ ростѣ, зародышъ превращается въ пузырь, при чемъ его наружная стѣнка слагается изъ кутикулы (эластическаго слоя) т. е. изъ тонкихъ хитиновыхъ оболочекъ, внутренняя же изъ зернистаго слоя. Пузырь увеличивается въ объемъ и на внутренней, зернистой оболочкѣ появляются маленькія выпячиванія въ видѣ пузырьковъ небольшой величины, состоящіе также изъ двухъ слоевъ.

Въ этихъ то пузырькахъ развиваются головки или сколексы. Такимъ образ. сколексъ состоитъ изъ пузырька, головки съ хоботками, вѣнчиками крючьевъ и 4-ми присосками.

Въ печени эхинококкъ встрѣчается въ двухъ видахъ: либо въ формѣ однокамернаго, либо альвеолярнаго. Первая встрѣчается значительно чаще второй. Что касается послѣдней, то Россія, какъ мы это видѣли выше, занимаетъ по количеству наблюдавшихся случаевъ, послѣ Германіи, первое мѣсто; Казань стоитъ на второмъ, Москва на первомъ мѣстѣ. Описаны случаи, гдѣ у одного и того-же индивидуума наблюдались не только оба вида эхинококка въ различныхъ органахъ, но находили даже одновременно въ печени и ту, и другую форму (стр. Цемайна).

Что касается природы альвеолярнаго эхинококка, то мнѣнія изслѣдователей распадаются на два лагеря. Одни авторы, какъ напр. Вирховъ, Пуль и др. полагаютъ, что паразитъ альвеолярнаго и однокамернаго эхинококка одинъ и тотъ же, и что все зависитъ отъ той среды, въ которой паразитъ развивается. Вирховъ думалъ,

что размноженіе пузырьковъ альвеолярнаго эхинококка въ печени происходитъ путемъ наружнаго почкованія. Другіе же авторы, кот. дѣлали экспериментальныя изслѣдованія на животныхъ, какъ напр. Klemm, Mangold, Müller, далѣе Мельниковъ-Разведенковъ и др. считаютъ, что мультилокулярный эхинококкъ представляетъ особый видъ паразита, отдѣльный отъ *Taenia echinosoccus*. Мюллеръ напр. принимаетъ два вида глисты: 1) обыкновен. *Taenia echinos.* и 2) *Taenia echinosoccus multilocularis*. По мнѣнію Мельникова-Разведенкова „альвеолярный эхинококкъ размножается въ тканяхъ человѣка и животныхъ посредствомъ яйцевыхъ зародышей и сколексовъ. Первые образуются изъ мелкозернистой протоплазматической субстанціи не только внутри хитиновыхъ пластинокъ или образований, но и снаружи ихъ, въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ тканевыми клѣтками человѣка. Въ этомъ заключается принципиальное отличіе альвеолярнаго эхинококка отъ однокамернаго, въ кот. протоплазматическій образовательный слой находится лишь внутри зародышеваго пузыря“.

Относительно способа локализаци и распространенія альвеолярнаго эхинококка въ печени мнѣнія авторомъ также расходятся. Одни полагаютъ, что паразитъ распространяется по лимфатическимъ сосудамъ (Вирховъ, Klebs), другіе по кровеносной системѣ (Erismann, Leuckart), третьи наконецъ по желчнымъ протокамъ (Friedreich, Schröder van der Kolk, Morin. и др.).

Мультилокулярный эхинококкъ встрѣчается первично не только въ печени, но и въ другихъ органахъ (случ. Roth—Bieder'a Моисѣва, Еленевскаго). Съ другой стороны онъ можетъ давать метастазы въ другіе органы; такіе случаи разсматриваются какъ множественная локализаци альвеолярнаго эхинококка.

Относительно макро-и микроскопическихъ измѣненій, вызываемыхъ этимъ паразитомъ, я отсылаю къ соотвѣт. специальнымъ статьямъ, въ особенности къ монографіи Мельникова-Разведенкова. Скажу лишь, что паразитъ, поселившись въ тканяхъ человѣка или животнаго, вырабатываетъ токсинъ, вызывающій пролиферацію клѣтокъ, которая смѣняется болѣе или менѣе общимъ некрозомъ.

При этомъ образуются гранулемы, аналогичныя по строенію съ инфекционными. Гранулемы альвеолярнаго эхинококка состоятъ изъ лимфоидныхъ, эпителиоидныхъ и гигантскихъ клѣтокъ съ казеознымъ перерожденіемъ въ центрѣ (см. Мельникова—Разведенкова).

Теперь переходу къ нашему случаю.

Исторія болѣзни составлена по скорбному листу хирургическаго отдѣленія Казанской Александровской больницы за № 257.

П. Я. Вавиловъ, 22 лѣтъ, обобщивъ по профессіи, поступилъ въ Терапевтическое отдѣленіе больницы 25 Октября 1907 года съ

диагнозомъ: *Pleuritis exudativa dextra, parotitis sinistra, appendicitis.*

30 ноября 1907 годъ больной былъ переведенъ въ хирургическое отдѣленіе той же больницы. Имѣлись-ли у него припадки аппендицита до поступленія въ больницу установить не удалось. Анамнезъ не далъ указаній ни на *lues*, ни на туберкулезъ. Самъ больной до 25 октября ничѣмъ не болѣлъ.

*Status praesens.* Больной высокаго роста, блѣдный, сильно исхудалый. При аускультации выслушивается ослабленіе дыханія въ правомъ легкомъ; при перкуссии констатируется въ этомъ мѣстѣ притупленіе. Тоны сердца чисты. Въ области *procc. mastoideus sin.* имѣется опухоль съ зыбленіемъ въ центрѣ. Кожные покровы надъ этой опухолью представляются покраснѣвшими. При осмотрѣ брюшной области бросается въ глаза сильное вздутіе живота; при перкуссии въ этомъ мѣстѣ получается тупой звукъ. Тупость распространяется на всю передне-нижнюю стѣнку живота, заходить влѣво за среднюю линію. Пробный проколъ указалъ на присутствіе гнойнаго жидкаго экссудата въ брюшной полости.

Прощупать червеобразный отростокъ не удастся. Справа въ области *fossae Ileo-coelalis* при пальпаціи больнымъ ощущается тупая боль. Стулъ задержанъ. Температура 39°, пульсъ 120. Отсутствіе аппетита. Языкъ сухъ и обложенъ.

Перваго декабря (1/XII 1907) подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ разрѣзъ по *lin. alba* длиною около 10 см. По вскрытіи брюшины, вылилось около 4 литровъ гнойно-фибриознаго экссудата.

Брюшная полость черезъ рану изслѣдована пальцемъ, при чемъ найдены сращеніе сальника съ кишечными петлями и ходъ, діаметромъ въ палецъ, идущій къ правой подвздошной ямкѣ. Въ рану вставленъ дренажъ и тампонъ изъ вѣоформенной марли. На рану послонно наложено нѣсколько швовъ. Повязка. Абсцессъ въ области *procc. mastoid. sin.* вскрытъ; изъ раны выдѣлялось значительное количество гноя.

2/XII 07. Самочувствіе хорошее; повязка промокла и замѣнена свѣжей; мочится самъ  $t^{\circ}$  35,8°—37°.

3/XII. Повязка вновь промокла; перевязка. Дренажъ и тампонъ переѣнены.  $t^{\circ}$  ут. 36,4°, веч. 37,2°.

4/XII. Повязка суха. Языкъ обложенъ; жалуется на слабость. Перевязка. Сняты швы. Рана слабо гранулируетъ. Скудное отдѣленіе гноя черезъ дренажъ. Лихорадка прекратилась лишь на два дня.

Съ 5/XII по 6/XII. Изъ раны выдѣляется гной. Аппетитъ отсутствуетъ. Со стороны легкихъ наблюдается притупленіе въ правой половинѣ. Животъ нѣсколько вздутъ. Въ правой подвздош-

ной ямкѣ чувствуется при давленіи боль. Запоры. Вновь лихорадка ясно гектического типа.

6/XV. Подъ хлороформомъ произведенъ разрѣзъ въ области правой подвздошной ямки, параллельно Пупартовой связкѣ, внутрь отъ *spina oss. il. ant. super.*, длиною около 17 сант., до брюшины.

Паріетальная брюшина плотно срослена съ петлями подлежащихъ кишекъ, поэтому послѣ вскрытія она отдѣлена компрессомъ.

Съ большими усиліями удалось отпрепарировать кистовидно-раздутый, плотно сроспійся съ кишечными петлями, утолщенный червеобразный отростокъ, лежавшій позади слѣпой кишки. Послѣ отдѣленія *mesenterioli*, при чемъ предварительно были наложены лигатуры на сосуды сморщенной брыжжейки, а также и лигатуры на основаніе отростка, послѣдній былъ отдѣленъ термокаутеромъ. Кюльта червеобразнаго отростка послана виоформомъ, инвагинирована въ складку слѣпой кишки; послѣдняя защита Лембертовскими швами. Рана въ брюшной стѣнкѣ защищена этажнымъ швомъ, хотя и не на всемъ протяженіи; средняя часть раны, гдѣ временно вставленъ тампонъ, осталась незащитой.

Червеобразный отростокъ, удаленный при операціи имѣлъ слѣдующее строеніе: (заимствовано изъ доклада проф. Н. А. Гергена Казанскому Обществу Врачей 9 Февраля 1908 года, напечатаннаго въ Казанскомъ Медицинскомъ Журналѣ мартъ-апрѣль 1908 г. стр. 183).

„Отростокъ былъ плотно сросленъ со слѣпой и тонкой кишками; вдвинувшись между ними такъ, что слѣпая кишка лежала вправо и кнаружи, а тонкая влево и внутрь—къ средней линіи. Въ операціонномъ полѣ, на сколько оно было открыто, толстая и тонкія кишки были срослены не только съ червеобразнымъ отросткомъ, но также между собой и съ паріетальной брюшиной.

Отростокъ отходилъ отъ передне-внутренняго конца слѣпой кишки, направлялся первоначально вгуть и въ глубину, и на разстояніи нѣсколькихъ сантиметровъ далаъ крутой изгибъ подъ острымъ угломъ и измѣнялъ направленіе изъ глубины, при положеніи на операціонномъ столѣ, кверху—къ брюшной стѣнкѣ. Эта болѣе длинная часть отростка была расширена до діаметра мизинца, видимо вслѣдствіе скопленія въ его полости жидкости и одно-временнаго утолщенія стѣнокъ. На мѣстѣ перегиба отростокъ былъ почти неподвижно фиксированъ рубцово-перерожденной брыжжейкой и проходящими здѣсь, хотя и незамѣтными въ рубцахъ, сосудами отростка. Послѣ перевязки сосудовъ на этомъ трудножъ для оперированія мѣстѣ, послѣ перевязки остальной части брыжжейки, прикрѣпленіе послѣдней было отрѣзано и легко уже было отжечь отростокъ и закрыть рану.

Червеобразный отростокъ представляется длиннымъ—болѣе 10 см. и къ периферическому концу сильно расширеннымъ, въ то время какъ начальная его часть нормальной толщины. Граница узкой и расширенной частей соответствуетъ мѣсту бывшего перегиба; и судя по невозможности продавить жидкость изъ периферическаго расширеннаго отдѣла въ центральный, на мѣстѣ бывшего перегиба слѣдуетъ признать облитерацію просвѣта. Мало того, на этомъ мѣстѣ на нижней, обращенной къ брыжжейкѣ, поверхности отростка ясно видны слѣды бывшего прободенія по присутствію рубцовой ткани и по растяженію ея при нажиманіи на расширенный периферическій конецъ. Въ этомъ мѣстѣ бывшего прободенія стѣнка очень тонка и по вскрытіи ея изъ периферическаго отдѣла отростка выдѣлилась густая, мутная бѣловатаго цвѣта слизь въ количествѣ около  $\frac{1}{2}$  чайной ложки.

Не менѣе замѣчательно въ этомъ случаѣ послѣоперационное теченіе. Несмотря на то, что при операциіи не было вскрыто никакого новаго гнойнаго скопленія,  $t^{\circ}$  тѣла у больного послѣ операциіи рѣзко понизилась и продолжала оставаться въ предѣлахъ нормы довольно продолжительное время.

Послѣоперационное теченіе:

7/II 08. Самочувствіе удовлетворительное. Мочится самъ, просить ѣсть.

10/II. Отдѣленіе гноя изъ свища по lip. alba. Аппетитъ очень плохъ, жалуется на поносъ.

18/II. перевязка. Отдѣленіе гноя меньше. Кашель. Утромъ  $t^{\circ}$  36,9°; веч. 38,5°. Поносъ прекратился.

19/II. Жалуется на боль въ животѣ. При осмотрѣ незначительное вздутіе живота. Изъ свища все еще имѣется отдѣленіе.

26/II. Отдѣленіе изъ раны. Больной можетъ сидѣть; аппетитъ лучше.

3/III. Животъ нѣсколько вздутъ. Отдѣленіе изъ свища продолжается. Вставлена турунда изъ вѣоформенной марли.

17/III. Боль въ животѣ; животъ немного вздутъ. При дострогиваніи незначительная болѣзненность. Изъ свища обильное отдѣленіе гноя.

18/III. Вздутія живота нѣтъ. Обильное отдѣленіе гноя изъ свища. Стулъ правильный.

23/III. Жалуется на боль въ правой половинѣ живота. Отдѣленіе гноя незначительно.

26/III 08. Повязка сильно промокла гноемъ. Самочувствіе хорошее.

1/V Жалуется на слабыя боли въ животѣ. Отдѣленіе изъ свища меньше.

4/V Отдѣленіе гноя обильное. Болей въ животѣ нѣтъ. Стулъ и аппетитъ хорошіе.

8/V. Обильное отдѣленіе гноя. Въ свищѣ имѣются вали грануляціи.

Съ 8 мая по 19 іюля. Больной по временамъ жалуется на боль въ животѣ. Когда имѣется повышеніе  $t^{\circ}$ , изъ свища выдѣляется обильно гной.

Съ 19-аго іюля самочувствіе больного было хорошее. Отдѣленіе изъ свища почти прекратилось и 10-аго августа 1908 года больной выписался, чувствуя себя настолько хорошо, что сталъ немного работать, хотя свищъ не зарылся, вынуждая больного ходить на перевязки черезъ 4—5 дней.

22 сентября 1908 года больной вновь поступилъ въ больницу со слѣдующими явленіями:

1) Общая слабость, 2) боли въ животѣ, 3) боли въ области печени. Исслѣдованіе показало: Животъ нѣсколько вздутъ, болѣзненный. Въ области печени имѣется припухлость; при давленіи послѣдняя болѣзненна.

Кожные покровы надъ этимъ мѣстомъ отечны и блестящи. Въ области легочнаго звука праваго легкаго имѣется притупленіе. Со стороны сердца имѣется акцентъ. Температура  $38^{\circ}$ , пульсъ 102. Въ мочѣ бѣлокъ. Желтуха.

27/IX. На мѣстѣ припухлости сдѣланъ пробный проволъ и добытъ гной. Желтуха.

28/IX. Подъ хлороформнымъ наркозомъ на мѣстѣ пункции (надъ правымъ подреберьемъ, тотчасъ подъ краемъ ребра по *lin. mamillaris*) сдѣланъ параллельно мѣсту соединенія 10 ребра съ 9-мъ послѣдно разрѣзъ до брюшины. По вскрытіи послѣдней показался гной, но въ незначительномъ количествѣ.

Сдѣланъ другой разрѣзъ въ 8-омъ межреберномъ промежуткѣ по *lin. axill. ant.* Когда была вскрыта брюшина и въ рану введенъ палецъ, то открылось сильное кровотеченіе съ отдѣленіемъ гноя. Рану пришлось затампонировать. Влить физиологическій растворъ соли.

29 IX. У больного имѣется желтуха. Чувствуетъ сильную слабость. Аппетитъ отсутствуетъ.

30/IX. Перевязка. Тампонъ перемѣненъ и вставленъ дренажъ въ обѣ раны. Значительное отдѣленіе гноя.

1/X. Отдѣленіе гноя продолжается. Желтуха. Самочувствіе плохое.

Съ перваго октября по день смерти т. е. по 7-ое ноября 1908 г. явленія тѣ-же: отдѣленіе гноя изъ раны; желтуха все время въ томъ же положеніи. Температура за этотъ періодъ болѣзни только два раза поднималась до  $38,7^{\circ}$ , держась въ общемъ на невысокихъ цифрахъ.



Такимъ образомъ исторію данной болѣзни можно разбить на три періода. Первый относится съ пребыванію больного въ Терапевтическомъ отдѣленіи Александровской Больницы, куда онъ былъ принятъ по поводу правосторонняго экссудативнаго плеврита, лѣвосторонняго паротита и аппендицита въ октябрѣ мѣсяцѣ 1907 года; здѣсь онъ пробылъ до 30-аго ноября того-же года.

Второй періодъ его болѣзни начинается съ 3-аго ноября 1907 года, когда онъ былъ переведенъ въ хирургическое отдѣленіе, Александровской Больницы съ признаками большого гнойника въ брюшной полости, развившагося видимо изъ правой подвздошной области. Больному были сдѣланы двѣ операціи: въ первый разъ въ декабрѣ 1907 года черезъ разрѣзъ по средней линіи было выпущено около 4 литровъ гнойно-фибринознаго экссудата, послѣ чего лихорадка прекратилась всего лишь на два дня, и съ 5-аго декабря приняла съ новой силой ясно гектической типъ. Вторая операція была произведена 6 фэвраля 1908 года; былъ удаленъ червеобразный отростокъ, спаянный съ толстой и тонкими кишками; имѣлся также гнойный, осумкованный перитонитъ. Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ развился гнойный, перфоративный аппендицитъ, поведшій за собой образованіе большого гнойника въ брюшной полости, распознанный при приѣмѣ въ хирургическое отдѣленіе. Больной послѣ операціи поправился и выписался 10-аго августа 1908 года съ незакрывшимися ранами, которыя заставляли его ходить на перевязки черезъ каждыя 4—5 дней.

Однако уже 22 сентября 1908 года больной вновь поступаетъ въ больницу (III-й періодъ болѣзни) съ явлениями пораженія печени. Симптомы эти состояли въ припухлости области печени, отечности подкожной клѣтчатки въ этомъ мѣстѣ, увеличеніи и болѣзненности печени, во вздугіи живота, боляхъ въ эпигастріи, общей слабости, высокой  $t^{\circ}$  ( $38^{\circ}$ ), ускоренномъ пульсѣ и желтухѣ.

Пробный проколъ въ области припухлости печени указалъ на присутствіе гнойника въ ней (добыть гной).

Несмотря на широкое вскрытіе мѣста предполагавшагося гнойника двумя разрѣзами (см. выше), при чемъ открылось сильное кровотеченіе съ довольно обильнымъ отдѣленіемъ гноя, больной погибъ 7 ноября при явленияхъ упадка сердечной дѣятельности, на 47-ой день по поступленіи въ больницу (поступилъ 22 сент. 1908).

Такимъ образомъ у нашего больного симптомы заболѣванія печени обнаружались приблизительно черезъ 11 мѣсяцевъ отъ начала болѣзни (заболѣлъ 25 Окт. 1907 года экссудативнымъ плевритомъ и аппендицитомъ); пораженіе печени ясно обнаружилось въ сент. 1908 года вышеперечисленными симптомами. Сама собой напрашивалась мысль, что эти два заболѣванія находились въ причинной зависимости другъ отъ друга, ибо другихъ симптомовъ

указывавшихъ на гнойное пораженіе печени за весь періодъ болѣзни не было констатировано. Если приять во вниманіе, что у больного былъ перфоративный аппендицитъ, поведшій къ скопленію гноя въ брюшной полости и къ осумкованному перитониту, при отсутствіи какихъ-либо симптомовъ, указывающихъ на первичное пораженіе печени, то вышеприведенное соображеніе получало какъ бы еще большее подтвержденіе. Однако патолого-анатомическое изслѣдованіе дало неожиданно совершенно иной результатъ: былъ констатированъ пагноившійся многокамерный эхинокъ печени.

Само вскрытіе было произведено, въ силу нѣкоторыхъ особенныхъ обстоятельствъ, такъ сказать наскоро.

Была вскрыта только брюшная полость, при чемъ особенное вниманіе было обращено на печень и смежныя съ нею органы. Корни воротной вены, а также и послѣдняя не представляли чего либо особеннаго (отсутствіе пилсфлебита). Печень, спаянная на верхней своей поверхности съ діафрагмой, была удалена *in toto* вмѣстѣ съ другими, спаянными съ ней на нижней поверхности органами. Лимфатическія железы брюшной полости оказались нормальными.

Патолого-анатомическое изслѣдованіе.

Печень, полученная мною для изслѣдованія отъ проф. Н. А. Герцена, законсервирована была по способу Кайзерлипа, при чемъ соотношеніе частей смежныхъ органовъ, вырѣзанныхъ вмѣстѣ съ печенью можно было разобрать лишь съ трудомъ.

Печень вырѣзана изъ трупа вмѣстѣ съ селезенкой, діафрагмой и частью около-сердечной сумки. На верхней поверхности правой доли имѣется небольшой кусокъ праваго легкаго; на нижней поверхности видны желудокъ съ 12-ти перстной кишкой, отрѣзанной на недалекомъ разстояніи отъ *pylorus'a* (сантиметра три).

Печень, измѣнившая нѣсколько свою конфигурацію вслѣдствіе продолжительнаго пребыванія въ консервирующей жидкости, представляется сильно увеличенной, какъ въ передне-заднемъ, такъ и въ верхне-нижнемъ размѣрахъ. Капсула ея рѣзко утолщена. Печень во многихъ мѣстахъ сращена перемычками, частью плотными, частью фибриозными съ окружающими ея органами (на нижней поверхности и переднемъ краѣ съ желудкомъ, 12-ти перстной кишкой, съ *pancreas*; на верхней съ діафрагмой). Передній край притупленъ. Лѣвая доля на верхней поверхности обложена довольно толстымъ пластомъ изъ фибриозно-гнойныхъ массъ сѣроватаго цвѣта.

Желчный пузырь не смѣщенъ; полость его пуста, слизистая оболочка макроскопически не измѣнена.

На разрѣзѣ печень представляетъ видъ мускатной.

Паренхима всей правой доли и большей части лѣвой пронизана полостями и очагами кругловатой, овальной или нѣскольکو неправильной формы; ткань очаговъ представляется сѣрвато-желтаго цвѣта, крошащейся консистенціи; она пронизана мѣстами плотными тяжами соединительной ткани, которые по своей болѣе свѣтло-сѣрой окраскѣ и хрящевой консистенціи выдѣляются среди субстанціи очаговъ.

Большинство гнѣздъ въ центрѣ распалось, вслѣдствіе чего получились неправильныя, пещеристо-образныя съ выступами полости; только по периферіи они ограничиваются болѣе или менѣе толстымъ слоемъ крошащейся или слегка волокнистой тканью, которая состоитъ изъ фибрина и свернувшихся масса гноя. Большинство очаговъ на мѣстахъ соприкосновенія съ мало измѣненной печеночной тканью окружено тонкой прослойкой (до миллиметра толщины), состоящей изъ болѣе плотной, бѣловатой ткани, носящей характеръ какъ бы капсулы. Печеночная ткань въ окружности этихъ очаговъ рѣзко гиперемирована; со стѣнокъ полостей, представляющихся грязно-желто-сѣраго цвѣта свободно отдѣляются мягкія массы.

Величина полостей мѣстами достигаетъ размѣровъ отъ лѣснаго орѣха до куриного яйца.

Нѣкоторые изъ вышеописанныхъ очаговъ имѣютъ величину отъ просяного зерна до горошины, при чемъ можно подмѣтить, что самому сильному распаду подверглись наибольшія по размѣрамъ гнѣзда.

Большія гнѣзда залегаютъ въ паренхимѣ правой доли печени безъ всякаго порядка, какъ въ центрѣ, такъ и ближе къ периферіи ея, такъ что въ общемъ гнѣзда замѣщаютъ большую часть печеночной ткани правой доли, отъ которой остались неширокіе тяжи, расположенные между очагами. Особенно велика полость, лежащая ближе къ передне-верхней поверхности правой доли, отграничиваясь отъ нея только небольшою прослойкой печеночной ткани, толщиной приблизительно въ  $1\frac{1}{2}$  сантиметра.

Лѣвая доля поражена меньше, при чемъ и здѣсь гнѣзда и очаги имѣютъ такой же видъ какъ и въ правой, но число ихъ значительно меньше.

Какой-либо связи пораженныхъ мѣсть съ печеночными сосудами и крупными желчными путями макроскопически установить не удалось.

На препаратѣ были отпрепарованы *v. mesent. sup.*, *v. lienalis*, *v. portae*, *v. hepatica* и *v. cava inferior.*, а также *ductus choledochus* и *arteria hepatica* и вскрыты по длиннику. Какихъ либо отклоненій отъ нормы замѣтить не удалось; въ *v. portae* и

ея крупныхъ печеночныхъ вѣтвяхъ были найдены въ небольшомъ количествѣ сгустки крови.

Изъ вышеприведеннаго макроскопическаго изслѣдованія печени нужно такъ образомъ отмѣтить прежде всего тѣ многочисленныя полости, которыя помѣщались главнымъ образомъ въ правой доли; болѣе мелкіе очаги, во множествѣ разбросанныя по соседству съ полостями, напоминали маленькіе гнойники, но впослѣдствіи, при микроскопическомъ изслѣдованіи, оказавшимися пучками соединительной ткани. Далѣе бросалось въ глаза полное отсутствіе пилефлебическихъ явленій; желчный пузырь оказался нормальнымъ.

Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты кусочки изъ разныхъ мѣстъ органа и заливались въ целлулоидинъ. Окраска по возможности тонкихъ срѣзовъ производилась разными способами: гематоксилиномъ Ehrlich'a съ возиномъ, гематоксилиномъ по Вейгерту съ послѣдующей окраской по V. Gieson'u, далѣе на желѣзистый пигментъ по Perls'u и т. д. Отмѣчу, что консервированіе по способу Кайзерлипа нисколько не препятствуетъ удачной окраскѣ срѣзовъ; особенно рекомендуется окраска желѣзистымъ гематоксилиномъ по Вейгерту съ послѣдующимъ примѣненіемъ V. Gieson'a.

#### Микроскопическое изслѣдованіе.

При микроскопич. изслѣдованіи срѣзовъ, взятыхъ изъ тѣхъ участковъ печени, которые были свободны отъ вышеописанныхъ мелкихъ гнѣздныхъ очаговъ, прежде всего бросалось въ глаза обильное развитіе соединительной ткани то въ видѣ большихъ, широкихъ тяжей, состоящихъ по большей части изъ волокнистой ткани съ относительно малымъ количествомъ клеточныхъ элементовъ, то въ видѣ скопленій послѣднихъ, напоминавшихъ собою родъ грануляціонной ткани. Отъ этихъ широкихъ тяжей во всѣхъ направленіяхъ отходили волоконца, заходящія между печеночными клетками или опутывающія ихъ со всѣхъ сторонъ. Количество сохранившихся клетокъ печеночной паренхимы было значительно уменьшено. Въ общемъ эти мѣста вполне напоминали рѣзко выраженный цирротическій процессъ. Тамъ, гдѣ основная печеночная ткань сохранялась на большемъ протяженіи и не прорѣзывалась широкими соединительно-тканвыми тяжами, картина принимала видъ обычной мушкетной печени, въ видѣ рѣзко расширенныхъ кровью капилляровъ, которыми сдавливались вокругъ лежащія печеночныя клетки; вслѣдствіе этого онѣ укладывались въ формѣ волнообразныхъ тяжей.

Въ большинствѣ случаевъ печеночныя клетки подверглись значительнымъ регрессивнымъ измѣненіямъ, жировому перерожденію и инфильтраціи (вакцелизація клетокъ послѣ обработки алко-

големъ) или содержали въ обильномъ количествѣ въ своей протоплазмѣ желтовато-бурый или золотистый пигментъ. Однако, на ряду съ этимъ родомъ пигмента, не дававшего реакцію на желѣзо, можно было встрѣтить въ довольно большомъ количествѣ и болѣе темный пигментъ кровороднаго происхожденія, судя по даваемой имъ реакціи на берлинскую лазурь. Въ большинствѣ случаевъ пигментъ послѣдняго рода лежалъ въ печеночныхъ клѣткахъ и видимо являлся результатомъ метаморфоза гемоглобина распавшихся красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Густыя скопленія пигмента въ видѣ объемистыхъ глыбокъ въ нѣкоторыхъ участкахъ были импрегнированы солями извести.

При просмотриваніи препаратовъ бросается далѣе въ глаза обильное развитіе среди широкихъ соединит.-тканыхъ тяжей желчныхъ ходовъ, пересѣченныхъ въ различныхъ направленіяхъ.

Какъ мы уже выше указали, при развитіи рубцовой, соедин. ткани, печеночныя клѣтки въ большинствѣ случаевъ подверглись явленіямъ постепенной атрофіи и некрозу и только желчныя ходы составляли исключеніе: они наиболѣе долго противостояли индуративному процессу и сверхъ того во многихъ мѣстахъ замѣтна была ихъ регенерация, среди широкихъ цѣвовъ соединит. ткани попадались желчныя ходы, не сохранившіе своей правильной цилиндрической формы, и представлявшіеся въ видѣ извитыхъ, загзагообразныхъ съ боковыми выпячиваніями трубокъ. По характеру ихъ эпителия можно было заключить, что они несомнѣнно размножались, ибо эпителиальныя клѣтки располагались въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ нѣсколько слоевъ, при чемъ онѣ становились болѣе низкими, плоскими, принимал неправильныя очертанія. Въ одномъ мѣстѣ намъ попалъ въ срѣзъ значительной величины желчный ходъ, на далекомъ протяженіи пересѣченный въ продольномъ направленіи. Онъ представлялъ изъ себя длинную извитую трубку съ боковыми колбовидными выпячиваніями и на одномъ концѣ заканчивался расширеніемъ; выстланъ онъ былъ высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ съ густо окрашенными ядрами, расположенными ближе къ основанію клѣтокъ. Просвѣтъ этого протока, напоминавшій въ общемъ железистую трубку въ аденомахъ, былъ заполненъ нѣжно зернистою безструктурной массой.

Что касается сосудовъ, то лежавшіе среди островковъ печеночной ткани были мало измѣнены; сосуды же большого калибра отличались рѣзкимъ утолщеніемъ всѣхъ оболочекъ, при чемъ просвѣтъ ихъ сохранился довольно хорошо.

На массѣ вначалѣ изслѣдованныхъ срѣзовъ среди обширныхъ соединит.-тканыхъ тяжей, изрѣдка встрѣчались большія плазмодіальныя массы — гигантскія клѣтки. Эти гиганты по большей части были неправильной, вытянутой формы хотя рѣже встрѣча-

лись и круглыя образованія. Они отличались обильнымъ количествомъ протоплазмы, беспорядочнымъ расположеніемъ ядеръ число которыхъ въ нѣкоторыхъ гигантахъ доходило до 100 и болѣе. Въ сосѣдствѣ съ ними встрѣчались намъ то тамъ, то сямъ стекловидныя, оврашенныя гематоксилиномъ массы, которыя наводили на мысль, не имѣемъ-ли мы здѣсь дѣло съ хитиновыми оболочками эхинококка.

Долго время мы не знали, чѣмъ объяснить причины происхожденія этихъ гигантскихъ клѣтокъ и только послѣ тщательнаго изслѣдованія кусочковъ, взятыхъ изъ другихъ мѣстъ печени, пораженныхъ гнѣздными образованіями, намъ удалось выяснитъ, что эти гиганты встрѣчались въ нѣкоторыхъ участкахъ въ громадномъ количествѣ и расщипывали какія-то инородныя, безструктурныя образованія. Последнія при ближайшемъ разсмотрѣніи оказались хитиновыми оболочками эхинококковыхъ пузырей.

На наиболѣе удачныхъ препаратахъ мы могли найти на сравнительно большомъ протяженіи гомогенныя, блестящія, почти одинаковой толщины лентообразныя полоски, слабо извитыя, сильно преломлявшія свѣтъ, иногда изогнутыя дугообразно или какъ бы смятыя перчатки. Къ периферической сторонѣ этихъ оболочекъ прилежали обширныя гигантскія клѣтки, густо набитыя ядрами; на многихъ мѣстахъ можно было подмѣтить, что эти хитиновыя оболочки прерывались, при чемъ въ этихъ участкахъ гиганты образовывали выпячиванія протоплазмы, такъ что получалось впечатлѣніе будто бы они уничтожали вышесказанныя безструктурныя оболочки. Обычно гиганты располагались въ непосредственной близости съ хитиновыми оболочками; тамъ же, гдѣ послѣднія отсутствовали, гигантскія клѣтки либо совсѣмъ не появлялись, либо окрашивались очень неясно, очевидно, вълѣдствіе некротическихъ измѣненій, происшедшихъ въ нихъ. Наконецъ, на препаратахъ, взятыхъ изъ стѣнки большихъ полостей съ распадомъ ткани въ центрѣ, было видно, что снаружи эти полости окаймлялись плотнымъ кольцомъ соединительной ткани, за которымъ слѣдовалъ неширокій поясъ лейкоцитовъ, по большей части распавшихся; еще далѣе внутри ткань стѣнки состояла изъ безструктурнаго детритообразнаго распада при полномъ отсутствіи клѣточныхъ элементовъ.

Въ заключеніе упомянемъ, что соскобъ, взятый со стѣнокъ полостей и изслѣдованный на присутствіе сволексовъ, далъ отрицательный результатъ.

Резюмируя все выше сказанное, мы должны придти къ заключенію, что въ данномъ случаѣ имѣлся многокамерный эхинококкъ печени, подвергшійся почти полному некрозу съ послѣдующимъ

гнойнымъ распадомъ центральныхъ частей узловъ опухоли. Слѣды пузырей сохранились только отчасти на фиксированныхъ препаратахъ и были найдены въ видѣ хитиновыхъ оболочекъ въ гнѣздахъ небольшой величины. Уже одна наличность этихъ хитиновыхъ оболочекъ несомнѣнно говорила за пораженіе печени эхинококкомъ.

Особенность данного случая заключается помимо своеобразнаго клиническаго теченія болѣзни въ томъ, что вслѣдствіе какой-то причины, эхинококкъ подвергся обратному развитію, при чемъ меньшихъ размѣровъ очаги, какъ болѣе способные къ организаціи замѣстились рубцовой тканью; гнѣзда же болѣе величины подверглись некрозу съ послѣдующимъ нагноеніемъ; однако до зарубцеванія здѣсь дѣло не дошло повидимому благодаря большимъ размѣрамъ очаговъ, вслѣдствіе чего здѣсь образовались полости, заполненныя детритообразнымъ содержимымъ съ периферическимъ поясомъ изъ лейкоцитовъ и рубцовой соединительной ткани. Мы и обычно знаемъ, что большіе конгломераты эхинококковыхъ узловъ могутъ подвергнуться постепенному распаду въ центрѣ; но въ нашемъ случаѣ бросается въ глаза то обстоятельство, что обратному развитію подверглись не только большіе, но даже и мельчайшіе очаги, такъ что картина вполне симулировала множественныя абсцессы печени, введенная въ заблужденіе не только клиницистовъ, но и на секціонномъ столѣ не вполне обнаружившая своего истиннаго характера.

На основаніи обзора микроскопической картины нужно съ большою вѣроятностью предположить, что процессъ этотъ долженъ былъ тянуться долгое время, потребное для развитія столь обильной и стойкой соединительной ткани.

#### ЛИТЕРАТУРА.

- 1) а. Мельниковъ-Разведенковъ. Исслѣдованіе альвеолярнаго (мультилокулярнаго) эхинококка у человѣка и животныхъ.
- б) Оиъ-же. Докладъ на програмную тему объ альвеол. эхинококкѣ на VIII Пироговскомъ Сѣздѣ въ Москвѣ. Выпускъ I Ноябрь 1902 г. стр. 23.
- 2) Boettcher. Beitrag zur Frage über den Gallertkrebs der Leber. Virch. Arch. 1858 Bd. XV.
- 3) Брандтъ. Къ патолого-анатомической казуистикѣ мультилок. эхинококка печени. Дневникъ Общества Врачей при Казанскомъ Унив. 1889. іюнь и іюль стр. 15.

- 4) Крузенштернъ. Случай многокамернаго эхинококка печени въ Восточной Сибири. Врачъ 1892 № 35.
- 5) Н. М. Любимовъ. Отчетъ Засѣданій Общ. врачей при Казанск. Унив. Врачъ. 1890.
- 6) Онъ-же. О мультилокулярномъ эхинококкѣ. Труды VII съѣзда русскихъ врачей въ память Пирогова.
- 7) Лукинъ. Многокамерная пузырноглинистая опухоль мозга и печени. Врачъ 1884 № 27.
- 8) Осокинъ. Случай многокамерн. эхинококка печени. Дневникъ Общ. врачей при Казанск. Унив. Выпускъ II 1900 стр. 160—163.
- 9) Заболотновъ. Къ вопросу о множественной локализациі многокамернаго эхинококка. Днев. Общ. врачей при Казанск. Унив. 1897.
- 10) Виноградовъ. Н. О. О мультилокулярномъ эхинококкѣ. Днев. Общ. врачей при Казанск. Унив. 1894. Выпускъ IV. Стр. 182—226.
- 11) Гиммель А. М. Къ гистологіи мультилокулярнаго эхинококка печени. Казанскій Мед. Журналъ Томъ IV. Май-июнь 1909 стр. 301.
- 12) Еленевскій. Къ патологической анатоміи мультилокулярнаго эхинококка у человѣка. Диссертація. Харьковъ 1904. Реф. по Мед. Обзорѣнію 1905 № 20 Стр, 575.