

Lymphangioma cavernosum cutis femoris dextri.

М. Чалусова и Л. М. Фофанова.

Среди новообразованій типа высшихъ тканей лимфангіомы считаются рѣдко встрѣчающимися; въ ученіи о нихъ многія стороны возбуждаютъ разногласія изслѣдователей, поэтому описание каждого встрѣчающагося случая имѣеть несомнѣнныи интересъ, хотя бы въ смыслѣ накопленія материала для обобщающей мысли будущаго.

Имѣя ввиду главнымъ образомъ описание отдельного случая, мы позволимъ себѣ только весьма кратко коснуться сущности современныхъ воззрѣній на лимфангіомы.

Послѣдняя работа по вопросу о лимфангіомахъ принадлежитъ В. А. Оппелю, вышедшая въ 1899 г. Изученіе литературы интересующаго вопроса, клиническое и патолого-гистологическое изслѣдованіе нѣсколькихъ собственныхъ случаевъ привели названного автора къ опредѣленнымъ выводамъ, которые, по нашему мнѣнію, группируютъ въ опредѣленной системѣ мысли и взгляды какъ его предшественниковъ (Первец, Wegner'a, Lannelongue, Покровского и многихъ другихъ), такъ оттѣняютъ и его независимы отъ нихъ положенія. Авторъ думаетъ, что 1) теоріи самопроизвольныхъ лимфангіектазій не могутъ объяснить происхожденія лимфангіомъ, 2) лимфангіомы суть истинныя новообразованія, 3) лимфангіомы принадлежать къ классу новообразованій ростущаго организма, 4) главное основаніе классификацій лимфангіомъ лежитъ въ ихъ анатомическомъ строеніи, 5) по анатомическому строенію различаются а) lymph. capillare varicosum, б) lymph. cavernosum, в) lymph. cysticum, 6) среди лимфангіомъ различаются лимфангіомы лимфатическихъ капилляровъ и лимфангіомы лимфатическихъ сосудовъ средняго калибра, 7) развитіе лимфангіомъ состоится въ новообразованіи соединительной ткани съ эластичес-

кими волокнами, въ новообразованіи кровеносныхъ сосудовъ, иногда въ новообразованіи гладкихъ мышечныхъ волоконъ, всегда выстланныхъ эндотелемъ и выполненныхъ лимфой, 8) новообразование лимфатическихъ полостей идетъ путемъ раздвиганія и вымыванія лимфой кучь круглыхъ клѣтокъ, путемъ помутнѣнія, распаденія и послѣдующаго вымыванія жировыхъ клѣтокъ, 9) кучи клѣтокъ, образующія собой впослѣдствіи лимфатическая полости, отлагаются вокругъ кровеносныхъ кипилляровъ и происходятъ изъ перителія, 10) въ процессѣ роста всякой лимфангіомы принимаетъ участіе эктазія новообразующихся лимфатическихъ пространствъ, 11) періодическая воспаленія какъ поверхностныхъ, такъ и глубокихъ лимфангіомъ несомнѣнно инфекціонного характера, 12) какъ врожденныя такъ и приобрѣтенныя лимфангіомы не должны быть различаемы съ точки зрѣнія этиологической такъ и съ точки зрѣнія анатомической, 13) развиваясь постепенно, лимфангіомы часто съ извѣстнаго неопределеннаго момента вдругъ безъ видимой причины начинаютъ быстро рости, 14) съ мѣста первоначального развитія лимфангіомы могутъ распространяться насосѣднія части, 15) положеніе лимфангіомъ въ нижнихъ частяхъ тѣла часто сказывается обильными лимфоррагіями, 16) клинически лимфангіомы принадлежать къ доброкачественнымъ новообразованіямъ, 17) лимфангіомы послѣ неполного удаленія могутъ рецидивировать, 18) идеаль современного лечения есть полное исцѣченіе лимфангіомъ, 19) въ нѣкоторыхъ случаяхъ полное исцѣченіе невозможно, и тогда лучшимъ методомъ является послѣдовательная тампонада, 20) предсказаніе при лимфангіомахъ главнымъ образомъ зависитъ отъ обширности распространенія новообразованія.

О нѣкоторыхъ сторонахъ вопроса, какъ указанныхъ выше, такъ и не затронутыхъ въ этихъ положеніяхъ, необходимо сказать нѣсколько словъ

Прежде всего приходится отвѣтить на вопросъ о локализаціи этого рода новообразованій. Такъ какъ лимфатическая сосуды, дающіе начало лимфангіомамъ, встрѣчаются почти всюду, то и новообразованія можно указать почти во всѣхъ органахъ; въ литературѣ имѣются указанія на локализацію интересующихъ насъ опухолей въ печени, почкахъ черпаловидныхъ хрящахъ, легкихъ, сальникахъ, позвонкахъ и т. д. Однако, просматривая случаи, собранные по литературнымъ источникамъ Покровскимъ, нѣсколько слу чаевъ, изученныхъ имъ самимъ, случаи, указанные Lannelongue'омъ, В. А. Оппелемъ, мы убѣдились, что нѣкоторыя мѣста организма пользуются предпочтеніемъ: на 300 случаевъ приходится:

лимфангіома шеи 70 разъ, т. е. 23,3%.

" языка 34 " " 11,3%.

лимфангіома губъ	16	разъ,	т. е.	$5,3\%$.
" щекъ	16	" "	"	$5,3\%$.
" бедеръ	16	" "	"	$5,3\%$.
подмышечной впадины	15	" "	"	5% .
" груди	14	" "	"	$4,6\%$.
области глаза	12	" "	"	4% .

и т. д. все уменьшаясь. Необходимо отметить, какъ показываютъ эти цифры, тенденцію новообразованія скорѣе располагаться въ тѣхъ областяхъ организма, где имѣются по близости болѣе тонкіе вѣжные, легче и чаще ранимые покровы.

Вышеуказаннымъ 12 положеніемъ В. А. Оппель не различаетъ врожденныхъ и пріобрѣтеныхъ лимфангіомъ какъ съ этіологической, такъ и съ анатомической точекъ зрѣнія, между тѣмъ Покровскій проводить довольно рѣзкую этиологическую разницу между тѣми и другими: причиной врожденныхъ лимфангіомъ онъ считаетъ пороки развитія, а пріобрѣтеныхъ—измѣненія ткани. Микроскопическая же и анатомическая картина какъ тѣхъ, такъ и другихъ одна и также или не представляетъ существенной разницы; ходъ развитія какъ пріобрѣтеныхъ лимфангіомъ, такъ и врожденныхъ съ момента рожденія обладателя по существу одинаковъ: новообразованные лимфатические сосуды, кисты и кавернозные пространства одинаково въ своемъ процессѣ относятся къ межуточной соседней ткани. Обращаясь къ цифрамъ, мы убѣждаемся, что врожденныя лимфангіомы рѣшительно превалируютъ. На 300 случаевъ лимфангіомъ имѣется точное указаніе времени появленія ихъ 257 разъ, изъ нихъ врожденныхъ 175, т. е. $68,1\%$ и только 82 пріобрѣтеныхъ, т. е. $32,9\%$, изъ этихъ 82 на кожу приходится 30, т. е. $11,6\%$ и стало быть только $20,3\%$ на всѣ остальные органы. Не мѣшаетъ указать и на то обстоятельство, что мужской полъ повидимому чаще заболѣваетъ, чѣмъ женскій: 166 больныхъ мужскаго и 91 женскаго, въ остальныхъ до 300 пола не указано. Благодаря какимъ особенностямъ утробная жизнь и мужской организмъ являются болѣе благопріятной почвой для подобного рода заболѣваній, остается не выясненнымъ, хотя не было недостатка въ предположеніяхъ. Покровскій предполагаетъ, что появленіе врожденныхъ лимфангіомъ находится въ связи съ положеніемъ плода въ маткѣ головнымъ концомъ внизъ.

Однако точныя причины появленія лимфангіомъ какъ тѣхъ, такъ и другихъ не установлены: указываемыя прежними авторами причины,—закупорка лимфатическихъ протоковъ, венозный застой и т. п. не могутъ быть приняты всюду, да и въ отдельныхъ слу чаяхъ ихъ роль сомнительна.

Величина лимфангіомъ, какъ врожденныхъ, такъ и пріобрѣтенныхъ весьма различна: отъ величины прослінного зерна и болѣе головы взрослого человѣка.

Въ теченіи лимфангіомъ замѣчается три направленія: 1) само-произвольное уничтоженіе въ силу неподмѣченыхъ до сихъ поръ обстоятельствъ, 2) ростъ вмѣстѣ съ организмомъ, такъ сказать пропорціальное увеличеніе объема и 3) быстро увеличеніе размѣровъ и нерѣдко скачками: за быстрымъ внезапнымъ увеличеніемъ объема слѣдуетъ остановка роста, за которой слѣдуетъ снова быстрый ростъ. Весьма нерѣдко эта послѣдняя форма теченія обусловливается или травмой опухоли или воспаленіемъ ея, часто же какія либо точные положительные указанія отсутствуютъ. Врожденные лимфангіомы часто, но далеко не всегда, ростутъ пропорціонально росту организма. Нерѣдко при значительномъ увеличеніи объема опухоли покровы ея истончаются, разрыхляются; опухоль теряетъ свое содержимое—лимфу; тоже можетъ произойти и отъ травмы. Конечно, подобная потеря подчасъ тяжело отражается на состояніи здоровья обладателя. Еще болѣе положеніе осложняется въ томъ случаѣ, когда травма или самопроизвольное вскрытие опухоли даютъ свободный доступъ къ богатому питательному материалу стрептококкамъ и стафилококкамъ: послѣдніе вызываютъ воспаленія, протекающія иной разъ весьма тяжело (случаи В. А. Оппеля). Впрочемъ въ другихъ случаяхъ воспалительный процессъ, не вызывая тяжелыхъ осложненій, завершается замѣщающимъ развитіемъ соединительной ткани и тѣмъ ограничивается или совсѣмъ уничтожаетъ опухоль. Лимфангіомы въ своемъ теченіи иногда сочетаются съ другими новообразованіями какъ доброкачественными, такъ и злокачественными.

Значеніе ихъ для организма обусловливается тремя моментами: 1) локализацией, 2) обширностью распространенія и 3) степенью чистоты ихъ природы. По своей анатомической природѣ лимфангіомы считаются доброкачественными новообразованіями, т. е. онѣ не даютъ метастазовъ во внутренніе важные для жизни органы и не вызываютъ своимъ присутствиемъ специфической кахексіи. Однако эта добрая репутація нисколько не гарантируетъ ихъ хозяина отъ важныхъ вредныхъ послѣдствій. Въ самомъ дѣлѣ, помѣщаясь въ различныхъ отдѣлахъ полости рта,— на языке, голосовыхъ связкахъ, въ Морганьевой пазухѣ, онѣ не только нарушаютъ отправленія заинтересованныхъ органовъ, но, разростаясь, угрожаютъ жизни вслѣдствіе задушенія. Вслѣдствіе своей обширности и множественности, онѣ не угрожая непосредственно жизни, и часто помѣщаясь на видныхъ мѣстахъ, обезображиваютъ организмъ, служать причиной механическихъ затрудненій и подвергаютъ организмъ разными случайностямъ, о которыхъ мы сказали выше. Сочетаясь съ ангіо-

мами и подвергаясь случайнымъ раненіямъ или даже неосторожному хирургическому вмѣшательству, гематолимфангіомы могутъ вести или къ значительнымъ истощающимъ потерямъ крови или даже къ смертельнымъ кровотеченіямъ, воспаленіямъ, ведущимъ къ пѣміи и. т. п. Самопроизвольное или вызванное травмой истечение лимфи ведеть къ истощенію организма; извѣстны случаи смерти отъ истощенія на этой почвѣ. Считаемъ лишнимъ упоминать о вредѣ для организма сочетанія лимфангіомъ съ злокачественными новообразованіями.

Только что указанные три момента, опредѣляющіе значеніе лимфангіомъ для организма, могутъ служить основой для установки прогноза; къ нимъ надо прибавить еще одно ухудшающее прогнозъ условіе—это широко разлитая тенденція рецидивировать.

Разумѣется 2—Злимфангіомы съ горошину гдѣ нибудь на поверхности тѣла не имѣютъ значенія для хорошаго прогноза, прогнозъ, будетъ серьезнѣ, когда ихъ тысяча; еще серьезнѣе предсказаніе въ томъ случаѣ, когда въ процессѣ вовлечены или обширныя области или важные органы.

Леченіе лимфангіомъ не представляетъ ничего типического. Наблюдались случаи самопроизвольного исчезновенія этихъ новообразованій; при этомъ иногда замѣчалось предварительное произвольное истечение лимфи вслѣдствіе источенія покрововъ, за нимъ слѣдовало слипчивое воспаленіе стѣнокъ лимфатическихъ полостей, приводившее къ запустѣнію ихъ; въ другихъ случаяхъ происходило постепенное всасываніе лимфи и разрощеніе замѣщающей соединительной ткани. Но изучить условія этого самопроизвольного излеченія, что-бы активно подражать имъ, до сихъ поръ не удалось. Поэтому идеаломъ современного леченія лимфангіомъ всѣхъ видовъ всѣми авторами согласно признается полное удаленіе опухоли возможнѣ. Впрочемъ практика указываетъ, что въ кистовидныхъ лимфангіомахъ, состоящихъ изъ одной, двухъ кистъ и выгодно расположенныхъ получился прекрасный результатъ отъ инъекцій t-rae jodi, Zinc chlorati 3% и т. п. Въ случаяхъ же лимфангіомъ кавернозныхъ, сосудистыхъ или капиллярныхъ и многокамерныхъ кистовидныхъ этотъ методъ не только мало примѣнимъ, но часто даже опасенъ: въ самомъ дѣлѣ безконтрольная инъекція можетъ вести къ травмѣ крупнаго кровеноснаго сосуда, произвести кровотеченіе, обусловить тромбъ со всѣми послѣдствіями, внести инфекцію въ закрытое отъ непосредственнаго наблюденія пространство и т. п. Поэтому всѣ способы вмѣшательства, гдѣ приходится работать въ темную, безконтрольно, оставлены. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ полное удаленіе опухоли невозможно, рекомендуютъ способъ рубцового сморщивания ея; самымъ надежнымъ и безопаснымъ методомъ при этомъ можно считать частичное изсѣченіе

опухоли съ послѣдующей тампонадой; при строгомъ соблюденіи правилъ антисептики и асептики онъ даетъ несомнѣнно хорошия результаты, хотя и требуетъ много времени и порядочной госпитальной обстановки. Не слишкомъ обширныя лимфангіомы кожи, намъ кажется, могутъ быть удалены вполнѣ съ послѣдующимъ закрытиемъ дефектовъ пересадкой здоровой кожи.

О результатахъ оперативнаго лечения судить по голымъ цифрамъ, конечно, трудно: на исходѣ операций вліаютъ многочисленные факторы: локализація опухоли, обширность ея, возрастъ и индивидуальность больного, опытность хирурга и множество другихъ. Имѣя въ виду эту оговорку, мы высчитали, что изъ 300 известныхъ намъ въ литературѣ случаевъ, оперированныхъ различными способами въ различное время, приходится 45 смертей, т. е. 15%; строго говоря, изъ 300 лимфангіомъ оперировано 245, ст. б. смертность будетъ 18,7%. При этомъ любопытно распределеніе по десятилетіямъ:

годы	число оперированныхъ	умерло изъ нихъ	% смертности.
30-ые	13	5	38,4.
50-ые	26	8	30,7.
60-ые	11	6	54,5%.
70-ые	41	11	26,8.
80-ые	68	9	13,2.
90-ые	86	6	6,9.

Эти цифры убѣждаютъ насъ, что успѣхъ въ леченіи лимфангіомъ въ періодъ до-антисептическій и антисептическій весьма различенъ. При этомъ надо замѣтить, что чаще всего операциі производились въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ и по поводу врожденныхъ лимфангіомъ. Въ остальныхъ 200 случаяхъ помѣченъ благоприятный исходъ (152), т. е. или полное излеченіе, хотя бы послѣ нѣсколькихъ рецидивовъ, или значительное улучшеніе (48); въ 45 случаяхъ нѣтъ точнаго указанія на лечение.

Діагностика лимфангіомъ не во всѣхъ случаяхъ легка по той причинѣ, что обычнымъ способомъ изслѣдуемыя свойства опухоли измѣняются весьма рѣзко не только отъ природы опухоли—сосудистой, кавернозной или кистовидной, но и отъ тѣхъ тканей, среди которыхъ опухоли находятся и отъ отношенія къ сосѣднимъ частямъ. Вообще для діагностики можно выставить 4 главнѣйшихъ требованія: 1) время появленія, 2) локализацію, 3) извлеченіе содержимаго и 4) пробное изслѣдованіе ткани опухоли подъ микроскопомъ. Въ самомъ дѣлѣ, мы выше указывали, что на 257 слу-

чаевъ съ точнымъ указаниемъ времени появленія лимфангіомъ приходится 175 врожденныхъ и только 82 пріобрѣтенныхъ, изъ которыхъ 30 кожныхъ; эти послѣднія діагносцируются, понятно, легко. Далѣе изъ 175 случаевъ, врожденныхъ лимфангіомъ на область шеи приходится 58, т. е. 33,1%, на языкъ 31, т. е. 18,2%, на губы 13, или 7,4%, щеки и грудь по 10 или 5,7% и т. далѣе, все уменьшаясь. Итакъ знаніе этихъ излюбленныхъ локализацій и времени появленія опухолей еще въ утробномъ періодѣ можетъ оказать услугу при діагносцированіи встрѣченной опухоли.

Содержимымъ истинныхъ лимфангіомъ всегда служить лимфа съ небольшимъ количествомъ форменныхъ элементовъ,—блѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ кружечковъ и клѣтокъ эндотеля лимфатическихъ стѣнокъ опухоли, но добыть содержимое въ чистомъ видѣ не всегда легко: не разъ наблюдались случаи, когда шприцъ ничего не извлекалъ или наполнялся кровью; въ первомъ случаѣ игла шприца попадала въ стѣнку полости, во второмъ въ кровеносный сосудъ¹⁾). Консистенція лимфангіомъ весьма различна: то она пастозна, мягка, то упруга и плотна, содержимое ихъ то легко вытѣняется пальпирующей рукой, но тотчасъ же занимаетъ свое мѣсто, то вытѣснить его нельзя или очень трудно. Форма опухолей какъ врожденныхъ, такъ и пріобрѣтенныхъ весьма различна: то они шаровидны, то неправильны въ очертаніяхъ особенно, когда они диффузно распространены по данной области. Рѣшающимъ моментомъ является изслѣдованіе подъ микроскопомъ части опухоли.

Предпославъ эти общія свѣдѣнія о лимфангіомахъ, перейдемъ теперь къ описанію нашего случая—типической кожной лимфангіомы.

Крестьянинъ Самарской губ. П. К. 18 лѣтъ, средняго роста и довольно плохого питанія, явился въ декабрѣ 1901 г. въ Александровскую больницу г. Казани съ опухолью. Послѣдняя занимала верхнюю передневнутреннюю поверхность праваго бедра (рис. I-й) въ верхней части она рѣзко выдавалась по направленію къ средней линіи тѣла, внизъ и въ стороны она постепенно переходила въ нормальную кожу, т. е. ясно носила диффузный характеръ, Покрывающая ея кожа весьма характерна и недурно передана фотографіей: она не ровна, на ней легко замѣтить какъ бородавчатыя возвышенія различной величины такъ глубокія складки. Далѣе надъ правой Пупартовой связкой ближе къ лобковому сочлененію замѣчалась припухлость, но въ этой области измѣненія кожи не видно. Объемъ больной конечности, казалось, вдвое болѣе объема здоровой.

¹⁾ Примѣч.: лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ замѣчалось хилезное содержимое.

При пальпациі опухоль пастозной консистенції; содержимое ея легко исчезало подъ рукой, но тотчасъ же занимало свое мѣсто, когда удалялась рука. Положение опухоли надъ симфизомъ было глубже.

Во время продолжительного лежанія больного, особенно при бинтованіи больной конечности, содержимое опухоли постепенно всасывалось, кожа на мѣстѣ опухоли образовала легкое толстые складки, но стоило больному встать, какъ содержимое начинало снова скопляться, опухоль достигала значительной величины и мѣшала больному свободно двигаться.

Несмотря на значительную величину, опухоль острыхъ субъективныхъ ощущеній у больного не вызывала; ему лишь казалось, что правая нога какъ бы становилась тяжелѣе.

Отецъ и мать больного здоровы и подобныхъ заболеваній не имѣли.

Отецъ о появлениі опухоли рассказываетъ, что еще у 3 лѣтъ-наго ребенка замѣчалось что то на правомъ бедрѣ. Будучи лѣтъ 10, его сынъ во время игры наткнулся на уголъ скамьи правымъ пахомъ. Послѣ этого ушиба появилась краснота, лихорадка; больной пролежалъ въ постели нѣсколько дней. По выздоровленію на мѣстѣ ушиба появилась небольшая опухоль, которая первое время увеличивалась очень медленно, но послѣдніе три года,—безъ видимыхъ причинъ и не вызывая какихъ либо субъективныхъ непріятныхъ явлений, опухоль сильно прогрессировала въ своемъ ростѣ, мѣшая больному работать.

На основаніи этого разсказа отца и самого больного нельзѧ категорически высказаться, что опухоль эта пріобрѣтенна. Кажется болѣе вѣроятнымъ, что врожденная опухоль до достижениія замѣтныхъ размѣровъ не обращала на себя ни съ чьей стороны вниманія.

Наблюдая уменьшеніе опухоли во время сна и значительное увеличеніе во время движенія, больной пришелъ къ выводу, что въ опухоли жидкость, сдѣлалъ проколъ большой иглой; изъ мѣста укола вытекла прозрачная желтоватая жидкость.

Въ виду обширности опухоли, что видно даже на рисункѣ (рис. 1-й), полное удаленіе ея заразъ являлось дѣломъ невозможнымъ. На основаніи же тѣхъ имѣющихся въ литературѣ случаевъ полного исчезновенія опухоли даже тогда, когда появлялась рубцовая соединительная ткань, хотя бы и не по всей опухоли, позволяли надѣяться на излеченіе при частичномъ изсѣченіи опухоли и въ нашемъ случаѣ. Какъ производство самой операциіи, такъ и послѣ операционе лечение было проведено нами подъ руководствомъ уважаемого проф. Н. А. Геркена. Былъ употребленъ хлороформный наркозъ, операциія продолжалась $1\frac{1}{4}$ часа. Операциія была выполнена 9 Января 1902 г. Двумя полуокружными разрѣзами прибли-

зительно по направлению v. Saphena magna длиною между конечными точками сантиметровъ въ 25 и ширину сантиметровъ въ 15 былъ вырѣзанъ кусокъ кожи во всю толщу до подлежащаго апоневроза; на днѣ полученной раны можно было разсмотретьъ указанную вену; было наложено 22 шва; края раны сошлись безъ напряженія. Во время операциії вытекло около 2 литровъ лимфы смѣшанной съ кровью. Кровотеченіе было незначительное. Каждъ вырѣзанный кусокъ кожи, такъ и оставшейся части опухоли представляли изъ себя кавернозную ткань во всю толщу. Изслѣдуя пальцемъ, мы находили соединенные между собой кавернозныя полости различной величины: въ некоторыя изъ нихъ входилъ большой палецъ; ткань быстро спадалась; кое-гдѣ стѣнки полостей представляли бѣловатые тяжи. Вся опухоль лежала надъ апоневрозомъ: при пальпациії какъ дна операционной раны, такъ и въ стороны отъ разрѣзовъ, распространенія опухоли въ глубь констатировать было нельзя.

Послѣоперационное теченіе заживленія протекло не совсѣмъ гладко; на 3 день послѣ операциії t° были $38,6^{\circ}C$, слѣдующіе три дня держалась нормально $37,5^{\circ}$, но на 8-ой день вдругъ поднялась до $39,1^{\circ}$ и на слѣдующій $39,5^{\circ}$. Была сдѣлана перевязка; при осмотрѣ раны оказалось нагноеніе въ 2-хъ нижнихъ швахъ съ небольшими затеками гноя по сторонамъ разрѣза; гной бѣловатаго цвѣта безъ запаха. Эти нагноившіеся два шва сняты, вставленъ дренажъ, изъ послѣдняго вмѣстѣ съ гноемъ вытекала и лимфа. Остальные швы удалены, въ нихъ оказалось заживленіе первымъ натяженiemъ. Послѣдующіе дни t° упала; 21 января вторая перевязка, такъ какъ первая промокла. 26 Января t° съ $36,8^{\circ}$ вдругъ поднялась до $40,3^{\circ}$, осмотръ обнаружилъ задержку гноя; дренажъ былъ перемѣненъ; доступный черезъ дренажъ пространства были промыты сулемой 1:1000; наложена повязка. Слѣдующіе дни t° держались $36,7^{\circ}$, 30-го Янв. снова поднялась до $38,2^{\circ}$, сдѣлана перевязка; выдѣленіе гноя продолжалось безпрепятственно. 2-го Февраля t° поднялась $39,6^{\circ}$ выдѣленіе гноя еще продолжалось, но количество его уже значительно было менѣе. 4 Февраля t° снова поднялась до $40,3^{\circ}$ осмотръ открылъ небольшое количество гноя такого же качества, оставался неглубокій свищекъ, едва вмѣшившій въ себѣ маленький дренажикъ; черезъ дренажъ промыто сулемой 1:1000, наложена повязка. Во всемъ послѣдующемъ теченіи установилась нормальная t° , не превышающая $37,7^{\circ}$, повязки мѣнялись черезъ 6—7 дней. Въ Мартѣ мѣсяцъ больному позволено вставать и ходить.

Послѣ операциії опухоль значительно уменьшилась, что видно на рис. 2-мъ, однако боковая и нижняя части ея какъ будто уже

снова начали напрягаться особенно при продолжительномъ движениі больного.

Въ виду наступавшей весны, больной какъ единственный помощникъ отца, 7-го апрѣля выписался. Ему рекомендованъ для постояннаго ношенія чулочный бинтъ и осеню послѣ страды показаться опять. Но больной не явился, а на посланное письмо отвѣта не послѣдовало.

Вырѣзанная часть опухоли подвергнута микроскопическому изслѣдованию, произведенному моимъ товарищемъ Л. Л. Фофановымъ.

Удаленная часть опухоли представляла изъ себя кожный лоскутъ длиной сантим. 12 и шириной сант. 6. Внутренняя или вѣрхнѣя нижняя его поверхность представлялась въ видѣ ткани губчатаго строенія, при чмъ попадались полости, пропускавшія даже палецъ. Главная же масса состояла изъ тонкихъ перекладинъ, перепутанныхъ въ различныхъ направленияхъ.

Для микроскопического изслѣдованія кусочки опухоли были фиксированы въ жидкостяхъ Мюллера, Флеминга и алкоголь, заливались кусочки въ параффинъ и целлоидинъ. Для окрашиванія употреблялись гематоксилинъ, гематоксилинъ съ эозиномъ, методы van Gieson'a, доктора Тимофеева, сафранинъ съ пикриновой кислотой и гематоксиминъ съ пикроиндиокарминомъ.

Микроскопическая картины, полученные нами, представляются глубоко интересными и оригинальными. Въ общихъ чертахъ картины, полученные на различныхъ срѣзахъ, носятъ одинъ и тотъ же характеръ на всемъ вырѣзанномъ участкѣ опухоли.

Если будемъ разматривать препаратъ, начиная съ поверхностнаго слоя съ эпидермиса, то мы должны будемъ обратить вниманіе на то, что слой его крайне утолщенъ и лежитъ въ видѣ сплошнаго рогового пласта или въ видѣ нѣсколькихъ слоевъ. По большей части приходится видѣть мѣста, где эпидермисъ оторвался, отслоился въ время обработки препаратовъ.

Далѣе мы должны обратить вниманіе на то, что эпителіальный слой тоже крайне утолщенъ, увеличенъ какъ въ глубину, такъ и въ ширину. Въ другихъ же мѣстахъ наоборотъ—слой эпителія крайне истощенъ, до 3—4 слоевъ клѣтокъ, причемъ жизнедѣятельность послѣднихъ повидимому, нарушена, такъ какъ ядра красятся плохо. На иныхъ препаратахъ это утолщеніе мильпигіева слоя доходитъ до того, что сосочки кожи совершенно сглажены, отсутствуютъ и вместо ихъ мы видимъ одинъ разросшійся слой плоскаго мостовиднаго многослойнаго эпителія. Эпителій здѣсь вполнѣ характеренъ, на срѣзахъ болѣе тонкихъ отчетливо видны контуры отдѣльныхъ клѣтокъ. Окраски сафраниномъ и пикриновой кислотой послѣ флемингского фиксажа указываетъ на то, что въ Мальпигіевомъ

слой идетъ оживленный процессъ размноженія клѣтокъ, по крайней мѣрѣ во всѣхъ ядрахъ можно разглядѣть фигуры дѣленія. На нѣкоторыхъ препаратахъ обращаетъ на себя вниманіе то, что эпителій отшнуровывается и проникаетъ глубоко внутрь кожи, оставаясь однако соединеннымъ довольно толстыми шнурками съ поверхностнымъ слоемъ.

Устья выводныхъ протоковъ потовыхъ железъ и волосъ довольно рѣдки. Что касается кожныхъ сосочковъ, то какъ сказано, во многихъ мѣстахъ они доведены разросшимся эпителіальнымъ пластомъ до полного уничтоженія, въ тѣхъ мѣстахъ, где они еще сохранились, они представляются въ видѣ узкихъ образованій, вдающихся въ эпителіальный слой, въ нихъ иной разъ видны тоненькие сосудики, но чаще они представляются въ видѣ сплошныхъ соединительно-тканыхъ образованій, въ центрѣ которыхъ лежитъ довольно значительное количество своеобразныхъ круглыхъ клѣтокъ. Сосуды, идущіе къ сосочкамъ, тоже окружены слоемъ такихъ же круглыхъ клѣтокъ. Въ скелете кожи—согium мы имѣемъ тоже очень явственная измѣненія. Мы видимъ, что пучки соединительной ткани сильно раздвинуты и всѣ сплошь выстланы эндотелемъ, тамъ встрѣчается довольно значительное количество сосудовъ артериальныхъ и венозныхъ, встрѣчаемъ скопленія круглыхъ клѣтокъ, пучки гладкомышечной мускулатуры, волосы, потовые железы и лимфатическая щели. Все это хотя и сохраняетъ отношенія, свойственные нормальной кожи, но отъ нея будетъ отличаться своей локализацией, величиной и отношеніемъ къ окружающимъ частямъ. Чѣмъ болѣе углубляемся мы отъ эпителіального покрова вглубь кожи, тѣмъ измѣненія видимыя нами становятся все болѣе и болѣе замѣтны и характерны: такъ мы встрѣчаемъ уже не просто раздвинутые пучки согi, выстланые эндотеліальными клѣточками, а типическая лимфатическая полости. Полости эти состоятъ изъ балокъ соединительно-тканыхъ, они обложены эндотелемъ и анастомозируютъ между собой, въ стѣнкахъ ихъ проходятъ артериальные и венозные сосуды. Тутъ мы уже начинаемъ встрѣчаться съ подкожной жировой клѣтчаткой. Жировая клѣтчатка имѣетъ характерный вполнѣ видъ и форму; что довольно странно, такъ это обильное развитіе ея. Обыкновенно думаютъ, что лимфангиомы развиваются именно на счетъ уничтожающейся жировой клѣточки. При фиксажѣ по Флемингу мы можемъ видѣть, что въ ячейкахъ ея различаются большія капли жира, окрашиваемыя осміемъ въ интензивный черный цвѣтъ. На этихъ же препаратахъ мы видимъ карюкинетическія явленія въ ядрахъ эндотелія, выстилающаго всѣ лимфатическія щели и полости. Что жировыя клѣтки и здѣсь участвуютъ въ лимфатическихъ пространствахъ, это видно изъ того отношенія, которое существуетъ между жировой калѣтчаткой и лимфатическими полостями: именно

главную массу полостей мы встрѣчаємъ тамъ, гдѣ видимъ клѣтчатку. Здѣсь же можно видѣть, какъ толстые цуги соединительной ткани вростають въ клѣтчатку и охватываютъ жировыя ячейки, рядомъ видимъ уже готовую полость, гдѣ жировой клѣтчатки уже нѣтъ а вмѣсто нея трабекулы соединительной ткани, выстланныя эндотелемъ, т. е. имѣемъ развитіе лимфатическихъ полостей на счетъ клѣтчатки. Удаляясь еще болѣе въ глубь, мы видимъ уже очень большія лимфатическія полости; здѣсь въ образованіи ихъ начинаетъ принимать участіе гладкая мускулатура, такъ какъ всѣ стѣнки этихъ полостей образованы изъ гладкихъ мышцъ. Но по-видимому гладкая мускулатура здѣсь только втянута въ процессъ, а сама не играетъ активной роли. Это можно заключить на томъ основаніи, что среди пучковъ ея вдругъ начинаютъ попадаться все въ большемъ и большемъ количествѣ клѣтки соединительно-тканного типа съ продолговатыми и звѣздчатыми ядрами. Гладкая мускулатура уступаетъ такому сильному вторженію соединительной ткани и постепенно погибаетъ, что мы видимъ на одномъ изъ препаратовъ, гдѣ гладко мышечный пучекъ, сначала казавшійся нормальнымъ, въ концѣ концовъ представляется въ видѣ пучка безъ ядеръ, безъ клѣтокъ, въ который вростаетъ соединительная ткань. Такимъ образомъ изъ всего, что мы видѣли на нашихъ препаратахъ, мы имѣемъ право заключить, что имѣемъ дѣло съ кавернозной лимфангиомой, продолжающей энергично развиваться, по крайней мѣрѣ за это говорить каждый участокъ микроскопического препарата. Развивается она какъ на счетъ жировой клѣтчатки, вростая въ нее, уничтожая ее, такъ и насчетъ соединительно-тканыхъ пучковъ кожи, раздвигая ее чисто механически.

Разбирая строеніе нашей опухоли диффузно разлитой въ кожѣ, мы имѣли случай говорить почти о всѣхъ ея элементахъ. Остается еще сказать объ измѣненіи одного изъ видныхъ элементовъ кожи, эластической ткани. Для окраски эластической ткани мы пользовались способомъ д-ра Тимофѣева, который даетъ крайне изящные препараты и въ тоже время крайне простъ. [Онъ состоитъ въ томъ, что срѣзы красятся около $\frac{1}{2}$ часа въ гематоксилинѣ, затѣмъ сутки въ орцеинѣ, потомъ обезцвѣчиваются подкисленнымъ алкоголемъ и дополнительно окрашиваются пикроиндигокарминомъ Саула.]

На препаратахъ, окрашенныхъ по способу д-ра Тимофѣева, мы могли констатировать присутствіе большого количества эластической ткани, которая обрашается орцеиномъ въ интензивно краснокоричневый цвѣтъ. Эластическую ткань мы видимъ въ видѣ толстыхъ извилистыхъ цуговъ, она распространяется по всему скелету кожи, разбивается на мелкие пучки и тонкія волоконца, словомъ она оплетаетъ своею сѣтью весь скелетъ кожи. Самая тоненькая ея

волосоконца заходят въ сосочки кожи и достигают до самого слоя эпителия. Толстые волоски ея грубы.

Въ стѣнкахъ лимфатическихъ полостей волосокъ эластической ткани тоже очень много. Вообще надо сказать, что количество эластической ткани здѣсь болѣе, чѣмъ это бываетъ въ нормальной кожѣ.

Вотъ все, что мы можемъ сказать послѣ изслѣдованія имѣющейся у насъ лимфангіомы кожи. Къ крайнему нашему сожалѣнію мы не могли получить хорошихъ препаратовъ эндотеліальныхъ клѣтокъ съ помощью азотокислого серебра.

Въ заключеніе считаемъ долгомъ выразить нашу благодарность нашимъ уважаемымъ учителямъ Н. А. Геркену за доставленный случай и Н. М. Любимову за любезный просмотръ препаратовъ.

Объясненія рисунковъ:

Рис. № 1-й Видъ больной конечности до операциіи.

Рис. № 2-й Видъ больной конечности послѣ операциіи.

Рис № 3-й Характеръ измѣненій съ поверхности въ глубь:
а) лимфатическая полость, б) группы круглыхъ клѣтокъ, с) потовые железы, д) пластъ гладко-мышечной мускулатуры, е) кровеносный сосудъ, ф) лимфатическая щели.

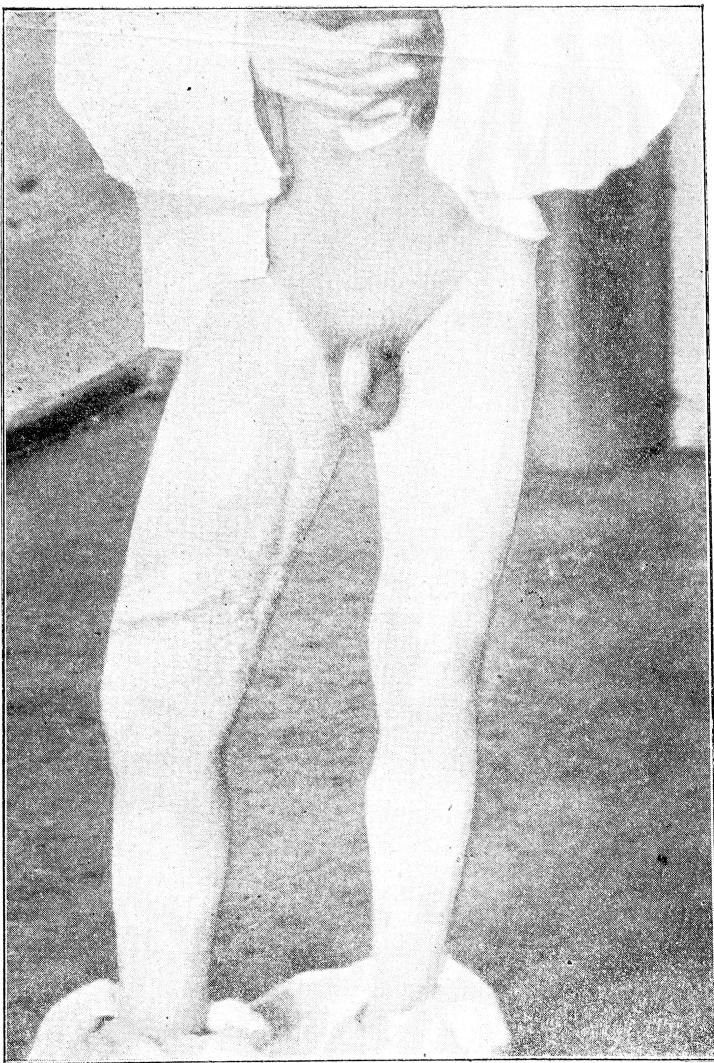
Рис. № 4-й Продолженіе предыдущаго; лимфатическая полости заложены въ жировой клѣтчаткѣ, сильно измѣненной: а) остатки жировыхъ ячеекъ, д) слои гладкой мускулатуры, с) остатки жировой клѣтчатки съ достаточно развитившимися пугами соединительной ткани, д) группы круглыхъ клѣтокъ, е) лимфатическая полости.

Рис. № 5 Характеръ щелей, образовавшихся на мѣстѣ жировой клѣтчатки: а) ядра клѣтокъ эндотелія, б) волоска гладкой мышечной мускулатуры въ стѣнкахъ, отдѣляющихъ полости, с) группы клѣтокъ, д) лимфатическая полости.

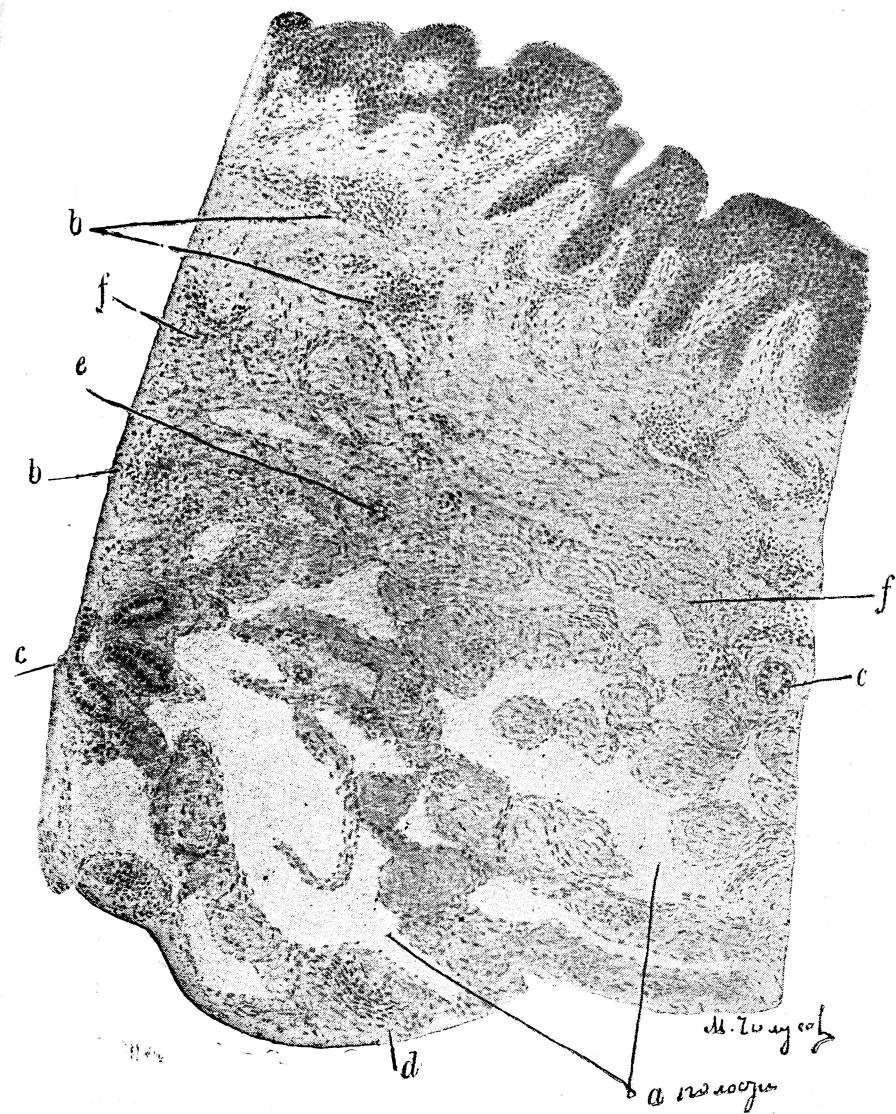
ЛИТЕРАТУРА:

- М. Покровскій. О лимфангіомахъ Хирургія, т. 4. 1898 г.
Lannelongue et Ménad. Affectiions, congenitals t. 1.
1891 г.
- В. А. Оппель Лимфангіомы 1899 г.
- Любимовъ. Лекціи патологической анатоміи. Казань 1897 г.
- Общераспространенные руководства по общей и частной хи-
рургії. (Ландереръ, Кенигъ, Тильмансь и др.).

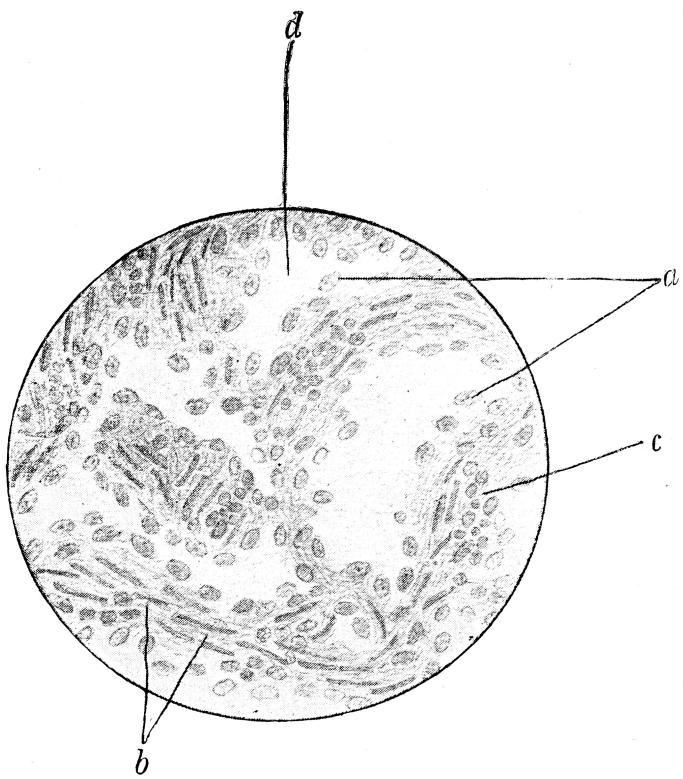




N^o 2,

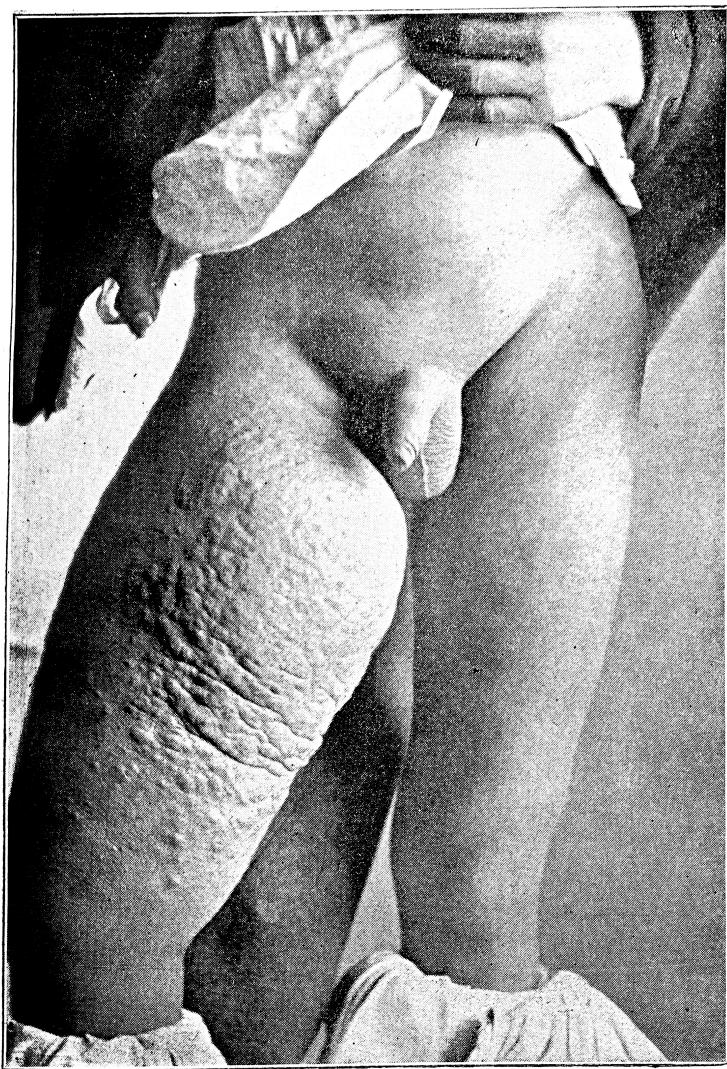


Nº 4.

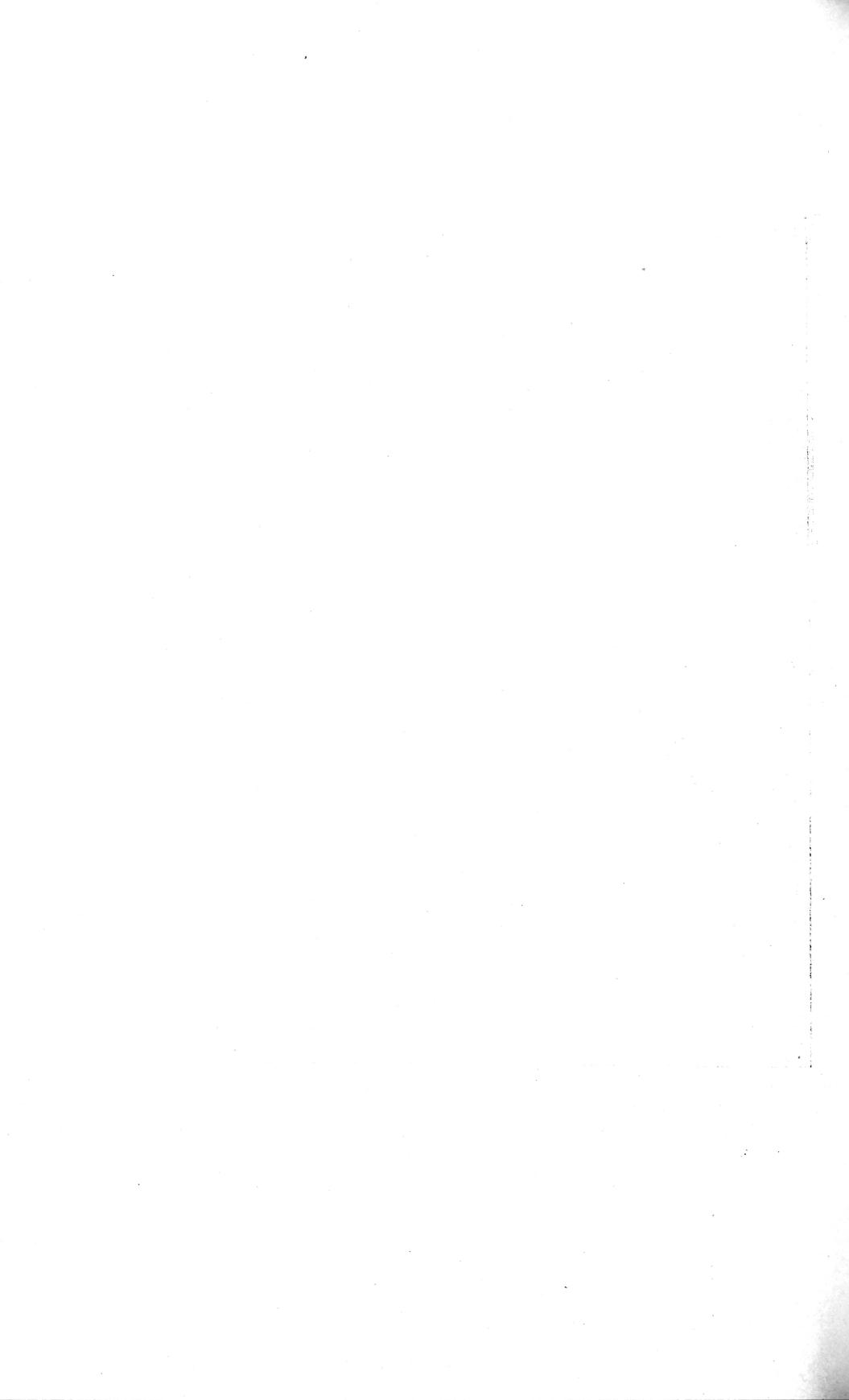


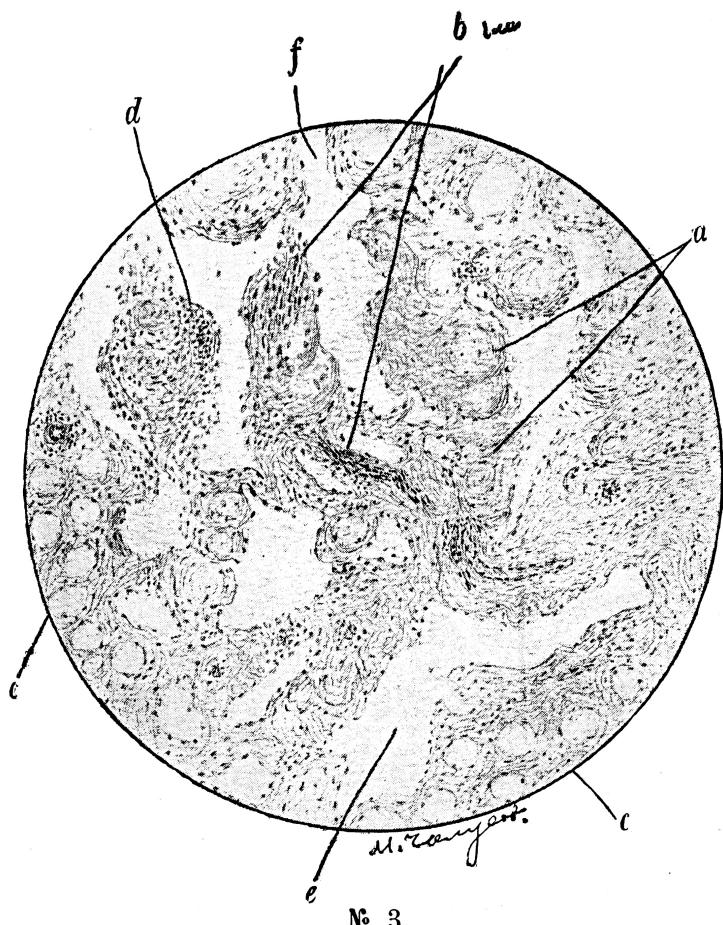
N^o 5.





Nº 1.





Nº 3.

Micrograph.

