

## Случай тератомы легкаго.

Студ. Л. Л. Фофанова.

Всякія новообразованія въ легкихъ встрѣчаются крайне рѣдко; обыкновенно въ легкихъ встрѣчаются узлы злокачественныхъ опухолей, метастазированныхъ сюда изъ первичныхъ узловъ, поселяющихся гдѣ-либо въ другихъ органахъ. Первичныя же новообразованія легкихъ—вещь въ высшей степени рѣдкая. Въ одномъ изъ прошлыхъ засѣданій Вашего общества д-ръ П. П. Заболотновъ приводилъ довольно подробную статистику, касающуюся первичныхъ злокачественныхъ новообразованийъ легкихъ, изъ которой видно, что процентъ ихъ не выходитъ изъ предѣловъ десятыхъ единицы. Что касается новообразованийъ доброкачественныхъ, то они встрѣчаются въ легкихъ—это несомнѣнно, но встрѣчаются пожалуй еще рѣже, чѣмъ злокачественныя. Такъ въ легкихъ были наблюдаемы *osteoma* (Rokitansky, Virchow, Buhl), остеоидная хондрома (Virchow), хондромы, фибромы, но повидимому ни разу не было описано новообразованіе, носящее названіе тератомы, насколько можно было это заключить изъ просмотрѣнной нами литературы. Намъ попадались новообразованія тождественныя съ нашимъ, локализовавшіяся еще болѣе интересно и страннѣе, на примѣръ: тератома бокового желудочка мозга, тератома легочной артеріи внутри сердечной сорочки, случай Virchow'a—тератома передняго средостѣнія, дермоидныя кисты передняго средостѣнія (Ekehorn), но случая, аналогичнаго нашему, намъ не встрѣтилось, что вызвало еще болѣе интересъ съ нашей стороны и желаніе подѣлиться этимъ съ Вами—съ обществомъ Врачей. (Правда намъ встрѣтился одинъ случай аналогичный нашему, но почему то онъ носитъ названіе рабдомиомы, хотя это тератома).

Въ концѣ прошлаго академич. года въ нашъ патолого-анатомическій институтъ было прислано врачомъ Воткинскаго завода, докторомъ И. А. Спасскимъ, легкое, въ которомъ имѣлось какое то новообразованіе. Въ присланной при препаратѣ бумагѣ говорилось, что это правое легкое, вынутое изъ трупa крестьянина деревни Верхней Талицы, Свѣтлянской волости Вятской губерніи Григорія Андрианова Л—ва 55-ти лѣтъ. Какихъ либо клиническихъ данныхъ, протокола вскрытія и почему было произведено вскрытіе—указаній въ бумагѣ никакихъ на это не имѣлось. По этому поводу д-ру И. А. Спасскому былъ сдѣланъ запросъ, не имѣется ли у него какихъ либо данныхъ, касающихся этого случая. Докторъ Спасскій сообщилъ, что свѣдѣнія, которыя онъ можетъ доставить намъ, крайне скудны. Дѣло въ томъ, что больного ему пришлось наблюдать лишь за нѣсколько часовъ до смерти, такъ какъ вскорѣ по доставленіи въ госпиталь онъ умеръ. Вскрытіе произведено было не полное, такъ какъ родственники этому сильно противились. Протокола вскрытія записано не было. Что касается изслѣдованія больного при поступленіи его въ больницу, то оно дало слѣдующее: Григорій Андриановъ Л—евъ, субъектъ хорошо и правильно развитой, высокаго роста и крѣпкаго тѣлосложенія, наружныхъ уродствъ никакихъ не имѣлось; доставленъ онъ былъ въ госпиталь съ сильнѣйшей одышкой, при слабомъ пульсѣ, съ рѣзко выраженнымъ ціанозомъ всей верхней половины тѣла, въ особенности лица, шеи, рукъ. Пораженный бокъ какъ бы раздутъ и уже на глазъ замѣтно выпяченъ. При перкуссіи звукъ получался тупой, дыхательные шумы отсутствовали. Анамнестическихъ данныхъ никакихъ собрать не удалось: и самъ больной и родственники говорили, что равнѣ онъ былъ совершенно здоровъ и заболѣлъ сравнительно недавно (при чемъ время не указано). При вскрытіи оказалось, что сердце немного увеличено и наполнено кровью, печень тоже немного увеличена, въ правомъ легкомъ оказалось новообразованіе, которое прислано намъ. Больше ничего особеннаго при вскрытіи найдено не было. Препаратъ былъ присланъ разрѣзаннымъ почти на равныя 2 части. При осмотрѣ ни по формѣ, ни по ткани нельзя было сказать, что мы имѣемъ дѣло съ легкимъ, а не съ какимъ-либо другимъ органомъ, до того оно было обезображено. Обѣ половины представляютъ изъ себя сплошную массу бѣлаго цвѣта, очень плотной консистенціи. Величина правой половины 20 сантим., ширина 10 сант., величина лѣвой 20 сант., ширина 13 сан. Вся опухоль вѣситъ 1300 граммъ. На разрѣзѣ уже макроскопически видно, что здѣсь имѣется костная ткань, участки гіалиноваго хряща, полости, частью пустыя, частью наполненныя какимъ-то содержимымъ. По периферіи, повидимому, осталось незначительное количество легочной паренхимы, представляющей въ видѣ тонкой рыхлой оболочки

темнопигментированной. Лѣвая половина, повидимому, сильно вдавалась въ переднее средостѣніе, потому что она срощена съ сердечной сорочкой, такъ что, чтобы выпнуть это новообразование изъ грудной полости, пришлось удалить вмѣстѣ съ ней часть сердечной сорочки и мышць праваго желудочка сердца, какъ это вы видите здѣсь.

При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что мы имѣемъ типичную тератому. Прежде однако чѣмъ говорить о томъ, что мы получили при нашемъ изслѣдованіи, надо сказать нѣсколько словъ о тератомахъ вообще.

Уже одно слово „тератома“ — „чудесная опухоль“ — показываетъ, что этотъ видъ новообразований стоитъ особнякомъ отъ всѣхъ другихъ опухолей, носящихъ названія по типу тканей, изъ которыхъ онѣ состоятъ. Имѣются опухоли и съ довольно сложной структурой, однако ничего общаго съ тератомой не имѣющія. Тератома вызываетъ представленіе о причудливой, своеобразной комбинаціи тканей, не встрѣчающейся ни въ одномъ изъ другихъ видовъ опухолей. Видовъ тератомъ имѣется 3. Первый и наиболѣе часто встрѣчающійся типъ тератомъ, это — дермоиды, т. е. такія тератомы, въ которыхъ повторяется строеніе кожного покрова со всѣми присущими ему образованиями. Тератомы этого вида встрѣчаются далеко не рѣдко и въ различныхъ мѣстахъ, но особенно часто въ яичникахъ. Другой видъ тератомъ, это — тератомы въ собственномъ смыслѣ слова — новообразованія, представляющія изъ себя комплексъ различныхъ тканей, скомбинированныхъ безъ какого либо опредѣленнаго порядка и безъ опредѣленнаго цѣлесообразнаго плана. Въ такихъ случаяхъ встрѣчаются намъ въ этихъ опухоляхъ ткани жировая, соединительная, костная, хрящи, кисты, железы различнаго рода — и всё это скомбинировано въ одну массу, безъ плана, безъ цѣли; правда иной разъ можно усмотрѣть въ такой опухоли сходство съ строеніемъ какого либо изъ внутреннихъ органовъ, но очень отдаленное. Тератомы этого рода встрѣчаются уже очень рѣдко и кажется въ литературѣ не имѣется хотя бы 2-хъ тождественныхъ случаевъ при одинаковой локализациі. Изъ такихъ тератомъ можно упомянуть, какъ особенно характерный случай Virchow'a — тератомы передняго средостѣнія. Третій видъ тератомъ — это новообразованія, если такъ можно будетъ выразиться, болѣе высоко организованныя. Обыкновенно они представляются въ видѣ частей и органовъ недоразвитаго плода, заключенныхъ въ плодъ вполне сформированный; это — тѣ новообразованія, которыя носятъ названія *foetus in foetu*. Встрѣчаются онѣ уже совсѣмъ рѣдко, — между прочимъ въ нашемъ кабинетѣ патологич. анатоміи имѣется одинъ изъ лучшихъ случаевъ такого *foetus in foetu*.

Что касается нашего случая, то онъ цѣликомъ подходитъ подъ второй видъ тератомъ, почему о первомъ и третьемъ видахъ мы болѣе говорить и не будемъ. Если бы тератома, имѣющаяся у насъ, локализовалась гдѣ либо въ наружныхъ покровахъ, то она совершенно утратила бы свой интересъ и заслуживала бы вниманія только съ той точки зрѣнія, поскольку часто она встрѣчается; весь интересъ этого случая главнымъ образомъ и заключается въ необычайной локализациі опухоли.

Тератомы этого вида растутъ довольно быстро и могутъ достигать серьезныхъ размѣровъ. Если въ составъ такихъ опухолей входитъ раковая или саркоматозная ткань, то онѣ приобретаютъ характеръ опухолей злокачественныхъ и могутъ давать метастазы, если же этихъ элементовъ не имѣется, то опухоли эти относятся къ разряду доброкачественныхъ—и прямо жизни субъекта не угрожаютъ. Вотъ къ подобнаго рода новообразованіямъ относится и нашъ случай.

Для микроскопическаго изслѣдованія брались кусочки изъ различныхъ мѣстъ даннаго новообразованія, уплотнялись въ алкогольъ и заключались въ целлоидинъ. Срѣзы дѣлались микротомомъ Schanz'a. Для окраски препаратовъ употреблялся гематоксилинъ, гематеинъ съ эозиномъ или препараты окрашивались по способу V.-Gieson'a. Къ сожалѣнію, надо сказать, что, такъ какъ первоначальный фиксажъ всего присланнаго намъ препарата былъ не строго безупреченъ, то препараты изъ поверхностныхъ слоевъ плохо воспринимаютъ окраску, клѣточные элементы потеряли свой прижизненный видъ, жались, что конечно сильно измѣняетъ настоящій видъ препарата.

На микроскопическихъ препаратахъ, окрашенныхъ указанными способами, мы могли констатировать въ данномъ новообразованіи присутствіе почти всѣхъ тканей организма. Такъ мы встрѣчали ткани: соединительную, жировую, костную, хрящевую, эпителиальныя образованія, мышечную, причемъ на различныхъ препаратахъ эти ткани являются въ различныхъ комбинаціяхъ и въ различныхъ количествахъ. Вообще можно сказать, что преобладающей тканью, такъ сказать, основой всего новообразованія можно считать соединительную ткань. Количество ея громадно; она является то въ видѣ толстыхъ и широкихъ цуговъ, то разбивается на тонкія нѣжныя полоски, проникаетъ въ другія ткани, однимъ словомъ нѣтъ почти ни одного мѣста, гдѣ не было бы указаній на присутствіе соединительной ткани. При окраскѣ по методу V.-Gieson'a волокна соединительной ткани особенно рельефно выдаются въ видѣ ярко красныхъ цуговъ. Далѣе мы видѣли на нашихъ препаратахъ громадное количество гиалиноваго хряща. Хрящевая ткань совершенно типичнаго строенія, состоитъ изъ гомогеннаго вещества, въ которомъ зало-

жены типичныя для гіалиноваго хряща клѣтки. Клѣтки эти окружены рѣзкимъ свѣтлымъ двухконтурнымъ ободкомъ.

Вслѣдствіе плохого фиксажа клѣтки сильно сморщены, потеряли свой нормально-полукруглый видъ и сильно отстаютъ отъ всей капсулы, такъ что между ободками и клѣткой имѣется довольно значительное свободное пространство. Клѣтки заложены въ капсулы или по одиночкѣ или попарно. Хрящевая ткань раскидана въ видѣ громаднаго числа небольшихъ островковъ по всему новообразованію. Островки эти, сливаясь, образуютъ участки такой величины, что хрящевая ткань опредѣляется въ данномъ новообразованіи уже *ad oculos* — макроскопически. Каждый островокъ такого гіалиноваго хряща окруженъ надхрящницей. Кое гдѣ, впрочемъ довольно часто, можно видѣть обѣизвествлѣніе хрящевой ткани. Обѣизвествлѣніе это начинается съ того, что основное вещество, которое нормально плохо воспринимаетъ окраску гематоксилиномъ, начинаетъ принимать отъ гематоксилина диффузную синеватую окраску и въ полѣ зрѣнія можно видѣть отложеніе солей извести, сначала въ видѣ крупинокъ, которыя постепенно сливаются въ большія и большія бляшки, рѣзко окрашиваемыя гематоксилиномъ въ синій цвѣтъ. На одномъ изъ препаратовъ мы имѣемъ типичную костную ткань, которую можно было замѣтить уже макроскопически. Костную ткань мы здѣсь видимъ передъ собой въ видѣ вполне сформированной костной пластинки, состоящей изъ компактной—*substant. dura*. Въ ней мы можемъ различить периферическій еще болѣе плотный слой.

По всему костному образованію разбросаны типичныя костныя тѣльца, имѣющія характерную паукообразную форму, съ очень значительнымъ количествомъ отростковъ; при поворотахъ винта микроскопа мы можемъ ясно видѣть какъ эти отростки анастомозируютъ между собой. По периферіи внутренней стороны этой пластинки мы видимъ образованіе, сильно напоминающее намъ по своему гистологическому виду костный мозгъ. Именно, мы видимъ массу лимфоидныхъ элементовъ и среди нихъ клѣтки очень значительной величины съ нѣжной протоплазмой, окрасившейся отъ эозина въ розовый цвѣтъ. Ядра этихъ клѣтокъ имѣютъ очень значительную величину и неправильную форму.

Далѣе мы должны остановиться на тканяхъ мышечной и эпителиальной. Мышечная ткань является на препаратахъ въ очень значительномъ количествѣ. Она такъ же, какъ и ткань соединительная, идетъ то въ видѣ толстыхъ цуговъ, то въ видѣ тоненькихъ пучковъ. Ея палочкообразныя ядра окрашиваются очень хорошо. Мускулатура встрѣчается только гладкая, поперечно же исчерченная не встрѣтилась намъ ни одного раза. Пучки мышечной ткани не имѣютъ какого либо опредѣленнаго направленія, но перепутаны въ различныхъ направленіяхъ. Мѣстами въ толщѣ мышечнаго слоя

видны глыбки свѣтложелтаго пигмента, образовавшагося, повидимому, изъ бывшихъ здѣсь ранѣ кровоизліяній въ толщѣ ткани. Но ни одна ткань не является въ данномъ новообразованіи въ столь различныхъ формахъ, какъ эпителиальная. Тутъ мы встрѣчаемъ эпителий рѣшительно всѣхъ видовъ: такъ, намъ попадаются огромные пласты плоскаго многослойнаго эпителия, встрѣчаются цѣлые эпителиальные ходы, причѣмъ клѣтки эпителия неправильной формы, слегка сплюснуты, съ рѣзко контурированнымъ ядромъ. Тутъ мы встрѣчаемъ эпителий мерцательный, кубовидный, слизисто-бокаловидныя клѣтки, железистый эпителий. Всѣ эти виды эпителия хотя и встрѣчаются въ различныхъ мѣстахъ, но часто попадаются мѣста, заставляющія подозрѣвать, что здѣсь мы имѣемъ переходъ одного вида эпителия къ другой. Такъ, иной разъ на препаратахъ намъ попадались полости, начало которыхъ было выстлано мерцательнымъ эпителиемъ, который смѣнялся кубовиднымъ. Среди этого послѣдняго попадались клѣтки слизи, отдѣляющія, бокаловидной формы и въ концѣ этой полости мы уже встрѣчаемъ эпителий плоскій, многослойный, разрастающійся въ видѣ неправильнаго вида сосочковъ. Въ другомъ мѣстѣ встрѣчаемъ картину тоже не меньшаго интереса, именно переходъ обыкновеннаго плоскаго многослойнаго эпителия въ эпителий железистый—именно въ эпителий сальной железы. Картина, представляющаяся намъ, глубоко интересна: мы видимъ большой слой плоскаго многослойнаго эпителия, клѣтки его неправильной формы сильно сплюснуты, съ круглыми ядрами; затѣмъ мы замѣчаемъ, что на одномъ изъ краевъ этого пласта начинаютъ появляться клѣтки большей величины, съ болѣе ясной протоплазмой и съ круглыми ядрами. Чѣмъ далѣе отъ первоначальнаго пласта будемъ мы удаляться, тѣмъ эпителиальные клѣтки все болѣе и болѣе принимаютъ характеръ эпителия сальной железы, и въ концѣ концовъ мы видимъ уже совершенно типичный секреторный эпителий сальной железки, но не смотря на это—сказать, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ типичную сальную железу—мы не имѣемъ права, такъ какъ помимо эпителия мы не имѣемъ выводнаго протока, свойственнаго этого рода железкамъ, не видимъ типичнаго расположенія, свойственнаго сальной железѣ.

Изъ эпителиальныхъ образований мы должны отмѣтить присутствіе, кромѣ железист. эпителия, еще волосъ, которые попадаютъ въ очень значительномъ количествѣ. Такъ, на одномъ изъ препаратовъ, которые здѣсь выставлены, можно видѣть, что въ полѣ зрѣнія имѣются два типичныхъ волоса. Одинъ изъ нихъ срѣзанъ какъ разъ въ поперечномъ направленіи, другой—косвенно. Оба волоса окружены волокнистой тканью. Надо здѣсь оговориться, что опять таки въ силу слабаго фиксажа препараты плохо красятся, въ силу этой же причины въ срѣзахъ волосъ хотя и можно разглядѣть тѣ

слои, изъ которыхъ состоитъ волосяной мѣшокъ, но это въ данномъ случаѣ очень трудно и почти навѣрное здѣсь можно впасть въ ошибку.

Перечисленные сейчасъ ткани играютъ въ нашемъ новообразованіи главныя роли; помимо ихъ мы встрѣчаемъ на препаратахъ еще кое какія ткани, но въ очень незначительныхъ количествахъ: я говорю здѣсь о легочной паренхимѣ и о жировой ткани. Легочная паренхима является макроскопически (какъ уже сказано выше) въ видѣ тонкой рыхлой оболочки, темно-пигментированной, облегачущей опухоль въ нѣкоторыхъ мѣстахъ. Тоже самое про нее можно сказать и при микроскопическомъ изслѣдованіи: такъ мы видимъ кое гдѣ по краямъ препаратовъ остатки легочной паренхимы. Альвеолярнаго строенія тутъ уже не видно, видны только тоненькія сѣтки изъ легочныхъ перегородокъ. Онѣ доведены почти до полного уничтоженія. Альвеолярный эпителий мѣстами исчезъ, мѣстами еще можно разобрать, что здѣсь имѣется эпителий, такъ какъ замѣтны контуры клѣтокъ и ядеръ. Угольный пигментъ обильно попадаетъ въ такихъ участкахъ и служитъ однимъ, пожалуй даже главнымъ опорнымъ пунктомъ для распознаванія въ этой ткани ткани легочной паренхимы. О жировой ткани говорить совершенно почти нечего, такъ какъ она здѣсь ничего особеннаго, замѣчательнаго не представляетъ. Попадаетъ она въ 2—3-хъ мѣстахъ и имѣетъ совершенно типичный видъ.

Разобравшись теперь въ основныхъ элементахъ имѣющагося у насъ новообразованія, мы должны сказать, что помимо всего этого мы встрѣчаемся еще съ очень многимъ, что требуетъ серьезнаго вниманія; именно: мы встрѣчаемъ массу полостей, различной величины, различной формы, частью пустыхъ, частью заполненныхъ какимъ то содержимымъ. Полости эти можно разобрать даже макроскопически, но макроскопическое изслѣдованіе не даетъ намъ рѣшительно никакихъ указаній для рѣшенія вопроса, что это за образованія, чѣмъ и какъ они образованы, каковъ ихъ типъ и чѣмъ они наполнены? Микроскопическое изслѣдованіе показываетъ намъ, что полости эти—образованія кистовидныя. Стѣнки ихъ образованы частью соединительной тканью, частью гладкомышечной. Въ стѣнкахъ проходятъ сосуды въ довольно значительномъ количествѣ. Внутренняя поверхность стѣнокъ этихъ кистовидныхъ полостей выстлана эндотелиемъ, ядра котораго хорошо видны въ профилѣ: они выступаютъ въ видѣ небольшихъ, хорошо окрашивающихся возвышеній. Мѣстами стѣнки этихъ полостей не имѣютъ эндотелиальнаго покрова; въ такихъ случаяхъ намъ приходится предположить, что эндотелий мацерировался и слущился, потому что иной разъ въ просвѣтѣ полостей попадаютъ отдѣльныя клѣтки. Иной разъ полости выстланы не эндотелиемъ, а типичнымъ плоскимъ многослойнымъ

эпителиемъ, причемъ эпителий сильно разросся и вдается въ просвѣтъ полости или въ видѣ толстаго эпителиальнаго круга, или въ видѣ сосочковъ. Очень часто встрѣчаются и такія картины, что эпителий, разрастаясь въ такой замкнутой полости, совершенно выполняетъ ее до полного уничтоженія просвѣта, отчего получается полная облитерация полости. Находясь въ замкнутой полости, слущивающіяся и ороговѣвающія эпителиальныя клѣтки образуютъ концентрическія тѣльца, встрѣчающіяся довольно часто. При этомъ въ центрѣ полости видно тѣло, сильно напоминающее, пожалуй, даже тождественное съ жемчужиной канкроида; по периферіи его видны ороговѣвающія эпителиальныя клѣтки, которыя имѣютъ видъ узенькихъ пластинокъ, но въ которыхъ еще хорошо можно разобрать ядра, стѣнки же полости выстланы толстымъ слоемъ плоскаго многослойнаго эпителия. Полости, выстланныя эндотелиемъ, почти всѣ заполнены кровью. Повидимому, кровонаполненіе этихъ полостей совершалось постепенно—сначала заполнялась одна, потомъ другая и т. д., потому что въ однихъ полостяхъ мы видимъ уже начинающуюся организацію, между тѣмъ какъ въ другихъ ея не видно. Фибринъ при этомъ пронизываетъ весь кровяной сгустокъ сначала въ видѣ толстыхъ цуговъ, которыя постепенно развѣтвляются на тоненькія нити, такъ что весь свертокъ представляется пронизаннымъ фибринозною сѣтью. Красныя кровяныя тѣльца почти всѣ распались, что можно заключить по той безформенной зернистой массѣ, которая залегаетъ въ петляхъ фибрина; впрочемъ кое гдѣ красныя кровяныя тѣльца сохраняютъ свою форму. Среди кровяного распада этихъ полостей иной разъ можно разглядѣть и лейкоциты, но они попадаются крайне рѣдко и въ очень небольшомъ числѣ. Реакція съ желтой кровяной солью и *ас. muriatic.* въ этихъ мѣстахъ обнаруживаетъ присутствіе желѣзосодержащаго пигмента появленіемъ окраски цвѣта берлинской лазури. Другого содержимаго, кромѣ распада кровяныхъ тѣлецъ, въ этихъ полостяхъ намъ на нашихъ препаратахъ видѣть не приходилось.

Далѣе надо сказать, что намъ попадались маленькія дермоидныя кисты. Макроскопически констатировать ихъ присутствіе мы не могли, но микроскопически ихъ отыскать можно. Дермоидныя кисты строенія типичнаго: въ просвѣтъ полости глядитъ эпителиальный покровъ съ ороговѣвшимъ эпителиемъ. Далѣе въ нихъ встрѣчаются волосы, салныя железы, хорошо и правильно развитыя, видны сосудики проходящіе въ *corium*. Но типичнаго строенія кожи, правильнаго расположенія сосочковъ, потовыхъ железъ намъ наблюдать не пришлось. Что касается сосудовъ данной опухоли, то надо сказать, что ихъ имѣется очень и очень много. Они анастомозируютъ съ этими кистовидными полостями. Форма и видъ ихъ далеко не нормальны. Большинство сосудовъ повидимому старыхъ,



имѣютъ слабо развитыя стѣнки, съ слабымъ мышечнымъ слоемъ, *membranae elasticae* въ нихъ не видно, они растянуты, набиты красными кровяными тѣльцами и по всему своему виду напоминаютъ строеніе венъ. Артеріальныхъ типичныхъ сосудовъ встрѣчается мало. Встрѣчаются сосуды и новообразованные, но тоже въ незначительномъ количествѣ.

Кромѣ всего этого мы должны сказать, что данное новообразование сильно склонно къ обызвествленію. Бляшки известковыхъ солей раскиданы по всему новообразованію и на рѣдкомъ препаратѣ не имѣется ихъ. Величина ихъ довольно различна—отъ простой незначительной инфильтраціи до полного диффузнаго пропитыванія—петрификаціи. Процессу петрификаціи предшествуетъ некрозъ ткани, такъ какъ кое-гдѣ, впрочемъ довольно часто, мы встрѣчаемъ мѣста, гдѣ рѣшительно невозможно разобрать структуру ткани,—мы не видимъ ни клѣтокъ, ни клѣточныхъ ядеръ; на одномъ изъ такихъ мѣстъ намъ встрѣтился хроматоллизъ ядерной субстанции, что мы имѣли право заключить изъ того, что клѣточныхъ элементовъ здѣсь не было—все поле гомогенно и на немъ разбросаны безформенные обломки ядерной субстанции, жадно воспринимающіе окраску. Вотъ все, что мы могли видѣть при изслѣдованіи этой опухоли.

Не могу не сказать, что при разсматриваніи препаратовъ у меня явилась мысль, нельзя-ли считать исходнымъ пунктомъ для развитія новообразованія элементы, изъ которыхъ состоитъ нормальный бронхъ. Нормально бронхъ состоитъ изъ тканей соединительной, гладкомышечной, гиалиноваго хряща и эпителия. Ту же самую комбинацію видимъ мы и въ данной опухоли. Здѣсь почти все время повторяется комбинація этихъ 4 видовъ ткани. Кистовидныя полости—это можетъ быть по большей части разросшіеся атипически сосуды, въ которыхъ кровь свертывалась по мѣрѣ замедленія кровообращенія. Если это такъ, то съ этой точки зрѣнія случай этотъ приобретаетъ еще большій интересъ, такъ какъ врядъ ли можно добраться до настоящей причины подобнаго явленія. Что касается происхожденія подобнаго рода новообразованій, то обыкновенно за причину происхожденія ихъ считается неправильное развитіе плода въ періодъ дифференціаціи зародышевыхъ листковъ, причемъ происходитъ отшнуровка и развитіе частей одного листка, попавшаго между другими. Взглядъ этотъ былъ затѣмъ обобщенъ *Conheim*'омъ, который училъ, что всѣ опухоли обязаны своимъ происхожденіемъ уклоненіямъ въ зародышевомъ развитіи и формированіи отдѣльныхъ тканей. Вообще можно сказать, что вопросъ этотъ до сихъ поръ совершенно не выясненъ и всякая гипотеза въ этомъ направленіи врядъ ли будетъ имѣть за собой экспериментальныя данныя. Для сравненія нашего новообразованія съ случаями, ранѣе бывшими, я приведу здѣсь два случая. Первый случай *Virchow*'а—*teratoma muo-*

matodes mediastini и другой случай Helbing'a — рабдомиома на мѣстѣ лѣваго легкаго. И тотъ и другой случай для насъ крайне интересны.

Въ 53 томѣ Архива патол. анатом. Virchow описываетъ случай тератомы передняго средостѣнія, близко подходящій къ нашему, но отличающійся отъ него локализацией и нѣкоторыми составными элементами. Такъ какъ сообщеніе Virchow'a довольно большое, то я не буду приводить его всего, а только выдержки. Virchow пишетъ, что ему пришлось изслѣдовать опухоль, присланную д-ромъ Winger'омъ въ Эрфуртѣ. Опухоль была вынута изъ трупа молодого сравнительно человѣка (28 л.). Величина опухоли довольно значительная, вся она была обложена жиромъ, особенно на основаніи и на свободномъ краѣ. На поверхности ея были сильно развиты вены. Занимала опухоль главнымъ образомъ правую половину груди, но вдавалась и въ лѣвую. Оба легкихъ были сращены съ грудными стѣнками и съ опухолью. Воздухъ находился въ обоихъ легкихъ, хотя лѣвое легкое было отечно. Кромѣ этой опухоли была найдена еще маленькая опухоль на 3-емъ ребрѣ съ лѣвой стороны подъ мышечнымъ слоемъ. Поверхность новообразованія, заключавшагося въ грудной клѣткѣ, гладкая, опухоль дольчатая, плотная, въ лѣвой половинѣ ея содержатся полости. При микроскопическомъ изслѣдованіи лѣвой половины было найдено много соединительной ткани. Часть клѣтокъ слагается въ пучки и ткань имѣетъ видъ веретенообразноклѣточковой саркомы, другая часть клѣтокъ показываетъ строеніе rhabdomyom'ы, такъ что въ лѣвой половинѣ опухоли имѣется комбинація веретенообразноклѣточковой саркомы съ rhabdomyom'ой. Въ правой половинѣ встрѣчается много кистъ, отдѣленныхъ перегородками; стѣнки ихъ гладки, содержимое кистъ коллоиднаго или серознаго характера. Въ передней части правой половины опухоли имѣется значительная полость, одѣтая плотной кожистой оболочкой и наполненная кашицеобразнымъ содержимымъ, въ которомъ встрѣчаются волосы. Въ мелкихъ полостяхъ иной разъ стѣнки покрыты мерцательнымъ эпителиемъ; вблизи полостей попадаются кусочки гиалиноваго хряща. Хрящъ одѣтъ надхрящницей. Затѣмъ встрѣчаются участки, состоящіе изъ железистой ткани. Въ другихъ мѣстахъ нижняго отдѣла правой доли опухоли выступаетъ строеніе карциномы. Такимъ образомъ правый отдѣлъ опухоли состоитъ изъ дермоидныхъ кистъ, полостей съ железистымъ эпителиемъ, кусочковъ гиалиноваго хряща и гнѣздъ раковаго характера. Въ маленькой опухоли на 3-емъ ребрѣ лѣвой стороны микроскопическое изслѣдованіе показало опять присутствіе элементовъ rhabdomyom'ы, железистаго эпителия и сверхъ того небольшой участокъ, состоящій изъ сѣти грубыхъ эластическихъ волоконъ, напоминающихъ эмбриональное легкое.

Какъ видно изъ сейчасъ приведеннаго описанія случая Virchow'a, разница между его случаемъ и случаемъ нашимъ очень значительная, хотя въ общихъ чертахъ оба эти образованія между собой сильно сходятся. Прежде всего обращаетъ на себя вниманіе то, что въ случаѣ Virchow'a мы встрѣчаемся съ новообразованиемъ злокачественнымъ, между тѣмъ какъ въ нашемъ случаѣ никакихъ указаній на злокачественность не имѣется, такъ какъ хотя несомнѣнно, что больной погибъ отъ новообразованія, но оно погубило его чисто механически—оно его задушило; затѣмъ у больного соотвѣтствующія лимфатическія железы не были увеличены, что было бы при наличности злокачественнаго образованія въ легкихъ; далѣе Григорій Андріановъ Л—евъ былъ мужчина очень крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія, что тоже трудно допустимо при злокачественной опухоли; и при микроскопическомъ изслѣдованіи мы не могли видѣть типичной раковой или саркоматозной ткани. Затѣмъ мы видимъ разницу между случаемъ нашимъ и случаемъ Virchow'a въ локализациі: въ случаѣ Virchow'a опухоль локализуется специально въ средостѣніи, а съ легкимъ только сросчено и оба легкихъ совершенно не затронуты имъ; въ нашемъ же случаѣ все правое легкое занято новообразованиемъ, а въ mediastinum anterior оно только вдвинуто. Далѣе мы встрѣчаемъ разницу и въ составныхъ элементахъ: въ случаѣ Virchow'a совершенно не указывается на присутствіе костной ткани, не указывается на присутствіе полостей съ кровянымъ распадомъ, что имѣется въ случаѣ нашемъ, но за то въ нашемъ случаѣ нѣтъ полостей съ содержимымъ серознымъ и коллоиднымъ. Далѣе въ случаѣ Virchow'a нѣтъ указаній на петрификацію ткани, что имѣется въ случаѣ нашемъ. Однимъ словомъ разница этихъ 2-хъ случаевъ настолько значительна, что скорѣе можно говорить объ абсолютной разницѣ между новообразованиями въ случаяхъ Virchow'a и въ нашемъ, чѣмъ объ ихъ сходствѣ.

Гораздо болѣе подходит по своему строенію и по своей локализациі къ нашему случаю случай Helbing'a. Онъ описалъ случай рабдомиомы на мѣстѣ лѣваго легкаго. Не знаю, право, почему онъ относитъ новообразованіе, которое ему встрѣтилось, къ рабдомиомамъ. Мнѣ кажется, что здѣсь имѣется именно *teratoma myomatodes*. Я приведу здѣсь этотъ случай по реферату Rothmann'a въ *Centralblatt für medicinischen Wissenschaften* за 1899 г. № 3.

Мужчина, 23 лѣтъ, умеръ при явленіяхъ опухоли лѣваго легкаго. Вскрытіе показало, что большая часть этого легкаго состоитъ изъ бѣловато-желтой фибриноподобной массы, которая ниже переходитъ въ узелъ опухоли. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что составные элементы опухоли состоятъ изъ разнородныхъ элементовъ: изъ мезодермальныхъ образованій, круглыхъ кѣлокъ,

клетокъ эпителиоидныхъ, волоконъ соединительной ткани, хрящевой ткани и поперечно-полосатой мускулатуры. Далѣе встрѣчаемъ эпителиальныя образования въ формѣ кистъ и железистыхъ разрощеній. Подобнаго рода рабдомиома, занимающая половину грудной клетки, до сихъ поръ не была описываема. Слѣдуетъ думать, что эта рабдомиома развилась на мѣстѣ отсутствующаго легкаго.

Изъ этого описанія видно, что большая часть опухоли состояла изъ элементовъ крайне разнообразныхъ, что даетъ полное право причислить эту опухоль къ тератомамъ, и только въ силу того, что поперечно-полосатая мышечная ткань превалируетъ, она можетъ называться *teratoma myomatodes*. Случай этотъ—единственный, почти аналогичный нашему. Сходство здѣсь почти полное, разница же заключается только въ томъ, что въ нашемъ случаѣ совершенно не имѣется поперечно-исчерченной мускулатуры, а затѣмъ и другой фактъ—въ нашемъ случаѣ можно ясно видѣть остатки легочной паренхимы, т. е. новообразование развилось въ легкомъ и довело его до атрофіи, а въ случаѣ Helbing'a прямо предполагается отсутствіе легкаго.

Итакъ, мы видимъ, что опухоль, локализовавшаяся въ правомъ легкомъ Л—ва оказалась тератомой—опухолью доброкачественной. Смерть наступила, какъ это и надо было ожидать, отъ асфиксіи. Всѣ симптомы, съ которыми больной былъ доставленъ въ госпиталь, вполне подтверждаются анатомически. Сильная одышка объясняется доведеннымъ до maximum'a уменьшеніемъ дыхательной поверхности легкихъ, такъ какъ одно легкое уничтожено совершенно, а другое сдавлено оттиснутымъ сердцемъ. Синюха верхней половины тѣла объясняется придавливаніемъ верхней полой вены и праваго отдѣла сердца, тѣмъ же объясняется и слабый пульсъ. Остальные симптомы настолько ясны, что и не требуютъ объясненія.

На этомъ я заканчиваю свой докладъ, причемъ не могу не выразить своей глубокой благодарности моему высокоуважаемому учителю профессору Н. М. Любимову за его руководство и помощь при какихъ либо затрудненіяхъ, возникавшихъ у меня во время занятій въ его кабинетѣ. Считаю своимъ же долгомъ выразить благодарность д—ру И. А. Спасскому за доставленіе такого рѣдкаго препарата и за свѣдѣнія, которыя онъ могъ намъ сообщить.

#### ЛИТЕРАТУРА:

- Проф. Н. М. Любимовъ. Лекціи патологич. анатоміи.  
*Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, 1899. № 3.  
 Проф. Никифоровъ. Патологич. анатомія.  
*Virchow's Archiv für pathologisch. anat.* Bd. 53. 1871.

**Объясненіе рисунковъ.**

№ 1-й. Костная пластинка изъ легкаго при слабомъ увеличеніи: а) костныя тѣльца. б) болѣе плотный периферическій слой кости. в) Гаверсовъ каналъ. г) Ткань, напоминающія костный мозгъ. (Leitz. oc. 2. obj 3).

№ 2-й. Костная пластинка при болѣе сильномъ увеличеніи. а) костныя тѣльца. (Leitz. obj 6. Ocul. 4).

№ 3-й. Дермоидная киста изъ легкаго.

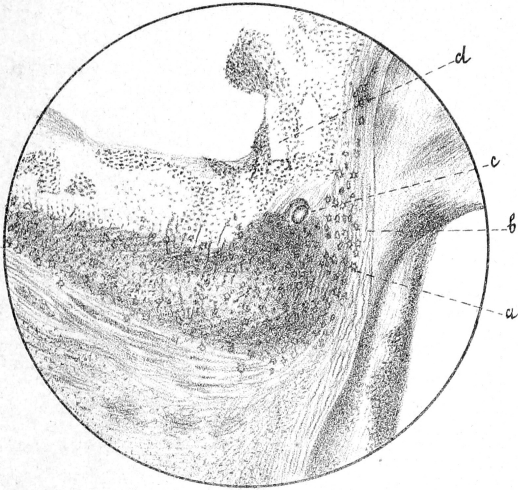
- а) эпителий ороговѣвающій.
- б) волосы.
- в) сальныя железки.
- г) гладкая мускулатура. (Leitz. obj 6. Ocul 2).

№ 4-й. Полость съ разрастающимся плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ.

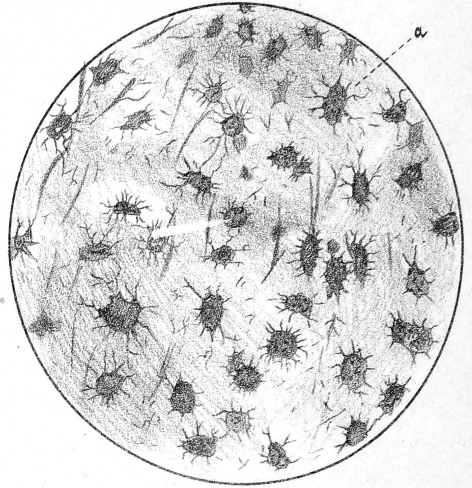
- а) плоскій многослойный эпителий.
  - б) ороговѣвающія отпавшія тѣльца.
  - в) слоистое тѣльце, образованное ороговѣвшими эпителиальн. клѣтками.
- (Leitz. Ocul. 2. Obj 6).



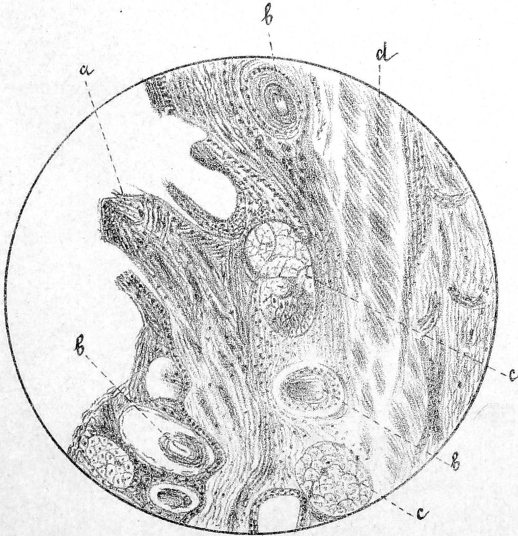
1.



2.



3.



4.

