

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Къ патологіи мультилокулярнаго эхинококка печени ¹⁾.

А. М. Гиммеля.

Изъ патолого-анатомическаго института Проф. Н. М. Любимова.

Въ настоящемъ засѣданіи Общества врачей я демонстрирую три новыхъ случая мультилокулярнаго эхинококка печени, любезно предложенныхъ мнѣ для гистологическаго обслѣдованія глубоко уважаемымъ профессоромъ Н. М. Любимовымъ. Для большинства заболѣваній печени клиника уже успѣла выработать нѣкоторыя данныя, которыя позволяютъ съ большою вѣроятностью ориентироваться въ томъ или другомъ ея заболѣваніи и назначеніемъ соотвѣтственной терапіи уничтожить или по крайней мѣрѣ ослабить послѣднее. Не то мы видимъ при заболѣваніи печени мультилокулярнымъ эхинококкомъ. Подобное заболѣваніе не только за границей, но и у насъ въ Россіи, за послѣднее время стало попадаться нерѣдко, но что касается діагносцированія его, то до сихъ поръ оно смѣшивается при жизни, то съ ракомъ, то съ lues'омъ или другими какими-либо заболѣваніями печени и только патолого-анатомическое вскрытіе и микроскопическое изслѣдованіе раскрываютъ завѣсу этого труднаго въ діагностическомъ отношеніи заболѣванія. Въ литературѣ описано всего нѣсколько случаевъ, гдѣ мультилокулярный эхинококкъ былъ діагносцированъ при жизни, въ большинствѣ-же случаевъ, онъ является случайной находкой на секціонномъ столѣ. По сообщенію Посселята, въ медицинской клиникѣ Инсбрукскаго Университета въ 1892 году, мультилокулярный эхинококкъ былъ распознанъ при жизни боль-

¹⁾ Докладъ, читанный въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ныхъ 7 разъ при чемъ, клиническій діагнозъ подтвержденъ былъ посмертнымъ изслѣдованіемъ.

При діагносцированіи мультилокулярнаго эхинококка печени пользуются слѣдующими признаками: очень часто имѣется на лицо желтуха, рѣже желтуха и асцитъ вмѣстѣ и еще рѣже, когда наблюдается только асцитъ безъ желтухи. Комбинація же асцита съ желтухой описаны Карелег'омъ а также Виноградовымъ во II-мъ—III-мъ и V-мъ случаяхъ. Что касается комбинаціи мультилокулярнаго эхинококка съ туберкулезомъ легкихъ и другихъ органовъ, то на это повидимому мало обращали вниманія, хотя изъ наблюденій Романова видно, что онъ наблюдалъ туберкулезъ въ обоихъ легкихъ, Виноградовъ въ одномъ случаѣ наблюдалъ туберкулезъ легкихъ, мягкой мозговой оболочки и genitalia; въ другомъ случаѣ—туберкулезъ легкихъ и кишокъ; Мельниковъ-Разведенковъ—туберкулезъ въ нѣсколькихъ случаяхъ, какъ напр. въ 4, 16, 22, 30 и т. д. Нерѣдко также авторы наблюдали серозный трансудатъ въ области плевры.

Описаны случаи, гдѣ эхинококкъ сопровождался амилоиднымъ перерожденіемъ органовъ и Виноградовъ дѣйствительно въ одномъ изъ своихъ случаевъ нашелъ амилоидъ печени, селезенки и слизистой оболочки кишечнаго канала, а Пружанская описываетъ амилоидъ селезенки и почекъ. Селезенка повидимому сильно реагируетъ на заболѣваніе печени мультилокулярнымъ эхинококкомъ и бывший прозекторъ паталого-анатомическаго Института Казанскаго Университета Виноградовъ изъ 5 случаевъ, предложенныхъ ему профессоромъ Н. М. Любимовымъ для изслѣдованія, въ трехъ изъ нихъ нашелъ увеличеніе ея, въ одномъ уменьшеніе и только въ одномъ случаѣ нормальной. П. П. Заболотновъ, обслѣдуя два случая въ 1897 году нашелъ въ обоихъ увеличеніе селезенки. Сказавши о тѣхъ признакахъ, которыми при жизни индивидуума можно руководствоваться для діагносцированія мультилокулярнаго эхинококка печени, должно придти къ заключенію, что всѣ они во первыхъ слишкомъ недоказательны, а во вторыхъ непостоянны, а въ силу этого подобное заболѣваніе печени только и можетъ правильно діагносцироваться на секціонномъ столѣ. Мультилокулярный эхинококкъ по преимуществу поражаетъ печень, если же послѣдній и встрѣчается самостоятельно или путемъ метастазовъ въ другихъ органахъ, то это явленіе сравнительно не такъ частое, и въ литературѣ описано только нѣсколько подобныхъ случаевъ. Лукинъ описалъ въ печени и мозгу, Lebert—въ легкомъ, Keschl въ стѣнкѣ кишки, сальникѣ и брюшинѣ, Scheuthauer—въ маткѣ и передней стѣнкѣ живота, Birnbaum—въ печени и брюшинѣ,

Пружанская—въ лѣвой долѣ печени и легкомъ, Morin—въ печени, медиастинальныхъ лимфатическихъ железахъ и легкомъ, Кожинъ въ печени и мозгу, Bosch—въ печени, диафрагмѣ и pleura costalis, Ducellier—въ печени и легкомъ, Крузенштернъ—въ печени и мозгу, Vierordt, Ducellier—въ диафрагмальной части плевры и въ легочной части плевры, Virchow, Hahn—въ костяхъ, Vacher—въ почкѣ, Vierordt, Пружанская—въ кишкахъ, брюшинѣ, надпочечныхъ железахъ и на эндокардіѣ праваго предсердія, Мельниковъ-Разведенковъ—въ печени и лимфатическихъ железахъ, Roth и Bieder наблюдали мультилокулярный эхинококкъ только въ мозгу.

Но такъ какъ всѣ три случая, данныя мнѣ для изслѣдованія, заключаютъ въ себѣ эхинококковое измѣненіе только въ печени, то я и постараюсь обращать вниманіе на макро-и микроскопическую картину лишь этого органа, и объ эхинококкѣ въ другихъ органахъ я буду говорить только по мѣрѣ надобности. Наружный осмотръ этого органа нерѣдко поражаетъ изслѣдователей своими колоссальными размѣрами: такъ Mangold наблюдалъ печень въ 11,000 гр., Scheuthauer въ 6840 гр., у насъ въ Казани наибольшій вѣсъ печени наблюдался въ случаѣ Заболотнова, гдѣ печень вѣсила 3850 гр. Самая поверхность печени также бываетъ крайнѣ различная; такъ напримѣръ Пружанская изъ 17 случаевъ наблюдала ее 6 разъ бугристой, 4 раза неровной и 7 разъ гладкой; поверхность же разрѣза такой печени имѣетъ пористый, ноздреватый или альвеоларный видъ, по удачному сравненію Friedreich'a, напоминая печеный черный хлѣбъ, такъ какъ пронизана массою полостей, круглой, овальной или неправильной формы, при чемъ пвѣтъ разрѣза можетъ быть сѣрымъ, сѣровато-желтымъ, лимонно-желтымъ, смотря потому, насколько строма заключаетъ желчнаго и кровяного пигмента. Что касается до величины опухолей, то она по наблюденіямъ Брандта, Виноградова, Mangold'a и др. варьируетъ отъ величины грецкого орѣха и до головы ребенка. Опухоли эти наблюдаются, какъ въ единственномъ, такъ и множественномъ числѣ, а соотвѣтственно этому и количество полостей можетъ быть крайнѣ различно: Vierordt напр. описываетъ до 6 маленькихъ полостей. Величина ихъ по наблюденіямъ Griesinger'a и Scheuthauera колеблется отъ лѣсного орѣха и до головы взрослого человѣка. Къ тому-же надо замѣтить, что мультилокулярный эхинококкъ наблюдается гораздо рѣже, чѣмъ унилокулярный.

По статистикѣ Казанскаго патолого-анатомическаго Института приблизительно на 5000 вскрытій съ 1868 по 1904 годъ

случаевъ многокамернаго эхинококка наблюдалось всего 21, тогда какъ однокамернаго гораздо больше. По статистикѣ доктора Лукина на 17 случаевъ эхинококка было: 14 однокамерныхъ и только 3 многокамерныхъ. Но въ послѣднее время стало замѣтно, что заболѣваніе многокамернымъ эхинококкомъ стало встрѣчаться гораздо чаще. Кромѣ Казани описаны случаи: 1 случай Виноградовымъ въ Петербургѣ, 3 случая Лукинымъ въ Кронштадтѣ, 2 Романовымъ въ Томскѣ, 1 Крузенштерномъ въ Восточной Сибири, 1 Бобровымъ въ Москвѣ, 1 Böttcheromъ въ Дерптѣ, 2 Альбрехтомъ въ Петербургѣ и т. д. Нельзя также обойти молчаніемъ того, что мультилокулярный эхинококкъ съ особенной любовью локализируется въ печени и при томъ по преимуществу въ правой ея доли что проф. Н. М. Любимовъ объясняетъ условіями притока крови къ печени. Изъ 14 случаевъ Казанскаго Патолого-Анатомическаго Института мультилокулярный эхинококкъ 10 разъ наблюдался въ правой доли, 3 раза въ правой и лѣвой и 1 разъ въ лѣвой. Luschka и Valldstein наблюдали въ лѣвой. По статистикѣ Virgordt'a въ правой долѣ мультилокулярный эхинококкъ наблюдался въ $\frac{2}{3}$, въ обѣихъ меньше, чѣмъ въ $\frac{1}{3}$ и въ лѣвой еще меньше. Теперь, прежде чѣмъ перейти къ той микроскопической картинѣ, которая наблюдается въ печени, подъ вліяніемъ присутствія въ ней эхинококковыхъ пузырей, сколексовъ и т. д., я позволю себѣ указать на время, когда впервые было обнаружено это заболѣваніе, и какъ оно было діагностировано. Вопросъ о многокамерномъ эхинококкѣ выдвинулся на сцену лишь съ 1852 года, когда впервые Buhl, а за нимъ въ томъ-же году Luschka описали по одной опухоли въ печени; изъ нихъ первый назвалъ это образованіе альвеолярнымъ коллоидомъ, а второй студенистымъ ракомъ. Въ 1854 году Zeller нашелъ въ опухоли, подобной тѣмъ, какія изслѣдовали Buhl и Luschka, крючки эхинококка, но онъ не нашелся, какъ объяснить ихъ присутствіе, счелъ за совершенно случайное явленіе и такимъ образомъ вопросъ опять-таки оставался невыясненнымъ. Наконецъ въ 1855 году Virchow впервые обратилъ вниманіе на паразитарный характеръ этого заболѣванія и своими изслѣдованіями доказалъ, что то вещество, которое Buhl, Luschka и Zeller принимали за коллоидъ, есть ничто иное, какъ оболочка эхинококковыхъ пузырей. Кромѣ того имъ были найдены въ опухоли зародыши съ вѣнчикомъ крючковъ.

Установивъ паразитарный характеръ этой опухоли, Virchow и далъ ей названіе мультилокулярной эхинококковой опухоли. Виновникомъ заболѣванія мультилокулярнаго эхинококка является

собачья глиста—*taenia echinosoccus*, которая паразитируетъ въ кишечникѣ собаки, а за тѣмъ отъ нея непосредственно, или черезъ какой-нибудь передаточный предметъ, попадаетъ въ организмъ человѣка и такимъ образомъ вызываетъ вышеназванное заболѣваніе. Глиста эта имѣетъ въ длину приблизительно 4 mm., при чемъ подраздѣляется на слѣдующіе отдѣлы: головка съ присоскомъ и вѣнчикомъ изъ крючковъ, 3 или 4 членика, при чемъ въ послѣднемъ изъ нихъ заключаются яйца глисты, способныя къ дальнѣйшему развитію. Яйца, попавши въ кишечникъ человѣка тѣмъ или другимъ способомъ, теряютъ свою оболочку, вѣроятно, отъ дѣйствія на нее желудочнаго сока и такимъ образомъ зародыши, снабженные нѣсколькими крючками, освобождаются, прикрѣпляются къ стѣнкѣ кишечника, пробуравливаютъ ее, попадаютъ въ кровеносную систему и токомъ крови несутся въ ближайшій органъ, т. е. въ печень, гдѣ и застрѣваютъ въ какомъ-нибудь маленькомъ сосудѣ.

Такъ какъ всякое инородное тѣло, попадая въ организмъ, вызываетъ реакцію со стороны окружающей его ткани, то несомнѣнно, что и зародышъ эхинококка, будучи принесенъ въ печень изъ кишечника токомъ крови, не окажется безразличнымъ для окружающей его ткани и вызоветъ соотвѣтствующее воспаленіе, которое выразится въ той или другой формѣ. Измѣненіе прежде всего должно коснуться того сосуда, куда попалъ зародышъ, а затѣмъ уже, при дальнѣйшемъ его распространеніи по органу, эти измѣненія будутъ замѣчаться, какъ въ самомъ зародышѣ, такъ въ свою очередь въ паренхимѣ и соединительной ткани даннаго органа. Что касается этихъ измѣненій, то я, постараюсь болѣе подробно поговорить о нихъ, когда буду разбирать микроскопическую картину своихъ трехъ случаевъ.

Теперь же скажу нѣсколько словъ относительно того, какъ смотрятъ различные авторы, работавшіе надъ мультилокулярнымъ эхинококкомъ, на распространеніе и размноженіе эхинококковыхъ пузырей въ данномъ органѣ. Одни авторы, какъ напр. Virchow, Klebs, Blanchard стоятъ за то, что распространеніе эхинококковыхъ пузырей происходитъ по лимфатическимъ путямъ и въ подтвержденіе своего мнѣнія приводятъ четкообразные ходы, которые они находили на капсулѣ печени, при заболѣваніи ее мультилокулярнымъ эхинококкомъ. Другіе считаютъ путемъ распространенія эхинококковыхъ пузырей кровеносную систему; третьи—желчныя протоки, а Küchenmeister напр. считаетъ возможнымъ распространеніе, какъ по лимфатическимъ, кровеноснымъ, такъ и желчнымъ путямъ. О способѣ же размноженія почти всѣ авторы до настоящаго времени полагали, что процессъ этотъ происходитъ путемъ отшнуровыванія отъ эхинококковыхъ пузырей неболь-

шихъ частичекъ его. Частички эти начинаютъ вести совершенно самостоятельную жизнь, увеличиваются въ объемѣ, а со временемъ подвергаются той-же метаморфозѣ, т. е. въ свою очередь даютъ дочерніе пузыри и такимъ образомъ содѣйствуютъ дальнѣйшему распространенію процесса въ органѣ. Мельниковъ-Разведенковъ смотритъ на этотъ процессъ совершенно иначе и находитъ его вполне цѣлесообразнымъ объяснить при помощи юныхъ формъ. При разборѣ гистологической картины моихъ трехъ случаевъ я постараюсь остановиться на этомъ вопросѣ болѣе подробно, а теперь перехожу къ протоколамъ вскрытій.

Проток. № 1. Больной Филиппъ Михайловъ Дорошинъ, 30 лѣтъ, поступилъ 5 сентября 1903 года въ терапевтическое отдѣленіе Казанской Губернской Земской больницы и умеръ 6 октября 1903 года. Диагнозъ при жизни былъ: *Cirrhosis hepatis hypertrophica* (вторичный). При вскрытіи со стороны кровеносной и лимфатической системы было обнаружено: *Endocarditis chr. fibrosa valv.*; *miocarditis chr. fibrosa et pericarditis chr. fibrosa circumscripta*. *Induratio cyanotica lienis*. *Ateromatosis aortae*. Со стороны органовъ дыханія. *Bronchopneumonia caseosa pulmon, sinistri et tuberculosis pulm. dextr.* Со стороны печени: *Echinococcus multilocularis*, *Cirrhosis hepatis hypertrophica et atrophica*. Со стороны кишечника: *Enteritis follicularis*. Со стороны почекъ: *Nephritis interstitialis chronica*. Со стороны кожи: *Icterus*. При общемъ осмотрѣ было обнаружено, что вѣсъ трупа равнялся 47500 гр., объемъ груди 81 сант.; кожа и слизистая оболочка вѣкъ и губъ желтушно окрашена, околосердечная сумка содержала до 20 к. с. прозрачной желтоватаго цвѣта жидкости. Сердце вѣсило 280 гр., мышцы его вялы, цвѣта вывареннаго мяса, мѣстами пронизаны фиброзными полосками. Плевра жидкости не содержала, но плевральные листки были сращены. Вѣсъ праваго легкаго равнялся 960 гр., а лѣваго 1000 гр. Верхушка праваго легкаго плотна, на разрѣзѣ видно, что она пронизана различной величины сѣроватыми узелками, со слѣдами творожистаго распада. Лѣвое легкое все представляется неравномѣрно плотнымъ, на разрѣзѣ, вокругъ бронховъ, видны распадающіеся очаги. Аорта покрыта небольшимъ количествомъ бѣлыхъ, возвышающихся бляшекъ, величиной въ просыаное зерно. Плотность брюшины содержала до 2 литровъ прозрачной желтоватой жидкости. Селезенка вѣсила 490 гр.; капсула и трабекулы ея утолщены, мальпигіевы тѣла затупешены. Печень вѣсила 1700 гр., длина 27 снт., ширина правой доли 18, лѣвой 16 сант., толщина правой доли 5, лѣвой 3 снт. Капсула напряжена, мѣстами утолщена, мѣстами втянута.

Передній край притупленъ. Паренхима коричневаго цвѣта, на разрѣзѣ неровна, имѣются втягиванія. Въ правой долѣ находится узелъ величиной въ кулакъ взрослого человѣка, состоящій изъ плотной, обызвествленной ткани, съ многочисленными мелкими щелями. Дольки печени неясно отграничены.

Вѣсъ правой почки 200 гр., лѣвой—220 гр. Оболочка сросшена съ корковымъ слоемъ. Корковый слой неравномерно истонченъ, краснаго цвѣта. Основаніе пирамидъ мѣстами сдавлено увеличенными *col. Berthinii*. Сосочки уплощены. Лоханки и мочеточники умѣренно расширены. Мочевой пузырь содержалъ небольшое количество прозрачной мочи.

Протокъ. № 2. Больной Герасимъ Евстафійевъ 72 лѣтъ, поступившій 7-го февраля 1902 года въ Казанскую Губернскую Земскую Больницу и умершій 18 февраля того-же года въ терапевтическомъ отдѣленіи больницы. Діагнозъ при жизни былъ: *Carcinoma? hepatis et ventriculi*. Вскрытіе трупа было произведено 20 февраля 1902 года въ клинической часовнѣ при чемъ было обнаружено: отекъ головного мозга; склерозъ *art. vertebralis s., art. foss. Silvii et carotis int.* Бурая атрофія и жировое перерожденіе миокардія. Сѣрое опеченѣніе верхней доли праваго легкаго; отекъ нижней доли праваго и всего лѣваго легкаго.

Въ печени—*Echinococcus multilocularis*; въ почкахъ бѣлковая дегенерація. Кожа слабо, но желтушно окрашена. Вѣсъ трупа 58500 грм.

При наружномъ осмотрѣ нижній край печени прощупывался чрезвычайно легко. Увеличена повидимому лѣвая доля. Поверхность органа гладкая, лѣвая доля очень тверда. Передній край тупъ и тоже твердъ. Мозгъ вѣсилъ 1420 гр., тѣстовато плотенъ. Сердце вѣсило 390 грм. На *v. sem. aortae* находятся известковыя отложенія, клапаны утолщены, оттянуты. Мышцы мутны, буровато-желтоваты, дряблы. Полости праваго сердца растянуты. *Endocardium* нѣсколько мутенъ. Плевра жидкости не содержитъ. Плевральные листки не сросшены. Слизистая оболочка бронховъ набухша. Правое легкое въ верхней доли равномерно плотно, въ остальномъ тѣстовато мягко, поверхность разрѣза плотнаго гнѣзда сѣро-мраморнаго цвѣта, суха, зерниста, при давленіи выступаетъ немного крови. Лѣвое легкое тѣстовато-мягко, въ разрѣзѣ однородно, при давленіи даетъ обильное количество пѣнистой жидкости. Печень смѣщена книзу, нижній ея край выступаетъ на ширину ладони изъ подъ края реберной дуги. Между верхней поверхностью лѣвой доли и діафрагмой тянутся довольно толстыя фиброзныя перемычки. Изъ глубины лѣвой доли печени вырѣзывается плотный сѣровато-бѣлый узелъ. Онъ выпячиваетъ передъ собой значительную часть утолщенной капсулы верхней поверхно-

сти правой доли, а также нижней и всего свободного края. Узелъ задается и въ правую долю, гдѣ покрытъ, хотя и тонкимъ, но сохранившимся слоемъ паренхимы органа. Справа отъ *lig. suspens. hepatis* въ глубинѣ прощупывается флюктуация. Въ лѣвой доль узелъ плотный, въ разрѣзѣ онъ овальной формы. Въ верхней, а также и нижней части узла находятся широкія щели, сообщающіяся между собой и наполненныя желтоватой жидкостью, въ которой заключены мелкіе пузырьки. Ближе къ нижней поверхности щель сильно расширяется и превращается въ полость величиной въ персикъ; въ ней лежитъ совершенно обособленно кусокъ узла величиной съ грецкій орѣхъ. Поверхность узла круто-бугриста. Главная масса узла сѣровато-палеваго цвѣта, пронизана большимъ количествомъ пузырьковъ отъ макового зерна до горошины величиной. Отъ окружающей ткани узелъ рѣзко обособленъ. Брюшина содержитъ небольшое количество мутной жидкости. Селезенка вѣсомъ въ 360 грм., капсула ея не утолщена. Паренхима мутно-сѣро-красна, мягка, расплывчата. Трабекулы не ясны, Мальпигіевы тѣла не видны. Слизистая оболочка желудка мутна, но не утолщена. Серозная оболочка кишекъ мутна и обложена фиброзными пленками. *V. porta*, особенно ея правая доля, сдавлена плотными узлами. Печень вѣситъ 2800 грм., длина 29 см., ширина правой доли 25,5, лѣвой 17,0, толщина правой доли 9,7 лѣвой; 8,7 см. Капсула лѣвой доли утолщена, верхній край лѣвой доли тупъ. Паренхима, незанятая узломъ, мушкатнаго цвѣта, при давленіи даетъ порядочно крови. Дольки слиты. Вѣсъ правой почки 180 грм., лѣвой тоже 180 гр. Оболочка снимается легко. Кортикальный слой гладокъ, въ разрѣзѣ сѣровато-желтаго цвѣта. Основанія пирамидъ не рѣзко замѣтны. Со стороны лоханокъ, мочеточниковъ и мочевого пузыря никакихъ измѣненій нѣтъ.

Что касается третьяго случая, то относительно его я могу сказать очень мало, такъ какъ онъ присланъ изъ Пензы въ Казань безъ всякаго письма на имя доктора Никольскаго, а послѣдній доставилъ его въ патолого-анатомическій Институтъ. При макроскопическомъ осмотрѣ печень была нѣсколько увеличенной, въ правой доли ея заключался узелъ въ апельсинъ величиной. На разрѣзѣ узелъ имѣлъ ноздрево-сѣроватый цвѣтъ и просвѣчивалъ черезъ капсулу, сильно въ этомъ мѣстѣ разрыхленную. Узелъ этотъ былъ очень плотенъ, но вблизи *lig. Susp. hepatis* подвергся размягченію.

Перехожу теперь къ микроскопической картинѣ этихъ случаевъ. Такъ какъ измѣненія въ нихъ были болѣе или менѣе множественны, то я не разбираю микроск. карт. каждого случая въ отдѣльности, а лишь отмѣняю болѣе сильныя измѣненія каждого изъ нихъ.

На основаніи микроскопическихъ препаратовъ, я, а главнымъ образомъ профессоръ Н. М. Любимовъ, не только не могли примкнуть ко взгляду Мельникова-Разведенкова, что размноженіе эхинококковыхъ пузырей обуславливается присутствіемъ юныхъ формъ, слагающихся изъ мелко-зернистой протоплазматической субстанции, но не могли даже ни на одномъ изъ препаратовъ ихъ констатировать. Мельниковъ-Разведенковъ давая описаніе ихъ въ своей монографіи „Изслѣдованіе мультилокулярнаго эхинококка у человѣка и животныхъ“, представляетъ ихъ зернистыми образованіями круглой, овальной или грушевидной формы съ ядрышками и вакуолями внутри. Но я долженъ сказать, что мнѣ не удалось ихъ констатировать, не смотря на достаточное количество просмотрѣнныхъ для этой цѣли препаратовъ. Почти на всѣхъ препаратахъ, гдѣ только обнаружены были въ полѣ зрѣнія вѣтвящіеся клубки, можно было видѣть, какъ происходитъ отшнуровываніе одной или даже нѣсколькихъ частичекъ отъ хитинового пузыря; отшнуровка эта происходитъ, какъ внутри, такъ и снаружи отъ него. Мнѣ думается, что отшнуровавшийся такимъ образомъ небольшой пузырекъ отъ материнскаго пузыря способенъ вести самостоятельный образъ жизни и въ свою очередь можетъ увеличиваться, расти, а слѣдовательно и давать новый приплодъ подобныхъ-же пузырьковъ (Рис. III и IV—В стѣнка эхинококковаго пузыря; С.С.—отшнуровываніе отпрысковъ отъ стѣнки пузыря; DD—отдѣлившіяся юныя формы). Кромѣ того въ подобныхъ пузыряхъ могутъ образовываться scolices, но обнаружить ихъ мнѣ не удалось, въ то время какъ П. П. Заболотновъ, Bider находили, а другіе, какъ напр. Virchow, Пружанская, Erisman, Biermer, Zeller видѣли только ихъ крючки, что объясняется скорымъ умираніемъ scolices въ замкнутыхъ маленькихъ полостяхъ. Разъ зародышъ *taenia echinosoccus* попалъ въ печень выше приведенномъ способомъ, онъ, нужно полагать, вызоветъ прежде всего измѣненія въ томъ кровеносномъ сосудѣ, гдѣ онъ находится. Сильное же измѣненіе сосудовъ, а особенно тканей, конечно, нельзя приписать только одному присутствію этихъ зародышей, но что послѣдніе видимо выдѣляютъ какой-то ядъ, благодаря которому такъ сильно и реагируетъ соединительная ткань. Со стороны сосуда прежде всего наблюдается, если онъ слишкомъ малъ, полная его закупорка зародышемъ а затѣмъ, влѣтки сосудистаго эндотелія и соединительной ткани, реагируя на раздраженіе, начинаютъ размножаться, разволакиваться и въ концѣ концовъ можетъ получиться полное заростаніе сосуда соединительной тканью. Зародышъ въ свою очередь въ это время превращается въ хитиновый клубокъ, при помощи хитиновыхъ пластинокъ прободаетъ стѣнку сосуда и черезъ это отверстіе про-

никаетъ въ самую ткань. Проникнувъ въ самую ткань, отшнуровавшийся отъ хитинового клубка хитиновый пузырекъ, въ свою очередь превращается тамъ въ хитиновый клубокъ и путемъ отшнуровки отъ него уже получаютъ опять новыя поколѣнія, которыя и распространяются по органу. На своихъ препаратахъ я могъ убѣдиться, что распространеніе этихъ пузырей происходитъ главнымъ образомъ по лимфатическимъ путямъ, такъ какъ тотъ причудливый, вѣтвистый видъ хитиновыхъ клубковъ, который очень часто встрѣчается въ препаратахъ, ничемъ инымъ объяснить нельзя, какъ развѣтвленіемъ хитиновыхъ клубковъ по лимфатическимъ путямъ. Благодаря этому становится также нагляднымъ, и та картина, когда видишь подъ микроскопомъ въ изслѣдуемомъ органѣ совершенно обособленные эхинококковые пузыри, которые отшнуровались отъ материнскаго пузыря и будучи унесены токомъ лимфы, начинаютъ вести самостоятельный образъ жизни. Что касается до распространенія эхинококковыхъ пузырей по кровеносной системѣ и желчнымъ протокамъ, то, на основаніи своихъ препаратовъ я могу сказать, что мнѣ ни разу не пришлось наблюдать эхинококковыхъ пузырей въ желчныхъ протокахъ, но въ тоже время ясно выступала гиперплазія ихъ эпителія; въ кровеносной системѣ также не наблюдалось ничего опредѣленнаго въ этомъ отношеніи, такъ какъ только по нѣкоторымъ препаратамъ можно было предполагать, что пузырь лежитъ въ сосудѣ, но стѣнки его, въ силу измѣненной структуры, было почти невозможно видно различать. И только на одномъ препаратѣ было ясно, какъ пузырь, повидимому въ V. porta, занималъ весь просвѣтъ. Эхинококковый пузырь, помѣщаясь въ ткани, вызываетъ въ ней сильнѣйшее измѣненіе. Вокругъ пузыря вообще наблюдается обильная клѣтчатая инфильтрація, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣются на лицо группы, состоящія изъ гигантскихъ, эпителиоидныхъ и лимфоидныхъ элементовъ (Рис. I и II В.). На нѣкоторыхъ препаратахъ видно, какъ цѣлая группа гигантскихъ клѣтокъ окружаетъ пузырь. На трехъ изъ своихъ препаратовъ я могъ убѣдиться, что гигантскія клѣтки захватываютъ цѣлыя пузыри или только ихъ отдѣльныя части (Рис. I и II, С.; II, D). Скопленіе большого количества гигантскихъ клѣтокъ, какъ вокругъ пузырей, такъ и свободно въ ткани, а также сильную инфильтрацію можно объяснять не только чисто механическимъ раздраженіемъ со стороны эхинококковыхъ пузырей, но съ нѣкоторой долей вѣроятія и ихъ токсическимъ дѣйствіемъ. Кромѣ присутствія гигантскихъ клѣтокъ и инфильтраціи, на большинствѣ препаратовъ можно подмѣтить, что печеночныя клѣтки сильно сдавлены, атрофированы, подверглись распаду (весьма вѣроятно, что на печеночныхъ клѣткахъ сказывается не одно только механическое

вліяніе эхинококковыхъ пузырей) или даже совсѣмъ уничтожены разрастающейся соединительной тканью, которая очень часто развивается въ печени по типу гипертрофическаго и атрофическаго циррозовъ (Рис. I, II, III, IV—А.). Сосуды часто переполнены кровью, что ясно говоритъ за застойную гиперемію. На нѣкоторыхъ препаратахъ можно было видѣть присутствіе известковыхъ отложеній, гомогенно окрашивающихся отъ гематоксилина. Покончивъ съ микроскопической картиной даннаго заболѣванія, я теперь скажу нѣсколько словъ по поводу леченія мультилокулярнаго эхинококка. Въ нѣкоторыхъ, хотя очень рѣдкихъ случаяхъ, происходитъ, какъ-бы самоизлеченіе, т. е. инкапсуляція очага (сл. Поссельта), но въ большинствѣ случаевъ процессъ этотъ очень упорно подвигается все впередъ и впередъ и неминуемо ведетъ къ летальному исходу. Если-бы мультилокулярный эхинококкъ былъ діагностированъ у больного очень рано, то еще тогда можно было-бы хирургическимъ путемъ удалить очагъ и такимъ образомъ прекратить распространеніе паразита по органу. Напр. Брунсъ въ Тюбингенѣ удалил эхинококковую многокамерную опухоль величиной приблизительно въ кулакъ.

Но и въ случаяхъ ясной діагностики даннаго заболѣванія, терапія не стоитъ въ настоящее время высоко потому, что въ большинству случаевъ хирургія не можетъ быть примѣнима, а внутренняя терапія, въ смыслѣ впрыскиванія средствъ, убивающихъ паразита въ заболѣвшемъ органѣ, пока недала, повидимому, никакихъ положительныхъ результатовъ.

Дѣлая общій выводъ, я долженъ сказать, что на основаніи литературныхъ данныхъ заболѣваніе мультилокулярнымъ эхинококкомъ у насъ въ Россіи встрѣчается сравнительно нерѣдко. Я выше уже отчасти перечислил тѣхъ авторовъ, которые наблюдали случаи мультилокулярнаго эхинококка и не ошибусь скажу, что описано уже около 100 случаевъ.

Изъ нихъ 21 случай падаетъ на Казань, которые всѣ обследованы подъ руководствомъ профессора Н. М. Любимова. Могу также отмѣтить, что узлы мультилокулярнаго эхинококка съ особенной любовью локализируютъ въ правой долѣ печени. Относительно же распространенія эхинококковыхъ пузырей въ пораженномъ органѣ, на основаніи своихъ микроскопическихъ препаратовъ, я могу сказать, что оно происходитъ главнымъ образомъ по лимфатическимъ путямъ, отчасти повидимому, по кровеноснымъ, но что касается желчныхъ протоковъ, то врядъ-ли они могутъ служить путями распространенія, такъ какъ содержимое ихъ нужно думать, губительно дѣйствуетъ на самые пузыри. Во всѣхъ препаратахъ выступала лишь гиперплазія клѣтокъ желчныхъ протоковъ. При-

существованіе въ пораженномъ органѣ эхинококковыхъ пузырей, дѣлаетъ картину органа почти неузнаваемой, разрастаніе соединительной ткани, появленіе въ большомъ числѣ гигантск. клѣтокъ и клѣтчаточковая инфильтрація, заставляютъ думать, что эхинококковые пузыри вызываютъ это измѣненіе не только своимъ присутствіемъ, но что, повидимому, они еще выдѣляютъ и ядъ, способный самъ по себѣ произвести сильныя измѣненія.

Всѣ препараты рисованы съ микроскопа Leitz'a, Ocul. 3, Ob. 6.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

1) Мельниковъ-Разведенковъ. Казуистика альвеолярнаго эхинококка у человѣка.

2) Брандтъ. Къ патолого-анатомической казуистикѣ множественнаго эхинококка печени. Дневн. Общ. вр. при Имп. Каз. Унив. Іюнь и Іюль. 1889 г.

3) Виноградовъ. О многокамерномъ эхинококкѣ печени. Дневн. Общ. вр. при Имп. Каз. Унив. 1894 г.

4) Осокинъ. Случай многокамернаго эхинококка въ печени. Дневн. Общ. вр. при Имп. Каз. Унив. 1900 г.

