

## Къ вопросу о первичномъ туберкулезѣ поджелудочной железы \*).

Студента **Ал. Шоломовича.**

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

Вопросъ о туберкулезѣ поджелудочной железы вообще, и о первичномъ туберкулезѣ въ особенности, представляется въ настоящее время далеко не разработаннымъ, такъ какъ это явленіе — не частое. Тѣмъ болѣе интересъ представляютъ собой случаи этого рода заболѣванія, могущіе дать будущему изслѣдователю матеріалъ для выясненія одной изъ интереснѣйшихъ главъ патологій.

Это соображеніе руководило нами при разработкѣ, встрѣтившагося на секціонномъ столѣ, случая туберкулеза поджелудочной железы. Къ сожалѣнію, клиническая сторона этого случая очень неполная, такъ какъ больной пробылъ въ больницѣ сравнительно непродолжительное время — отъ 23 Октября до 1 Ноября 1902 года.

Всѣ имѣющіяся въ скорбномъ листѣ данныя таковы: 23 Октября 1902 года въ 1-е терапевтическое отдѣленіе Губернской Земской больницы поступилъ больной А. Н., 80 лѣтъ, при явленіяхъ общей слабости, отековъ на лицѣ и на ногахъ. Объективное изслѣдованіе показало слѣдующее: кожа восковидно-блѣдна, видимыя слизистыя оболочки ціанотичны; на лицѣ и конечностяхъ небольшіе отеки. Границы легкихъ расширены книзу, активная подвижность легкихъ у краевъ понижена, вдохъ ослабленъ, выдохъ удлинненъ; слышны сухіе хрипы. Сердце прикрыто легкими; тоны глухи, но чисты; рѣзкій склерозъ сосудовъ; пульсъ частый, не-

---

\*) Читано въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 30 апрѣля 1903.

большого наполненія. Животъ втянутъ, брюшныя стѣнки сильно напряжены. Въ мочѣ бѣлокъ. Количество ея уменьшено. Субъективные жалобы: слабость, ломота въ конечностяхъ, отсутствіе аппетита

Данныя о дальнѣйшемъ теченіи болѣзни слѣдующія.

25 Октября. Слабость. Отеки не уменьшены.

27 Октября. Мочи мало; дѣятельность сердца неудовлетворительна.

29 Октября. Дѣятельность сердца замѣтно падаетъ. T° 36.6°.

1 Ноября. Въ 4 ч. утра exitus letalis.

Клиническій діагнозъ: Degeneratio cordis. Arteriosclerosis. Emphysema pulmonum et bronchitis chronica. Marasmus senilis.

Изъ всего вышеприведеннаго видно, что клиническая картина болѣзни въ данномъ случаѣ крайне не ясна.

Патолого-анатомическое изслѣдованіе произведено 2 Ноября въ 1 часъ дня; черезъ 33 часа послѣ смерти.

Изъ протокола вскрытія я приведу краткія выдержки.

Сердечная сорочка безъ измѣненій. Полулунные клапаны аорты и легочной артеріи грубы. На аортѣ атероматозныя бляшки.

Плевральныя листки утолщены, мѣстами съ молочнымъ оттѣнкомъ; въ области лѣвой верхушки спаяны фиброзными перемычками.

Бронхи содержатъ гнойную тягучую жидкость. Слизистая оболочка ихъ инъецирована, набухла.

Бронхіальныя железы нѣсколько увеличены.

Легкія вѣс. правое 690 грм., лѣв. 540 грм.. При вскрытіи грудной клѣтки они спалаются, съ сѣро-аспиднымъ оттѣнкомъ. По переднимъ краямъ пушисты. Въ верхушкѣ лѣваго легкаго три плотныхъ очага, величиной съ горошину, въ разрѣзѣ почти чернаго цвѣта, фибрознаго характера, особенно по периферіи. Кромѣ того еще нѣсколько очаговъ прощупывается въ нижней его доли. Они съ лѣсной орѣхъ, въ разрѣзѣ сѣровато-красны, зернисты. При давленіи изъ нихъ не выступаетъ ни крови, ни воздуха. Вся остальная часть лѣваго легкаго, а также и все правое мягки на ощупь, при разрѣзѣ крепитируются. Поверхность разрѣза красновата. При давленіи изъ нижнихъ долей выступаетъ много пѣнистой кровавистой жидкости.

Селезенка, вѣсъ 120 грм., длиною 11 см., шириной 6.8 см., толщиной 2.6 см., плотна, темнокрасна. Трабекулы утолщены.

Слиз. об. желудка нѣсколько набухшая; на ней разбѣяны мягкія, красноватаго цвѣта, сосочковыя образованія, величиной отъ коноплянаго зерна до чечевицы.

Слиз. об. тонкихъ кишекъ около v. Baughinii набухла. Въ colon ascendens 3 маленькія поперечныя язвочки.

Дно язвочекъ сѣровато-зелено; края неровны. Одиночныя железы нѣсколько набухли.

Печень, вѣсъ 850 грм., длиною 20.5 см., шириной въ пр. д. 12 см., и лѣв. д. 11 см., толщиною въ пр. д. 6.1 см. и лѣв. д. 2.4 см. Капсула немного утолщена, сращена отдѣльными перемычками съ діафрагмой. Паренхима въ разрѣзѣ буровато-красна, богата кровью.

Поджелудочная железа, длиной 15 см., толщиной въ головкѣ 3 см., въ хвостѣ 3.5 см.; на разрѣзѣ пронизана во всѣхъ своихъ частяхъ большимъ количествомъ сѣровато-желтыхъ, мягкихъ, почти расплывающихся гнѣздъ, величиной съ горошину. Ткань между очагами сѣровато-желтаго цвѣта, плотна.

Почки, вѣсъ прав. 100 грм., лѣв. 120 грм., длиной пр. 8.5 см., лѣв. 9.5 см., шириной пр. 5 см., лѣв. 5.5 см., толщиной пр. 3.2 см., лѣв. 3.6 см. Оболочка снимается нѣсколько трудно. Кортикальный слой истонченъ до  $\frac{1}{3}$  нормальной толщины. Въ правой почкѣ замѣтно на поверхности нѣсколько желтоватыхъ мѣстъ, съ конопляное зерно, идущихъ въ глубь въ видѣ полосокъ. Въ лѣвой почкѣ одна изъ пирамидокъ болѣе мягка, также съ желтоватымъ оттѣнкомъ.

Такимъ образомъ при патолого-анатомическомъ изслѣдованіи наиболѣе измѣненнымъ органомъ оказывается поджелудочная железа.

Микроскопическому изслѣдованію были подвергнуты: сердце, легкія, печень, почки, селезенка, поджелудочная железа и кишки.

Кусочки у всѣхъ органовъ брались изъ различныхъ мѣстъ. Фиксажъ, окраска велись по обычнымъ правиламъ патолого-гистологической техники.

Сверхъ того дѣлалось изслѣдованіе и на присутствіе туберкулезныхъ бациллъ.

Сердце. Мышечныя волокна истончены; поперечная исчерченность мѣстами не ясна; ядра мышечныхъ клѣтокъ большею частью рѣзки. Какъ около ядеръ, такъ и по ходу мышечныхъ волоконъ, въ ихъ веществѣ, много зернышекъ бураго пигмента. Сосуды не измѣнены. Соединительная ткань не гиперплазирована.

Легкія. На срѣзахъ изъ плотныхъ узелковъ верхушки лѣваго легкаго видна обычная картина такъ наз. „аспиднаго затвердѣнія“—нѣмелкихъ изслѣдователей. Очаги состоятъ изъ плотной фиброзной соединительной ткани, пронизанной громаднымъ количествомъ частичекъ угля и пигмента. Волокна соединительной ткани около сосудовъ и бронховъ имѣютъ циркулярное расположеніе. Сосуды и бронхи закупорены. Стѣнки ихъ фиброзно измѣнены. Но нигдѣ не привелось видѣть ни творожиныхъ массъ, ни свѣжихъ вы-

сыповъ бугорковъ. Ни на одномъ препаратѣ не удалось найти туберкулезныхъ бациллъ.

На срѣзахъ изъ фокусовъ нижней доли лѣваго легкаго видна сильная гиперемія сосудовъ легочныхъ перегородокъ. Полости легочныхъ альвеолъ всюду растянуты мелкими многоядерными лейкоцитами и набухшими и отслоившимися эпителиальными клѣтками самихъ легочныхъ пузырьковъ. Перегородки альвеолъ не утолщены; инфильтрата въ нихъ нѣтъ. Воспалительный экссудатъ безъ слѣдовъ творожистаго перерожденія. Окраска на туберкулезныя палочки на многочисленнѣйшихъ препаратахъ давала исключительно отрицательный результатъ.

Печень. Печеночныя клѣтки располагаются правильными колоннами. Капилляры между ними и *v. v. centrales* нѣсколько растянуты кровью. Промежуточная соединительная ткань слабо утолщена. Очаговыхъ скопленій крупныхъ клѣтокъ въ ней нѣтъ. Печеночныя клѣтки уменьшены, наполнены зернами бураго пигмента. На одномъ только препаратѣ, изъ массы просмотрѣнныхъ срѣзовъ, удалось замѣтить лишь одинъ туберкулъ. Онъ помѣщался въ наружной части доли и былъ образованъ лимфоидными и эпителиоидными клѣтками. Въ немъ находилось образованіе напоминавшее гигантскую клѣтку. Творожистаго распада въ узелкѣ не было.

Почки. Мальпигіевы клубочки разнообразно измѣнены. Нѣкоторые увеличены, богаты ядрами; другіе уменьшены и ядеръ въ нихъ меньше. Наконецъ, попадаются мальпигіевы клубочки представляющіеся совершенно стекловидными и почти лишенными ядеръ. Баумановская капсула соотвѣтственно состоянію клубочковъ или не утолщена и лишь эпителий ея набухъ, слущивъ и выполняетъ промежутки между нею и мальпигіевыми клубочками, или она также утолщена. Пучки ея соединительной ткани грубы и образуютъ нѣсколько циркулярныхъ ходовъ вокругъ сильно пострадавшаго клубочка. Конечно, наряду съ измѣненными мальпигіевыми клубочками, встрѣчаются и вполне сохранившіеся. Витые каналцы мѣстами нѣсколько расширены; эпителий ихъ мутенъ, зернистъ; границы клѣтокъ не ясны; ядра не всюду замѣтны. Встрѣчаются витые каналцы сравнительно узкіе, нѣсколько сдвинутые, съ низкимъ эпителиемъ. Промежуточная соединительная ткань мѣстами островчато гиперплазирована. Въ мелкихъ артеріяхъ интима утолщена и просвѣты сосудовъ въ различной степени сужены.

Ни очаговыхъ скопленій круглыхъ клѣтокъ, ни туберкуловъ нигдѣ нѣтъ.

Селезенка. Соединительно-тканная основа сильнѣе обыкновеннаго развита, т. е. капсула, трабекулы и волокна *reticuli* утолщены. Въ красной пульпѣ много лимфоидныхъ элементовъ. Вены мѣс-



тами растянуты кровью. Мальпигіевы тѣльца не увеличены. Туберкуловъ нѣтъ.

**Поджелудочная железа.** Не было срѣза, на который не встрѣчалось бы отдѣльныхъ бугорковъ или ихъ конгломератовъ. Тамъ, гдѣ имѣлись изолированные туберкулы, видны были, среди раздвинутыхъ долекъ поджелудочной железы, скопленія круглой или овальной формы лимфоидныхъ клѣтокъ. Если конгломератъ состоялъ изъ 3—6 узелковъ, то было на лицо и творожистое перерожденіе узелка. Именно, центръ подобнаго конгломерата состоялъ изъ безструктурной зернистой массы, обыкновенно диффузно окрашивавшейся. Въ периферіи же располагались, перемѣшанные между собою, лимфоидныя, эпителиоидныя и гигантскія клѣтки. Послѣднихъ наблюдалось очень много. Изъ 10 срѣзовъ въ 9 онѣ обязательно встрѣчались. Форма, величина, количество ядеръ было чрезвычайно различное. Иногда онѣ были необыкновенно большія и съ громаднымъ количествомъ ядеръ, размѣщенными то по всей клѣткѣ, то по одной сторонѣ, то по обѣмъ. Если встрѣчались крупные конгломераты, то средняя часть состояла изъ распада, т. е. мелкозернистой массы, а периферія образована свѣжими туберкулами.

Въ подобныхъ случаяхъ железистой ткани уже не было, а туберкулезные конгломераты размѣщались въ фиброзной соединительной ткани.

**Colon ascendens.** На мѣстѣ язвочекъ замѣтна потеря лишь слизистой оболочки. Подслизистая оболочка соотвѣтственно дву язвочекъ инфильтрирована диффузно круглыми клѣтками. Среди нихъ нѣтъ ни эпителиоидныхъ элементовъ, ни гигантскихъ клѣтокъ, ни распада. По путамъ соединительной ткани клѣточковая инфильтрація протягивается въ видѣ тяжей и между мышечными слоями. Ни кругомъ язвъ, ни въ подсерозной оболочкѣ—нигдѣ не найдено туберкуловъ. Также не открыты и туберкулезныя палочки.

**П а т а л о г о - а н а т о м и ч е с к і й д і а г н о зъ:** Бурая атрофія и бѣлковое перерожденіе мышцъ сердца. Хроническій фиброзный эндокардитъ. Цианотическая индурация селезенки. Хроническій фиброзный слипчивый плевритъ лѣвой стороны. Эмфизема и отекъ легкихъ. Острая катарральная пневмонія лѣвой нижней доли. Хроническій катарръ бронховъ. Туберкулезъ поджелудочной железы. Хроническій катарръ желудка. Катарръ тонкихъ и толстыхъ кишекъ. Катарральныя язвы col. ascendens. Бурая атрофія и застойная гиперемія печени. Острый гломеруло-нефритъ и старческая атрофія почекъ.

Такимъ образомъ микроскопическое изслѣдованіе показало, что мы имѣемъ дѣло съ хроническимъ туберкулезомъ поджелудочной железы, поведшимъ почти къ полному ея разрушенію, и давшему незначительный послѣдовательный выпль въ печени.

Такъ какъ въ другихъ органахъ измѣненій туберкулезнаго характера обнаружить не удалось, то мы имѣемъ полное основаніе утверждать, что туберкулезъ поджелудочной железы въ данномъ случаѣ былъ первичнымъ.

Обращаясь къ разсмотрѣнію литературы туберкулеза поджелудочной железы, мы убѣждаемся, что хотя нѣкоторые изслѣдователи и касались этого вопроса—разработку его въ настоящее время далеко нельзя считать законченной. Существуетъ даже разногласіе по вопросу о частотѣ этого заболѣванія. Такъ Clermond, Lombard, Varnier, Nasse, Bouillard, Mitivié, A. Petit, Schmidt считаютъ, что туберкулезъ поджелудочной железы явленіе не очень рѣдкое, при чемъ первые изъ выше названныхъ авторовъ насчитываютъ туберкулезъ поджелудочной железы въ 5% бугорчатки у дѣтей.

Съ другой стороны Rokitsansky, Förster и Klebs признаютъ его крайне рѣдкимъ явленіемъ, или какъ Louis и Lebert даже сомнѣваются въ его возможности. Cruveilhier упоминаетъ лишь о туберкулезномъ заболѣваніи лимфатическихъ железъ на поверхности поджелудочной железы. Friedreich тоже находилъ, что это заболѣваніе встрѣчается въ высшей степени рѣдко. Birch-Hirschfeld, Orth, Ziegler раздѣляютъ, повидимому, то же отношеніе къ данному вопросу.

Что касается казуистики этого заболѣванія, то она очень невелика. Изъ старой литературы проф. Oser упоминаетъ только о случаяхъ Martland'a—1825 года. Berlyn—1842 года и Sandras—1848 года. Тамъ же у Oser'a имѣется описаніе случая Aran'a озаглавленное: „Observation d'absces tuberculeux du pancreas et coloration anormale de la peau“. Этотъ случай интересенъ по сочетанію съ бронзовой окраской кожи: 25-ти лѣтняя женщина страдала около года сильными болями въ epigastrium и рвотой. Кожа ея была темно-бронзовой окраски. На вскрытіи найденъ былъ вмѣстѣ съ туберкулезомъ брюшныхъ лимфатическихъ железъ и селезенки—туберкулезный абсцессъ, величиной съ куриное яйцо, въ хвостѣ поджелудочной железы. Толщина стѣнокъ абсцесса около 2 cm. и содержала многочисленные, съ конопляное зерно величиной, размягченные туберкулы.

Roser и Barlow также сообщаютъ случай милиарнаго туберкулеза у дѣтей, съ нахожденіемъ милиарныхъ туберкуловъ въ поджелудочной железн.

Chvostek описываетъ одинъ случай хроническаго туберкула поджелудочной железы, гдѣ она была значительно увеличена и совершенно превращена въ плотную фиброзную массу, въ которой было много очаговъ, въ грецкій орѣхъ величиною. Отъ собственно

железистой ткани не оставалось и слѣда, и измѣненная такимъ образомъ железа очень сильно суживала нисходящую часть duodeni.

Таковой оставалась казуистическая сторона вопроса до 1892 года, когда появилась небольшая, но очень интересная, работа д-ра Кудревецкаго, изъ паталого-анатомическаго института проф. Chiari въ Прагѣ.

Работа эта озаглавлена: „Über Tuberculose des Pancreas“. Указавъ, что многіе авторы обходятъ полнымъ молчаніемъ вопросъ о туберкулёзѣ поджелудочной железы, а указанія другихъ отрывочны и противорѣчивы—авторъ переходитъ къ обзору литературы и казуистики, изъ котораго онъ дѣлаетъ выводы: 1) до сихъ поръ туберкулёзъ поджелудочной железы считался такимъ рѣдкимъ заболѣваніемъ, что отдѣльные случаи каждый разъ подлежали опубликованію; 2) этотъ взглядъ произошелъ очевидно отъ поверхностнаго отношенія къ поджелудочной железн, что явствуетъ изъ отсутствія спеціальныхъ работъ. Диссертация д-ра Boldt'a (1882 г.), по мнѣнію Кудревецкаго, представляетъ единственную и притомъ далеко не полную сводку литературы, а изслѣдованіе Lombard'a относится къ тому времени, когда методы изслѣдованія были слишкомъ неудовлетворительны. Чтобы восполнить этотъ пробѣлъ имъ, по предложенію проф. Chiari, и была предпринята работа. Сущность ея такова. Матеріалъ собранъ отчасти имъ; отчасти подобранъ, съ статистической цѣлью, д-ромъ Berings'омъ въ 5 мѣсяцевъ 1887 года и въ 3 мѣсяца 1891. Изъ всѣхъ труповъ туберкулезныхъ вынималась и изслѣдовалась поджелудочная железа. Такихъ случаевъ взято 128 и изъ старыхъ препаратовъ музея—одинъ съ надписью: „Tuberculosis chronica pancreatis“

Изъ этихъ 128 случаевъ туберкулёзъ железы былъ найденъ въ 12-ти и описаніе ихъ авторъ дѣлитъ на 4 группы: I) Гематогенный милиарный туберкулёзъ поджелудочной железы при общемъ милиарномъ туберкулёзѣ—6 случаевъ; II) Гематогенный милиарный туберкулёзъ поджелудочной железы при хроническомъ туберкулёзѣ другихъ органовъ тѣла—3 случая. III) Туберкулёзъ поджелудочной железы проведенный съ сосѣднихъ органовъ; и IV) самостоятельный, т. е. по отношенію къ генезу неясный хроническій туберкулёзъ поджелудочной железы. Описанные въ послѣдней группѣ 2 случая таковы.

Вскрытіе 22/iv 1887. Клиническій діагнозъ: Laryngitis. Diphtheria conjunctivae et palpebrarum. Tuberculosis chronica pulmonum. Enteritis chronica. Scrophulosis. Паталого-анатомическій діагнозъ: Tuberculosis chronica pulmonum cum bronchoectasia. Tuberculosis chronica glandularum lymphaticarum, hepatis. lienis, endo et peric. et meningum. Ulcera tuberculosa ventriculi et in-

testini. Pleuritis et peritonitis tuberculosa. Perforatio oesophagi glandula tuberculosa effecta. Поджелудочная железа мягка, блѣдна, въ одномъ мѣстѣ верхней ея поверхности находится бѣловато-желтый узелокъ съ горошину величиной—сыровидно перерожденный очагъ, заложенный въ ткань железы съ скуднымъ количествомъ гигантскихъ клѣтокъ, окруженный мелкоклѣточковой инфильтраціей сосѣднихъ долекъ железы.

2-й случай. Мужчина 35 лѣтъ. Патолого-анатомическій діагнозъ: Tuberculosis chronica pulmonum, glandularum lymphaticarum, peribronchialium et abdominalium, cordis, venum et pancreatis. Поджелудочная железа блѣдна, пронизана массой сыровидно перерожденныхъ очаговъ, часто центрально размягченныхъ. Задняя стѣнка желудка язвенно перфорирована въ нѣсколькихъ рядомъ лежащихъ мѣстахъ одной изъ этихъ неправильно изогнутыхъ полостей. Ductus Wirsungianus тоже впадаетъ въ эту полость своимъ головнымъ концомъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что очаги состоятъ изъ сыровидной массы, по периферіи которыхъ находится грануляціонная ткань съ гигантскими клѣтками. Часто очаги эти окружались толстыми перекладинами фиброзной соединительной ткани. Вездѣ между одиночными очагами замѣтны ничтожные остатки ткани железы. Туберкулезныхъ бактерий открыть не удалось.

Выводы автора таковы: на туберкулезъ поджелудочной железы нельзя смотрѣть какъ на большую рѣдкость: онъ встрѣчается въ 9,37%. При милиарномъ туберкулезѣ, туберкулезъ поджелудочной железы встрѣчается въ 33,33%. При хроническомъ туберкулезѣ другихъ органовъ % туберкулеза поджелудочной железы равенъ 3%.

Поль на частоту заболѣванія не оказываетъ вліянія, а возрастъ даетъ слѣдующее: изъ 12 случаевъ оказалось 8 дѣтскихъ, т. е.  $\frac{3}{4}$ , въ то время какъ дѣтскіе труны составляли лишь  $\frac{1}{7}$  всѣхъ изслѣдованныхъ. Отсюда выходитъ, что туберкулезъ поджелудочной железы бываетъ въ 44,44% у туберкулезныхъ дѣтей.

Бациллы туберкулеза, проникнувъ въ поджелудочную железу, могутъ вызвать или милиарный или хроническій туберкулезъ, причемъ первая форма наблюдалась одинаково и при милиарномъ и при хроническомъ туберкулезѣ прежде заболѣвшихъ органовъ. Хроническій же туберкулезъ железъ наблюдается, по мнѣнію автора, только при хроническомъ туберкулезѣ другихъ органовъ. На вопросъ: какимъ образомъ проникаетъ въ поджелудочную железу ядъ („virus“ ауторовъ), онъ отвѣчаетъ, что, по его мнѣнію, туберкулезъ поджелудочной железы бываетъ только при туберкулезномъ заболѣваніи другихъ органовъ—является только вторично, т. е. бациллы переносятся

уже изъ прежде существовавшего гдѣ нибудь въ организмѣ очага. Путемъ передачи является обычно кровеносная система, но вмѣстѣ съ тѣмъ онъ допускаетъ и распространеніе черезъ контактъ, а также проникновеніе бациллъ черезъ выводной протокъ.

Таково содержаніе крупнѣйшей работы и таковы выводы автора ея по интересующему насъ вопросу.

Надо однако замѣтить, что есть въ литературѣ случаи, котораго Кудревецкій не разбираетъ и о которомъ онъ даже не упоминаетъ; случай, содержаніе котораго не согласуется съ послѣднимъ выводомъ автора. Я имѣю въ виду случай Mayo, въ которомъ, по мнѣнію автора его, раздѣляемому Senn'омъ и проф. Oser'омъ, туберкулезъ поджелудочной железы былъ первичнымъ. „38 лѣтній мужчина боленъ 4 мѣсяца. 7 недѣль пролежалъ въ постели. Первые признаки заболѣванія выразились болями живота, отдававшими изъ праваго подреберья къ позвоночному столбу. За 28 дней до смерти—icterus, позже одышка. Выше пупка, за короткое время до смерти, большая опухоль. При аутопсіи найдено изліяніе въ правую плевру; желчный пузырь расширенъ. Головка поджелудочной железы увеличена, образуетъ неправильный шаръ—10 cm. въ діаметрѣ, который сдавливаетъ желчный ходъ. Остальная часть железы увеличена. Частію въ ней видна здоровая железистая ткань, въ 2—3 мѣстахъ размягченными и образовавшими густой гной. Нѣкоторыя лимфатическія железы, зубная железа и почки были поражены вторично.

Итакъ, если Virchow въ 1865 г. считаетъ характернымъ иммунитетъ нѣкоторыхъ органовъ, нпр. слюнныхъ железъ противъ туберкулеза, и подвергаетъ сомнѣнію описанные до него случаи туберкулеза околоушной и поджелудочной железъ, то послѣ работы Кудревецкаго и новаго ряда описанныхъ случаевъ—врядъ ли можно говорить объ иммунитѣ. Случай же Mayo показываетъ, что туберкулезъ поджелудочной железы можетъ быть и первичнымъ, на что указываетъ и выше описанный нами случай. Объясненіе же причинъ сравнительно рѣдкаго нахожденія туберкулеза поджелудочной железы надо искать не въ томъ, что заболѣваніе это дѣйствительно такъ рѣдко, а, вѣроятно же всего, въ другомъ, а именно: поджелудочная железа на вскрытіяхъ подвергается осмотру и изслѣдованію лишь въ случаяхъ, когда она рѣзко макроскопически измѣнена. Между тѣмъ изученіе 12 случаевъ Кудревецкаго показываетъ, что въ случаяхъ подъ №№ 2, 5, 6, 10—„Das Pankreas makroskopisch ohne pathologische Veränderungen“ какъ говоритъ авторъ, а въ 2—3-хъ—другихъ—макроскопическія измѣненія были настолько незначительны, что легко могли быть просмотрѣны. Слѣдовательно, авторъ потерялъ бы половину своего

матеріала, еслибъ не задавался спеціальной цѣлью и не изслѣдоваль бы микроскопически всѣ поджелудочныя железы всѣхъ труповъ. Этимъ надо полагать, объясняется сравнительная рѣдкость находенія туберкулеза поджелудочной железы вообще. Случаи же первичнаго туберкулеза въ ней надо пока признать дѣйствительно весьма рѣдкими. Съ клинической стороны это заболѣваніе, вслѣдствіе рѣдкости его находенія, пока особеннаго интереса не возбуждаетъ, потому что поставить діагнозъ in vivo врядъ ли представляется возможнымъ. Единственный, кажется, случай хирургическаго вмѣшательства при туберкулезѣ лимфатическихъ железъ поджелудочной железы описанъ Рaul Sandler'омъ. Безъ предварительной точной установки діагноза, на основаніи прощупывавшейся позади желудка опухоли, было произведено чревосѣченіе и экстирпирована опухоль изъ головки поджелудочной железы. Исходъ въ выздоровленіе (послѣднія данныя о больной черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ операціи).

Таково современное положеніе вопроса о туберкулезѣ поджелудочной железы.

## Л И Т Е Р А Т У Р А.

Birch-Hirschfeld. Lehrbuch d. spec. path. Anatomie. Bd. II. S. 641.

Klebs. Handbuch d. path. Anatomie. Bd I. Abth. II. S. 561.

Kudrewetzky. Über Tuberculose des Pancreas. Zeitschrift f. Heilkunde Bd. XIII.

Oser. Die Erkrankungen des Pancreas. Spec. Pathol. und Therapie v. Nothnagel. Bd. XVIII. 2 Th.

Virchow. Die krankhaften Geschwülste. Bd II. p. 677.