

О злокачественныхъ опухоляхъ носоглотки *).

Д-ра И. С. Рождественскаго.

Общей характеристикой для злокачественности опухолей служить свойство ихъ кѣтокъ захватывать сосѣднія ткани, заноситься путемъ лимфатическихъ или кровеносныхъ сосудовъ, прививаться и давать новыя опухоли какъ въ ближайшихъ частяхъ тѣла (диссеминація), такъ и въ отдаленныхъ органахъ (метастазы), замѣщающія собою встрѣчающіяся ткани. На микроскопическомъ препаратѣ можно видѣть кромѣ явленій размноженія кѣтокъ опухоли (каріокинезъ) еще кѣтки, перемѣщающіяся изъ периферіи опухоли въ ближайшія лимфатическія щели и лимфатическія железы, гдѣ онѣ, размножаясь, даютъ вторичные узлы; точно также ихъ можно встрѣтить въ крови, которою онѣ разносятся по самымъ разнообразнымъ и отдаленнымъ частямъ тѣла, давая иногда (наприм., саркомы) безчисленное количество метастатическихъ опухолей такого же гистологическаго строенія.

Злокачественныя опухоли обладаютъ склонностью расти неудержимо и, по удаленіи ихъ оперативнымъ путемъ, давать на томъ же самомъ мѣстѣ новыя такія же опухоли (рецидивы).

По гистологическому строенію злокачественныя опухоли дѣлятся на опухоли соединительнотканной группы (саркомы, лимфосаркомы, эндотелиомы) и группы эпителиальной (эпителиомы, карциномы.)

Что касается опухолей глотки и носоглотки, то злокачественность ихъ не всегда обуславливается гистологическимъ строеніемъ. Здѣсь имѣется рядъ новообразованій по строенію совершенно доброкачественныхъ, но клинически очень злокачественныхъ, и обратно.

*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей 1-го марта 1908 г., съ демонстраціей больного *лимфосаркомой* носоглотки и микроскопическихъ препаратовъ.

Наибольше частая и клинически важнѣйшая форма опухоли въ носоглоткѣ (epipharynx), это—типическіе носоглоточныя полипы. Гистологически они представляютъ настоящія фибромы, т. е. опухоли доброкачественныя, но клинически занимаютъ среднее мѣсто между доброкачественными и злокачественными опухолями и не рѣдко обнаруживаютъ поистинѣ злокачественное теченіе. Они въ высокой степени способны къ мѣстному рецидиву и обладаютъ большою склонностью къ неудержимому росту, проникая съ одной стороны черезъ естественныя отверстія въ различныя доступныя со стороны носоглотки полости, а съ другой прорастая черезъ костную ткань. Это послѣднее однако совершается не такимъ образомъ, что кость замѣщается тканью опухоли, претерпѣвая нѣкоторымъ образомъ злокачественную дегенерацию, а такъ, что кость атрофируется какъ бы черезъ давленіе аневризмы.

Въ противоположность настоящимъ злокачественнымъ опухолямъ, при носоглоточныхъ полипахъ не извѣстно ни одного случая нахождения метастазовъ въ регіонарныхъ лимфатическихъ железахъ или въ другихъ органахъ. Тѣмъ не менѣе и въ своемъ мѣстномъ теченіи часто трудно отличить эти доброкачественныя фиброзныя опухоли отъ злокачественнымъ саркомъ, тѣмъ болѣе, что и гистологически онѣ могутъ быть, по крайней мѣрѣ на отдѣльныхъ мѣстахъ, подобны саркомамъ.

Типическіе носоглоточныя полипы обыкновенно состоятъ изъ плотнаго соединительнотканнаго вещества, похожего по консистенціи на рубцовую ткань. Клѣточные элементы по отношенію къ волокнистому веществу иногда крайне отстаютъ на задній планъ, въ другихъ случаяхъ они преобладаютъ надъ волокнами, но большею частью въ одной и той же опухоли можно встрѣтить то и другое. Также съ теченіемъ времени опухоль можетъ мѣнять свой характеръ и сдѣлаться то богаче, то бѣднѣе клѣточными элементами. Клѣтки опухоли—почти сплошь веретенообразныя, имѣющія нѣкоторое сходство съ гладкими мышечными волокнами, но большею частью короче ихъ. Однако, иногда въ отдѣльныхъ опухоляхъ можно встрѣтить то здѣсь, то тамъ большія или меньшія скопленія кругловатыхъ клѣтокъ, характера молодыхъ соединительнотканныхъ клѣтокъ или лейкоцитовъ; обыкновенно онѣ въ большемъ числѣ встрѣчаются вокругъ сосудовъ. Принадлежатъ ли эти круглыя клѣтки клѣткамъ опухоли или онѣ выселились изъ сосудовъ, часто рѣшить невозможно. Особенно много ихъ въ сосѣдствѣ съ раневыми поверхностями, рубцами или язвами, происшедшими отъ несовершенныхъ оперативныхъ попытокъ и травматическихъ инсультовъ. Поэтому можно принять, что большей частью онѣ вос-

палительнаго происхожденія и не указываютъ на большую злокачественность опухоли.

Типическіе носоглоточныя полипы берутъ свое начало отъ плотнаго, хрящеподобнаго соединительнотканнаго слоя на основаніи черепна. Излюбленнымъ мѣстомъ происхожденія является *pars basilaris* затылочной кости, въ части, соответствующей переднему отдѣлу свода носоглоточной полости. Рѣже они берутъ начало въ окружности *foramen lacerum* и въ *fossa sphenopalatina*, еще рѣже на передней поверхности двухъ первыхъ шейныхъ позвонковъ. Поверхность ихъ обыкновенно довольно гладкая, перѣдко плоско бугристая, менѣе часто шишковатая. Съ дальнѣйшимъ ростомъ главная масса опухоли приближается болѣе или менѣе къ шарообразной формѣ, которая наилучше соответствуетъ пространственнымъ отношеніямъ въ *epipharynx*, но обыкновенно нѣсколько уплощается спереди назадъ и получаетъ легкое вдавленіе на передне-нижнемъ полюсѣ, въ зависимости отъ прилеганія къ нижней части носовой перегородки и къ небной занавѣскѣ. Очень неправильный видъ опухоли получается при дальнѣйшемъ ростѣ вслѣдствіе образования продолженій. Если опухоль не перерастаетъ границу *epipharynx*, то большей частью она по всей поверхности покрыта гладкой, цѣлой слизистой оболочкой. Если же опухоль проникаетъ въ *mesopharynx* или въ носовую полость, то вслѣдствіе внѣшнихъ инсультовъ на ней появляются язвы, которыя впрочемъ рѣдко ведутъ къ значительной потерѣ вещества.

Характерно отношеніе типическихъ носоглоточныхъ полиповъ къ возрасту и полу индивидуума. Въ преобладающемъ числѣ случаевъ они встрѣчаются у лицъ мужского пола и въ возрастѣ *pubertatis*: отъ 10 до 25 или отъ 15 до 22 лѣтъ. Рѣдкіе случаи у женщинъ показываютъ менѣе ясное отношеніе къ возрасту: у совершенно старыхъ женщинъ и маленькихъ дѣвочекъ они чаще, чѣмъ у болѣе взрослыхъ и болѣе молодыхъ мужчинъ (*Wensch* (1878), *Plu y e t t e* (1887)). Зависимость отъ возраста такъ велика, что даже уже существующія опухоли съ переходомъ индивидуума за періодъ *pubertatis* подвергаются обратному развитію (въроятно жировая дегенерация и всасываніе). Последнее обстоятельство впервые было замѣчено *Legou est* о м ѣ, но оспаривалось другими французскими хирургами, однако скоро было подтверждено многими другими авторами (*Gosselin*, *Lafont*, позднѣе *Bouchaud* (1860), *Hüter* (1879)). Въ этомъ отношеніи носоглоточныя полипы, какъ уже было высказано *Velpeau*, имѣютъ извѣстное подобіе съ фибромами матки, которыя очень часто съ наступленіемъ менопаузы тоже подвергаются обратному развитію. Существованіе подобныхъ процессовъ нѣкоторыми указывалось и въ случаяхъ злокачественныхъ опухолей носоглотки.

Большая часть пациентовъ считаетъ началомъ болѣзни появленіе ощущенія заложеннаго носа. Это закладываніе носа стоитъ на первомъ планѣ клинической картины и во всемъ дальнѣйшемъ теченіи. Разстройства рѣчи (*rhinolalia clausa*), храпящее дыханіе, признаки заболѣванія Евстахіевыхъ трубъ представляютъ обычные начальные симптомы, хотя большею частью тогда уже имѣются довольно развитыя опухоли.

Съ дальнѣйшимъ ростомъ опухоли появляются другіе припадки, зависящіе отъ разрастанія продолженій. При вращаніи въ *mesopharynx* обнаруживается разстройство глотанія—затрудненіе второй фазы глотательнаго акта. Здѣсь опухоль находитъ очень благоприятныя условія для роста, скоро выполняетъ большую часть *mesopharynx*, часто также *hypopharynx* и можетъ такъ затруднить питаніе, что пациенты погибаютъ; именно въ старой литературѣ указано не мало такихъ случаевъ. Удивительный случай сообщаетъ *v. Eiselsberg* (1892): больная съ большой опухолью носоглотки могла время отъ времени выдавливать ее въ ротовую полость, при чемъ имѣла обыкновеніе откусывать кусочекъ опухоли и такимъ образомъ освобождаться отъ ея излишка.

Распространяясь книзу, опухоль достигаетъ области входа въ гортань и тогда къ разстройствамъ рѣчи и глотанія присоединяется затрудненіе дыханія. Затрудненіе мало по малу увеличивается и съ теченіемъ времени можетъ принять угрожающій характеръ и потребовать трахеотоміи. Обыкновенно же пациенты уже раньше рѣшаются на оперативное удаленіе опухоли. Наступившія разстройства дыханія и глотанія, нерѣдко послѣ существованія опухоли въ теченіе ряда лѣтъ, иногда въ нѣсколько мѣсяцевъ приводятъ къ смерти и безъ того, чтобы еще появились опасныя осложненія отъ прониканія опухоли въ черепную полость и т. п. Однако многіе достовѣрные наблюдатели констатировали, что даже и при такихъ печальныхъ обстоятельствахъ возможно произвольное всасываніе опухоли, если пациентъ находится при окончаніи роста тѣла (*Lafont, Bouchaud*).

Клинически особенно выступающій симптомъ носоглоточныхъ опухолей и требующій вниманія, это—кровотеченія.

Носоглоточные полипы причисляются *Billroth* о мъ къ „*blutärmsten Geschwülsten*“, но, хотя они кажутся бѣдными сосудами, однако содержать (*Billroth*) артеріи, вены и иногда очень широкую кавернозную венозную сѣть. Особенно на периферіи опухоли встрѣчаются иногда широкія наполненныя кровью полости, а также въ области основанія—очень замѣтные венозные и артеріальные сосуды, калибръ которыхъ можетъ достигать толщины *art. maxillaris*.

По возрѣнію *Ven'sch'a*, кровотечения объясняются слѣдующимъ образомъ: не смотря на бѣдность сосудами собственного вещества полипа, покрывающая его слизистая оболочка отличается богатой и густой сѣтью сосудовъ и при ея легкой ранимости вслѣдствіе сильнаго истонченія и атрофіи очень легко могутъ наступать жестокія кровотечения. *Mikulicz* же наблюдалъ въ полипахъ большое развитіе тонкостѣнныхъ сосудовъ, сильно наполненныхъ кровью и часто состоящихъ изъ одной эндотелиальной трубки. Жестокость кровотеченій можетъ также зависѣть отъ того, что вскрытые просвѣты сосудовъ въ плотной ткани опухоли остаются зияющими (*Billroth*).

Кровотечения появляются иногда при опухоляхъ, не переходящихъ книзу границу *epipharynx*. Можетъ быть, въ склонности къ нимъ большую роль играютъ явленія застоя, которыя особенно легко развиваются при многократныхъ инсультахъ, которымъ подвергается опухоль при прохожденіи пищи. Можетъ также имѣть значеніе и то обстоятельство, что, вслѣдствіе опусканія опухоли, количество крови въ ней, соотвѣтственно закону тяжести, увеличивается въ болѣе низкихъ частяхъ. Чаще всего бываютъ носовыя кровотечения, для появленія которыхъ также имѣетъ значеніе застой, наступающій въ носовомъ продолженіи опухоли, выполняющемъ тѣсный просвѣтъ носовой полости. Различныя внѣшніе поводы играютъ большую роль въ вызваніи такихъ кровотеченій. Иногда послѣ ѣды наступающій приливъ къ головѣ вызываетъ повышенное кровяное наполненіе и гѣморрагію, въ другихъ же случаяхъ въ этомъ повинны тѣлесныя напряженія, особенно при согнутомъ положеніи тѣла. Наконецъ существенный моментъ для появленія кровотеченій, это—наступленіе процессовъ разложенія, причиняющихъ поверхностные некрозы, и отторженіе некротизированныхъ частей. *Mikulicz* наблюдалъ у одного пациента нѣсколько тяжелыхъ кровотеченій, когда отторгался глубокой гальванокаустическій струвь при сильныхъ явленіяхъ гніенія, но кровотечения тотчасъ прекратились, когда іодоформомъ и антисептическими промываніями процессы разложенія были устранены.

Своеобразное явленіе, встрѣчающееся при носоглоточныхъ полипахъ и другихъ новообразованіяхъ носоглотки,—сонливость; иногда она обнаруживается даже комически: пациентъ *Whately's'a*, ученикъ брадобрѣя, засыпалъ при бритьѣ кліента и т. п. Причина этого явленія не ясна. Во всякомъ случаѣ заложенный носъ играетъ здѣсь существенную роль. У одного изъ пациентовъ *Mikulicz'a* сонливость исчезла, какъ только носовое дыханіе стало свободнымъ. *Boucher* указываетъ на интоксикацію CO_2 отъ несовершеннаго дыханія.

Кромѣ кровотеченій тяжелые клиническіе симптомы вызываются еще ростомъ продолженій опухоли, нерѣдко ведущимъ къ смертельному исходу. Наичаще всего эти продолженія даютъ носоглоточные полипы, исходящіе изъ *fossa sphenopalatina*, ретромаксиллярныя опухоли (В. v. Langenbeck), которыя берутъ начало глубоко подъ слизистой оболочкой и, ее выпирая, посылаютъ обыкновенно значительный отростокъ въ носовую полость. Эти продолженія могутъ достигать верхне-челюстной полости; обходя же вокругъ задней стѣнки кости попадаютъ въ скуловую и височную область, отсюда черезъ *fissura orbitalis inferior* въ орбиту, или изъ носовой полости въ полость лобную, въ полости рѣшетчатой и клиновидной кости. Возникаетъ такимъ образомъ очень значительное обезображеніе лица. Верхняя челюсть заболѣвшей стороны представляется вздутой, глазъ вытѣсняется изъ *orbita*, височная и щечная области превращаются въ два мощныхъ вздутія, раздѣленныхъ скуловой дугой. Особенно страшное обезображиваніе наступаетъ, если опухоль вырастаетъ на обѣихъ сторонахъ, раздвигаетъ носовыя кости, выпираетъ оба глаза изъ орбитъ и затѣмъ еще выступаетъ наружу изъ переднихъ носовыхъ отверстій; тогда мы имѣемъ то, что англичане называютъ — *frog-face*, лягушечье лицо. Однако это бываетъ почти только при злокачественныхъ опухоляхъ. При собственно же фибромахъ основанія черепа мы находимъ продолженія главнымъ образомъ въ клиновидную, рѣшетчатую кости, въ лобную и верхнечелюстную пазухи; прорастаніе опухоли въ эти придаточныя полости совершается предпочтительно черезъ естественныя отверстія. Изъ всѣхъ продолженій клинически наиболѣе важныя тѣ, которыя проникаютъ въ рѣшетчатую кость. Со временемъ онѣ вскрываютъ черепную полость, дѣлаютъ ее доступной для инфекціи, такъ что, хотя рѣдко, но можетъ развиваться менингитъ, а въ исключительныхъ случаяхъ мозговой абсцессъ. Чаше же менингитъ присоединяется къ операціямъ.

Труднѣе всего діагностицировать прониканіе отростковъ опухоли въ черепную полость съ основанія черепа. Иногда заболѣваніе черепныхъ нервовъ укажетъ на это обстоятельство, но вѣрное доказательство получается обыкновенно лишь при ясномъ обнаруженіи признаковъ повышеннаго внутричерепного давления. Изъ черепныхъ нервовъ чаще всего заболѣваютъ *n. trigeminus*. Обыкновенно сдавливаются опухолью 2-я и 3-я вѣтви *n. trigemini*, при ихъ выходѣ изъ *foramen rotundum* и *foramen ovale*; развиваются часто жестокія невралгическія боли, большей частью локализирующіяся въ зубахъ верхней, рѣже нижней челюсти. Если невралгія распространяется на всѣ вѣтви *n. trigemini*, то это указываетъ на участіе нервного ствола *resp. ganglion Gasseri*, разъ при этомъ отсутствуетъ вытѣсненіе глазного яблока. Это отсут-

ствіе говоритъ за то, что сжатіе первой вѣтви происходитъ не въ orbita, но, вѣроятно, опухоль давить на самый стволъ нерва, вросши въ черепную полость черезъ foramen ovale или rotundum. Анастезія n. trigemini также встрѣчается, но не особенно часто. Кромѣ пораженія n. trigemini относительно часто наступаютъ расстройства нервовъ глазныхъ мышцъ, развивается strabismus или diplopia; но эти функциональныя расстройства могутъ наступить и при вытѣсненіи глазного яблока. Крайне рѣдко встрѣчается параличъ n. facialis; при типическихъ носоглоточныхъ полипахъ онъ едва-ли бываетъ. Вообще при существованіи заболѣванія нервовъ нужно первѣе всего думать о злокачественной опухоли.

Злокачественныя опухоли (карциномы и саркомы) въ носоглоткѣ встрѣчаются много рѣже, чѣмъ фибромы, такъ рѣдко, что напр. Gérard Marchant въ большомъ руководствѣ по хирургіи Duplay Reclus (Art. Nez etc. in Duplay-Reclus, Traité de chir, Bd. IV, Paris, 1891) совершенно объ нихъ не упоминаетъ. Даже специалисты едва занимались этимъ вопросомъ. Mouge (1904) въ своемъ Traité des maladies de la gorge, du pharynx et du larynx пишетъ только о злокачественныхъ опухоляхъ мягкаго неба и mesopharynx. Escat (1901) первый даетъ лишь краткое описаніе въ своемъ Traité de maladies du pharynx. Этому нельзя удивляться, если напомнить, что сказалъ въ 1898 г. Wan Leyden: „саркомы носоглоточной полости крайне рѣдки. Moritz Smidt видѣлъ одинъ только случай на 42 тысячи больныхъ“. Кромѣ сводной работы (диссертация) Moubouygan'a (1895) и краткаго сообщенія о 13 случаяхъ, собранныхъ въ литературѣ Jackson'омъ (1902), имѣется небольшое число отдѣльныхъ наблюденій, изъ которыхъ наиболѣе подробно описаны 2 сл. (рака) Jacques et Bertemès (1903); это—почти все, что было по этому вопросу. Mikulicz (1899) въ руководствѣ P. Neumann'a (Der Rachen) въ свою очередь говоритъ, что еще мало опубликовано случаевъ злокачественныхъ опухолей носоглотки, однако онѣ встрѣчаются не исключительно рѣдко. Довольно же часто опухоли изъ mesopharynx, особенно изъ тонзиллярной области, и опухоли небной занавѣски лишь врастаютъ въ epipharynx.

Изъ опухолей собственно epipharynx въ литературѣ имѣется рядъ случаевъ, гдѣ опухоли трактовались то какъ саркомы, то какъ типическіе носоглоточные полипы съ необычно злокачественнымъ теченіемъ и т. д. Въ опредѣленіи этихъ опухолей должно держаться, говоритъ Mikulicz, клиническаго теченія, которое при злокачественныхъ саркомахъ отличается тѣмъ, что опухоль прорастаетъ не только черезъ естественныя отверстія изъ epipharynx въ сосѣднія пространства и приводитъ встрѣчающіяся имъ на пути кости и мягкія части къ исчезновенію

черезъ давленіе, но кромѣ того эти сосѣднія части прямо превращаются въ ткань опухоли (Ribbert вообще отрицаетъ подобный процессъ при опухоляхъ).

Въ послѣднее время, въ 1905 г., появились двѣ значительныя работы въ Archives internat. de laryng., d'otol. et de la rhinol.: Laval'я изъ Тулузы и Compaired изъ Мадрида, посвященныя клиническому изученію злокачественныхъ опухолей носоглотки. Laval въ своей работѣ приводитъ таблицу наблюденій злокачественныхъ опухолей носоглотки, опубликованныхъ специалистами всего свѣта. Въ общемъ подсчетъ изъ 72 сл. оказывается 27 эпителиомъ и 45 саркомъ (изъ нихъ 2 сл. лимфосаркомы). Къ этимъ онъ просоединяетъ новые 7 случаевъ, наблюдавшихся имъ лично или вмѣстѣ съ Escat; изъ нихъ 4 сл. относятся къ эпителиомамъ, а 3 къ саркомамъ. Compaired же заявляетъ: „мнѣ, не знаю почему, благопріятствовала судьба наблюдать много случаевъ злокачественныхъ опухолей носоглотки“. Кромѣ 4 случаевъ, уже опубликованныхъ, онъ приводитъ 20 наблюденій, сдѣланныхъ имъ съ 1897 г. до сего времени. Изъ этихъ 20 случаевъ 6 относятся къ эпителиомамъ, остальные къ саркомамъ.

Въ общемъ въ носоглоткѣ встрѣчаются чаще саркомы, чѣмъ карциномы. Здѣсь, какъ и на другихъ мѣстахъ тѣла, въ саркомахъ преобладаетъ собственный ростъ опухоли; при карциномахъ, по крайней мѣрѣ, въ первичной опухоли, онъ часто отстываетъ предъ распадомъ. При саркомахъ преобладаетъ клиническая картина стуженія пространства, затрудненіе носового дыханія и т. д., при карциномахъ же выступаютъ болѣе явленія разрушенія на сосѣднихъ частяхъ, особенно на основаніи черепа. На границѣ между этими обѣими формами опухолей стоятъ эндотелиомы, опухоли крайне рѣдкія и по своему клиническому теченію злокачественныя. Онѣ обыкновенно относятся къ такъ назыв. сложнымъ опухолямъ. Таковы, цитированные у Mikulicz'a случаи Platt'a (1887), Hirschberg'a (1891), Norton'a (1889) и Pontoriddan'a. Одинъ случай эндотелиомы, доказанный гистологическимъ изслѣдованіемъ вырѣзанныхъ кусочковъ, наблюдалъ Mikulicz.

Для большинства этихъ опухолей, какъ карциномъ, такъ и саркомъ исходнымъ пунктомъ является сводъ глотки, именно не разъ указывалась (напр., Délie) повинной въ этомъ отношеніи глоточная миндалина. Рѣже онѣ возникаютъ на боковыхъ стѣнкахъ носоглотки, относительно еще часто на задней стѣнкѣ, именно на передней поверхности первыхъ 2—3 шейныхъ позвонковъ.

Въ группѣ опухолей, относящейся къ саркомамъ, наблюдаются веретенообразныя и круглоклѣтчатковыя саркомы. Иныя изъ этихъ послѣднихъ должны быть отнесены къ группѣ лимфо-сарко-

мы, наиболѣе частымъ исходнымъ пунктомъ которой должна быть глоточная миндалина (Störk (1895), Bryk (1874)). Но въ приведенной литературѣ имѣются только 3 случая лимфосаркомы носоглотки (Votolini (1873), Pierre (1898) и Compaired (1905), описанныхъ подъ этимъ названіемъ.

Случай *Votolini*. Больной 50 лѣтъ, съ диффузной опухолью, исходящей изъ 3-ей миндалины; 2 рецидива.

Случай *Pierre*. Больной 32 лѣтъ, боленъ 7 мѣсяцевъ; оталгія, глухота; опухоль перитубарная; опусканіе лѣвой половины мягкаго неба. Черезъ 3 недѣли послѣ операціи (удаленіе щипцами и аденотомомъ) рецидивъ. Параличъ п. *facialis*, мягкаго неба; черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи—смерть.

Случай *Compaired (obs. VII)*. *Lymphosarcoma?* Женщина 41 г., больна 3 мѣсяца, сифилиса не было. Опухоль распространяется на всю *pharynx posterior*, смѣщаетъ язычекъ впередъ, но съ обоихъ боковъ остается свободное сообщеніе съ задними носовыми отверстиями. Глотаніе затруднено мало, легкое затрудненіе носового дыханія. Никакой боли, ни произвольной, ни отъ давленія; при пальпаціи ощущается нѣкоторое размягченіе, но безъ характера флюктуаціи. Была сдѣлана пункція опухоли съ обширнымъ *débridement*, но гноя не вышло; небольшое кровотеченіе. Съ цѣлью гистологическаго изслѣдованія у больной экстирпированъ кусокъ опухоли. Больная была подвергнута антисифилитическому леченію, мѣстно же употреблялись *antiseptica* и дѣлались смазыванія опухоли растворомъ іода въ іодистомъ калиѣ. Затѣмъ больная исчезла изъ подъ наблюденія. Гистологическое изслѣдованіе, сдѣланное *Dr. Ota* Гемъ, показало, что дѣло имѣется съ лимфосаркомой.

Злокачественныя опухоли носоглотки по отношенію къ возрасту и полу подвержены тѣмъ же законамъ, какъ и опухоли на другихъ частяхъ тѣла. Для саркомы возрастъ не представляетъ имѣющимъ значенія. *Dr. Brault* (1898) сообщаетъ случай круглоклѣточной саркомы у ребенка 3½ лѣтъ. *Van Leuden* (1898) цитируетъ случай саркомы у индивидуума 60 лѣтъ, даже съ исходомъ въ выздоровленіе (*morcellement*, электролизъ). Напротивъ, эпителиома встрѣчается у субъектовъ, достигшихъ по меньшей мѣрѣ 40-лѣтняго возраста, но это не является правиломъ, такъ какъ наблюдалась и у болѣе молодыхъ (случай *Dr. Edler'a* (1901)—у 14 лѣтняго и наблюденіе IV-е у *Lava* Гя, сообщенное *Escat*—у дѣвушки 28 лѣтъ. Однако въ общемъ нужно принять, что 30 л. является среднимъ возрастомъ для саркомы и 40 л. для эпителиомы.

Что касается пола, то въ таблицѣ, приведенной Laval'емъ, мужчины преобладаютъ; напротивъ по статистикѣ случаевъ Compaired—женщины (11 женщинъ на 9 мужчинъ), такъ что окончательнаго вывода дѣлать нельзя.

Что касается клиническихъ проявленій злокачественныхъ опухолей носоглотки, то можно ихъ раздѣлить на функціональныя и физическія, причемъ въ тѣхъ и другихъ различаютъ 2 періода: 1) періодъ скрытый или начальный (période latente, période d'initiation) и 2) періодъ ясныхъ проявленій болѣзни (période d'état).

Функціональные симптомы въ начальномъ періодѣ. Злокачественныя опухоли носоглотки, подобно доброкачественнымъ той же области, представляютъ коварное начало и теченіе. Какъ правило, онѣ впервые клинически констатируются лишь тогда, когда, вслѣдствіе разрастанія опухолевыхъ массъ, вызываются такіе же припадки, какъ при носоглоточныхъ полипахъ, или часто даже тогда, когда, вслѣдствіе прорастанія опухолью основанія черепа, наступаютъ расстройства въ черепныхъ нервахъ. Съ самого же начала имѣются повторныя носовыя кровотеченія и катарръ носоглотки. Больной обыкновенно жалуется на затрудненіе носового дыханія, чаще на одной сторонѣ, затрудненіе постоянное и прогрессирующее (forme respiratoire по Laval'ю). Въ другихъ случаяхъ больной жалуется на тугость слуха, вначалѣ интермиттирующую, потомъ постоянную, съ ушными шумами или безъ нихъ—форма ушная (forme auriculaire). Вышеупомянутый пациентъ Mikulicz'a съ эндотелиомой основанія черепа долгое время лечился съ диагнозомъ „тяжелая оталгія“, пока опухоль не распространилась на заднюю часть средней раковины и не закупорила носъ. Оталгія здѣсь обуславливалась переходомъ опухоли на ganglion oticum и trigemini.

По Compaired forme simple respiratoire для начала саркоматозныхъ опухолей носоглотки—самая рѣдкая (въ случаѣ пораженія хвоста раковинъ и сосѣднихъ частей). Онѣ замѣтилъ, что саркомы вначалѣ локализируются на задней стѣнкѣ глотки, по срединѣ ея или по сторонамъ, отсюда распространяются на вестибулярную область трубы и болѣе рѣдко на хоанальную область. Развиваясь по срединѣ задней стѣнки, онѣ первѣе всего распространяются въ сторону veli palatini и постепенно и медленно закладываютъ заднія носовыя отверстія, такъ что получается forme respiratoire gutturale. Начинаясь же съ боковой области носоглотки, онѣ образуютъ чисто горловую форму—la forme simplement gutturale; здѣсь рѣдко измѣняется функція носового дыханія, такъ какъ новообразование имѣетъ тенденцію распространяться въ meso-и hypopharynx, иногда доходя до гортанной области, особенно до складокъ язычно-надгортанныхъ.

Напротивъ эпителиома въ большомъ числѣ случаевъ начинается въ области трубъ или хоанъ—*forme respiratoire*, или по крайней мѣрѣ *respiratoire gutturale*. Рѣдко при ней наблюдается первично форма чисто горловая—*forme gutturale*.

Во второмъ періодѣ (*période d'état*) диагностика можетъ быть достаточно вѣрной. Функциональные симптомы увеличиваются или комбинируются между собою. Закладываніе носа прогрессируетъ; оно обычно двухстороннее, почти полное или абсолютное, обоняніе потеряно. Явленія ушныя дѣлаются интенсивными и постоянными, часто развивается сильная глухота. Ростъ опухоли, особенно по поверхности, даетъ новые признаки: появляются боли, относимыя къ задней стѣнкѣ глотки (область *plisae salpingo-staphylinae*), къ глубокимъ частямъ уха (оталгія), или въ затылкѣ; присоединяется истечение серозно-гнойной жидкости изъ носа и глотки или наконецъ нагноеніе барабанной полости съ перфорацией барабанной перепонки. Весьма часто глотаніе уже затруднено и совершается съ болью и эта боль въ горлѣ вызывается особенно глотаніемъ слюны или *à sés*, она можетъ сдѣлаться постоянной, иррадіровать въ затылокъ, темя, лицо, шею и *sternum*, смотря по локализациі опухоли, ея протяженію и натурѣ.

Физическіе признаки доставляются осмотромъ и ощупываніемъ. Въ первомъ періодѣ (латентномъ, начальномъ) можно опредѣлить мѣсто происхожденія опухоли. Во второмъ періодѣ (*période d'état*) имѣются очень выраженные признаки. При передней риноскопіи видно прониканіе опухоли въ одну или обѣ хоаны. Мягкое небо можетъ представляться распухшимъ, выпяченнымъ впереди, неподвижнымъ, ассиметричнымъ (по *Lavalю*—важный признакъ злокачественной опухоли).

Опухоли по мѣрѣ роста инфильтрируютъ сосѣднія части и сливаются съ ними. При болѣе значительномъ развитіи онѣ часто принимаютъ специальный характеръ. Саркома—опухоль твердая, гладкая, диффузная и безболѣзненная, вначалѣ покрытая нормальной слизистой оболочкой; опухоль выполняетъ всю носоглоточную полость или распространяется только на одной сторонѣ, отѣсняетъ впереди мягкое небо, язычекъ и небныя дужки и предпочтительно разрастается въ *pharynx*. Глоточные рефлексы повышены (при носоглоточныхъ фибромахъ, наоборотъ, понижены). Саркома изъязвляется поздно и тогда причиняетъ частыя носовыя кровотеченія. Изъязвленные мѣста сосковидны и кавернозны, немного тверды и мало болѣзненны. Метастазы въ лимфатическихъ железахъ здѣсь чаще, чѣмъ при саркомахъ другихъ областей тѣла и появляются со времени изъязвленія опухоли. Часто железы вовсе не заболѣваютъ. Иногда поражаются же-

лезы близкія къ первичному очагу, какъ при карциномѣ: подчелюстныхъ, шейныхъ, но чаще безъ правильной локализаціи. При саркомѣ, особенно лимфосаркомѣ, появляются метастазы и въ отдаленныхъ органахъ.

Ракъ представляетъ опухоль ограниченную, шероховатую, ни твердую, ни мягкую, локализованную въ области трубъ или хоанъ, болѣзненную (болѣзненность произвольная и при давленіи); она имѣетъ тенденцію распространяться въ *fossae nasales*. Изъязвление наступаетъ рано, сопровождается гѣмorrhагіями; края и дно язвъ при пальпаціи представляются фунговыми, очень болѣзненными; края неправильны и каллѣзны, дно слегка кавернозное, покрыто сѣроватымъ налетомъ. Лимфатическія железы, особенно на шеѣ, вдоль *m. sternocleidomastoideus* (железы Шассеньяка), подчелюстныхъ на соотвѣтственной сторонѣ поражаются рано, даже когда опухоль еще не изъязвилась. Железы быстро увеличиваются и образуютъ мощные пакеты, въ тоже время первичная опухоль остается относительно малой. По *Comptoiré* нѣкоторые эпителиомы носоглотки съ самаго начала даютъ характерный симптомъ—боль при глотаніи, особенно слюны, но рѣдко производную, въ видѣ покалыванія, безъ определенной локализаціи, но вообще на больной сторонѣ; эта боль умѣренная и распространяется въ ухо. Изслѣдованіе пальцемъ усиливаетъ боль на мѣстѣ пораженія (сзади верхней части задней дужки, на ея соединеніи съ *arcus veli palatini*, или при входѣ въ трубу).

Для дифференціальной діагностики слѣдуетъ здѣсь привести еще признаки гуммозной инфильтраціи въ носоглоткѣ. Опухоль гуммозная диффузна, гладка, не однообразно тверда, уступаетъ давленію, при давленіи безболѣзненна и не имѣетъ особенной тенденціи къ распространенію. Глоточные рефлексy повышены. Язвы имѣютъ видъ какъ-бы дефектовъ, сдѣланныхъ острыми щипцами, мало кровоточивы, едва болѣзненны, на видъ вялыхъ, съ фунговыми кругообрѣзанными краями и желтоватымъ дномъ. Опухоль лимфатическихъ железъ распространенная; особенно шейныя железы поражаются съ самаго начала развитія гуммозной инфильтраціи. Теченіе медленное. Вліяніе специфическаго леченія.

Средняя продолжительность *période d'état* равняется 4—5 мѣсяцамъ. Въ этомъ періодѣ злокачественныя опухоли начинаютъ давать продолженія. Новообразование разрастается книзу, въ глотку, слѣдуя задней или скорѣе задне-боковой стѣнкѣ ея, достигаетъ мягкаго неба и восходящей вѣтви нижней челюсти. Развивается крайняя дисфагія и истощеніе. Это распространеніе въ *oro-pharynx* очень частое, особенно при саркомахъ. Продолженія боковыя рѣдки. Можетъ инфильтрироваться *tuba Eustachii* на всемъ протяженіи;

опухоль можетъ захватить барабанную полость и показаться въ наружномъ слуховомъ проходѣ. Весьма часто происходитъ разрастаніе впереди, внутрь fossae nasales и отсюда опухоль можетъ показаться изъ ноздрей. Когда опухоль выполнена полость носа, то быстро захватываются также придаточныя полости, сначала sinus sphenoidalis, потомъ cellulae ethmoidales. При разрушеніи наружной стѣнки fossae nasalis захватывается sinus maxillaris, а черезъ разрушеніе внутренней или нижней стѣнки orbitae, поражается эта послѣдняя. Sinus frontalis поражается рѣдко. Наконецъ опухоль можетъ достигнуть передней черепной ямки. На пути къ мозгу растущая опухоль разрушаетъ пластинку рѣшетчатой кости и очень твердую pars basilaris клиновидной кости. Заболѣваніе черепныхъ нервовъ особенно указываетъ на злокачественную натуру опухоли. Легко захватывается опухолью n. trigeminus, главнымъ образомъ 2-я и 3-я вѣтвь (черезъ foramen ovale и rotundum); развивается упорная невралгія. Очень часто поражается n. abducens, затѣмъ n. oculomotorius и наконецъ trochlearis, opticus и facialis.

Теченіе злокачественныхъ опухолей по времени очень различное, то очень медленное, напр. 4 года (сл. Comprised 1903 г.—epithelioma), 6 лѣтъ (сл. Veillon'a), то очень быстрое, нѣсколько недѣль (Pierre и Hallade), но это какъ исключеніе, какъ курьёзъ. Въ среднемъ же можно принять, какъ для злокачественныхъ опухолей на другихъ частяхъ тѣла, продолжительность развитія—между нѣсколькими мѣсяцами и годомъ. Въ случаѣ рецидива опухоли, удаленной операціей, ростъ ея совершается болѣе быстро.

Прогнозъ почти всегда дурной и, можно сказать, фатальный, если развитіе болѣзни совершается быстро, безъ ремиссій, особенно у молодого субъекта. Смерть наступаетъ вслѣдствіе развитія явленій внутричерепнаго давленія, отъ менингита, кровотечения (вслѣдствіе распада), аспираціонной пневмоніи, нерѣдко также отъ предпринимаемыхъ для удаленія опухоли операцій. Впрочемъ и выздоровленіе, говорятъ, абсолютно не невозможно, но наблюдалось очень рѣдко. Видимо, счастливые случаи имѣли американцы (Walsham 1884, Alexander 1895, Bryant 1896, Wan Leyden 1898, Burney 1900).

Нѣкоторые авторы (d'Aguauno 1894, Pröbsting 1896) наблюдали при различныхъ злокачественныхъ опухоляхъ процессы всасыванія. Можетъ быть, въ такихъ случаяхъ дѣло касалось носоглоточныхъ полиповъ, которые гистологически, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ частяхъ, часто очень подобны саркомамъ.

Лечение. По Mac Bride назначеніе внутрь мышьяка и особенно какодилата останавливаетъ развитіе лимфосаркомы, однако два наблюдавшихся больныхъ умерли.

Что касается оперативнаго леченія, то рекомендуется, разъ констатирована злокачественная опухоль, ограничить показанія къ операціи до крайности. Для операцій примѣняютъ способы, наиболѣе открывающіе поле операціи. Именно саркомы иногда очень богаты кровью, особенно у молодыхъ субъектовъ, и ихъ оперированіе при большемъ протяженіи, дурномъ отграниченіи опухоли и, при существующей болшею частью кахексїи больныхъ, крайне опасно. Большинство такихъ операцій протекають несчастливо и болшей частью остаются недоконченными.

Въ виду представляемаго нами Обществу случая лимфосаркомы носоглотки, мы здѣсь остановимся нѣсколько на патологической гистологїи злокачественныхъ опухолей, особенно же на ученїи о лимфосаркомѣ. Патологическая анатомія злокачественныхъ опухолей носоглотки крайне интересна, но она еще представляетъ неясности, подобно опухолямъ яичка и носовыхъ полостей. Такіе опытные ринологи, какъ Ruault и Lubet — Barbon удивляются разногласію между клиникой и лабораторіей въ отношенїи діагностики и прогноза этихъ опухолей. Escat въ свою очередь наблюдаетъ два случая носовыхъ опухолей, одинъ въ теченіе 5 лѣтъ, другой въ теченіе 6 лѣтъ, изъ которыхъ одна опухоль представляется излеченной, а другая остановившейся въ своемъ развитїи вопреки очень неблагопрїятной гистологической діагностики.

Типическія круглоклѣточные саркомы—можетъ быть самая частая злокачественная опухоль глотки. Прогнозъ тѣмъ хуже, чѣмъ мельче и многочисленнѣе клѣтки, образующія главную массу опухоли. Кромѣ того ихъ очень трудно и по гистологической картинѣ часто почти невозможно отдѣлить отъ лимфосаркомы. Практически это различеніе имѣло бы важность, такъ какъ круглоклѣточные саркомы даютъ нѣсколько болѣе благопрїятный прогнозъ для операціи, чѣмъ лимфосаркомы.

Дифференціальную діагностику приходится проводить между круглоклѣточковыми саркомами, лимфомами и лимфосаркомами.

Саркоматозная ткань характеризуется присутствіемъ межклѣточного вещества, лимфомы имѣютъ сходство со структурой физиологической лимфатической ткани, не физиологическихъ лимфатическихъ железъ, а тѣхъ простѣйшихъ формъ лимфоидныхъ органовъ, прототипомъ которыхъ является напр. лимфатическій фолликулъ кишки; лимфосаркома же въ общемъ имѣетъ структуру воспалительно измѣненной лимфоидной ткани, какая

бываетъ въ хронически воспаленныхъ лимфатическихъ железахъ, но безъ *sipps'*овъ и центровъ размноженія (*Keimcentren*).

Круглоклѣтчатая саркома характеризуется однообразіемъ строенія. Клѣтки мелкія, шарообразныя, большею частью только съ очень узкой, просвѣчивающей каймой протоплазмы вокругъ болѣе темнаго, довольно сильно гранулированнаго ядра. Ядро часто—эксцентричное, такъ что протоплазматическое тѣло получаетъ видъ серпа. Величина клѣтокъ большею частью не равномерная, на ряду съ мелкими клѣтками, которыя совершенно похожи на одноядерные лимфоциты, встрѣчаются отдѣльныя клѣтки большей величины, съ болѣе крупнымъ ядромъ, по объему и виду близкія къ такъ назыв. „міелоцитамъ“.

При фиксаціи по *Flemming'*у, на клѣткахъ иногда замѣтны тонкіе отростки, идущіе отъ протоплазмы въ различныя стороны и теряющіеся между сосѣдними клѣтками. Между клѣтками всегда есть очень нѣжное межклѣточное вещество, то однообразно зернистое бѣловое, то волокнистое, то съ примѣсью слизи. Иногда его очень мало и оно видно только при надлежащей обработкѣ препарата (напр. уплотненіе въ *Müller'*овской жидкости)—на тонкихъ срѣзахъ и при хорошемъ и сильно увеличивающемъ микроскопѣ. Это промежуточное межклѣточное вещество необходимо видѣть для опредѣленія саркоматознаго характера опухоли, иначе мы не въ состояніи отличить круглоклѣтчатую саркому отъ лимфомы.

Въ лимфомѣ лимфоидныя клѣтки лежатъ группами, тѣсно одна подлѣ другой и между ними нѣтъ такого межклѣточного вещества, какъ нѣ въ молодой соединительной ткани, по типу которой построена саркоматозная ткань, такъ какъ онѣ свободно плаваютъ въ лимфѣ и могутъ такъ же плотно скучиваться другъ съ другомъ, какъ эпителиальныя клѣтки. Но въ лимфомахъ есть и волокнистая соединительная ткань, которая какъ самостоятельная составная часть распределяется между лимфоидными элементами въ видѣ сѣтки, состоящей частью изъ волоконъ, частью изъ звѣздчатыхъ клѣтокъ. Вотъ это лимфатическое *reticulum* и представляетъ особенности, позволяющія отличить его отъ *reticulum* саркоматознаго.

Если саркому уплотнить въ *Müller'*овской жидкости, тонкій срѣзъ изъ нея взболтать въ пробиркѣ или промыть съ помощью рисовальной кисти, то легко увидѣть подъ микроскопомъ очень тонкое межклѣточное вещество въ видѣ сѣтки, пустоты въ которой соответствуютъ и по формѣ и по размѣрамъ отдѣльнымъ саркоматознымъ клѣткамъ, въ нихъ помѣщавшимся; здѣсь для каждой клѣточки есть свое влагалище, и очень рѣдко встрѣчаются полости (альвеолы), вмѣщающія въ себѣ 2—3 молодыя клѣтки,

между которыми еще не успѣло образоваться межклеточное вещество. Въ лимфомахъ, наоборотъ, *reticulum* представляетъ крупныя полости, содержащія по нѣскольку лимфоидныхъ клетокъ, т. е. здѣсь *reticulum* есть особая, независимая отъ лимфатическихъ клетокъ, ткань, составляющая строю опухоли, между тѣмъ какъ въ саркомѣ это—межклеточное вещество, стоящее въ тѣсной связи съ клетками (Афанасьевъ). При окраскѣ по способу Mallory-Ribbert'a (Fuchsin-säure и Anilinblau-Orange-Oxalsäure), соединительнотканныя волокна окрашиваются въ голубой цвѣтъ, ядра и клетки въ красный.

Лимфосаркома беретъ свое начало изъ лимфатическихъ узловъ, лимфоидной ткани нѣкоторыхъ слизистыхъ оболочекъ, изъ аденоидныхъ образований, иногда изъ селезенки. Отъ саркомы она отличается легкимъ нахожденіемъ волокнистой, соединительнотканной стромы (*reticulum*) со вложенными въ петли лимфоидными клетками. Эта строма соответствуетъ ретикулярной лимфоидной (цитогенной) ткани лимфоидныхъ аппаратовъ и тѣсно связана съ вѣтвистыми, звѣздчатыми соединительнотканными клетками (эндотелій), посылающими свои отростки между свободно лежащими мелкими круглыми клетками и группами ихъ. По Kundrat'у, здѣсь строма никогда не подобна нормальной ретикулярной лимфоидной ткани, но значительно уклоняется отъ этого типа по неравномерному распредѣленію сѣти, по большей или меньшей выраженности послѣдней, по богатству и величинѣ клетокъ. При сильномъ развитіи стромы консистенція лимфосаркомы дѣлается жестче и мы имѣемъ такъ назыв. *lymphosarcoma durum*.

Ткань опухоли пронизана достаточнымъ количествомъ кровеносныхъ сосудовъ, которые однако рѣдко особенно отличаются шириной и числомъ. Отграниченіе опухоли всегда не рѣзкое, она мало по малу переходитъ въ окружающую ткань.

Вопросъ о лимфосаркомѣ имѣетъ общій интересъ, такъ какъ до сихъ поръ она ни клинически, ни гистологически достаточно не дифференцирована. Раньше ее причисляли къ саркомамъ или къ лимфомамъ; проф. Kundrat (1893), на основаніи большого числа наблюденій (50 сл. лимфосаркомы и двойное число подобныхъ и родственныхъ заболѣваній), совершенно отдѣляетъ ее отъ саркомы и даже не причисляетъ къ новообразованіямъ въ болѣе тѣсномъ смыслѣ этого слова. По его мнѣнію, лимфосаркомы ближе всего стоятъ къ псевдо-лейкемическимъ лимфомамъ, хотя онѣ опять отличаются отъ нихъ своимъ атипическимъ строеніемъ и еще болѣе своимъ агрессивнымъ, атипическимъ ростомъ, характеризующимся вторженіемъ въ сосѣднія ткани (инфильтративный ростъ). Эта связь доказывается также рѣдкими случаями

перехода псевдолейкэмическихъ лимфомъ въ лимфосаркому (Kaposi).

Самъ Kundrat въ 2 случаяхъ общаго псевдолейкэмическаго опуханія железъ наблюдалъ лимфосаркому лимфатическихъ железъ на шеѣ (1-ый сл.) и глоткѣ (2-ой сл.). Однажды же онъ видѣлъ совмѣстное существованіе *granuloma fungoides* и лимфосаркому въ *axilla* (опухоль величиною съ голову).

Mikulicz сообщаетъ случай, гдѣ онъ наблюдалъ въ теченіе 1½ года паціента съ типической картиной лимфосаркомы миндалевидной железы, который, спустя годъ послѣ кажущагося совершеннаго излеченія (мышьякомъ), заболѣлъ типической лейкэмией, отъ которой и погибъ. На вскрытіи миндалевидная железа опять представлялась сильно пораженной лимфосаркомой. Можетъ быть, говоритъ при этомъ Mikulicz, лейкэмія развивается въ теченіе псевдолейкэміи, если смерть не наступаетъ раньше отъ псевдолейкэміи. Нѣкоторые принимаютъ лимфосаркому глотки за особенную глоточную форму псевдолейкэміи и ставятъ въ параллель лимфатическимъ и костномозговымъ формамъ послѣдней. Затѣмъ, если подобно нѣкоторымъ авторамъ предполагать въ лейкэмии и псевдолейкэмии общія инфекціонныя болѣзни, то, говоритъ Mikulicz, „при лимфосаркомѣ мы приняли бы особенную, мѣстную инфекцію, которая лишь позднѣе дѣлается общей“.

Лимфосаркома, появившись въ лимфатическихъ железахъ, одной или нѣсколькихъ, рано или поздно разрушаетъ капсулу железъ, выходитъ за границы ихъ и инфильтрируетъ окружающую ткань, отчего железы срастаются между собою, и опухоль продолжаетъ расти неуклонно, достигая иногда, какъ наприм. на шеѣ, до колоссальныхъ размѣровъ. Этимъ агрессивнымъ ростомъ лимфосаркома отличается отъ другихъ первичныхъ опухолей лимфатическихъ железъ, какъ лейкэмическихъ, такъ и псевдолейкэмическихъ, которыя тоже могутъ быть велики, ибо образуются цѣлые пакеты изъ увеличенныхъ железъ, но послѣднія здѣсь остаются подвижными относительно другъ друга и опухоль не переходитъ на сосѣднія ткани (Grawitz 1906) и не измѣняетъ замѣтнымъ образомъ типическаго строенія железъ, представляя собою лишь гиперпластическія образованія (Vorst 1902); спаяніе же лимфатическихъ железъ между собою можетъ произойти только отъ ирритативныхъ, воспалительныхъ процессовъ (Vorst).

Впрочемъ этотъ послѣдній взглядъ не подтверждается изслѣдованіями новѣйшаго времени. Именно, и при лимфатической лейкэмии иногда находили выраженный инфильтративный ростъ, какъ при лимфосаркомѣ, такъ что лимфатическія железы теряли свою характерную структуру, капсула ихъ прорастала лимфоидными клѣтками, происходила инфильтрація послѣдними при-

лежащей жировой ткани и вслѣдствіе того иногда распространенное срастаніе железъ между собою (Fabian, Naegeli—1907 г.). Однако вращанія въ мускулатуру эти авторы никогда не встрѣчали. Кожа надъ опухолью представляется или совершенно нормальной или при большемъ развитіи послѣдней инъецированной и фиксированной.

М. В. Schmidt (1903) указываетъ на тѣсные пункты соприкосновения между лейкоэмическими, псевдолейкоэмическими и лимфосаркоматозными новообразованиями. По его мнѣнію, чтобы рѣшить, имѣется ли дѣло съ лимфосаркомой или только съ гиперпластической лейкоэмической или псевдолейкоэмической лимфомой, нужно руководиться только грубо анатомическими отношеніями, проследить ли разрастаніе на окружности или вѣтъ. При микроскопическомъ же изслѣдованіи часто можно констатировать, что и отъ простыхъ, повидимому, гиперплазій при лейкоэміи происходитъ также разрастаніе лимфоидной ткани на сосѣднія части, напр., отъ лимфатическихъ железъ на окружающую жировую ткань и отъ миндалинъ на мускулатуру небныхъ дужекъ, слѣд. имѣется свойство мѣстной злокачественной опухоли, лимфосаркомы.

Fabian, Naegeli и Schatloff въ своей общей работѣ говорятъ, что мелкоклѣточные формы лейкоэміи по преимуществу имѣютъ гиперпластическій характеръ и обнаруживаютъ лишь малую тенденцію къ переходу на сосѣднія ткани и къ гетеротопическимъ разрастаніямъ; напротивъ, крупноклѣточные формы представляютъ обыкновенно на одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ грубо агрессивный, уже макроскопически замѣтный инфильтративный ростъ, свойственный лимфосаркомамъ (отчасти лимфосаркоматозный ростъ), и много чаще образуютъ разрастанія болѣе распространенныя и также гетеротопическія. Между обѣими этими формами нѣтъ принципиальной разницы, но лишь по степени. Прорывъ разрастаніями капсулы лимфатическихъ железъ еще не говоритъ за злокачественность опухоли. Для этого нуженъ переходъ разрастаній на мышцы и окружающіе органы.

Türk (1903) въ своей „System der Lymphomatosen“ различаетъ мелкоклѣточковую хроническую лимфатическую лейкоэмію, острые лимфоматозы съ отчасти агрессивнымъ (лимфосаркоматознымъ) мѣстнымъ характеромъ (крупноклѣточная лимфатическая лейкоэмія, лейкосаркоматозъ Sternberg'a)—съ большими негранулированными одноядерными клѣтками въ крови и пораженныхъ тканяхъ, и лимфосаркому, но признаетъ за всѣми этими формами тѣсное фамильное средство въ томъ смыслѣ, что существуютъ всевозможные переходы между ними.

Относительно лимфосаркомы Ribbert говоритъ, что при ней, не смотря на массовое новообразование лимфоцитовъ въ опухоли,

ли, содержаніе ихъ въ крови обыкновенно существенно не увеличено и это обстоятельство дало поводъ относить эти новообразованія къ псевдолейкэмии (Conheim), алейкэмической лимфомѣ и др. Однако иногда въ позднѣйшихъ стадіяхъ лимфосаркомы развивается лейкэмия. Поэтому Ribbert прямо считаетъ лейкэмію лишь за варіацію лимфосаркомы или, какъ онъ ее называетъ, лимфоцитомы, т. е. смотритъ на лейкэмію, какъ на злокачественное новообразование (Geschwulsttheorie der Leukämien).

По мнѣнію Ribbert'a, недостаточный переходъ лимфоцитовъ въ кругъ кровообращенія зависитъ отъ того, что они большей частью продолжаютъ оставаться въ узлахъ опухоли. На это указываетъ то наблюденіе, что въ сосудахъ опухоли, особенно венахъ, большей частью не замѣтно увеличенія лимфоцитовъ. Но съ другой стороны метастазированіе и умѣренный лимфоцитозъ показываютъ, что поступленіе въ кровь лимфоцитовъ всетаки совершается, и съ теченіемъ времени должна бы наступить лейкэмия, если бы клѣтки снова не исчезали изъ крови, выселяясь изъ нея въ ткани. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ позднѣе дѣйствительно и развивается лейкэмия. Этотъ переходъ въ лейкэмію можетъ быть объясненъ или тѣмъ, что число поступающихъ въ кровь клѣтокъ слишкомъ велико, такъ что онѣ оттуда достаточно быстро не исчезаютъ, или тѣмъ, что ихъ эмиграціонная способность сдѣлалась меньшей вслѣдствіе, можетъ быть, пониженной жизненной энергіи лимфоцитовъ, которые уже образуются въ концѣ концовъ при неблагоприятныхъ условіяхъ.

Въ настоящее время именемъ лимфосаркомы (Kundrat), или тоже злокачественной лимфомы (Billroth), злокачественной лимфоаденомы (Orth), лимфоцитомы (Ribbert) обозначаются злокачественныя опухоли, которыя въ основныхъ чертахъ напоминаютъ строеніе лимфатическихъ аппаратовъ, берутъ изъ нихъ свое начало и въ нихъ по преимуществу даютъ метастазы.

Лимфосаркома не имѣетъ характернаго строенія лимфатическихъ путей и фолликуловъ или оно выражено въ ней только очень несовершенно. По Ribbert'у, лимфоциты здѣсь не представляютъ собою обычныхъ лимфоидныхъ элементовъ, бѣдныхъ протоплазмой, содержащей круглое ядро. Они въ общемъ крупнѣе, богаче протоплазмой и снабжены менѣе плотнымъ, менѣе интенсивно окрашивающимся ядромъ. Прообразомъ ихъ скорѣе являются клѣтки, которыя нормально образуютъ центры размноженія (Keimcentren) фолликуловъ. Генезисъ лимфосаркомы Ribbert представляетъ такимъ образомъ, что разстраивается внутренняя организація одного или нѣсколькихъ Keimcentren и лимфоциты, которые въ типическомъ строеніи нормальнаго фолликула находятъ себѣ границу для роста, могутъ теперь размножаться безпрепятственно. Нѣкоторыя опухоли

почти всецѣло состоятъ изъ такихъ клѣткъ, но другія содержатъ кромѣ того обыкновенные лимфоциты, которые даже могутъ преобладать.

Кромѣ лимфоцитовъ еще имѣются въ большемъ или меньшемъ числѣ клѣтки много большей величины, снабженныя объемистымъ свѣтлымъ, круглымъ или овальнымъ ядромъ; онѣ, очевидно, соотвѣтствуютъ эндотелію лимфатическихъ железъ при воспалительныхъ или регенеративныхъ процессахъ, когда эндотеліальныя клѣтки железъ представляются набухшими и отчасти отдѣлившимися отъ своей почвы. Эти клѣтки имѣютъ кругловатую форму или снабжены отростками и въ однихъ мѣстахъ попадаются чаще, чѣмъ въ другихъ. Во многихъ случаяхъ онѣ содержатъ нѣсколько ядеръ (2, 3—6, рѣдко больше) и представляютъ какъ-бы небольшія гигантскія клѣтки. Наконецъ въ лимфосаркомѣ встрѣчаются нерѣдко въ большомъ количествѣ эозинофильныя клѣтки, которымъ нѣкоторые приписываютъ даже діагностическое значеніе, такъ какъ при воспалительномъ опуханіи лимфатическихъ железъ ихъ бываетъ меньше.

Лимфосаркома развивается предпочтительно на опредѣленныхъ мѣстахъ: шейныя лимфатическія железы, *axilla*, *mediastinum anticum* (*thymus*), *mesenterium*. Она образуетъ здѣсь очень объемистыя опухоли, состоящія изъ многихъ отдѣльныхъ узловъ или пакетовъ ихъ. Макроскопически узлы имѣютъ видъ увеличенныхъ лимфатическихъ железъ, слѣдовательно кругловатой или овальной формы, большею частью мягкой консистенціи, съ сѣровато-бѣлой, однообразно мозговидной поверхностью разрѣза. Иногда въ нихъ встрѣчаются большей или меньшей величины очаги некроза свѣтло-желтаго цвѣта, сливающимся между собой. Отдѣльные узлы могутъ достигать величины яблока и больше, но большей частью они меньшаго размѣра.

Опухоль прорастаетъ въ окружающія части: соединительную ткань, мышцы, нервы и сосуды, стѣнка которыхъ утолщается и иногда выпячивается внутрь въ видѣ бугра, такъ что дѣло можетъ дойти до замыканія просвѣта. На шеѣ, въ *axilla*, въ паховомъ сгибѣ опухоль прорастаетъ до кожи, срастается съ ней, наконецъ прорываетъ ее и можетъ подвергнуться некрозу и язвенному распаду. Съ шеи она можетъ проникнуть въ трахею, *mediastinum anticum*, въ бронхи, легкія, сердечную сорочку, эпикардій и въ мускулатуру сердца. Изъ *mesenterium* опухоль врастаетъ въ кишечную стѣнку.

Кромѣ лимфатическихъ железъ лимфосаркома беретъ свое начало, хотя менѣе часто, изъ глоточной и небныхъ миндалинъ, а также изъ лимфатическихъ отдѣловъ всего кишечнаго тракта, особенно въ окружности *valvulae Bauhini*. Много рѣже встрѣчается

первичная лимфосаркома въ печени, селезенкѣ. Ribbert нѣсколько разъ наблюдалъ развитіе ея въ грудной железнѣ.

Отъ первичныхъ узловъ происходятъ метастазы, которые замѣчательнымъ образомъ появляются прежде всего въ лимфатическихъ аппаратахъ, такъ что заболѣваютъ все новыя лимфатическія железы, фолликулярныя образованія кишечнаго канала и т. д. Наконецъ появляются гетеротопическія разрастанія (узлы и инфильтраціи) во внутреннихъ органахъ, серозныхъ оболочкахъ, кожѣ и п.). Въ печени развиваются въ особенности диффузныя инфильтраціи. Въ кожѣ образуются лишь маленькіе узелки, соотвѣтственно мельчайшимъ периваскулярнымъ, лимфатическомъ очагамъ.

Одни опухоли растутъ главнымъ образомъ на мѣстѣ своего первоначальнаго развитія, быстро увеличиваясь, другія, хотя образуютъ болѣе медленно растущіе пакеты, но отличаются распространеннымъ образованіемъ метастазовъ.

По Kundrat'у лимфосаркома никогда не исходитъ изъ одной лимфатической железы или одного фолликула, но всегда изъ группы и распространяется лимфатическими путями; распространеніе путемъ кровеносныхъ сосудовъ бываетъ рѣдко, нѣкоторымъ образомъ случайно.

Въ началѣ развитія лимфосаркомы имѣется ограниченная опухоль или диффузная инфильтрація. Въ глоткѣ ограниченныя опухоли появляются на одной, рѣдко на обѣихъ небныхъ миндалинахъ (Chiari) или, что Störk принимаетъ за болѣе частое, на глоточной миндалинѣ. Излюбленное мѣсто инфильтратовъ по Störk'у: uvula, небныя дужки, epiglottis и складки отъ него. Въ другихъ случаяхъ, по Chiari, вначалѣ имѣются, соотвѣтственно фолликуламъ слизистой оболочки глотки, маленькіе, расположенные группами, мозговидные инфильтраты желтовато-сѣрой окраски.

По Eisenmenger'у исходнымъ пунктомъ развитія лимфосаркомы въ глоткѣ является кромѣ миндалинъ аденоидная ткань на задней поверхности мягкаго неба, на задней стѣнкѣ глотки. особенно верхней части ея, и на основаніи языка отъ papillae circumvallatae до корня epiglottis.

Заболѣваніе миндалинъ небной и глоточной можетъ легко импонировать какъ простая гипертрофія, однако опухоль обнаруживаетъ своеобразную, мозговидную и на глоточной миндалинѣ болѣе жесткую (Störk) консистенцію, и наклонна къ изъязвленію.

При изъязвленіи поверхность опухоли обыкновенно представляется раздѣленной на очень неравномѣрные зубчатые бугры, между которыми лежатъ глубоко втянутыя сѣровато-желтыя части.

Инфильтраты также обнаруживаютъ склонность къ язвенному распаду, на подобіе туберкулезныхъ или сифилитическихъ образований; возникаютъ бугристыя или волнообразныя язвенныя поверхности безъ значительной реакціи въ окружности. Иногда образуются замѣтной толщины некротическія наслоения, дававшія поводъ къ смѣшенію съ дифтеритомъ.

Сосуды по Chiari и Kundrat'у представляютъ значительное сопротивленіе, но Eisenmenger и Luffinger въ одномъ, съ самаго начала наблюдаемомъ, случаѣ констатировали въ качествѣ начальнаго симптома — частыя, но небольшія кровотечения.

То же было вначалѣ и у нашего больного, причемъ, по его словамъ, кровотечения были довольно значительныя.

По Kundrat'у распространеніе лимфосаркомы совершается отъ одной области къ другой, но никогда это распространеніе не дѣлается общимъ, какъ при лейкеміи и псевдолейкеміи и не идетъ такъ быстро, какъ при этихъ заболѣваніяхъ, и всегда остается ограниченнымъ нѣсколькими областями. Этотъ ростъ и распространеніе совершается двояко: 1) чрезъ соучастіе сосѣднихъ лимфатическихъ узловъ и фолликуловъ, а также аденоидной ткани, и 2) путемъ перехода на окружающія части.

Въ каналахъ, выстланныхъ слизистой оболочкой (глотка, кишка), распространеніе идетъ легче всего по рыхлой подслизистой ткани, которая вздувается опухолью, какъ при эмфиземѣ. Сама слизистая оболочка, по крайней мѣрѣ ея поверхностный слой сохраняется долго, даже если остальные слои стѣнки, напр. мышечная трубка уже сильно инфильтрирована. Въ кишкѣ отлагаются широкіе инфильтраты, которые распространяются циркулярно, какъ при карциномѣ, но на большіе участки, причемъ образуются не стриктуры, а большей частью расширенія.

Тамъ, гдѣ слизистая оболочка связана съ почвой посредствомъ крѣпкой соединительной ткани, напр. на хоанахъ, распространеніе задерживается. Подобныя же препятствія встрѣчаются на задней стѣнкѣ глотки, гдѣ возникаютъ ограниченные валики и плоскости, какъ при инъекціи въ подслизистую ткань глотки оплотнѣвающей массы. Если кромѣ стѣнокъ глотки заболѣваетъ мягкое небо, то опухоль образуетъ тогда какъ бы слѣпокъ (Aussuss) органа, resp. сегментъ трубки. Инфильтрированная слизистая оболочка приобретаетъ при этомъ своеобразную просвѣчиваемость, подобно опеченой слизистой оболочкѣ или на подбѣ Rohglas (Störk) и представляетъ желтовато-сѣрую окраску. Какъ сказано, эти инфильтраты обнаруживаютъ склонность къ язвенному распаду. Слизистая оболочка лишь мало по малу замѣщается тканью опухоли и только верхніе слои очень долго остаются интактными,

такъ что опухоль можетъ достигнуть большого протяженія при нормальномъ видѣ слизистой оболочки, и если операторъ захочетъ отсепаровать слизистую, кажущуюся нормальной, то это не удается (Eisenmenger).

Почти также быстро идетъ распространение опухоли въ прочихъ рыхлыхъ клѣточныхъ тканяхъ, въ мышцахъ, въ серозныхъ оболочкахъ, между тѣмъ какъ кость противостоитъ очень долго.

Въ лимфатическихъ железахъ лимфосаркома развивается или первично и иногда одновременно съ поражениемъ другой области (напр. железы позади угла нижней челюсти и аденоидная ткань глотки) или онѣ инфицируются отъ первичнаго очага, причемъ инфекция эта большей частью появляется довольно рано. Впрочемъ вторичное опуханіе лимфатическихъ железъ не постоянно; напр. въ 2 сл. Eisenmenger'a при лимфосаркомѣ глотки до самой смерти поражения лимфатическихъ желѣзъ не обнаружено.

Болѣе тонкія микроскопическія детали роста и дальнѣйшаго распространения лимфосаркомы Ribbert описываетъ слѣдующимъ образомъ.

Лимфоциты въ первичной опухоли продолжаютъ размножаться и опухоль увеличивается. Не мало встрѣчается митотическихъ фигуръ, именно въ болѣе крупныхъ богатыхъ протоплазмой клѣткахъ, напротивъ въ болѣе мелкихъ тѣмъ рѣже, чѣмъ полнѣе онѣ приближаются къ формальнымъ лимфатическимъ клѣткамъ. Въ лимфоцитахъ, состоящихъ только изъ узкой протоплазматической каймы и относительно большого круглаго, интенсивно окрашивающагося ядра, вовсе не встрѣчается митозовъ. Слѣдовательно, въ ростѣ опухоли участвуютъ только болѣе крупные лимфоциты.

Кромѣ лимфоцитовъ размножаются въ первичной опухоли также клѣтки эндотелія и reticuli, но размноженіе послѣднихъ представляетъ лишь сопутствующее явленіе. Самое распространение опухоли на окружающія ткани и образование метастазовъ совершается только чрезъ лимфоцитовъ. Какъ крупные, такъ и мелкіе лимфоциты проникаютъ въ окружность и выполняютъ тканевыя щели. Это распространение клѣтокъ можетъ совершаться или благодаря собственному передвиженію ихъ, что особенно свойственно крупнымъ формамъ лимфоцитовъ, которые по богатству протоплазмы болѣе способны къ амѣбoidalнымъ измѣненіямъ, или благодаря пассивному передвиженію вслѣдствіе продавливанія изъ растущей опухоли или онѣ увлекаются токомъ лимфы. Впрочемъ мелкіе лимфоциты могутъ также самостоятельно образоваться въ окружающей соединительной ткани. Клѣтки проникаютъ не только въ соковые промежутки, но также въ лимфатическіе пути, меньше въ кровеносные сосуды и ведутъ къ образованію метастазовъ. Попавъ въ соковые промежутки, онѣ могутъ утвердиться въ жировой ткани и жиром-

вья клѣтки мало по мало вытѣсняются. Далѣе онѣ инфильтрируютъ встрѣчающіяся на пути мышцы и вытѣсняють мышечныя волокна. Такимъ образомъ опухоль распространяется, наприм., съ шеи на *mediastinum*, оттуда можетъ перейти на эпикардіальную жировую ткань и затѣмъ проникнуть вглубь сердца между мышечными волокнами.

Метастазы чрезъ посредство лимфатической системы скорѣе всего образуются въ ближайшихъ лимфатическихъ железахъ и затѣмъ болѣе удаленныхъ и притомъ шалъ за шагомъ, въ постепенно убывающей интенсивности. Однако не всѣ узлы, составляющіе опухолевый пакетъ, представляютъ изъ себя только лимфатическія железы, подвергшіяся заболѣванію; для этого не хватило бы железъ напр. на шеѣ, *axilla* и т. д. Кромѣ железъ инфильтрируются, по *Ribbert's*, также мельчайшіе лимфатическіе участки, которые повсюду имѣются въ лимфатической системѣ, сопровождающей кровеносныя сосуды, и состоятъ изъ *reticulum* съ эндотелиемъ и лишь небольшого числа лимфоцитовъ. Это — такъ называемые (гипотетическіе) фолликулы *Arnold's* и *Ribbert's*. Такимъ путемъ возникаютъ около сосудовъ мелкіе метастатическіе узелки, сидящіе болшею частью на мѣстахъ дѣленія сосудовъ.

По *Kuudrat's*, мѣстомъ вторичныхъ образованій являются только извѣстные органы и даже такіе, которые при сильно метастазирующихъ опухоляхъ (саркома, ракъ) поражаются метастазами очень рѣдко, какъ наприм., слизистая оболочка желудочно-кишечнаго тракта. Метастазы въ собственномъ смыслѣ, объясняемые переносомъ путемъ кровяного тока, появляются рѣдко, болшею частью отдѣльными экземплярами, и бываютъ какъ въ обыкновенныхъ органахъ: въ печени, *lien*, легкихъ, нервахъ, очень рѣдко въ костяхъ (сл. *Schrötter's* — метастазы въ *ulna*, *tibia*, *scapula* и 2 ребрахъ), такъ и на совсѣмъ странныхъ мѣстахъ — между мышцами или подъ ними, внѣ періоста, на кости, въ кожѣ и пр.. Въ печени и селезенкѣ никогда не образуется диффузныхъ инфильтрацій, какъ это бываетъ при лейкеміи, и эти органы при лимфосаркомѣ не увеличены и даже малы (маразмъ). Никакихъ особенныхъ измѣненій не наблюдается также въ костномъ мозгу (*Kuudrat*).

По *Ribbert's*, клѣтки, занесенныя кровью въ печень, остаются въ просвѣтѣ капилляровъ, тамъ разрастаются, вытѣсняють окружающія клѣтки и производятъ диффузныя инфильтраціи. Въ легкихъ клѣтки попадаютъ изъ циркулирующей крови въ лимфатическіе периваскулярные очаги (упомянутые фолликулы) и чрезъ сліяніе разросшихся узелковъ образуются періартеріальныя и перибронхіальныя инфильтраціи. Въ почкахъ происходитъ инфильтрація клѣтками иногда всей интерстиціальной ткани, такъ что вду-

бочки и мочевые каналцы совершенно ими вытѣсняются. Въ желудочно-кишечномъ каналѣ инфильтраціи могутъ захватывать всѣ слои стѣнки, сдавливать железы и вращать въ ворсинки.

Повсюду, гдѣ клѣтки попадаютъ въ лимфатическіе аппараты и тамъ размножаются, происходитъ также разрастаніе эндотелія, образованіе гигантскихъ клѣтокъ и увеличеніе *reticuli*. Тамъ же, гдѣ нѣтъ такихъ аппаратовъ, напр. въ капиллярахъ печени, въ *isterstitio* почки, въ сальникѣ, опухоль состоитъ изъ однихъ лимфоцитовъ (*Ribbert*).

Теченіе лимфосаркомы не равномерное; въ большинствѣ случаевъ наступаютъ частыя, иногда продолжительныя (годъ и болѣе) ремиссіи. Въ другихъ случаяхъ теченіе бываетъ необыкновенно быстрое, такъ что уже черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ появленія первыхъ симптомовъ наступаетъ смерть.

Лимфосаркома подобно лейкоэмическимъ и псевдолейкоэмическимъ опухолямъ не имѣетъ особенной склонности къ регрессивному метаморфозу; жировое перерожденіе наступаетъ очень рѣдко и только мѣстами, анэмическіе некрозы также рѣдки (*Kundrat*). Однако по многимъ наблюденіямъ можетъ наступать, при образованіи ли язвъ и некроза, или безъ нихъ, исчезаніе отдѣльныхъ опухолей. Иногда это исчезаніе безъ другихъ видимыхъ явленій (образованіе абсцесса и пр.) совершается въ теченіе немногихъ дней. По *Kundrat*'у объяснить это явленіе анэмическимъ некрозомъ нельзя, такъ какъ время для всасыванія слишкомъ коротко. Можно было бы думать въ такихъ случаяхъ о внезапномъ прорывѣ въ кровь скопившихся лимфоцитовъ, но для подтвержденія этого не имѣется указаній на изслѣдованіе крови въ соответствующіе моменты. Здѣсь можно видѣть аналогію съ обратнымъ развитіемъ злокачественныхъ лимфомъ *Billroth*'а подъ дѣйствіемъ мышьяка.

Но такого рода кажущееся произвольное излеченіе не продолжается. Изъ сосѣднихъ, уже заболѣвшихъ фолликуловъ, которые защищены отъ мѣста распада посредствомъ зоны нормальной ткани, начинается рецидивъ и вскорѣ образуются новыя опухоли, часто превосходящія по протяженію и злокачественности своихъ предшественниковъ.

Въ качествѣ хорошей иллюстраціи въ картинѣ теченія лимфосаркомы, мы приведемъ одинъ изъ 4 случаевъ лимфосаркомы, первично исходящей изъ аденоидной ткани глотки, наблюдавшихся *v. Eisenmenger*'омъ (1893) въ клиникѣ проф. *Albert*'а.

Случай IV. Крестьянинъ, 53 лѣтъ, крѣпкаго сложенія. Тому назадъ 4 мѣсяца появились боли въ правомъ ухѣ, а 2 мѣсяца—опуханіе правой половины мягкаго неба и припухлость подъ

правымъ ухомъ. Съ мѣсяць стало невозможнымъ глотаніе плотной пищи и развилось затрудненіе дыханія. При изслѣдованіи опухоль глотки занимаетъ правую половину мягкаго неба и глоточной стѣнки; *uvula* отгѣснена къ передней лѣвой дужкѣ, *aditus ad pharyngem* сильно сѣужень (узкая щель). Кпереди она доходитъ до уровня *dens sariens*. Слизистая оболочка, видимо, не измѣнена; только противъ *dens sariens* имѣется небольшое изъязвленіе. Верхняя и нижняя границы опухоли точно не опредѣляются. Носовое дыханіе совершается безпрепятственно. Опухоль подъ ухомъ плотноватая, крупно бугристая, простирается внизъ и впередъ до передней $\frac{1}{3}$ правой половины *maxillae infer.* Больному въ клиникѣ сдѣлана была *oesophagotomia* и *tracheotomia*. Черезъ 8 дней послѣ операциі—жестокое кровотеченіе изъ трахеотомической раны. Опухоль въ глоткѣ представлялась въ это время не измѣненной, но 6 дней спустя, къ удивленію, она исчезла, черезъ 2 же дня исчезла также опухоль на шеѣ. Больной чувствовалъ себя хорошо, легко глоталъ и могъ дышать съ закупоренной канюлей; остался только легкій парезъ правой голосовой связки. Черезъ нѣсколько дней больной выписался. Спустя 10 мѣсяцевъ онъ явился въ клинику показаться и, при точномъ изслѣдованіи горла, не найдено ничего ненормальнаго. Непосредственно же по возвращеніи домой, у больного стали снова развиваться опухоль, затрудненіе глотанія, глухота, невралгіи въ ухѣ и затылкѣ, что и заставило его, ровно черезъ годъ послѣ выписки изъ клиники, снова поступить въ нее. При изслѣдованіи глотки найдено тоже, что и въ первый разъ. Опухоль спускается до *sinus rugiformis*. Для микроскопическаго изслѣдованія изъ опухоли вырѣзанъ кусочекъ, величиною 2 cent. \times 1 cent. и фиксированъ въ алкоголь. Найдено слѣдующее (prof. Paltauf): Эпителіальный покровъ хорошо сохраненъ, слизистая оболочка—съ сосочками (*papillae*) и около сосудовъ, которые расширены, счень богата клѣтками, въ *submucosa* только небольшое скопленіе круглыхъ клѣтокъ; слизистыя железы нормальны. Только $\frac{1}{3}$ часть срѣза представляетъ новообразованіе, состоящее большей частью изъ круглыхъ клѣтокъ, заложенныхъ отчасти безъ особеннаго порядка въ нѣжномъ *reticulum*, отчасти въ видѣ различной ширины, не рѣзко ограниченныхъ, цилиндровъ *resp. гнѣздъ* между сосудами.

Въ слѣдующіе дни на мѣстѣ эксцизиі образовалось при сильныхъ воспалительныхъ явленіяхъ изъязвленіе, очень быстро

увеличивавшееся въ глубину. Спустя немного дней опухоль значительно уменьшилась, дыханіе стало свободнѣе, глотаніе же, боли въ затылкѣ и глухота уменьшились незначительно. Спустя 14 дней послѣ эксцизиі верхняя часть опухоли исчезла совершенно, на ея мѣстѣ остается только плоская язва, занимающая правую половину *palati mollis* и *arcus palatoglossi*. Въ *sinus pyriformis* и на нижней части задней стѣнки глотки имѣется остатокъ опухоли довольно плотной консистенціи. Сдѣлавшееся возможнымъ ларингоскопическое изслѣдованіе обнаружило полный параличъ правой голосовой связки. Состояніе больного все улучшалось и онъ пожелалъ освободиться отъ фистулы *oesophagi*, что и было сдѣлано. Черезъ 6 недѣль послѣ поступления въ клинику больной выписался въ улучшенномъ состояніи. О дальнѣйшемъ теченіи болѣзни было сообщено мѣстными врачами. Рубцеваніе язвенной поверхности продолжало прогрессировать, но появилась на основаніи языка справа новая, очень жесткая опухоль, величиною съ грецкій орѣхъ, смѣшающая *epiglottis* въво. Затѣмъ опухоль начала быстро расти на прежнемъ мѣстѣ, опять изъязвилась и некротизировалась, потомъ вновь стала рубцеваться, но черезъ нѣсколько недѣль вновь появился рецидивъ и на этотъ разъ на обѣихъ сторонахъ, поведшій вслѣдствіе невозможности систематическаго питанія глоточнымъ зондомъ къ смерти отъ истощенія.

Лимфосаркомой болѣе всего заболѣваютъ въ среднемъ возрастѣ, отъ 25 до 55 лѣтъ, очень часто очень крѣпкіе люди; мужчины вдвое чаще, чѣмъ женщины.

Удивительна рѣдкость туберкулезныхъ процессовъ при этомъ страданіи, но зачастую развивается значительная анемія.

Прогнозъ при лимфосаркомѣ крайне печальный. Если отдѣльные узлы и язвы и могутъ излечиться благодаря ли прижиганіямъ, или произвольно чрезъ нагноеніе и исторженіе поверхностно некротизированныхъ частей, или благодаря экстирпациі, но вскорѣ рядомъ съ рубцомъ или дальше образуются новые очаги такого-же рода. Поэтому многіе авторы причисляютъ лимфосаркому къ общему заболѣванію „*lymphosarcomatosis*“ (*W u l l i n*). *K u n d r a t* также избралъ это названіе.

По *K u n d r a t* у *lymphosarcomatosis* представляетъ одно изъ самыхъ злокачественныхъ заболѣваній, даже болѣе злокачественное, чѣмъ саркома и ракъ и для cadaго врача является „*noli me tangere*“.

Операціи при лимфосаркомѣ не имѣютъ никакихъ шансовъ на успѣхъ, но не вредили. Во всякомъ случаѣ нужно отказаться отъ большихъ операцій. Кровотеченія при маленькихъ вмѣшательствахъ бояться нечего. Хорошее вліяніе на такія опухоли оказываетъ мышьякъ; при употребленіи большихъ дозъ (20—25 gtt. sol. arsenic. Fowleri p. die) много разъ получалось продолжительное, но чаще скоро преходящее улучшеніе.

Перехожу теперь къ описанію нашего случая лимфосаркомы.

Въ Александровскую г. Казани больницу поступилъ 11/x 1907 г. (подъ № 229 приѣмнаго журнала) крестьянинъ Симбирской губерніи и уѣзда, Филипповъ Аристархъ, 38 лѣтъ, чернорабочій (сортировщикъ шерсти), съ опухолью въ носоглоткѣ и метастазами на шеѣ. Диагнозъ: *Lymphosarcoma cavi nasopharyngei c. metastas. in gland. lymphat. colli.*

Анамнезъ. Больной до этого заболѣванія ничѣмъ особеннымъ не хворалъ; во время минувшей войны былъ въ кампаніи на Дальнемъ Востокѣ. По словамъ больного, его дядя по отцу страдалъ ракомъ лѣваго угла рта и щеки.

Съ Октября 1906 г. больной сталъ замѣчать затрудненіе носоваго дыханія: часто закладывало то одну, то другую половину носа, а съ Января онъ уже совсѣмъ не дышетъ носомъ. Одновременно развилось ослабленіе слуха и почти постоянные шумы (шумъ лѣса, звонъ) въ ушахъ и головѣ. Съ Іюня сталъ чувствовать затрудненіе глотанія. Въ Іюлѣ больной замѣтилъ образованіе небольшого, величиною съ крупную горошину, подвижнаго, неболезненнаго узелка подъ кожей лѣвой стороны шеи ниже угла нижней челюсти. Сначала были частыя кровотеченія изъ носа и глотки, повторявшіяся 2—3 раза въ недѣлю; съ Сентября мѣсяца кровотеченій не было. Въ Ноябрь появились стрѣляющія боли въ головѣ и шеѣ, продолжавшіяся недѣли три. Съ Декабря съ увеличеніемъ затрудненія дыханія больной сталъ сильно потѣть (главнымъ образомъ голова и верхняя половина туловища), особенно во время сна. Замѣчается сонливость. Съ Января 1908 г. больной сталъ жаловаться на постоянныя боли въ крестцѣ и ребрахъ, затрудняющія ходьбу и движенія туловищемъ. При давленіи на широкія и плоскія кости: крестецъ, подвздошныя кости, грудину, ребра, а также на межреберныя промежутки больной испытываетъ сильную болѣзненность, онъ съ трудомъ мѣняетъ положеніе и особенно болѣзненно вставаніе съ постели.

Status praesens. Больной средняго роста, некрѣпкаго тѣлосложенія, очень анѣмиченъ и сильно истощенъ. Кожа суха и пигментирована, кромѣ области плечевого пояса. Въ легкихъ перкуторно опредѣляется небольшое пониженіе верхушекъ, болѣе рѣз-

кое слѣва. Печень не увеличена и вслѣдствіе болѣзненности при давленіи на брюшные покровы ощупать ее хорошо не удастся. Селезенка не прощупывается и вслѣдствіе тимпанита не опредѣляется и перкуторно; верхняя граница ея у 8-го ребра. Моча бѣлка не содержитъ.

Дыханіе затрудненное, храпящее, черезъ носъ отсутствуетъ; лишь при сильномъ выдыханіи съ закрытымъ ртомъ можно констатировать нѣкоторую проходимость носа для воздуха, немного большую съ правой стороны. Обонаніе отсутствуетъ. Глотаніе затруднено и не сопровождается особенной болью; больной при ѣдѣ старается больше размельчать и размачивать пищу. Отдѣленіе слизи и слюны увеличено, также отдѣленіе изъ носу. *Rhinolalia clausa*. Глоточные рефлексы повышены. Слухъ пониженъ, особенно слѣва; правымъ ухомъ слышитъ „два“, сказанное негромко у самого уха. При передней риноскопіи въ лѣвой половинѣ носа виденъ и безъ помощи носового зеркала отростокъ новообразованія изъ носоглоточной полости. Отростокъ толщиною въ палецъ, сѣровато-бѣлаго цвѣта, мясистой консистенціи, состоитъ изъ двухъ долекъ. Правая половина носа нѣсколько сужена и со стороны задняго отверстія закупорена новообразованіемъ.

При осмотрѣ со стороны полости рта мягкое небо представляется сильно утолщеннымъ, оттѣсненнымъ впереди и темнокраснаго цвѣта, особенно въ нижней его части; язычекъ также утолщенъ и гиперэмированъ. При пальпаціи оказывается, что выпячиваніе мягкаго неба впереди обусловливается новообразованіемъ, которое выполняетъ собою и все носоглоточное пространство. Нижняя периферія этой части новообразованія становится немного видной при оттягиваніи мягкаго неба впереди и вверхъ посредствомъ крючка. Опухоль мясистой, умѣренно плотноватой консистенціи, нѣсколько дольчатая, сращена съ верхне-задней стѣнкой глотки; палецъ, введенный позади мягкаго неба лишь немного проникаетъ кверху и до хоанъ не достигаетъ. Изслѣдованіе пальцемъ нѣсколько болѣзненно, кровотеченія не вызываетъ.

Кромѣ того на лѣвой сторонѣ шеи, пониже уха, по направленію крупныхъ сосудовъ имѣется другая опухоль, величиною больше голубиного яйца, состоящая, видимо, изъ нѣсколькихъ сращенныхъ между собою увеличенныхъ лимфатическихъ железъ.

Изъ лѣвой половины носа удаленъ ножницами кусочекъ для микроскопическаго изслѣдованія, величиною въ 1 куб. сант.; кусочекъ положенъ въ 10% водный растворъ *formoldehyd'a* (20 к. с. *formol'a Schering'a* на 80 к. с. воды) на 2 сутокъ, затѣмъ перенесенъ въ алкоголь; заключеніе въ целлоидинъ и параффинъ. Для окрашиванія срѣзовъ употреблялся *Hämalaun* (по *R. Mayer*) съ эозиномъ, также способъ *v. Gieson'a*.

При микроскопическомъ изслѣдованіи новообразованіе оказалось лимфосаркомой. Въ ткани опухоли имѣется слабо развитое reticulum, въ петляхъ котораго заложены лимфоидныя клѣтки нѣсколько болѣе крупнаго объема, чѣмъ обыкновенныя лимфоциты, съ круглымъ или овальнымъ пузырькообразнымъ ядромъ, окрашивающимся менѣе сильно, чѣмъ у мелкихъ лимфоцитовъ, которые здѣсь разсѣяны между крупными элементами. Кромѣ того имѣются въ небольшомъ числѣ еще болѣе крупныя клѣтки, типа эндотелія, съ 1—2 или нѣсколькими мелкими ядрами, круглыя, рѣзко ограниченныя, или неправильной формы, иногда съ зернистой протоплазмой; еще рѣже клѣтки веретенообразной и звѣздчатой формы. Мѣстами попадаются многоядерныя клѣтки, вида небольшихъ гигантскихъ. Среди клѣтокъ имѣется порядочное количество болѣе крупныхъ элементовъ съ каріокINETическими фигурами дѣленія.

Въ извѣстныхъ частяхъ препарата бросается въ глаза и при небольшомъ увеличеніи своеобразныя кругловатыя кучки хорошо окрашенныхъ ядеръ (лимфоцитовъ), до 8—13 штукъ въ общемъ протоплазматическомъ тѣлѣ или безъ онаго. Повидимому, это—агрегаты молодыхъ лимфоидныхъ клѣтокъ, еще не успѣвшихъ индивидуализироваться. Особенно много такихъ кучъ находится въ части куска, близкой къ некротизировавшейся поверхности послѣдняго.

Сосудовъ въ новообразованіи немного, они большей частью мелкіе, характера капилляровъ и въ нѣкоторыхъ изъ нихъ можно видѣть увеличенное количество лимфоцитовъ.

30-го января у больного былъ взятъ изъ того же мѣста посредствомъ проволочной петли еще кусочекъ новообразованія для микроскопическаго изслѣдованія. Кусочекъ, величиною немного болѣе 1 куб. сант., фиксированъ въ алкоголь. Въ срѣзахъ изъ этого препарата найдена таже картина, но нѣтъ вышеупомянутыхъ ядерныхъ кучъ или, по крайней мѣрѣ, онѣ не такъ рѣзко выдѣляются. Кромѣ того мѣстами имѣется сильно развитая строма.

25. X. 1907 у больного была произведена офтальмо-реакція Calmette'a; результатъ отрицательный.

Больной въ дальнѣйшемъ сталъ жаловаться на потерю аппетита и увеличивающуюся потерю силъ: истощеніе прогрессируетъ.

Въ Январѣ 1908 г. опухоль на лѣвой сторонѣ шеи достигла величины куринаго яйца. Она умѣренно плотновата, нѣсколько крупнобугриста и неболезненна. Кожа надъ ней подвижна. На правой сторонѣ подъ угломъ нижней челюсти прощупывается нѣсколько увеличенныхъ лимфатическихъ железокъ.

31-го Января было произведено изслѣдованіе крови, взятой изъ пальца (д-ръ Н. К. Гаряевъ). Найдено гемоглобину 10,8

по Fleischl-Miescher'y, красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 5.470.000, бѣлыхъ 6190. Процентное содержаніе различныхъ формъ лейкоцитовъ слѣдующее: нейтрофильныхъ полинуклеаровъ 71,4%, базофиловъ 0,8%, лимфоцитовъ 17,5%, мононуклеаровъ и переходныхъ 8,8%; міелоцитовъ 1 на 610 бѣлыхъ тѣлецъ. Въ мазкѣ крови кромѣ того бросается въ глаза относительное изобиліе кровяныхъ пластинокъ *Bizzozero*.

Исслѣдованіе крови повторено 7-го февраля. Найдено гѣмоглобину 12,45 (Fleischl-Miescher), красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 5.470.000, бѣлыхъ 6220.

10-го Марта гѣмоглобину 73% (Sahli), красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 4.840.000 (другая камера и смѣситель), бѣлыхъ тѣлецъ 6980.

Съ 5-го Февраля дѣлались впрыскиванія *atoxyl'a* (1,0:10,0) въ ягодичную область, начиная съ 3 дѣленій шприца *Pravatz'a*; ежедневно прибавлялось по 1 дѣленію, но послѣ 10 дѣленій впрыскиванія прекращены вслѣдствіе позывовъ на рвоту. Съ 22-го производилось ежедневно впрыскиваніе 1% *sol. patrii arsenicici*, начиная съ 3-хъ дѣленій; по достиженіи 10 дѣленій впрыскиванія также прекращены вслѣдствіе болѣзненности ихъ для больного.

12-го Февраля опухоль на шеѣ увеличилась; она простирается отъ уровня мочки лѣваго уха внизъ и не доходитъ до ключицы на 3 поперечныхъ пальца, въ ширину имѣетъ около 3 поперечныхъ пальцевъ. Кожа надъ опухолью подвижна. На правой сторонѣ подъ угломъ нижней челюсти железки достигли величины лѣснаго орѣха; онѣ нѣсколько болѣзненны, мало фиксированы, кожа надъ ними нормальна.

Больной обратилъ вниманіе на появленіе небольшого узелка подъ кожей надъ лѣвымъ VI-ымъ ребромъ по *linea axillaris*; узелокъ довольно плоскій, продолговатоовальной формы, величиною побольше кедроваго орѣха, подвижный. Нѣсколько такихъ же узелковъ, но меньшей величины, найдено подъ кожей лѣвой плечевой и надлопаточной области.

23. II. Больной почувствовалъ вдругъ наступившее онѣмѣніе всей лѣвой половины тѣла, продолжавшееся нѣсколько часовъ.

27. II. Опухоль на лѣвой сторонѣ шеи при измѣреніи лентой чрезъ кожные покровы имѣетъ размѣры $11 \times 10\frac{1}{2}$ сант.; подъ правымъ угломъ нижней челюсти железки стали больше, одна изъ нихъ достигла величины каштана. Больной попрежнему обнаруживаетъ сильную чувствительность къ давленію на кости: ребра, особенно нижнія, начиная съ 6-го ребра, ключицы, особенно лѣвую въ наружной ея половинѣ, лопатки, грудину, тазовыя кости, оба бедра.

На лѣвой ногѣ пателлярный рефлексъ отсутствуетъ.

1 III. 1908 Большой демонстрированъ въ засѣданіи Общества врачей. Ночью нѣсколько разъ была рвота.

3. III На передней поверхности мягкаго неба справа вблизи основанія язычка замѣчена поверхностная ссадина неправильной формы, около 3—4 миллим. въ діаметрѣ, покрытая желтоватымъ налетомъ.

14 III. Больной сильно потѣетъ и чувствуетъ большую слабость; пульсъ слабый, 118 ударовъ въ минуту. Поверхностная язва на мягкомъ небѣ исчезла.

Въ мочѣ бѣлка нѣтъ, при подогрѣваніи выпадаютъ фосфаты.

21. III. Опухоль на лѣвой сторонѣ шеи прибавилась кверху, гдѣ она начинается тотчасъ подъ ушной раковиной и нѣсколько отѣсняетъ нижній конецъ ея впереди. Размѣры опухоли $13 \times 10\frac{1}{2}$ сантим. Кожные покровы надъ верхней частью нѣсколько отечны и покраснѣвши. На правой сторонѣ двѣ железки подъ угломъ нижней челюсти достигли величины каштана; онѣ расположены у внутренняго края *m. sterno-cleido-mastoideus*, одна ниже другой.

Больной чувствуетъ себя бодрѣе, не потѣлъ; пульсъ 112.

26. III. Самочувствіе очень плохое, пульсъ нитевидный. Дыханіе болѣе затрудненное, Cheyne-Stokes'овскаго характера. Во время сна больного слышны на разстояніи громкіе крупнопузырчатые хрипы; на губахъ и въ лѣвой ноздрѣ видна пѣна. Ночью безпокойный бредъ (больной встаетъ съ постели и начинаетъ блуждать по палатамъ и собираться домой).

30. III. 1908. Больной умеръ въ 3 часа дня. Вскрытіе черезъ 26 часовъ послѣ смерти.

Температурныя колебанія у больного въ общемъ были въ предѣлахъ нормы и только въ нѣкоторые дни наблюдалось вечернее повышеніе (7 II—37,7, 14-го 38,3, 15-го 37,9, 18-го 37,7, 19-го 38,1, 23-го, 24-го 37,7, 27-го 38,0, 6 III 37,7, 17-го 37,7, 26-го 37,8).

Извлеченіе изъ протокола (№ 40) вскрытія (31. III. 1908 (прив.-доцентъ П. П. Заболотновъ).

Вѣсъ трупа 39500 граммовъ (2 п. 14 ф.). Тѣлосложеніе слабое. Питаніе крайне ослабленное. Кожа бураго цвѣта, особенно на конечностяхъ и нижней части туловища. Подкожная кѣлѣтчатка почти совсѣмъ лишена жира, не отечна; по *l. axillaris sin.* прощупывается 2—3 узелка, съ чечевицу величиною, нѣсколько такихъ же узелковъ въ плечевой и надлопаточной области. Слизистая оболочка десенъ блѣдна. Надкостница задней поверхности грудины пропитана бѣловатыми мягкими массами, которыя отчасти

распространяются на клетчатку передняго средостѣнія. Со стороны грудной полости надкостница утолщена, мѣстами очень рѣзко выпячена и особенно ближе къ позвоночнику пропитана бѣловатыми мягкими массаами.

Тоже наблюдается въ надкостницѣ грудныхъ позвонковъ. Костный мозгъ грудины и лѣваго бедра студенистаго вида.

Въ верхней части шеи по сторонамъ имѣются полушаровидныя опухоли мягковатой консистенціи, именно съ правой стороны 3 узла по голубиному яйцу, а съ лѣвой узелъ съ хорошею апельсиномъ. Узлы лежатъ въ fossae caroticae и съ лѣвой стороны узелъ распространяется къзади подъ *m. sterno-cleido-mastoideus* и плотно спаянъ съ мышцею, причемъ послѣдняя отчасти также пронизана массою опухоли. Кънизу отъ большого узла лежатъ нѣсколько железъ до лѣснаго орѣха величиною. Одинъ узелъ такого же размѣра находится въ лѣвой подключичной ямкѣ. Узлы мягки, мѣстами расплывчатаго характера, бѣлаго цвѣта, вида молока.

На р а с щ и п а н н ы хъ препаратахъ изъ большого узла на лѣвой сторонѣ шеи видны мелкія одноядерныя клетки, преимущественно круглой формы, величиною съ лейкоцитъ, потомъ болѣе крупныя одноядерныя, типа большихъ лейкоцитовъ или эндотелиальныхъ элементовъ, и наконецъ попадаются многоядерныя клетки, превышающія предпослѣдній типъ раза въ 3—4. Клетки большей частью содержатъ мелкія капельки жира и иногда буроватыя зернышки.

Кости черепа толсты, *diploë* достаточно развито. Внутренняя поверхность черепа розоватаго цвѣта, мѣстами не ровна, пропитана мягкою соскабливающеюся массою. *Dura mater* нѣсколько утолщена; *sinus longitudinalis* содержитъ объемистый красный свертокъ. Мягкая оболочка мутна, съ молочнымъ оттѣнкомъ. Мозгъ не вскрытъ, переданъ въ нервную клинику.

Висцеральный листокъ окологердечной сумки слабо молочнаго цвѣта. Вѣсъ сердца 230 грамъ. Сердечныя мышцы бураго цвѣта; въ толщѣ лѣваго желудочка находится блѣдноватый фокусъ съ небольшою горошину.

Въ полостяхъ плевры не болѣе, какъ по 100 к. с. серозной жидкости. На наружно-передней сторонѣ праваго легкаго плевра на протяженіи ладони молочнаго цвѣта, значительно утолщена; съ лѣвой стороны въ области верхней доли на ограниченномъ протяженіи имѣется сращеніе плевральныхъ листковъ посредствомъ фиброзной перемычки.

Бронхиальныя железы увеличены до лѣснаго орѣха, сѣро-аспиднаго цвѣта, сочны. Верхнія доли обоихъ легкихъ и средняя праваго сѣровато-краснаго цвѣта, нѣсколько вздуты, при давленіи

крепитируютъ; нижнія доли темнокраснаго цвѣта, даютъ порядочно пѣнистой крови. Щитовидная железа ничего особеннаго не представляетъ.

Полость носоглотки заполнена новообразованиями, которыя лежатъ слоемъ въ палецъ толщиною на основаніи черепа, плотно спаявшись съ періостомъ, отсюда спускаются книзу, прилегающая къ позвоночнику, гдѣ достигаютъ толщины 2 поперечныхъ пальцевъ, и по стѣнѣ глотки достигаютъ до уровня входа въ гортань. Массы опухоли, распространяясь впереди къ мягкому небу, врасли черезъ лѣвую хоану въ лѣвую половину носовой полости и заняли большую часть ея; сверху и спереди эти массы свободно заполняютъ лѣвую половину носовой полости, внизу же послѣдней онѣ плотно спаяны съ надкостницей небнаго отростка верхней челюсти. Распространеніе опухоли въ правую половину носа—только въ видѣ относительно небольшого полушаровиднаго выступа. Все мягкое небо также занято новообразованиемъ, причемъ оно утолщено до $1\frac{1}{2}$ —2 сант. и удлиннено. Миндалевидныя железы не увеличены. Массы опухоли, занимающія полость носоглотки, со стороны послѣдней не ровны, съ валикообразными и полушаровидными выпячиваніями, мягкой консистенціи, розовато-бѣлаго цвѣта, слегка просвѣчивающаго свойства. Благодаря разрастанію массы новообразованія носоглоточная полость низведена до щелевиднаго пространства.

Брыжжечныя железы увеличены, отъ чечевицы до боба фасоли, мозговидны.

Селезенка вѣсомъ 100 грам., размѣры ея $14 \times 6,5 \times 2$ сант.; капсула слабо молочнаго цвѣта, морщится; трабекулы не утолщены, Мальпигіевы тѣльца не увеличены.

Желудокъ сокращенъ, слизистая набухла и покрыта толстымъ слоемъ бѣловатой слизи. Duodenum не представляетъ ничего особеннаго, также и остальной кишечный трактъ.

Нѣсколько узловъ новообразованія имѣется въ поджелудочной железѣ.

Печень вѣсомъ 1320 грам.; размѣры ея: длина 21 сант., ширина въ правой долѣ 16, лѣвой 10,5. Капсула не утолщена. Паренхима буроватаго цвѣта; дольки различаются, нѣсколько уменьшены.

Ретроперитонеальныя железы (нѣкоторыя) увеличены до горошины, въ разрѣзѣ бѣловатаго цвѣта.

Въ надпочечникѣ лѣвомъ, въ средней его части находится мягкій узелъ съ хорошею лѣсной орѣхъ, въ разрѣзѣ нѣсколько

ко расплывчатый, на периферіи бѣлаго цвѣта, а въ центрѣ сѣро-аспиднаго. Узелъ со всѣхъ сторонъ окруженъ тканью надпочечника.

Почки имѣютъ вѣсъ по 160 грам.; размѣры правой $11,1 \times 6,2 \times 3,1$ сант., лѣвой $11 \times 6,3 \times 3,0$ сант.. Оболочка легко снимается, безъ потери коркового вещества. Корковый слой пронизанъ на обѣихъ почкахъ нѣсколькими узлами отъ чечевицы до горошины величиной, мягкой консистенціи, бѣлаго цвѣта. Основаніе пирамидъ различается. Ткань почекъ сѣро-красноватаго цвѣта, нѣсколько вяла.

Такимъ образомъ нашъ случай лимфосаркомы въ клиническомъ отношеніи отличается слѣдующими особенностями. Новообразование началось съ носоглотки, инфильтрировало всю толщу мягкаго неба и стѣнки глотки, скоро дало метастазы въ лимфатическихъ железахъ на лѣвой сторонѣ шеи, гдѣ образовался большой узелъ, затѣмъ на правой сторонѣ. Изъ отдаленныхъ лимфатическихъ железъ оказались немного пораженными брыжжеечныя и еще меньше ретроперитонеальныя железы.

Значительныя разлитыя отложенія образовались сзади sterni, на внутренней поверхности реберъ и на грудныхъ позвонкахъ. Затѣмъ имѣются метастазы въ отдаленныхъ областяхъ, безъ прямой связи посредствомъ лимфатическихъ путей съ первичнымъ очагомъ, именно нѣсколько узелковъ подъ кожей, въ поджелудочной железнѣ, почкахъ и лѣвомъ надпочечникѣ. Печень и селезенка уменьшены и не представляютъ характерныхъ измѣненій.

Лейкемическихъ измѣненій крови у больного не наблюдалось. Замѣтныхъ остановокъ въ ростѣ новообразования и процессовъ обратнаго развитія не было.

Микроскопически нами изслѣдованы слѣдующія части

1. Масса новообразования, выполняющая носоглотку. (Препаратъ фиксированъ въ Zenker'овской жидкости). Строепіе характерное для лимфосаркомы, но среди клѣтокъ имѣется довольно много кругловатой или полигональной формы ограниченныхъ пространствъ съ безцвѣтнымъ или слегка окрашивающимся эозиномъ зернистымъ содержимымъ (лимфа) безъ клѣтокъ или съ 1—2 или большимъ числомъ клѣтокъ. На одномъ пунктѣ препарата виденъ на поверхности слоистый эпителий; инфильтрація клѣтками новообразования достигаетъ самаго эпителия. Железъ не видно.

2. Мягкое небо (10% Müller - Formol). Многослойный эпителий сохраненъ. Остальная масса ткани представляетъ

новообразование, среди клѣтокъ котораго разсѣяны отдѣльныя мышечныя волокна.

3. Кусочекъ изъ большого узла на лѣвой сторонѣ шеи въ области *m. sterno-cleido-mastoidei* (10% Müller-Formol). Новообразование состоитъ изъ лимфоидныхъ клѣтокъ. Обильная клѣточная инфильтрація соединительной ткани между мышечными волокнами.

4. Препаратъ изъ болѣе размягченной части узла на лѣвой сторонѣ шеи (Müller-Formol). Много кругловатыхъ и полигональныхъ пространствъ съ зернистымъ содержимымъ (лимфа). Мѣстами имѣются группы такихъ зернистыхъ полей, соприкасающихся между собою; зернистость слабо окрашена желтоватымъ цвѣтомъ или почти безцвѣтна. Некротизированныхъ очаговъ не замѣтно.

5. Надкостница сзади ребра (Müller-Formol; v. Gieson). Вслѣдствіе богатой инфильтраціи лимфоцитами она очень утолщена и потеряла свое характерное строеніе. Большое количество широкихъ и наполненныхъ кровью сосудовъ. Обильная инфильтрація лимфоцитами прилегающей мышечной ткани.

6. *Nervus intercostalis*. Небольшая инфильтрація окружающей соединительной ткани.

7. Отложение новообразования на задней поверхности *sterni*. Въ массѣ новообразования имѣются пучки и тяжи волокнистой соединительной ткани.

8. Подкожный узелокъ. Узелокъ новообразования окруженъ соединительно-тканной капсулой.

9. Метастазъ въ почкѣ. Узелъ новообразования вытѣсняетъ почечную ткань и отъ него простираются инфильтраціи въ межпочечную соединительную ткань.

10. Метастазъ въ надпочечникѣ лѣвомъ. Съ периферіи сохранилась часть коркового слоя, въ остальномъ главная масса ткани представляетъ новообразование съ гѣморрагическими очагами.

11. Метастазъ въ мышечной стѣнѣ лѣваго желудочка сердца. Отъ узла новообразования распространяется инфильтрація между мышечными волокнами.

12. Желудокъ (Müller-Formol; v. Gieson). Въ глубокомъ слое слизистой оболочки—два небольшихъ неправильныхъ очага инфильтраціи изъ лимфоидныхъ клѣтокъ (фолликулы). Въ ткани слизистой оболочки кромѣ главныхъ и облегающихъ железистыхъ

клетокъ (дно желудка) равномерно разсѣяны въ не особенно большомъ количествѣ лимфоциты.

13. Червеобразный отростокъ. Тонкій отростокъ представляетъ развитые мышечные слои. Лимфоидная ткань (фолликулы) въ изобиліи.

14. Костный мозгъ бедра (жидкость Zenker'a, 10% Müller-Formol и мазки). Окрашивание: Hämalaun и Eosin, краска Giemsa (способъ Schridde), краска May-Grünwald'a и др. На ряду съ чисто жировой тканью костнаго мозга имѣются очаги скопленій круглыхъ лимфоидныхъ клетокъ. Особенныхъ измѣненій не обнаружено.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- Проф. Афанасьевъ. Реальная энциклопедія медицинскихъ наукъ подъ редакц. Prof. Eulenburg'a и проф. Афанасьева 1896 г., томъ 17, стр. 599.
- H. Bensch. Beitr. zur chir. Behandl. der Nasenrachenpolypen Inaug.-Diss.. Berlin 1878, цит. по Mikulicz'y (P. Heymann, Der Rachen 1899.)
- Th. Billroth. Die Einth. etc. der Geschwülste. Deutsche Klinik. 1859, S. 394.
- Онъ-же. Руководство по Общей Хирургіи.
- Borst. Die Lehre von den Geschwülsten, 1902.
- Bouchaud. Pol. fibromuq.. Journ. des sc. mèd. de Lille 1890, p. 247; цит. по Mikulicz'y.
- Brault. Annal. des maladies de l'oreille 1898, p. 477., цит. по Laval'ю.
- Butlin. Sarkom der Tons.. Centralbl. f. Laryngologie Bd. XI. 1895, S. 615, цит. по Mikulicz'y.
- Bryk. Langenbeck's Archiv Bd. XVII, 1874, S. 563.
- Chiari. Ueber Lymphosarcoma d. Rachens u. Kehlkopfes. Verhandl. des Ges. deutsch. Naturf. u. Aerzte. Wien 1894; Wiener klin. Woch. 1894.

- Compaired. Contribution a l'étude clinique des tumeurs malignes du naso-pharynx. Arch. internat. de laryngol. etc. 1905, T. XX, № 5, p. 388.
- Dèlie. Végèt. adén. du phar. nas. récid.. Revue du laryng. 1891 № 18. Centralbl. f. Laryng. Bd. VIII, 1892, S. 457.
- Edler. New-York med. journ. (9 Mars) 1901; цит. у Laval'u-Eisenmenger. Ueber Lymphosarcomatosis des Pharynx und des weichen Gaumens. Wien. klin. Woch. 1893. № 52.
- A. v. Eiselsberg. Dem. erkr. Frau m. fibr. höcker. Nasenrachenpol. etc.. Wien. klin. Wochenschr. 1892, № 50.
- Fabian, Naegeli, Schatiloff. Beiträge zur Kenntniss der Leukämie. Virchow's Archiv. Bd. 190, H. 3. 1907.
- Grawitz. Klin. Pathologie des Blutes, 3 Auflage, 1906, S. 497, Цит. по Fabian'y и пр.
- Jacques et Bertemès. Deux cas de tumeurs malignes du rhino-pharynx. Bulletin de laryngol., 1903, 30 décembre.
- Prof. Kundrat. Ueber Lymphosarcomatosis. Wien. klin. Woch. 1893, № 12, 13.
- F. Laval. Des tumeurs malignes du naso-pharynx (étude clinique). Archive intern. de laryngol. etc. 1905, T. XIX, № 1, p. 55.
- Wan Leyden. Arch. intern. du laryng. etc. 1898, p. 408. Soc. Néerl. d'otol.
- J. Mikulicz. Neubildungen des Rachens u. des Nasenrachenraums; у P. Heymann'a, der Rachen 1899.
- Pierre. Arch. intern. de laryng. etc. 1898, p. 399.
- Pröbsting. Münch. med. Woch. 1896, S. 30.
- H. Ribbert. Geschwülstlehre 1904.
- M. B. Smidt. Die Verbreitungswege des Karzinome und die Beziehung generalisierter Sarkome zu den leukämischen Neubildungen. Iena 1903, цит. по Fabian, Naegeli, Schatiloff'y.
- Störk. Die Erkrank. d. Nase etc. Wien, 1895.
- Türck. System der Lymphomatosen. Wien. klin. Woch.. 1903, S. 1073.