

## Къ вопросу о происхожденіи кистовидныхъ опухолей головного мозга.

Проф. Ф. Я. Чистовича и д-ра В. П. Первушина.

Описываемый нами ниже случай кистовидной множественной опухоли головного мозга представляетъ интересъ въ двухъ отношеніяхъ: въ клиническомъ потому, что далъ поводъ къ оперативному вмѣшательству съ цѣлью діагностической и ради удаленія мозговой опухоли, точная локализациа которой представляла значительныя затрудненія; въ патолого-анатомическомъ отношеніи этотъ случай заслуживаетъ вниманія какъ вслѣдствіе множественности опухолей мозга, такъ и благодаря совершенно необычному ихъ строенію, уклоняющемуся отъ тѣхъ типовъ новообразованій, которыя обыкновенно служатъ исходной точкой въ развитіи кистъ центральной нервной системы.

### Клиническая характеристика случая\*.

Больной П. О. К—овъ, 46 лѣтъ, по профессіи слесарь, находился въ стационарномъ отдѣленіи Клиники нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета съ 10 сентября по 15 ноября 1912 г. Женатъ, имѣлъ 7 дѣтей, изъ которыхъ въ живыхъ 4. Въ прошломъ больного отмѣчается уретритъ, лѣтъ съ 40 умѣренное употребленіе спиртныхъ напитковъ. На 43-мъ году получилъ довольно сильный ударъ палкой по головѣ съ пораненіемъ кожныхъ покрововъ черепа; сознанія при этомъ не потерялъ; рана черезъ нѣсколько недѣль зажила и видимыхъ послѣдствій эта травма за собой не повлекла, кромѣ непродолжительной болѣзненности черепа на мѣстѣ раненія.

---

\* Д-ръ В. П. Первушинъ.

Съ зимы 1911—1912 г. у К. появились головныя боли; постепенно усиливаясь, онѣ становились чаще, что стало особенно замѣтнымъ съ конца апрѣля 1912 г.; съ іюня головныя боли усилились еще и стали сопровождаться тошнотой и рвотой. Съ конца іюня появились головокруженія, также постепенно усиливавшіяся; головокруженіе появлялось преимущественно при ходьбѣ; походка становилась неустойчивой, больной пошатывался, какъ пьяный, и даже падалъ. Тошнота иногда появлялась при движеніяхъ той или другой конечностью. Боль головная ощущалась главнымъ образомъ въ затылкѣ и порой отличалась большой интенсивностью. Постепенно стала притупляться память, вниманіе; ухудшился аппетитъ и сонъ, появились запоры; съ весны же 1912 г. зрѣніе стало похуже и рѣчь затруднительнѣе. Въ началѣ іюня больной однажды упалъ со стула на полъ, ударился затылкомъ и лишился сознанія минутъ на 5.

13 іюня 1912 г. *мною* у больного было отмѣчено: пульсъ 84; больной истощенъ, съ сильно ослабленнымъ общимъ питаніемъ. Парезъ лицевого и подъязычнаго нервовъ справа; движенія языка вправо сильно ограничены; въ рукахъ атаксія и дрожанія не замѣтно; движенія верхнихъ и нижнихъ конечностей ослаблены, но сохранены; незначительныя нистагмообразныя движенія глазныхъ яблокъ; рѣчь слегка анартрична, отличается медлительностью, вялостью; рефлексъ сухожильные въ предѣлахъ нормы; двоенія въ глазахъ нѣтъ. Контуры соска праваго зрительнаго нерва нѣсколько ступеваны. При стояніи и въ особенности при ходьбѣ больной пошатывается, порой чуть не падаетъ.

Въ іюль мѣсяцѣ состояніе больного еще болѣе ухудшилось: постоянная, сильная головная боль, головокруженія, слабость, частые приступы рвоты ежедневно или черезъ 1—3 дня, по нѣсколькx разъ въ день. 9 іюля *мною* констатировано: К. ходитъ съ большимъ трудомъ, при поддержкѣ, шатается, какъ пьяный; легкая анартрія; пульсъ 72 въ 1', глотаніе не разстроено. Въ правомъ глазу гиперемія соска, сосуды дна глаза расширены. Почеркъ неровный, дрожащій.

Въ Клиникѣ, въ сентябрѣ мѣсяцѣ, у больного былъ констатированъ рядъ рѣзкихъ уклоненій со стороны нервной системы.

Незначительное опущеніе лѣваго верхняго вѣка, выпячиваніе лѣваго глазного яблока и ограниченіе его подвижности вкнутри и внаружи; глотаніе нарушено—жидкая пища проникаетъ въ полость носа; paresis n. hypoglossi d. et facialis dex. (centralis); парезъ правыхъ конечностей (сила правой руки 24 kilo, лѣвой—26 kilo); движенія правой ноги слегка атактичны; diadokokinesis не нарушенъ; мозжечковой каталепсiei не удалось обнаружить. Больной стоитъ съ широко разставленными ногами, едва сохра-

няя равновѣсіе тѣла, съ трудомъ ходить, съ поддержкой, сильно шатаясь. Tremor digitorum. Сухожильные рефлексы выражены живо (правый колѣнный живѣ лѣваго), также какъ и кожные (подошвенные нормального типа) и роговичные; глоточный рефлексъ пониженъ. На лѣвомъ глазу помутнѣніе роговицы, зрачекъ его немного расширенъ и вяло реагируетъ на свѣтъ; поле зрѣнія въ предѣлахъ нормы; въ правомъ глазу несильно выраженный невритъ (Прив.-доц. В. В. Чирковский). Общая чувствительность безъ измѣненій; аміотрофійъ нѣтъ.—Тоны сердца глухи, пульсъ 50—60 въ 1 минуту; запоры; моча не содержитъ ни бѣлка, ни сахара, уд. в. 1012, выдѣляется въ количествѣ 1400—1500 в. с. въ сутки. Церебро-спинальная жидкость (люмбальная пункция 14/ix) выдѣлялась при неповышенномъ давленіи, съ весьма незначительнымъ содержаніемъ лимфоцитовъ; реакція Nonne-Appelt'a отрицательна. Реакція Wassermann'a какъ въ крови, такъ и въ люмбальной жидкости отрицательна. Температура тѣла колебалась между 35,8°—36,6°.

Больной все время лежитъ, сильно истощенъ, плохо ѣсть и спитъ—мѣшаетъ головная боль. Болитъ вся голова, больше сзади, порой несильно, но обычно очень сильно—„адская“ головная боль,—больной готовъ рвать на себѣ волосы, и лишь морфій даетъ облегченіе: головная боль ежедневно, изрѣдка на нѣсколько часовъ или на день ослабляется и даже прекращается, а затѣмъ возобновляется еще съ большей силой. Обыкновенно головная боль сопровождается рвотой—до нѣсколькихъ разъ въ день, независимо отъ приѣма пищи.

Клиническая картина въ описываемомъ случаѣ была выражена достаточно типично и не представляла сколько-нибудь значительныхъ діагностическихъ затрудненій: прогрессирующее нарастаніе болѣзненныхъ явленій сначала общаго церебрального характера (головная боль, мозговая рвота, головокруженія, неустойчивое равновѣсіе тѣла, ослабленіе интеллекта, ослабленіе зрѣнія съ застойнымъ соскомъ, замедленіе пульса и т. д.), а затѣмъ выступленіе на сцену и гнѣздныхъ явленій (анартрія, разстройство глотанія, движеній лѣваго глаза, правосторонній гемипарезъ) ясно свидѣтельствовали о томъ, что страдающимъ органомъ въ данномъ случаѣ являлся головной мозгъ и лѣвая его половина по преимуществу, если не исключительно.

Что касается характера основного патологическаго процесса, то говорить о мозговомъ абсцессѣ не было основаній въ виду отсутствія явныхъ поводовъ для его возникновенія, въ виду безлихо-

рабочнаго характера болѣзни и всего ея теченія и нормальнаго состава люмбальной жидкости. Эти же данныя говорили до извѣстной степени и противъ воспалительнаго процесса въ мозговыхъ оболочкахъ. Правда, въ подобныхъ случаяхъ всегда приходится считаться съ возможностью существованія такъ наз. pseudotumor cerebri, состояннѣя, обязаннаго своей клинической и патолого-анатомической разработкой трудамъ послѣднихъ лѣтъ. Далеко не всегда удается при жизни разграничить tumor cerebri отъ pseudotumor'a въ виду большого сходства ихъ клиническаго проявленнѣя. Въ описываемомъ случаѣ составъ люмбальной жидкости, нарастающнѣй ходъ болѣзни при отсутствнѣи продолжительныхъ ремисснѣи, тяжесть клинической картины и особнѣй, не всегда точно передаваемый общнѣй habitus больного говорили именно въ пользу *новообразованнѣя въ головномъ мозгу*. Въ рамки этого процесса укладывались и всѣ остальные клиническнѣе признаки болѣзни.

Комбинацнѣя правосторонняго не сильно выраженнаго гемипареза съ парезомъ n. oculomotorii sin. напоминала собой такъ наз. „перекрестный параличъ“ при пораженинѣ лѣвой мозговой ножки. Для объясненнѣя валичности пареза и n. abducentis sin. необходимо было бы допустить или распространеннѣе процесса и на Varoli'евъ мостъ, или отдѣльный фокусъ въ мосту. Однако, при такомъ протяженнѣи и расположеннѣи фокуса клиническая картина была бы несравненно тяжелѣе: параличныя явленнѣя были бы выражены несравненно сильнѣе, была бы разстроена чувствительность и нарушены функцнѣи и другихъ черепныхъ нервовъ (V, VII). Самое представленнѣе о существованнѣи въ лѣвой мозговой ногѣ первичнаго очага новообразованнѣя, длвшшагося уже довольно давно и вызвавшаго рядъ тяжелыхъ общемозговыхъ явленнѣи, не мирилось съ незначительностью объективныхъ клиническихъ симптомовъ.

Поэтому представлялось болѣе умѣстнымъ видѣть мѣстоположеннѣе патологическаго фокуса, вызывавшаго правосторонннѣй гемипарезъ, въ заднемъ отдѣлѣ лобной доли лѣваго полушарнѣя головного мозга въ непосредственной близости съ передней центральной извилиной, на которую процессъ съ теченнѣемъ времени и распространился. Отсутствие судорогъ или судорожныхъ припадковъ могло зависѣть отъ нахожденнѣя фокуса подъ корой или отъ особнѣй свойствъ болѣзненнаго процесса. Подобной локализацинѣе не противорѣчили бы наблюдаемыя у больного нарушеннѣя статики.

Наличность пареза nn. III и VI sin. не могла быть, однако, связана съ подобнымъ расположеніемъ патологическаго фокуса и требовала допущенія отдѣльнаго пораженія этихъ нервовъ или на основаніи черепа, или въ предѣлахъ мозгового ствола.

Самое преобладаніе болевыхъ ощущеній въ затылочной области едва ли было случайнымъ обстоятельствомъ; скорѣе, оно могло служить діагностическимъ признакомъ, указывая на локализацию новообразованія (или одной изъ опухолей) въ мозжечкѣ.

Въ пользу такого предположенія сильно подкупало и рѣзкое нарушеніе у больного статической координаціи.

Такимъ образомъ, относя главныя болѣзненные явленія за счетъ новообразованія въ заднемъ среднемъ отдѣлѣ лѣвой лобной доли, имѣлось полное основаніе предполагать существованіе подобнаго же фокуса еще и въ мозжечкѣ, а, быть можетъ, и въ стволовой части мозга, т. е., говорить о множественности новообразованія. Опухоль мозжечка, въ особенности его верхняго червя, путемъ давленія на мозговой стволъ могла вызвать нарушеніе функціи nn. III и VI sin.

Что касается до характера новообразованія, то, исключая въ данномъ случаѣ гумму, можно было думать о гліомѣ, самостоятельной или въ комбинаціи съ какимъ-либо инымъ образованіемъ.

Въ виду нарастанія болѣзненныхъ явленій и тяжелаго безвыходнаго состоянія больного, ему была предложена операція трепанаціи черепа съ тѣмъ, чтобы осмотрѣть задній отдѣлъ лѣвой лобной доли и центральныя извилины и предпринять въ зависимости отъ результатовъ осмотра соотвѣтствующія мѣры, ограничившись въ крайнемъ случаѣ пункцией желудочка или просто вентилемъ. Такимъ образомъ оперативное вмѣшательство, помимо діагностическаго значенія, опредѣлялось определенными терапевтическими показаніями.

Операція была произведена 26/IX проф. *А. В. Вишневскимъ* въ помещеніи Клиники нервныхъ болѣзней по обычному способу (костно-костный лоскутъ). Какъ и предполагалось, въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ коры лѣваго полушарія головного мозга было обнаружено оригинальное образованіе, по внѣшности похожее или на кисту, или на кистовидную опухоль.

По вскрытіи твердой и мягкой оболочекъ головного мозга была найдена значительныхъ размѣровъ неглубокая, идущая тот-

часть подъ корковымъ слоемъ, распространенная кистовидная полость въ области средняго отдѣла передней центральной извилины лѣваго полушарія и прилегающей къ ней части лобной доли (задній отдѣлъ средней лобной извилины). Мозговое вещество въ этомъ мѣстѣ было болѣе мягкой консистенціи, слегка баллотировало. При разрѣзѣ коры, изъ полости выдѣлилось нѣсколько кубическихъ сантиметровъ прозрачной свѣтло-желтой жидкости; стѣнки ея оказались довольно гладкими. Окружающая ткань особенностей не представляла; поэтому пришлось ограничиться опорожненіемъ „кисты“ и введеніемъ въ ея отверстіе марлеваго выпускника; позднѣе, при перевязкѣ, онъ былъ удаленъ.

Операцію больной перенесъ хорошо; послѣдующее послѣоперационное теченіе было гладкое и приращеніе кожно-костнаго лоскута шло безъ осложненій.

Послѣ операціи вплоть до выписки больного изъ Клиники (15/xi)  $t^{\circ}$  колебалась между 35,5—36,6—37,0, достигнувъ лишь на другой день послѣ операціи 37,5 $^{\circ}$ . Пульсъ сталъ чаще, колебался между 60—70—84—изрѣдка 96 ударами въ минуту.

Первые дни послѣ операціи вводился подкожно морфійъ отчасти въ виду безпокойнаго состоянія больного и безсонницы, отчасти вслѣдствіе довольно значительной головной боли. Въ общемъ головная боль стала замѣтно слабѣе прежняго. Больной, однако, плохо питался, замѣтно истощался.

Съ 8/x (т. е. на 12-й день послѣ операціи) у него было замѣчено ослабленіе психической дѣятельности: ослабленіе памяти, дезориентировка въ отношеніи лицъ, своего мѣстонахожденія, своихъ родныхъ, забывчивость въ отношеніи событій ближайшаго, настоящаго и болѣе отдаленнаго времени.

Подобное состояніе психической слабости у больного оставалось и въ дальнѣйшемъ, колебалась въ своей интенсивности; сознаніе иногда не надолго прояснялось и то не вполне, а затѣмъ опять разстраивалось. Самочувствіе по болѣе части бывало порядочнымъ, даже хорошимъ, головныя боли были и рѣже, и слабѣе прежняго, хотя временами вновь ожесточались, но уже не до прежней степени и не на продолжительное время. Силы падали, К. не могъ сидѣть, правосторонній гемипарезъ усиливался, обнаружился с. *Babinski*'аго справа; моча и экскременты стали выдѣляться произвольно.

15/xi 1912, въ день оставленія больнымъ Клиники, было отмѣчено: головная боль значительна. Protrusio bulbi oculi utriusque, больше слѣва, ограниченіе подвижности глазъ во все стороны, особенно внаружи и кнутри; зрачки на свѣтъ не реагируютъ; движенія конечностей ослаблены и атактичны; сухожильные рефлексy справа поживѣ; с. *Babinski*'аго справа. Чувствительность не разстроена.

Спустя 3 мѣсяца больной скончался въ Клиники. Черезъ 24 часа послѣ смерти было произведено патолого-анатомическое вскрытіе. Приводимыя ниже проф. *Ф. Я. Чистовичемъ* данныя посмертнаго изслѣдованія подтвердили клинической діагнозы существованія новообразованія въ головномъ мозгу и притомъ въ видѣ нѣсколькихъ фокусовъ, а также и предположенія относительно ихъ локализаци. Расположеніе этихъ фокусовъ въ мозгу опредѣляло характеръ клинической картины—гнѣздныхъ явленій. Такъ, фокусъ въ лобной долѣ и передней центральной извилинѣ слѣва обуславливалъ правосторонній гемипарезъ. Нарушеніе глотанія, рѣчи и функціи нервовъ, снабжающихъ часть мышцъ глазныхъ яблокъ, стояло въ связи съ измѣненіями, претерпѣваемыми ствольной частью мозга въ зависимости отъ давленія на нее кисты верхняго червячка. Присутствіе фокусовъ новообразованія въ верхнемъ червячкѣ мозжечка и въ правомъ полушаріи мозжечка должно было вызвать нарушеніе статики и преобладаніе головныхъ болей съ области затылка.

Гистологическое изслѣдованіе даетъ возможность глубже проникнуть въ характеръ измѣненій нервной субстанціи въ описываемомъ случаѣ, но и грубое макроскопическое изслѣдованіе позволяетъ найти анатомическую подкладку для ряда клиническихъ явленій.

Данный случай можетъ разсматриваться съ клинической точки зрѣнія какъ типичный для картины новообразованія головного мозга. Къ развившимся первоначально явленіямъ общемозгового характера присоединились позднѣе явленія мѣстныя, гнѣздныя; они дали довольно сложную и пеструю клиническую картину благодаря множественности фокусовъ новообразованія—въ этомъ одна изъ особенностей даннаго случая. Другая особенность та, что давленіе въ цереброспинальной жидкости при люмбальной пункции

не представлялось повышеннымъ, чего можно было ожидать судя по наличности застойныхъ явленій въ полости черепа при жизни и послѣ смерти вплоть до водянки желудочковъ мозга. Быть можетъ, это обстоятельство слѣдуетъ объяснить тѣмъ, что увеличенная въ своихъ размѣрахъ масса мозжечка благодаря присутствію въ ней гнѣздъ новообразованія до извѣстной степени разобщала черепной и спинномозговой отдѣлъ цереброспинальнаго пространства, почему на люмбальной жидкости могло и не отражаться въ полной мѣрѣ состояніе внутричерепнаго давленія. Съ другой стороны, составъ люмбальной жидкости измѣненій не представлялъ, что соотвѣтствовало обычнымъ условіямъ мозговой опухоли.

Заслуживаетъ вниманія и третья особенность случая—отсутствіе явленій гиперкинеза въ правыхъ конечностяхъ при локализации одного изъ гнѣздъ новообразованія въ двигательной зонѣ, въ лѣвой передней центральной извилинѣ; возможно, что это зависѣло отъ медленности развитія опухоли или отъ особыхъ ея физико-химическихъ свойствъ.

Оперативное вмѣшательство принесло больному паллиативную пользу—облегченіе головныхъ болей; въ виду основного характера патологическаго процесса отъ операціи и нельзя было ожидать большаго: она здѣсь сыграла роль вентиля.

Что касается до наступившаго вскорѣ нарушенія душевной дѣятельности у больного, то подобное состояніе при новообразованіяхъ въ головномъ мозгу явленіе не рѣдкое, зависящее отъ нарушенія питанія этого органа благодаря явленіемъ аутоинтоксикаціи, неправильностямъ кровообращенія въ полости черепа и измѣненію функціи вентримъ желудочковъ. Содѣйствовать ослабленію питанія мозга могъ затѣмъ и оперативный травматизмъ.

#### Патолого-анатомическія особенности случая \*.

*Протоколъ вскрытія* (въ извлеченіи). Вѣсъ тѣла 37.000 гр. Ростъ 168 см. Объемъ груди 83 см. Питаніе рѣзко ослаблено, тѣлосложеніе нѣжное. Трупное окоченѣніе и трупныя пятна мало выражены. Кожа блѣдая. На лѣвой половинѣ волосистой части го-

---

\* Проф. Ф. А. Чистовичъ.



ловы прощупывается выступающій надъ общимъ уровнемъ поверхности костей черепной крышки участокъ лѣвой темянной кости, округлой формы, величиною въ 10 см. въ обоихъ діаметрахъ; надъ лѣвой ушной раковиной поверхность его постепенно сливается съ поверхностью чешуи височной кости, а вверху, впереди и взади обрывается почти отвѣснымъ уступомъ высотой въ  $\frac{1}{2}$  см. надъ общимъ уровнемъ наружной поверхности черепной крышки; этотъ уступъ расположенъ полукругомъ выпуклымъ вверху и не доходитъ на 3 см. до средней линіи. Описанному костному участку соответствуетъ кожный рубецъ полукруглой формы съ основаніемъ, обращеннымъ къ лѣвому уху. На внутренней поверхности правой голени—овальный рубчикъ, не сраженный съ костью. Слизистыя оболочки безкровны, подкожный жирный слой исчезъ. По снятіи кожныхъ покрововъ головы, выступающій участокъ кости представляется костнымъ лоскутомъ съ основаніемъ, обращеннымъ къ лѣвому уху; края его фиксированы мягкой тканью, но допускаютъ нѣкоторую подвижность. Мышцы развиты слабо, въ правой верхней конечности замѣчается значительное исхуданіе по сравненію съ лѣвой. Діафрагма поднимается своимъ сводомъ справа до 5-го ребернаго промежутка, слѣва до 6-го ребра. *Кости* свода черепа тонки, дірло склерозировано въ лобныхъ костяхъ и лоскутъ темянной. Внутренняя поверхность черепа мѣстами шероховата и на всемъ пространствѣ лоскута сращена съ *dura mater*. Послѣдняя напряжена, синусы ея пусты. *Мягкая оболочка* разрывается при снятіи и кое гдѣ сращена съ поверхностью мозга. Сосуды ея нѣсколько налиты кровью, на основаніи мозга тонки и не склерозированы. *Мозгъ* 1350,0. Соответственно заднему концу 2-ой лѣвой лобной извилины и передней центральной извилинѣ мягкая оболочка на пространствѣ съ 25 коп. монету утолщена, непрозрачна и окрашена въ розовый цвѣтъ; въ сѣромъ веществѣ этого участка, расположеннаго на мѣстѣ перехода верхней поверхности мозга въ боковую, имѣется дефектъ, представляющій полуспавшуюся полость величиною съ лѣсной орѣхъ; стѣнки ея образованы тканью сѣраго цвѣта, полупрозрачною, толщиной въ 2—3 mm; внутренняя поверхность полости шероховата, какъ бы бархатиста. Извилины мозга сильно уплощены; бѣлое вещество блеститъ на разрѣзѣ; боковые желудочки сильно растянуты серозной жидкостью, скопившеюся въ большомъ количествѣ. *Мозжечекъ*: въ передней части верхняго червячка имѣется вторая киста, величиною съ миндальный орѣхъ, съ сѣрыми морщинистыми снутри стѣнками; 2 другія кисты, поменьше, расположены въ верхнемъ заднемъ отдѣлѣ праваго полушарія мозжечка; въ стѣнкахъ ихъ ясно различимъ слой сѣрой полупрозрачной ткани, богатой сосудами и наминающей гліозную. Внутренняя поверхность кистъ мозжечка

также слегка бархатиста. *Варолиевъ мостъ и продолговатый мозг* уплощены подъ давленіемъ кисты червячка и вещество ихъ кажется нѣсколько размягченнымъ на ошупь. Сильвиевъ водопроводъ расширенъ и отдѣляется отъ полости кисты червячка только стѣнкой, толщиной въ 1—2 mm. Прочіе отдѣлы головного мозга не представляютъ измѣненій. Въ *спинномъ мозгу* замѣчается только неясность рисунка сѣраго вещества въ шейномъ утолщеніи и увеличеніе размѣровъ праваго передняго рога сѣраго вещества въ поясничномъ утолщеніи.

Бронхіальныя железы увеличены, особенно въ корнѣ праваго легкаго, гдѣ образовался пакетъ величиною въ куриное яйцо; на разрѣзѣ железы сѣрватокраснаго цвѣта, мягки, а одна изъ нихъ, лежащая въ самомъ hilus, содержитъ кисту съ лѣсной орѣхъ, наполненную серозной жидкостью съ серебристыми чешуйками (холестерина). Стѣнки кисты покрыты такими-же серебристыми чешуйками. Въ нижней правой долѣ уплотненный безвоздушный участокъ съ горошину величиною. Въ правой верхушкѣ—старое казеозное пропитанное известію гнѣздо съ конопляное зерно.

Въ лѣвой долѣ щитовидной железы имѣется солидный узелъ опухоли съ горошину, бѣловатаго цвѣта и болѣе плотной консистенціи, чѣмъ остальные вышеописанныя кистовидныя опухоли; въ глубинѣ правой доли—второй такой-же узелъ сѣро-розоваго цвѣта, съ лѣсной орѣхъ, нѣсколько мягче перваго и съ мелкими кистами и кровоизліяніями въ ткани. Слизистая оболочка корня языка и глотки представляетъ значительное увеличеніе всѣхъ фолликуловъ. Печень 1960,0; подъ капсулой правой доли имѣется бѣловатый узелокъ съ булавоочную головку, мягкой консистенціи, и въ переднемъ краѣ лѣвой доли—такой-же, но пропитанный известію.

Поджелудочная железа содержитъ на своемъ протяженіи нѣсколько узловъ опухоли величиною отъ булавоочной головки до крупной горошины, бѣловатаго цвѣта и плотноватыхъ на ошупь. Забрюшинныя железы не увеличены.

Почки 110—140 (лѣвая), оболочки разрываются при сниманіи; поверхность почекъ гладкая; въ корнѣ почекъ имѣется нѣсколько узловъ опухоли круглой формы, величиною отъ крупной булавоочной головки до мелкаго лѣсного орѣха, мягкой консистенціи и сѣрватокраснаго цвѣта на разрѣзѣ,—очень богатыхъ содами.

*Epicrisis.* Gliomata (?) cystica cerebelli et lobi parietal. sin. Craniotomia sanata. Hydrocephalus int. chron. Compressio et anaemia cerebri. Hypertrophia ventr. sin. cordis. Metastases tumoris in gland. bronchial. et mediastinal. et in glandul. thyreoideam. Tuberculosis sanata apicis d. Pneumonia lobularis d. incip. Meta-

stases tumoris in pancreate. Cicatrices capsulae hepatis partim calcinatae. Metastases tumoris et hyperaemia venosa renum. Atrophia musculorum brachii et antibrachii dextri.

Какъ видно изъ протокола вскрытiя, у больного К. оказалась въ мозгу опухоль, расположенная двумя фокусами: одинъ занималъ мозжечекъ, другой—заднюю часть 2-й лобной и среднюю часть передней центральной извилинъ лѣваго полушарiя. Опухоль поверхности полушарiя представлялась въ видѣ полуспавшейся кисты, которая во время операцiи достигала величины малаго грецкого орѣха, а на вскрытiи оказалась не больше мелкаго лѣсного орѣха; ткань опухоли занимала только тонкiй, въ 2 мм. слой въ стѣнкѣ кисты, такъ что легко могла быть просмотрѣна или принята за неврогiйный уплотненный слой. Киста лежала тотчасъ подъ мягкой мозговой оболочкой, которая была утолщена и содержала ржавый пигментъ—остатки сопровождавшаго операцiю кровоизлиянiя. Содержимое кисты представляло прозрачную желтоватую жидкость; внутренняя ея поверхность казалась бархатистою. Въ мозжечкѣ опухоль имѣла тотъ-же характеръ кистъ съ прозрачнымъ свѣтлымъ содержимымъ, но слой новообразованной ткани въ стѣнкахъ ихъ былъ еще тоньше, едва достигая 1 мм., а на внутренней поверхности кистъ ясно обозначались валико-образными возвышенiями борозды поверхности мозжечка.

Всего въ мозгу имѣлось, слѣдовательно, 4 кистовидныхъ опухолей, которыя на первый взглядъ импонировали, какъ глiомы. Однако уже присутствiе множества метастазовъ, избравшихъ для себя такiя своеобразныя мѣста (железы mediastini, щитовидная, поджелудочная железа, почки), указывало, что дѣло идетъ о какой-то злокачественной опухоли съ первичной локализациею въ мозжечкѣ, какъ вытекало и изъ исторiи болѣзни.

Микроскопическое изслѣдованiе опухолей подтвердило, что имѣется дѣйствительно своеобразное новообразованiе, которое не вполне поддается характеристикѣ съ гистологической точки зрѣнiя.

При маломъ увеличенiи стѣнка кистъ мозжечка состоитъ изъ богатой овальными ядрами ткани, которая тѣсно примыкаетъ къ прослойкамъ мягкой мозговой оболочки, опускающимся внутрь мозжечка между его извилинами. Ядра клѣтокъ опухоли, непосредственно примыкающихъ къ рiа, имѣютъ расположенiе перпендикулярное къ поверхности послѣдней, такъ что получается впечатлѣнiе цилиндрическаго эпителия, располагающагося рядами подъ мягкой мозговой оболочкой (рис 1, с.); дальнѣйшiе ряды клѣтокъ опухоли теряютъ, однако, тотчасъ правильное расположенiе, лежатъ

въ безпорядкѣ и имѣютъ скорѣе наклонность образовывать пучки, напоминающіе веретенообразноклѣточковую саркому.

Вокругъ сосудовъ, которыми опухоль очень богата, клѣтки ея также располагаются радіально, вѣнчиками, напоминающими *перителіомы* (рис. 2, с.). Это перителіальное строеніе особенно выражено въ кистѣ лобной доли, гдѣ клѣтки опухоли разрастаются въ периваскулярныхъ пространствахъ сосудовъ, окутывая ихъ, какъ частоколь, въ одинъ или нѣсколько рядовъ (рис. 3, с.). Стѣнки сосудовъ, окруженныхъ такими футлярами изъ клѣтокъ опухоли, нерѣдко находятся въ состояніи гіалинового перерожденія, съ суженнымъ и даже запусѣвшимъ просвѣтомъ (рис. 1, d.). Внутренняя поверхность кистъ не выстлана никакою другою тканью, кромѣ самой опухоли, и бархатистость ея объясняется только присутствіемъ запусѣвающихъ сосудовъ, окутанныхъ влагалинами изъ клѣтокъ опухоли.

Что касается этихъ послѣднихъ, то протоплазма ихъ даже при иммерсионныхъ системахъ не обнаруживается сколько нибудь ясно; она представляется въ видѣ сѣрвовой (по v.-Gieson'у), чуть зернистой скудной массы, окружающей овальныя ядра и замѣтной преимущественно лишь около ихъ концовъ. Благодаря этому клѣтки опухоли имѣютъ вытянутую веретенообразную форму, но безъ ясныхъ границъ. При окраскѣ по Mallory не удается обнаружить ни волоковецъ, ни сколько нибудь опредѣленно выраженной зернистости между ядрами.

Ростъ опухоли носитъ ясный инфильтративный характеръ: въ периферическомъ поясѣ каждаго гнѣзда опухоли (кисты) замѣчается распространеніе клѣтокъ не только по периваскулярнымъ щелямъ, но и въ петляхъ невроглии, образовавшихся отъ пропитыванія ея серозной жидкостью: здѣсь группы клѣтокъ опухоли мало по малу продвигаются все дальше отъ главной ея массы въ стѣнкахъ кисты. Въ этомъ болѣе молодомъ поясѣ невроглинныя ядра имѣютъ большое сходство съ ядрами клѣтокъ опухоли: послѣднія имѣютъ только нѣсколько болѣе вытянутую форму (болѣе веретенообразны), а протоплазма одинаково неразличима, какъ въ тѣхъ, такъ и въ другихъ. Ни уплотненія невроглии, ни размноженія ея ядеръ вокругъ опухоли не обнаруживается—мозговая ткань относится къ ней пассивно. Подъ вліяніемъ роста опухоли идетъ только погибель и расщепленіе окружающей ткани мозга, объ этомъ можно заключить по скопленію вокругъ опухоли множества крупныхъ одноядерныхъ фагоцитныхъ клѣтокъ, набитыхъ жировыми и липоидными зернышками, которыя хорошо окрашиваются Sudan'омъ III (различныя виды Köpchenzellen); кучки свободныхъ жировыхъ зернышекъ и міелофаги замѣчаются и между клѣтками опухоли, но главнымъ образомъ въ наружныхъ сло-

яхъ ея, примыкающихъ къ мозговой ткани; кучки жировыхъ зернышекъ лежатъ и въ эндотелиѣ стѣнокъ мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ. Всѣ эти явленія особенно ясно замѣтны вокругъ кистъ мозжечка. Въ стѣнкахъ-же кисты лобной доли и въ мягкой мозговой оболочкѣ надъ нею имѣется, кромѣ жировыхъ зернышекъ, довольно много кучекъ желтаго кровяного пигмента, очевидно оставшагося здѣсь послѣ бывшихъ мелкихъ кровоизліяній (травматическаго происхожденія?). Нѣкоторыя изъ периферическихъ клѣтокъ опухоли содержатъ такой-же пигментъ, но въ крайне маломъ количествѣ.

Изъ этого краткаго описанія опухоли видно, что не было достаточныхъ оснований для признанія гліозной природы за ея клѣтками, хотя при вскрытіи это и представлялось естественнымъ на первый взглядъ, тѣмъ болѣе, что гліомамъ и гліосаркомамъ по преимуществу свойственно давать кистовидныя новообразованія (*Bernhardt, Oppenheim, Scholz, Bruns*).

Гораздо труднѣе исключить невроэпителіомы, такъ какъ ядра клѣтокъ опухоли почти тождественны съ неврогліиными ядрами борбоваго вещества мозга. Однако вслѣдствіе отсутствія „розетокъ“ и радіальныхъ волоконъ вокругъ сосудовъ не представлялось возможнымъ считать опухоль за эпителиальную, эпидимальнаго происхожденія.

Равнымъ образомъ не было возможности признать опухоль и за обыкновенную саркому, такъ какъ этому противорѣчили медленный ростъ, образованіе кистъ и характеръ и строеніе метастазовъ. Эти послѣдніе представляли альвеолярное строеніе, ясно выраженное во всѣхъ занятыхъ ими органахъ. При внимательномъ изученіи было, далѣе, легко обнаружить, что распространеніе опухоли шло и здѣсь частью лимфатическими путями, а главнымъ образомъ въ периваскулярныхъ пространствахъ, совершенно также, какъ въ мозгу. Это свойство опухоли особенно бросается въ глаза въ лимфатическихъ железахъ корня легкаго, гдѣ сосуды (рис. 4, е. и в.) окружены такими-же футлярами изъ клѣтокъ опухоли, какъ было отмѣчено при описаніи опухолей мозга. Однако опухоль имѣетъ несомнѣнную склонность вросать также и въ кровеносные сосуды; въ послѣднемъ случаѣ можно наблюдать группы красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, циркулирующихъ въ полостяхъ, внутри гнѣздъ изъ клѣтокъ опухоли (рис. 5, е.); никакихъ эндотелиальныхъ прослоекъ между кровью и клѣтками опухоли обнаружить не удается; т. образомъ, несомнѣнно, стѣнкою такихъ кровяныхъ пространствъ являются сами клѣтки опухоли, вросшія и выставшія предшествовавшіе, но сильно растянутые сосуды мѣстной ткани, напр. на рис. 5—почки.

Всѣ эти обстоятельства, въ связи съ очевидною крайнею медленностью роста опухоли,—фигуръ дѣленія въ ней при самомъ

тщательномъ изслѣдованіи обнаружить не удалось, — въ связи съ тѣснымъ отношеніемъ ея къ мягкой мозговой оболочкѣ и периваскулярнымъ сосудистымъ пространствамъ мозга, заставляютъ признать опухоль за *эндотелиальное новообразование*, съ крайне неопредѣленнымъ гистологическимъ характеромъ. Эндотелиальная натура клѣтокъ выразилась съ одной стороны въ стремленіи ихъ къ периваскулярному расположенію, напоминающему перителіомы; съ другой — въ наклонности образовывать пути для красныхъ кровяныхъ тѣлецъ; въ третьихъ — раковымъ характеромъ метастазовъ въ органахъ шеи, грудной и брюшной полости; наконецъ, отсутствіемъ какого-бы то ни было дифференцированнаго межкѣлочнаго вещества, которое не трудно было-бы обнаружить, если бы элементы опухоли происходили изъ невроглии. Разумѣется всѣ эти доводы не идутъ дальше предположеній, такъ какъ никакихъ прямыхъ указаній на то или иное происхожденіе клѣтокъ опухоли обнаружить не удалось, какъ не представлялось возможнымъ безусловно исключить участіе въ ея гистогенезѣ невроэпителія и неврогійныхъ клѣтекъ.

Остается сказать еще нѣсколько словъ о характерѣ опухоли мозга. Что она злокачественна, очевидно изъ наличности метастазовъ. Однако отсутствіе фигуръ дѣленія и анамнезъ указываютъ на то, что ростъ новообразованій шелъ крайне медленно, годами, и въ этомъ отношеніи имѣлось коренное отличіе отъ обычныхъ саркомъ мозга. Затѣмъ надо отмѣтить, что въ самомъ мозгу, вѣроятно, произошла диссеминація первичной опухоли, гнѣздившейся, по видимому, въ червячкѣ мозжечка; это предположеніе, опирающееся частью и на клиническую картину заболѣванія, болѣе вѣроятно, чѣмъ допущеніе, что опухоль мозга была первично множественной, появилась одновременно въ 4-хъ частяхъ его и притомъ независимо одна отъ другой. Та киста, которая была оперирована за 5 мѣсяцевъ до смерти, была вѣроятно вторичнымъ узломъ пухоли, происшедшимъ путемъ диссеминаціи изъ первичнаго очага въ мозжечкѣ.

Обращаясь къ литературѣ мозговыхъ опухолей кистовиднаго характера, необходимо отмѣтить, что обычнымъ мѣстомъ ихъ развитія является именно мозжечекъ, кисты котораго описаны уже въ значительномъ количествѣ. Въ монографіи *Scholz'a* (*Ueber Kleinhirncysten. Mitt. a. d. G. d. M. u. Ch. B. 16. S. 745*), изучающей кисты мозжечка, до 1905 г. собрано 75 случаевъ изъ литературы; ихъ казуистика ежегодно обогащается все новыми сообщеніями (*Lichtheim, Auerbach* и *Grossmann, Bartel* и *Landaui, Fabritius* и др.). Кисты мозжечка въ большинствѣ случаевъ происходятъ путемъ распада солидныхъ опухолей, гл. обр. гліомъ и саркомъ, такъ что въ стѣнкахъ кистъ обыкновенно бываетъ

не трудно показать присутствіе ткани самой опухоли; однако эти остатки могутъ быть крайне ничтожны, такъ что обнаружить ихъ удастся только послѣ тщательнаго изслѣдованія всей стѣнки кисты; въ другихъ случаяхъ эти послѣднія вовсе не содержатъ ткани новообразованія, а только мозговую ткань и сосуды: установить въ этомъ случаѣ происхожденіе кисты изъ какой либо опухоли—невозможно; такія кисты мозжечка встрѣчаются наиболѣе часто и носятъ названіе простыхъ кистъ. Сюда принадлежатъ, напр. случаи *Ziehen'a*, *Lichtheim'a*, *Bartel* и *Landau*. Нашъ случай относится къ такимъ, гдѣ происхожденіе кистъ изъ опухолей стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія; даже метастазы въ лимфатическихъ железахъ обнаружили наклонность опухоли давать кистовидныя образованія. Необычнымъ является однако то обстоятельство, что кистовидному превращенію въ мозгу подвергаются вообще почти исключительно гліомы и гліосаркомы (*cystoglioma*, *cystosarcoma*), тогда какъ въ описываемомъ случаѣ опухоль была иного гистологическаго характера и притомъ точно не укладывалась въ рамки опредѣленнаго типа новообразованій: мы видѣли уже, что естественнѣе всего было бы считать ее эндотелиомой, происшедшей изъ мягкой мозговой оболочки мозжечка и принявшей злокачественный характеръ; метастазы опухоли частью сохранили наклонность образовывать такія же кисты, какъ и первичная опухоль мозжечка (въ лобной долѣ, железахъ *mediastini*), частью приняли характеръ солидныхъ новообразованій съ альвеолярнымъ строеніемъ, напоминающимъ больше всего раковыя опухоли (*carcinoma simplex*); но и здѣсь клѣтки опухоли сохранили наклонность къ распространенію вдоль *adventitia* сосудовъ и въ просвѣтахъ венъ, какъ это свойственно сосудистому эндотелию и перителію. Такимъ образомъ мы приходимъ къ заключенію, что у больного К. имѣлась своеобразная опухоль, которую было бы правильнѣе всего назвать *cysto-sarcoma endotheliale cerebelli et cerebri*; такія опухоли крайне рѣдки и даже не отмѣчены въ отдѣлахъ опухолей мозга такихъ солидныхъ руководствъ, какъ *Oppenheim* (*Nothnagel's Handbuch*, V. IX), *Bernhardt* (*Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Gehirngeschwülste*, 1881 г.) и *Bruns* (*Die Geschwülste des Nervensystems*, 1908 г.).

Остается затронуть вопросъ о причинахъ образованія кистъ въ опухоляхъ мозга.

Такъ какъ ростъ новообразованій происходилъ крайне медленно, на что указываетъ между прочимъ отсутствіе фигуръ дѣленія въ его ядрахъ, то и процессъ распадѣнія центра новообразованій совершался очень постепенно; благодаря этому содержимое кистъ оставалось вполнѣ прозрачнымъ, а внутренній слой стѣнки не обнаруживалъ никакихъ микроскопическихъ указаній на совер-

шающіея процессы обратнаго развитія новообразованій, кромѣ слабо выраженной жировой инфильтраціи въ отдѣльныхъ клѣтках эндотелія сосудовъ. Въ послѣднихъ было кромѣ того отмѣчено гіалиновое превращеніе стѣнокъ съ запусѣніемъ ихъ просвѣтовъ; это обстоятельство должно быть поставлено въ связь съ остановкою въ ростѣ, обратнымъ развитіемъ и расплавленіемъ центровъ узловъ опухолей, которое завершилось образованіемъ въ нихъ кистовидныхъ полостей. На причинную связь гіалиноваго перерожденія сосудовъ съ образованіемъ кистъ было уже не разъ указано тѣми авторами, которые описывали кистовидныя полости въ мозгу (*Landau, Rosenthal* и др.).

Въ заключеніе интересно отмѣтить, что въ описываемомъ нами случаѣ имѣлась гиперплазія аденоидной ткани глотки, на совпаденіе которой съ опухолями мозжечка обратилъ вниманіе *Landau*.

#### ЛИТЕРАТУРА.

- Bruns*. Die Geschwülste des Nervensystems. Berlin. 1908 г.  
*Oppenheim*. Die Geschwülste des Gehirns. Nothnagel's Handbuch. B. 9. T. 1.  
*Bernhardt*. Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Gehirngeschwülste. Berlin. 1881.  
*Hart, Karl*. Ueber primäre epitheliale Geschwülste des Gehirns, Arch. f. Psych. und Nervenheilk. B. 47. 1910.  
*Scholz*. Ueber Kleinhirncysten. Mitteil. aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. B. 16.  
*Auerbach* und *Grossmann*. Zur Diagnostik und chirurgischen Behandlung der Kleinhirncysten. Ibid. B. 18.  
*Bartel* und *Landau*. Ueber Kleinhirncysten. Frankf. Zeitschr. f. Path. B. 4. 1910.  
*Fabritius*. Ein Fall von cystischem Kleinhirntumor. Ziegl. Beitr. B. 51.  
*Heimann*. Ueber die Metastasierung maligner Tumoren (ins Centralnervensystem. Virch. Arch. B. 205. 1911 г.  
*Vonwiller*. Ueber das Epithel und die Geschwülste der Hirnkammern. Virch. Arch. B. 204. 1911 г.  
*Mallory*. The gliomata of ependymal origin. Journal of the med. Research. T. 8. 1902. Ref. Centralbl. f. allg. Path. B. 15. S. 343.  
*Ziehen*. Zur Differentialdiagnose des Kleinhirntumors. Med. Klinik. 1909.  
*Lichtheim*. Ueber Kleinhirncysten. Deutsche med. Woch. 1905.  
*Landau*. Ueber Rückbildungsvorgänge in Gliomen. Frankf. Zeitschr. f. Path. B. 7. 1911.  
 \**Haegar*. Ausgebreitetes Endotheliom der inneren Meningen des Gehirns. I D. Strassb. 1911.  
 \**Seiffert*. Ueber die Geschwülste des Kleinhirns. Med. Kl. 1907. Beiheft.  
 \**Williamson*. Serous cysts in the cerebellum. Internat. Journal of med. Sciences. 1892.

\* Звѣздочкой помѣчены статьи, которыя не удалось имѣть въ подлинникѣ.

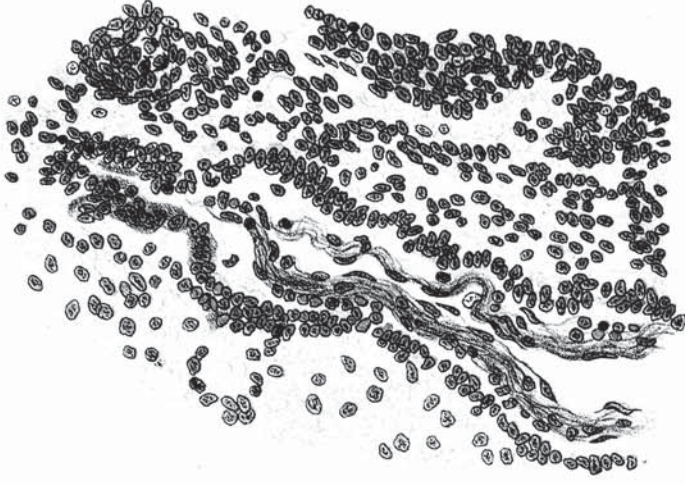


## Объяснение рисунковъ.

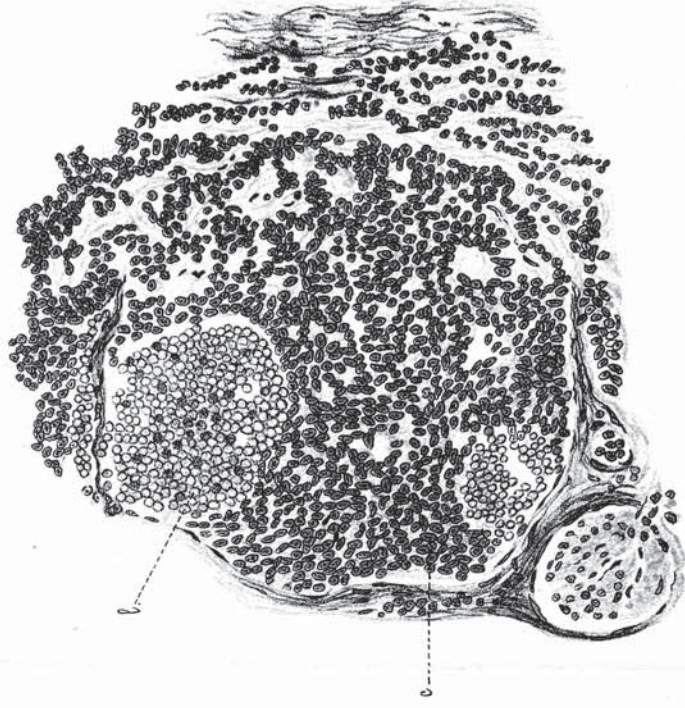
Hartnack. об. 5., ос. 2; малое увелич.

- Рис. 1. Разрѣзъ черезъ стѣнку кисты мозжечка (полость—вверху). а—вещество извилины мозжечка, б—мягкая мозговая оболочка между извилинами, с—опухоль, кѣтки которой примыкають къ мягкой оболочкѣ и ея сосудамъ въ видѣ цилиндрическаго эпителія; d—гліиново перерожденные и запусѣвающіе сосуды мягкой мозговой оболочки.
- Рис. 2. Та-же опухоль при большемъ увеличеніи (ос. 2, об. 8). с—кѣтки опухоли, радіально группирующіяся вокругъ сосудовъ; е—красныя кровяныя тѣльца.
- Рис. 3. Распространеніе кѣтокъ опухоли (с) футляромъ вокругъ сосуда k; ядра ихъ почти не отличаются отъ неврогліиныхъ.
- Рис. 4. Метастазъ въ бронхиальной лимфатической железѣ. е и k сосуды, въ адвентиціальныхъ пространствахъ которыхъ распространяется опухоль въ формѣ чехловъ (периваскулярно).
- Рис. 5. Метастазъ въ почкѣ. Справа ея поверхность. l—кровь, циркулирующая среди кѣтокъ опухоли (с), вросшей въ растянутый кровеносный сосудъ, эндотелій котораго еще ясно различимъ. Внизу слѣва виденъ клубочекъ почки.

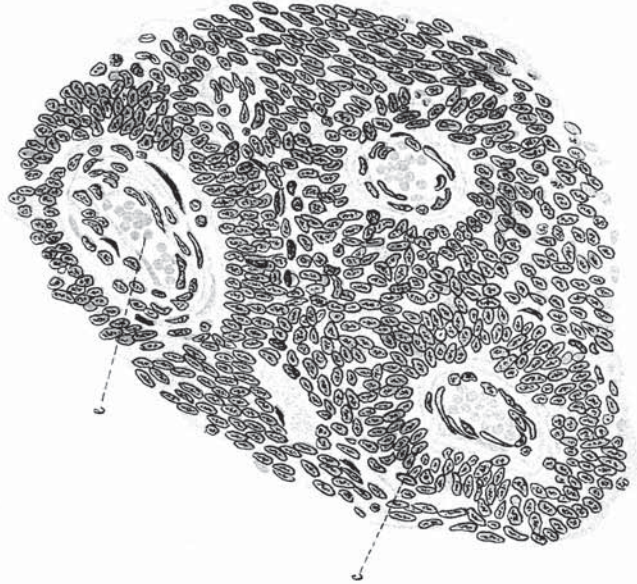
3.



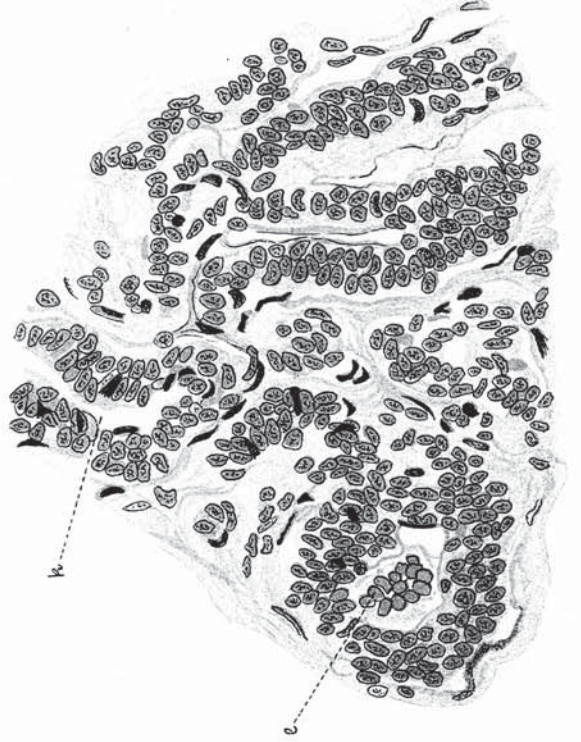
5.



2.



4.



1.

