

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ
въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи
въ 1912—1913 учебномъ году.

7-НОЯ 2012

БІБЛІОТЕКА
Харківського Медичн. Інституту
№ 4535
Шифр 594

КЪ ВОПРОСУ
объ измѣненіяхъ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У СИФИЛИТИКОВЪ. ПЕРЕВІР. НО
1936

Изъ Академической Хирургической клиники профессора
Н. А. Вельяминова
въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи.

3108.
1917
64306

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины

Э.-В. В. Шушъ.

616.954:616.4
5-94

Цензорами диссертации по порученію Конференціи были:
Академикъ Н. А. Вельяминовъ, ординарный проф. А. И. Моисеевъ и приватъ-доцентъ В. Н. Томашевскій.

ПРОВЕРЕНО

Переучет
1966 г.

Ивл. НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
№ 1-го Харьк. Мед. Института

Библиотека-Читальня 1345
Харьк. Гос. Мед. Инст. и Колледж. 1913
Мат. кн. № 14831
Шифр. дес. 84
„б“ кеттер 94

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія В. Я. Мильштейна, Нижегородская, 14.
1913.

1850

Переучет-60

7-НОЯ 2012

Докторскую диссертацию врача Эдвина-Вильгельма Вильгельмовича Буша под заглавием: „Къ вопросу объ измѣненіяхъ щитовидной железы у сифилитиковъ“ печатать разрѣшается, но съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ ИМПЕРАТОРСКУЮ военно-медицинскую академію 500 экземпляровъ ея и 100 сброшюрованныхъ вмѣстѣ съ заглавнымъ листомъ диссертации экземпляровъ: 1) curriculum vitae автора диссертации, 2) автореферата ея, 3) выводовъ изъ диссертации (резюме) и 4) положеній (theses), при чемъ 175 экземпляровъ диссертации и всѣ 100 брошюръ должны быть доставлены въ канцелярію конференціи академіи, а остальные 325 экземпляровъ диссертации—въ бібліотеку академіи.

Внѣшній форматъ для диссертаций установленъ 275×180 миллим. (послѣ обрѣза), площадь печатнаго текста—185×112.

С.-Петербургъ, 30 марта 1913 года. № 58.

Ученый секретарь

проф. М. Ильинъ.

Введение.

Ученіе о внутренней секреціи за послѣдніе годы сдѣлало крупныя успѣхи. Особенно много удѣлено вниманія щитовидной железѣ, которая въ аккордѣ железъ внутренней секреціи, повидимому, играетъ очень существенную роль и нарушеніе функций которой, какъ давно уже выяснено, влечетъ за собою рядъ тяжелыхъ, а подчасъ и непоправимыхъ заболѣваній.

Послѣднія могутъ зависѣть либо отъ непосредственнаго пораженія первичнымъ патологическимъ процессомъ самой щитовидной железы, либо отъ отраженнаго вліянія на щитовидную железу, вызваннаго своего рода диссонансомъ въ общемъ аккордѣ железъ внутренней секреціи. При этомъ первично пораженной является какая-либо другая железа, но ея патологическое состояніе вліяетъ на щитовидную железу, хотя она сама по себѣ совершенно нормальна,—наконецъ, патологическое состояніе организма можетъ зависѣть отъ вторичныхъ измѣненій въ щитовидной железѣ, вызванныхъ послѣдствіями перенесенныхъ организмомъ инфекціонныхъ заболѣваній, большинство которыхъ, какъ установлено работами послѣдняго десятилѣтія (Roger, Gagner, de Quervain, Соколовъ, Милевскій, Kaschawatuga и др.) вліяетъ осязательнымъ образомъ на щитовидную железу.

Надо, однако, замѣтить, что въ работахъ, касающихся состоянія щитовидной железы при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ и патологическихъ процессахъ въ организмѣ вообще, почти нѣтъ указаній на вліяніе сифилиса на щитовидную железу*). А между тѣмъ, принимая во вниманіе ту громадную роль, которую, какъ извѣстно, играетъ сифилисъ въ патологіи самыхъ разно-

*) Я здѣсь имѣю въ виду вліяніе на щитовидную железу сифилиса какъ инфекціоннаго заболѣванія, а не специфическіе процессы, какъ напр. гуммы.

образныхъ заболѣваній, мысль о возможности вліянія сифилитической инфекціи и на щитовидную железу, уже а priori представляется весьма вѣроятной. Существующія въ литературѣ данныя въ значительной мѣрѣ подтверждаютъ справедливость этой мысли.

Во первыхъ, Лихачевъ и Холостовъ доказали наличие измѣненій при наследственномъ сифилисѣ въ нѣкоторыхъ железахъ, обладающихъ внутренней секретіей (поджелудочная железа и надпочечники). Далѣе профессоръ Т. П. Павловъ уже давно установилъ, что во внутреннихъ органахъ умершихъ дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ всегда можно доказать измѣненія сосудовъ въ видѣ эндартерита, при чемъ эти органы макроскопически могутъ не представлять никакихъ измѣненій. Ясно, что такого рода процессъ можетъ наблюдаться и въ щитовидной железн.

Наконецъ, въ литературѣ приведено нѣсколько случаевъ, типичной Базедовой болѣзни, гдѣ съ большой долей вѣроятности этиологическимъ моментомъ заболѣванія приходится признать сифилитическое пораженіе щитовидной железы. Два случая такого рода наблюдались и нами въ клиникѣ моего глубокоуважаемаго учителя, профессора Николая Александровича Вельяминова и ниже будутъ подробно приведены исторіи болѣзни этихъ случаевъ—Профессоръ Н. А. Вельяминовъ уже нѣсколько лѣтъ тому назадъ высказалъ мысль, что патологически измѣненная функція щитовидной железы въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ зависѣть отъ перенесеннаго сифилиса.

Однако, систематическихъ изслѣдованій о вліяніи сифилиса на щитовидную железу, насколько мнѣ извѣстно, до сихъ поръ произведено не было и поэтому я съ большимъ удовольствіемъ принялъ предложеніе моего глубокоуважаемаго учителя, профессора Н. А. Вельяминова, освѣтить въ предѣлахъ возможности разбираемый вопросъ собственными изслѣдованіями.

Считаю долгомъ оговориться, что, не имѣя возможности единолично изслѣдовать столь обширный вопросъ, какъ вліяніе сифилиса на щитовидную железу вообще, и ограничился въ настоящей работѣ лишь одной частью этого вопроса—о вліяніи наследственнаго и приобретеннаго сифилиса на строеніе щитовидной железы. Результаты этихъ изслѣдованій и представляютъ предметъ настоящей работы.

Глава I.

Вліяніе инфекціонныхъ заболѣваній (кромѣ сифилиса) на щитовидную железу.

Такъ какъ щитовидныя железы мною получены отъ взрослыхъ и дѣтей, умершихъ отъ разнообразныхъ инфекціонныхъ заболѣваній, какъ острыхъ, такъ и хроническихъ и только въ очень не многихъ случаяхъ сифилисъ служилъ причиной смерти, то я по необходимости долженъ касаться вліянія инфекціонныхъ заболѣваній вообще на щитовидную железу. Въ концѣ этой главы я приведу краткія литературныя свѣдѣнія о заболѣваніи щитовидной железы, описанномъ Riedel'емъ; это своеобразный воспалительный процессъ, развивающійся въ щитовидной железн и напоминающій по клинической картинѣ сифилисъ щитовидной железы.

Въ послѣднее время существуетъ мнѣніе, что это заболѣваніе не есть самостоятельное заболѣваніе, но что такія клиническія явленія могутъ зависѣть или отъ сифилиса, или отъ туберкулеза щитовидной железы.

Въ настоящее время не подлежитъ никакому сомнѣнію, что щитовидная железа можетъ быть мѣстомъ цѣлага ряда патологическихъ измѣненій какъ при острыхъ, такъ и при хроническихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ.

Тщательными изслѣдованіями щитовидныхъ железъ большаго числа людей, умершихъ отъ самыхъ разнообразныхъ инфекціонныхъ заболѣваній, было установлено, что щитовидная железа при инфекціяхъ также поражается, при опредѣленныхъ инфекціяхъ больше, при другихъ меньше, но почти всегда можно констатировать тѣ или другія измѣненія. Эти измѣненія встрѣчаются въ эпителиальныхъ клѣткахъ пузырьковъ, въ коллоидѣ фолликуловъ и въ соединительно-тканной стромѣ. Я остановлюсь

только на самых главных работах, касающихся изменений щитовидной железы при инфекционных заболеваниях и приведу из этих работ лишь то, что мне кажется необходимым для понимания и выяснения собственных исследований. Кроме того, все эти работы очень подробно и критически разобраны в обстоятельном и очень интересном труде Б. Г. Милевского, напечатанном в 1907-м году.

Первая работа, которая затронула этот предмет, принадлежит покойному прозектору Обуховской городской больницы, А. Н. Соколову. В 1895-м году А. Н. Соколов опубликовал работу, в которой он приводит данные исследований щитовидной железы при Cholera asiatica, Septicaemia, Pseudo-typhus, Influenza, Pneumonia cruposa, Atrophia acuta hepatis, в 2 случаях хронического нефрита, 1 случ. Anaemia perniciosa, 1 сл. Morbus Basedowi и в 1 случ. Morbus Adissoni (всего 24 сл. ост. забол. и 5 хронич.). Во всех почти случаях острых инфекционных заболеваний замечается больше или меньше сильное жировое перерождение клеток эпителия фолликулов; оно всего сильнее при крупозной пневмонии с гангреней. Далее следует уменьшаясь в интенсивности: септицемия, острая желтая атрофия печени, азиатская холера (особенно ее Typhoid), брюшной тиф и повидимому инфлюэнца. Отслойка эпителия совпадала в большинстве случаев с жировым перерождением: так, в случаях, где была сильная отслойка эпителия, жировое перерождение было тоже сильно выражено; но можно было наблюдать и такие случаи, где было довольно сильное жировое перерождение, а отслойка или совершенно отсутствовала или была незначительна. Паренхиматозное набухание и белковое перерождение можно было наблюдать почти во всех случаях острых болезней. Относительно коллоида Н. А. Соколов ничего не утверждает, так как величина фолликулов крайне изменчива и отличить коллоид в лимфатических щелях очень трудно; свернувшаяся кровяная плазма относится к краскам так же, как коллоид. Теоретически Соколов допускает вследствие усиленной деятельности железы и увеличенное отделение коллоида. Что же касается изменения железы при хронических заболеваниях, то Соколов, ввиду малого числа случаев, воздерживается от вывода, хотя и в этих случаях, кроме хронического воспаления почечки было найдено жировое перерождение эпителия и десквамация его—но эти изменения были выражены слабо.

Roger и Garnier исследовали 40 щитовидных желез лиц (21 железа у взрослых и 19 желез у детей), умерших от кори, скарлатины, дифтерита, тифа, коклюша, острого желудочно-кишечного катарра, цереброспинального менингита и гнойного перитонита и туберкулеза. Авторы приходят к заключению, что патологические изменения в щитовидной железе встречаются чаще у взрослых, чем у детей. Изменения при острых инфекционных заболеваниях в кратце сводятся к следующему: железа обычно увеличена в объеме, встречается общая или участковая гиперемия; соединительная ткань мало изменена, в лимфатических щелях много коллоида. Стенки кровеносных сосудов мало изменяются, но иногда можно встретить воспалительные явления в стенках как вен, так и артерий, с образованием тромбов. В 3 случаях авторы нашли кровоизлияния в соединительно-тканной строме. Фолликулы обыкновенно немного меньше нормы, наполнены коллоидом или отслоившимися и распадающимися клетками. Эпителий фолликулов частью отстал от стенки, и можно видеть клетки отдельно или в группах в коллоиде.

Протоплазма клеток зерниста, ядро вздуто, плохо красится. Иногда эти отслоившиеся клетки в центре фолликула сливаются в зернистую массу. Клеточные скопления между фолликулами многочисленнее и обширнее, чем это бывает в норме. Эпителий фолликулов часто многослойный; коллоид изменяет свое нормальное отношение к разным краскам. В сильно измененных железах коллоид может отсутствовать совершенно или встречается только в виде отдельных зерен; полость фолликулов содержит только отслоившиеся эпителиальные клетки, в лимфатических щелях соединительно-тканной стромы коллоид отсутствует.

При исследовании желез больных, умерших от туберкулеза, Roger и Garnier нашли, в противоположность острым инфекционным заболеваниям, наиболее резко изменения в соединительно-тканной строме. Изменения следующие: междольчатая соединительная ткань увеличивается в объеме, железистые пузырьки местами погибают, местами наоборот замечается усиленная пролиферация фолликулов и новообразование их. Часто можно видеть воспалительные явления в стенках артерий, реже вен, расположенных в междольчатых соединительно-тканых перегородках; воспалительные явления

стѣнокъ сосудовъ начинаются со внутренней оболочки, распространяются на Media и Adventitia и на окружающія ткани. Roger и Garnier склонны думать, что поражение сосудовъ есть явленіе первичное и получается отъ дѣйствія туберкулезныхъ токсиновъ; отъ стѣнокъ сосудовъ воспалительныя явленія распространяются на окружающую соединительную ткань и ведутъ къ склерозу и частичной атрофii органа.

Въ позднѣйшей работѣ тѣ-же авторы изслѣдовали щитовидную железу 12 умершихъ отъ оспы и 4 плодовъ и недоношенныхъ дѣтей отъ матерей, заболѣвшихъ оспой. И при этомъ заболѣваніи Roger и Garnier нашли усиленную секрецію коллоида: железа, не очень дѣятельный органъ у взрослыхъ, начинаетъ усиленно сецернировать, фолликулы опорожняютъ свое содержимое въ лимфатическія щели и пространства и отдѣляютъ новый коллоидъ. Микроскопическая картина железы совершенно измѣнена: нормальное расположеніе клѣтокъ фолликуловъ мѣстами исчезло, пролиферирующія клѣтки лежатъ беспорядочно другъ возлѣ друга. вновь выдѣленный коллоидъ бываетъ прозраченъ, блѣденъ, иногда мелкозернистъ; его отношенія къ краскамъ могутъ измѣниться. Наконецъ, можно встрѣтить кровоизліянія въ паренхимѣ.

Toggi *) изслѣдовалъ 29 щитовидныхъ железъ умершихъ отъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, а именно: отъ крупознаго воспаления легкихъ, отъ брюшнаго тифа, отъ септицеміи и отъ туберкулеза легкихъ. Toggi пришелъ къ заключенію, что измѣненія, описанныя предыдущими авторами, ничего характернаго для острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній не представляютъ.

Выводы его работы слѣдующіе.

- 1) Гиперсекреція коллоида встрѣчается какъ при острыхъ, такъ и при хроническихъ заболѣваніяхъ.
- 2) Разростаніе эпителия фолликуловъ наблюдается при острыхъ и при хроническихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ.
- 3) Новообразование железистой ткани наблюдается при хроническихъ и при затянувшихся острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ.
- 4) Интерстиціальныя воспалительныя процессы встрѣчаются рѣдко.
- 5) Коллоидъ обладаетъ разрушающимъ свойствомъ по отношенію къ микроорганизмамъ.

*) Цитир. по Kaschiwamura.

6) Проллиферація эпителия и гиперсекреція коллоида вызывается токсическими продуктами инфекціонныхъ началъ.

При туберкулезѣ легкихъ Toggi могъ подтвердить наблюденія Roger и Garnier относительно склероза щитовидной железы.

Kaschiwamura изслѣдовалъ 38 железъ умершихъ отъ острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній именно: отъ дифтерита, кори, скарлатины, крупознаго воспаления легкихъ, брюшнаго тифа, сепсиса милиарнаго туберкулеза и хроническаго туберкулеза легкихъ. Кромѣ того, было изслѣдовано 17 железъ для контроля.

Kaschiwamura, какъ и предыдущіе авторы (Roger, Garnier, Toggi) нашелъ усиленное развитіе соединительной ткани при хроническомъ туберкулезѣ легкихъ, но не считаетъ эти измѣненія специфическими для туберкулеза, такъ-какъ такой-же склерозъ имъ былъ найденъ при острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ.

Коллоидъ часто находился въ интерстиціальныхъ лимфатическихъ пространствахъ и ничего характернаго не представлялъ. Явленій Endoarteritis и Periarteritis Kaschiwamura не могъ констатировать ни при туберкулезѣ, ни при острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ. Точно также авторъ не могъ констатировать никакихъ характерныхъ измѣненій въ железистыхъ фолликулахъ, такъ какъ и нормально микроскопическая картина щитовидной железы крайне измѣнчива.

Наиболѣе обширная и подробная работа относительно участвія щитовидной железы въ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ принадлежитъ de Quegvaïn'у. На основаніи весьма подробнаго изученія всѣхъ описанныхъ въ литературѣ случаевъ пораженія щитовидной железы при острыхъ и хроническихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, на основаніи одного собственнаго клиническаго наблюденія и изслѣдованій 50 железъ умершихъ отъ туберкулеза, рака, отъ болѣзней печени, сердца, почекъ, отъ диабета, отъ заболѣваній центральной нервной системы, отъ воспаления легкихъ, перитонита, остраго катарра желудочно-кишечнаго тракта и отъ несчастныхъ случаевъ.

Клинически de Quegvaïn различаетъ 3 группы остраго воспаления щитовидной железы:

- 1) Случаи, въ которыхъ ворота, черезъ которыя проникла инфекция въ щитовидную железу, извѣстны, какъ при дифтеритѣ, брюшномъ тифѣ, послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, при рождѣ.

Въ этихъ случаяхъ воспаленіе щитовидной железы нужно разсматривать какъ метастазъ, вызванный, можетъ быть, иногда вторичной инфекціей.

2) Случаи Thyreoiditis simplex при общихъ острыхъ заболѣваніяхъ, гдѣ воспаленіе щитовидной железы является выраженіемъ локализаціи возбудителя заболѣванія, какъ при острыхъ сыпныхъ заболѣваніяхъ, при остромъ суставномъ ревматизмѣ и при маляріи.

3) Случаи клинически первичнаго воспаленія щитовидной железы, при которыхъ воспаленіе щитовидной железы является единственнымъ мѣстомъ локализаціи возбудителя воспаленія, проникшаго въ железу черезъ кровь неизвѣстнымъ путемъ, можетъ быть, изъ кишечника, черезъ миндалины и т. д.

Патологоанатомически de Quervain дѣлитъ всѣ случаи первичнаго и вторичнаго Thyreoditis на 3 формы:

1) Интерстиціальная форма; она наблюдается въ гнойныхъ и переходящихъ въ нагноеніе случаяхъ.

2) Парэнхиматозная форма; она характеризуется:

a) гиперплазіей, десквамаціей и дегенераціей эпителиальныхъ клѣтокъ железистыхъ пузырьковъ;

b) измѣненіемъ свойствъ и исчезновеніемъ коллоида;

c) видѣніемъ полинуклеаровъ, мелкихъ круглыхъ клѣтокъ и большихъ клѣточныхъ элементовъ (странствующія соединительно—тканныя клѣтки?) въ железистые пузырьки, образованіемъ гигантскихъ клѣтокъ (Fremdkörperriesenzellen) вокругъ не разсосавшихся глыбъ коллоида;

d) разрастаніемъ соединительной ткани.

3) Смѣшанныя формы: онѣ получаютъ при вторичномъ пораженіи парэнхимы при интерстиціальнахъ формахъ и, наоборотъ, при вторичномъ пораженіи интерстиціальной ткани при формахъ парэнхиматозныхъ.

При болѣе длительномъ существованіи патологическаго процесса въ щитовидной железе, вѣроятно часто, получаютъ смѣшанныя формы.

При микроскопическомъ изслѣдованіи de Quervain обратилъ особенное вниманіе на коллоидъ и основываясь на отношеніи коллоида къ краскамъ, различаетъ 3 вида его: 1) жидкій, иногда мелко-зернистый или нитевидный, сѣтчатый коллоидъ, очень слабо окрашивающійся эозиномъ и пикриновой кислотой 2) однородный, хорошо окрашивающійся эозиномъ и пикриновой

кислотой коллоидъ, нормальный по de Quervain'у; 3) плотный коллоидъ, гомогенный, иногда слоистый; этотъ видъ коллоида красится при обычной окраскѣ гематоксилиномъ и эозиномъ, больше гематоксилиномъ.

Наиболѣе рѣзкія измѣненія de Quervain могъ констатировать въ эпителии железистыхъ фолликуловъ; эти измѣненія сводятся къ разрастанію эпителиальныхъ клѣтокъ, къ отслоиванію и къ дегенераціи; параллельно съ этими измѣненіями клѣточныхъ элементовъ фолликула идетъ измѣненіе коллоида: коллоидъ становится жидкимъ и количество его уменьшается.

Въ плотномъ коллоидѣ отслоившіяся эпителиальныя клѣтки встрѣчаются очень рѣдко, въ коллоидѣ, окрашивающемся гематоксилиномъ, ихъ совершенно нѣтъ. Руководствуясь измѣненіями эпителия фолликуловъ, de Quervain дѣлитъ весь свой матеріалъ на 3 группы:

1) на группу т. н. нормальныхъ железъ;

2) во вторую группу вошли всѣ тѣ железы, въ которыхъ при нормальномъ въ общемъ строеніи наблюдалась десквамація эпителия, превышающая норму обычно и въ здоровыхъ железахъ существующаго отслаиванія эпителия и

3) въ послѣднюю группу вошли железы т. н. старческаго типа; это железы съ маленькими фолликулами, съ небольшимъ количествомъ густаго концентрированнаго коллоида; количество соединительной ткани обычно увеличено; иногда и въ этой группѣ наблюдается увеличенная противъ нормы десквамація. Наболѣе рѣзкія измѣненія de Quervain нашель при Pneumonia cruposa и въ 2 случаяхъ Delirium tremens съ Pneumonia cruposa. Измѣненія состояли въ рѣзкой гипереміи, въ десквамаціи эпителия, въ разжиженіи и исчезаніи коллоида изъ фолликуловъ. Въ меньшей степени наблюдались измѣненія при брюшномъ тифѣ, при дифтеритѣ, при піэмическихъ и септическихъ заболѣваніяхъ. Въ той или другой мѣрѣ также были найдены измѣненія при нѣкоторыхъ хроническихъ заболѣваніяхъ напр. при циррозѣ печени. При сахарномъ мочеизнуреніи, при хроническомъ нефритѣ и при раковыхъ новообразованіяхъ въ изслѣдованныхъ случаяхъ железы были отнесены къ 1-ой группѣ, т. е. къ нормальнымъ железамъ. При туберкулезѣ de Quervain, какъ и другіе изслѣдователи, нашель значительное разрастаніе соединительной ткани; иногда можно было наблюдать гиперплазію эпителиальныхъ и интерфолликулярныхъ клѣтокъ.

Кромѣ того, de Quervain экспериментальнымъ путемъ на собакахъ и обезьянахъ изучилъ вліяніе впрыснутыхъ токсиновъ и культуръ въ кровь и въ вещество железы и вліяніе перевязки сосудовъ. На основаніи своихъ опытовъ de Quervain приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Реакція парэнхимы щитовидной железы на дѣйствіе токсиновъ и бактерій состоитъ въ измѣненіи свойствъ коллоида, который хуже красится, становится зернистымъ, и, наконецъ, печезаетъ. Полость железистыхъ пузырьковъ наполняется отелопившимися клѣтками, подвергающимися перерожденію.

2) У обезьянъ впрыскиваніемъ въ ткань железы можно было вызвать появленіе полинуклеаровъ въ полости фолликуловъ.

3) Какъ собакамъ, такъ и обезьянамъ могутъ быть впрыснуты въ Arteria thyreoidea sup.—свѣжія и фильтрованные культуры гноеродныхъ микроорганизмовъ даже въ значительныхъ количествахъ, при чемъ измѣненія въ тканяхъ железы могутъ не наступить.

4) Нахожденіе коллоидоподобнаго вещества въ лимфатическихъ щеляхъ ничего типичнаго не представляетъ. У обезьянъ это вещество почти всегда отсутствуетъ.

5) Сильнымъ искусственнымъ венознымъ застоємъ можно вызвать гистологическія измѣненія, которыя въ главныхъ чертахъ идентичны съ тѣми измѣненіями, которыя наблюдаются при токсическихъ раздраженіяхъ железы.

De Quervain въ этой и позднѣйшей работѣ обращаетъ вниманіе на то, что слѣдуетъ строго отдѣлять другъ отъ друга 2 вида патологическихъ процессовъ въ щитовидной железн: Thygeoiditis simplex и токсическую реакцію щитовидной железы при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ. При Thygeoiditis simplex патологическая картина при микроскопическомъ изслѣдованіи имѣетъ характеръ инфекціоннаго процесса бактеріальнаго происхожденія и характеризуется, какъ описано уже выше, гиперплазіей, десквамаціей и дегенераціей эпителия фолликуловъ, измѣненіемъ красящихъ свойствъ и уменьшеніемъ коллоида, прониканіемъ многоядерныхъ лейкоцитовъ, мелкихъ круглыхъ клѣтокъ и большихъ клѣточныхъ элементовъ (странствующія соединительно-тканная клѣтки?) и образованіемъ гигантскихъ клѣтокъ (Gremdkörpereisenzellen) вокругъ не рассосавшихся коллоидныхъ глыбъ. При токсической реакціи щитовидной железы явленія, только что описанныя, выражены слабѣе и никогда не наблюдается появленіе многоядерныхъ лейкоцитовъ въ фолликулахъ.

Всѣ выводы, сдѣланные de Quervain'омъ, были впоследствии въ общемъ подтверждены изслѣдованіями Bayon'a.

Perrin de la Touche и Dide*) изслѣдовали 60 щитовидныхъ железъ душевно-больныхъ, умершихъ отъ мазама, отъ туберкулеза легкихъ, отъ заболѣваній сердца и кровеносныхъ сосудовъ и т. д. кромѣ остр. инф. заболѣваній. Авторы нашли десквамацію эпителия, измѣненія красящихъ свойствъ коллоида или исчезновеніе его; сравнительно часто встрѣчались железы съ многочисленными мелкими, бѣдными коллоидомъ пузырьками и съ ясно выраженнымъ склерозомъ. Изъ изслѣдованныхъ железъ, умершихъ отъ туберкулеза легкихъ, приблизительно $\frac{1}{3}$ была поражена склерозомъ.

Crisafi **) изслѣдовала щитовидныя железы дѣтей, умершихъ отъ скарлатины и дифтерита и нашла набуханіе и десквамацію эпителия фолликуловъ.

Sargbach, ученикъ de Quervain'a, снова провѣрилъ изслѣдованія своего учителя на большемъ матеріалѣ; онъ изслѣдовалъ 67 щитовидныхъ железъ, причемъ причина смерти была въ 14 случаяхъ туберкулезъ, въ 6—воспаленіе легкихъ, въ 2—корь въ 6—скарлатина, въ 4—дифтеритъ, въ 3—сепсисъ, въ 2—эндокардитъ, въ 5—воспаленіе брюшины, въ 1—послѣродовой сепсисъ, въ 1—абсцессъ мозга, въ 3—хроническій алкоголизмъ, въ 6—злокачественныя новообразованія, въ 4—хроническій нефритъ, въ 2—миокардитъ, въ 1—злокачественное малокровіе, въ 2—острый желудочно-кишечный катарръ, въ 1—порокъ сердца и въ 4—травма. Sargbach указываетъ на то, что въ щитовидной железн дѣтей соединительно-тканная строма развита сильнѣе, чѣмъ у взрослыхъ; дольчатое строеніе железы также выражено яснѣе. Фолликулы часто неправильной формы.

Весь свой матеріалъ Sargbach раздѣляетъ на 3 группы, а именно:

1) Въ первую группу помѣщены всѣ тѣ случаи, въ которыхъ микроскопическая картина почти совѣмъ не отличалась или мало отличалась отъ нормальной картины. Въ эту группу вошли главнымъ образомъ хроническія заболѣванія, какъ: туберкулезъ, хроническій нефритъ, миокардитъ, хроническій гастроэнтеритъ и злокачественныя новообразованія.

2) Во 2-ую группу вошли преимущественно железы умер-

*) Цит. по de Quervain'y.

**) по de Quervain'y.

шихъ отъ острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній. Всѣ эти железы по своей микроскопической картинѣ причислены къ патологическимъ. Измѣненія состоятъ въ ясно выраженной десквамаціи эпителия, въ разжиженіи и исчезновеніи коллоида и въ рѣзко выраженной гипереміи.

3) Въ послѣднюю группу отнесены железы съ мелкими пузырьками, содержащими мало коллоида и съ сильно развитой соединительно-тканной строюй.

Выводы, къ которымъ пришелъ Sargbach, слѣдующіе:

1) Острыя инфекціонныя заболѣванія, среди нихъ въ особенности скарлатина, могутъ вызвать ясно выраженныя гистологическія измѣненія въ щитовидной железѣ.

2) Измѣненія въ щитовидной железѣ, независимо отъ рода заболѣваній, въ общемъ одинаковы и состоятъ въ гипереміи, въ разжиженіи и исчезновеніи коллоида и въ десквамаціи эпителия. Разница чисто количественная—соединительно-тканная строма не измѣнена.

3) Хроническій алкоголизмъ дѣйствуетъ вредно на щитовидную железу; его дѣйствіе выражается въ общемъ такими-же гистологическими измѣненіями, какъ при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ.

4) Хроническій туберкулезъ легкихъ въ большинствѣ случаевъ, и гораздо чаще, чѣмъ какое-либо другое заболѣваніе, вызываетъ увеличеніе соединительной ткани въ щитовидной железѣ и кромѣ того, постепенное исчезновеніе фолликуловъ.

5) При хроническомъ нефритѣ, при уреміи, раковой кахексии и при саркомахъ и измѣненій въ щитовидной железѣ не наблюдается.

Изъ школы de Quervain'a вышла между прочимъ и экспериментальная работа Lüthi, которую я приведу, такъ какъ авторъ въ этой работѣ старался выяснитъ, не зависятъ ли тѣ явленія, которыя наблюдаются при Thyreoiditis simplex de Quervain'a, отъ застоя крови въ железѣ. Для выясненія этого вопроса Lüthi собакамъ перевязывалъ щитовидныя вены. Выводы его работы таковы:

1) Щитовидная железа у собакъ снабжена настолько обильно венами, что обычно даже послѣ перевязки всѣхъ главныхъ стволовъ кровообращеніе быстро приходитъ въ равновѣсіе вслѣдствіе компенсаторнаго расширенія проходимыхъ мелкихъ венъ, а можетъ быть и вслѣдствіе временнаго уменьшенія притока крови.

2) Если этихъ компенсаторныхъ явленій недостаточно, то образуется застой съ гистологическими измѣненіями, частью аналогичными тѣмъ, которыя наблюдаются при Thyreoiditis simplex. Эти измѣненія состоятъ въ расширеніи венъ и капилляровъ, въ выступленіи крови въ альвеолы, въ исчезновеніи коллоида, въ десквамаціи эпителия и въ регенеративныхъ измѣненіяхъ въ видѣ рассасыванія кровоизліянія и новообразованія соединительной ткани. Въ противоположность гистологической картинѣ при Thyreoiditis simplex здѣсь отсутствуетъ гиперплазія и разрастаніе эпителиальныхъ клѣтокъ и прониканіе лейкоцитовъ въ полость пузырьковъ.

3) Состоянія хроническаго застоя безъ тяжелыхъ измѣненій, какъ кровоизліяній въ пузырьки, экспериментально не удалось достигнуть.

4) Отсутствие гистологическихъ измѣненій въ тѣхъ случаяхъ гдѣ не было кровоизліянія въ полость пузырьковъ, доказываетъ, что застой при острыхъ токсическихъ тиреоидитахъ есть явленіе сопутствующее и не есть причина измѣненій эпителиальныхъ клѣтокъ и коллоида.

5) При закрытіи всѣхъ венъ наступаетъ некрозъ подъ картиной краснаго инфаркта.

6) Десквамація эпителиальныхъ клѣтокъ служитъ выраженіемъ поврежденія тканей, вызваннаго венознымъ застоємъ.

7) Нормальный коллоидъ щитовидной железы собакъ есть жидкое бѣлковое вещество.

8) Вены щитовидной железы, вѣроятно, мало участвуютъ въ вывозѣ коллоида.

Изъ авторовъ, занимающихся экспериментально изслѣдованіемъ вліянія кровообращенія на щитовидную железу, я приведу еще 2 работы.

Verebely 6 собакамъ перевязалъ всѣ сосуды кромѣ верхней щитовидной артеріи. Послѣдствіемъ во всѣхъ случаяхъ било пассивная гиперемія и усиленное поступленіе секрета щитовидной железы въ кровь, что можно было доказать усиленіемъ обмѣна азота и фосфора. Въ 2 случаяхъ изъ 6 была перевязана послѣдняя артерія и половина щитовидной железы была удалена; послѣдствіемъ этого вмѣшательства было уменьшеніе азотистаго и фосфорнаго обмѣна. При полной облитераціи всѣхъ артеріальныхъ вѣтвей посредствомъ впрыскиванія парафина наступаетъ острая недостаточность функціи железы; развивается тетанія, ведущая

въ короткое время къ смерти; дѣйствіе впрыскиванія равно- сильно полному некрозу или удаленію железы. Животное однако выживаетъ, если послѣ предварительной перевязки артерій или венъ успѣло развиться окольное кровообращеніе.

W a p p e r изучалъ экспериментально вліяніе остраго мало- кровія на гистологическую картину щитовидной железы и на- шель, что измѣненія рѣзче всего выражены на 4—7-омъ днѣ послѣ кровопусканія.

Измѣненія состоятъ въ главномъ:

- 1) Въ уплощеніи главныхъ клѣтокъ фолликула.
- 2) Въ увеличеніи числа крупныхъ, свѣтлыхъ, набухшихъ главныхъ клѣтокъ.
- 3) Въ появленіи однородныхъ, коллоидоподобныхъ зерны- шекъ въ протоплазмѣ главныхъ клѣтокъ.
- 4) Въ увеличеніи числа коллоидныхъ клѣтокъ.
- 5) Въ гиперплазії и разрушеніи эпителия и
- 6) въ увеличеніи железистыхъ пузырьковъ, которые не смотря на увеличеніе, выполнены силою коллоидомъ, особенно, если кролики жили дольше 24 часовъ.

Милевскій изслѣдовалъ всего 120 щитовидныхъ железъ, изъ нихъ 100 человѣческихъ железъ и 20 железъ животныхъ, т. е. 7 телячьихъ железъ въ возрастѣ отъ 8—10 мѣсяцевъ, 10 бы- чачьихъ железъ въ возрастѣ до 5 лѣтъ и 3 железы собакъ въ возрастѣ отъ 1—3 лѣтъ. Причиной смерти въ 100 случаяхъ че- ловѣческихъ щитовидныхъ железъ было: 43 раза Typhus abdo- minalis, 23 раза Pneumonia crouposa, 7 разъ Septicaemia, 7— Eklampsia, 4—Peritonitis purulenta, 3—Atrophia hepatis flava, 2—Tuberculosis miliaris, 2—Meningitis cerebrospinalis, 1—Influ- enza,—всего 92 случая острыхъ заболѣваній. Изъ хроническихъ заболѣваній всего 5 случаевъ, 3 раза Arteriosklerosis, 1—Neph- ritis chronica и 1—Morbus maculosis Werlhofii; затѣмъ изслѣдо- ваны были 2 железы отъ людей, погибшихъ отъ случайной при- чины и 1 железа мертворожденнаго. Возрастъ колеблется въ ши- рокихъ предѣлахъ отъ 11—99 лѣтъ, кромѣ мертворожденнаго. Всѣ случаи Б. Г. Милевскимъ изслѣдованы очень подробно и данныя изслѣдованій приведены наглядно въ таблицѣ. Я при- веду только подробно описание микроскопической картины щи- товидной железы мертворожденнаго, случай № 76 въ таблицѣ, стр. 180, такъ какъ мой собственный матеріалъ въ большой мѣрѣ состоитъ изъ недоношенныхъ и мертворожденныхъ дѣтей. Всѣ

железы даннаго случая 1,0 gr. Рѣзко выраженная гиперемія, капилляры переполнены красными кровяными тѣльцами. Въ лим- фатическихъ путяхъ въ изобиліи коллоидъ; фолликуловъ, на- полненныхъ коллоидомъ, мало, а гдѣ онъ существуетъ, тамъ онъ жидокъ, сѣтевидентъ; въ большинствѣ случаевъ фолликулы пусты. Эпителий цилиндрической или высокой кубической; клѣтки въ общемъ больше, чѣмъ у взрослыхъ. Хотя и встрѣчаются готовые фолликулы съ коллоидомъ, но ихъ мало; клѣтки фолликуловъ расположены больше сплошными массами и дугами, отчего подъ микроскопомъ железа производитъ впечатлѣніе органа, состоя- щаго изъ сплошной массы клѣтокъ. Жира въ эпителиальныхъ клѣткахъ нѣтъ. Соединительная ткань развита значительно больше нормы. Милевскій, подобно de Quervain 'у и Sar- b a s h 'у, дѣлитъ свой матеріалъ на 3 группы, при чемъ критеріемъ такого дѣленія служатъ измѣненія эпителия. Послѣ подробнаго разбора случаевъ, распредѣленія ихъ согласно большимъ или меньшимъ измѣненіямъ по группамъ и послѣ разбора по забо- лѣваніямъ, Милевскій дѣлаетъ слѣдующіе выводы: (стр. 221).

- 1) Несомнѣнно щитовидная железа при острыхъ инфекціон- ныхъ заболѣваніяхъ подвергается цѣлому ряду измѣненій.
- 2) Измѣненія эти касаются, какъ эпителия, такъ и коллоида и всего меньше соединительной ткани.
- 3) Измѣненія въ эпителии наибольшія, онѣ и послужили критеріемъ при дѣленіи всѣхъ случаевъ на группы и сводятся:
- 4) Помимо мутнаго набуханія къ усиленной десквамаціи эпителия и болѣе или менѣе рѣзко выраженной парэнхиматозной гиперплазії.
- 5) Измѣненія коллоида сводятся главнымъ образомъ къ его разжиженію и исчезанію изъ фолликуловъ и стромы железы. Измѣненія его окраски мало характерны.
- 6) Воспалительные процессы въ стромѣ отсутствуютъ: ни Endo-, ни Periarteriitis и Phlebitis не найдено, одинъ только разъ былъ найденъ пристѣнный тромбъ въ венѣ. Измѣненія въ соединительной ткани сводятся къ усиленному ея разрастанію.
- 7) По степени интенсивности измѣненій первое мѣсто за- нимаетъ Pneumonia crouposa, затѣмъ идутъ Eklampsia, Septi- caemia и Typhus abdominalis.
- 8) Присутствіе жира въ ткани щитовидной железы есть явленіе физиологическое.

64306

Имя. НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
№ 1-го Харьк. Мед. Института

БИБЛИОТЕКА
Харківського Медич. Інституту
№ 4535
Шифр

9) Ученіе Langendorff'a о дѣленіи клѣтокъ щитовидной железы на главныя и коллоидныя клѣтки должно быть оставлено, во всякомъ случаѣ должно подвергнуться тщательному пересмотру.

Кромѣ того Милевскій нашелъ сильныя измѣненія въ 1 случаѣ Morbus maculosus Werlhofii и въ 2 случаяхъ артеріосклероза.

Schmiergeld ¹⁾ въ 2 случаяхъ хроническаго алкоголизма нашелъ въ щитовидной железн слѣдующія измѣненія: въ одномъ случаѣ сильный склерозъ железы; широкія полосы соединительной ткани раздѣляли железу на много частей и окружали отдѣльныя фолликулы. Фолликулы малы. Эпителій не измѣненъ. Коллоидное вещество во многихъ фолликулахъ содержитъ большія вакуолы. Нѣкоторыя изъ этихъ вакуоль заполнены мелкими зернышками, окрашивающимися отъ гематинъ-эозина въ синій цвѣтъ.

Во 2-мъ случаѣ фолликулы были расширены, до 450—500 μ ; въ коллоидѣ много отпавшихъ отъ стѣнки клѣтокъ. Коллоидное вещество въ большинствѣ фолликуловъ окрашивается эозиномъ, въ нѣкоторыхъ гематинномъ. Кое-гдѣ въ коллоидѣ зернышки, окрашивающіяся отъ гематина въ синій цвѣтъ. Кровеносныя сосуды сильно наполнены кровью. Межуточная соединительная ткань измѣненій не представляетъ. Schmiergeld производилъ также опыты на собакахъ и кроликахъ, отравляя ихъ этиловымъ спиртомъ. Авторъ при хроническомъ отравленіи получилъ слѣдующія данныя:

Сосуды переполнены кровью; много фолликуловъ увеличено 42—75 μ (противъ 30—42 μ въ нормѣ); фолликулы содержатъ коллоидное вещество, которое отъ гематоксилинъ-эозина въ однихъ фолликулахъ окрашивается въ синій, въ другихъ въ розовый цвѣтъ; встрѣчаются фолликулы съ зернистымъ и частью съ сѣтчатымъ коллоиднымъ веществомъ. Въ коллоидѣ многихъ фолликуловъ въ центрѣ или эксцентрично большая вакуола, въ которой лежатъ зернышки или зернистыя нити или крупныя глыбы, окрашивающіяся ядерными красками и представляющія повидимому остатки хроматина. Въ коллоидномъ веществѣ многихъ фолликуловъ находятся отпавшія отъ стѣнки эпителиальныя клѣтки, одиночныя или группами; такія клѣтки встрѣчаются и въ вакуолахъ. Эпителій фолликуловъ всюду ниже, чѣмъ въ нор-

¹⁾ Цит. по Н. В. Петрову.

мальной железн; въ сильно увеличенныхъ фолликулахъ онъ уплощенъ, съ овальными ядрами; границы клѣтокъ неясны. Клѣтокъ Langendorff'a не встрѣчается. Жировыя зернышки встрѣчаются почти во всѣхъ клѣткахъ всѣхъ фолликуловъ. Многія ядра эпителия и межуточной ткани въ состояніи хроматолиза или пикноза. Коллоидное вещество въ лимфатическихъ сосудахъ около фолликуловъ встрѣчается очень рѣдко, между тѣмъ какъ въ нормальной железн его можно найти во многихъ сосудахъ. Приведенныя измѣненія встрѣчались одинаково какъ у собакъ, такъ и у кроликовъ.

При хроническомъ отравленіи алкоголемъ и свушнымъ масломъ получились тѣ-же измѣненія, можетъ быть, встрѣчалось больше сморщенныхъ и пикнотическихъ ядеръ.

При отравленіи 95° спиртомъ получилось: переполненіе сосудовъ кровью, смущиваніе эпителия фолликуловъ. Изрѣдка встрѣчаются сморщенные, неправильной формы, ядра въ эпителии фолликуловъ, соединительной ткани и кровеносныхъ сосудовъ. Въ величинѣ фолликулы измѣненій не представляютъ, коллоида въ лимфатическихъ сосудахъ не встрѣчается.

При остромъ отравленіи алкоголемъ фолликулы немного увеличены, 35—62 μ и содержатъ меньше коллоида, чѣмъ фолликулы нормальной железы; коллоидное вещество въ однихъ фолликулахъ окрашивается эозиномъ, въ другихъ гематоксилиномъ. Встрѣчается и очень много фолликуловъ безъ коллоида. Клѣтки фолликуловъ крупны съ большимъ, круглымъ ядромъ. Отставшихъ отъ стѣнки фолликуловъ клѣтокъ не встрѣчается. Въ отдѣльныхъ клѣткахъ фолликуловъ наблюдаются жировыя зернышки,—въ лимфатическихъ сосудахъ изрѣдка коллоидное вещество.

Всѣ описанныя явленія носятъ дегенеративный характеръ; на это указываетъ измѣненіе клѣтокъ фолликуловъ, измѣненіе ядеръ клѣтокъ, какъ эпителия фолликуловъ, такъ и соединительно-тканной стромы, жировое перерожденіе эпителия фолликуловъ и отпаденіе многочисленныхъ перерожденныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ отъ стѣнки фолликуловъ. На описанныя Schmiergeld'омъ вакуолы въ коллоидѣ проф. Петровъ смотритъ, какъ на пустоты, образовавшіяся вслѣдствіе распаденыя клѣтокъ; хроматиновое вещество ядеръ, какъ болѣе стойкое, еще сохранилось въ видѣ мелкихъ зернышекъ. Измѣненіе свойствъ коллоида, задержка его въ фолликулахъ и остановка

перехода въ лимфатическіе сосуды указываетъ по проф. Петрову на сильно пострадавшую отъ дегенеративныхъ процессовъ работу железы. Измѣненія послѣ остраго отравленія съ послѣдующимъ отдыхомъ замѣчаются еще черезъ 3 мѣсяца.

Проф. Петровъ имѣлъ случай изслѣдовать 2 раза щитовидную железу хроническихъ алкоголиковъ, погибшихъ отъ остраго отравленія алкоголемъ.

1-ый случай. 47 лѣтн. мужчина. *Diagnosis anatomica-Degeneratio adiposa myocardii. Alcoholismus acutus. Tuberculosis pulmonum.* Кровеносные сосуды щитовидной железы переполнены кровью; значительное разрастаніе межтучной соединительной ткани, которая въ видѣ полосокъ вдается въ дольки. Большая часть фолликуловъ нѣсколько увеличена (37—55 μ), содержитъ коллоидное вещество, окрашивающееся въ однихъ фолликулахъ эозиномъ, въ другихъ гематоксилиномъ. Въ эпителии фолликуловъ много жировыхъ зернышекъ; сильное слущиваніе эпителия во многихъ фолликулахъ. Въ ядрахъ нѣкоторыхъ клѣтокъ фолликуловъ, межтучной ткани и кровеносныхъ сосудовъ замѣчается меньше хроматина или пикнозъ. Въ коллоидномъ веществѣ многихъ фолликуловъ имѣется вакуола, содержащая отпавшія и разрушающіяся клѣтки или хроматинно-подобное вещество. Встрѣчаются кровоизліянія въ фолликулахъ.

Въ лимфатическихъ сосудахъ коллоиднаго вещества не видно.

2-ой случай—38 л. *Diagnosis anatomica: Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Sklerosis incipiens aortae. Tuberculosis pulmonum. Alcoholismus acutus.*

Измѣненія въ щитовидной железе сходны съ таковыми перваго случая, съ тою только разницей, что слущиваніе эпителия здѣсь выражено сильнѣе. Встрѣчались фолликулы, совершенно наполненные отпавшими клѣтками, но представлявшими болѣе слабыя явленія распада. Рѣже попадались фолликулы, содержащія вакуолы съ хроматинно-подобнымъ веществомъ. Кровоизліяній не встрѣчается.

На основаніи данныхъ литературы и собственныхъ 2 случаевъ проф. Петровъ приходитъ къ заключенію, что алкоголь вызываетъ въ щитовидной железе различныя дегенеративныя измѣненія, которыя появляются иногда даже послѣ кратковременнаго, въ теченіе нѣсколькихъ часовъ, токсическаго дѣйствія алкоголя. Измѣненія послѣ отравленія алкоголемъ отличаются большой стойкостью.

Здѣсь же я приведу данныя изслѣдованій щитовидной железы при нѣкоторыхъ другихъ заболѣваніяхъ.

Lindemann изслѣдовалъ щитовидную железу въ 4 случаяхъ хронической закупорки общаго желчнаго протока и нашелъ значительныя количества коллоида въ лимфатическихъ щеляхъ, что Lindemann разсматриваетъ, какъ выраженіе усиленной функціи железы. Авторъ кромѣ того считаетъ, что въ этой усиленной дѣятельности нужно видѣть антитоксическое дѣйствіе железы, берущей отчасти на себя нарушенную функцію печени.

Amandi изслѣдовалъ гистологически щитовидную железу у 107 лицъ, страдавшихъ различными психическими болѣзнями; для сравненія было изслѣдовано 22 железы не психически больныхъ. Гистологическія измѣненія касаются соединительной ткани, сосудовъ, фолликуловъ и коллоиднаго вещества. Самымъ частымъ измѣненіемъ является болѣе или менѣе сильное утолщеніе соединительно-тканыхъ trabeculae или въ близи капсулы, которая также можетъ быть утолщена въ равной степени, или вокругъ долекъ или, въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, вокругъ отдѣльныхъ фолликуловъ. Но не всегда соединительная ткань гипертрофируется, если парэнхима атрофируется. Иногда новообразованная соединительная ткань подвергается гиалиновой дегенерации, иногда въ ней замѣчается мелкоклѣточная инфильтрація. Среднія и мелкія артеріи очень часто поражены хроническимъ эндартеритомъ. Это пораженіе сосудовъ обыкновенно выражено тѣмъ рѣже, чѣмъ сильнѣе поражена парэнхима; однако это явленіе непостоянно и иногда можно видѣть тяжелыя измѣненія парэнхимы при нормальныхъ кровеносныхъ сосудахъ. Что же касается лимфатическихъ сосудовъ, то авторъ рѣшительно могъ отмѣтить прямое отношеніе между содержащимся въ нихъ коллоидомъ, состояніемъ железы и содержащимъ фолликуловъ. Amandi лимфатическимъ сосудамъ приписываетъ задачу выдѣлительнаго органа, если не всей секретіи щитовидной железы, то все-же большей части ея. Что же касается содержимаго фолликуловъ, то авторъ при просмотрѣ своихъ препаратовъ не могъ найти доказательства того возрѣнія, что секретія щитовидной железы является слѣдствіемъ и находится въ зависимости отъ разрушенія железистыхъ клѣтокъ; точно также авторъ оставляетъ открытымъ вопросъ о пути, который проходитъ коллоидное вещество при переходѣ изъ полости фол-

ликула въ лимфатическіе сосуды и пространства. Amandi считаетъ тѣ скопленія эпителиальныхъ клѣтокъ, которыя встрѣчаются въ периферическихъ частяхъ железы и которыя считались эмбриональными, молодыми клѣтками, наоборотъ, за железистые участки въ регрессивной стадіи; эти скопленія, по мнѣнію автора, старые, пустые и сдавленные фолликулы. Встрѣчается много мелкихъ, измѣненныхъ по формѣ, фолликуловъ, которые авторъ считаетъ патолого-анатомическимъ выраженіемъ морфологически и функционально регрессирующихъ извѣстныхъ железистыхъ участковъ; въ этомъ его особенно поддерживаетъ то обстоятельство, что подобно измѣненные фолликулы особенно часты въ щитовидныхъ железахъ стариковъ. Кромѣ этихъ особыхъ регрессивныхъ фазъ фолликуловъ авторъ описываетъ, какъ патологическія явленія, измѣненія отдѣльныхъ эпителиальныхъ элементовъ. При этомъ раздѣленіе на главныя и коллоидныя клѣтки въ смыслѣ Langendorff'a авторъ считаетъ невозможнымъ. Эпителиальныя клѣтки уменьшены, уплощены, съ мелкимъ ядромъ и грубо-зернистой протоплазмой. Иногда замѣчается въ клѣточномъ тѣлѣ много зернышекъ желтовато-коричневаго пигмента. Въ нѣкоторыхъ фолликулахъ содержимое не однородно, а состоитъ изъ маленькихъ, неправильныхъ массъ съ зернистыми, мало просвѣчивающими каплями. Авторъ считаетъ это явленіе выраженіемъ измѣненія функціи фолликула. На 107 изслѣдованныхъ случаевъ авторъ нашелъ щитовидную железу 47 разъ нормальной. Въ общемъ Amandi выводитъ заключеніе, что измѣненія щитовидной железы во многихъ случаяхъ психическихъ заболѣваній не являются послѣдствіемъ старости или измѣненія сосудовъ, но что они являются часто первичнымъ признакомъ или, въ крайнемъ случаѣ, сопутствующими явленіями болѣзни.

Dè Coulon у пяти кретиновъ изслѣдовалъ щитовидную железу и во всѣхъ пяти случаяхъ совершенно нормальные участки въ железахъ отсутствовали. Можно было констатировать во всѣхъ случаяхъ въ железахъ такія измѣненія, слѣдствіемъ которыхъ должно было явиться ограниченіе функціи железы. Измѣненія слѣдующія: мелкіе фолликулы, атрофія фолликуловъ, относительное увеличеніе соединительной ткани, отсутствіе коллоида въ пузырькахъ и въ лимфатическихъ сосудахъ, явленія перерожденія въ ядрахъ клѣтокъ (пикнозъ). Коллоидъ встрѣчается только въ видѣ сильно преломляющей свѣтъ, сгущенной формѣ.

S. Getzowa также изслѣдовала 5 щитовидныхъ железъ

кретиновъ, 5 железъ прирощеннаго идиотизма и 1 железу микроцефала. При разборѣ литературы Getzowa приводитъ данныя изслѣдованій Напаса, который нашелъ у кретиновъ уменьшеніе объема щитовидной железы, уменьшеніе величины фолликуловъ, атрофію эпителия, незначительное число пузырьковъ, содержащихъ коллоидъ. Во всѣхъ железахъ можно было наблюдать относительное преобладаніе соединительной ткани, часто инфильтрированной лейкоцитами.

S. Getzowa пришла къ заключенію, что атрофированныя щитовидныя железы кретиновъ и идиотовъ мало различаются другъ отъ друга; въ одномъ случаѣ железа кретина была увеличена. При микроскопическомъ изслѣдованіи можно видѣть дольки съ сохранившимися, но атрофическими пузырьками, въ другихъ доляхъ фолликулы сливаются, встрѣчаются наконецъ цѣлыя участки, состоящіе изъ слившихся долекъ, изъ соединительной ткани и перерожденныхъ ядеръ эпителиальныхъ клѣтокъ. Коллоидъ въ большинствѣ пузырьковъ отсутствуетъ, дольки и пузырьки малы, соединительно-тканная строма широка. Иногда можно видѣть развитіе жировой ткани на мѣстѣ дольки. Эпителий фолликуловъ и ихъ ядра перерождены. Getzowa считаетъ, что оставшіяся въ отдѣльныхъ фолликулахъ коллоидъ для функціи железы значенія не имѣетъ, такъ какъ и эпителий и коллоидъ показываютъ признаки сильнаго перерожденія и на коллоидъ этихъ железъ слѣдуетъ смотрѣть, какъ на остатки существовавшей раньше секретіи.

На 23 терапевтическомъ конгрессѣ въ Мюнхенѣ Loening и Fuss доложили объ изслѣдованіи щитовидной железы при заболѣваніи неизвѣстной этиологіи, Adipositas dolorosa, описанномъ Dergum и носящемъ его имя. При этомъ заболѣваніи появляется отложеніе жировыхъ массъ отдѣльными узлами или же онѣ развиваются диффузно и напоминаютъ тогда общее ожирѣніе, но отличаются отъ общаго ожирѣнія болѣзненностью этихъ жировыхъ массъ и ихъ болѣе дольчатымъ строеніемъ. Щитовидная железа въ случаѣ авторовъ была сильно атрофирована; широкія соединительно-тканныя прослойки дѣлятъ органъ на дольки; волокна соединительной ткани разбухли, стекловидны, бѣды ядрами. Много жировыхъ клѣтокъ въ соединительной ткани. Дольки по виду и величинѣ крайне разнообразны. На железистыхъ трубкахъ можно прослѣдить почти всѣ переходы отъ нормальнаго состоянія до рѣзко выраженнаго перерожденія.

Отдельные фолликулы расширены, наполнены коллоидным веществом; эпителий частью уплощен, частью приблизительно нормальной высоты. Часто можно видеть как бы складчатость эпителия. Рядомъ съ этими крупными фолликулами можно видеть всѣ переходы до мелкихъ фолликуловъ безъ просвѣта; и по своей формѣ и по эпителию фолликулы эти крайне разнообразны. Часто можно видеть просвѣтъ наполненный отслоившимися, сильно набухшими эпителиальными клѣтками, часто въ просвѣтѣ виденъ коллоидъ. Отдельныя дольки цѣликомъ изменены; не видно просвѣта пузырьковъ, беспорядочно лежатъ кучки очень большихъ клѣтокъ съ большимъ блѣднымъ, иногда хорошо окрашеннымъ, ядромъ. Протоплазма клѣтокъ иногда кажется однородной, иногда вакуолизированной; границъ между клѣтками не видно. Дольки по краямъ и по ближайшей окружности (иногда и цѣлая долька) въ нѣкоторыхъ мѣстахъ густо пронизаны мелкими, круглыми клѣтками; въ другихъ мѣстахъ видно раздвиганіе пузырьковъ проростаніемъ молодой соединительной ткани. Среди соединительно-тканыхъ массъ большіе и меньшіе участки, совершенно однородные, блѣдно-розовой окраски; авторы считаютъ такія мѣста остатками погибшихъ железистыхъ образований. Стѣнки артерій, расположенныхъ по периферіи, часто утолщены и въ Media встрѣчаются отложенія извести. Dege и Th, описавшія названное заболѣваніе, считаютъ, что измѣненія въ щитовидной железнѣ являются первичными и, вѣроятно, служатъ этиологическимъ моментомъ. Loening и Fuss указываютъ, что въ ихъ случаѣ терапия препаратами щитовидной железы успѣха не имѣла.

Singer имѣлъ случай изслѣдовать щитовидную железу 57 лѣтняго больного, страдающаго общей склеродерміей. На вскрытіи найдено, что правая доля значительно меньше нормы, лѣвая нормальной величины; вещество железы крупнозернисто, темно-бурое; въ обѣихъ доляхъ отдѣльные известковые узлы. Микроскопически въ обѣихъ доляхъ значительное развитіе соединительной ткани, особенно рѣзко въ правой долѣ, гдѣ обширные участки железистой ткани замѣщены рубцовой соединительной тканью. На основаніи этого наблюденія и нѣкоторыхъ случаевъ, приведенныхъ въ литературѣ, Singer думаетъ, что существуетъ связь между склеродерміей и патологическими измѣненіями въ щитовидной железнѣ и нарушеніемъ ея функций. Этотъ взглядъ, между прочимъ, подтверждается клиническимъ наблюденіемъ

Weber'a. 33 лѣтняя женщина страдала разсѣянной склеродерміей (Sclerodermie en plaques); заболѣваніе прошло отъ употребленія тиреоидина въ таблеткахъ по 0,3 3—4 раза въ день. Черезъ 1/2 года наступилъ рецидивъ, который однако снова быстро уступилъ тиреоидину.

Сюда же относится случай Hektoen и Wells. 51 лѣтняя женщина умерла отъ общей склеродерміи; на вскрытіи интересныя измѣненія въ щитовидной железнѣ и Hypophys. Щитовидная железа вѣсиль 14 gr., мала, фиброзна, мѣстами плотные концентрическіе участки. Мозговой придатокъ увеличенъ, вѣсъ 7 gr.

Щитовидная железа микроскопически представляетъ слѣдующія измѣненія: диффузный склерозъ стромы, мѣстами глянцевое перерожденіе. Въ артеріяхъ железы ясно видно утолщеніе Intimae, мѣстами почти полная облитерація. Въ Media мѣстами отложенія извести. Фолликулы разной величины и формы, эпителий болѣею частью однослойной, уплощенный, мѣстами отсутствуетъ. Въ нѣкоторыхъ фолликулахъ много мелкихъ круглыхъ ядеръ безъ ясно видимой протоплазмы, расположенныхъ среди коллоида. Коллоидъ болѣею частью однороденъ, иногда содержитъ вакуолы; въ нѣкоторыхъ фолликулахъ коллоидъ раскололся на куски, онъ какъ будто хрупкій, ломкій; мѣстами онъ построенъ изъ концентрическихъ слоевъ. Въ лимфатическихъ сосудахъ коллоида нѣтъ. Въ Hypophys авторы нашли рѣзкую гипертрофію железистаго отдѣла. При химическомъ изслѣдованіи щитовидной железы на содержаніе іода Hektoen и Wells нашли только 2,94 mg. іода противъ 10,79 mg. въ нормѣ. На основаніи своихъ изслѣдованій авторы склонны думать, что существуетъ связь между заболѣваніемъ щитовидной железы и склеродерміей. Въ пользу этого мнѣнія они приводятъ 6 казуистическихъ сообщеній изъ литературы, въ которыхъ примѣненіе препаратовъ щитовидной железы при склеродерміи дало хорошій терапевтическій эффектъ. Однако въ данномъ случаѣ обращаютъ на себя вниманіе нѣкоторыя данныя протокола вскрытія, гдѣ между прочимъ сказано: печень мала, желтовата, середина долекъ темно-красна. Въ капсулѣ лѣвой доли, близко около Lig. suspensorium hepatis, маленкіе, бѣлые, инкапсулированныя узелки, наполненные казеозной массой, до 2 mm. въ диаметрѣ. Склерозъ селезенки, склерозъ печени. Является подозрѣніе, что въ данномъ случаѣ, кромѣ склеродерміи, имѣется сифилисъ внутреннихъ органовъ.

Claude et Schmiergeld изслѣдовали щитовидную железу въ 17 случаяхъ эпилепсiи (10 эссенціальныхъ и 7 симптоматическихъ случаевъ) и нашли во всѣхъ случаяхъ вѣсъ железы ниже нормы. Микроскопически можно было доказать увеличеніе соединительной ткани безъ признаковъ остраго воспалительнаго процесса. Эпителiй фолликуловъ цилиндрической, расположенъ часто въ нѣсколько рядовъ въ тѣхъ фолликулахъ, въ которыхъ нѣтъ коллоида. Вообще коллоида меньше нормы и онъ красится хуже, чѣмъ нормальный коллоидъ.

Большинство приведенныхъ авторовъ, изслѣдовавшихъ щитовидную железу людей, умершихъ отъ туберкулеза, согласны въ томъ, что довольно часто можно встрѣтить склерозъ железы; специфическихъ туберкулезныхъ поражений съ образованиемъ бугорковъ при этомъ не наблюдается. Существовавшее раньше мнѣніе, что туберкулеза щитовидной железы не бываетъ, оказалось однако ошибочнымъ; это доказано цѣлымъ рядомъ сообщений весьма подробно изслѣдованныхъ случаевъ. Всѣ сообщенія случаевъ туберкулеза щитовидной железы собраны въ монографіи Bégard'a и еще подробнѣе въ статьѣ Rurraппег'a. Изъ этихъ работъ ясно, что щитовидная железа можетъ быть поражена какъ при милиарномъ туберкулезѣ, такъ и первично, причемъ туберкулезъ можетъ развиваться какъ въ здоровой до тѣхъ поръ железнѣ, такъ и въ существовавшей раньше струмѣ. Клиническая картина этого заболѣванія весьма схожа съ сифилисомъ щитовидной железы, какъ на это указываетъ Küttner и Mendel, и микроскопическое изслѣдованіе не всегда рѣшаетъ этотъ вопросъ легко, такъ какъ и при сифилисѣ щитовидной железы могутъ получиться картины, весьма похожія на тѣ, какъ онѣ описаны при туберкулезѣ; поэтому Küttner и Mendel для доказательства несомнѣной туберкулезной природы поражений требуютъ присутствiе туберкулезныхъ палочекъ. Rurraппег самъ изслѣдовалъ 3 случая туберкулеза и даетъ весьма подробное микроскопическое описаніе своихъ препаратовъ. Изъ описанія Rurraппег'a я приведу только, что типичные туберкулезные бугорки можно было видѣть въ 2 случаяхъ въ междольчатой соединительной ткани и въ 1-омъ случаѣ въ долькахъ и пузырькахъ. Щитовидная железа во всѣхъ 3 случаяхъ была струмозно перерождена. Туберкулезныя палочки были доказаны только въ 1-омъ случаѣ. Изъ сообщений другихъ авторовъ, приведенныхъ Rurraппег'омъ, видно, что присутствiе туберкулезныхъ палочекъ рѣдко

(Fraenkel, Baumgarten). Roger и Garnier, наоборотъ, въ 1 случаѣ туберкулеза щитовидной железы у 37 л. беременной женщины съ одновременнымъ туберкулезомъ глотки, могли доказать большое число туберкулезныхъ палочекъ на срѣзахъ изъ щитовидной железы. Интересно еще то, что Rurraппег въ первомъ своемъ случаѣ нашелъ значительное поражение сосудистыхъ стѣнокъ, главнымъ образомъ венъ, въ видѣ обширныхъ эндотелитовъ до полной облитераціи просвѣта. Въ артеріяхъ измѣненія значительно меньше и главнымъ образомъ въ видѣ ограниченаго эндартерита.

Въ 116 томѣ «Deut. Zeitschrift f. Chirurgie, 1912 г. напечатаны 2 работы, касающіяся туберкулеза щитовидной железы. Въ первой работѣ Arnd (Jnspital Bern) собралъ полностью литературу по этому вопросу въ связи съ 3 собственными наблюдениями. Всѣ 3 случая касаются взрослыхъ (53 л. женщина, 32 л. мужчина и 35 л. женщина), которые обратились за хирургической помощью по поводу давно существующаго зоба. До операціи ничего не указывало на туберкулезную природу зобовъ. Какихъ либо другихъ признаковъ туберкулеза легкихъ у обѣихъ женщинъ не было, у мужчины были увеличены подчелюстные железы слѣва, но железы были свободны и съ зобомъ не срослись.

Туберкулезныя гнѣзда были открыты случайно послѣ операціи на разрѣзѣ зоба и при микроскопическомъ изслѣдованіи. Послѣ критическаго разбора описанныхъ въ литературѣ случаевъ т. н. первичнаго туберкулеза щитовидной железы (44 случая), Arnd приходитъ къ заключенію, что трудно допустить, что въ его и въ описанныхъ случаяхъ туберкулезныя бациллы избрали бы первично и исключительно мѣстомъ развитія щитовидную железу; скорѣе нужно допустить, ввиду рѣдкости туберкулезнаго заболѣванія (на свыше 600 подробно изслѣдованныхъ зобовъ—3 зоба съ туберкулезными очагами), что щитовидная железа обладаетъ относительнымъ иммунитетомъ по отношенію къ туберкулезу. Мнѣніе Rokigansk'aго высказанное въ 1861 году, что туберкулеза щитовидной железы не бываетъ, оказалось ошибочнымъ, но все же и экспериментальныя изслѣдованія, произведенныя Schimodaiga, доказали, что щитовидная железа у кроликовъ при непосредственной инфекціи туберкулезными культурами путемъ впрыскиванія эмульсiи заболѣваетъ труднѣе, чѣмъ напр. селезенка, почки или яички.

До Shimodaira Torri и Tomellini на основаніи своихъ экспериментальныхъ работъ на собакахъ и кроликахъ отрицали всякій иммунитетъ щитовидной железы; однако эти авторы вприскивали такія громадные количества туберкулезныхъ палочекъ непосредственно въ щитовидную артерію, что врядъ ли позволительно сдѣлать какое либо заключеніе на основаніи этихъ опытовъ о восприимчивости или иммунитѣ щитовидной железы къ туберкулезной инфекціи.

Въ другой работѣ проф. Hedinger, изъ патолого-анатомическаго института въ Базелѣ, среди 659 оперированныхъ зобовъ и присланныхъ для микроскопическаго изслѣдованія въ институтъ, нашелъ 10 зобовъ съ явными туберкулезными измѣненіями. 3 изъ этихъ случаевъ уже были описаны Ruppner'омъ. Hedinger въ 9 случаяхъ, пользуясь антиферминомъ, могъ доказать туберкулезныя палочки. На основаніи своего матеріала Hedinger приходитъ къ заключенію, что щитовидная железа вопреки мнѣнію старыхъ авторовъ (Rokiganskij) скорѣе наоборотъ легко заболѣваетъ туберкулезомъ, но что повидимому туберкулезныя процессы въ щитовидной железнѣ легко излѣчиваются, и что поэтому клинически такъ рѣдко приходится наблюдать туберкулезный зобъ.

Если теперь резюмировать кратко все сказанное относительно измѣненій щитовидной железы при острыхъ и хроническихъ инфекціяхъ, при душевныхъ и нѣкоторыхъ нервныхъ заболѣваніяхъ, то видно, что щитовидная железа почти во всѣхъ этихъ случаяхъ представляетъ измѣненія и что эти измѣненія не представляютъ ничего типичнаго для отдѣльныхъ группъ инфекціонныхъ и другихъ болѣзней, исключая конечно туберкулеза щитовидной железы. Измѣненія могутъ быть одинаковы при острыхъ и хроническихъ инфекціяхъ и интоксикаціяхъ и разница только количественная.

Эти измѣненія касаются преимущественно эпителия фолликуловъ, который разрастается, десквамируется и перерождается; коллоидъ фолликуловъ становится болѣе жидкимъ и уменьшается въ количествѣ, въ немъ встрѣчаются полинуклеары и отдѣльныя красныя кровяныя тѣльца; капилляры и вены расширены и переполнены кровью. Всѣ эти измѣненія наблюдаются преимущественно при острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ (Isenshmid), какъ скарлатина, корь, дифтеритъ, оспа. Крупозное воспаленіе легкихъ по изслѣдованіямъ Милевскаго также даетъ

наиболѣе рѣзкія измѣненія; затѣмъ по степени наблюдаемыхъ измѣненій слѣдуютъ Eclampsia, Septicaemia и брюшной тифъ. Слѣдуетъ ли смотрѣть на эти измѣненія какъ на проявленіе успешной функціи, (эта мысль высказывается Roger и Garnier) трудно рѣшить, такъ какъ судить о секреторной дѣятельности щитовидной железы по микроскопической картинѣ въ настоящее время трудно. Однако, уже теперь существуютъ работы, которыя до нѣкоторой степени какъ бы подтверждаютъ мысль, высказанную Roger и Garnier. Zander и A. Kocher при изслѣдованіяхъ удаленныхъ зобовъ типичныхъ Basedовыхъ больныхъ и зобовъ удаленныхъ по поводу болѣе легкихъ клиническихъ формъ гипертиреоза, при т. н. хроническихъ тиреотоксикозахъ, доказали, что во всѣхъ этихъ зобахъ можно найти микроскопически измѣненія, говорящія за усиленную функцію железы. Эти измѣненія состоятъ въ разжиженіи коллоида и въ уменьшеніи его въ фолликулахъ до полного исчезновенія, въ разрастаніи эпителия фолликуловъ и въ болшемъ кровенаполненіи такихъ зобовъ по сравненію съ простыми зобами, не вызывающими клиническихъ явленій гипертиреоза. Эти изслѣдованія Kocher'a и Zander'a полностью подтверждены независимо совершенно отъ этихъ авторовъ Н. Ф. Томаревскимъ на богатомъ матеріалѣ моего учителя, проф. Н. А. Вельяминова. Томаревскій доказалъ, что почти всегда можно найти въ зобахъ, удаленныхъ у больныхъ съ клинически выраженными явленіями гипертиреоза, участки, которыя представляютъ всѣ тѣ измѣненія, описанныя Zander'омъ и Kocher'омъ; однако чтобы найти такіе островки, необходимо очень тщательное изслѣдованіе зоба, необходимо приготовить срѣзы черезъ весь зобъ, какъ это дѣлалъ Томаревскій или же нужно брать для изслѣдованія большое количество кусочковъ изъ разныхъ мѣстъ, макроскопически отличающихся другъ отъ друга. Наконецъ поддерживаетъ мысль, высказанную Roger и Garnier, еще то клиническое наблюденіе (de Quervain и др.), что иногда послѣ инфекціонныхъ заболѣваній могутъ развиваться или картины настоящаго Morbus Basedowii или картины гипертиреоза. Какъ видно изъ всего приведеннаго, гипотеза, высказанная Roger и Garnier, находитъ до нѣкоторой степени подтвержденіе въ новѣйшихъ работахъ.

Если мы теперь обратимся къ нашему матеріалу, чтобы выяснитъ, на сколько въ измѣненіяхъ щитовидныхъ железъ

можно было бы обвинить разные инфекціонныя заболѣванія, то получимъ слѣдующее: въ рубрикѣ «причина смерти» первой таблицы для взрослыхъ, отъ которыхъ взяты контрольныя железы, отмѣчено инфекціонное заболѣваніе (*Cholera asiatica*) одинъ разъ; причиной смерти служили раненіе сердца, параличъ сердца, кровотеченіе при *Morbus Banti*, злокачественныя новообразованія и аневризма аорты.

Для взрослыхъ сифилитиковъ въ моемъ матеріалѣ въ соотвѣтственной рубрикѣ отмѣчено: гнойный перитонитъ, септицемія, крупозное воспаленіе легкихъ, туберкулезъ легкихъ и холера. Какъ видно, для сифилитиковъ въ цѣломъ рядѣ случаевъ причиной смерти служили заболѣванія, которыя согласно изслѣдованіямъ многихъ авторовъ несомнѣнно влияют на щитовидную железу; среди нихъ на первомъ планѣ *Pneumonia cruposa*, *Cholera asiatica*, *Septicaemia* и, можетъ быть, и гнойный перитонитъ. Туберкулезъ легкихъ наблюдался 3 раза, но это заболѣваніе, по даннымъ большинства авторовъ, вызываетъ увеличенное развитіе соединительной ткани въ щитовидной железн.

Кромѣ того для взрослыхъ нужно имѣть въ виду еще одну хроническую интоксикацію, это хроническое отравленіе алкоголемъ. Въ этомъ отношеніи, какъ контрольныя железы, такъ и железы сифилитиковъ, находились въ одинаковыхъ условіяхъ.

У доношенныхъ дѣтей инфекціонныя заболѣванія приблизительно одинаково распредѣлены между контрольными и сифилитическими дѣтьми; причиной смерти для контрольныхъ дѣтей отмѣчено: септицемія, острый желудочно-кишечный катарръ, воспаленіе легкихъ и дифтеритъ, всего въ 17 случаяхъ; для сифилитическихъ дѣтей записано: острый желудочно-кишечный катарръ, диффузный бронхитъ, септицемія и воспаленія легкихъ, всего въ 14 случаяхъ. Такимъ образомъ видно, что въ дѣтскомъ возрастѣ нашего матеріала инфекціонныя заболѣванія встрѣчаются почти одинаково часто, какъ у контрольныхъ дѣтей, такъ и у сифилитическихъ дѣтей и поэтому при вычисленіи найденныхъ измѣненій въ среднихъ числахъ за опредѣленный возрастъ, можно влияніе инфекціонныхъ заболѣваній на щитовидную железу не принимать въ расчетъ, такъ какъ оно существуетъ одинаково для контрольныхъ железъ и железъ сифилитическихъ дѣтей. Относительно влиянія инфекціонныхъ заболѣваній на выводы, полученные при вычисленіи въ среднихъ числахъ измѣненій

щитовидной железы взрослыхъ сифилитиковъ, будетъ сказано подробнѣе въ заключеніи, здѣсь только укажу, что по моимъ даннымъ такого влиянія отмѣтить нельзя было.

Существуетъ еще одно заболѣваніе щитовидной железы, которое описанно *Riedel* емъ въ 1896 году какъ самостоятельное заболѣваніе и которое носить предложенное имъ названіе «*eisenharte Strumitis*» или какъ французскіе авторы говорятъ: *thyroidite ligneuse*.

И такъ какъ въ послѣднее время особенно французскіе авторы считаютъ, что это заболѣваніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ зависѣть отъ сифилиса или туберкулеза щитовидной железы, я и считалъ необходимымъ, привести краткія литературныя данныя по этому заболѣванію. *Riedel* на хир. стѣздѣ въ Берлинѣ въ 1896 г. сообщилъ 2 случая. 42 лѣтній мужчина обратился за помощью по поводу опухоли шеи и одышки. Боленъ 6 мѣсяцевъ. При изслѣдованіи оказалось, что щитовидная железа увеличена, чрезвычайно плотно и неподвижна. Диагнозъ: *Struma maligna*. При операціи оказалось, что зобъ настолько сросенъ съ окружающими частями и съ большими сосудами, что мысль о радикальной операціи пришлось оставить. *Riedel* вырѣзалъ кусочекъ для микроскопическаго изслѣдованія. Больной противъ ожиданія поправился и умеръ черезъ 15 мѣсяцевъ отъ нефрита. По полученнымъ свѣдѣніямъ со стороны зоба никакихъ разстройствъ не было и больной съ этой стороны былъ совершенно здоровъ. Въ вырѣзанномъ кусочкѣ при микроскопическомъ изслѣдованіи были найдены только явленія хроническаго воспаленія ввидѣ инфильтратовъ мелкими круглыми клѣтками; никакихъ указаній на новообразованіе.

2-ой случай касается женщины 23 л. Больная давно имѣетъ небольшой зобъ; за послѣдніе 10 недѣль зобъ быстро сталъ увеличиваться, сталъ плотнымъ и неподвижнымъ; появилась одышка, сердцебиеніе и затрудненіе глотанія. Правая доля величиною съ куриное яйцо, лѣвая съ небольшое яблоко; обѣ доли крайне плотны, мало подвижны.

При операціи оказались плотныя сросенія съ большими сосудами и нервами; радикальная операція оказалась невозможной, и была удалена часть. Больная быстро выздоровѣла и умерла черезъ 3 мѣсяца, повидному, отъ эмболии. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль состоитъ изъ плотной соединительной ткани, инфильтрированной мелкими

круглыми клетками. Ткань щитовидной железы, по изслѣдованіямъ изъ разныхъ мѣстъ удаленнаго куска, оказалась совершенно нормальной.

На этомъ же сѣздѣ Corda сообщалъ о подобномъ случаѣ у 13 л. дѣвушки, гдѣ въ правой долѣ щитовидной железы развилась довольно быстро деревянистой плотности опухоль; одышка.

Вслѣдствіе сильныхъ срощеній радикальная операція была невозможна; былъ удаленъ довольно большой кусокъ, по макроскопическому виду похожій на саркому. Микроскопическаго изслѣдованія не было сдѣлано. Больная выздоровѣла и въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ рецидива не наступило.

Въ слѣдующемъ въ 1897-омъ году, на сѣздѣ нѣмецкихъ хирурговъ, Riedel сообщилъ о 3-мъ случаѣ. Мужчина 49 л. приблизительно годъ тому назадъ, замѣтилъ около гортани плотную опухоль. За послѣдніе 6 недѣль быстрое увеличеніе опухоли, она приняла плотность дерева; одышка. Іодистое леченіе успѣха не дало. При операціи вслѣдствіе обширныхъ срощеній съ мышцами, съ крупными сосудами и нервами удаленіе опухоли оказалось не выполнимымъ и пришлось ограничиться вырѣзываніемъ узла величиною съ грецкій орѣхъ. Больной быстро поправился, но одышка осталась и поэтому больному во 2-ой разъ былъ удаленъ перешеекъ железы и освобождена трахея. Больной выздоровѣлъ и ко времени демонстраціи больного на сѣздѣ прошло $\frac{3}{4}$ года. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленныхъ участковъ оказалось, что опухоль состоитъ изъ круглыхъ и веретенообразныхъ клетокъ, проникающихъ между частью нормальными, частью измѣненными элементами железы; незначительно развитый эндартеритъ. На основаніи микроскопической картины новообразованіе было трудно исключить, но такъ какъ опухоль, достигнувшея максимальной величины очень быстро, въ теченіе 6 недѣль, а за послѣдніе $\frac{3}{4}$ г. не увеличивалась, нужно считать, что это былъ воспалительный процессъ, а не новообразовательный.

Этотъ случай, интересенъ еще тѣмъ, что Riedel могъ наблюдать за нимъ въ теченіе многихъ лѣтъ и больной въ 1910 году былъ совершенно здоровъ и работоспособенъ.

Въ 1898 г. Riedel еще сообщалъ о 3 случаяхъ «eisenharte Strumitis», у 29 лѣтняго, у 40 лѣтняго мужчины и 4 лѣтняго ребенка. Во всѣхъ случаяхъ клинической діагнозы гласилъ Neo-

plasma malignum, а между тѣмъ, послѣ далеко не радикальной операціи больные выздоровѣли и рецидива не наступило.

Tailhefer въ томъ же 1898 году опубликовалъ слѣдующій случай: 30 лѣтній, здоровый до тѣхъ поръ мужчина, заболѣлъ 3 мѣсяца до операціи афоніей, дисфагіей и сердцебіеніемъ, причиной чего оказалась опухоль лѣвой доли щитовидной железы; опухоль очень плотна, срощена съ окружающими частями, кожа надъ ней свободна, гортань сдвинута вправо. Общее состояніе хорошее, железы не увеличены. Диагнозъ: Cancer gl. thyreoideae. При операціи оказалось, что опухоль настолько плотно была срощена съ крупными сосудами и такъ высоко распространилась вверхъ, что часть ея пришлось оставить и ограничиться частичнымъ иссѣченіемъ. Послѣоперационное теченіе осложнилось кровотеченіемъ изъ Art. Carotis interna, послѣдственной афоніей и правосторонней гемиплегіей и правостороннимъ воспаленіемъ легкихъ; несмотря на все это больной поправился и совершенно выздоровѣлъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли оказалось, что она состоитъ преимущественно изъ фиброзной ткани съ отдѣльными гнѣздами мелкихъ клетокъ; нормальные фолликулы не были найдены.

Ricard въ Парижскомъ хирургическомъ Обществѣ сообщилъ о клиническомъ наблюденіи, относящемся къ интересующему насъ заболѣванію. Дѣло касается молодого человѣка хорошаго сложенія и здоровья, страдающаго опухолью лѣвой доли щитовидной железы, афоніей, затрудненіемъ дыханія и глотанія. Всѣ страданія развились въ теченіе немногихъ мѣсяцевъ. Быстрый ростъ, и срощенія съ окружающими частями заставили подозревать злокачественное новообразованіе. При операціи оказались обширныя срощенія съ сосудисто-нервнымъ пучкомъ (резекція Carotis com, vagus et vena jugularis), съ пищеводомъ и съ дыхательнымъ горломъ. Больной поправился. При изслѣдованіи опухоли оказалось, что она цѣликомъ построена изъ плотной фиброзной ткани, содержащей мѣстами гнѣзда молодой соединительной ткани. Нигдѣ не было видно ткани щитовидной железы или эпителиальныхъ клетокъ.

Walther въ хирур. обществѣ въ Парижѣ въ 1901 г. сообщилъ о двухъ больныхъ, страдавшихъ описанной формой заболѣванія щитовидной железы. 1-ый случай касается 60-и лѣтняго старика, крайне истощеннаго. У него была опухоль щитовидной железы, чрезвычайно плотная, спаянная съ окружаю-

ними частями; много мелких плотных желез. Автор считал случай злокачественной опухолью и не подлежащим операци. 3 года спустя больной значительно поправился, опухоль уменьшилась и железы исчезли.

Во 2-омъ случаѣ 40 лѣтняя женщина страдала объемистой неподвижной опухолью лѣвой доли щитовидной железы крайне плотной консистенціи съ железами, давившими на Plexus brachialis. Черезъ годъ опухоль уменьшилась, стала мягче и подвижной; железы исчезли и явленія давленія на нервные стволы прошли.

Silatschek приводитъ слѣдующій, подробно изслѣдованный случай изъ матеріала проф. Schloffer'a, 32 лѣтній мужчина обратился за помощью вслѣдствіе опухоли щитовидной железы и охриплости голоса. Отецъ больного страдалъ Базедовой болѣзью, братъ умеръ отъ туберкулеза реберъ съ послѣдовательнымъ плевритомъ. Больной съ 9 лѣтъ до 26 года страдалъ туберкулезомъ лѣвой кисти, потребовавшей многочисленныхъ оперативныхъ вмѣшательствъ. Приблизительно годъ тому назадъ больной замѣтилъ увеличеніе и уплотнѣніе правой доли щитовидной железы и нѣкоторое время спустя частое обрываніе голоса. Мѣсяца 2 до поступленія въ клинику быстрый ростъ опухоли съ затрудненіемъ дыханія; бывали приступы удушья.

Больной небольшого роста, хорошо упитанный, лѣвая кисть совершенно изуродована Свищей нѣтъ. По Рентгеновскому снимку видно, что всѣ карпальные и часть метакарпальныхъ костей отсутствуютъ. Во внутреннихъ органахъ измѣненій нѣтъ. Stridor. Вся передняя область шеи занята обширной, крайне плотной, мѣстами слегка бугристой, и неподвижной опухолью щитовидной железы. Давленіе на опухоль не вызываетъ боли, но рѣзко увеличиваетъ одышку. Стрѣляющія боли въ ушахъ. Клиническая картина заставляла думать о злокачественномъ новообразованіи щитовидной железы; противъ этого предположенія говорило только отсутствіе увеличенныхъ железъ. Реакція Wassermann'a отрицательна; пробное леченіе іодомъ ухудшило состояніе больного. Сдѣлана была пробная эксцизія; изслѣдованіе дало слѣдующее: сильно утолщенная капсула состоитъ изъ богатой клѣтками фиброзной ткани; мѣстами скопленія круглыхъ клѣтокъ и въ центрѣ этихъ инфильтратовъ иногда можно видѣть небольшой сосудъ съ утолщенными стѣнками, мѣстами въ капсулѣ рядомъ съ нормальными артеріями встрѣчаются артеріи съ бугристо утолщенной интимой. По направленію къ железистой ткани

богатство клѣтками капсулы увеличивается; граница между капсулой и парэнхимой не вездѣ ясно выражена. Отъ капсулы внутрь железы идутъ широкія полосы соединительной ткани съ гнѣздами круглыхъ мелкихъ клѣтокъ; вездѣ междольчатая и внутридольчатая соединительная ткань выражена сильнѣе, чѣмъ нормально, только въ глубинѣ картина напоминаетъ коллоидный зобъ съ большими пузырьками, выстланными однослойнымъ, иногда уплотненнымъ, эпителиемъ.

Кое-гдѣ въ вакуолахъ коллоида встрѣчаются многоядерныя лейкоциты. Въ нѣкоторыхъ пузырькахъ видны красныя кровяныя тѣльца. Интима кровеносныхъ сосудовъ, проходящихъ по междольчатой соединительной ткани, мѣстами утолщена почти до закрытія просвѣта. На границѣ капсулы и железистой ткани мѣстами получаютъ картины, напоминающія эпителиальное новообразованіе, однако при ближайшемъ разсмотрѣніи и эти картины оказываются продуктами хроническаго воспалительнаго процесса. Вслѣдствіе сильнаго размноженія богатой клѣточными элементами междольчатой соединительной ткани отдѣльныя железистыя дольки сдавливаются въ солидныя скопленія эпителиальныхъ клѣтокъ и получаютъ картины эпителиальнаго новообразованія. Кромѣ того мѣстами сильно разросшіеся эндотелии кровеносныхъ сосудовъ и лимфатическихъ щелей тоже способствуютъ виду эпителиальной опухоли.

Sprannaus описываетъ слѣдующій случай: 32 лѣтній мужчина страдаетъ въ теченіе 7 лѣтъ небольшимъ зобомъ. 1/2 года тому назадъ значительное увеличеніе зоба; зобъ крайне плотенъ; боли и удушье. Іодистое леченіе безъ результата. Щитовидная железа увеличена значительно, больше слѣва. Опухоль деревянистой плотности, неподвижно спаяна съ окружающими частями; кожа свободна. Реакція Wassermann'a отрицательна.

Подъ мѣстной анестезіей операція, которая однако вслѣдствіе срощеній съ крупными сосудами, съ дыхательнымъ горломъ и пищеводомъ, ограничилась вылученіемъ отдѣльныхъ кистъ и частичнымъ исѣченіемъ. Послѣоперационное теченіе прошло гладко и больной совершенно выздоровѣлъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что удаленныя части состоятъ изъ плотной фиброзной ткани, богатой ядрами, мѣстами круглоклѣточные скопленія, мѣстами фиброзная ткань гиалиново перерождена. Въ артеріяхъ можно видѣть явленія эндартерита.

Deloge и Alamartine въ 1911 г. описали собственное наблюдение. У мужчины 39 лѣтъ приблизительно $1/2$ года тому назадъ появилось расстройство глотанія и охриплость голоса, зависящая отъ опухоли правой доли щитовидной железы. Въ теченіе послѣдн. 2 мѣсяцевъ значительное ухудшеніе общаго состоянія, опухоль быстро увеличивалась, сильныя боли, распространяющіяся на всю правую сторону головы. Большая опухоль, деревянистой плотности, занимала правую долю щитовидной железы, она спаива съ трахеей и окружающими частями. Кожа не измѣнена, увеличенныхъ железъ нѣтъ.

На основаніи клинической картины діагнозъ колебался между эпителиальнымъ новообразованиемъ щитовидной железы или между Thyroidite ligneuse.

Операция оказалась чрезвычайно трудной вслѣдствіе сильныхъ сращения; Vena jugularis interna была резецирована. Съ большимъ трудомъ опухоль удалена. На 4-ый день послѣ операции больной погибъ отъ артеріальнаго кровотечения изъ сонной артерій. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что удаленная опухоль состоитъ изъ плотной соединительной ткани съ большимъ количествомъ ядеръ; мѣстами мелкоклѣточная инфильтрація; сосудовъ мало, но стѣнки нѣкоторыхъ мелкихъ артерій утолщены. Соединительная ткань, разрастаясь между фолликулами, раздвигаетъ ихъ, они мелки, нѣкоторые безъ просвѣта, другіе содержатъ большее или меньшее количество коллоида. Такимъ образомъ микроскопическое изслѣдованіе подтвердило предположеніе о Thyroidite ligneuse.

Далѣе Delore и Alamartine въ своей статьѣ приводятъ случай—Вагжоц, не опубликованный. Однако, приведенная краткая исторія болѣзни мало убѣдительна. Женщина 40 лѣтъ около мѣсяца тому назадъ замѣтила справа на шеѣ опухоль, расстройства глотанія, головныя боли и боли въ затылкѣ. При изслѣдованіи оказалось, что въ правой долѣ щитовидной железы прощупывается опухоль плотной консистенціи, величиною съ орѣхъ, слегка чувствительная при давленіи. Лимфатическія железы по ходу Carotis справа увеличены. Пульсъ — 140 въ минуту, легкое дрожаніе пальцевъ. Щучеглазія нѣтъ. Лечение состояло въ освѣщеніи Рентгеновскими лучами; больная быстро поправилась, опухоль исчезла, пульсъ 88—92, вѣсъ увеличился. Это клиническое наблюдение врядъ ли можно отнести къ типу заболѣванія щитовидной железы, описаннаго Riedel'емъ, это скорѣе Struma nodosa

съ довольно рѣзко выраженными явленіями тиреотоксикоза. Поэтому я приведеннымъ наблюдениемъ пользоваться не буду.

Резюмируя кратко сказанное, мы видимъ, что описано всего 14 достоверныхъ случаевъ Thyroidite ligneuse. Это заболѣваніе поражаетъ субъектовъ въ возрастѣ отъ 4 лѣтъ до 60 л., при чемъ преобладаетъ возрастъ болѣе молодой, въ 30—40 лѣтъ. Мужчины подвержены этому заболѣванію повидимому чаще, чѣмъ женщины (на 14 случаевъ 10 мужчинъ). У здоровыхъ обыкновенно людей развивается довольно быстро опухоль одной какой нибудь доли или всей железы; опухоль быстро спаивается съ окружающими частями, она совершенно неподвижна и скоро производитъ явленія давленія на дыхательное горло, пищеводъ и возвратный нервъ. Во всѣхъ случаяхъ кожа надъ опухолью оставалась свободной. Лимфатическія железы кромѣ 2-хъ случаевъ Walther'a не были увеличены. Опухоль поражаетъ своей плотностью; это свойство настолько характерно, что Riedel, описавшій впервые это заболѣваніе, даже по этому наружному признаку далъ названіе всему процессу. Температура не повышается.

Нельзя не признать, что клинически картина болѣзни крайне похожа на злокачественное новообразование щитовидной железы.

Однако дальнѣйшее теченіе и благоприятное вліяніе далеко не радикальной операціи говоритъ безусловно противъ такого предположенія. Во всѣхъ описанныхъ случаяхъ, кромѣ случая Deloge и Alamartine, наступило полное излеченіе, при чемъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ было примѣнено оперативное вмѣшательство, оно ни въ одномъ случаѣ не могло считаться радикальнымъ; операція обычно состояла въ частичныхъ иссѣченіяхъ, и тѣмъ не менѣе больные выздоравливали и всѣ явленія проходили, что конечно совершенно исключаетъ мысль о злокачественномъ новообразованіи. Читая исторіи болѣзни описанныхъ случаевъ, невольно вспоминается описаніе клинической картины при сицилпсѣ щитовидной железы. Правда, специфическое іодистое лечение, примѣненное въ нѣкоторыхъ случаяхъ, осталось безъ вліянія на болѣзненный процессъ, да и макроскопически при операціи по поводу Thyroidite ligneuse, авторы не замѣчали того специфическаго салнаго вида ткани, какъ это описано при гуммозныхъ пораженіяхъ щитовидной железы.

Микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ кусковъ показываетъ, что дѣло идетъ о хроническомъ воспалительномъ про-

цессъ. Измѣненія сосудовъ, описанныя при *Struma syphilitica*, обыкновенно отсутствуютъ и *Riedel* нашелъ только въ одномъ случаѣ явленія эндартерита. Съ другой стороны и туберкулезъ щитовидной железы клинически можетъ представлять большое сходство, какъ съ сифилитическимъ поражениемъ щитовидной железы, такъ и съ *thyroidite ligneuse*; при этомъ даже микроскопическая картина не всегда сразу рѣшаетъ вопросъ и только присутствие туберкулезныхъ палочекъ, которыя при современныхъ способахъ изслѣдованія легко обнаруживаются, позволяетъ дифференцировать процессы. На основаніи изложеннаго *Delore* и *Alamartine* и приходятъ къ заключенію, что *thyroidite ligneuse* есть заболѣваніе щитовидной железы, этиологія котораго можетъ быть или сифилисъ, или туберкулезъ и, наконецъ, неизвѣстная еще причина, ведущая къ картинѣ заболѣванія, описаннаго *Riedel*'емъ.

Дальнѣйшія изслѣдованія должны выяснитъ, есть ли болѣзнь *Riedel*'я самостоятельное заболѣваніе или она какъ таковая не существуетъ и описанное *Riedel*'емъ заболѣваніе относится или къ сифилису или къ туберкулезу щитовидной железы.

Глава II.

Вліяніе сифилиса на щитовидную железу.

Всѣ случаи сифилиса щитовидной железы, описаніе которыхъ мнѣ удалось найти въ литературѣ, всего 36 случаевъ, раздѣлены на 3 группы. Въ 1-ую группу вошли всѣ случаи гуммознаго сифилиса щитовидной железы у дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ; всѣ случаи этой группы проверены вскрытіемъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Къ этой же группѣ отнесены всѣ описанія микроскопической картины щитовидной железы доношенныхъ и недоношенныхъ дѣтей съ явленіями наследственнаго сифилиса. Во 2-ую и въ 3-ью группу вошли случаи пораженія щитовидной железы при приобретенномъ сифилисѣ, причѣмъ всѣ наблюденія, проверенныя вскрытіемъ или микро—и макроскопическимъ изслѣдованіемъ послѣ операціи, отнесены во 2-ую группу; и всѣ случаи пораженія щитовидной железы при приобретенномъ сифилисѣ, въ которыхъ діагнозъ былъ поставленъ только на основаніи извѣстной клинической картины, составляютъ 3-ью группу. Литературный обзоръ и составленъ такимъ образомъ, что сперва приведены случаи первой группы, затѣмъ второй и третьей.

Изъ доступной мнѣ литературы привожу нижеслѣдующіе случаи гуммознаго пораженія щитовидной железы у дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ.

Demme въ отдѣлѣ «Die Krankheiten der Schilddrüse» въ *Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten* 1878 г. описываетъ 3 случая находенія гуммъ въ щитовидной железахъ у наследственно сифилитическихъ дѣтей. Въ 2 случаяхъ одновременно были найдены сифилитическіе инфильтраты въ печени, интерстиціальній сифилитическій гепатитъ; въ 3-ьемъ случаѣ въ печени и въ селезенкѣ были найдены гуммы. Во всѣхъ трехъ случаяхъ на кожѣ сифилитическія пустулы. Гуммозныя опухоли въ

щитовидной железѣ представлялись узелками величиною въ чечевичное зерно до горошины, сѣроокраснаго или сѣрожелтаго цвѣта, рѣзко ограниченными. Щитовидная железа большею частью струмозно перерождена. Микроскопическая картина вполне тождественна съ таковой гуммъ печени. Въ одномъ изъ изслѣдованныхъ случаевъ разсѣянные узелки, величиною съ чечевичное зерно, были мягкой, студенистой консистенціи. Въ стромѣ, состоящей изъ тонкой сѣтчатой соединительной ткани, расположены преимущественно веретенообразныя и круглыя дѣлящіяся клѣтки и въ большомъ количествѣ свободныя ядра. Въ узлахъ болѣе желтаго цвѣта клѣтки жирно перерождены. 4-ый случай Demme описанъ 5 лѣтъ спустя. Ребенокъ, страдавшій послѣ рожденія какой то сыпью, на 2-омъ году жизни заболѣлъ воспаленіемъ лѣваго локтеваго и немного спустя и лѣваго колѣннаго суставовъ. Подъ конецъ 4-го года появились узловатыя утолщенія на фалангахъ рукъ и ногъ и на другихъ костяхъ. Въ началѣ 6-го года уплотнѣніе лѣваго яичка, и его придатка и одновременно быстро прогрессирующее увеличеніе щитовидной железы, достигающей справа величины куриного яйца. Зобъ былъ узловатый, плотный, уменьшился при ртутномъ леченіи. Скоро ясно выраженный Exophthalmus учащеніе сердечной дѣятельности. Быстрое исхуданіе, бронхитъ, exitus lethalis. При вскрытіи: Gummata въ лѣвой половинѣ мозжечка, въ правомъ легкомъ, въ мышечной стѣнкѣ праваго желудочка, въ лѣвомъ яичкѣ и въ костяхъ. Amyloid печени, селезенки и почекъ. Зобъ состоялъ отчасти изъ плотныхъ фиброзныхъ узловъ, отчасти изъ многочисленныхъ мелкихъ, студенистой консистенціи, гуммозныхъ опухолей. Demme приходитъ къ заключенію, что гуммы въ щитовидной железѣ при наследственномъ сифилисѣ встрѣчаются очень рѣдко и только у тѣхъ дѣтей, у которыхъ одновременно можно доказать явленія сифилиса во внутреннихъ органахъ.

Birch-Hirschfeld въ своемъ учебникѣ патологической анатоміи приводитъ случай находенія гуммозныхъ очаговъ у новорожденнаго въ щитовидной железѣ, въ вилочковой железѣ, въ легкихъ, въ печени и въ поджелудочной железѣ.

Garnier, изучая микроскопическое строеніе щитовидной железы при острыхъ и хроническихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, изслѣдовалъ между прочимъ 5 железъ отъ мертворожденныхъ плодовъ на 8-омъ мѣсяцѣ; только одинъ ребенокъ, преждевременно родившійся на 8-омъ мѣсяцѣ, жилъ 8 дней; другой 6 ча-

совъ. Одинъ родился въ срокъ и жилъ 3 дня. У всѣхъ дѣтей были явленія наследственнаго сифилиса и матери были извѣстны, какъ страдающія сифилисомъ. Эти 5 случаевъ описаны Garnier въ его Thèse de Paris, 1899 года, подъ наблюденіемъ 41, 42, 43, 44 и 45. Фиксація въ жидкости Flemming'a.

Наблюденіе 41-ое: преждевременные роды мертвымъ плодомъ на 8-омъ мѣсяцѣ. Мать заразилась сифилисомъ въ теченіе беременности; во время родовъ свѣжія явленія сифилиса. У ребенка Perihepatitis. Микроскопическое изслѣдованіе: нигдѣ не видно коллоиднаго вещества. Фолликулы наполнены десквамированными клѣтками, протоплазма большею частью прозрачна, ядра хорошо окрасились гематинномъ.

Наблюденіе 42. Преждевременные роды на 8-омъ мѣсяцѣ. Ребенокъ жилъ 8 дней. Icterus, Roseola syphilitica palmarum et plantarum.

Фолликулы не содержатъ коллоида; большинство изъ нихъ мало и наполнено десквамированными клѣтками съ большимъ ядромъ, окруженнымъ прозрачной или слегка зернистой протоплазмой. Въ нѣкоторыхъ доляхъ встрѣчаются отдѣльные растянутые фолликулы, но они свободны отъ коллоида; эпителий правильно расположенъ въ рядъ по стѣнкѣ; въ другихъ доляхъ всѣ фолликулы наполнены клѣтками. Значительное расширеніе сосудовъ, наполненныхъ красными кровяными тѣльцами. Кровоизліяніи нѣтъ.

Наблюденіе 43. Родился въ срокъ, жилъ 3 дня. Мать страдаетъ сифилисомъ.

Микроскопическіе препараты сдѣланы изъ 4 разныхъ участковъ.

1 участокъ. Нормальное строеніе щитовидной железы совершенно измѣнено; фолликулы, какъ таковыя, неизвѣстны. Дольки образованы изъ массы клѣтокъ, раздѣленныхъ тонкими соединительно-тканными тяжами. Клѣтки также измѣнены: часть ядеръ большею частью велика, прозрачна, окрашена однако только по краю и окружена зернистой протоплазматической массой безъ рѣзкихъ границъ; другая часть ядеръ мала, окрашена равномерно и сильно, окружающая протоплазма зерниста и темна, очень рѣдко прозрачна и свѣтла. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ капилляры значительно расширены и гиперемія ясно выражена.

2-ой участокъ. Капилляры значительно расширены; они какъ-бы инъецированы и отдаютъ стѣнку фолликуловъ,

придавая препарату мѣстам кавернозный видъ. Мѣстами клѣточные массы расположены въ видѣ трубокъ; ядра клѣтокъ плохо окрашены, сливаясь протоплазма зерниста. Въ просвѣтѣ одной большой вены большое скопленіе лейкоцитовъ, которые въ одномъ мѣстѣ пристали къ стѣнкѣ; эндотелій набухъ.

3-ій участокъ. Расширеніе капилляровъ значительное; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ красныя кровяныя тѣльца видны внѣ сосудовъ, они лежатъ между эпителиальными клѣтками. Часть эпителиальныхъ клѣтокъ отличается большимъ количествомъ свѣтлой прозрачной протоплазмы, въ которой расположено плохо окрашенное ядро; клѣтки расположены безъ всякаго порядка, фолликулярнаго строенія нѣтъ.

4-ый участокъ по своему строенію представляетъ повтореніе 1-го участка.

Наблюденіе 44. Преждевременные роды на 8-омъ мѣсяцѣ мертвымъ плодомъ; мать страдаетъ сифилисомъ. Щитовидная железа значительно менѣе измѣнена, чѣмъ предыдущія. Фолликулы содержатъ коллоидное вещество; кое-гдѣ можно видѣть коллоидное вещество и между дольками въ междольчатой соединительной ткани. Эпителий фолликуловъ измѣненъ, повидному, не представляетъ.

Наблюденіе 45. Преждевременные роды на 8-омъ мѣсяцѣ, жилъ 6 часовъ. *Periphigus syphiliticus*. Коллоидъ почти совершенно отсутствуетъ; онъ встрѣчается только въ очень немногихъ фолликулахъ. Большинство фолликуловъ наполнено клѣтками, расположенными безъ всякаго порядка; протоплазма клѣтка или свѣтла или слегка зерниста, сливается въ общую массу, въ которой расположено неправильное, вытянутое, еле окрашенное ядро, содержащее одно или нѣсколько ядрышекъ.

Описанныя 5 наблюденій въ связи съ изслѣдованіемъ щитовидныхъ железъ здоровыхъ плодовъ и новорожденныхъ даютъ Garnier поводъ къ слѣдующимъ общимъ разсужденіямъ и выводамъ: микроскопическая картина щитовидныхъ железъ, взятыхъ отъ дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ, крайне разнообразна, она не указываетъ на увеличеніе секретіи, а скорѣе на уменьшеніе ея,—въ большинствѣ этихъ железъ коллоидное вещество отсутствуетъ, его нѣтъ ни въ фолликулахъ, ни въ лимфатическихъ щеляхъ. Фолликулы въ общемъ наполнены клѣтками, такъ что во многихъ мѣстахъ фолликулярное строеніе совершенно исчезаетъ; видны только клѣточные скопленія, раздѣленные сое-

динительно-тканными прослойками, и только кое-гдѣ встрѣчается нѣкоторое количество клѣтокъ, расположенныхъ правильно въ рядъ. Протоплазма клѣтокъ или прозрачна, или зерниста; въ клѣткахъ съ прозрачной протоплазмой ядра въ общемъ хорошо сохранились, они малы, правильно круглы и сильно красятся *Haematein*'омъ. Ядра другихъ клѣтокъ, наоборотъ, болѣе или менѣе дегенерированы, они набухли, плохо окрашиваются, пузырчаты—только периферія окрасилась темнѣе, остальная часть ядра блѣдна и содержитъ только иногда одно—два сильно окрашенныхъ зернышка. Иногда гематеинъ не краситъ вовсе эти ядра, они принимаютъ слабо розовый цвѣтъ отъ эозина. Эти большія пузырчатыя ядра встрѣчаются чаще всего среди зернистой протоплазматической массы безъ рѣзкихъ границъ между отдѣльными клѣтками. Garnier въ слияніи протоплазмы и въ плохой окрасиваемости ядеръ видите намекъ на образованіе коллоида, однако процессъ растворенія ядеръ не дошелъ до конца. Если это измѣненіе распространяется на большіе участки железы, строеніе ея становится неузнаваемымъ. Парэнхима железы кажется въ такихъ случаяхъ построенной изъ небольшихъ, неправильныхъ клѣтокъ, раздѣленныхъ крайне расширенными капиллярами. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ расширеніе капилляровъ столь значительно, что вся ткань походитъ по своему строенію на ангиому. Собственно железистыя клѣтки въ такихъ мѣстахъ отступаютъ на задній планъ, ихъ мало, протоплазма зерниста, ядра клѣтокъ хорошо окрашены.

Измѣненія болѣе рѣзко выражены въ наблюденіи 43, гдѣ цѣлыя участки железы дегенерированы, и мѣстами можно видѣть кровоизліянія въ ткань железы.

Изъ 5 дѣтскихъ железъ съ наследственнымъ сифилисомъ, измѣненія, какъ они описаны въ наблюденіи 43, найдены были 4 раза, хотя менѣе рѣзко; въ одномъ наблюденіи, 44-омъ, измѣненія совершенно отсутствовали; железа была повидному нормальна; фолликулы малы, содержали коллоидъ, слѣды котораго можно было найти и въ междолькулярныхъ лимфатическихъ щеляхъ. Въ данномъ случаѣ, можетъ быть, имѣло мѣсто даже незначительная степень гиперсекретіи.

Bégarд на основаніи собственныхъ изслѣдованій могъ подтвердить во всѣхъ отношеніяхъ данныя, полученныя Garnier. Bégarд, кромѣ того, изслѣдовалъ щитовидныя железы на присутствіе блѣдной спирохеты, которая, однако, ни разу не была найдена.

На основаніи собственныхъ изслѣдованій и приведенныхъ выше случаевъ Garnier, Bégaré приходитъ къ заключенію, что наследственный сифилисъ несомнѣнно дѣйствуетъ на щитовидную железу и онъ полагаетъ, что многіе случаи слизистаго отека перваго дѣтства зависятъ отъ вліянія специфической сифилитической инфекціи на щитовидную железу. Bégaré склоненъ думать, что щитовидныя железы у дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ подвергаются склерозу и въ подтвержденіе своего взгляда приводитъ изслѣдованія Lapegeaux, который при вскрытіи труповъ съ явленіями гуммознаго сифилиса находилъ щитовидныя железы болѣе плотными, блѣдными и меньшими, чѣмъ въ нормѣ; микроскопически можно было доказать сильное развитіе фиброзной ткани съ атрофіей железистыхъ пузырьковъ; въ менѣе измѣненныхъ мѣстахъ видны большіе фолликулы, наполненные коллоидомъ.

Perrando *) изслѣдовалъ гистологически щитовидныя железы у сифилитическихъ, нежизнеспособныхъ плодовъ и нашель, что щитовидная железа у нихъ всегда увеличена въ объемѣ; это увеличеніе можетъ зависѣть какъ отъ гипертрофіи парэнхимы, такъ и отъ развитія соединительной ткани или отъ той и другой причины одновременно; вообще же недостаточной жизнеспособности плодовъ вслѣдствіе наследственнаго сифилиса соответствуетъ и недостаточное развитіе щитовидной железы.

Elkes въ своей работѣ «о строеніи щитовидной железы ко времени рожденія» среди 35 описаній микроскопическаго строенія железы приводитъ, между прочимъ, и 3 описанія щитовидной железы новорожденныхъ съ врожденнымъ сифилисомъ (случаи 22, 23 и 24.), которыя я приведу цѣликомъ.

Случай XXII. На разрѣзѣ уплотненной железы уже простымъ глазомъ различается ясное дѣленіе на дольки вещества железы, окруженной общей соединительнотканной капсулой. При маленькомъ увеличеніи железистое вещество представляется зернистой субстанціей, въ которой только при сильномъ увеличеніи различаются тѣсно расположенныя клѣтки—клѣтки состоятъ изъ круглаго ядра и изъ окружающей ядро мелкозернистой протоплазмы. Клѣточные границы, какъ правило, не рѣзко выражены. Бросается въ глаза сильное наполненіе кровью сосудовъ парэнхимы. Ничто не указываетъ на секреторную дѣятельность железы. Въ

*) Работа Perrando въ оригиналѣ мнѣ не была доступна и пришлось ограничиться рефератомъ въ: Zentr. f. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie 1909 г. стр. 695.

интерстиціальной соединительной ткани, какъ и въ эпителиальной массѣ, встрѣчается довольно много упомянутыхъ уже неоднократно «ядерныхъ скопленій» разной величины.

Случай XXIII. Щитовидная железа новорожденнаго (двойни) съ наследственнымъ сифилисомъ.

Капсула состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани, содержащей немного клѣтокъ. Отъ нея между эпителиальными клѣтками видѣются перегородки съ кровеносными сосудами, преимущественно съ капиллярами. Эти перегородки продолжаются внутрь парэнхимы въ видѣ тонкихъ волоконцевъ, перекрещиваются и образуютъ сѣтъ. Въ петляхъ этой сѣти эпителиальныя клѣтки расположены въ видѣ трубокъ. Сами клѣтки многогранны съ 6 или 8 поверхностями. Протоплазма однородна, красится эозинномъ въ розовый цвѣтъ. Ядра свѣтлы, что особенно замѣтно при сравненіи со значительно болѣе темнымъ сосудистымъ эндотелиемъ. Слѣдуетъ замѣтить еще, что нѣкоторыя беспорядочно расположенныя ядра болѣе свѣтлы и значительно больше, чѣмъ другія. Кое-гдѣ въ сплошныхъ цилиндрахъ можно замѣтить типичное радиарное расположеніе эпителиальныхъ клѣтокъ.

Случай XXIV. Двойни.

Щитовидная железа почти не отличается отъ предыдущей. Въ этомъ случаѣ только болѣе многочисленны крупныя, свѣтлыя ядра съ хорошо окрашивающимся ядрышкомъ. Въ этихъ 2 случаяхъ съ ясными признаками наследственнаго сифилиса не были совершенно замѣтны описанныя въ первомъ случаѣ ядерныя скопленія.

Hesselberg при изслѣдованіи дѣтской щитовидной железы между прочимъ описываетъ 3 железы дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ: данныя изслѣдованія Hesselberg совпадаютъ въ общемъ съ таковыми Garnier. 2 раза были отмѣчены многочисленныя ядерныя скопленія, какъ они описаны у Elkes въ одномъ случаѣ; одинъ разъ рядомъ съ этими ядерными скопленіями рѣзко выраженная десквамація. Развитіе фолликуловъ неравномѣрное, въ периферическихъ частяхъ фолликулы съ коллоиднымъ содержимымъ. Hesselberg на основаніи своихъ случаевъ не можетъ рѣшить, какое вліяніе на десквамацію оказываетъ сифилисъ; точно также авторъ не можетъ согласиться съ Elkes, который ядерныя скопленія считаетъ чуть ли не специфическимъ проявленіемъ сифилиса, такъ какъ такія-же образованія встрѣчаются въ железахъ отъ завѣдомо

здоровыхъ, дѣтей и съ другой стороны, при сифилисѣ часто отсутствуютъ.

Немного чаще были найдены патологоанатомическія измѣненія въ щитовидной железѣ при приобретенномъ сифилисѣ. Я раздѣлилъ, какъ было уже сказано, описанные въ литературѣ случаи, на случаи заболѣванія щитовидной железы, найденныя при вскрытіи или операци и подробно изслѣдованныя макро—и микроскопически (2-ая группа) и на случаи клиническіе, которые, однако, вслѣдствіе подробнаго и авторитетнаго наблюденія и успѣха терапіи, не оставляютъ сомнѣнія въ сифилитической природѣ пораженія щитовидной железы (3-ья группа).

Ко второй группѣ относятся слѣдующіе случаи:

Navratil въ 1882 году приводитъ слѣдующій случай: 34 лѣтняя женщина страдаетъ правостороннимъ зобомъ величиною съ кулакъ; опухоль безболѣзненна, крѣпко срослена съ окружающими тканями. Выпячиваніе глоточной стѣнки, смѣщеніе гортани, затрудненіе дыханія и глотанія. Опухоль росла сначала медленно, затѣмъ быстро. Послѣ внутренняго леченія іодистымъ кали и впрыскиванія въ опухоль іодной настойки опухоль уменьшилась на половину. Смерть отъ страданія почекъ.

При вскрытіи было найдено: гумма величиною съ кулакъ правой доли щитовидной железы и окружающей клѣтчатки, сифилитическіе рубцы слизистой верхней части пищевода и, кромѣ того, на задней стѣнкѣ влагалища. Интерстиціальныи нефритъ.

Fränkel въ 1887 году имѣлъ случай вскрыть женщину 41 года, которая въ теченіе 2 лѣтъ страдала хрипотой и умерла отъ прогрессирующей слабости; клиническій діагнозъ: *Tbc. pulmonum et laryngis*.

При вскрытіи были найдены гуммозные инфильтраты трахеи, начиная съ 4-го трахеальнаго кольца, сросненія съ окружающими тканями и съ возвратнымъ нервомъ. Щитовидная железа не увеличена; при переходѣ широкаго перешейка въ правую долю ткань железы превращена въ довольно плотную, желтовато-сѣрую массу, размѣры которой приблизительно $2,5 \times 2 \times 1$ см.; эта масса по консистенціи своей ясно отличается отъ нормальной ткани железы и переходитъ безъ рѣзкихъ границъ въ окружающую ее парэнхиму; съ передней поверхностью дыхательнаго горла, которое въ данномъ мѣстѣ не измѣнено, эта масса крѣпко срослена. Другихъ узловъ въ щитовидной железѣ нѣтъ. Цирротическія измѣненія въ легкихъ, гуммозные узлы въ печени и почкахъ; рубцы и остеофиты на черены.

При гистологическомъ изслѣдованіи Fränkel нашелъ, что микроскопическая картина въ высокой степени напоминаетъ тѣ измѣненія, которыя встрѣчаются при туберкулезѣ щитовидной железы, такъ какъ гуммозный процессъ, какъ и туберкулезный, развивается исключительно въ межфолликулярной ткани, и только вторично вслѣдствіе сдавленія фолликуловъ, иногда также вслѣдствіе непосредственнаго прорыва мѣстами сильно разрастающихся клѣтокъ въ полость фолликуловъ, можетъ наступить атрофія и гибель самой парэнхимы. Новообразованные элементы никакихъ специфическихъ свойствъ не имѣютъ, но они повидимому болѣе стойки, чѣмъ при туберкулезѣ. Некробиотическія измѣненія въ этой крупной гуммѣ почти отсутствовали, гигантскія клѣтки не были найдены. На основаніи собственнаго случая и изученія описанныхъ въ литературѣ случаевъ, Fränkel приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Гуммозное заболѣваніе щитовидной железы встрѣчается, какъ при наследственномъ, такъ и при приобретенномъ сифилисѣ, но очень рѣдко, и повидимому, немного чаще при наследственномъ, чѣмъ при приобретенномъ сифилисѣ.

2) Гуммы въ щитовидной железѣ встрѣчаются повидимому только одновременно съ сифилисомъ внутреннихъ органовъ.

3) Гуммы щитовидной железы представляются мелкими опухолями или болѣе значительными узлами и, какъ и гуммы въ другихъ органахъ, безъ рѣзкихъ границъ и переходятъ диффузно въ окружающую ткань.

4) По своему гистологическому строенію гуммы щитовидной железы ничѣмъ не отличаются отъ гуммъ въ другихъ органахъ.

5) Можетъ ли гуммозное заболѣваніе дать клиническія явленія, на основаніи извѣстныхъ пока случаевъ рѣшить нельзя; въ его случаѣ ничего не указывало на такое тяжѣлое поврежденіе железы, открытое только при вскрытіи.

Vigee Clarke въ 1897 г. описалъ слѣдующій случай. 38 лѣтняя женщина 4 года тому назадъ страдала гуммозными язвами на верхн. конечности и на лицѣ, которыя зажили отъ приѣма внутрь іодистаго кали. 3/4 года тому назадъ гумма на передней поверхности шеи, изъязвившейся черезъ 1/2 года, несмотря на приѣмы іодистаго кали. Послѣдніе 14 дней затрудненіе глотанія и дыханія; хрипота.

На передней поверхности шеи плотная, цилиндрическая опухоль, занимающая область отъ подъязычной кости до грудины, опухоль

при глотаніи поднимается вмѣстѣ съ гортанью; въ верхней своей части опухоль изъязвлена.

Оперативное пособіе состояло въ ларинго-трахеотоміи, при чемъ пришлось разсѣчь плотныя гуммозныя массы, занимающія весь перешеекъ щитовидной железы. Большія дозы іодистаго кали, выздоровленіе. Микседемы нѣтъ. Подъ микроскопомъ только ткань гуммы, остатковъ парэнхимы щитовидной железы не видно.

Küttner описалъ 2 случая сифилиса существовавшего раньше зоба.

Случай 1-й касается 39 лѣтней женщины, страдающей съ молодыхъ лѣтъ зобомъ; на 18-мъ году жизни высыпь, 2 года спустя абортъ мацерированнымъ плодомъ, — 2-ой ребенокъ здоровъ. Въ теченіе послѣднихъ 4 мѣсяцевъ усиленный ростъ зоба, одышка, боли. Лѣвосторонній зобъ величиною съ небольшой кулакъ, очень плотный, бугристый, мало подвижный въ глубинѣ; кожа не измѣнена, свободна надъ опухолью; лимфатическія железы увеличены; парезъ возвратнаго нерва. Правая половина также увеличена, но мягка и подвижна. Диагнозъ: Struma maligna.

Виѣкапсулярное удаленіе лѣвой половины щитовидной железы и нѣсколькихъ увелич. лимф. железъ. При операціи бросился въ глаза своеобразный сальный цвѣтъ отечной, окружающей зобъ, клѣтчатки. Заживленіе безъ осложненій per primam. Черезъ 5 мѣсяцевъ больная снова явилась съ обширными сифилитическими изъязвленіями мягкаго неба и задней стѣнки глотки; всѣ язвы зажили при леченіи іодистымъ кали. При макроскопическомъ осмотрѣ удаленной опухоли видно, что въ периферическихъ частяхъ сохранились островки железистой ткани; въ остальныхъ частяхъ парэнхима превратилась въ гомогенную, сѣрую ткань, въ которой встрѣчаются значительные очаги — величиною до орѣха — творожистаго перерожденія. Творожистыя участки на разрѣзѣ сухи, нигдѣ не размягчены и только мѣстами они рѣзко ограничены отъ окружающей ткани. Въ удаленныхъ лимфатическихъ железахъ творожистаго перерожденія нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено слѣдующее: большіе творожисто-перерожденные очаги окружены поясомъ очень богатой клѣтками ткани; отъ этого пояса казеозныя участки мѣстами рѣзко отдѣлены свѣтлымъ, почти совершенно безъядернымъ, слоемъ соединительной ткани; въ другихъ мѣстахъ переходъ болѣе постепенный. Творожистыя массы диффузно

окрасились; въ нихъ еще вездѣ различаются блестящіе волокнистые элементы и, особенно въ периферическихъ частяхъ, довольно хорошо окрашенныя ядра лимфоцитовъ. Въ окружающемъ эти очаги богатомъ клѣтками поясѣ можно различить два различныхъ слоя. Въ центральныхъ, граничащихъ непосредственно къ творожистымъ массамъ частяхъ, преобладаютъ эпителиальные элементы надъ лимфоцитами, клѣточные ядра часто расположены радіально, какъ это описалъ L a n g h a n s; кромѣ того, въ этомъ слой можно встрѣтить гигантскія клѣтки, которыя ничѣмъ не отличаются отъ гигантскихъ клѣтокъ, встрѣчающихся въ туберкулахъ, и особенно многочисленно расположены тамъ, гдѣ творожистыя массы рѣзко отграничены отъ окружающей ткани склеротическимъ слоемъ соединительной ткани. Слой, расположенный дальше отъ творожистаго очага, отличается богатствомъ лимфоцитами, которые мѣстами лежатъ густыми кучками, и совершенно закрываютъ эпителиальные элементы. Тѣ участки удаленной половины щитовидной железы, которые не подверглись творожистому перерожденію, состоятъ преимущественно изъ плотной фиброзной ткани, содержащей незначительныя остатки парэнхимы щитовидной железы; въ периферическихъ частяхъ больше железистой ткани. Несмотря на самые тщательные поиски въ 100 слишкомъ срѣзахъ, туберкулезныя палочки не были найдены. Въ лимфатическихъ железахъ микроскопически только простая гиперплазія.

Случай 2-ой.

27-ми-лѣтній мужчина обратился въ клинику по поводу сильной одышки. Съ дѣтства страдаетъ зобомъ; нѣсколько лѣтъ тому назадъ инфекція сифилисомъ. Въ послѣднее время увеличеніе зоба, затрудненіе дыханія.

Внутрен. органы здоровы; признаковъ сифилиса нѣтъ. Правосторонній зобъ величиною съ кулакъ, плотный. Кожа нормальна, не сращена. Незначительная чувствительность при давленіи. Опухоль неподвижна; парезъ n. recurrens. Лѣвая половина щитовидной железы также увеличена, но мягка, хорошо подвижна. — Struma maligna. — Операція: вслѣдствіе крайне обширныхъ и плотныхъ сращеній операцію не удалось окончить; былъ вырванъ кусокъ для изслѣдованія. Вслѣдствіе сильнаго затрудненія дыханія трахеотомія. При операціи бросился въ глаза сальный видъ покрывающихъ зобъ тканей; возникло подозрѣніе о сифилисѣ зоба; іодистый калий далъ бѣстрое улучшеніе и черезъ 2 недѣли отъ

зоба ничего не осталось. Полное излечение. Микроскопическое исследование. Удаленный кусок состоит почти исключительно из плотной фиброзной ткани, пронизанной многочисленными круглыми элементами; мѣстами, главнымъ образомъ вокругъ сосудовъ, значительныя скопленія круглыхъ клѣтокъ; въ этихъ, частью кругловатыхъ, частью овальныхъ очаговъ, строма почти не различима. На периферіи вырѣзаннаго кусочка встрѣчаются остатки мышцъ, тоже пронизанные вблизи сосудовъ круглыми элементами. Остатковъ ткани щитовидной железы нѣтъ, какъ и специфическихъ образований, вродѣ гигантскихъ клѣтокъ или творожистаго перерожденія. До нѣкоторой степени характернымъ для сифилиса явленіемъ могутъ служить измѣненія мелкихъ артерій и капилляровъ, которыя соотвѣтствуютъ тѣмъ измѣненіямъ, какъ они описаны Reclus, Malassez и Langhans'омъ, хотя эти измѣненія въ данномъ случаѣ не вездѣ встрѣчаются. На артеріяхъ эти измѣненія выражаются значительнымъ утолщеніемъ интимы и разрощеніемъ клѣтокъ и круглоклѣточной инфильтраціей адвентиціи; на капиллярахъ также можно доказать значительное набуханіе и разрастаніе эндотелия и во многихъ мѣстахъ ясно видна гомогенная или слоистая адвентиція вокругъ капилляровъ. Media артерій и венъ безъ какихъ либо болѣе значительныхъ измѣненій.

Основываясь на микроскопической картинѣ Küttner считаетъ, что 1-ый случай принадлежитъ къ гуммозной, а второй случай къ фиброзно-воспалительной формѣ проявленія сифилиса. Общія выводы, къ которымъ Küttner пришелъ при изученіи собственныхъ случаевъ и описанныхъ до него, слѣдующіе: образование гуммъ въ щитовидной железнѣ встрѣчается приблизительно одинаково часто, какъ при наследственномъ, такъ и при приобретенномъ сифилисѣ, при чемъ при наследственной формѣ, какъ правило, совмѣстно съ сифилисомъ внутреннихъ органовъ; при приобретенномъ сифилисѣ это необязательно. Гуммы могутъ развиваться въ щитовидной железнѣ независимо отъ существованія зоба и ихъ развитіе не всегда влечетъ за собой увеличеніе щитовидной железы. Гистологически гуммозные узлы въ щитовидной железнѣ ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ другихъ органовъ, онѣ или рѣко ограничены или переходятъ диффузно въ окружающія ткани.

Hültl наблюдалъ слѣдующій случай: 58 лѣтній крайне истощенный мужчина, былъ принятъ въ клинику по поводу за-

трудненія глотанія, появившагося около 2 съ лишнимъ мѣсяцевъ тому назадъ. Около 3 лѣтъ тому назадъ больной лечился отъ одышки, при чемъ онъ былъ пользованъ смазываніями, послѣ чего его состояніе значительно улучшилось. Хрипотой страдаетъ давно. При исследованіи оказалось, что щитовидная железа увеличена до размѣровъ небольшого яблока, правая доля немного больше и плотнѣе. Въ лѣвой, меньшей долѣ, плотный, бугристый, ограниченный, величиною съ лѣсной орѣхъ, узелъ. На правой голосовой связкѣ язва, переходящая на переднюю комиссуру; окружность язвы красна, края ея выворочены. Диагнозъ: Carcinoma laryngis et struma maligna. Больной на пробную эксцизію не согласился и выписался.

3 мѣсяца спустя онъ in extremis снова былъ принятъ. Зобъ увеличился до объема 2 кулаковъ, онъ во всѣхъ частяхъ плотенъ, обѣ доли одинаково увеличены; по средней линіи зобъ занимаетъ пространство отъ перстневиднаго хряща до вырѣзки грудины. Кожа безъ измѣненій, но она мѣстами припаяна къ подлежащимъ частямъ. Крайне трудная трахеотомія черезъ зобъ. Ткань зоба очень плотна; поражалъ отекъ окружающихъ зобъ тканей. Противъ ожиданія больной сталъ поправляться и раиа зоба покрылась здоровыми грануляціями. Такое благопріятное теченіе возбудило сомнѣніе относительно правильности діагноза и была сдѣлана пробная эксцизія. Исследование было произведено Dr. Krompacher'омъ, который сообщилъ, что раковое новообразование можно исключить; разрастанія эпителия не видно нигдѣ, но сильно выраженной инфильтраціей круглыми клѣтками вокругъ мелкихъ сосудовъ и капилляровъ говорить за сифилисъ.

Предпринятое послѣ этого іодистое леченіе дало блестящій результатъ: зобъ почти исчезъ, общее состояніе значительно лучше. Авторъ считаетъ, что въ данномъ случаѣ имѣлось: Thyreoiditis interstitialis syphilitica, развившаяся послѣ гуммы въ лѣвой долѣ железы.

Felix Mendel на съѣздѣ терапевтовъ въ Мюнхенѣ въ 1906 году въ докладѣ «сифилисъ щитовидной железы» приводитъ 3 собственныхъ наблюденія. Первое наблюденіе было сдѣлано въ 1883 г. въ клиникѣ проф. Thiersch'a въ Лейпцигѣ. Удаленная половина щитовидной железы была подвергнута тщательному микроскопическому исследованію, описаніе котораго я подробно привожу; 2 другихъ случая касаются клиническихъ наблюденій, которыя однако, въ виду удобства, также будутъ приведены здѣсь-же.

Случай 1. 38 лѣтняя служанка явилась въ клинику по поводу рѣзко выраженной одышки. Она рожала 3 раза, всегда была здорова. Съ 12-аго года жизни существуетъ припуханіе шеи, увеличившееся сильно за послѣднее полгода. Болей не было. На правой сторонѣ шеи опухоль величиною почти съ дѣтскую голову; опухоль плотна, поверхность неправильно бугриста. Грудино-ключично-сосковая мышца проходитъ надъ опухолью, но не ясно ограничивается отъ нея. Кожа надъ опухолью свободна. Опухоль соответствуетъ правой дольѣ щитовидной железы; перешеекъ также увеличенъ и обхватываетъ дыхательное горло. На правой сторонѣ шеи прощупывается нѣкоторое количество плоскихъ, величиною отъ горошины до боба, лимфатическихъ железъ.

Трахеотомія. Черезъ 3 дня экстирпація опухоли, черезъ 2 дня смерть отъ слабости сердца.

На вскрытіи было обнаружено: амилоидъ селезенки, звѣздчатые рубцы мягкаго неба и многочисленныя гуммы печени. Удаленная опухоль имѣетъ слѣдующіе размѣры: длина 11 см., ширина 10 см., толщина 9 см. Она неправильно кругловатой формы, поверхность бугриста; отъ поверхности опухоли, особенно на ея задней поверхности, удается отдѣлить мѣстами плотные соединительно-тканые пласты, плотно сросшиеся съ опухолью и повидимому входящія въ самую опухоль. Опухоль бѣловатаго и блѣдно краснаго цвѣта, и только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, ближе къ поверхности, цвѣтъ ея оранжево-желтый; консистенція опухоли соответствуетъ плотному резиновому шару, ткань плотна и суха, при давленіи сокъ не выдавливается. На разрѣзахъ, особенно фронтальныхъ, новообразование показываетъ неправильный рисунокъ, который зависитъ отъ плотныхъ блестящихъ, бѣлыхъ соединительно-тканыхъ прослоекъ, проходящихъ въ опухоль отъ периферіи. Пространство между этими бѣлыми прослойками и центральными частями опухоли занято желтоватой, по наружному виду, болѣе аморфной массой, которая только немного мягче на ошупь, чѣмъ остальная ткань опухоли; это отношеніе особенно ясно видно въ центрѣ новообразования. Макроскопически нигдѣ никакихъ слѣдовъ творожистаго перерожденія. При микроскопическомъ изслѣдованіи, смотря по мѣсту, изъ котораго сдѣланъ препаратъ, получается совершенно различная картина. Въ периферическихъ частяхъ еще можно узнать нормальное строеніе щитовидной железы, можно различить болѣе или менѣе

шаровидные железистые пузырьки, которые, соединяясь въ дольки, окружены соединительно-тканной стромой. Болѣе кнутри железистые пузырьки рѣже, но они больше и наполнены частью клѣтками, частью коллоидной массой. Соответственно уменьшенію железистой ткани толщина соединительно-тканыхъ прослоекъ увеличилась; получается картина частью фиброзной, частью коллоидной струмы.

Въ болѣе центральныхъ частяхъ железистые пузырьки почти совершенно замѣщены фиброзной тканью, въ разныхъ мѣстахъ неодинаково богатыя клѣтками и пронизанной кругловатыми, болѣе или менѣе рѣзко ограниченными кучками тѣсно лежащихъ круглыхъ клѣтокъ. Болѣе кнутри соединительная ткань быстро уменьшается, ея волокнистость становится неясной. На ея мѣсто является поясъ кругловатыхъ, частью неправильной формы клѣтокъ, которыя такъ тѣсно расположены, что структура основной субстанціи не ясно различается,—это типичная грануляціонная ткань. Между тѣмъ, какъ на периферіи, соединительная ткань значительно преобладаетъ надъ клѣтками, это отношеніе по направленію къ центру совершенно измѣняется такимъ образомъ, что между тѣсно расположенными клѣтками можно различить только немного соединительно-тканыхъ волоконъ и въ этой ткани встрѣчаются ограниченные кругло-кѣточные инфильтраты, которые вслѣдствіе гигантскихъ клѣтокъ, съ ядрами, расположенными по периферіи, совершенно напоминаютъ картину миллиарнаго бугорка. Эта богатая клѣтками ткань къ центру опухоли постепенно переходитъ въ безструктурную зернистую массу; переходъ совершается такимъ образомъ, что клѣточные ядра становятся все менѣе и менѣе рѣзко ограниченными, количество ихъ уменьшается и уступаютъ наконецъ мѣсто безструктурной массѣ. Эта ткань занимаетъ всю центральную часть опухоли и только въ немногихъ мѣстахъ можно встрѣтить выше упомянутыя неправильныя клѣтки и между ними тогда почти всегда видны легко различимыя гигантскія клѣтки съ расположенными по периферіи ядрами. Особеннаго вниманія, кромѣ выше упомянутыхъ кругло-кѣточныхъ скопленій съ гигантскими клѣтками, заслуживали характерныя измѣненія, которыя можно наблюдать на сосудахъ, проходящихъ въ незначительномъ количествѣ черезъ опухоль. Почти все сосуды болѣе или менѣе патологически измѣнены. Въ тѣхъ сосудахъ, которые сохранили еще болѣе или менѣе свое нормальное строеніе, интима утолщена и пронизана

отдѣльными круглыми клѣтками, вслѣдствіе чего просвѣтъ значительно суженъ, но не закрытъ совершенно. Membrana fenestrata не вполне ясно различима, но повидимому круглыя клѣтки расположились между нею и разросшимся эндотелиемъ интимы.

Въ Media кромѣ отдѣльных круглыхъ клѣтокъ ничего патологическаго не замѣчается. Въ Adventitia клѣточная инфильтрація достигла уже такой степени, что на поперечномъ разрѣзѣ сосудъ кажется окруженнымъ тѣснымъ кольцомъ круглыхъ клѣтокъ. Это кольцо не рѣзко ограничено и инфильтрація, постепенно уменьшаясь, переходитъ въ окружающую ткань. Просвѣтъ сосуда постепенно выполняется мелкозернистой, безструктурной массой, плохо окрашивающейся и окруженной слоемъ сильно разросшейся Intima. Этотъ слой, расположенный между сохранившимся еще просвѣтомъ и membrana fenestrata, состоитъ изъ неясно волокнистой, своеобразно блестящей субстанции, которая пронизана многочисленными вакуолообразными полостями. Въ полостяхъ одно, рѣдко два овальныхъ или болѣе круглыхъ ядра, которые однако полость не выполняютъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ новообразованная ткань пронизана веретенообразными соединительно-тканными клѣтками. Такъ какъ процессъ разрастанія развивается не вездѣ одинаково равномерно, наоборотъ, въ какомъ нибудь мѣстѣ сосуда достигаетъ болѣе значительной толщины, то оставшіяся просвѣты, выполненные вышеописанной зернистой массой, располагаются эксцентрически и имѣютъ овальную форму. Мышечный слой сосудовъ, исключая отдѣльных лимфатическихъ тѣлецъ, свободенъ отъ какихъ либо патологическихъ измѣненій, между тѣмъ какъ Adventitia является сильнѣе инфильтрированной и постепенно переходитъ въ неправильно волокнистую, плохо окрашивающуюся ткань, которая окружаетъ сосудъ и пронизана немногими, отчасти круглыми, отчасти неправильными ядрами. Этотъ бѣдный клѣтками поясъ ткани окруженъ со всѣхъ сторонъ довольно рѣзко ограниченнымъ и уже макроскопически различимымъ кольцомъ такой сильной инфильтраціи, что онъ кажется состоящимъ изъ тѣсно расположенныхъ круглыхъ клѣтокъ и отъ основной ткани почти ничего не различимо. Для даннаго случая особенно важно то обстоятельство, что измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ не показываютъ, какъ при обыкновенныхъ воспалительныхъ явленіяхъ, никакихъ намековъ на регрессивный метаморфозъ въ видѣ жирового перерожденія или некроза, наоборотъ, всѣ измѣненія, имѣютъ про-

грессивный характеръ. Круглыя клѣтки, пронизывающія Adventitia, въ разрастаніяхъ Intima постепенно превращаются въ обыкновенную соединительную ткань, содержащую веретенообразныя клѣтки, зернистая масса, выполняющая просвѣтъ сосуда, принимаетъ соединительно-тканную структуру и, наконецъ, просвѣтъ сосудовъ выполняется соединительной ткани, болѣе или менѣе богатой клѣтками съ немногими лимфоидными тѣльцами, и, что особенно замѣчательно, эта ткань по своему богатству клѣтками, по величинѣ и формѣ клѣточныхъ ядеръ, поразительно похожа на окружающую ткань.

Такъ какъ въ этой стадіи заболѣванія и мышечная оболочка сосудовъ и Membrana fenestrata замѣщаются обыкновенной соединительной тканью, и весь сосудъ превращается въ соединительно-тканный тяжъ, то въ нѣкоторыхъ мѣстахъ только по сохранившимся круглымъ контурамъ можно узнать о бывшихъ здѣсь сосудахъ. Доказать съ абсолютной точностью, что при описанныхъ измѣненіяхъ сосудовъ дѣло идетъ о равныхъ стадіяхъ одного и того-же процесса, что фиброзныя сосудистыя пробки являются конечными продуктами воспалительнаго процесса и не представляютъ изъ себя организованные тромбы, нельзя; однако измѣненія такъ постепенны, отдѣльные ступени такъ ясно, шагъ за шагомъ, прослѣживаются, что о развитіи одной стадіи изъ другой не можетъ быть сомнѣнія. Специфическія окраски на туберкулезныя палочки дали отрицательный результатъ.

Случай 2 касается 38 лѣтней цвѣтущей женщины, всегда здоровой. 2 здоровыхъ дѣтей, абортотъ не было. Щитовидная железа уже много лѣтъ слегка увеличена.

Въ теченіе послѣднихъ 3 мѣсяцевъ безъ болѣе развилась опухоль на лѣвой сторонѣ шеи.

Въ лѣвой половинѣ щитовидной железы плотная, крупнобугристая, величиною съ куриное яйцо, опухоль, плотно спаянная съ лѣвой половиной гортани; отъ перешейка опухоль не ясно ограничивается и въ него отъ опухоли переходитъ плотный тяжъ. Правая доля щитовидной железы также увеличена. Лимфатическія железы подъ угломъ нижней челюсти увеличены. Послѣ приѣма 20 гр. іодистаго калия опухоль совершенно исчезла.

Случай 3. 63 лѣтняя женщина. Въ анамнезѣ дизентерія и рожа лица; всегда здорова. 3 здоровыхъ дѣтей, абортотъ нѣтъ. Щитовидная железа всегда немного увеличена. Въ декабрѣ 1904 г.

на лѣвой сторонѣ шеи развилась плотная опухоль, которая въ теченіе послѣдующихъ мѣсяцевъ, быстро увеличиваясь, перешла и на правую сторону и стала причинять расстройства глотанія и дыханія. Затрудненіе дыханія усилилось на столько, что 27-го мая 1905 г. была произведена трахеотомія. Глотаніе также было настолько затруднено, что даже жидкость проходила съ большимъ трудомъ. Многочисленными врачами опухоль была признана раковой.

Со середины августа 1905 г. больная находилась подъ наблюдениемъ F. Mendel. Состояніе ея было слѣдующее: крайне истощена, временами почти умирающая, дышетъ, не смотря на трахеотомическую канюлю, съ трудомъ; въ теченіе дня и ночи многократные припадки удушья и сердечной слабости. Объемъ шеи 45 ст.; въ области щитовидной железы громадная опухоль, занимающая всю область между углами нижней челюсти; опухоль обхватываетъ гортань и трахею и повидимому плотно срослена съ позвоночникомъ. Опухоль плотна, поверхность мало бугриста, кожа надъ ней совершенно свободна; болей нѣтъ. Затылочные лимфатическія железы увеличены, но по своей консистенціи онѣ не похожи на раковыя перерожденные железы.

Отсутствіе болей, отсутствіе сращения кожи съ опухолью, несмотря на громадную величину и продолжительность теченія, отсутствіе изъязвленія по направленію къ дыхательному горлу и пищеводу и кнаружи и отсутствіе метастазовъ заставило усомниться въ правильности діагноза: *Struma maligna*. Такъ какъ іодистый калий, назначенный уже раньше однимъ изъ пользовавшихся больную врачей, вызвалъ высыпь по всему тѣлу, было назначено энергичное втираніе по 6 gr. *Ung. ciner.* ежедневно; въ самую опухоль также втиралась каждые 2 часа таже сѣрая мазь. Успѣхъ получился поразительный. Припадки удушья болѣе не возобновились. Опухоль, при отсутствіи изъязвленія или секвестраціи, быстро уменьшалась, глотаніе улучшилось на столько, что уже черезъ 14 дней глоталась плотная пища безъ труда. Черезъ 3 недѣли громадная опухоль исчезла безслѣдно, объемъ шеи уменьшился отъ 45 см. на 33 см. Трахеотомическая канюля была удалена и трахеотомическая рана зажила безъ реакціи и въ началѣ сентября больную можно было считать выздоровѣвшей.

Однако въ среднѣ октября въ лѣвой долѣ щитовидной железы, откуда начался и ростъ первой опухоли, появилась плотная, болѣзненная при давленіи, опухоль величиною съ лѣвой

орѣхъ; ясный до того голосъ охрипъ; при ларингоскопическомъ изслѣдованіи можно было констатировать полный параличъ лѣвой голосовой связки. Железы за *m. sterno-cleido-mastoideus* скоро припухли, онѣ болѣзненны при давленіи, и образовали скоро бугристый, костяной плотности, пакетъ; проростая *Plexus brachialis*, онѣ причиняли нестерпимыя боли и вызвали въ теченіе немногихъ недѣль параличъ лѣвой верхней конечности. Сама опухоль быстро достигла величины куриного яйца и спаялась съ пакетомъ железъ въ общую массу. Глотаніе и дыханіе затруднены, и въ концѣ ноября, при быстро прогрессирующей кахексін, наступила смерть во время припадка удушья.

По поводу этого послѣдняго случая Mendel предлагаетъ себѣ слѣдующіе 2 вопроса:

1) Была ли первая опухоль уже злокачественное новообразование, которая подверглась только случайно обратному развитію во время курса втиранія или

2) Первоначальная опухоль была *Struma syphilitica*, въ рубцовой ткани которой уже послѣ излеченія развилось злокачественное новообразование, такъ какъ возрастъ больной этому предрасполагалъ.

На основаніи клинической картины: отсутствіе болей и метастазовъ, отсутствіе сращения кожи съ опухолью, а главное: поразительный эффектъ специфической терапіи, Mendel приходитъ къ заключенію, что въ его 3-емъ случаѣ развилась настоящая *Struma syphilitica*, и только вторично развилось злокачественное новообразование въ рубцѣ, оставшемся въ железахъ послѣ излеченія. Въ пользу этого предположенія Mendel приводитъ случай гуммъ печени, излеченный ртутью; однако черезъ годъ снова появились опухоли въ печени, не реагирующія на специфическое леченіе и при операціи оказавшимися раковыми узлами, которые развились въ гуммозныхъ рубцахъ печени.

Mendel на основаніи своихъ случаевъ и описанныхъ другими авторами приходитъ къ выводу, что кромѣ ограниченныхъ гуммъ въ щитовидной железахъ (частичное явленіе висцерального сифилиса) существуетъ еще другой видъ сифилитическаго пораженія щитовидной железы, вызванное сифилитическимъ ядомъ, и состоящее въ интерстиціальномъ пораженіи железы, что ведетъ къ образованію плотныхъ, крупно бугристыхъ опухолей значительной величины и похожихъ на злокачественную струму. По извѣстнымъ до сихъ поръ наблюденіямъ оба вида пораженія раз-

виваются только въ железахъ уже измѣненныхъ и чаще наблюдаются у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ.

Слѣдующее наблюдение, точно изслѣдованное, сообщено кратко *Simmonds* въ 1907-омъ году и подробно описано *Rosenhauer*; отъ послѣдняго автора я и заимствую случай.

63 лѣтняя жена рабочаго много лѣтъ тому назадъ страдала сыпью на туловищѣ. 23 беременности, изъ нихъ 17 родовъ и 6 абортъ. Большинство дѣтей умерло въ раннемъ дѣтствѣ. У больной часто бывало рожистое воспаленіе носа, она постоянно страдаетъ насморкомъ и часто головной болью, особенно въ области лба.

Statu: очень состарѣвшаяся женщина; *Dementia senilis* Кожа дрябл. Носъ и щеки синевато-краснаго цвѣта. Умѣренный склерозъ доступныхъ ощупыванію артерій. На всемъ черепѣ прощупываются утолщенія надкостницы, надъ которыми кожа подвижна. На затылкѣ гнойная эскориация съ сильной, узловатой инфильтраціей кожи. На лбу, выше *glabella*, гнойящійся дефектъ, распространяющійся въ глубину въ лобныя пазухи. *Tabula externa* лобной кости отчасти разрушена. На лѣвой локтевой кости самопроизвольный переломъ съ періостальными разрастаніями. Переломъ лѣваго бедра непосредственно надъ большимъ вертеломъ. На обѣихъ большеберцовыхъ костяхъ множественные остеофиты. Сердечная дѣятельность временами аритмична. Въ легкихъ разлитой бронхитъ, границы мало подвижны. Животъ немного вздутъ, селезенка не прощупывается, печень увеличена, дольчата. Зрачки и рефлексы безъ измѣненій.

Диагнозъ; *Lues III universalis*. Черезъ 1½ мѣсяца послѣ наступленія смерти отъ туберкулеза легкихъ.

Вскрытіе: каверна величиною съ яблоко въ верхней доль лѣваго легкаго, гангрена и ателектазъ нижней доли лѣваго легкаго. *Empyaema sin.* Сердце безъ измѣненій, селезенка мала, сморщена, печень также уменьшена, дольчата, на поверхности узловатая выпячиванія и значительныя углубленія, консистенція плотная, рисунокъ мускатнаго орѣха; почки безъ особенностей. На черепной покрышкѣ многочисленныя узловатая утолщенія, между ними сильныя вдавленія съ дефектами костнаго вещества. Переломъ и ложный суставъ лучевой кости ниже олекранонъ. Старый внутрикапсулярный переломъ лѣвой бедренной шейки.

Щитовидная железа не увеличена, скорѣе немного уменьшена; ея форма нормальна, ея консистенція немного плотнѣе, чѣмъ въ нормѣ. На разрѣзѣ рисунокъ нормальнаго строенія же-

лезы совершенно не узнаваемъ. Весь органъ превратился въ фиброзную ткань.

При микроскопическомъ изслѣдованіи кусочковъ изъ разныхъ частей видна только волокнистая соединительная ткань, въ которой разбросаны вездѣ небольшія скопленія круглыхъ клѣтокъ, въ особенности въ окружности мелкихъ сосудовъ. Нигдѣ не было видно образованій, похожихъ на бугорки, нигдѣ нѣтъ гигантскихъ клѣтокъ и туберкулезныхъ палочекъ. Только въ немногихъ мѣстахъ среди инфильтрата можно было узнать слѣды железистыхъ остатковъ и отдѣльныя капельки коллоида, но въ общемъ измѣненія на столько сильны, что почти невозможно по препарату сказать, о какомъ органѣ идетъ рѣчь. Специфическія измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ не видны. Спирохеты, несмотря на тщательные поиски, не были найдены.

Rosenhauer, какъ *Simmonds* при первомъ сообщеніи этого случая, причисляетъ его къ формѣ *Thyreoiditis interstitialis diffusa syphilitica* съ исходомъ въ фиброзную атрофію органа. Авторы обращаютъ вниманіе на то, что несмотря на полное разрушеніе ткани щитовидной железы, клинически совершенно отсутствовали явленія слизистаго отека; можетъ быть, *Dementia*, констатированная при жизни, зависѣла отъ разстройства функций щитовидной железы.

Davis въ 1911 г. описалъ слѣдующій случай: здоровый вообще мужчина, пять лѣтъ тому назадъ перенесшій сифилисъ, въ теченіе послѣднихъ 4 мѣсяцевъ страдалъ одышкой, хрипотой и затрудненіемъ глотанія. Разстройства дыханія иногда достигали тяжелыхъ степеней. При изслѣдованіи гортани можно было констатировать параличъ голосовыхъ связокъ. Область щитовидной железы чувствительна. Была произведена трахеотомія, которая однако облегченія не дала и больной умеръ 12 часовъ спустя послѣ операциі. При вскрытіи была найдена гумма правой доли щитовидной железы.

Roncet и *Leriche* въ 1912 году опубликовали очень интересное наблюдение, которое тѣмъ болѣе цѣнно, что этотъ случай подробно изслѣдованъ какъ клинически, такъ и патолого-анатомически.

38 лѣтняя женщина была принята въ клинику 19-го января 1911 г. съ жалобами на опухоль шеи, на охриплость голоса и на прогрессирующую одышку; *Menstrua* съ 19 лѣтъ, всегда немного неправильны; беременна не была. Всегда была здорова,

зобомъ не страдала. 4 года тому назадъ страдала въ теченіе многихъ мѣсяцевъ припухlostью на большеберцовой кости, которая прошла отъ внутренняго леченія іодомъ. Черезъ годъ спустя подобная-же припухlostь на груднѣ, тоже быстро уступившая іодистому леченію. Недавно лечилась въ больницѣ отъ остраго суставнаго ревматизма. Около 4—5 мѣсяцевъ тому назадъ замѣтила припухlostь на передней области шеи, припухlostь быстро увеличивалась, голосъ охрипъ, появилось затрудненіе глотанія и дыханія.

При изслѣдованіи найдено, что вся щитовидная железа увеличена; правая половина больше лѣвой. Железа поражаетъ своей плотностью, приближающейся плотности дерева. Имѣя ввиду несомнѣнные явленія третичнаго сифилиса въ анамнезѣ, было предположено, что можетъ быть и поврежденіе щитовидной железы зависитъ отъ той-же причины. Впрыскиванія двуіодистой ртути дали хорошій и быстрый эффектъ: опухоль стала мягче и меньше, одышка значительно уменьшилась. Эффектъ леченія подтвердилъ предположительный діагнозъ и больная была демонстрирована 6-го февраля 1911 г. въ Лионскомъ медицинскомъ обществѣ. Однако улучшеніе оказалось не стойкимъ: послѣ прекращенія впрыскиванія опухоль снова увеличилась, стала плотной; одышка также вернулась. 9 освѣщенныхъ рентгеновскими лучами не дали никакого результата. Нужно было думать, что первоначальный діагнозъ, какъ бы подтвержденный результатомъ специфическаго леченія, или неправиленъ, или что на почвѣ сифилитическаго тиреоидита развилось злокачественное новообразование. 26-го апрѣля была произведена операція. Мышцы отечны сращены съ опухолью. Поверхность щитовидной железы гладка; железа желтоватаго цвѣта. Удаленіе увеличенной щитовидной железы вслѣдствіе обширныхъ сращеній было крайне трудно и оно удалось только частично. При операціи была поранена трахея, что однако не осложнило послѣоперационное теченіе. Голосъ вернулся и 6-го мая больная выписалась здоровой. Однако въ началѣ іюля, т. е. черезъ одинъ мѣсяць послѣ выписки, больная снова явилась съ возвратомъ всѣхъ первоначальныхъ явленій: опухоль, одышка, охрипlostь и затрудненіе глотанія. Леченіе іодистымъ кали пришлось прекратить, такъ какъ явленія одышки усиливались; ртутныя впрыскиванія не дали никакого улучшенія. Тогда рѣшено было впрыснуть въ вену 0,4 Salvarsan'a. Послѣ этого больная стала поправляться и 1-го октября была

выписана здоровой. При осмотрѣ въ январѣ 1912 г. никакихъ явленій рецидива; больная чувствуетъ себя совершенно здоровой. При подробномъ осмотрѣ удаленнаго при операціи куска опухоли можно различить простымъ глазомъ около десятка гуммъ, разбросанныхъ по всему куску; величина гуммъ колеблется отъ размѣровъ ржаного зерна до небольшого орѣха. Гуммозные узлы довольно хорошо отграничены отъ склерозированной ткани железы; они желтоватаго цвѣта: распада незамѣтно.

При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено слѣдующее; ткани въ области гуммозныхъ узловъ красятся плохо; кое-гдѣ среди некротической ткани можно узнать остатки железы. Въ окружности этого очага строеніе железы сохранилось лучше, но оно сильно измѣнено—при маломъ увеличеніи дольки железы по периферіи мало измѣнены, въ центрѣ измѣненія рѣзки, тамъ видны гнѣзда мелкихъ круглыхъ элементовъ. Въ центральныхъ частяхъ этихъ воспалительныхъ очаговъ некрозъ. Въ измѣненныхъ участкахъ количество кровеносныхъ сосудовъ незначительно, стѣнки сосудовъ измѣненій не представляютъ. Бросается въ глаза значительное количество гигантскихъ клѣтокъ, не отличающихся отъ таковыхъ въ бугоркахъ; гигантскія клѣтки встрѣчаются вездѣ среди мелкихъ круглыхъ клѣтокъ, преобладающихъ въ пораженныхъ участкахъ. Периферическая часть долекъ измѣнена значительно меньше.

Внутридольчатая соединительная ткань значительно увеличена въ объемѣ и содержитъ много мелкихъ круглыхъ клѣтокъ,—въ нѣкоторыхъ мѣстахъ соединительная ткань склерозирована и сдавливаетъ железистые пузырьки. Большинство фолликуловъ коллоида не содержитъ, железистый эпителий очень высокъ; въ просвѣтахъ фолликуловъ много десквамированныхъ клѣтокъ.

Спеціальное изслѣдованіе на туберкулезные бактерии и спирохеты дало отрицательный результатъ. На основаніи этого случая и одного наблюденія туберкулезнаго тиреоидита авторы приходятъ къ заключенію, что во первыхъ, клинически сифилитическая щитовидная железа представляетъ полное сходство съ *thyroidite ligneuse*, а во вторыхъ, авторы ставятъ вопросъ, не представляетъ ли забодѣваніе щитовидной железы, описанное *Riedel* подъ названіемъ «*eisenharte Stramitis*» и извѣстное во Франціи подъ названіемъ *Thyroidite ligneuse*, или туберкулезное или сифилитическое поврежденіе щитовидной железы.

Клиническія наблюденія поврежденія щитовидной железы

на почвѣ сифилиса также немногочисленны. Понятно, что клиническія наблюденія при отсутствіи точнаго патологоанатомическаго изслѣдованія не могутъ имѣть въ данномъ вопросѣ такого значенія, какъ выше приведенныя случаи, прослѣженные отчасти какъ клинически, такъ и провѣренныя патологоанатомическимъ изслѣдованіемъ. Однако, существуетъ рядъ наблюденій, описанныхъ столь опытными и талантливими клиницистами, что они выдерживаютъ строгую критику. Къ такимъ случаямъ слѣдуетъ отнести и тѣ, гдѣ при клиническомъ изслѣдованіи отсутствовали замѣтные измѣненія щитовидной железы, но были на лицо явленія измѣненія функціи щитовидной железы.

L a n g въ своихъ лекціяхъ о патологій и терапіи сифилиса (2-ое изданіе р. 425) пишетъ, что онъ видѣлъ у 40 лѣтняго, плохо упитаннаго мужчины нѣсколько плотныхъ, ясно ограниченныхъ, величиною до каштана, и довольно чувствительныхъ къ давленію инфильтратовъ; первое проявленіе сифилиса было $\frac{1}{2}$ года тому назадъ и 4 мѣсяца спустя общія явленія. При изслѣдованіи L a n g констатировалъ у больного, кромѣ инфильтратовъ въ щитовидной железн, папулопустулезный сифилидъ на туловищѣ и головѣ, папулы на ушныхъ раковинахъ и въ одномъ наружномъ слуховомъ проходѣ, папулы въѣкъ, папулезные инфильтраты конъюнктивы обоихъ глазныхъ яблокъ; миндаины густо усеяны изъязвившимися папулами; большой кромѣ того жаловался на интенсивныя головныя боли, самая легкая перкуссія черепныхъ костей была для него очень чувствительна.

L a n d a u въ 1887-омъ году въ Берлинскомъ Медицинск. Обществѣ демонстрировалъ 33 лѣтнюю женщину, съ микседемой; отецъ больной умеръ отъ Tabes, мать умерла отъ какого-то воспалительнаго процесса въ животѣ; изъ 8 дѣтей остался въ живыхъ только одинъ братъ. Menstrua правильны съ 17 лѣтъ; 2 раза нормальные роды; одинъ ребенокъ умеръ въ раннемъ дѣтствѣ, другой здоровъ. На 23-емъ году жизни мужемъ заражена сифилисомъ, вторичныя явленія, одинъ курсъ втиранія и іодистый калий. Съ 27-го года мѣсячныя прекратились, частыя рожистоподобныя явленія на лицѣ безъ повышенія температуры. Приблизительно 4 мѣсяца тому назадъ больная стала замѣчать утолщеніе кожи лица; одновременно съ этимъ психика больной рѣзко измѣнилась, она стала апатичной, вялой, раздражительной, она легко уставала, память ослабѣвала. Щитовидная железа не рпоцупывалась.

Означенный случай мной приведенъ такъ какъ онъ цитируется другими авторами по данному вопросу; ясно однако, что онъ не долженъ быть принятъ въ расчетъ, такъ какъ нѣтъ никакихъ прямыхъ доказательствъ зависимости атрофіи железы съ послѣдующей микседемой отъ перенесеннаго сифилиса; допустить такую зависимость однако можно.

K ö h l e r описалъ слѣдующій случай слизистаго отека, зависящій отъ сифилиса щитовидной железы. 48 лѣтняя женщина страдаетъ съ нѣкотораго времени типичной микседемой, при чемъ имѣются на лицо гуммозная язва и опухоль величиною съ куриное яйцо, близкая къ изъявленію, на передней области шеи. Была ли увеличена сама щитовидная железа, нельзя было констатировать изъ-за значительнаго утолщенія кожи. Изслѣдованіе вырѣзаннаго кусочка опухоли показало только плотную соединительную ткань. Принимая, что слизистый отекъ зависитъ отъ сифилитическаго пораженія щитовидной железы K ö h l e r назначилъ энергичное іодистое леченіе, которое имѣло отличный эффектъ; гуммозная язва зажила, опухоль рассосалась и явленія микседемы исчезли. Кожа стала нормальной, мягкой и все психическія явленія прошли. Щитовидную железу теперь можно было прощупать, правая доля казалась даже увеличенной.

Въ 1893 году проф. П о с п ѣ л о в ѣ описалъ крайне интересный случай микседемы и Diabetes insipidus, развившіеся на почвѣ сифилиса. 45 лѣтній мужчина страдалъ сифилисомъ мозга.

Все эти явленія прошли отъ специфическаго леченія, кромѣ слизистаго отека, уступившаго только приѣмамъ свѣжей бычачьей щитовидной железы. Такъ какъ у больного до леченія П о с п ѣ л о в ѣ м ѣ была обнаружена небольшая опухоль на передней области шеи, принадлежащая повидимому щитовидной железн и эта опухоль при специфическомъ леченіи прошла, авторъ и считаетъ, что въ щитовидной железнъ развился специфическій процессъ, приведшій послѣ излѣченія къ атрофіи железистой ткани и послѣдовательной микседемѣ.

E n g e l — R e i m e r s на довольно большомъ матеріалѣ изслѣдовала состояніе щитовидной железы у сифилитическихъ женщинъ и мужчинъ во время 2-го инкубационнаго періода и во время проявленія признаковъ конституціональнаго сифилиса. При своихъ изслѣдованіяхъ E n g e l — R e i m e r s исключилъ беременныхъ и кормящихъ женщинъ и всехъ больныхъ, происходящихъ изъ мѣстностей съ эндеміей зоба, чтобы по возможности исключить

ошибки. Было исследовано 152 женщины, при чемъ найдено было увеличение щитовидной железы 86 разъ и 98 мужчинъ, среди нихъ увеличение железы 44 раза; такимъ образомъ приблизительно въ половинѣ всѣхъ случаевъ въ раннихъ стадіяхъ сифилиса было констатировано увеличение щитовидной железы. Контрольные измѣренія объема шеи у сифилитическихъ больныхъ въ раннихъ стадіяхъ и больныхъ съ гонорреей и *Ulcus molle*, дало всегда большія цифры у первыхъ. Во всѣхъ случаяхъ увеличение щитовидной железы зависѣло отъ равномернаго припуханія ея, она мягка, больнымъ совершенно не мѣшается, большимъ совершеннo не мѣшается, только въ одномъ случаѣ наблюдались явленія Базедовой болѣзни. Это увеличение щитовидной железы по видимому не уступаетъ специфическому леченію и подобно увеличенію лимфатическихъ железъ, проходитъ только медленно въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ.

Впослѣдствіи *Simmonds* исследовалъ щитовидныя железы людей, умершихъ въ раннихъ стадіяхъ сифилиса и не могъ констатировать никакихъ патологическихъ измѣненій. *Simmonds* объясняетъ припуханіе железы большимъ кровенаполненіемъ или легкимъ отекомъ органа.

До *Engel-Reimers'a* на увеличение щитовидной железы въ раннихъ стадіяхъ сифилиса указали *Jullien* и *Mauriac*.

Сообщеніе *Engel-Reimers* побудило русскаго военнаго врача *Тимофеева* систематически измѣрять шею у 60 сифилитиковъ солдатъ, среди которыхъ было 28 человекъ съ явленіями ранняго кондиломатознаго сифилиса. У семи ихъ этихъ 28 больныхъ оказалось ясное увеличение щитовидной железы, что составляетъ 25%. Среди 32 больныхъ съ болѣе старымъ сифилисомъ только въ 8 случаяхъ можно было отмѣтить при тщательномъ изслѣдованіи незначительное увеличение боковыхъ долей. Увеличеніе *gl. thyroideae* специфическому леченію ртутными втираніями не уступало, а иногда даже появлялось или немного прогрессировало во время леченія и во всѣхъ случаяхъ послѣ 40 втираній сѣрой мази, по 2,0 гр. каждое втираніе, щитовидная железа оставалась увеличенной, какъ до леченія, хотя всѣ остальные явленія сифилиса на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ прошли. Увеличеніе щитовидной железы медленно проходило впослѣдствіи.

Fürst сообщилъ въ 1898 г. о случаѣ зоба у новорожденной дѣвочки, отецъ которой страдалъ сифилисомъ; мать не имѣла никакихъ проявленій сифилиса, но былъ одинъ абортъ. Поэтому

во время беременности энергичное леченіе втираніями. Дѣвочка родилась въ срокъ и повидимому совершенно здоровой. По *Fürst'y* единственнымъ проявленіемъ наследственнаго сифилиса у новорожденнаго ребенка былъ зобъ, который медленно, въ теченіе 10 мѣсяцевъ, прошелъ.

Очень интересны наблюденія *Полтавцева* изъ клиники профессора Н. Ф. Зеленева. *Полтавцевъ* производилъ свои наблюденія на 85 больныхъ въ раннихъ стадіяхъ сифилиса: у 45 больныхъ измѣренія железы были начаты еще до появленія высыпи, при существованіи *Ulcus durum*, у остальныхъ 40 чел. съ момента появленія высыпи.

Наблюденія велись крайне тщательно: объемъ шеи измѣрялся всегда до обѣда, въ одно и тоже время; уровень, на которомъ измѣрялась шея, отмѣчался эозиномъ и, чтобы учесть колебанія объема шеи въ зависимости отъ общаго вѣса тѣла производились взвѣшиванія систематически черезъ каждыя 3 дня. Леченіе во всѣхъ случаяхъ общихъ явленій состояло въ впрыскиваніяхъ 1% воднаго раствора бензойно-кислой ртути по 1 см. и въ мѣстномъ леченіи при существованіи первичной язвы.

Ни въ одномъ изъ 85 случаевъ рѣзкаго увеличенія щитовидной железы, зоба, не было, но незначительное увеличеніе щитовидной железы, которое можно было доказать только систематическимъ, ежедневнымъ измѣреніемъ, отмѣченно было въ 35 случаяхъ, что составляетъ 41% общаго числа.

Обычно начало увеличенія щитовидной железы совпадало съ началомъ высыпаній, достигало наибольшаго развитія во время *maximum'a* вторичныхъ явленій и въ дальнѣйшемъ или медленно уменьшалось или оставалось безъ измѣненій. У 24 больныхъ подъ вліяніемъ специфическаго леченія можно было замѣтить уменьшеніе увеличенной железы, въ 11 случаяхъ леченіе оставалось безъ вліянія на увеличенныя железы.

Во всѣхъ случаяхъ увеличеніе железы самими больными не замѣчалось вовсе и не причиняло никакихъ субъективныхъ безпокойствъ. Однако *Полтавцевъ* обращаетъ вниманіе на то, что по изслѣдованіямъ д-ра *Щекина* изъ той-же клиники проф. Зеленева, и пользовавшагося этимъ-же матеріаломъ для наблюденій надъ сердечной дѣятельностью, у многихъ сифилитиковъ можно констатировать измѣненіе сердечной дѣятельности, при чемъ наиболѣе рѣзко выраженныя расстройства наблюдались у тѣхъ сифилитиковъ, у которыхъ было увеличеніе щитовидной

железы. Въ одномъ случаѣ (истор. болѣз. № 35) прижизненное наблюденіе увеличенія щитовидной железы было дополнено микроскопическимъ изслѣдованіемъ органа, такъ какъ больной, перенесъ въ теченіе одного года нѣсколько тяжелыхъ возвратовъ и погибъ отъ сифилиса мозга. Щитовидная железа была немного больше и плотнѣе нормы; при микроскопическомъ изслѣдованіи ясно выраженное коллоидное перерожденіе.

Приведенный матеріалъ послужилъ Полтавцеву основаніемъ для слѣдующихъ выводовъ:

1) Щитовидная железа не безразлично относится къ циркулирующему въ организмѣ сифилитическому яду, она принимаетъ участіе въ заболѣваніи.

2) Это участіе железы въ сифилитическомъ процессѣ иногда бываетъ доступно нашимъ объективнымъ изслѣдованіямъ и выражается въ увеличеніи органа.

3) Временное увеличеніе щитовидной железы въ періодѣ ранняго кондиломатознаго сифилиса никоимъ образомъ не должно быть относимо къ легкопроходящимъ, такъ сказать, невиннымъ заболѣваніямъ; оно можетъ при соответствующихъ условіяхъ вести къ глубокимъ и стойкимъ измѣненіямъ органа (коллоидное перерожденіе въ одномъ случаѣ).

4) Рѣзкое опуханіе щитовидной железы, т. наз. сифилитической зобъ, у раннихъ сифилитиковъ нужно отнести къ единичнымъ, исключительнымъ случаямъ.

35 исторій болѣзней, ясно иллюстрирующія все выше сказанное, приводятся авторомъ въ своей тщательной статьѣ.

W e r m a n n приводитъ слѣдующій случай: 24 лѣтній мужчина заразился сифилисомъ 8 лѣтъ тому назадъ; нѣсколько разъ лечился ртутью по поводу кожныхъ проявленій. Черезъ 6 лѣтъ послѣ зараженія двухсторонній орхитъ, уплотнѣніе на Glans penis, гуммозная язва Uvulae. Втиранія и іодистое кали. Во время приѣма іодистаго кали больной замѣтилъ припуханіе шеи. Въ сравнительно короткое время развилось значительное увеличеніе всей щитовидной железы; она была мягка и безболѣзненна. Никакихъ признаковъ Базедовой болѣзни. Внутренніе приѣмы іода и втиранія іодъ-вазогеномъ безъ вліянія; послѣ втиранія сѣрой мази увеличеніе железы прошло; послѣ прекращенія втиранія железа снова увеличилась и послѣ вновь начатаго леченія втираніями щитовидная железа опять уменьшилась. W e r m a n n считаетъ, что увеличеніе щитовидной железы въ его случаѣ относится къ

тѣмъ формамъ увеличенія железы, какъ они описаны во II стадіи сифилиса Engel-Reimers'омъ, Mauriac и Jullien.

12-го февраля 1903 г. на засѣданіи Одесскаго дерматологическаго и венерологическаго Общества д-ръ М. Фердманъ показалъ двухъ больныхъ со свѣжими явленіями сифилиса и съ увеличеніемъ щитовидной железы. Исторіи болѣзней въ кратцѣ таковы.

Случай 1. Мужчина 28 лѣтъ заразился годъ тому назадъ. Общія явленія появились черезъ 5 недѣль. 24 втиранія сѣрой ртутной мази и нѣсколько сулемовыхъ пилюль; черезъ 6 недѣль послѣ этого леченія былъ назначенъ іодистый калий внутрь и въ это время припухла железа, головныя боли, выпаденіе волосъ. I.-K. отмѣненъ, выписыванія 10% Hydrarg. Salicyl. Послѣ 6 выписываній щитовидная железа стала меньше, но оставалась увеличенной. Черезъ 2 мѣсяца припухлость железы снова увеличилась, появились признаки, указывающія на воспалительный процессъ въ щитовидной железн. Послѣ 6 выписываній салициловокислой ртути всѣ явленія прошли. Съ тѣхъ поръ больной принимаетъ іодистый калий; больной вполне здоровъ.

Случай 2. Мужчина 23 л. заразился 2 мѣсяца тому назадъ. Общія явленія черезъ 5 недѣль. Черезъ недѣлю спустя послѣ общихъ явленій было замѣчено довольно значительное увеличеніе щитовидной железы; она мягка, не болѣзненна, слегка пульсируетъ. Больной находится еще подъ наблюденіемъ. Фердманъ считаетъ, что ртутное леченіе имѣетъ хорошее терапевтическое вліяніе на увеличеніе щитовидной железы на почвѣ сифилиса и своевременное распознаваніе поэтому очень важно, такъ какъ могутъ развиться болѣе серьезныя заболѣванія, какъ напр. Morbus Basedowi.

Въ преніяхъ по поводу этой демонстраціи Д-ръ Берладскій сообщилъ, что онъ годъ тому назадъ наблюдалъ подобное увеличеніе щитовидной железы у сифилитика, недавно заразившагося.

Р е l наблюдалъ въ семьѣ, отецъ которой страдалъ сифилисомъ, 2 случая разстройства функціи железъ внутренней секреціи: 22 лѣтняя дочь, которой на видъ можно было дать 8 лѣтъ, страдала прирожденнымъ слизистымъ отекомъ, а братъ ея, 16 л. отъ роду, страдалъ акромегаліей, которая стала развиваться на 13-омъ году жизни; общій ростъ и ростъ конечностей усилился еще больше послѣ паденія на голову съ явленіями Commotio cerebri (черезъ

$\frac{1}{2}$ года послѣ начала заболѣванія). Кромѣ того у этого больного можно было констатировать явленія инфантилизма, высокій голосъ, скудное развитіе волосъ на лобкѣ и въ подмышечной впадинѣ и слабое развитіе наружныхъ половыхъ органовъ. Мать вообще была здорова, но имѣла нѣсколько выкидышей. Pel, основываясь на сообщеніяхъ Roger и Garnier и Ferrando и приведенныхъ выше случаяхъ Köhler'a и Пospѣлова считаетъ, что въ его случаяхъ специфическихъ проявленій не было, а передана только, какъ это считаетъ Fournier, Hérédité-parasyphilitique, при чемъ на лицо цѣлый рядъ разстройствъ, какъ неправильный и непропорціональный ростъ, разстройства развитія, уменьшенная сопротивляемость организма, аномалии интеллекта, признаки вырожденія и т. д. Pel и допускаетъ въ своемъ первомъ случаѣ вліяніе наследственнаго сифилиса на щитовидную железу, а во второмъ случаѣ на Hypophysis или одновременно на нѣсколько системъ железъ со внутренней секреціей.

Seifert сообщилъ, что онъ часто видѣлъ незначительныя временныя увеличенія щитовидной железы при свѣжемъ сифилисѣ, но ясно выраженную Strumitis syphilitica только 4 раза (2 женщины и 2 мужчины). Въ этихъ случаяхъ объемъ шеи въ теченіи нѣсколькихъ дней увеличился на 3—4 ст.; увеличеніе железы зависѣло главнымъ образомъ отъ припуханія боковыхъ долей. Въ 2 случаяхъ можно было отмѣтить ясно выраженныя явленія давленія на дыхательное горло. Это острое увеличеніе щитовидной железы развилось во время специфическаго леченія. Въ своихъ случаяхъ Seifert видѣлъ хорошее и быстрое вліяніе отъ мѣстнаго примѣненія ртутнаго пластыря. Собственныхъ наблюденій относительно увеличенія щитовидной железы во время 2-го инкубационнаго періода и относительно гуммознаго пораженія железы Seifert не имѣетъ.

Thursfield наблюдалъ у 53 лѣтняго мужчины, страдающаго третичнымъ сифилисомъ, очень плотную, размѣрами въ 5 на $2\frac{1}{2}$ см., опухоль въ правой долѣ щитовидной железы. Отъ приѣмовъ іодистаго калия эта опухоль скоро безслѣдно исчезла. Успѣхъ специфическаго леченія и присутствіе гуммозныхъ поражений въ другихъ частяхъ тѣла служатъ подтвержденіемъ діагноза «гумма щитовидной железы».

Sebileau въ 1911 г. сдѣлалъ сообщеніе о слѣдующихъ, 2 случаяхъ сифилиса щитовидной железы: въ маѣ 1908 г. къ

нему явилась 29 лѣтняя женщина по поводу опухоли щитовидной железы. Опухоль, величиною съ большой лимонъ, плотна, равномерной консистенціи, спаяна съ гортанью и окружающими частями. Всѣ лимфатическія железы увеличены. Діагнозъ: Cancer gl. thyreoideae.

Черезъ нѣсколько дней послѣ поступленія тяжелый припадокъ одышки. При операціи оказалось, что опухоль не удалима вслѣдствіе тѣсныхъ сращеній; ограничили трахеотомией. Такъ какъ общее состояніе больной противъ ожиданія не ухудшалось, явилась мысль о сифилитическомъ пораженіи щитовидной железы. Іодистый калий и ртуть дали блестящій результатъ и больная совершенно выздоровѣла.

2-ой случай касается мужчины, которому былъ удаленъ зубъ въ провинціи. Нѣкоторое время спустя появился рецидивъ зоба и растройства дыханія, такъ какъ опухоль проросла въ гортань.

Анамнезъ больного и нѣкоторыя клиническія особенности навели на мысль о гуммозномъ тиреоидитѣ; предпринятое специфическое леченіе іодомъ и ртутью дало блестящій эффектъ, больной совершенно выздоровѣлъ.

Schuster въ 1911 г. описалъ 2 случая воспаленія зоба, strumitis, на сифилитической почвѣ.

Случай 1. 66 лѣтній мужчина былъ присланъ съ діагнозомъ Struma maligna. Больной съ малыхъ лѣтъ имѣлъ небольшой правосторонній зобъ, не причиняющій однако обычно никакихъ затрудненій; изрѣдка одышка. Родители больного были здоровы. 4 дѣтей, изъ коихъ 3 умерли маленькими. Половыя заболѣванія отрицаются.

Приблизительно пять недѣль до поступленія въ поликлинику больной почувствовалъ боли въ зобѣ. Разстройства дыханія, до тѣхъ поръ незначительныя и являющіяся рѣдко, стали чаще. Сильныя колющія боли въ правой половинѣ головы преимущественно усиливающіяся при положеніи на правомъ боку. Общее состояніе больного значительно пострадало, сильное исхуданіе.

Правая доля щитовидной железы представляется довольно значительной опухолью очень плотной консистенціи; поверхность опухоли соответственно верхнему полюсу железы, бугриста. Кожа надъ опухолью мало измѣнена. Опухоль спаяна съ окружающими глубокими частями и совершенно неподвижна. Тем-

пература колеблется между 37,6° и 38,5°. Внутр. органы безъ особыхъ измѣненій.

На основаніи мѣстнаго изслѣдованія діагнозъ—*Struma maligna*. Отъ оперативнаго вмѣшательства, въ виду плохого общаго состоянія, пришлось отказаться. Однако дальнѣйшее теченіе заставило измѣнить первоначальный діагнозъ. Кожа надъ опухолью у нижняго полюса слегка покраснѣла, отечна; въ глубинѣ зыбленіе, t38°—39°. Черезъ 5 дней послѣ поступленія вскрытіе абсцесса посредствомъ термокаутера. Выдѣлилось большое количество густого гноя, содержащаго кусочки некротической щитовидной железы. Заживленіе въ теченіе первыхъ дней шло нормально, но затѣмъ остановилось; операціонная рана и вся уменьшавшаяся полость нарыва представлялась яввой, покрытой грязнымъ налетомъ; здоровыхъ грануляцій нѣтъ; отдѣленіе значительное. Черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи—заживленіе нисколько не подвинулось; на передней области голени появилась небольшая ограниченная припухлость, которая быстро изъязвилась и по своему внѣшнему виду представлялась типичной распавшейся гуммой.

Реакція Wassermann'a положительная. Предпринятое внутреннее леченіе іодистымъ кали дало хорошій результатъ, обѣ язвы зажили и большой значительно поправился.

2-ой случай. 27-лѣтняя женщина поступила въ клинику по поводу болѣзненной опухоли шеи, одышки и шума въ ушахъ; Больная замужемъ, 4 раза рожала, одинъ разъ мертворожденнаго, 3 раза нормально. Двое изъ дѣтей умерли въ раннемъ дѣтствѣ, 1 ребенокъ живъ.

Больная съ дѣтства имѣетъ небольшой зобъ. Въ послѣдніе годы чувствовала себя больной, при чемъ опредѣленной причины для нездоровья не было. Въ 1908 г. появились боли при глотаніи и шумъ въ ушахъ. Черезъ 3/4 года зобъ значительно увеличился, и давленіе на область шеи спереди болѣзненно, по временамъ ознобы и чувство жара.

Маленькая, плохо упитанная женщина. Со стороны внутреннихъ органовъ особыхъ отклоненій отъ нормы не замѣчается. Голосъ хриплый.

На шеѣ замѣчается разлитая припухлость занимающая пространство между обѣими mm. Sternokleido — mastoidei. Кожа красна, по средней линіи флюктуация. Температура 37,5 — 38,5. Флюктуирующее мѣсто вскрыто термокаутеромъ; выдѣлилось небольшое количество густого желтоватаго гноя.

Въ послѣдующемъ теченіи операціонная рана принимаетъ видъ типичной сифилитической язвы. Внутреннее леченіе іодистымъ кали дало быстрый эффектъ: язва очистилась, покрылась хорошими грануляціями и зарубцевалась. Въ это же время замѣтили *Placus muqueuses* на слизистой полости рта. Черезъ 1/2 года, при осмотрѣ больной, оказалось, что припухлость на шеѣ очень незначительна; рубецъ отъ разрѣза плотный, не болѣзненный; вдоль обѣихъ грудино-ключично—сосковыхъ мышцъ пакеты плотныхъ железъ. На задней стѣнкѣ глотки рубцующееся изъязвленіе. Реакція Wassermann'a положительна.

Въ заключеніе мнѣ осталось привести 7 наблюдений, найденныхъ мною въ литературѣ и 2 наблюденья изъ клиники моего глубокоуважаемаго учителя профессора Н. А. Вельяминова, въ которыхъ причиною Базедовой болѣзни служилъ сифилисъ.

Первое сообщеніе по видимому, принадлежитъ Abrahams, который въ 1901 году сообщилъ о 3 случаяхъ Базедовой болѣзни на почвѣ сифилиса. Наблюденія Abrahams—касаются 3 женщинъ въ возрастѣ отъ 27 до 36 лѣтъ; все трое больныхъ были предрасположены къ заболѣванію Базедовой болѣзнью вслѣдствіе повышенной нервности. У этихъ больныхъ въ періодѣ вторичнаго и третичнаго періодовъ сифилиса щитовидная железа начинала постепенно увеличиваться и въ тоже время стали появляться все симптомы, классической Базедовой болѣзни. У первой больной была испробована обычная въ такихъ случаяхъ терапія, которая однако не дала никакого эффекта; жестокія головные боли наконецъ навели на правильный діагнозъ и іодистоекали, примененное въ сравнительно высокихъ дозахъ (8 gr. pro die) въ теченіе 2 мѣсяцевъ дало блестящій результатъ: больная совершенно поправилась. Въ 2 другихъ случаяхъ Abrahams сразу началъ леченіе большими дозами іодистаго кали, при чемъ въ одномъ случаѣ еще дѣлались ртутныя впрыскиванія; въ теченіе 6 недель и 2 1/2 мѣсяцевъ и въ этихъ случаяхъ наступило полное излеченіе съ исчезаніемъ всехъ проявленій Базедовой болѣзни.

Bégarд въ своей монографіи „corps thyroïde“, также, цитируя случаи Abrahams'a, упоминаетъ объ одномъ собственномъ, вполне аналогичномъ выше приведеннымъ случаямъ Abrahams'a, наблюденіи.

Penzoldt въ 1907 году сообщилъ о 3 случаяхъ Базедовой болѣзни у 20 лѣтней дѣвушки и 2 женщинъ 22 и 33 лѣт.

Все трое больных кроме того страдали сифилисомъ. Такъ какъ обычная терапия не дала результата, было примѣнено комбинированное леченіе іодомъ и ртутью, что дало полное излеченіе.

Теперь я приведу исторію болѣзни двухъ наблюдений изъ клиники проф. Вельяминова.

Случай 1. 24/IX 1910 г. была принята въ клинику дѣвица А. Л. 46 л. отъ роду съ жалобой на общую слабость, одышку, сердцебиеніе и опухоль шеи.

Больная происходитъ изъ здоровой мѣщанской семьи Витебской губ., занимающейся земледѣіемъ. Отецъ здоровъ и живъ по настоящее время. Мать умерла 50 л. отъ роду повидимому отъ воспаления почекъ. Въ семьѣ было 12 ч. дѣтей, изъ коихъ 2 умерли въ раннемъ дѣтствѣ, остальные живы и здоровы. Въ семьѣ зобомъ никто не страдаетъ. Больная только послѣдніе 12 лѣтъ живетъ въ Петербургѣ и его окрестностяхъ и служитъ горничной. Условія жизни всегда были хорошия.

Менструаціи съ 14 лѣтъ, всегда правильны; годъ тому назадъ прекратились. Всегда была здорова, не пьетъ. Больна 2 года—появилась слабость, ощущеніе жара и тяжести въ груди. Съ іюня 1910 г. замѣтила въ передней области шеи опухоль, которая быстро увеличивалась; одновременно появилась одышка. Съ сентября 1910 г. приступы сердцебиенія, сильныя поты, и по временамъ, затрудненіе при глотаніи твердой пищи; стала сильно худѣть.

Со стороны общаго состоянія можно отмѣтить слѣдующее: сильно пониженная мышечная сила, слегка шатающаяся походка, безпокойство. Лицо одутловато. Голосъ глухой, волосы рѣдкіе. Потливость, поносы. Рѣзко выраженное дрожаніе пальцевъ. Колѣбно-сухожильные рефлексы повышены, глоточные рефлексы ослаблены. Exophthalmus, симптомы Graefe, Stellwag и Moebius—ясно выражены.

Тупость сердца увеличена вверхъ на 1 ребро, вправо до срединной линіи и влѣво на палецъ кнаружи отъ сосковой линіи; толчокъ разлитой, въ 6-омъ межреберномъ промежуткѣ. У верхушки ясный систолическій шумъ. Пульсъ неправильный, средняго наполненія, 110—120 ударовъ въ минуту. Со стороны легкихъ явленія хроническаго бронхита и кромѣ того, въ лѣвомъ легкомъ пневмоническій очагъ. Печень на поперечный палецъ ниже реберной дуги. Со стороны почекъ и другихъ внутреннихъ органовъ отклоненій отъ нормы не замѣчается.

Исслѣдованіе щитовидной железы дало слѣдующее: обѣ доли и перешеекъ значительно увеличены, при чемъ ясно видны борозды, отдѣляющія перешеекъ отъ обнхъ долей; поверхность гладка. Увеличенная щитовидная железа поражаетъ своей хрящевой плотностью и почти полной неподвижностью по отношенію къ трахеѣ и другимъ шейнымъ органамъ. Кожа безъ измѣненій. Шумы надъ зобомъ не выслушиваются. Сосѣднія съ зобомъ шейныя железы немного увеличены, плотны, подвижны. Въ области рукоятки грудины незначительное заглушеніе. При ларингологическомъ изслѣдованіи отклоненій отъ нормы не найдено. Кожная и глазная туберкулиновыя реакціи отрицательны; реакція Wassermann'a также отрицательна.

Обычная терапия, какъ она въ подобныхъ случаяхъ примѣняется въ

клиникѣ профессора Н. А. Вельяминова, не дала ожидаемаго результата. Въ общемъ состояніи больной можно было скорѣе отмѣтить нѣкоторое ухудшеніе, при чемъ обращало вниманіе на себя то, что все болѣзненные явленія ночью значительно обострялись; больная постоянно жаловалась на сильныя, нестерпимыя боли въ груди, которыя появлялись ночью и мѣшали спать; днемъ болѣе почти не было. На основаніи такихъ явленій было рѣшено, давать больной въ видѣ опыта небольшія дозы іодистаго кали, несмотря на отсутствіе какихъ-либо указаній на перенесенный сифилисъ и несмотря на предостереженіе Косхера и др. относительно примѣненія іода при Базедовой болѣзни. Вліяніе іодистаго кали сказалось немедленно: больная стала спать, боли въ груди исчезли, самочувствіе значительно улучшилось. Зобъ сталъ немного меньше и замѣтно подвижнѣе; консистенція осталась такой-же плотной. Exophthalmus уменьшился, сердцебиеніе бываетъ рѣдко. Послѣ прекращенія іодистаго леченія, спустя нѣкоторое время, снова появились боли въ груди, которыя послѣ новаго приѣма іода прошли. 28/II 1911 г. больная выписалась изъ клиники въ хорошемъ состояніи; она продолжала принимать маленькія дозы іодистаго кали. Отъ оперативнаго вмѣшательства пришлось отказаться ввиду ясно выраженнаго порока сердца.

Второй случай касается 27 лѣтней женщины Е. К., принятой въ клинику 8/X 1912 г. съ жалобой на опухоль шеи, сердцебиеніе, нервность и язвы на правой ногѣ.

Больная происходитъ изъ мѣщанской семьи, родилась въ западномъ краѣ, гдѣ жила съ матерью до 20 лѣтъ. Послѣдніе 7 лѣтъ живетъ въ Петербургѣ прислугою. Условія жизни тяжелыя. Не пьетъ. 3 раза была беременна, при чемъ 2 первыхъ беременности окончилась нормальнымъ родами, дѣти живы, здоровы; 3-ья беременность 4 года тому назадъ окончилась выкидышемъ на 3 мѣсяцѣ. Менструаціи съ 15 лѣтъ, всегда правильны. До настоящаго заболѣванія всегда была здорова.

Отецъ умеръ давно отъ неизвѣстной причины, мать, 60 лѣтъ, здорова.

Около 3 лѣтъ тому назадъ больная замѣтила небольшую опухоль на передней поверхности шеи и нѣкоторую неловкость при глотаніи. Опухоль медленно увеличивалась до настоящаго времени. Сердцебиеніемъ страдаетъ давно. До марта мѣсяца 1912 г. чувствовала себя хорошо; но въ это время появилась сильная нервность, потливость, одышка и слабость. Мѣсяць тому назадъ на правой стопѣ появилась небольшая опухоль, которая быстро размягчилась и образовалась язва. Боли по ночамъ. Больная ни отъ зоба, ни отъ язвы не лечилась.

Больная блѣдна, очень безпокойна, съ порывистыми движеніями. Сильное выпячиваніе глазъ. Мышечная сила незначительна. Сердечная тупость вверхъ до 2-го ребра, влѣво на палецъ кнаружи отъ лѣвой сосковой линіи и направо до правой грудинной линіи; толчокъ въ VI межреберномъ промежуткѣ.

Пульсъ—120, средняго наполненія, правильный. У верхушки выслушивается систолическій шумъ. Со стороны легкихъ и органовъ брюшной полости отклоненій отъ нормы не замѣчается, кромѣ поносовъ. Колѣбно-сухожильный рефлексъ повышенъ; глоточный и конъюнктивальный рефлексы отсутствуютъ.

Вся щитовидная железа увеличена, немного больше правая половина. Кожа не изменена, кожные вены немного расширены. Поверхность зоба гладка, ясно прощупываются правая и левая доли и перешеек, разделенные между собою бороздами. И въ этомъ случаѣ зобъ отличается значительной плотностью, хотя въ меньшей мѣрѣ, чѣмъ въ 1-омъ случаѣ. Зобъ мало подвиженъ по отношенію къ шейнымъ органамъ. Давленіе на зобъ не вызываетъ болѣзненныхъ ощущеній, лимфатическія железы не увеличены. Надъ верхней правой щитовидной артеріей ощущается сосудистый шумъ. Надъ грудиной ясно заглушеніе перкуторнаго звука. Exophthalmus рѣзкій, симптомъ Stellwag'a выраженъ слабо, симптомы Graefe и Moebius'a отсутствуютують.

Язва на ногѣ оказывается типичной гумозной язвой. Реакція Wassermann'a дала ++++; туберкулиновая реакція—отрицательна.

Въ данномъ случаѣ ввиду рѣзко положительной реакціи Wassermann'a и несомнѣннаго, клинически констатируемаго, сифилиса было начато осторожное леченіе йодистымъ кали въ теченіе приблизительно одного мѣсяца; эффектъ получился немедленно: больная стала лучше спать, стала спокойнѣе, пульсъ въ спокойномъ состояніи 88—90 ударовъ въ минуту; язва на ногѣ зажила, аппетитъ отличный, вѣсъ тѣла увеличился. Зобъ, въ началѣ леченія уменьшился было, но затѣмъ снова сталъ увеличиваться, превышая даже первоначальный объемъ.

На основаніи этого наблюденія рѣшено было больной произвести половинную струмэктомию.

Эта часть исторіи болѣзни для нашей работы не имѣетъ такого значенія, какъ первая часть и поэтому я укажу только коротко на самыя главные моменты, тѣмъ болѣе, что этотъ случай будетъ подробно описанъ въ другомъ мѣстѣ. Больная перенесла операцію, произведенную подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ, хорошо, но послѣоперационное теченіе осложнилось тяжелыми явленіями сердечной слабости и рѣзко выраженнымъ безпокойствомъ; больная поправилась. Въ виду малаго вліянія операціи на явленія Базедовой болѣзни приблизительно черезъ 2 мѣсяца была произведена перевязка обѣихъ лѣвыхъ щитовидныхъ артерій, тоже подъ мѣстной анестезіей. Послѣ этой операціи больная умерла на 4-ый день отъ сердечной слабости и при крайнихъ степеняхъ возбужденія.

Если теперь подвести итогъ всѣмъ случаямъ, описаннымъ выше, то видимъ, что всего въ литературѣ удалось найти 36 наблюденій, въ которыхъ сифилисъ въ заболѣваніи щитовидной железы служилъ этиологическимъ моментомъ. Если мы рассмотримъ эти наблюденія по группамъ, то видимъ, что случаи первой и 2-й группы, какъ точно изслѣдованные клинически и патолого-анатомически въ смыслѣ правильности діагноза, неоспоримы; эти случаи принадлежатъ: Demme—4 случ., Birch-Hirschfeld—1 сл., Navratil—1 сл., Fränkel—1 сл., Bruce Clarke—1 сл., Küttner—2 сл., Mendel—1 сл., Davis—1 сл., Poncet et Leriche—1 сл., Hüttl—1 сл., Rosenhauer—

1 сл.—всего 15 случаевъ. Среди этихъ 15 наблюденій 3 раза въ щитовидной железнѣ была найдена преимущественно интерстиціальная форма сифилиса щитовидной железы, которая отличается диффузнымъ пораженіемъ всего органа; въ соединительно-тканной стромѣ железы наблюдаются воспалительныя явленія въ видѣ мелко-кѣлочной инфильтраціи, въ особенности вокругъ сосудовъ, значительное развитіе соединительной ткани съ послѣдующей атрофіей железистыхъ элементовъ; при этой формѣ обычно сосуды представляютъ рѣзкія измѣненія, которыя состоятъ въ разрастаніи и утолщеніи внутренней и наружной оболочекъ кровеносныхъ сосудовъ до полного закрытія; въ случаѣ Rosenhauer'a измѣненія сосудовъ не были найдены. Эта форма сифилиса щитовидной железы не всегда ведетъ къ увеличенію органа. Въ 12 изъ приведенныхъ случаевъ наблюдалось образованіе гummъ въ щитовидной железнѣ; эти гummы представляли типичныя образованія и по своей структурѣ ничѣмъ не отличались отъ гummъ другихъ парэнхиматозныхъ органовъ. Только въ нѣкоторыхъ случаяхъ (Küttner) отмѣчено сходство съ туберкулезными бугорками, такъ какъ рядомъ съ казеозными массами наблюдались гигантскія кѣлки, тождественныя съ таковыми въ туберкулезныхъ очагахъ; туберкулезныя бациллы однако не были найдены. Клинически всѣ эти случаи чрезвычайно похожи на злокачественное перерожденіе щитовидной железы, на Struma maligna, и въ большинствѣ всѣхъ описанныхъ случаевъ такой діагнозъ и былъ поставленъ. Общія черты между злокачественнымъ и сифилитическимъ зобомъ будутъ сравнительно быстрыростъ, неподвижность опухоли по отношенію къ шейнымъ органамъ, раннее появленіе явлений давленія на дыхательное горло, пищеводе и nervus recurrens и иногда и кахекия. Однако, кожа надъ зобомъ при сифилисѣ, какъ отмѣчено почти во всѣхъ описаніяхъ, долго остается свободной. Это однако не можетъ служить отличительнымъ признакомъ, такъ какъ злокачественныя новообразованія также очень долго не прорываютъ капсулу железы. Болѣе важный отличительный признакъ, это отсутствіе метастазовъ въ сосѣднихъ лимфатическихъ железахъ.

Только Küttner упоминаетъ объ увеличенныхъ плотныхъ шейныхъ железахъ, которыя были приняты какъ метастазы. При операціи однако большинство авторовъ подтверждаетъ наблюденіе Küttner'a, что ткани представляютъ своеобразный сальный видъ; этого при злокачественныхъ новообразованіяхъ не бываетъ. Кромѣ

того всё последователи отмѣчают поразительную плотность щитовидной железы при сифилитическомъ поражении ея.

Такимъ образомъ не подлежитъ сомнѣнiю, что щитовидная железа, какъ и всё остальныя органы, можетъ служить мѣстомъ развитiя специфическихъ сифилитическихъ процессовъ, при чемъ въ настоящее время различаются 2 формы сифилиса щитовидной железы: гуммозная и интерстициальная форма. При наследственномъ сифилисѣ по существующимъ наблюденiямъ, встрѣчаются только гуммы въ щитовидной железн и при этомъ при наличности гуммъ въ другихъ паренхиматозныхъ органахъ. При приобретенномъ сифилисѣ, гуммозные опухоли въ щитовидной железн наблюдались и безъ таковыхъ во внутреннихъ органахъ.

Случаи 3-ей группы, всего 21 наблюдение, какъ уже было сказано, не такъ убѣдительны, такъ какъ они наблюдались только клинически и о сифилитической натурѣ увеличенiя щитовидной железы заключалось на основанiи успѣха специфическаго леченiя. Эти клиническiя наблюденiя 3-ей группы можно раздѣлить на 3 подгруппы; на случаи увеличенiя щитовидной железы въ слѣдствiе развитiя специфическаго сифилитическаго процесса безъ измѣненiя функцiи железы, всего 10 наблюденiй, на случаи недостаточности щитовидной железы на почвѣ перенесеннаго специфическаго сифилитическаго тиреоидита—4 случая слизистаго отека, и на случаи повышенной дѣятельности щитовидной железы на почвѣ сифилиса—7 случаевъ Morbus Basedowi.

Среди 10 случаевъ первой подгруппы (2 случ. Mendel'a Lang'a 1 случ., Thursfield 1 случ., Sebileau 2 сл., Schuster 2 случ., Fürst 1 случ. и Wermann 1 случ.) наблюдение Wermann'a не вполне убѣдительно, такъ какъ въ его случаѣ увеличенiе щитовидной железы развилось во время леченiя сифилитика iодомъ и зобъ прошелъ послѣ прекращенiя iодистаго леченiя и переходу къ ртути. Его случай напоминаетъ описанныя Kocher'омъ случаи увеличенiя щитовидной железы при примѣненiи iода, при чемъ могутъ развиваться типичныя явленiя Базедовой болѣзни. Въ Россiи Гундоровъ описалъ случай увеличенiя щитовидной железы у сифилитика подъ названiемъ Thyreoditis iodica acuta, развившейся отъ маленькихъ дозъ iодистаго кали; явленiя Базедовой болѣзни отсутствовали. Возможно, что и въ случаѣ Wermann'a имѣло мѣсто подобное явленiе.

Дiагнозъ въ остальныхъ случаяхъ въ большей или мень-

шей мѣрѣ подтвержденъ хорошимъ результатомъ iодистаго леченiя.

Во 2-ой подгруппѣ мы имѣемъ 4 случая слизистаго отека, развившагося послѣ перенесеннаго сифилитическаго пораженiя щитовидной железы; нужно думать, что въ этихъ случаяхъ было диффузное поражение щитовидной железы (Thyreoditis interstitialis-syphilitica) съ слѣдующей атрофiей железистыхъ элементовъ. Эти случаи описаны Köhler'омъ, Landau, Поспѣловымъ и Pel.

Наиболѣе интересны и убѣдительны случаи 3-ей подгруппы, это случаи Morbus Basedowi на почвѣ сифилиса; такихъ случаевъ въ литературѣ описано 7—Abrahams 3 сл., Penzoldt 3 Bégarд 1 случ. къ нимъ прибавляется 2 собственныхъ наблюденiя, всего 9 случаевъ Базедовой болѣзни, въ которыхъ съ большой вѣроятностью сифилисъ служилъ этиологическимъ моментомъ.

Эти случаи убѣдительны тѣмъ, что всё болѣзненные явленiя или совершенно прошли или значительно улучшились при примѣненiи iода, а между тѣмъ изъ многочисленныхъ наблюденiй извѣстно, что больныя съ явленiями гипертиреоидизма крайне чувствительны къ iоду и всёми его соединенiямъ. Kocher въ особенности предостерегаетъ отъ неосторожнаго употребленiя iода, которымъ и при простыхъ зобахъ можно вызвать явленiя Базедовой болѣзни. А между тѣмъ всё эти больныя (всѣ случаи касались женщинъ) великодушнo переносили большiя дозы iодистаго кали, общее состоянiе, самочувствiе при этомъ улучшалось и всё болѣзненные явленiя развивались обратно. Въ первомъ изъ нашихъ случаевъ наступило значительное улучшение тяжелой формы Базедовой болѣзни и больная, до леченiя совершенно нетрудоспособная, выпсалась въ вполне хорошемъ состоянiи. Во второмъ случаѣ точно также наступило значительное улучшение общаго состоянiя и самочувствiя, но въ дальнѣйшемъ улучшенiи произошла остановка и больная 2 раза была подвергнута оперативному вмѣшательству, послѣ котораго она погибла. Эти случаи допускаютъ слѣдующее толкованiе: можно допустить, что зобъ развился у обѣихъ больныхъ самостоятельно, независимо отъ сифилиса, а сифилитическiй ядъ дѣйствовалъ только раздражающимъ образомъ на увеличенную щитовидную железу, вызывая такимъ образомъ гиперплазiю эпителия и гиперсекрецiю железы. Однако допустимо и другое толкованiе. Какъ мы видѣли, цѣлымъ рядомъ исследователей (Jullien, Mauriac, Engel-Reimers, Тимофеевъ, Полтавцевъ, Фердманъ, Берлацкiй) найдено увеличенiе щитовидной железы во вторичной стадiи сифилиса, по

Engel—Reimers'y приблизительно въ 50%. Тимофеевъ и Полтавцевъ при этомъ указываютъ, что это увеличеніе щитовидной железы не проходитъ отъ специфическаго леченія и можетъ держаться очень долго. Повидимому сифилитическій ядъ служитъ раздражителемъ щитовидной железы и можетъ наступить нѣкоторая гиперплазія органа. Можно себѣ представить, что эта гиперплазія вмѣстѣ съ тѣмъ связана и съ увеличеніемъ секреторной дѣятельности щитовидной железы, которая, при благоприятныхъ условіяхъ и при предрасполагающей общей нервности можетъ повести къ развитію настоящей Базедовой болѣзни. Тогда и становится понятнымъ то, что специфическое леченіе не вполне излечивало больныхъ, а дало только улучшеніе по столыку, по скольку Базедова болѣзнь зависѣла отъ вреднаго дѣйствія сифилитическаго яда. Соответствуетъ ли такому предположенію микроскопическая картина щитовидныхъ железъ людей, умершихъ во 2-ой стадіи сифилиса, неизвѣстно; Simmonds, который изслѣдовалъ такія железы, никакихъ измѣненій не нашелъ и онъ объясняетъ увеличеніе органа большимъ кровенаполненіемъ.

Въ заключеніе этого литературнаго отдѣла мнѣ остается указать, что тѣ немногочисленныя описанія микроскопическихъ картинъ щитовидныхъ железъ дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ, которыя приведены между прочимъ въ работахъ Elkes Hesselberg и Carnier не позволяютъ дѣлать какое-либо заключеніе о вліяніи сифилиса на строеніе щитовидной железы, такъ какъ контрольныхъ изслѣдованій въ большомъ масштабѣ нѣтъ. Единственный изслѣдователь, специально занимавшійся этимъ вопросомъ, Reggano, пришелъ къ заключенію, что щитовидная железа при наследственномъ сифилисѣ задержана въ развитіи, но болѣе подробныхъ указаній объ измѣненіяхъ въ такихъ железахъ мнѣ не удалось найти. Такимъ образомъ нужно признать, что вопросъ о вліяніи сифилитической инфекціи на строеніе щитовидной железы въ настоящее время еще недостаточно разработанъ.

Собственные изслѣдованія.

Глава III.

Техника изслѣдованій, протоколы, таблицы.

Настоящая работа основана на данныхъ изслѣдованій 100 щитовидныхъ железъ: 54 железы были взяты отъ умершихъ сифилитиковъ и 46 нормальныхъ железъ служили въ качествѣ контроля. По возрастамъ матеріалъ распредѣляется слѣдующимъ образомъ: 13 железъ принадлежатъ мертворожденнымъ плодамъ и выкидышамъ въ возрастѣ отъ V до VIII мѣсяцевъ; для этой группы я располагалъ 10-ью контрольными железами того же возраста. Далѣе 20 железъ было взято отъ труповъ дѣтей въ возрастѣ отъ 2 дней до 12 лѣтъ; контрольныхъ железъ 27; и наконецъ, 21 железа принадлежала взрослымъ сифилитикамъ; въ этой категоріи я располагалъ 9 контрольными.

Какъ видно будетъ изъ ниже приведенныхъ протоколовъ, у всѣхъ труповъ мертворожденныхъ плодовъ и выкидышей были на лицо явные признаки врожденнаго сифилиса, обнаруживающіеся при вскрытіи или, если таковые признаки отсутствовали, то во всякомъ случаѣ матери этихъ дѣтей были зарегистрированы, какъ страдающія сифилисомъ и многократно лечившіяся въ больницѣ. У труповъ доношенныхъ дѣтей и взрослыхъ лицъ имѣлись на лицо явленія сифилиса на кожѣ или въ видѣ гумознаго сифилиса внутреннихъ органовъ.

Труднѣе исключить сифилисъ въ контрольныхъ случаяхъ, въ особенности у выкидышей. Могу сказать только, что при вскрытіи труповъ, у которыхъ я бралъ железы для контроля, никакихъ указаній на сифилисъ не было и въ исторіяхъ болѣзней ничего на этотъ счетъ не отмѣчено. Однако понятно, что эти отрицательныя данныя не исключаютъ возможности сифилиса

матери при выкидышахъ и преждевременныхъ родахъ; нѣсколько железъ этого ранняго возраста послѣ микроскопическаго изслѣдованія пришлось исключить, такъ какъ въ макроскопически не измѣненной печени, которая въ сомнительныхъ случаяхъ всегда изслѣдовалась, оказалось большее противъ нормы развитіе соединительной ткани.

Весь матеріалъ, которымъ я пользовался для настоящей работы, мною, какъ было уже сказано, полученъ со вскрытій и обычно спустя сутки послѣ смерти.

Въ теченіе 24 часовъ по изслѣдованіямъ de Quervain'a и по моимъ собственнымъ наблюденіямъ, специально направленнымъ на этотъ предметъ, никакихъ рѣзкихъ измѣненій въ щитовидныхъ железахъ не происходитъ и такія железы вполне годны для патолого-анатомическихъ изслѣдованій. Необходимо конечно, чтобы трупы хранились въ прохладномъ помѣщеніи.

Для фиксаціи препаратовъ я въ началѣ пользовался сулемой, формалиномъ, жидкостью Orth'a, алкоголемъ и жидкостью Flemming'a. Препараты обычнымъ путемъ заливались въ парафинъ и целлоидинъ. При сравненіи препаратовъ, полученныхъ изъ разныхъ фиксирующихъ жидкостей, я не могъ отмѣтить преимуществъ сулемы или алкоголя передъ формалиномъ или жидкостью Orth'a, а поэтому я сталъ пользоваться почти исключительно 5 — 10% воднымъ растворомъ формалдегида или жидкостью Orth'a. Обработка препаратовъ этими жидкостями очень проста, онѣ легко и равномерно проникаютъ въ препараты, фиксируютъ быстро, не сморщивая ткани и допускаютъ всѣ употребительные способы окраски. Для фиксаціи жира въ железахъ я пользовался главнымъ образомъ жидкостью Flemming'a, въ немногихъ случаяхъ былъ примененъ 1% растворъ осміевои кислоты. Срѣзы залитыхъ въ парафинъ или целлоидинъ препаратовъ окрашивались гематоксилинъ-эозиномъ и по van Gieson'u. Для производства послѣдней окраски я пользовался видоизмѣненіемъ основнаго способа van Gieson'a, предложеннымъ Weigert'омъ.

Это видоизмѣненіе даетъ прекрасные препараты и окраска сохраняется значительно дольше, чѣмъ при примененіи стараго способа van Gieson'a *). Для изслѣдованія препаратовъ на

*) Кроме того производилась окраска на эластическую ткань фукселиномъ Weigert'a, краска употреблялась всегда свѣжая, не старше 6 недѣль.

жиръ тонкіе парафиновые срѣзы освобождались отъ парафина и заключались въ канадскій бальзамъ; окраской сафраниномъ я не пользовался потому, что во 1) повидимому, часть жировыхъ зернышекъ послѣ окраски исчезаетъ изъ препарата, а во 2) жировые зернышки отлично видны на неокрашенномъ препаратѣ. Насколько выгодно изслѣдовать на жиръ неокрашенные препараты, фиксированные въ жидкости Flemming'a или въ растворахъ осміевои кислоты, видно между прочимъ и изъ таблицы въ работѣ Б. Г. Милевскаго, гдѣ въ графѣ „нахожденіе жира въ препаратахъ“ почти во всѣхъ случаяхъ имѣется отмѣтка, что въ окрашенномъ препаратѣ меньше жировыхъ зернышекъ, чѣмъ въ неокрашенномъ. Раньше на это явленіе указалъ Erdheim.

Часть железъ, полученныхъ отъ дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ и отъ взрослыхъ сифилитиковъ (25 железъ), была обработана по способу Levaditi съ цѣлью открыть присутствіе Spirochaeta pallida; однако, блѣдная спирохета ни разу не была найдена.

При описаніи препаратовъ уже въ самомъ началѣ стало ясно, что одни протокольные описанія препаратовъ недостаточны. При отсутствіи рѣзко выраженныхъ специфическихъ измѣненій въ щитовидныхъ железахъ сифилитиковъ часто получаютъ очень сходныя описанія, такъ что по прочтеніи описанія контрольнаго случая и соответствующаго случая отъ сифилитика иногда очень трудно уловить разницу. При чтеніи ряда протокольныхъ описаній это еще труднѣе, а поэтому я всѣ данныя микроскопическихъ изслѣдованій заносилъ въ таблицу.

Таблица состоитъ изъ 22 графъ. Въ 1-ой графѣ содержится текущій номеръ случаевъ, при чемъ я пользуюсь нумераціей арабскими и римскими цифрами: арабскія цифры относятся къ контрольнымъ железамъ, римскія — къ железамъ отъ сифилитиковъ. Цифры въ этой графѣ соответствуютъ цифрамъ протокольныхъ описаній. Матеріалъ въ таблицѣ мною расположенъ такимъ образомъ, что сначала приведенъ контрольный случай, а подъ нимъ непосредственно болѣе крупнымъ шрифтомъ описаніе железы отъ сифилитика. Если имѣется нѣсколько случаевъ одного и того-же возраста, тогда они слѣдуютъ одинъ за другимъ. Во 2-ой графѣ обозначены возрастъ и полъ. Для обозначенія пола я пользуюсь общепринятыми знаками, при чемъ знакъ ♂ обозначаетъ мужской полъ, а знакъ ♀ женскій полъ. Въ 3-й графѣ приведенъ вѣсъ тѣла. Въ графѣ 4-ой обозначенъ вѣсъ железы,

въ графѣ 5-ой—взаимоотношеніе между вѣсомъ тѣла и вѣсомъ железы; въ 6-ой графѣ указана основная болѣзнь, въ 7-ой графѣ—причина смерти. Эта графа имѣетъ значеніе въ тѣхъ случаяхъ, когда смерть наступила не отъ основной болѣзни, а отъ случайнаго заболѣванія.

Въ 8-ой графѣ отмѣчено развитіе соединительно-тканныхъ перегородокъ между дольками. Чтобы не ограничиться простыми обозначеніями: много, мало и т. д. для степени развитія соединительной ткани между дольками, я измѣрялъ въ микронахъ поперечникъ соединительно-тканныхъ прослоекъ и бралъ среднюю величину изъ ряда измѣреній. Въ этой графѣ имѣются обозначенія: тонкія, среднія и толстыя, при чемъ я считаю тонкими перегородками тѣ, поперечникъ которыхъ не превышаетъ 40 μ ; средними будутъ перегородки отъ 40 μ —100 μ , а толстыми выше 100 μ . Такимъ образомъ съ обозначеніями: тонкія, среднія и толстыя перегородки связываются вполне опредѣленныя величины. Такой цифровой способъ обозначенія значительно объективнѣе, чѣмъ самое подробное и добросовѣстное описаніе, а главное, онъ даетъ совершенно ясное и опредѣленное представленіе.

Въ 9-ой графѣ приведены размѣры долекъ въ микронахъ.

Въ 10-ой графѣ отмѣчено развитіе соединительной ткани между фолликулами; здѣсь я пользуюсь просто обозначеніями: слабо, умѣренно и сильно.

Въ 11-ой графѣ обозначена величина фолликуловъ. Фолликулы мною дѣлятся на 3 величины: мелкіе фолликулы до—75 μ , средніе—отъ 75 μ —150 μ , и крупныя фолликулы выше 150 μ . Кромѣ того, въ этой-же 11-ой графѣ приведено взаимоотношеніе фолликуловъ различной величины, такъ какъ нѣтъ железы, въ которой имѣлись бы фолликулы только мелкіе или только средніе или же, наконецъ, только крупныя.

Чтобы выразить опредѣленнѣе это взаимоотношеніе, я поступилъ слѣдующимъ образомъ: я считалъ по полямъ зрѣнія известное количество фолликуловъ, напр., 30, при чемъ среди нихъ оказалось, скажемъ, 15 мелкихъ, 9 среднихъ и 6 крупныхъ фолликуловъ; количественное отношеніе такимъ образомъ будетъ 15:9:6 или 5:3:2; простоты ради я бралъ всюду послѣднюю формулу, такъ какъ оперировать меньшими цифрами во всѣхъ отношеніяхъ легче. Само собою разумѣется, что при неравномѣрномъ строеніи железы приходится просматривать и просчитывать много

полей зрѣнія въ разныхъ срѣзахъ, чтобы получить цифры, болѣе или менѣе соответствующія истинѣ. Такимъ образомъ въ этой графѣ противъ обозначеній: мелкіе, средніе и крупныя стоятъ еще цифры, которыя выражаютъ количественное отношеніе данной величины фолликуловъ на 10 фолликуловъ.

Въ 12-ой графѣ обозначена форма фолликуловъ, при чемъ различаются круглыя, овальныя и неправильныя фолликулы.

Въ 13-ой графѣ имѣются свѣдѣнія относительно характера коллоида. Коллоидъ дѣлится на свѣтлый, сѣтччатый и темный. Кромѣ того, такъ какъ въ каждой железнѣ всегда можно встрѣтить коллоидъ разнаго свойства, я пользовался также цифровымъ способомъ записи. При этомъ чтобы выразить соотношеніе темнаго и свѣтлаго коллоида въ препаратѣ, я считалъ известное количество фолликуловъ съ коллоидомъ и отмѣчалъ его свойства; если у меня, напр., на 20 фолликуловъ отмѣчено 10 разъ темный коллоидъ и 10 разъ свѣтлый коллоидъ, то количественное соотношеніе темнаго и свѣтлаго коллоида будетъ 10:10 или 5:5, если считать на 10 фолликуловъ; я придерживался цифры 10 по изложеннымъ выше соображеніямъ.

Въ 14-ой графѣ имѣются отмѣтки относительно степени вакуолизаціи. Для того, чтобы цифрами выразить степень вакуолизаціи и такимъ образомъ имѣть возможность сравнить препараты между собою, я примѣнилъ десяти-балльную систему оцѣнки. Такимъ образомъ въ этой графѣ цифры отъ 0 до 10 обозначаютъ разныя степени вакуолизаціи, отъ полного отсутствія ея—степень вакуолизаціи 0, до высшей степени—10, если коллоидъ во всѣхъ фолликулахъ сильно вакуолизированъ. Эта графа естественно носитъ въ большей степени, чѣмъ предыдущія отпечатокъ субъективности, такъ какъ степень вакуолизаціи оцѣнена на глазъ, а не подсчетомъ вакуолей.

Въ 15-ой графѣ приведены свѣдѣнія относительно количества клѣтокъ въ коллоидѣ. Для этой цѣли тамъ приведены замѣчанія: «нѣтъ», «мало» и «много», что, на мой взглядъ, даетъ достаточно ясное представленіе о степени десквамаціи.

Въ 16-ой графѣ отмѣчено количество клѣтокъ въ фолликулѣ словами «м а л о», «у м ѣ р е н н о», «м н о г о», при этомъ я подъ отмѣткой м а л о подразумеваю такое количество эпителиальныхъ клѣтокъ, которое достаточно для выстилки фолликуловъ въ одинъ слой; у м ѣ р е н н о е количество клѣтокъ въ фолликулахъ—если имѣется больше клѣтокъ, чѣмъ ихъ тре-

буется для покрытія стѣнки фолликуловъ въ одинъ слой, а много, если полость фолликула цѣликомъ или большею частью выполнена клѣтками.

Въ 17-ой графѣ указано количество протоплазмы эпителиальныхъ клѣтокъ фолликуловъ. вмѣсто того, чтобы указывать на родъ эпителия, мнѣ казалось болѣе удобнымъ отмѣтить количество протоплазмы словами *м а л о*, *у м ѣ р е н н о* и *м н о г о*. Сдѣлалъ я это потому, что почти во всѣхъ препаратахъ и на одномъ и томъ же срѣзѣ часто можно видѣть въ одномъ полѣ зрѣнія фолликулы, выстланные разнороднымъ эпителиемъ и поэтому простое обозначеніе вида эпителия словами цилиндрической, кубической, уплощенный, дало бы менѣе вѣрное представленіе. Въ протоколахъ, при описаніи препаратовъ, само собою разумѣется, подробно описанъ видъ эпителия, встрѣчающійся въ фолликулахъ.

Въ 18-ой графѣ занесены данныя, полученные при измѣреніи ядеръ эпителиальныхъ клѣтокъ. Ядра раздѣлены на 4 вида: на мелкія ядра, въ 3 μ —4 μ въ поперечникѣ, среднія отъ 5 μ —6 μ , крупныя ядра отъ 7 μ и сморщенные. Кромѣ того, въ этой-же графѣ противъ обозначенія каждаго вида ядеръ цифрами опредѣлено количественное отношеніе отдѣльныхъ видовъ ядеръ даннаго случая, совершенно такъ, какъ это было описано выше для опредѣленія количественнаго отношенія разныхъ видовъ фолликуловъ.

Въ 19-ой графѣ отмѣчено кровенаполненіе словами *с л а б о е*, *у м ѣ р е н н о е* и *с и л ь н о е*, что даетъ достаточно ясное представленіе о богатствѣ крови въ препаратѣ. Тѣми же словами въ графахъ 20-ой и 21-ой отмѣчено количество эластической ткани и количество жировыхъ зернышекъ въ протоплазмѣ. Въ 22-ой графѣ отмѣчаются свѣдѣнія относительно количества ядерныхъ скопленій, что выражено словами *н ѣ т ь*, *у м ѣ р е н н о*, *м н о г о*. Наконецъ, въ концѣ графѣ въ таблицѣ оставлено мѣсто для „особыхъ замѣчаній“; въ этой графѣ я отмѣчалъ состояніе сосудистыхъ стѣнокъ, присутствіе коллоида въ лимфатическихъ щеляхъ и вообще тѣ измѣненія, которыя въ предъидущихъ графахъ не нашли себѣ мѣста.

Чтобы наглядно представить полученные данныя и имѣть возможность сравнить щитовидныя железы сифилитиковъ съ контрольными, я составилъ вторую таблицу, въ которой въ % вычислены данныя всѣхъ графъ первой таблицы, исключая графы

2, 3, 5, 6 и 7. 3 и 5 графы не приняты въ расчетъ, такъ какъ данныя этихъ графъ вслѣдствіе малочисленности не позволяютъ сдѣлать какія либо заключенія. 6 и 7 графа для окончательныхъ выводовъ особеннаго значенія не имѣютъ и поэтому не приведены мною въ таблицѣ. Въ этой таблицѣ весь матеріалъ разбитъ на 3 группы: группу недоношенныхъ дѣтей въ возрастѣ отъ V до VIII мѣсяцевъ, группу доношенныхъ дѣтей въ возрастѣ отъ 2 дней до 13 лѣтъ и группу взрослыхъ въ возрастѣ отъ 18 лѣтъ до 69 лѣтъ.

Понятно, что вычисленія въ % и цифры, приведенныя въ 1-ой таблицѣ, не могутъ имѣть абсолютнаго значенія; примѣненіе цифрового метода записи представляетъ только попытку наиболѣе объективнымъ образомъ представить наблюдаемыя отклоненія отъ контрольныхъ железъ и съ этой точки зрѣнія я и прошу смотрѣть на приведенныя таблицы. Протокольные описанія микроскопическихъ препаратовъ расположены такимъ образомъ, что на лѣвой сторонѣ приведены описанія контрольныхъ железъ, противъ нихъ, на правой сторонѣ, описаніе железъ, сифилитиковъ, при чемъ матеріалъ расположенъ по возрасту и по той-же нумераціи, какъ въ таблицѣ № 1. При этомъ, для болѣе наглядности, случаи опредѣленнаго возраста отдѣлены отъ слѣдующей группы чертой. Такъ какъ общее количество изслѣдованныхъ контрольныхъ железъ и железъ сифилитиковъ другъ другу не соответствуетъ, точно также количество изслѣдованныхъ железъ опредѣленнаго возраста также неодинаково, то при распредѣленіи протоколовъ противъ, напр., 1 контрольнаго описанія помѣщено 2—3 или больше описаній железъ сифилитиковъ того-же возраста или наоборотъ.

Таблицы I и II, въ виду удобства, помѣщены въ концѣ работы, причѣмъ таблица I разбита на 11 частей подъ обозначеніемъ: таблица I а, таблица I б и т. д.

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
1	<p>Выкидышъ на 5 мѣсяцѣ женскимъ плодомъ. Вѣсъ желѣзы 0,7 гр. Соединительно-тканная прослойка въ 15—30μ толщиной дѣлитъ железу на хорошо различимыя дольки; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ внутридольчатая соединительная ткань развита сильнѣе и въ этихъ мѣстахъ разграниченіе долекъ менѣе ясно. Величина долекъ около 150μ. Въ долькахъ, расположенныхъ по периферіи, видны овальной или круглой формы фолликулы съ просвѣтомъ; діаметръ 15—30μ. Въ нѣкоторыхъ просвѣтахъ слабо окрашенная зернистая масса; въ большинствѣ же случаевъ эпителий образуетъ трубки и кучки, въ которыхъ, однако, обыкновенно можно видѣть наклонность эпителиальныхъ клѣтокъ располагаться по периферіи, образуя железистыя трубки и пузырьки. Центральныя дольки почти сплошь состоятъ изъ небольшихъ скопленій эпителиальныхъ клѣтокъ, при чемъ во многихъ мѣстахъ замѣтна только что упомянутая наклонность эпителия образовать железистыя пузырьки. Эпителий въ готовыхъ фолликулахъ и железистыхъ трубкахъ цилиндрической, ядра круглы, 4—5μ въ діаметрѣ, довольно темно окрашены съ хорошо различимой хроматиновой сѣтью. Свѣтлыхъ ядеръ меньше, они крупнѣе, около 6μ въ діаметрѣ. Темныхъ ядеръ въ 3—4μ сморщенныхъ ядеръ мало. Кровенаполненіе значительно: всѣ вены и капилляры наполнены красными кровяными тѣльцами; фолликулы и клѣточные скопленія окружены капиллярной сѣтью и эпителиальныя клѣтки, повидимому, прямо прилегаютъ къ капиллярамъ. Эластической ткани очень мало; жировыхъ зернышекъ въ эпителиальныхъ клѣткахъ нѣтъ.</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
I	<p>Выкидышъ, 5 мѣсяцевъ, двойни мужскаго пола. Вѣсъ тѣла 720 гр., вѣсъ железы 0,2 гр.</p> <p>Дѣленіе на дольки выражено очень ясно; соединительно-тканная прослойка между дольками въ 15—45μ; внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Эластической ткани мало. Величина долекъ разнообразна, 75—150μ въ поперечникѣ. Эпителиальныя клѣтки преимущественно образуютъ мелкія фолликулы въ 15—30μ въ діаметрѣ; большая часть фолликуловъ выполнена клѣтками. Мѣстами эпителий въ видѣ трубокъ. Коллонда нѣтъ. Эпителий болѣею частью кубической, ядра круглы, мелки, 3—4μ въ поперечникѣ, темны, съ трудно различимой хроматиновой сѣтью; нрѣдка встрѣчается свѣтлое пузырьчатое ядро въ 4—5μ въ діаметрѣ. Въ протоплазмѣ клѣтокъ много мелкихъ жировыхъ зернышекъ и болѣе крупныхъ капель, окрашивающихся осміевою кислотой въ черный цвѣтъ. Кровенаполненіе незначительно.</p>
II	<p>Выкидышъ 5 мѣсяцевъ, братъ предыдущаго. Вѣсъ тѣла 555 гр., вѣсъ железы 0,25.</p> <p>Дольчатое строеніе железы выражено ясно; междольчатая соединительно-тканная прослойка въ 15—75μ толщиной; внутридольчатая соединительная ткань развита умѣренно. Дольки около 150μ въ діаметрѣ, отдѣльныя дольки до 450μ. Фолликуловъ нѣтъ; эпителиальныя клѣтки лежатъ либо кучками безъ особаго порядка, либо можно замѣтить, что периферическія клѣтки расположены въ какой-нибудь кучкѣ въ правильный рядъ, окружая отчасти съ какой-нибудь стороны скопленіе эпителиальныхъ клѣтокъ. Строеніе железы въ общемъ напоминаетъ предыдущій случай, но образованіе фолликуловъ было выражено въ томъ случаѣ значительно яснѣе. Эпителий кубической, ядра мелки, темны, хроматиновая сѣть плохо видна. Ядеръ средней величины мало, крупныхъ ядеръ нѣтъ. Эластической ткани очень мало, кровенаполненіе слабо. Жировыя зернышки въ значительномъ количествѣ.</p>
III	<p>Выкидышъ 5 мѣсяцевъ. Вѣсъ 600 гр. Вѣсъ щитовидной железы 0,5 гр.</p> <p>Дольчатое строеніе выражено хорошо. Соединительно-тканная перегородка, раздѣляющія дольки, 50—45μ въ поперечникѣ. Дольки разнѣромъ въ 150—200μ. По микроскопическому строенію эта железа очень похожа на предъ-</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
2	<p>Мужской плодъ 6 мѣсяцевъ. Вѣсъ 700 гр.; вѣсъ железы 0,8 гр.</p> <p>Тонкія соединительно—тканная перегородки въ 15 μ дѣлятъ железу на хорошо различимыя дольки. Внутри-дольчатая соединительная ткань развита умѣренно. Дольки малы, отъ 75—120 μ въ поперечникѣ. Фолликуловъ нѣтъ, эпителиальныя кѣтки лежатъ кучками безъ всякаго порядка въ петляхъ соединительной ткани, лишь кое гдѣ удается замѣтить наклонность эпителия расположиться по периферіи кѣлочныхъ скопленій въ одинъ или 2 ряда. Кѣтки разнообразной формы, протоплазма обыкновенно плохо замѣтна и мѣстами сливается въ зернистую массу, въ которой расположены ядра. Ядра круглы, преимущественно мелки, 3—4 μ въ поперечникѣ, темно окрашены. Хроматиновыя зерна плохо различаются. Болѣе крупныхъ ядеръ очень мало, какъ и сморщенныхъ ядеръ. Жировыхъ зернышекъ въ эпителиальныхъ кѣткахъ нѣтъ. Железа умѣренно полнокровна. Эластической ткани очень мало.</p>
3	<p>Женскій плодъ 6 мѣсяцевъ. Вѣсъ железы 0,7 гр.</p> <p>Дѣленіе на дольки выражено ясно; соединительно—тканная прослойка шириною въ 15—75 μ содержатъ небольшую примѣсь тонкихъ эластическихъ волоконъ, которыя замѣтны и внутри долекъ вмѣстѣ съ довольно сильно развитой внутридольчатой соединительной тканью. Дольки въ среднемъ около 150 μ въ поперечникѣ. Эпителиальныя кѣтки расположены кучками; лишь въ немногихъ мѣстахъ эпителиальныя кѣтки начинаютъ правильно располагаться. Протоплазма</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
IV	<p>идущій случай, но склонность эпитемія образовывать фолликулы, въ данной железѣ менѣе выражена; эпителиальныя кѣтки преимущественно лежатъ кучками. Относительно строенія и величины ядеръ въ данномъ случаѣ трудно судить, такъ какъ ядра плохо окрасились. На препаратахъ, фиксированныхъ въ жидкости Flemming'a, можно видѣть жировыя зернышки въ протоплазмѣ эпителиальныхъ кѣтокъ. Кровоенеполненіе слабое.</p> <p>Мужской плодъ 6 мѣсяцевъ. Вѣсъ железы 1,25 гр. Osteochondritis syphilitica.</p> <p>Соединительно—тканная прослойка въ 30—60 μ дѣлятъ железу на дольки, имѣющія до 750 μ въ поперечникѣ. Дольки не вездѣ хорошо замѣтны вслѣдствіе значительнаго развитія внутридольчатой соединительной ткани. Значительная примѣсь эластической ткани. Фолликулы лишь въ меньшинствѣ случаевъ имѣютъ незначительный просвѣтъ въ 15—30 μ, въ которомъ иногда можно видѣть свѣтлага строенія коллоидъ. Въ громадномъ большинствѣ фолликулы выполнены кѣтками, причемъ эпителиальныя кѣтки отдѣлились отъ стѣнки фолликула въ видѣ пласта, кѣтки остались въ соединеніи между собою. Ядра низко цилиндрическаго эпителия по преимуществу мелки, круглы и темны. Встрѣчаются отдѣльныя крупныя, свѣтлыя и сморщенные ядра. Жировыхъ зернышекъ нѣтъ въ протоплазмѣ кѣтокъ. Кровоенеполненіе сильное.</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
	<p>кѣтокъ образуетъ общую зернистую массу, въ которой расположены ядра. Ядра кѣтокъ преимущественно темны, мелки, круглой или овальной формы. Свѣтлыхъ ядеръ средней величины очень мало; въ нѣкоторыхъ ядрахъ хроматинъ расположенъ по периферіи ядра. Сморщенныхъ ядеръ мало. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, преимущественно по периферіи железы, встрѣчаются большія или меньшія группы ядеръ, тѣсно расположенныхъ и темно окрашенныхъ. Жировыхъ зернышекъ въ эпителиальныхъ кѣткахъ нѣтъ. Кровенаполненіе слабое.</p>
4	<p>Мужской плодъ 6 мѣсяцевъ. Вѣсъ железы 0.5 гр. Соединительно-тканная перегородка въ 15—75μ толщиной дѣлитъ железу на ясно различимыя дольки разнообразной величины, 150—300μ въ поперечникѣ. Тончайшія эластическія волокна проходятъ вмѣстѣ съ перегородками; мѣстами, гдѣ внутريدольчатая соединительная ткань развита сильнѣе, и между фолликулами видны эластическія волокна. Развѣтвленіе фолликуловъ въ железу крайне неравномерно: въ нѣкоторыхъ долькахъ фолликулы совершенно еще не развиты, видны только кучки эпителиальныхъ кѣтокъ безъ правильного расположенія; въ другихъ мѣстахъ замѣчается расположеніе эпителия по периферіи въ одинъ правильный рядъ вокругъ безпорядочно расположенной кучки кѣтокъ, и наконецъ, встрѣчаются вполнѣ развитыя, съ просвѣтомъ въ 15—30μ фолликулы; изрѣдка, въ периферическихъ частяхъ железы, можно встрѣтить фолликулы до 100μ въ поперечникѣ. Просвѣтъ фолликуловъ или пустъ, или въ немъ видны отдѣльныя кѣтки, протоплазма которыхъ сливается въ общую зернистую массу, въ которой лежатъ ядра; лишь въ немногихъ просвѣтахъ можно видѣть слабо окрашенное, сѣтчатое содержимое. — Эпителий низко цилиндрической, ядра круглы, частью свѣтлы, частью темнѣе, но съ хорошо различимой хроматиновой сѣтью, въ 4—5μ въ діаметрѣ. Изрѣдка встрѣчаются мелкія, темныя ядра; изрѣдка — сморщенные ядра. Въ периферическихъ частяхъ железы, а изрѣдка и въ болѣе центральныхъ мѣстахъ, встрѣчается много скопленій темныхъ ядеръ, расположенныхъ большими или меньшими кучками. Протоплазма почти не видно. Эти ядерныя скопленія больше встрѣчаются въ тѣхъ мѣстахъ и долькахъ, гдѣ фолликулы</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
	<p>кѣтокъ образуетъ общую зернистую массу, въ которой расположены ядра. Ядра кѣтокъ преимущественно темны, мелки, круглой или овальной формы. Свѣтлыхъ ядеръ средней величины очень мало; въ нѣкоторыхъ ядрахъ хроматинъ расположенъ по периферіи ядра. Сморщенныхъ ядеръ мало. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, преимущественно по периферіи железы, встрѣчаются большія или меньшія группы ядеръ, тѣсно расположенныхъ и темно окрашенныхъ. Жировыхъ зернышекъ въ эпителиальныхъ кѣткахъ нѣтъ. Кровенаполненіе слабое.</p>

№№ Описание контрольных щитовидных желез.

еще не развиты. Кровенаполнение очень сильно. В протоплазме эпителиальных клеток жировых зернышек нет.

- 5 Женский плод 6 месяцев. Вѣсъ железы 0,4 гр.
Тонкія соединительно-тканная перегородки вѣ 15 μ толщиной дѣлятъ железу на разнообразной формы и величины дольки; внутريدольчатая соединительная ткань развита очень слабо. Эластической ткани очень мало, встрѣчаются только отдѣльныя тончайшія волокна. Величина долекъ колеблется отъ 75—150 μ вѣ поперечникѣ. Фолликулы, расположенныя по периферіи железы, овальной, трубчатой или вѣтвящейся формы съ небольшимъ просвѣтомъ около 15 μ . Остальная масса фолликуловъ безъ просвѣта, — вѣ некоторыхъ мѣстахъ можно видѣть еще кучки эпителиальныхъ клетокъ безъ правильного расположенія. Кѣтки фолликуловъ низко цилиндрическія, границы между ними плохо видны.

Протоплазма имѣетъ сѣтчатоое строеніе; вѣ ней иногда замѣчаются мелкія, круглыя образованія, отличающіяся на препаратахъ, окрашенныхъ гематоксилиномъ и эозиномъ, отъ розовой протоплазмы болѣе синеватымъ оттѣнкомъ; иногда такого-же цвѣта круглыя зерна можно видѣть вѣ полости фолликула. Свободный край протоплазмы окрашенъ интенсивнѣе и замѣтенъ вѣ видѣ каймы. Только кое-гдѣ замѣчается еле окрашенное зернистое содержимое вѣ полости фолликуловъ. Ядра цилиндрическаго эпителия по преимуществу средней величины, круглы, свѣтлы, съ хорошо различимой хроматиновой зернистостью; довольно часто встрѣчаются крупныя пузырьчатыя ядра. Мелкихъ темныхъ ядеръ мало. Ядерныхъ скопленій мало. Кровенаполненіе рѣзкое.

- 6 Мертворожденный мальчикъ 7 месяцевъ. Вѣсъ железы 2,5 гр.
Дѣленіе на дольки выражено не одинаково ясно во всѣхъ частяхъ железы. Соединительно-тканная прослойка очень узка, 15—30 μ вѣ поперечникѣ; внутريدольчатая соедини-

№№ Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.

- V Мужской плодъ 6 месяцевъ. Вѣсъ железы 0,5 гр.
Дѣленіе на дольки не вездѣ ясно выражено вслѣдствіе узости соединительно-тканныхъ перегородокъ, состоящихъ часто изъ нѣсколькихъ волоконцевъ. Эластическая ткань встрѣчается вѣ видѣ отдѣльныхъ тончайшихъ волоконцевъ. Дольки вѣ большинствѣ случаевъ около 150 μ вѣ поперечникѣ. Развѣтвіе фолликуловъ вѣ разныхъ частяхъ железы неодинаково: вѣ периферическихъ частяхъ железы встрѣчаются фолликулы съ просвѣтомъ вѣ 15—30 μ ; содержащаго вѣ просвѣтахъ нѣтъ. Вѣ большинствѣ же долекъ готовыхъ фолликуловъ нѣтъ, а эпителиальныя кѣтки лежатъ безпорядочными кучками. Эпителий вѣ готовыхъ фолликулахъ низко цилиндрической, ядра круглы, свѣтлы, средней величины. Крупныхъ и сморщенныхъ ядеръ мало, немного больше мелкихъ, темныхъ ядеръ. Вѣ небольшомъ количествѣ вѣ разныхъ частяхъ железы встрѣчаются ядерныя скопленія.

Жировыхъ зернышекъ вѣ эпителиальныхъ кѣткахъ фолликуловъ нѣтъ; кровенаполненіе умѣренное.

- VI Мертворожденный мальчикъ 7 месяцевъ. Вѣсъ железы 0,9 гр. Osteochondritis syphilitica.
Соединительно-тканная прослойка вѣ 30—75 μ толщиной дѣлятъ железу на дольки, плохо различимыя вслѣдствіе значительнаго развитія внутريدольчатой соединительной ткани. Дольки

№№

Описание контрольных щитовидных железъ.

тельная ткань развита очень слабо. Эластической ткани мало. Дольки отъ 150—200 μ въ поперечникѣ. Фолликуловъ съ правильнымъ расположеніемъ эпителия нѣтъ; клѣтки лежатъ неправильными кучками, между которыми проходятъ широкія капилляры и соединительно-тканная волокна. Въ очень немногихъ мѣстахъ только замѣтно расположеніе эпителия въ правильный рядъ. Клѣтки въ этихъ участкахъ кубическія и низко цилиндрическія. Ядра клѣтокъ средней величины, 4—5 μ , довольно темны, но хроматиновые зерна ясно видны, часто расположены по периферіи. Крупныхъ, свѣтлыхъ ядеръ мало, мелкихъ, темныхъ ядеръ немного больше. Въ протоплазмѣ клѣтокъ иногда отдѣльныя зернышки жира. Кровенаполненіе значительное.

7

Мертворожденная дѣвочка 7 мѣсяцевъ. Вѣсъ железы 0,9 гр.

Соединительно-тканная прослойка преимущественно въ 15—30 μ шириною, мѣстами до 150 μ , дѣлать железу на хорошо различимыя дольки, — внутридольчатая соединительная ткань развита умѣренно. Эластической ткани немного. Величина долекъ колеблется отъ 150—300 μ .

Фолликулы лишь въ меньшинствѣ случаевъ имѣютъ правильное расположеніе эпителия въ одинъ рядъ и просвѣтъ въ 30—45—60 μ ; въ большинствѣ-же случаевъ фолликулы выполнены отставшими отъ стѣнки клѣтками, сохранившимися во многихъ мѣстахъ связь между собою. Въслѣдствіе отдѣленія клѣтокъ отъ стѣнки очень ясно видны петли тончайшихъ соединительно-тканныхъ волоконцевъ и петли капилляровъ, окружающія фолликулы.

Содержимаго въ полости фолликуловъ нѣтъ. Эпителий низко цилиндрическій. Ядра клѣтокъ круглы, 4—5 μ въ диаметръ, довольно темны, но хроматиновые зернышки видны хорошо. Мелкія, темныя ядра попадаются довольно часто; свѣтлыхъ ядеръ средней величины очень мало. Жировыхъ зернышекъ въ клѣткахъ нѣтъ; кровенаполненіе сильное.

№№

Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.

около 300 μ въ поперечникѣ. Совершенно отсутствуютъ развитыя фолликулы; эпителиальная клѣтка лежатъ кучками въ соединительно-тканныхъ петляхъ. Ядра клѣтокъ круглы, темны и мелкія; они окрасились диффузно. Волѣ крупныхъ ядеръ въ 4—5 μ и сморщенныхъ ядеръ очень мало. Въ протоплазмѣ клѣтокъ довольно много жировыхъ зернышекъ. Эластической ткани мало. Кровенаполненіе умѣренно. Въ этомъ препаратѣ въ разныхъ мѣстахъ, преимущественно въ периферическихъ частяхъ железы, встрѣчаются небольшія ядерныя скопленія; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ эти тѣсно лежащія ядра какъ-бы сливаются въ одну темно окрашенную массу.

VII

Мертворожденный мальчикъ 7 мѣсяцевъ. Вѣсъ тѣла 2500 гр., вѣсъ железы 0,5 гр. Cirrhosis hepatis et lenis.

Дѣленіе на дольки не вездѣ одинаково хорошо выражено въслѣдствіе сильнаго развитія внутридольчатой соединительной ткани. Соединительно-тканная прослойка толщиной въ 15—30 μ ; примѣсь эластической ткани незначительная. Дольки величиною въ 150—200—300 μ . Фолликуловъ съ просвѣтомъ въ 30—45 μ и съ правильнымъ расположеніемъ ядеръ встрѣчается приблизительно въ $\frac{1}{4}$ во многихъ мѣстахъ можно замѣтить расположеніе эпителия въ одинъ и нѣсколько рядовъ; остальная масса клѣтокъ лежитъ безпорядочными кучками въ петляхъ соединительной ткани. Въ просвѣтахъ отдѣльныхъ фолликуловъ видны эпителиальная клѣтка и немного зернышка содержимаго. Эпителий въ тѣхъ фолликулахъ, въ которыхъ онъ расположенъ правильно, кубическій и низко цилиндрическій. Ядра преимущественно крупны, 6—7 μ , свѣтлы; средней величины ядеръ значительно меньше; темныхъ, мелкихъ ядеръ мало. Въ протоплазмѣ клѣтокъ немного жировыхъ зернышекъ. Въ этомъ препаратѣ встрѣчаются скопленія темныхъ ядеръ, при чемъ эти скопленія расположены преимущественно въ периферическихъ слояхъ железы. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ можно прослѣдить переходъ этихъ ядерныхъ скопленій въ начальныя стадіи фолликуловъ.

Кровенаполненіе значительное.

№№

Описание контрольных щитовидных железъ.

№№

Описание щитовидных железъ сифилитиковъ.

VIII

Мертворожденный мальчикъ 7 мѣсяцевъ. Вѣсъ тѣла 2000 гр. Вѣсъ железы 1.5 гр.

Cirrhosis lienis et hepatis. Osteochondritis syphilitica.

Дѣленіе на дольки выражено хорошо; соединительно-тканная прослойка въ 30—40 μ . Мѣстами видны болѣе широкія и богатыя кѣтками прослойки. Междольчатая соединительная ткань развита умеренно. Дольки разнообразной величины, отъ 150—300 μ въ поперечникѣ. Фолликулы приблизительно въ половинѣ случаевъ имѣютъ просвѣтъ въ 30—75 μ ; изрѣдка встрѣчается фолликулъ въ 150 μ . Остальная часть фолликуловъ безъ просвѣта или еще мало дифференцирована. Просвѣтъ фолликуловъ выполненъ хорошо красящимся, мало вакуолизированнымъ, однороднымъ коллоидомъ. Эпителий кубическій, ядра круглы, свѣтлы, частью въ 5, частью въ 6 μ . Мелкія, темныя ядра встрѣчаются довольно часто, сморщенныхъ мало. Въ коллоидѣ въ небольшомъ количествѣ отслоившіяся эпителиальныя кѣтки съ темными ядрами. Небольшое количество жировыхъ зернышекъ въ протоплазмѣ кѣтокъ. Эластической ткани мало, кровеносное наполненіе умеренное.

IX

Мальчикъ родившійся преждевременно на 8-омъ мѣсяцѣ; жилъ нѣсколько часовъ. *Debilitas vitae. Lues hereditaria. Osteochondritis syphilitica.*

Дѣленіе на дольки выражено довольно ясно; соединительно-тканная прослойка въ 30—45 μ . толщиной содержатъ очень мало эластической ткани. Дольки разнообразной величины, 150—300 μ въ поперечникѣ. Внутридольчатая соединительная ткань развита умеренно. Меньшая часть фолликуловъ имѣетъ просвѣтъ въ 15—60 μ , преимущественно около 30—45 μ ; болѣе крупныя фолликулы расположены по периферіи железы. Остальная часть фолликуловъ представляется въ видѣ кѣточныхъ скопленій, при чемъ почти вездѣ можно замѣтить правильное расположеніе эпителия, если не по всей периферіи, то мѣстами. Форма фолликуловъ преимущественно круглая; но фолликулы безъ просвѣта часто трубчатой или неправильной формы. Въ просвѣтахъ фолликуловъ можно видѣть или свѣтлое содержимое или комочки, красящіеся подобно коллоиду.

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.

№№	Описание щитовидных железъ сифилитиковъ.
	<p>Кромѣ того, во многихъ фолликулахъ видны отслоившіяся эпителиальныя клітки съ темными, сморщенными ядрами. Эпителий фолликуловъ кубическій, ядра круглы или овальны, преимущественно свѣтлы, часто съ расположеніемъ хроматина по периферіи ядра; діаметръ ядеръ 4—5 μ. Въ небольшомъ количествѣ встрѣчаются крупныя, свѣтлыя ядра, мелкія, темныя и сморщенныя. Жировыхъ зернышекъ нѣтъ; кровенаполненіе умѣренное.</p>
X	<p>Недоношенный мальчикъ, родившійся на 8-омъ мѣсяцѣ; жилъ 4 дня. <i>Debilitas vitae. Papulae c. anum. Osteochondritis syphilitica.</i></p> <p>Дѣленіе на дольки выражено ясно; соединительно-тканная прослойка толщиной въ 15—30—75 μ съ небольшою примѣсью эластической ткани. Внутривдольчатая соединительная ткань развита умѣренно. Поперечный размѣръ долекъ колеблется отъ 150—600 μ. Большая часть фолликуловъ имѣетъ просвѣтъ, наполненный гомогеннымъ, частью сильно, частью блѣдно окрашеннымъ коллоидомъ безъ вакуолей. Въ другихъ фолликулахъ замѣтно блѣдно-окрашенное съсѣтаное содержимое. Отслоившіяся отъ стѣнки клітокъ въ коллоидѣ нѣтъ. Форма фолликуловъ преимущественно круглая и овальная.</p> <p>Размѣръ фолликуловъ колеблется отъ 15—120 μ, преобладаютъ размѣры въ 45—60 μ. Эпителий кубическій, ядра круглы, свѣтлы, до 4—5 μ въ діаметрѣ; довольно много мелкихъ, темныхъ ядеръ; нрѣдка встрѣчается крупное, свѣтлое ядро. Жировыхъ зернышекъ въ кліткахъ нѣтъ. Кровенаполненіе среднее.</p>
XI	<p>Мертворожденная дѣвочка 7 мѣсяцевъ. Вѣсъ железы 1,1 гр. <i>Osteochondritis syphilitica.</i></p> <p>Узкія соединительно-тканная прослойки въ 15—30 μ дѣлятъ железу на хорошо различимыя дольки. Внутривдольчатая соединительная ткань развита сильно. Дольки разнообразной величины, 75—150 μ; встрѣчаются отдѣльныя болѣе крупныя дольки до 300 μ въ поперечникѣ. Большая часть фолликуловъ имѣетъ просвѣтъ, содержащій однородный и мелкозернистый, частью слабо, частью интенсивно окрашенный коллоидъ, мѣстами довольно сильно вакуолизированный. Форма фолликуловъ круглая, діаметръ 15—30—75 μ; нрѣдка</p>

№№

Описание контрольных щитовидных железъ.

8

Преждевременные роды на 9-омъ мѣсяцѣ мальчикомъ, который жилъ 3 часа. Вѣсъ железы 0,4 гр.

Дѣленіе на дольки не вездѣ одинаково ясно выражено. Соединительно-тканная прослойка въ 30—75 μ шириною съ незначительной примѣсью эластическихъ волоконъ. Дольки 150—300 μ въ поперечникѣ. Фолликуловъ съ правильнымъ расположеніемъ клѣтокъ нѣтъ; между соединительно-тканными петлями лежатъ скопленія эпителиальныхъ клѣтокъ, протоплазма которыхъ сливается въ общую массу, въ которой лежатъ ядра. Въ очень немногихъ участкахъ можно замѣтить наклонность къ правильному расположенію эпителия по периферіи клѣточныхъ скопленій. Эпителий кубическій, ядра частью мелки и темны, частью средней величины, но довольно интенсивно окрашены; крупныхъ, свѣтлыхъ ядеръ очень мало. Жировыхъ зернышекъ нѣтъ. Кровенаполненіе сильное. Въ периферическихъ частяхъ железы встрѣчаются скопленія темныхъ ядеръ, расположенныхъ небольшими группами.

9

Дѣвочка преждевременно родившаяся на 9-мъ мѣсяцѣ; жила нѣсколько часовъ. Вѣсъ железы 0,9 гр.

Дѣленіе на дольки выражено хорошо; соединительно-тканная перегородка тонка, 15—30 μ , и содержитъ небольшую

№№

Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.

встрѣчаются на периферіи фолликулы въ 150 μ . Въ коллоидѣ довольно много клѣтокъ; въ интерфолликулярной ткани мѣстами кучки эпителиальныхъ клѣтокъ. Эпителий фолликуловъ кубическій, ядра круглы, средней величины, свѣтлы. Темныхъ, мелкихъ ядеръ довольно много. Эластической ткани мало. Кровенаполненіе умѣренное.

XII

Недоношенный мальчикъ, родился на 9-мъ мѣсяцѣ живымъ, умеръ черезъ 7 дней отъ слабости. Вѣсъ железы 2,15 гр. Cirrhosis hepatis. Osteochondritis syphilitica.

Дѣленіе на дольки не вездѣ одинаково ясно выражено; соединительно-тканная прослойка въ 30—75 μ шириною съ умѣренной примѣсью эластическихъ волоконъ. Дольки, гдѣ онѣ ясно выражены, въ 300—450 μ въ поперечникѣ. Внутридольчатая соединительная ткань развита довольно сильно. Эпителиальные клѣтки лежатъ кучками, разграниченныя узкими соединительно-тканными прослойками и кровеносными сосудами. Готовыхъ фолликуловъ нѣтъ и наклонности эпителия къ правильному расположенію нигдѣ не видно; клѣтки лежатъ безъ всякаго порядка, границы между ними въ нѣкоторыхъ мѣстахъ плохо замѣтны, протоплазма сливается въ зернистую массу, въ которой лежатъ ядра. Бросается въ глаза обиліе капиллировъ,двигающихся между эпителиальными клѣтками. Ядра клѣтокъ преимущественно средней величины, но довольно темно окрашены; крупныхъ, свѣтлыхъ ядеръ мало; довольно много мелкихъ, темныхъ ядеръ; иногда попадаются сморщенные ядра. Кое-гдѣ, среди эпителиальныхъ клѣтокъ или въ соединительно-тканныхъ прослойкахъ, встрѣчаются скопленія темныхъ ядеръ; протоплазмы въ этихъ ядерныхъ скопленіяхъ не видно. Жировыхъ зернышекъ нѣтъ.

XIII

Мертворожденный мальчикъ 8 мѣсяцевъ. Вѣсъ 2000 гр. Вѣсъ железы 0,4. Cirrhosis hepatis et lienis.

Междольчатая соединительная ткань развита умѣренно, прослойка отъ 15—60 μ въ поперечникѣ; внутридольчатая

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
	<p>примѣсь эластическихъ волоконъ. Дольки въ среднемъ 150—180μ въ поперечникѣ. Внутридольчатая соединительная ткань въ некоторыхъ мѣстахъ развита довольно значительно. Фолликулы круглой формы, діаметромъ 15—45μ; меньшая часть фолликуловъ имѣетъ просвѣтъ и правильно расположенный эпителий; обычно полость фолликуловъ отчасти выполнена кѣтками. Протоплазма кѣтокъ мѣстами сливается въ одну зернистую массу. Въ некоторыхъ фолликулахъ замѣтно слабо окрашенное сѣтчатоое содержимое. Кѣтки кубическія, ядра круглы, свѣтлы, отчасти средней величины, отчасти крупны. Мелкихъ, темныхъ ядеръ немного. Жировыхъ зернышекъ нѣтъ; кровенаполненіе сильное. Въ небольшомъ количествѣ ядерныя скопленія.</p>
10	<p>Мертворожденная дѣвочка 8 мѣсяцевъ. Вѣсъ железъ 0,5 гр. Соединительно-тканныя перегородки, толщиной въ 15—30—45μ, съ незначительной примѣсью эластическихъ волоконъ дѣлятъ железу на дольки, которыя, однако, не во всѣхъ мѣстахъ хорошо выражены вслѣдствіе сильнаго развитія внутридольчатой соединительной ткани. Дольки довольно крупны, 600—750μ въ поперечникѣ. Развитые фолликулы съ просвѣтомъ составляютъ приблизительно $\frac{1}{6}$; остальная часть эпителия лежитъ кучками и группами, окруженными капиллярной сѣтью и тончайшими соединительно-тканными волоконцами. Въ этихъ неправильныхъ кучкахъ кѣтки округлой формы со значительнымъ количествомъ мелкозернистой протоплазмы; въ некоторыхъ кучкахъ видно расположеніе кѣтокъ въ одинъ правильный рядъ по периферіи. Развитые фолликулы круглой или овальной формы встрѣчаются преимущественно въ периферическихъ частяхъ железы подъ капсулой. Діаметръ этихъ фолликуловъ 15—45μ. Въ просвѣтахъ некоторыхъ фолликуловъ иногда слабо окрашенное сѣтчатоое содержимое; обычно просвѣтъ пустъ или содержитъ нѣсколько эпителиальныхъ кѣтокъ. Эпителий фолликуловъ кубическій, ядра круглы, темно окрашены, но хроматиновая сѣть видна, средней вели-</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
	<p>соединительная ткань развита сильно и дѣленіе на дольки вслѣдствіе этого плохо замѣтно. Готовыхъ развитыхъ фолликуловъ съ просвѣтомъ очень мало; главная масса эпителиальныхъ кѣтокъ лежитъ кучками въ соединительно-тканныхъ петляхъ. Въ этихъ кѣточныхъ скопленіяхъ можно замѣтить, какъ въ некоторыхъ мѣстахъ кѣтки собираются отдѣльными обособленными кучками, въ другихъ мѣстахъ эпителиальныя кѣтки расположены въ одинъ рядъ или въ видѣ трубочекъ безъ просвѣта. Наконецъ, можно видѣть въ небольшомъ числѣ вполне развитые фолликулы въ 15—30μ въ діаметрѣ съ однимъ слоемъ кубическаго эпителия, съ просвѣтомъ, содержащимъ иногда слабо окрашенное сѣтчатоое содержимое. Ядра въ хорошо развитыхъ фолликулахъ средней величины свѣтлы; довольно много темныхъ ядеръ средней величины; сморщенныхъ ядеръ очень мало. Въ протоплазмѣ кѣтокъ въ большомъ количествѣ жиръ въ видѣ мелкихъ зернышекъ и крупныхъ капель. Кровенаполненіе незначительное.</p>

Описание контрольных щитовидных железъ.

чины. Въ небольшомъ количествѣ встрѣчаются свѣтлыя крупныя, мелкія, темныя и сморщенные ядра.

Въ отдѣльныхъ клеткахъ 2—3 зернышка жира. Кровенаполненіе сильное.

11

Доношенный мальчикъ 12 дней. Вѣсъ 2050 гр. Вѣсъ железы 1,5 гр. *Diagnosis anatomica: Catarrhus intest. acut. Hepar adipos. Atelectasis partialis pulmonum. Cyanosis communis. Oedema pulmonum. Atrophia universalis.*

Дольчатое строеніе железы ясно выражено; прослойки въ 30—150 μ толщиной. Внутридольчатая соединительная ткань развита умѣренно; примѣсь эластическихъ волокъ незначительна. Фолликулы хорошо развиты; отъ 15—120 μ въ поперечникѣ; преобладаютъ фолликулы въ 30—75 μ . Форма фолликуловъ круглая, иногда неправильная. Въ полости фолликуловъ виденъ хорошо окрашенный, темный коллоидъ; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ коллоидъ слабо окрашенъ, свѣтлый. Эпителий фолликуловъ кубическій, въ нѣкоторыхъ—низко цилиндрической и расположенъ обычно въ одинъ рядъ въ фолликулахъ, въ которыхъ содержится коллоидъ; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ встрѣчается 2 ряда клетокъ. Ядра клетокъ средней величины, свѣтлы, круглы; мелкіхъ, темныхъ ядеръ и большихъ ядеръ мало. Въ коллоидѣ встрѣчается довольно много клетокъ со свѣтлыми и съ темными сморщенными ядрами. На одномъ срѣзѣ можно было видѣть коллоидоподобное вещество въ лимфатическихъ щеляхъ. Жировыхъ зернышекъ въ протоплазмѣ клетокъ нѣтъ. Кровенаполненіе значительное.

12

Дѣвочка 15 дней. Вѣсъ 2950 гр.; вѣсъ железы 1,5 гр. *Diagnosis anatomica: Bronchitis capillaris acuta diffusa. Atelectasis pulmonum. Rhinitis catarrhalis. Cyanosis universalis maxima.*

Дѣленіе на дольки выражено ясно толстыми въ 75—150 μ шириною соединительно-тканными прослойками, содержащими небольшую примѣсь эластической ткани. Внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Дольки имѣютъ 300—450 μ въ поперечникѣ. Фолликулы большею частью съ просвѣтомъ, содержащимъ слабо окрашенный вакуолизирован-

№№

Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.

XIV

Доношенный мальчикъ. Умеръ на 2-ые сутки отъ кровотечения ихъ зарапы около внутреннего угла глаза. *Diagnosis anatomica: Lues hereditaria. Haemophylia. Pneumonia duplex. Hypertrophia lienis. Nephritis haemorrhagica. Sclerosis et degeneratio adiposa hepatis. Haematoma scroti. Haemorrhagia in cavum peritonei. Osteochondritis syphilitica.*

Дольчатое строеніе железы хорошо выражено. Соединительно-тканная прослойка между долками 30—45 μ шириною содержатъ небольшую примѣсь эластической ткани. Внутридольчатая соединительная ткань развита слабо. Дольки имѣютъ 450—600 μ въ діаметрѣ. Фолликулы отъ 30—150 μ , большею частью наполнены свѣтлымъ коллоидомъ; въ отдѣльныхъ фолликулахъ встрѣчается темный коллоидъ. Эпителий фолликуловъ низко цилиндрической. Ядра преимущественно мелкія, темно окрашены; среднихъ свѣтлыхъ ядеръ значительно меньше. Въ лимфатическихъ щеляхъ замѣчается въ небольшомъ количествѣ коллоидоподобное вещество. Жировыя зернышки въ небольшомъ количествѣ въ протоплазмѣ клетокъ. Кровенаполненіе умѣренное.

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
	<p>ный или зернистый коллоидъ; форма фолликуловъ частью круга, частью неправильна; диаметр колеблется отъ 30—75 μ; болѣе крупныхъ, до 100μ, очень мало. Эпителий цилиндрической, ядра свѣтлы, круглы, средней величины и крупны. Мелкихъ темныхъ ядеръ нѣтъ, сморщенныхъ ядеръ мало. Жировыхъ зернышекъ не встрѣчается; кровенаполненіе умеренное.</p>
13	<p>Мальчикъ 21 дня. Вѣсъ 2700 гр. Вѣсъ железы 1,55 гр. <i>Diagnosis anatomica: Catarrhus gastro-intestinalis acutus. Hepar adip. Cyanosis et anhydraemia. Hypostasis pulmonum.</i> Толстыя соединительно-тканниа прослойки въ 75—150 μ дѣлятъ железу на хорошо различимыя дольки, величиною въ 120—450 μ. Внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Въ болѣе толстыхъ прослойкахъ значительная примѣсь эластической ткани. Большая часть фолликуловъ имѣетъ просвѣтъ, занятый свѣтлымъ коллоидомъ. Форма фолликуловъ круглая, 30—45 μ въ диаметръ. Эпителий кубическій, ядра круглы, овальны, свѣтлы, средней величины; темныхъ мелкихъ и сморщенныхъ ядеръ мало. Жировыхъ зернышекъ нѣтъ.</p>
14	<p>Дѣвочка 23 дней. Вѣсъ 1900 гр. Вѣсъ железы 3,9 гр. <i>Diagnosis anatomica. Catarrhus gastro-intestinalis acutus. Omphalitis purulenta. Cyanosis et anhydraemia. Atrophia universalis magna.</i> Железа состоитъ изъ долекъ въ 450—600 μ въ поперечникѣ, раздѣленныхъ средней толщины соединительно-тканниа прослойками. Небольшая примѣсь эластическихъ волоконъ. Внутридольчатая соединительная ткань развита умеренно. Дольки составлены изъ кучекъ эпителиальныхъ клѣтокъ, расположенныхъ кружками, а мѣстами безъ опредѣленнаго порядка. Изрѣдка имѣются просвѣты въ 15—30 μ, частью пустыя, частью содержащія немного свѣтло-окрашеннаго вещества. Клѣтки кубически и низко цилиндрически. Ядра преимущественно средней величины, свѣтлы, круглы; но встрѣ-</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
XV	<p>Дѣвочка 14 дней. Вѣсъ железы 1,3 гр. <i>Diagnosis anatomica: Pemphigus syphiliticus. Gummata hepatis. Pneumonia alba bilat. Osteochondritis syphilitica.</i> Дѣленіе на дольки въ 600—750 μ выражено не особенно ясно; соединительно-тканниа перегородки развиты умеренно, внутридольчатая соединительная ткань развита слабо; мѣстами фолликулы раздѣлены другъ отъ друга только кровеносными сосудами и тончайшими соединительно-тканниа прослойками. Въ болѣе толстыхъ прослойкахъ встрѣчаются эластическія волокна. Фолликулы мелки, нѣкоторые просвѣта не имѣютъ; въ другихъ просвѣтъ выполненъ клѣтками, протоплазма которыхъ мѣстами сдвигается въ общую массу. Эпителий, гдѣ онъ расположенъ правильно, низко цилиндрической; ядра средней величины, довольно темны; мелкихъ темныхъ и крупныхъ свѣтлыхъ ядеръ очень мало. Протоплазма клѣтокъ пронизана многочисленными мелкими вакуолами. Коллоидъ въ фолликулахъ не видно вовсе, но въ нѣкоторыхъ просвѣтахъ встрѣчаются мелкія зернышки. Кровенаполненіе значительное. Мѣстами встрѣчаются отдѣльныя красныя кровяныя тѣльца внѣ сосудовъ въ щеляхъ соединительной ткани. Мѣстами, больше по периферіи железы, разбросаны группы, скопленія темныхъ ядеръ; дегенеративныхъ измѣненій въ нихъ незамѣтно. Въ фолликулахъ также можно встрѣтить скопленія клѣтокъ, ядра которыхъ красятся очень интенсивно и рѣзко выдѣляются отъ остальныхъ клѣтокъ фолликула.</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
	<p>чается довольно много крупныхъ и мелкихъ темныхъ ядеръ; изрѣдка попадаются сморщенные ядра. Жировыхъ зернышекъ нѣтъ. Въ этомъ препаратѣ встрѣчается въ значительномъ количествѣ скопленія ядеръ какъ въ соединительно-тканныхъ прослойкахъ, такъ и въ долькахъ между фолликулами. Эти ядра темны, хроматиновая сѣть не видна; протоплазма незамѣтна.</p>
15	<p>Мальчикъ 46 дней. Вѣсъ 3300 гр. Вѣсъ железы 1,45. <i>Diagnosis anatomica: Catarrhus gastro-intestinalis acutus. Hepar adipos. Anaemia. Oedema piae matris et pulmonum. Atrophia universalis.</i></p> <p>Сильно развитыя соединительно-тканныя прослойки въ 45—100 μ толщиною съ незначительной примѣсью эластической ткани дѣлятъ железу на дольки въ 300—450 μ въ поперечникѣ, — дольчатое строеніе не вездѣ одинаково хорошо замѣтно вследствие сильнаго развитія внутридольчатой соединительной ткани. Большая часть фолликуловъ съ просвѣтомъ въ 15—60 μ и содержатъ блѣдно окрашенный гомогенный коллоидъ. Форма фолликуловъ круглая и неправильная. Часто можно замѣтить вдающіеся въ просвѣтъ фолликуловъ выступы соединительной ткани, покрытые эпителиемъ. Эпителий кубическій, ядра круглы, свѣтлы, средней величины. Довольно много сморщенныхъ ядеръ и мелкихъ темныхъ ядеръ. Въ периферическихъ частяхъ железы много ядерныхъ скопленій. Коллоидъ въ лимфатическихъ щеляхъ нѣтъ. Жировыхъ зернышекъ нѣтъ; кровенаполненіе незначительное.</p>
16	<p>Мальчикъ 47 дней. Вѣсъ 3650 гр. Вѣсъ железы 2,6. <i>Diag. anat. Septicaemia. Erysipelas capitis, faciei, colli, pectoris et abdominis diffusa. Phlegmone capitis et colli.</i></p> <p>Толстыя соединительно-тканныя прослойки до 150—200 μ съ умѣренной примѣсью эластической ткани дѣлятъ железу на дольки, часто плохо различимыя вследствие сильнаго развитія внутридольчатой соединительной ткани. Поперечникъ долекъ колеблется отъ 220 μ—600 μ. Развитыя фолликулы</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
XVI	<p>Мальчикъ 30 дней. Вѣсъ железы 2,5. <i>Lues hereditaria. Papulae syphilit. Cirrhosis hepatis et lienis.</i></p> <p>Дольчатое строеніе железы выражено ясно; соединительно-тканныя прослойки тонки и почти вездѣ содержатъ небольшую примѣсь эластической ткани. Внутридольчатая соединительная ткань развита слабо; дольки имѣютъ 300—750 μ въ диаметрѣ. Фолликулы растянуты коллоидомъ до 30—300 μ; преобладаетъ размѣръ въ 45—75 μ. Коллоидъ въ большинствѣ фолликуловъ хорошо красится, мало вакуолизированъ. Въ другихъ фолликулахъ, свѣтлыя, сильно вакуолизированный коллоидъ. Эпителий фолликуловъ кубическій, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ уплощенъ. Ядра круглы или овальны, средней величины, свѣтлы. Мало мелкихъ темныхъ и крупныхъ ядеръ; немного чаще встрѣчаются крупныя свѣтлыя ядра. Въ коллоидѣ довольно много клетокъ съ перерожденными ядрами. Кровенаполненіе умѣренное. Кое-гдѣ ядерныя скопленія.</p>
XVII	<p>Дѣвочка 30 дней. Вѣсъ 2470 гр. Вѣсъ железы 2,5 гр. <i>Lues hereditaria. Catarrhus gastro-intestinalis acutus.</i></p> <p>Дѣленіе на дольки не очень ясно; дольки 450—750 μ; соединительно-тканныя прослойки тонки, содержатъ немного эластическихъ волоконъ. Внутридольчатая соединительная ткань развита слабо. Почти все фолликулы растянуты коллоидомъ; поперечникъ фолликуловъ 30—200 μ. Содержимое довольно интенсивно окрашено. Въ фолликулахъ часто встрѣ-</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
	<p>встрѣчаются не во всѣхъ долькахъ; часть долекъ состоитъ изъ клѣточныхъ скопленій, лежащихъ между сильно развитыми соединительно-тканными перегородками. Развитые фолликулы круглой формы, отъ 30—120 μ въ діаметрѣ, содержатъ свѣтлый коллоидъ, въ которомъ можно встрѣтить отдѣльныя эпителиальныя клѣтки. Кое-гдѣ въ коллоидѣ вакуола. Эпителий фолликуловъ кубическій, расположенъ часто въ 2 ряда; ядра преимущественно мелки, темны; свѣтлыхъ ядеръ средней величины немного. Жировыхъ зернышекъ нѣтъ. Кровенаполненіе умеренное. Въ этомъ препаратѣ можно видѣть въ большомъ количествѣ ядерныя скопленія.</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
XVIII	<p>чаются папиллярныя разрастанія. Клѣтка фолликуловъ большею частью значительно уплощены, протоплазмы почти незамѣтно. Ядра преимущественно средней величины, довольно свѣтлы. Изрѣдка темныя, мелкія и, немного чаще, крупныя свѣтлыя ядра. Въ протоплазмѣ клѣтокъ много жировыхъ зернышекъ и капель. Кровенаполненіе умеренное; въ капсудѣ встрѣчаются небольшія кровоизліянія.</p>
	<p>Мальчикъ 38 дней. Вѣсъ 2920 гр. Вѣсъ железы 1,2 гр. <i>Lucs hereditaria. Bronchitis capillaris acuta diffusa.</i> Дѣленіе на дольки выражено довольно ясно; поперечникъ долекъ въ 300—450 μ; соединительно-тканныя прослойки въ 45—75 μ толщиной со значительной примѣсью тонкихъ эластическихъ волоконъ. Меньшая часть фолликуловъ въ 30—75 μ имѣютъ просвѣтъ; наполненный слабо окрашеннымъ и свѣтлымъ коллоидомъ. Остальная главная часть фолликуловъ наполнена клѣтками. Эпителий низко-цилиндрической, мѣстами кубической. Ядра круглы, средней величины, свѣтлы. Встрѣчаются крупныя свѣтлыя, мелкія темныя и сморщенные ядра. Въ коллоидѣ довольно много клѣтокъ. Кровенаполненіе умеренное.</p>
XIX	<p>Дѣвочка 44 дней. Вѣсъ 2700 гр. Вѣсъ железы 2,1 гр. <i>Diag. anat. Gumma ossis femoris d. Papulae syphiliticae.</i> Дольчатое строеніе железы выражено не особенно отчетливо; соединительно-тканныя прослойки въ 45—60 μ толщиной содержатъ немного эластическихъ волоконъ. Дольки около 600 μ. Внутрьдольчатая соединительная ткань развита умеренно. Почти всѣ фолликулы наполнены хорошо окрашеннымъ коллоидомъ. Величина фолликуловъ колеблется отъ 30—100 μ. Въ нѣкоторыхъ фолликулахъ замѣчаются папиллярныя разрастанія. Эпителий кубическій, въ нѣкоторыхъ фолликулахъ уплощенный. Ядра средней величины, свѣтлы, круглы или овальны; встрѣчаются крупныя и отдѣльныя сморщенные ядра. Въ протоплазмѣ клѣтокъ мельчайшія жировыя зернышки. Кровенаполненіе сильное.</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.

№№	Описание щитовидных железъ сифилитиковъ.
XX	<p>Мальчикъ 50 дней. Вѣсъ 2700 гр. вѣсъ железы 1,1 гр. Lues hereditaria. Catarrhus gastro-intestinalis acutus. Дѣленіе на дольки въ 450—600 μ не вездѣ ясно выражено; междольчатая и внутريدольчатая соединительная ткань развиты слабо, примѣсь эластическихъ волоконъ незначительна. Фолликулы почти все съ просвѣтомъ и содержатъ довольно сильно преломляющій свѣтъ и густо окрашивающійся коллоидъ. Диаметръ фолликуловъ 30—150 μ. Фолликулы, расположенные по периферіи, немного больше тѣхъ, которые расположены въ центрѣ. Эпителий кубическій, расположенъ въ одинъ рядъ; во многихъ фолликулахъ эпителий явно уплотненъ. Ядра средней величины, свѣтлы, но встрѣчаются мелкія темныя и крупныя и сморщенные ядра. Кровенаполненіе незначительно.</p>
XXI	<p>Мальчикъ 52 дней. Вѣсъ 3050 гр. Вѣсъ железы 1,0 гр. Lues hereditaria Bronchitis capillaris acuta. Дольчатое строеніе железы выражено хорошо; дольки 450—600 μ; соединительно-тканныя перегородки 15—45 μ. Внутريدольчатая соединительная ткань развита умѣренно. Примѣсь эластическихъ волоконъ незначительна. Фолликулы, 15—20 μ въ диаметрѣ, выполнены хорошо окрашеннымъ коллоидомъ. Встрѣчаются и фолликулы, просвѣты которыхъ выполнены кѣтками. Въ коллоидѣ встрѣчаются эпителиальныя кѣтки съ хорошо сохранившимся ядромъ. Эпителий фолликуловъ кубическій, однослойный. Протоплазма хорошо замѣтна; въ отдѣльныхъ фолликулахъ эпителий уплотненъ. Ядра средней величины, круглы и свѣтлы; встрѣчаются темныя мелкія ядра, крупныя и сморщенные ядра. Въ нѣкоторыхъ лимфатическихъ щеляхъ виденъ коллоидъ. Кровенаполненіе слабое.</p>
XXII	<p>Мальчикъ 56 дней. Вѣсъ 2570 гр. Вѣсъ железы 1,1 гр. Lues hereditaria. Дольчатое строеніе железы выражено удовлетворительно. Соединительно-тканныя прослойки узки, 30—45 μ, почти безъ примѣси эластическихъ волоконъ. Дольки 300—450 μ. Внутريدольчатая соединительная ткань развита умѣренно. Фолликулы, 30—150 μ въ диаметрѣ, содержатъ мало вакуолизированный и хорошо окрашивающійся коллоидъ. Эпителий фолликуловъ кубическій, однослойный, ядра кѣтокъ средней</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
17	<p>Дѣвочка 61 дня. Вѣсъ 3100 гр. Вѣсъ железы 1,65 гр. Diag. anat. Catarrhus intestinalis acutus. Bronchitis. Atelectasis pulmonum. Hepar adip. Cyanosis communis. Atrophia universalis magna. Дѣленіе на дольки въ 450—600 μ довольно ясно. Соединительно-тканная перегородки въ 75—100 μ въ поперечникѣ, внутридольчатая соединительная ткань развита довольно сильно. Фолликулы приблизительно въ $\frac{1}{2}$ случаевъ имѣютъ просвѣтъ въ 15—90 μ въ діаметрѣ, выполненный хорошо окрашеннымъ коллоидомъ. Часть фолликуловъ безъ просвѣта, выполнены кѣтками. Эпителій фолликуловъ кубическій. Преобладаютъ свѣтлыя круглыя ядра, средней величины, но встрѣчаются въ незначительномъ количествѣ мелкія темныя, крупныя и сморщенные ядра. Форма фолликуловъ съ просвѣтомъ круглая. Жировыхъ зернышекъ въ кѣткахъ нѣтъ. Кровенаполненіе умѣренное. Въ небольшомъ количествѣ встрѣчаются ядерныя скопленія.</p>
18	<p>Мальчикъ 69 дней. Вѣсъ 3700 гр. Вѣсъ железы 1,55 гр. Diag. anat. Catarrhus gastro-intestinalis-acutus. Hepar adip. Anaemia. Atelectasis partialis pulmonum. Дольчатое строеніе железы выражено хорошо; дольки въ 220—300 μ. Соединительно-тканная прослойки въ 30—90 μ со значительной примѣсью эластическихъ волоконъ. Внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Фолликулы овальной формы съ просвѣтомъ въ 15—75 μ приблизительно въ $\frac{1}{2}$ случаевъ; остальные фолликулы представляются или кѣточными скопленіями, въ которыхъ замѣтно расположеніе эпителиальныхъ кѣтокъ въ правильный рядъ, или же просвѣтъ выполненъ кѣтками. Въ фолликулахъ съ просвѣтомъ виденъ хорошо окрасившійся и сильно сократившійся коллоидъ. Кѣтокъ въ коллоидѣ мало. Кѣтки низко цилиндрически или кубически; ядра преимущественно свѣтлы, средней</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
XXIII	<p>величины, круглы, свѣтлы; кромѣ того встрѣчаются крупныя свѣтлыя и сморщенные ядра. Кое-гдѣ въ коллоидѣ встрѣчаются сморщенные ядра и эпителиальныя кѣтки. Кровенаполненіе умѣренное.</p> <p>Мальчикъ 60 дней. Вѣсъ железы 0,95 гр. Diag. anat. Pemphigus syphilit-corporis. Osteochondritis luetica. Abscessus capitis et sterni. Sclerosis hepatis et lienis. Соединительно-тканная прослойки въ 30—45 μ съ небольшимъ количествомъ эластическихъ волоконъ дѣлятъ железу на хорошо различимыя дольки въ 300—450 μ. Внутридольчатая соединительная ткань развита слабо. Хорошо развитыя фолликулы съ просвѣтомъ въ 15—100 μ. Въ нѣкоторыхъ фолликулахъ полость выполнена кѣтками; обычно въ полостяхъ частью свѣтлый, частью темный коллоидъ. Эпителій кубическій, расположенъ въ одинъ, мѣстами въ 2 ряда; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ эпителій отсталъ отъ стѣнки фолликула. Въ коллоидѣ много кѣтокъ съ темными сморщенными ядрами. Ядра кѣтокъ преимущественно средней величины, круглы, свѣтлы; но въ довольно значительномъ количествѣ встрѣчаются мелкія темныя ядра; нѣтъ попадается крупныя свѣтлыя ядра. Въ протоплазмѣ кѣтокъ по свободному краю мельчайшія зернышки жира. Adventitia сосудовъ немного утолщена. Кровенаполненіе слабое.</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
19	<p>величины; встрѣчаются отдѣльныя мелкія темныя, крупныя и сморщенные ядра. Кровенаполненіе умеренное. Въ лимфатическихъ щеляхъ виденъ коллоидъ. Въ периферическихъ слояхъ въ небольшомъ количествѣ видны ядерныя скопленія.</p> <p>Дѣвочка 63 дней. Вѣсъ 2600 гр. Вѣсъ железы 1,3 гр. <i>Diag. anat. Catarrhus intestinalis acutus. Cyanosis communis. Atrophia universalis magna. Oedema pulmonum. Hypostases pulmonum.</i></p> <p>Широкія полосы плотной соединительной ткани до 200 μ въ поперечникѣ со значительной примѣсью эластическихъ волоконъ дѣлятъ железу на хорошо различимыя дольки въ 350—750μ. Внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Фолликулы большею частью имѣютъ просвѣтъ въ 15—120μ; частью-же видны только клеточныя скопленія безъ правильной расположенія; нѣкоторыя дольки состоятъ сплошь изъ фолликуловъ безъ просвѣта. Въ просвѣтахъ свѣтлый коллоидъ. Эпителий фолликуловъ кубическій. Ядра преимущественно средней величины, но довольно темно окрашены; другіе виды ядеръ въ небольшомъ количествѣ. Кровенаполненіе незначительное, жировыхъ зернышекъ въ клеткахъ нѣтъ. Въ периферическихъ частяхъ, иногда и въ болѣе центральныхъ доляхъ, встрѣчаются въ большомъ количествѣ ядерныя скопленія.</p>
20	<p>Дѣвочка 66 дней. Вѣсъ 3400 гр. Вѣсъ железы 2,3 гр. <i>Diag. anat. Bronchitis capillaris acuta. Pneumonia catarrh. acuta partialis. Cyanosis universalis magna.</i></p> <p>Дѣленіе на дольки въ 350—450μ выражено хорошо; соединительно-тканная прослойка въ 30—150μ съ умеренной примѣсью эластическихъ волоконъ. Внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Строеніе железы неодинаково во всѣхъ частяхъ; часть долекъ состоитъ изъ вполне развитыхъ фолликуловъ съ просвѣтомъ отъ 15—75μ круглой формы и выполнены свѣтлымъ коллоидомъ. Другая часть долекъ состоитъ изъ фолликуловъ безъ просвѣта въ видѣ клеточныхъ скопленій, въ которыхъ иногда по пери-</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
	<p>Въ щитовидной железе сифилитиковъ наблюдаются значительныя патологическія измѣненія. Железа увеличивается въ объемѣ, становится мягкой и рыхлой. Микроскопическія измѣненія заключаются въ томъ, что фолликулы становятся меньше, просвѣтъ въ нихъ уменьшается, а иногда исчезаетъ. Эпителий фолликуловъ становится плоскимъ, а иногда и вовсе исчезаетъ. Коллоидъ становится скуднымъ и теряетъ свои свойства. Въ периферическихъ частяхъ железы наблюдаются скопленія ядеръ, что указываетъ на воспалительный процессъ. Иногда въ железу проникаютъ лимфатическія сосуды, что также является признакомъ патологическаго процесса.</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
	<p>ферин въ отдѣльных мѣстахъ можно замѣтить правильное расположеніе эпителиальныхъ клетокъ. Въ этихъ доляхъ съ неразвитыми фолликулами встрѣчаются въ большомъ количествѣ ядерныя скопленія. Эпителий фолликуловъ низкоклиндрическій и кубическій, расположенъ въ одинъ рядъ. Ядра преимущественно средней величины, свѣтлы, круглы; въ небольшомъ количествѣ встрѣчаются и другіе виды ядеръ. Въ лимфатическихъ щеляхъ виденъ коллоидъ. Кровенаполненіе умеренное. Въ клеткахъ отдѣльныя жировыя зернышки.</p>
21	<p>Мальчикъ 71 дня. Вѣсъ 4550 гр. Вѣсъ железы 1,6 гр. <i>Diag. anatomica. Pneumonia catarrh. acuta confluens lobaris sup. et. inf. d. Bronchitis. Pleuritis fibrinosa acuta duplex. Catarrhus intestinalis. Cyanosis universalis. Oedema pulmonum.</i></p> <p>Дольчатое строеніе выражено ясно. Соединительно-тканныя прослойки мѣстами до 100μ содержатъ умеренное количество эластическихъ волоконъ. Внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Большинство фолликуловъ имѣютъ просвѣтъ въ 30—60μ; большая часть безъ просвѣта въ видѣ клеточныхъ скопленій. Въ просвѣтахъ очень блѣдное содержимое, въ которомъ встрѣчаются отдѣльныя клетки. Эпителий кубическій, ядра круглы, свѣтлы. Довольно много мелкихъ темныхъ клетокъ; изрѣдка встрѣчаются сморщенные ядра. Въ доляхъ, состоящихъ изъ фолликуловъ безъ просвѣта и изъ клеточныхъ кулекъ, довольно много ядерныхъ скопленій. Кровенаполненіе значительное.</p>
22	<p>Дѣвочка 67 дней. Вѣсъ 3350 гр. Вѣсъ железы 2,8 гр. <i>Diag. anat. Pneumonia catarrh. acuta confluens lobaris gripposa inf. d. Bronchopneumonia lobularis acuta disseminata sup. et. inf. sin. Pleuritis exsudativa sero-fibrinosa haemorrhagica dextra ichorosa. Septicaemia.</i></p> <p>Дольчатое строеніе железы выражено хорошо; соединительно-тканныя прослойки въ 150—200μ съ небольшой примѣсью эластическихъ волоконъ. Внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Только часть фолликуловъ имѣетъ просвѣтъ въ 15—120 μ; во многихъ фолликулахъ видны соединительно-тканныя выступы внутрь, покрытые эпителиемъ.</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
XXIV	<p>Мальчикъ 60 дней. Вѣсъ 2490 гр. Вѣсъ железы 1,1 гр. <i>Lues hereditaria. Pneumonia catarrhalis.</i></p> <p>Дѣленіе на доли выражено хорошо. Соединительно-тканныя прослойки до 150μ въ поперечникѣ; внутридольчатая соединительная ткань развита умеренно. Примѣсь эластической ткани довольно значительна. Большая часть фолликуловъ съ просвѣтомъ въ 15—100μ, выполненнымъ блѣдно окрашеннымъ коллоидомъ. Эпителий низкоклиндрическій и кубическій съ ясной каймой протоплазмы. Ядра частью средней величины, свѣтлы; частью крупны. Мелкихъ темныхъ и сморщенныхъ ядеръ мало. Кровенаполненіе слабое; жировыхъ зернышекъ въ протоплазмѣ мало.</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
	<p>Эпителий кубическій, расположенъ въ 1—2 ряда. Ядра свѣтлы, круглы, средней величины; но встрѣчается много мелкихъ темныхъ ядеръ; крупныхъ и сморщенныхъ ядеръ мало. Въ фолликулахъ свѣтлый, однородный коллоидъ: въ немъ часто встрѣчаются эпителиальныя кѣтки со сморщенными темными ядрами. Въ протоплазмѣ кѣтокъ фолликуловъ довольно много жировыхъ зернышекъ. Капилляры расширены. Много ядерныхъ скопленій.</p>
23	<p>Дѣвочка 99 дней. Вѣсъ 4250 гр. Вѣсъ железы 3,25 гр. Diag. anat. Pneumonia catarrh. acuta conf. lobaris grip- posa inf. sin. et. lobularis disseminata inf. d. Pleuritis exsu- dativa sero-fibrinosa acuta sin. Cyanosis universalis. Oedema piae matris et. pulm. d.</p> <p>Дѣленіе на дольки въ 300—600 μ выражено ясно, соедини- тельно-тканная прослойка до 150 μ съ обильной примѣсью эластическихъ волоконъ. Внутривдольчатая соединительная ткань развита сильно. Меньшинство фолликуловъ съ просвѣтомъ въ 15—60 μ, содержащимъ небольшое количество сильно сократившагося и блѣдно окрашеннаго коллоида. Остальная часть фолликуловъ представляется скопленіями эпителиаль- ныхъ кѣтокъ. Эпителий въ фолликулахъ кубическій, распо- ложенный въ 1—2 ряда, со свѣтлыми круглыми ядрами сред- ней величины; мелкихъ темныхъ ядеръ и крупныхъ мало. Въ коллоидѣ встрѣчаются эпителиальныя кѣтки. Въ лимфатиче- скихъ щеляхъ немного коллоида. Кровенаполненіе незначи- тельное. Жировыхъ зернышекъ нѣтъ. Въ долькахъ, которыя состоятъ изъ неразвившихся еще фолликуловъ, можно видѣть довольно много ядерныхъ скопленій.</p>
24	<p>Мальчикъ 106 дней. вѣсъ 4300 гр. Вѣсъ железы 2,5 гр. Diag. anat. Tuberc. chronica pulmonum. Pneumonia ca- tarrh. acuta lobaris sup. d. Ganglia caseosa pulm. d. Pleuri- tis sero-fibrinosa haemorrh. d Tuberc. lienis, hepatis et. renum. Tuberculosis piae matris cerebri.</p> <p>Строеніе железы неодинаково во всѣхъ частяхъ: на нѣ- которыхъ срѣзахъ дольчатое строеніе выражено хорошо ши-</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
XXV	<p>Дѣвочка 90 дней. Вѣсъ 2530 гр. Вѣсъ железы 1,3 гр. Lues hereditaria. Pneumonia catarrhalis.</p> <p>Дольчатое строеніе железы выражено хорошо. Дольки имѣютъ 300—400 μ въ поперечникѣ. Соединительно-тканная прослойка въ 15—75 μ толщиной; внутривдольчатая соедини- тельная ткань развита мѣстами довольно сильно. Фолликулы хорошо развиты въ 30—150 μ въ диаметрѣ, выполнены хо- рошо окрашивающимся коллоидомъ. Эпителий кубическій, мѣ- стами немного уплощенъ. Ядра кѣтокъ овальные или круглы, преимущественно средней величины, свѣтлы; мелкихъ и смор- щенныхъ ядеръ немного. Въ коллоидѣ можно встрѣтить не- большое число эпителиальныхъ кѣтокъ, а иногда видны только темныя угловатая ядра безъ протоплазмы. Кровенаполненіе незначительное.</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
25	<p>роками до 150 μ прослойками соединительной ткани съ небольшимъ количествомъ ядеръ и со скуднымъ количествомъ эластическихъ волоконъ. Внутридольчатая соединительная ткань выражена сильно. Въ некоторыхъ участкахъ цѣлыя дольки состоятъ изъ кучекъ эпителиальныхъ клѣтокъ, готовыхъ фолликуловъ не видно. Въ другихъ участкахъ прослойки тоньше, фолликулы хорошо развиты съ просвѣтомъ до 75 μ, наполненнымъ свѣтлымъ коллоидомъ, въ которомъ можно видѣть много эпителиальныхъ клѣтокъ со сморщенными ядрами. Эпителий кубическій, ядра круглы или овальны, средней величины, довольно темно окрашены. Другіе виды ядеръ въ небольшомъ количествѣ. Въ клѣткахъ жировыхъ зернышекъ нѣтъ. Въ лимфатическихъ щеляхъ коллоидъ. Кровенаполненіе слабое. Много ядерныхъ скопленій въ долькахъ съ неразвитыми фолликулами.</p> <p>Дѣвочка 117 дней. Вѣсъ 3200 гр. Вѣсъ железы 2,65 гр. <i>Diag. anat. Catarrhus intestinalis acutus. Bronchitis, Atelektasis pulmonum. Hepar adip. Cyanosis communis. Atrophia universalis magna.</i></p> <p>Соединительно-тканная прослойка въ 75—150 μ дѣлаетъ железу на дольки въ 150—300 μ. Внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Большая часть фолликуловъ имѣетъ небольшой просвѣтъ въ 15—45 μ, занятый очень блѣдно окрашеннымъ коллоидомъ, меньшая часть фолликуловъ безъ просвѣта или просвѣтъ занятъ эпителиальными клѣтками. Форма фолликуловъ разнообразна: круглая, овальная и часто въ видѣ вѣтвящейся трубки. Преимущественно въ долькахъ съ фолликулами безъ просвѣтовъ можно видѣть множественныя кучки ядерныхъ скопленій. Эпителий въ фолликулахъ съ просвѣтомъ кубическій, протоплазмы мало; ядра преимущественно средней величины, довольно темны, но съ хорошо различимой хроматиновой сѣтью; темныхъ, мелкихъ и сморщенныхъ ядеръ немного. Въ коллоидѣ много клѣтокъ, ядра которыхъ часто сморщены. Кровенаполненіе слабое, жира нѣтъ. Эластической ткани умеренное количество.</p>
26	<p>Дѣвочка 110 дней. Вѣсъ 4100 гр. Вѣсъ железы 2,6 гр. <i>Diag. anatomica. Purpura haemorrhagica. Apoplexia cerebri magna. Anaemia cerebri acuta. Catarrhus intestinalis. Hepar muscat. Brouchitis et oedema pulmonum.</i></p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
XXVI	<p>Мальчикъ 120 дней. Вѣсъ 3200 гр. Вѣсъ железы 1,4 гр. <i>Diag. anat. Syphilis heredit. Psoriasis plantae et palmae. Pneumonia alba d. Pleuritis sero-fibrinosa d. Cirrhosis hepatis et lienis.</i></p> <p>Дольчатое строеніе железы выражено хорошо; дольки въ 600—750 μ; междольчатая прослойка въ 45—75—100 μ; внутридольчатая соединительная ткань развита умеренно. Строеніе железы различно въ разныхъ мѣстахъ: мѣстами видны фолликулы въ 30—180 μ въ діаметрѣ, содержащіе плотный темный коллоидъ. Эпителий фолликуловъ большею частью немного уплощенъ. Въ другихъ участкахъ соединительная ткань развита сильнѣе, размеры фолликуловъ меньше, около 45 μ; въ просвѣтахъ встрѣчается только свѣтлый коллоидъ. Эпителий въ этихъ участкахъ низко цилиндрической. Ядра въ крупныхъ и мелкихъ фолликулахъ преимущественно средней величины, свѣтлы, круглы. Въ мелкихъ фолликулахъ преобладаетъ большее количество мелкихъ темныхъ ядеръ; изрѣдка встрѣчаются сморщенные ядра. Жировыхъ зернышекъ немного; эластической ткани умеренное количество, кровенаполненіе слабое.</p>

Дѣленіе на дольки выражено хорошо. Соединительно-тканая прослойка въ 100—150 μ съ большой примѣсью эластическихъ волоконъ; внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Дольки разнообразной величины, 300—400—500 μ . Большая часть фолликуловъ въ 30—150 μ выполнена частью слабо окрашивающимся коллоидомъ, частью темнымъ. Въ отдѣльныхъ фолликулахъ довольно много кѣтокъ въ коллоидѣ, многія изъ нихъ съ темными сморщенными ядрами. Эпителій фолликуловъ кубическій, ядра преимущественно средней величины, круглы, свѣтлы. Довольно часто встрѣчаются мелкія темныя ядра, изрѣдка сморщенные. Въ лимфатическихъ щеляхъ коллоидъ. Кровенаполненіе слабое, жировыхъ зернышекъ нѣтъ. Нѣкоторыя дольки готовыхъ фолликуловъ не содержатъ, а эпителиальныя кѣтки лежатъ кучками въ петляхъ соединительной ткани.

27

Мальчикъ 126 дней. Вѣсъ 3400 гр. Вѣсъ железы 2,2 гр.
Diag. anat. Rhinitis diphtheritica. Tuberc. gl. bronchialium. Tuberculosis miliaris pulmonum, lienis, hepatis et renum. Catarrhus intestinalis acutus. Bronchitis. Bronchopneumonia lobularis acuta disseminata inf. d. Otitis media purul. perfor. duplex. Anaemia et Atrophia universalis. Oedema piae matris.

Дольчатое строеніе плохо замѣтно; дольки 450—600 μ . Междольчатая перегородка въ 45—60 μ , внутридольчатая соединительная ткань выражена слабо. Развѣтвіе фолликуловъ неравнобѣрно: часть имѣетъ просвѣтъ въ 15—100 μ занятый блѣдно окрашеннымъ коллоидомъ. Въ другихъ мѣстахъ готовыхъ фолликуловъ нѣтъ, кѣтки лежатъ кучками, частью кружками. Кѣтки низкоцилиндрически и кубически. Ядра средней величины, круглы, свѣтлы. Сморщенныхъ и мелкихъ темныхъ ядеръ мало. Эластической ткани умеренное количество, жировыхъ зернышекъ нѣтъ. Кровенаполненіе слабое. Въ периферическихъ слояхъ железы, особенно въ долькахъ съ неразвѣтвленными фолликулами, много ядерныхъ скопленій.

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
28	<p>Мальчикъ 5 мѣсяцевъ. Вѣсъ 4600 гр. Вѣсъ железы 3,65 гр.</p> <p>Diag. anat. Tubercul. chr. pulmonum. Pneumonia catarrhalis acuta duplex. Tubercul. lienis dissemit. et hepatis. Hernia diaphragmatica sin. cong. Catarrhus intest. acutus. Otitis med. purul. perforat. Cyanosis universalis maxim.</p> <p>Дольчатое строение выражено хорошо; дольки 450μ. Междольчатая ткань въ 75—150μ шириною. Внутридольчатая соединительная ткань выражена сильно. Только часть фолликуловъ имѣетъ просвѣтъ въ 15—100 μ; плотнаго коллоида почти нѣтъ. Эпителий кубическій, ядра преимущественно средней величины, свѣтлы. Довольно часто встрѣчаются мелкія темныя и, рѣже, крупныя ядра. Эластической ткани немного. Кровенаполнение сильное, жировыхъ зернышекъ нѣтъ. Много ядерныхъ скопленій.</p>
29	<p>Дѣвочка 5 мѣсяцевъ. Вѣсъ 3400 гр. Вѣсъ железы 3,1 гр.</p> <p>Diag. anat. Tubercul. pulmonum. Pneumonia catarrh. acut. part. sup. et inf. duplex. Tuberculosis lienis, hepatis et renum. Catarrhus intestinalis acutus. Anaemia et atrophia universalis. Oedema piae matris.</p> <p>Внутридольчатая и междольчатая соединительная ткань развита сильно, прослойки въ 75—150 μ. Примѣсь эластической ткани умѣренная. Фолликулы съ просвѣтомъ до 100 μ наполнены отчасти свѣтлымъ, отчасти темнымъ коллоидомъ. Эпителий кубическій, мѣстами уплощенный. Часть фолликуловъ безъ просвѣта. Ядра или свѣтлы, средней величины, или мелкія темныя; изрѣдка встрѣчается крупное свѣтлое ядро. Жировыхъ зернышекъ нѣтъ, кровенаполнение слабое.</p>
30	<p>Мальчикъ 8 мѣсяцевъ. Вѣсъ 6650 гр. Вѣсъ железы 1,55 гр.</p> <p>Diag. anatomica. Pneumonia acuta catarrh. lobaris. Tuberc. pulmonum. Pleuritis sero-fibrinosa d. Tuberculosis lienis, hepatis et renum disseminata. Hepar adipos. Icterus. Oedema piae matris et cerebri.</p> <p>Дольчатое строение железы не рѣзко выражено вслѣдствіе значительнаго развитія внутридольчатой соединительной ткани.</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
XXVII	<p>Мальчикъ 5 мѣсяцевъ. Вѣсъ 5400 гр. Вѣсъ железы 1,4 гр.</p> <p>Lues hereditaria. Pneumonia catarrhalis.</p> <p>Дольчатое строение выражено ясно; дольки въ 600—750μ. Мѣстами соединительно тканная прослойки до 75 и въ этихъ участкахъ развита и внутридольчатая соединительная ткань. Эластической ткани мало. Фолликулы разнообразной величины, отъ 30—150μ; рѣдко встрѣчается фолликулъ больше 200μ, преобладаетъ средній размѣръ фолликуловъ. Форма фолликуловъ круглая или овальная, иногда угловатая. Просвѣтъ занятъ однороднымъ, хорошо красящимся коллоидомъ; въ немъ мало вакуоль. Эпителий фолликуловъ кубическій, но во многихъ средней величины фолликулахъ эпителий сильно уплощенъ. Ядра круглыя, довольно темно окрашены, средней величины; ядра уплощенныхъ клѣтокъ расположены вдоль по стѣнкѣ фолликула, темныя. Много мелкихъ темныхъ и сморщенныхъ ядеръ. Въ коллоидѣ довольно много темныхъ сморщенныхъ ядеръ. Въ протоплазмѣ клѣтокъ въ небольшомъ количествѣ мельчайшія жировыя зернышки. Кровенаполнение умѣренное.</p>
XXVIII	<p>Дѣвочка 8 мѣсяцевъ. Вѣсъ 6300 гр. Вѣсъ железы 1,6 гр.</p> <p>Lues hereditaria. Papulae syphiliticae. Bronchopneumonia.</p> <p>Дольчатое строение железы выражено хорошо; дольки 150—300 μ; прослойки до 150 μ шириною; внутридольчатая соединительная ткань развита сильно; примѣсь эластической ткани умѣренная. Большая часть фолликуловъ имѣютъ просвѣтъ до 75 μ, выполненный плотнымъ или свѣтлымъ кол-</p>

Дольки около 300 μ ; прослойки между ними въ 75—100 μ . Большая часть фолликуловъ имѣетъ просвѣтъ, въ среднемъ въ 15—75 μ . Кое-гдѣ въ просвѣтѣ виденъ плотный коллоидъ. Въ другихъ частяхъ фолликулы полости не имѣютъ, они сплошь выполнены клетками. Эпителій низко цилиндрической и кубической. Ядра преимущественно средней величины, довольно темно окрашены; другіе виды ядеръ попадаются немного. Въ протоплазмѣ клетокъ мельчайшія жировыя зернышки.

долькомъ. Меньшая часть фолликуловъ безъ просвѣта или выполнены клетками. Эпителій кубической; ядра круглы, свѣтлы, пузырчаты. Другіе виды ядеръ встрѣчаются въ небольшомъ количествѣ. Въ клеткахъ немного жировыхъ зернышекъ. Кровенаполненіе слабое. Въ этомъ препаратѣ встрѣчаются ядерныя скопленія въ умѣренномъ количествѣ.

XXIX

Дѣвочка 8 мѣсяцевъ.

Syphilis hereditaria. Bronchitis diffusa. Atelectasis partialis pulmonum. Hepatitis interstitial. et osteochondritis syphilitica. Perisplenitis fibrinosa. Pemphigus syphil. haemorrh. Anaemia communis. Oedema piaе matris cerebri. Atrophia universalis maxima.

Дольчатое строеніе железы выражено хорошо; дольки 300—450 μ . Междольчатая прослойка въ 45—75 μ ; внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Фолликулы хорошо развиты, до 80 μ , но встрѣчаются немало до 150—250 μ въ поперечникѣ. Приблизительно въ половинѣ всѣхъ болѣе крупныхъ фолликуловъ плотный коллоидъ. Клетки кубически, мѣстами немного уплощены. Ядра преимущественно средней величины, свѣтлы, пузырчаты; довольно часто встрѣчаются крупныя свѣтлыя ядра; мелкихъ темныхъ ядеръ мало. Въ протоплазмѣ клетокъ мельчайшія жировыя зернышки. Кровенаполненіе умѣренное. Эластической ткани довольно мало.

XXX

Мальчикъ 8-мѣсяцевъ.

Diag. anat. Pneumonia cruposa duplex. Degeneratio cordis. Hyperaemia venosa et degenerat. parenchymat. renum. Sklerosis lienis. Degeneratio adiposa et sclerosis hepatis. Catarrhus follicularis intestinorum. Syphilis hereditaria. Osteochondritis syphilitica.

Дольчатое строеніе железы выражено не очень ясно вслѣдствіе сильнаго развитія внутридольчатой соединительной ткани. Прослойки въ 45—75 μ . Довольно значительная примѣсь эластическихъ волоконъ. Большая часть фолликуловъ съ просвѣтомъ въ 30—200 μ содержитъ сильно окрашивающуюся и сильно преломляющую свѣтъ коллоидъ. Вакуоль въ немъ почти нѣтъ. Эпителій кубической, во многихъ мѣстахъ замѣтно уплощенъ. Ядра преимущественно средней величины, свѣтлы; мелкихъ и сморщенныхъ ядеръ мало. Кровенаполненіе слабое.

Описание контрольных щитовидных железъ.

- 31 Дѣвочка 14 мѣсяцевъ. Вѣсъ железы 1,65 гр.
Morbilli. Pneumonia catarrhalis. Enteritis acuta.
Дольчатое строеніе выражено хорошо: дольки 450—600 μ ; междольчатая соединительная ткань 45—110 μ толщиной; внутريدольчатая соединительная ткань развита умеренно. Железа на половину состоитъ изъ вполне развитыхъ фолликуловъ отъ 15—75 μ въ поперечникѣ. Остальная часть фолликуловъ представляется скопленіями эпителиальныхъ клѣтокъ, расположенныхъ часто безъ всякаго порядка. Коллоидъ блѣдный, сильно вакуолизированный. Эпителий низко цилиндрической, кубической. Ядра преимущественно средней величины, свѣтлы; довольно много мелкихъ темныхъ ядеръ, изрѣдка крупныя ядра. Въ лимфатическихъ щеляхъ коллоидъ. Кровенаполненіе слабое. Жировыхъ зернышекъ нѣтъ.

- 32 Мальчикъ 18 мѣсяцевъ. Вѣсъ железы 2,0 гр.
Morbilli. Laryngitis diphtheritica. Stenosis laryngis.
Дольки железы плохо различаются вслѣдствіе малаго развитія междольчатой соединительной ткани. Дольки 300—450 μ въ поперечникѣ. Присѣкъ эластической ткани къ соединительно-тканнымъ перегородкамъ умеренная.
Фолликулы отъ 30—100 μ . содержатъ слабо окрашенный, большею частью однородный коллоидъ. Клѣтки цилиндрически, часто расположены въ нѣсколько слоевъ, иногда просвѣтъ совершенно заполненъ клѣтками. Ядра клѣтокъ преимущественно средней величины, довольно темно окрашены; мелкихъ и крупныхъ ядеръ мало. Кое-гдѣ встрѣчаются ядерныя скопленія. Въ лимфатическихъ щеляхъ много коллоидоподобнаго вещества. Кровенаполненіе умеренное.

№№

Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.

- XXXI Дѣвочка 15 мѣсяцевъ.
Diag. anat. Pneumonia cruposa duplex. Sclerosis lienis. Degeneratio cordis. Haemorrhagia intestinalis Syphilis hereditaria. Osteochondritis syphilitica.
Дольчатое строеніе замѣтно хорошо; дольки 450—600 μ ; междольчатая прослойка въ 30—150 μ ; внутريدольчатая соединительная ткань развита сильно. Строеніе железъ неодинаково во всѣхъ частяхъ; часть долекъ не содержитъ готовыхъ фолликуловъ или фолликуловъ съ просвѣтомъ; въ другихъ частяхъ рѣзко бросаются въ глаза растянутые до 300 μ фолликулы, наполненные коллоидомъ, различно относящимся къ краскамъ: то болѣе свѣтлый, то болѣе темный. Вакуоль въ немъ мало. Клѣтки, выстилающія болѣе крупныя и даже средніе фолликулы, явно уплощены. Ядра большею частью средней величины или они крупны, свѣтлы; мелкихъ темныхъ ядеръ и сморщенныхъ очень мало. Въ протоплазмѣ немного жировыхъ зернышекъ. Кровенаполненіе незначительное.

- XXXII Мальчикъ 18 мѣсяцевъ. Вѣсъ железы 2,1 гр.
Lues hereditaria. Pneumonia cruposa. Cirrhosis hepatis et lienis.
Толстая соединительно-тканная прослойка до 150 μ дѣлать железу на не вездѣ ясно различимыя дольки, величиною въ 250—350 μ . Внутريدольчатая соединительная ткань развита сильно. Большая часть фолликуловъ съ просвѣтомъ въ 30—150 μ и содержитъ преимущественно сильно окрашенный гомогенный коллоидъ. Встрѣчаются однако дольки, въ которыхъ фолликулы или безъ просвѣта или просвѣтъ выполненъ клѣтками или же эпителиальныя клѣтки лежатъ кучками безъ всякаго порядка. Клѣтки кубически; ядра преимущественно средней величины, свѣтлы; мелкихъ ядеръ мало, крупныхъ немного больше. Въ протоплазмѣ клѣтокъ много мельчайшихъ жировыхъ зернышекъ. Въ периферическихъ слояхъ довольно много ядерныхъ скопленій. Эластической ткани въ прослѣдахъ немного. Кровенаполненіе умеренное.

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
33	<p>Дѣвочка 20 мѣсяцевъ. Вѣсъ железы 2,35 гр. <i>Morbilli. Pneumonia catarrhalis. Rhinitis et laryngitis diphtheritica.</i></p> <p>Дольчатое строеніе выражено не рѣзко. Дольки въ 450—600 μ. Соединительно-тканныя перегородки въ 30—75 μ. вездѣ содержатъ эластическія волокна. Внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Почти все фолликулы въ 30—150 μ въ поперечникѣ содержатъ блѣдный коллоидъ. Форма фолликуловъ круглая или овальная. Въ болѣе крупныхъ фолликулахъ встрѣчается темный коллоидъ. Эпителій кубическій, границы между клѣтками не рѣзки. Ядра клѣтокъ пузырчатые, свѣтлые; сморщенныхъ ядеръ не видно, крупныхъ и мелкихъ темныхъ ядеръ мало. Въ лимфатическихъ щеляхъ немного коллоида. Кровенаполненіе сильное.</p>
34	<p>Мальчикъ, 2 ч. 11 м. Вѣсъ железы 2,07 гр. <i>Morbilli.</i></p> <p>Дольчатость железы хорошо замѣтна; широкія соединительно-тканныя прослойки до 150 μ дѣлятъ железу на дольки въ 450—600 μ. Внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Примѣсъ эластическихъ волоконъ небольшая. Фолликулы почти все съ просвѣтомъ, они круглы или овальны съ діаметромъ въ 30—120 μ. Коллоидъ однороденъ, окрашивается довольно интенсивно. Эпителій фолликуловъ кубическій; ядра блѣдны, круглы, средней величины; мелкихъ темныхъ ядеръ мало. Въ коллоидѣ довольно много эпителиальныхъ клѣтокъ со сморщенными ядрами. Въ разныхъ частяхъ встрѣчаются ядерныя скопленія въ умѣренномъ количествѣ: Кровенаполненіе слабое.</p>
35	<p>Дѣвочка 3 л. 7 м. Вѣсъ железы 3,8 гр. <i>Morbilli. Pneumonia catarrhalis. Angina diphtheritica.</i></p> <p>Дольки въ 500—600 μ, замѣтны не особенно ясно; соединительно-тканныя прослойки до 100 μ содержатъ много эластическихъ волоконъ. Внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Фолликулы въ 30—150 μ содержатъ небольшое количество сильно сократившагося и хорошо окрашеннаго коллоида. Эпителій фолликуловъ кубическій, мѣстами</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
	<p>низко цилиндрической. Ядра клеток круглы, средней величины или мелки; ядра средней величины частью светлы, частью темне окрашены. Въ лимфатических щелях коллоидъ. Въ некоторых доляхъ строение железы немного отличается отъ только что описанной картины: фолликулы въ нихъ безъ просвѣта, трубчаты. Кровенаполнение сильное.</p>
36	<p>Мальчикъ 6 лѣтъ. Вѣсъ железы 3,2 гр. Diag. anat. Abscessus fossae iliacaе dextrae et absces. metastat. in pulmon. et renes. Gor villosum Pericarditis fibrino purulenta Pleuritis purul sicca. Septico pyaemia.</p> <p>Соединительно-тканная прослойка въ 60—75 μ съ примѣсю эластическихъ волоконъ дѣлать железу на хорошо выраженной дольки въ 450—600 μ. Внутридольная соединительная ткань развито сильно.</p> <p>Фолликулы въ 30—300 μ содержать хорошо окрашенный коллоидъ; въ некоторыхъ фолликулахъ очень интенсивно окрашенный коллоидъ. Эпителий фолликуловъ кубической и низко цилиндрической. Ядра клетокъ средней величины, светлы, пузырчаты; много мелкихъ темныхъ ядеръ. Въ коллоидѣ много клетокъ. Въ лимфатическихъ щеляхъ много коллоидо-подобнаго вещества.</p> <p>Въ этомъ препаратѣ въ некоторыхъ фолликулахъ замѣчаются кучки эпителиальныхъ клетокъ, расположенныхъ 2—3 ряда съ очень темными и тѣсно лежащими ядрами. Кровенаполнение сильное.</p>
37	<p>Мальчикъ 12 лѣтъ. Вѣсъ железы 22,2 гр. Diag. anat. Tuberculosis miliaris.</p> <p>Долячатое строение выражено хорошо; междолячатая прослойка въ 30—75 μ; внутридолячатая соединительная ткань развита слабо. Примѣсь эластической ткани умеренная. Строение железы въ разныхъ частяхъ различное: встрѣчаются крупныя фолликулы до 220 μ, содержащія плотный коллоидъ и выстланные низкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Въ некоторыхъ менѣе растянутыхъ фолликулахъ въ центральныхъ частяхъ коллоидъ встрѣчаются группы эпителиальныхъ клетокъ. Кроме того встрѣчаются дольки, въ которыхъ эпителиальныя клетки лежатъ кучками безъ разграниченія на фол-</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
XXXIII	<p>Дѣвочка 13 лѣтъ. Вѣсъ железы 11,6 гр. Syphilis condylomatosa. Noma.</p> <p>Diag. anat. Ulcus gangraenos. buccae d. Gangraena pulm. utriusque. Cirrhosis hepatis.</p> <p>Границы долекъ не ясны; соединительно-тканная прослойка въ 15—30 μ; внутридолячатая соединительная ткань развита умеренно. Дольки имѣютъ 650—900 μ въ поперечникѣ. Фолликулы въ 45—300 μ наполнены плотнымъ коллоидомъ, въ которомъ мѣстами можно замѣтить кривыя вакуолы. Эпителий большую частью уплощенъ, мѣстами значительно; ядра преимущественно средней величины, светлы; ядра уплощенныхъ клетокъ красятся значительно темне. Изрѣдка встрѣчаются мелкія темныя ядра. Въ клеткахъ много мелкихъ зернышекъ жира, сливающихся мѣстами въ болѣе крупныя капельки.</p> <p>Въ лимфатическихъ щеляхъ виденъ коллоидъ. Кровенаполнение незначительно.</p>
XXXIV	<p>Женщ. 23 лѣтъ. Вѣсъ железы 27,2.</p> <p>Diag. anat. Peritonitis pur. Abscessus subdiaphragmalis. Pleuropneumonia d. Degener. septica lienis, hepatis et cordis.</p> <p>Долячатое строение выражено не ясно; соединительно-тканная прослойка въ 30—45 μ съ незначительной примѣсю эластическихъ волоконъ. Дольки 650μ—1 sm. Фолликулы растянуты плотнымъ однороднымъ коллоидомъ до значительныхъ размеровъ, 75—350 μ. Эпителий кубическій, въ некоторыхъ мѣстахъ уплощенный. Ядра преимущественно средней величины, окрашены довольно темно, но съ хорошо замѣтной зернистостью. Другіе виды ядеръ встрѣчаются рѣдко. Въ коллоидѣ мало клетокъ. Въ лимфатическихъ щеляхъ виденъ коллоидъ. Кровенаполнение умеренное. Въ клеткахъ много жировыхъ зернышекъ и довольно крупныхъ капель.</p>

№№	Описание контрольных щитовидных желез.
	<p>ликулы. Эпителий фолликуловъ въ общемъ кубическій и низко цилиндрической. Ядра преимущественно средней величины, свѣтлы, но много мелкихъ темныхъ ядеръ. Искѣдка встрѣчается сморщенное ядро. Въ лимфатическихъ щеляхъ много коллоида. Кровенаполненіе умеренное. Кое-гдѣ встрѣчаются ядерныя скопления.</p>
38	<p>Мужчина 18 л. Vulnus cordis.</p> <p>Дѣленіе на дольки выражено довольно ясно; соединительно-тканная прослойка въ 30—75 μ съ умеренной примѣсью эластическихъ волоконъ. Дольки отъ 300—600 μ въ поперечникѣ; внутريدольчатая соединительная ткань развита слабо. Фолликулы съ просвѣтомъ и съ коллоидомъ встрѣчаются лишь въ очень незначительномъ количествѣ; большею частью полость фолликула занята клѣтками или же видна только кучка клѣтокъ безъ всякаго правильнаго расположенія. Коллоидъ сильно вакуолизированъ, красится очень блѣдно. Протоплазма клѣтокъ вакуолизирована, часто сливается въ общую массу съ отросткомъ коллоида, который отъ сильно сократившейся главной массы достигаетъ одну какую нибудь клѣтку и сливается съ нею въ одно цѣлое. Въ коллоидѣ встрѣчаются эпителиальные клѣтки. Величина фолликуловъ колеблется отъ 30—300 μ, преобладаетъ разиѣръ въ 45—75 μ. Эпителий клѣтокъ низко-цилиндрической и кубической. Ядра клѣтокъ средней величины или крупны, свѣтлы; мелкихъ темныхъ ядеръ мало. Много жировыхъ зернышекъ въ протоплазмѣ клѣтокъ. Въ лимфатическихъ щеляхъ виденъ коллоидъ. Кровенаполненіе сильное.</p>
39	<p>Женщина 22 лѣтъ. Haemangioma dorsi. Paralysis cordis p. operationem.</p> <p>Дольчатое строеніе железы вслѣдствіе значительнаго развитія внутريدольчатой соединительной ткани замѣтно не очень ясно. Дольки въ 450—600 μ. Прослойки въ 15—75 μ, содержатъ умеренное количество эластической ткани. Фолликулы отъ 30—225 μ въ диаметрѣ; просвѣтъ выполненъ сильно окрашивающимся коллоидомъ. Въ мелкихъ фолликулахъ просвѣтъ часто выполненъ клѣтками. Эпителий обычно расположенъ въ 1 рядъ, только мѣстами въ 2 ряда, цилиндрической и кубической. Ядра средней величины, пузырьчатые,</p>

№№	Описание контрольных щитовидных желез.
XXXV	<p>Женщ. 24 г. Вѣсъ железы 32 гр.</p> <p>Diag. anatomica. Degeneratio parenchym. Myocardii et renum. Hyperaemia et oedema pulm. Degeneratio diff-amyl. lienis. Perihepatitis adhaesiva chr. Degenerat. amyl., cicatrices et gummata hepatis. Encephalo-meningitis gummosa partis anter. lobi front. Leptomeningitis basil. chr-sero-fibrinosa.</p> <p>Дѣленіе на дольки выражено хорошо; прослойки въ 30—75 μ. Внутريدольчатая соединительная ткань развита довольно значительно; примѣсь эластической ткани умеренная. Дольки въ 450—900 μ. Фолликулы въ 75—375 μ; отдельные фолликулы растянуты до 1 mm.; преобладаетъ разиѣръ въ 150—225 μ. Въ нѣкоторыхъ фолликулахъ видны выступы, вдающиеся въ просвѣтъ фолликуловъ. Въ фолликулахъ преимущественно сильно красящаяся, однородный коллоидъ. Вакуоль мало. Эпителий кубической, мѣстами уплощенный. Ядра средней величины, пузырьчатые; остальные виды ядеръ въ маломъ количествѣ. Въ протоплазмѣ клѣтокъ много жировыхъ зернышекъ. Кровенаполненіе умеренное.</p>
XXXVI	<p>Ж. 26 л. Вѣсъ железы 25,0.</p> <p>Diag. anat. Peritonitis septica. Ruptura fornic. aut. Endometritis septica.</p> <p>Соединительно-тканная прослойка въ 30—60 μ; значительная примѣсь эластической ткани. Дольки въ 600—750 μ, не особенно ясно различаются. Фолликулы отъ 45—300 μ выполнены однороднымъ, плотнымъ, мало вакуолизированнымъ коллоидомъ. Эпителий кубической съ круглыми, довольно интенсивно окрашенными ядрами средней величины. Мелкихъ темныхъ ядеръ мало, немного чаще встрѣчаются крупныя свѣтлыя ядра. Кое-гдѣ въ коллоидѣ отдѣльныя клѣтки и ядра. Кровенаполненіе умеренное. Въ клѣткахъ много мелкихъ жировыхъ зернышекъ и болѣе крупныхъ капель.</p>
XXXVII	<p>Ж. 26 л.</p> <p>Diag. anat. Gomma hepatis. Laparotomia, incisio vesicae fell. Peritonitis purul. circumscripta fibrinosa. Cystitis pur. Salpingitis chr.</p> <p>Толстая соединительно-тканная прослойка мѣстами до 200 μ въ поперечникѣ дѣлятъ железу на дольки въ 450 μ.</p>

№№

Описание контрольных щитовидных железъ.

Другіе виды ядеръ въ небольшомъ количествѣ. Умѣренное количество жировыхъ зернышекъ. Кровенаполненіе среднее; въ лимфатическихъ щеляхъ виденъ коллоидъ.

40

Дѣв. 28 л.

Morbus Banti. Haemorrhagia gastrica.

Междольчатая прослойка тонка 30—45 μ съ малымъ содержаніемъ эластической ткани; дѣленіе на дольки въ 450—800 μ въ поперечникѣ не ясно выражено; внутридольчатая ткань развита мало. Фолликулы отъ 30—250 μ , содержатъ плотный, однородный, мало вакуолизированный коллоидъ, въ которомъ въ небольшомъ количествѣ встрѣчаются эпителиальные клѣтки со сморщенными темными ядрами.

Эпителий кубическій, мѣстами уплотненный, расположенъ въ одинъ рядъ. Ядра преимущественно средней величины; мелкихъ сморщенныхъ ядеръ мало, чаще встрѣчаются крупныя свѣтлыя ядра. Въ media болѣе крупныхъ артерій нѣсколько крупинокъ извести. Много жировыхъ зернышекъ въ протоплазмѣ клѣтокъ. Кровенаполненіе слабое.

№№

Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.

Фолликулы круглой формы, 75—300 μ . Полость фолликуловъ выполнена сильно красящимся однороднымъ, въ нѣкоторыхъ фолликулахъ — слоистымъ коллоидомъ; центральная часть коллоида значительно темнѣе. Въ свѣтлой части коллоида много отдѣлившихся эпителиальныхъ клѣтокъ. Врсаются въ глаза бѣдность фолликуловъ клѣтками: цѣлыя участки железы заняты фолликулами средней величины, при чемъ эпителий въ нихъ почти отсутствуетъ или замѣтенъ въ видѣ отдѣльныхъ, очень вытянутыхъ ядеръ. Въ прослойкахъ между фолликулами много кучекъ эпителиальныхъ клѣтокъ или мелкихъ фолликулы. Въ тѣхъ пузырькахъ, гдѣ эпителий нормальный, онъ кубическій; ядра болѣею частью средней величины.

Другіе виды ядеръ встрѣчаются рѣдко. Въ периферическихъ частяхъ железы встрѣчаются въ небольшомъ количествѣ ядерныя скопленія. Много жировыхъ зернышекъ въ эпителиальныхъ клѣткахъ фолликуловъ. Кровенаполненіе незначительно.

Ж. 27 л. Всѣхъ железы 42 гр.

Diag. anat. Degeneratio myloidea. Paralysis cordis.

Lues III.

Дольчатое строеніе железы замѣтно хорошо; прослойки въ 75—150 μ содержатъ много эластической ткани; внутридольчатая соединительная ткань развита умѣренно. На одномъ препаратѣ видна простымъ глазомъ коллоидная киста въ 3 mm. въ діаметрѣ. Фолликулы растянуты плотнымъ однороднымъ коллоидомъ въ 50—300 μ ; больша часть фолликуловъ въ 150—200 μ . Довольно толстая соединительно-тканная капсула окружаетъ большую коллоидную кисту; въ этой соединительной ткани видны мелкіе, сдавленные и атрофированные фолликулы. На стѣнкѣ кисты во многихъ мѣстахъ эпителий нѣтъ, а гдѣ онъ существуетъ, тамъ онъ уплотненъ. Въ коллоидѣ этой кисты по периферіи во многихъ мѣстахъ видны въ большомъ количествѣ довольно большія свѣтлыя полости, до 25 μ въ діаметрѣ, которыя содержатъ ядра. Эпителий фолликуловъ кубическій, мѣстами уплотненный. Ядра пузырчатые, средней величины. Мелкихъ темныхъ ядеръ мало, крупныхъ свѣтлыхъ больше. Много жировыхъ зернышекъ и довольно крупныхъ капель въ протоплазмѣ клѣтокъ. Кровенаполненіе умѣренное.

xxxvii

№№ Описание контрольных щитовидных железъ.

№№

Описание щитовидных железъ сифилитиковъ.

xxxix

Ж. 28 л. Вѣсъ железы 12,7 гр.

Diag. anat. Lues gummosa. Oedema pulm. Degeneratio cordis parenchymat. Nephritis interstitialis. Degenerat. amyloid. lienis. Cirrhosis hepatis. Ulcera gummosa cruris et. femoris.

Дольчатое строение выражено плохо; дольки около 450 μ , прослойки въ 75—150 μ содержатъ много эластической ткани. Въ прослойкахъ видно много сдавленныхъ, мелкихъ, въ видѣ щелей и трубокъ, фолликуловъ; мѣстами видны только кучки кѣтокъ. Остальные фолликулы растянуты до 60—200 μ , содержатъ коллоидъ, неодинаковый въ разныхъ фолликулахъ: въ болѣе крупныхъ онъ однороденъ, плотенъ, почти цѣликомъ выполняетъ просвѣтъ, въ другихъ, болѣе мелкихъ фолликулахъ коллоидъ сильно сократился и лежитъ въ центрѣ фолликула. Въ нѣкоторыхъ фолликулахъ эпителий кубическій, въ другихъ встрѣчается на ряду съ кубическимъ и уплощенный эпителий; во многихъ фолликулахъ эпителия не видно вовсе. Въ коллоидѣ много кѣтокъ съ темными сморщенными ядрами. Ядра преимущественно средней величины; крупныхъ, сморщенныхъ и мелкихъ мало. Жиръ въ громадномъ количествѣ въ видѣ мелкихъ и крупныхъ капель въ протоплазмѣ кѣтокъ. Кровенаполненіе слабое; мѣстами сосуды немного расширены. Въ прослойкахъ встрѣчаются отдѣльныя мелкія вены, стѣнка которыхъ утолщена и въ толщѣ стѣнокъ встрѣчаются круглые элементы.

XL

Ж. 29 л. Вѣсъ железы 15 гр.

Lues. III. Tuberculosis pulmonum.

Соединительно-тканная прослойка между дольками до 200 ; примѣсь эластической ткани значительна. Внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Фолликулы различной величины, отъ 15—300 μ ; преобладаютъ фолликулы въ 150—200 μ . Между крупными фолликулами, особенно въ широкихъ прослойкахъ плотной соединительной ткани можно видѣть не мало фолликуловъ, сдавленныхъ и безъ содержимаго; эпителий такихъ фолликуловъ уплощенный съ темными ядрами. Вообще эпителий фолликуловъ кубическій, иногда мѣстами немного уплощенъ. Ядра средней величины, свѣтлы. Встрѣчаются и темныя мелкія и крупныя свѣтлыя ядра. Въ коллоидѣ въ небольшомъ числѣ эпителиальные кѣтки, протоплазма которыхъ не всегда различается отъ окружающаго коллоида; ядра этихъ кѣтокъ большею частью темныя, сморщены. Кровенаполненіе слабое; много жировыхъ капель и зернышекъ въ протоплазмѣ кѣтокъ.

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.

№№	Описание щитовидных железъ сифилитиковъ.
XLI	<p>Ж. 29 л. Вѣсъ железы 10 гр. Lues III. Septicopyaemia.</p> <p>Дольки до 750μ; мѣстами дольчатое строеніе выражено ясно. Прослойки въ 30—120μ содержатъ довольно много эластическихъ волоконъ. Внутريدольчатая соединительная ткань развита сильно. Крупные фолликулы, отъ 150—250μ содержатъ плотный, мало вакуолизированный коллоидъ. Однако встрѣчается много фолликуловъ въ 50—100—150μ, содержащихъ свѣтлый коллоидъ. Нѣкоторые фолликулы пусты. Эпителий кубическій, въ отдѣльныхъ мелкихъ фолликулахъ низко цилиндрической. Протоплазма съ ясно выраженной каймой. Ядра средней величины, свѣтлы; мелкія темныя и крупныя и сморщенные ядра встрѣчаются въ небольшомъ количествѣ. Въ коллоидѣ мѣстами довольно много кѣтокъ съ темными сморщенными ядрами. Жировыя капельки и зернышки въ большомъ количествѣ. Въ лимфатическихъ щеляхъ встрѣчается коллоидъ. Кровенаполненіе сильное; мѣстами въ соединительно-тканыхъ прослойкахъ мелкія кровонизліянія.</p>
XLII	<p>М. 29 лѣтъ. Вѣсъ железы 26 гр. Diag. anat. Pneumonia tub. chr. Cicatrices radices linguae epiglottidis et laryngis. Leptomeningitis basil. tub. Lues III. Encephalomalacia alba.</p> <p>Дѣленіе на дольки выражено хорошо; соединительно-тканная прослойка въ 30—40μ содержатъ мало эластической ткани.</p> <p>Внутريدольчатая соединительная ткань выражена мало. Диаметръ долекъ 550—750μ. Фолликулы большей частью круглой формы съ просвѣтомъ въ 30—350μ; просвѣтъ наполненъ хорошо окрашеннымъ однороднымъ коллоидомъ; вакуоль въ немъ очень мало. Кое гдѣ въ коллоидѣ встрѣчаются эпителиальные кѣтки. Эпителий фолликуловъ кубическій, но въ большомъ числѣ фолликуловъ эпителий уплощенъ, ядра вытянуты вдоль стѣнки. Ядра средней величины, пузырчатые. Другіе виды ядеръ встрѣчаются въ единичныхъ экземплярахъ. Много жировыхъ капель и зернышекъ въ протоплазмѣ кѣтокъ. Кровенаполненіе незначительно.</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
41	<p>М. 32. л. Leukaemia.</p> <p>Дѣленіе на дольки выражено хорошо; дольки 450—550 . Междольчатая прослойка въ 15—30μ содержатъ незначительную примѣсь эластической ткани. Внутридольчатая соединительная ткань развита умеренно. Фолликулы отъ 30—300μ въ діаметрѣ; просвѣты выполнены хорошо окрашеннымъ коллоидомъ, преимущественно гомогеннаго строенія съ одной крупной вакуолью, оставляющей часто только узкій ободокъ коллоида. Въ вѣкоторыхъ фолликулахъ коллоидъ пронизанъ множествомъ мелкихъ вакуоль. Между крупными фолликулами и въ соединительной ткани подъ капсулой железы встрѣчаются фолликулы небольшіе, выполненные темнымъ гомогеннымъ коллоидомъ и выстланные отчасти кубическимъ, отчасти сильно уплощеннымъ эпителиемъ. Въ другихъ фолликулахъ эпителий однослойный, кубическій съ круглыми, свѣтлыми, средней величины ядрами. Довольно много сморщенныхъ ядеръ, мало мелкихъ и крупныхъ. Въ отдѣльныхъ фолликулахъ можно видѣть участокъ эпителия, ядра котораго лежатъ очень тѣсно; ядра темны, узки, протоплазма плохо видна; въ одномъ мѣстѣ можно видѣть разрастаніе эпителия въ нѣсколько слоевъ. Много жировыхъ зернышекъ и болѣе крупныхъ капель въ протоплазмѣ клѣтокъ. Умеренное кровенаполненіе.</p>
42	<p>М. 36 л. Neoplasma malign. colli et pulmonis sin.</p> <p>Соединительно-тканная прослойка между дольками въ 75μ содержатъ немного эластической ткани. Внутридольчатая соединительная ткань развита умеренно. Фолликулы большей частью въ 150—450μ, но встрѣчается не мало фолликуловъ съ діаметромъ въ 30—75μ. Просвѣты выполнены сильно красящимся однороднымъ, мало вакуолизированнымъ коллоидомъ. Эпителий фолликуловъ кубическій, во многихъ мѣстахъ уплощенный. Ядра клѣтокъ средней величины, свѣтлы, круглы; встрѣчаются и мелкія, темныя и отдѣльныя крупныя ядра. Въ протоплазмѣ клѣтокъ много жировыхъ зернышекъ и капель. Кровенаполненіе умеренное.</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
XLIII	<p>Ж. 30 лѣтъ. Вѣсъ железы 15,5. Lues III. Nephritis parenchymatosa. Diag. anat. Hydrothorax. Gummata hepatis. Nephritis parenchymatosa. Degeneratio cordis.</p> <p>Соединительно-тканная прослойка мѣстами развита значительно, 150—200μ; внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Эластической ткани мало. Фолликулы, въ 200—300μ; но встрѣчается не мало фолликуловъ въ 45—75—150μ. Мѣстами въ плотной соединительной ткани видны мелкіе сдавленные фолликулы или кучки эпителиальныхъ клѣтокъ. Коллоидъ въ общемъ однороденъ, средней плотности, почти безъ вакуоль и цѣлкомъ выполняетъ просвѣтъ. Мѣстами виденъ свѣтлый коллоидъ. Эпителий кубическій, мѣстами немного уплощенъ. Ядра круглы, средней величины, свѣтлы; другіе виды ядеръ встрѣчаются мало. Жировыхъ капель и зернышекъ много. Въ лимфатическихъ щеляхъ много коллоида. Кровенаполненіе умеренное.</p>
XLIV	<p>Ж. 30 л. Вѣсъ железы 14 гр. Pneumonia supura.</p> <p>Дольчатое строеніе выражено хорошо; дольки 300—750μ. Прослойки между дольками въ 15—30μ; внутридольчатая соединительная ткань выражена умеренно; довольно много эластической ткани. Фолликулы, величиною въ 45—250μ, содержатъ плотный коллоидъ, который въ болѣе крупныхъ фолликулахъ однороденъ, безъ вакуоль; въ отдѣльныхъ крупныхъ фолликулахъ коллоидъ въ центральной части окрасился болѣе гематоксилиномъ, чѣмъ онъ рѣзко отличается отъ красной периферической части; по van Gieson'у эти участки окрасились въ зеленоватый цвѣтъ. Въ мелкихъ и среднихъ фолликулахъ въ коллоидѣ часто можно видѣть одну цент-</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.

№№	Описание щитовидных железъ спфилитиковъ.
	<p>ральную вакуолу; эта вакуола или пуста или содержитъ мелкіе синеватые зернышки. Эпителій фолликуловъ кубическій, во многихъ мѣстахъ уплощенный. Ядра преимущественно средней величины, свѣтлы; довольно много мелкихъ темныхъ ядеръ, рѣже встрѣчаются сморщенные ядра. Много жировыхъ капель въ протоплазмѣ клѣтокъ. Кровенаполненіе незначительное.</p>
XLV	<p>Ж. 35 л. Вѣсъ железы 23 гр. Lues II. Thrombosis art. basilaris. Дольки около 600μ. Соединительно-тканная прослойка 45—60μ. Внутريدольчатая соединительная ткань развита слабо. Фолликулы средней величины, около 150μ; но встрѣчаются отдѣльные пузырьки въ 500—600μ и довольно много мелкихъ въ 30—75μ. Фолликулы содержатъ однородный темный коллоидъ почти безъ вакуолей. Кое-гдѣ въ коллоидѣ видны эпителиальныя клѣтки. Эпителій кубическій, ядра овальны или круглы, средней величины. Мелкихъ темныхъ и крупныхъ ядеръ мало. Много жировыхъ зернышекъ и довольно крупныхъ капель. Кровенаполненіе слабое.</p>
XLVI	<p>Ж. 35 лѣтъ. Вѣсъ железы 25 гр. Lues II. Tuberculosis pulmonum. Дольчатое строеніе выражено хорошо, дольки въ 600—750 μ. Прослойки между дольками въ 75 μ съ большимъ количествомъ эластической ткани. Внутريدольчатая соединительная ткань развита слабо. Фолликулы въ половинѣ случаевъ больше 200 μ, иногда до 600 μ, остальные фолликулы между 60—150 μ. Коллоидъ плотный, мало вакуолизированный. Эпителій фолликуловъ кубическій, во многихъ фолликулахъ уплощенный. Ядра клѣтокъ средней величины, свѣтлы, пузырьчаты; мелкихъ темныхъ и сморщенныхъ ядеръ мало. Въ коллоидѣ очень мало клѣтокъ со сморщенными ядрами. Жировыхъ зернышекъ и капель очень много въ протоплазмѣ клѣтокъ. Кровенаполненіе слабое.</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
43	<p>М. 43 года. Вѣсъ железы 22 гр. Cholera asiatica.</p> <p>Дѣленіе на дольки выражено плохо; соединительно-тканная перегородки въ 30—75 μ толщиной пронизываютъ болѣе или менѣе равномерно всю железу; внутридольчатая соединительная ткань развита довольно сильно. Умѣренная примѣсь эластической ткани. Фолликулы отъ 75—300 μ въ діаметрѣ и разнообразной формы. Большихъ фолликуловъ мало, преобладаютъ средніе разиѣры. Въ очень немногихъ фолликулахъ виденъ правильно расположенный слой кубическаго эпителия; въ громадномъ большинствѣ фолликуловъ эпителий лежитъ свободно въ хорошо окрашенномъ гомогенномъ коллоидѣ; стѣнка фолликула почти свободна отъ клѣтокъ. Ядра клѣтокъ средней величины, окрашены довольно темно, хотя хроматиновая зернистость хорошо видна. Мелкихъ и крупныхъ ядеръ мало. Въ клѣткахъ много жира. Кровенаполненіе сильное. Въ соединительно-тканныхъ прослойкахъ много ядерныхъ скопленій.</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
XLVII	<p>Ж. 38 лѣтъ. Вѣсъ желѣзы 30 гр. Lues III. Endocarditis acuta ulcerosa v. mitralis et aortae.</p> <p>Дольки въ 600—800 μ; междульчатая прослойки въ 75—120—350 μ содержатъ въ умѣренномъ количествѣ эластической ткани. Фолликулы круглой формы, кое-гдѣ съ выступами въ просвѣтъ. Величина фолликуловъ колеблется въ широкихъ предѣлахъ, 75—350 μ; преобладаютъ болѣе крупные фолликулы. Просвѣтъ выполненъ сильно красящимся однороднымъ коллоидомъ, въ которомъ въ небольшомъ количествѣ встрѣчаются отставшія отъ стѣнки клѣтки. Въ однихъ фолликулахъ кубическій эпителий расположенъ въ нѣсколько слоевъ, въ другихъ эпителий уплощенъ, ядра вытянуты вдоль стѣнки и ихъ мало. Кромя того въ междульчатой соединительной ткани встрѣчаются скопленія эпителиальныхъ клѣтокъ и мелкіе фолликулы безъ просвѣта; ядра клѣтокъ преимущественно средней величины, свѣтлы; мелкихъ и крупныхъ ядеръ мало. Много жировыхъ капель и зернышекъ. Въ Media довольно крупной артеріи видно отложеніе известковыхъ солей.</p>
XLVIII	<p>Ж. 39 лѣтъ. Вѣсъ железы 14,5 гр. Lues II. Peritonitis purulenta.</p> <p>Дольки въ 400—750 μ; мѣстами сильно развитыя прослойки—до 300 μ со значительной примѣсью эластической ткани. Внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Фолликулы отъ 45—200 μ содержатъ хорошо окрашенный коллоидъ; въ большинствѣ случаевъ коллоидъ однороденъ, съ краевыми вакуолами. Въ другихъ фолликулахъ можно различить болѣе темно окрашенные глыбы среди свѣтлаго однороднаго коллоида; далѣе еще встрѣчаются фолликулы, которые выполнены плотнымъ, значительно сильнѣе окрашеннымъ коллоидомъ безъ центральныхъ и краевыхъ вакуоль. Эпителий кубическій, ядра средней величины, свѣтлы; довольно много мелкихъ темныхъ ядеръ. Жировыхъ зернышекъ и капель много. Въ Media артеріи средняго калибра немного извести. Кое-гдѣ, особенно въ периферическихъ слояхъ железы, встрѣчаются небольшія скопленія темныхъ ядеръ. Кровенаполненіе слабое.</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.

№№	Описание щитовидных железъ сифилитиковъ.
XLIX	<p>Ж. 40 лѣтъ Вѣсъ железы 16 гр. Lues III. Pneumonia cruposa.</p> <p>Дольчатое строеніе выражено хорошо; прослойки въ 30—75 μ содержать довольно много эластическихъ волоконъ. Внутридольчатая соединительная ткань развита умеренно. Фолликулы большою частью въ 75—150 μ въ діаметрѣ, частью въ 15—45 μ. Часть фолликуловъ содержитъ сильно сократившійся коллоидъ. Мѣстами фолликулы безъ просвѣта, который выполненъ кѣтками. Эпителій кубическій, ядра средней величины, свѣтлы. Мелкихъ темныхъ и сморщенныхъ ядеръ очень мало. Въ лимфатическихъ щеляхъ встрѣчается коллоидоподобное вещество. Много жировыхъ капель и зернышекъ въ протоплазмѣ кѣтокъ. Сильная гиперемія.</p>
L	<p>Ж. 44 л. Вѣсъ железы 19 гр. Lues III. Tuberculosis pulmonum.</p> <p>Дольчатое строеніе выражено хорошо; дольки около 750 μ. Соединительно-тканная прослойка въ 45—75 μ съ примѣсью тонкихъ эластическихъ волоконъ. Внутридольчатая соединительная ткань развита умеренно. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ соединительная ткань развита сильнѣе и тамъ фолликулы мелки и стѣнка фолликуловъ лишена эпителия. Вообще фолликулы растянуты однороднымъ, плотнымъ коллоидомъ безъ вакуоль или съ одной крупной вакуолой. Крупныхъ фолликуловъ, до 300 μ мало; преобладаютъ мелкіе и средніе фолликулы. Эпителій фолликуловъ кубическій, во многихъ мѣстахъ сильно утолщенный съ плоскими темными ядрами, расположенными вдоль по стѣнкѣ фолликула. Ядра средней величины преобладаютъ; довольно часто встрѣчаются крупныя и сморщенные ядра. Мелкихъ ядеръ мало. Немного коллоида въ лимфатическихъ щеляхъ. Много жира въ кѣткахъ. Кровенаполненіе слабое. Отдѣльныя ядерныя скопленія.</p>
LI	<p>Ж. 48 л. Вѣсъ железы 21 гр. Lues II. Pneumonia catarrhalis.</p> <p>Дольчатое строеніе не выражено. Соединительно-тканная прослойка между отдѣльными фолликулами очень тонка, мѣстами замѣтна только при окраскѣ по van Gieson'у. Мѣстами широкія массы соединительной ткани въ 300 μ. и болѣе, частью однородной, безъ волокистости, раздвигаютъ</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
44	<p>М. 50 лѣтъ Carcinoma pulmonis sin</p> <p>Толстыя соединительно-тканная перегородки въ 75—150 μ дѣлятъ железу на хорошо различимыя разнообразной величины и формы дольки въ 300—600 μ. въ поперечникѣ. Внутридольчатая соединительная ткань развита очень сильно. Эластической ткани умеренное количество. Фолликулы въ 75—200 μ; кромѣ того между болѣе крупными фолликулами встрѣчаются мелкіе въ 30—45 μ. Всѣ пузырьки выполнены хорошо окрашеннымъ гомогеннымъ коллоидомъ; въ нѣкоторыхъ мелкихъ фолликулахъ коллоидъ окрашенъ значительно интенсивнѣе, чѣмъ въ крупныхъ пузырькахъ. Кое-гдѣ въ коллоидѣ видны единичныя вакуолы. Въ коллоидѣ встрѣчается мало кѣттокъ. Эпителій кубическій, протоплазмы мало, плохо видна. Въ мелкихъ фолликулахъ часто можно видѣть уплощенный коллоидъ. Преобладаютъ среднія ядра; они довольно интенсивно окрасились. Мелкія ядра встрѣчаются часто, сморщенныхъ мало. Много жира. Въ лимфатическихъ щеляхъ виденъ коллоидъ. Кровенаполненіе сильное.</p>
45	<p>Ж. 51 г. Вѣсъ железы 13,5 гр. Aneurysma aortae.</p> <p>Прослойки въ 30—75 μ. со значительной примѣсью эластическихъ волоконъ дѣлятъ железу на хорошо различимыя дольки. Внутридольчатая соединительная ткань развита довольно сильно. Дольки разнообразной величины и формы, отъ 300—750 μ. въ поперечникѣ. Фолликулы въ 75—150 μ. въ поперечникѣ. Полость пузырьковъ выполнена хорошо красящейся массой; въ нѣкоторыхъ фолликулахъ болѣе свѣтлый, въ другихъ болѣе темный коллоидъ. Эпителій фолликуловъ кубическій, во многихъ мѣстахъ уплощенный. Ядра преимущественно средней величины, свѣтлы; сморщенныхъ и мелкихъ ядеръ мало. Много жира. Кое-гдѣ въ периферическихъ частяхъ железы ядерныя скопленія. Кровенаполненіе незначительное.</p>
46	<p>Ж. 62 года. Carcinoma coli descendens.</p> <p>Соединительно-тканная прослойки толщиной въ 30—45 μ, мѣстами до 180 μ. содержатъ значительное количество</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
LII	<p>дольки и фолликулы. Эластической ткани мало. Фолликулы болѣею частью очень крупны, видны простымъ глазомъ; но встрѣчается и немало фолликуловъ въ 45—75 μ. Коллоидъ плотный, безъ вакуоль. Мѣстами видно, что фолликулы сдавлены соединительной тканью; они безъ просвѣта, частью въ видѣ кучки кѣттокъ. Эпителій кубическій или уплощенный. Ядра преимущественно средней величины, пузырчатой формы, довольно много сморщенныхъ ядеръ. Много жира. Кровенаполненіе слабое.</p> <p>М. 65 лѣтъ. Вѣсъ железы 32 гр. Lues III. Cholera asiatica.</p> <p>Разграниченіе на дольки не вездѣ одинаково ясно; тамъ, гдѣ онѣ видны, поперечникъ колеблется отъ 400—675 μ. Соединительно-тканная прослойки мѣстами развиты сильно, отъ 100—300 μ; внутридольчатая соединительная ткань также выражена сильно. Примѣсь эластической ткани умеренная. Фолликулы отъ 60—180 μ; просвѣтъ преимущественно выполненъ однороднымъ, хорошо красящимся коллоидомъ. Въ нѣкоторыхъ фолликулахъ коллоидъ свѣтлѣе или онъ даже имѣетъ стѣчатый видъ. Вакуоль мало. Въ коллоидѣ почти совершенно нѣтъ кѣттокъ. Эпителій кубическій; ядра средней величины; довольно много мелкихъ темныхъ ядеръ. Много жира. Кровенаполненіе значительное.</p>
LIII	<p>Ж. 68 лѣтъ. Вѣсъ железы 20,5 гр. Lues III. Paralysis cordis</p> <p>Дольчатое строеніе железы выражено плохо. Прослойки широки, внутридольчатая соединительная ткань развита сильно. Мѣстами въ прослойкахъ видны мелкіе круглые элементы. Эластической ткани много. Фолликулы отъ 30—200 μ, выполнены плотнымъ коллоидомъ безъ вакуоль. Встрѣчается много сдавленныхъ, атрофированныхъ фолликуловъ. Эпителій большинства фолликуловъ сильно уплощенъ съ темными, вытянутыми вдоль стѣнки фолликула ядрами. Изъ ядеръ преобладаютъ ядра средней величины, но встрѣчаются и другіе виды ядеръ. Много жира въ протоплазмѣ кѣттокъ. Стѣнки болѣе крупныхъ артерій утолщены, въ Media отложеніе извести.</p>

№№	Описание контрольных щитовидных железъ.
	<p>эластической ткани. Дѣленіе на дольки вслѣдствіе сильнаго развитія внутريدольчатой соединительной ткани не вездѣ одинаково хорошо выражено. Дольки разнообразной величины, отъ 400—750 μ. Величина фолликуловъ колеблется отъ 30—300—400 μ. Единичные фолликулы достигаютъ до 750 μ. Просвѣты заняты плотнымъ гомогеннымъ коллоидомъ. Вакуоль нѣтъ; кое-гдѣ въ коллоидѣ встрѣчаются отдѣльныя кѣтки. Въ тѣхъ частяхъ, гдѣ соединительная ткань развита сильно, можно видѣть много мелкихъ фолликуловъ съ уплощенными кѣтками. Эпителій вообще въ фолликулахъ кубическій, но встрѣчается во многихъ мѣстахъ уплощенный. Много темныхъ мелкихъ ядеръ, особенно въ фолликулахъ съ уплощенными кѣтками. Среднія и крупныя ядра встрѣчаются одинаково часто. Много жира. Кровенаполненіе незначительно.</p>

№№	Описание щитовидныхъ железъ сифилитиковъ.
LIV	<p>Ж. 69 лѣтъ. Вѣсъ железы 28 гр. Lues III. Paralysis cordis. Дольки до 900 μ; соединительно-тканная перегородки въ 45—75—100 μ. содержатъ незначительную примѣсь эластической ткани. Внутريدольчатая соединительная ткань развита сильно. Фолликулы разнообразной величины, 75—200 μ; изрѣдка встрѣчаются пузырьки до 500—600 μ. въ поперечникѣ. Полость выполнена плотнымъ однороднымъ коллоидомъ. Эпителій фолликуловъ кубическій, во многихъ фолликулахъ уплощенный. Ядра кѣтокъ средней величины, свѣтлы; довольно часто встрѣчаются мелкія и сморщенные ядра. Въ протоплазмѣ кѣтокъ много жира. Кровенаполненіе умеренное.</p>

Глава IV.

Обзоръ собственныхъ изслѣдованій.

1. Вѣсъ щитовидной железы.

Въ диссертациі Парскаго 1901 года мы находимъ слѣдующія указанія относительно вѣса железы и отношенія вѣса железы къ вѣсу тѣла. Для 5 мѣсячнаго плода Парскіей опредѣляется вѣсъ железы въ 0,17—0,25 гр., въ среднемъ 0,21 гр.; для плода 6 мѣсяцевъ вѣсъ железы колеблется отъ 0,36 до 0,89 гр., въ среднемъ онъ равняется 0,59 гр.; вѣсъ железы 7 мѣсячнаго плода по Парскому равенъ 0,58 гр., а 8 мѣсячнаго—0,59 гр. Отношеніе вѣса железы къ вѣсу тѣла для 5 мѣсячнаго плода равняется 1:1520, для 6 мѣсячнаго—1:1217. Для первыхъ 2 лѣтъ средній вѣсъ щитовидной железы по Парскому колеблется отъ 1,075 гр. до 2,97 гр., а относительный вѣсъ колеблется отъ 1:1250 до 1:4687. Для взрослых Парскіей допускаетъ колебанія въ вѣсѣ отъ 17 гр. до 43,0 гр.; относительный вѣсъ щитовидной железы вслѣдствіе этого также крайне измѣнчивъ; онъ колеблется у взрослыхъ въ предѣлахъ 1:1500 до 1:3800.

На основаніи своихъ изслѣдованій Парскіей дѣлаетъ слѣдующіе выводы: 1) вѣсъ щитовидной железы увеличивается въ среднемъ съ возрастомъ вплоть до глубокой старости, 2) вѣсъ железы отъ рожденія къ концу перваго года увеличивается вдвое 3) весьма вѣроятно болѣе сильное увеличеніе вѣса железы сравнительно съ другими возрастными въ періодъ половой зрѣлости.

Въ 1910 году появились 2 работы въ «Frankfurter Zeitschrift f. Pathologie», въ которыхъ между прочимъ приведенъ вѣсъ дѣтскихъ щитовидныхъ железъ. Hesselberg изслѣдовала щито-

видныя железы недоношенныхъ дѣтей и доношенныхъ дѣтей до 6 мѣсяцевъ. Для железъ, полученныхъ изъ сѣверныхъ частей Германіи, гдѣ имѣтъ эпидемію зоба, Hesselberg опредѣляетъ средній вѣсъ въ первые 3 недѣли послѣ рожденія въ 1,55 гр. Какое громадное значеніе имѣетъ мѣстность, откуда получены щитовидныя железы, показываютъ сравнительныя измѣренія железъ, полученныхъ изъ Берна, мѣстности съ эндемическимъ зобомъ: такъ, напр., для 3 недѣльнаго возраста средній вѣсъ Бернскихъ щитовидныхъ железъ равняется 4,1, т. е. онъ почти въ 3 раза больше вѣса железъ изъ не зобныхъ мѣстностей.

Isenschmid изучилъ строеніе железы отъ 6-ти мѣсячнаго возраста до 15 лѣтъ на матеріалѣ, полученномъ также съ сѣвера Германіи (Киль, Кенигсбергъ, Берлинъ) и изъ Берна, и на основаніи 100 изслѣдованій приходитъ къ заключенію, что щитовидная железа въ дѣтскомъ возрастѣ въ Бернѣ въ среднемъ по крайней мѣрѣ въ 2 раза тяжелѣе, чѣмъ щитовидныя железы изъ Кили, Берлина и Кенигсберга; при этомъ зобно перерожденныя железы исключались. Авторъ сравнительныя взвѣшиванія по возрасту распредѣлилъ на таблицѣ, которую я здѣсь для большей наглядности привожу.

БЕРНСКІЯ ЖЕЛЕЗЫ.		СѢВЕРО-ГЕРМАНСКІЯ ЖЕЛЕЗЫ.	
Средній возрастъ.	Средній вѣсъ.	Средній возрастъ.	Средній вѣсъ.
6 мѣсяцевъ.	2,9 гр.	6½ мѣс.	1,55 гр.
9¼ " "	4,27 гр.	10 " "	2,12 " "
1 годъ.	5,33 " "	1 годъ.	2,40 " "
16 мѣсяцевъ.	6,75 " "	16 мѣсяцевъ.	3,84 " "
2 года.	7,5 " "	2 года.	3,83 " "
3 " "	14,25 " "	3 " "	6,1 " "
4 " "	14,5 " "	4 " "	7,9 " "
5½ лѣтъ.	17,62 " "	5½ лѣтъ.	6,35 " "
7½ " "	18,58 " "	7¼ " "	7,74 " "
11 " "	25,2 " "	11 " "	10,3 " "
13½ " "	22,5 " "	14 " "	10,5 " "

Для взрослыхъ существуетъ значительно больше данныхъ относительно вѣса щитовидной железы, которыя собраны у de Quervain'a. Средній вѣсъ нормальной железы взрослого человека по Sarpey равняется 22—24 гр., по Testut—25—30 гр., по Meckel 33 гр., по Beaunis и Bouchard—30 гр., по Weilliger'y 29—34 гр., по Vierordt—33 гр. Müller допускаетъ колебанія вѣса отъ 11—45 гр., Huschka—32—49 гр. на 60 klg. вѣса тѣла; Le Gendre средній вѣсъ до 50 гр. считаетъ еще въ предѣлахъ нормы и Morel и Duval даже еще 70 гр. Garnier, много занимавшійся изслѣдованіемъ щитовидныхъ железъ при острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, считаетъ среднимъ вѣсомъ нормальной железы 20—30 гр.; всѣ железы тяжелѣе 30 гр. и легче 20 гр. Garnier находилъ гистологически измѣненными. De Quervain допускаетъ для вѣса нормальной щитовидной железы взрослого человека широкія колебанія отъ 20—50 гр.

Какъ видно изъ приведенныхъ краткихъ литературныхъ справокъ, вѣсъ щитовидной железы взрослого человека колеблется въ очень широкихъ предѣлахъ и нужно думать, что мѣстность, откуда полученъ матеріалъ, играетъ въ этихъ колебаніяхъ главную роль. Это ясно доказываютъ сравнительныя взвѣшиванія дѣтскихъ щитовидныхъ железъ, произведенныя Hesselberg и Isenschmid на матеріалѣ изъ зобной и не зобной мѣстностей. Въ этомъ отношеніи особенно грѣшатъ данныя болѣе старыхъ авторовъ, когда о вліяніи мѣстности на вѣсъ щитовидной железы еще мало было извѣстно.

Какихъ-либо указаній на вѣсъ щитовидной железы дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ мною въ литературѣ не найдено.

Данныя, полученныя при взвѣшиваніи щитовидныхъ железъ собственнаго матеріала, я для лучшаго сравненія распредѣлилъ въ нижеслѣдующей таблицѣ. Въ этой таблицѣ приняты въ расчетъ только дѣтскія железы, недоношенныхъ дѣтей, и доношенныхъ, до 2 лѣтняго возраста. Возрастъ отъ 2 лѣтъ до 13 лѣтъ въ моемъ матеріалѣ представленъ только 4 контрольными железами и одной железой отъ 13-ти лѣтней дѣвушки съ явленіями наследственнаго сифилиса и умершей случайно отъ Noma виссае; конечно, этотъ матеріалъ недостаточенъ, чтобы вывести какое-либо заключеніе о вѣсѣ щитовидной железы.

	Возрасть.	Средний вѣсъ контрольныхъ железъ.	Средний вѣсъ железъ сифилитиковъ.
Железы недоношенныхъ дѣтей.	V-ый мѣс.	0,7 гр.	0,32 гр.
	VI " "	0,6 гр.	0,87 гр.
	VII " "	1,4 гр.	1,6 гр.
	VIII " "	0,6 гр.	1,27 гр.
Железы доношенныхъ дѣтей.	I-ый мѣс.	2,11 гр.	1,8 гр.
	II " "	2,02 гр.	1,22 гр.
	III " "	1,87 гр.	1,3 гр.
	IV " "	2,64 гр.	1,4 гр.
	V " "	3,37 гр.	1,4 гр.
	VIII " "	1,55 гр.	1,6 гр.
	2-ой годъ.	2,0 гр.	1,65 гр.

Если теперь сравнить средній вѣсъ контрольныхъ щитовидныхъ железъ недоношенныхъ дѣтей со среднимъ вѣсомъ железъ недоношенныхъ дѣтей съ явленіями наследственнаго сифилиса, то получимъ слѣдующія цифры: средній вѣсъ контрольныхъ железъ дѣтей на V, VI, VII и VIII мѣсяцахъ внутриутробной жизни равняется 0,83 гр., средній же вѣсъ железъ сифилитическихъ дѣтей того же возраста достигаетъ 1,1 гр., значить больше вѣса контрольныхъ железъ въ среднемъ на 0,27 гр., что составляетъ приблизительно 32%. Средній вѣсъ контрольныхъ железъ доношенныхъ дѣтей на первомъ году жизни равняется 2,26 гр. противъ 1,44 гр. у дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ. Контрольныя железъ доношенныхъ дѣтей до 1 года такимъ образомъ тяжелѣе железъ сифилитическихъ дѣтей въ среднемъ на 0,82 гр. Если же вычислить средній вѣсъ до 2-хъ лѣтняго возраста, то получится 2,23 гр. вѣса контрольныхъ железъ противъ 1,48 гр. вѣса железъ сифилитическихъ дѣтей; разница въ пользу контрольныхъ железъ получается на 0,75 гр., что составляетъ 33,6% вѣса контрольныхъ железъ.

Данныя взвѣшиванія такимъ образомъ выяснили, что у недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей щитовидныя железъ въ среднемъ приблизительно на 32% тяжелѣе контрольныхъ железъ; железъ же доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей на 33,6% легче контрольныхъ железъ.

Чтобы судить о вѣсѣ железъ въ дальнѣйшемъ возрастѣ, мой личный матеріалъ недостаточенъ, такъ какъ контрольныя железъ большую частью не были взвѣшены по причинамъ не отъ меня зависящимъ. Вѣсъ железъ взрослыхъ сифилитиковъ по моему матеріалу колеблется отъ 14,0 гр. у женщины 30 лѣтъ до 42 гр. у 27 лѣтней женщины; если вычислить средній вѣсъ железъ для возраста отъ 20—30 лѣтъ, то получается 22,9 гр., отъ 30—40 лѣтъ—21,7 гр., отъ 40—70 лѣтъ—24,1 гр., средній вѣсъ значитъ держится приблизительно въ предѣлахъ, которыя установлены de Quervain'омъ, Sappey, Testut и друг. Къ сожалѣнію, какъ уже сказано, отсутствуютъ взвѣшиванія контрольныхъ железъ, и поэтому сдѣлать какое-либо заключеніе о вліяніи приобретеннаго сифилиса на вѣсъ щитовидной железъ нельзя.

Въ заключеніе я бы хотѣлъ еще указать, что при сравненіи таблицы Isenschmid'a съ моими данными получаются для годичнаго возраста почти тождественныя цифры. Hesselberg для первыхъ 3 недѣль послѣ рожденія опредѣляетъ средній вѣсъ щитовидной железъ въ 1,55 гр. противъ 2,11 гр. въ моемъ матеріалѣ.

Что же касается свѣдѣній относительно отношенія вѣса щитовидной железъ къ вѣсу тѣла, то я такія вычисленія для дѣтскаго возраста нашелъ только у Парскаго; для взрослыхъ указанія въ этомъ отношеніи существуютъ, кромѣ Парскаго, у Hutschka, по которому отношеніе вѣса щитовидной железъ къ вѣсу тѣла равняется 1:1223 до 1:1800. Для взрослыхъ я изъ своего матеріала никакихъ выводовъ сдѣлать не могу, такъ какъ, какъ указано выше, необходимыхъ взвѣшиваній какъ железъ, такъ и тѣла, не были произведены. Для дѣтскаго возраста получаются слѣдующія отношенія: у недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей въ возрастѣ отъ V—VIII мѣсяцевъ внутриутробной жизни отношеніе средняго вѣса железъ къ среднему вѣсу тѣла равняется 1:1694. Среди контрольныхъ железъ этого возраста вѣсъ тѣла отмѣченъ только 1 разъ и поэтому вычисленіе средняго вѣса железъ къ вѣсу тѣла непримѣнимо. Для доношенныхъ дѣтей, какъ контрольныхъ, такъ и сифилитиковъ, у меня имѣются

до 8 мѣсяцевъ довольно полныя указанія на вѣсъ железы и тѣла и для этого возраста получаютъ слѣдующія отношенія: средній вѣсъ железы доношенныхъ контрольныхъ дѣтей до 8 мѣсяцевъ включительно 2,26 гр., а средній вѣсъ тѣла въ этомъ же возрастѣ 3357 гр.; отношенія такимъ образомъ будутъ 1:1573. У сифилитическихъ дѣтей средній вѣсъ железы до 8 мѣсячнаго возраста равняется 1,45 гр., а средній вѣсъ тѣла за этотъ-же періодъ—3115 гр., значить 1:2148.

Такимъ образомъ вычисленіе отношенія вѣса щитовидной железы къ вѣсу тѣла для доношенныхъ контрольныхъ и сифилитическихъ дѣтей подтверждаетъ данныя полученныя при вычисленіи средняго вѣса железы: у сифилитическихъ дѣтей, вслѣдствіе меньшаго вѣса железы и несмотря на меньшій средній вѣсъ тѣла, отношеніе вѣса железы къ вѣсу тѣла больше, чѣмъ у контрольныхъ дѣтей. Цифры полученныя мною, близки къ цифрамъ, которыя даетъ Парскій.

2. Развитие соединительной и эластической ткани въ щитовидной железе.

Въ литературѣ я не нашелъ работъ, въ которыхъ существовали-бы точныя измѣренія толщины междольчатыхъ и внутридольчатыхъ соединительно-тканыхъ перегородокъ. Существуютъ только общія указанія (Hesselberg) въ томъ смыслѣ, что въ дѣтскихъ железахъ соединительная ткань сравнительно сильнѣе развита, чѣмъ у взрослыхъ.

Чтобы имѣть возможность, совершенно объективно сравнивать между собою степень развитія соединительной ткани въ контрольныхъ железахъ и железахъ сифилитиковъ, я пользовался для сравненія цифровымъ методомъ. Послѣ просмотра большаго количества препаратовъ и измѣреній поперечника соединительно-тканыхъ прослоекъ между дольками я нашелъ возможнымъ и удобнымъ раздѣлить ихъ на 3 категоріи: на тонкія прослойки, поперечникъ которыхъ въ среднемъ не превышаетъ 40 μ , на среднія—съ поперечникомъ въ среднемъ отъ 40—100 μ , и на толстыя прослойки съ поперечникомъ больше 100 μ . Примѣняя эти измѣренія къ собственному матеріалу, я получилъ слѣдующія данныя: въ контрольныхъ железахъ недоношенныхъ дѣтей въ возрастѣ отъ V—VIII мѣсяцевъ—всего 10—междольчатая соединительно-тканная перегородки были 7 разъ тонкія, 3 раза среднія. На

13 недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей того-же возраста отмѣчено 7 разъ тонкія и 6 разъ среднія перегородки.

У доношенныхъ контрольныхъ дѣтей (23 случ.) въ возрастѣ отъ 12 дней до 20 мѣсяцевъ междольчатая перегородки были найдены 11 разъ средними, 12 разъ толстыми. Въ 19 железахъ дѣтей съ явлениями наследственнаго сифилиса приблизительно такого-же возраста отмѣчено: 6 разъ тонкія, 8 разъ среднія и 5 разъ толстыя перегородки.

Сравнивая данныя, вычисленныя въ %, получаемъ у недоношенныхъ контрольныхъ дѣтей въ 70% тонкія и въ 30% среднія перегородки; у сифилитическихъ дѣтей тонкія перегородки встрѣчаются въ 53,8% и среднія въ 46,2%. У доношенныхъ дѣтей въ контрольныхъ железахъ среднія перегородки встрѣчаются въ 48% и толстыя въ 52%; въ железахъ доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей въ 31,6%—тонкія перегородки, въ 42,1%—среднія и въ 26,3%—толстыя. Если прослѣдить развитіе соединительно-тканыхъ прослоекъ въ дальнѣйшемъ возрастѣ, у взрослыхъ, то получаютъ слѣдующія отношенія: въ контрольныхъ случаяхъ отмѣчено въ 21,4% тонкія перегородки, въ 64,3% среднія и въ 14,3% толстыя; въ железахъ сифилитиковъ измѣненія дали въ 18,2% тонкія перегородки, въ 36,4% среднія и въ 45,4% толстыя перегородки.

Такимъ образомъ изъ моего матеріала видно, что у недоношенныхъ дѣтей толстыхъ соединительно-тканыхъ перегородокъ между дольками не встрѣчается; у недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей соединительная ткань между дольками развита немного сильнѣе, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ. Сравнивая далѣе железы доношенныхъ дѣтей съ железами взрослыхъ, какъ контрольныхъ, такъ и железъ сифилитиковъ, мы видимъ подтвержденіе того факта, что въ дѣтской щитовидной железе междольчатая соединительная ткань развита сильнѣе. Сравнивая теперь контрольныя дѣтскія железы съ железами сифилитическихъ дѣтей, видно, что у доношенныхъ контрольныхъ дѣтей междольчатая соединительная ткань развита въ 2 раза сильнѣе, чѣмъ въ железахъ сифилитическихъ дѣтей.

У взрослыхъ сифилитиковъ междольчатая соединительная ткань развита сильнѣе, чѣмъ въ соотвѣствующихъ контрольныхъ железахъ.

Внутридольчатая соединительная ткань, т. е. прослойки между фолликулами, не измѣрялась, такъ какъ ея развитіе не

достигает рѣзкихъ степеней. Чтобы выразить степень развитія, я пользовался простыми обозначеніями: тонкія, среднія и толстыя прослойки.

Такое обозначеніе, конечно, допускаетъ больше субъективизма и менѣе объективно, чѣмъ измѣренія, примѣненные для опредѣленія развитія междольчатой соединительной ткани. Однако, послѣ просмотра значительнаго количества микроскопическихъ препаратовъ, складывается вполне опредѣленное представленіе о развитіи межфолликулярной соединительной ткани и получается такимъ образомъ возможность, не дѣлая слишкомъ крупныхъ ошибокъ, разгруппировать железы съ тонкими, средними или толстыми прослойками между фолликулами. Пользуясь такимъ способомъ, у недоношенныхъ контрольныхъ дѣтей получается слѣдующее: въ 10 железахъ отмѣчено 3 раза тонкія прослойки, 5 разъ среднія и 2 раза толстыя; въ % это будетъ: тонкія прослойки въ 30%, среднія въ 50% и толстыя въ 20%. У сифилитическихъ недоношенныхъ дѣтей того-же возраста на 13 случаевъ отмѣчено: 2 раза тонкія, 7 разъ среднія и 4 раза толстыя прослойки, въ %—въ 15,3% тонкія, въ 54% среднія и въ 30,7% толстыя прослойки. У доношенныхъ дѣтей въ контрольныхъ железахъ на 23 случая обозначено: 1 разъ тонкія прослойки, 5 разъ среднія и 17 разъ толстыя; у сифилитическихъ дѣтей того-же возраста на 19 случаевъ отмѣчено: 7 разъ тонкія, 6 разъ среднія и 6 разъ толстыя прослойки. % отношенія будутъ слѣдующія: въ контрольныхъ железахъ въ 4,3% тонкія прослойки, въ 21,7% среднія и въ 74% толстыя; въ железахъ сифилитическихъ дѣтей получаются въ 37% тонкія, въ 31,5% среднія и въ 31,5% толстыя прослойки. У взрослыхъ степень развитія внутридольчатой соединительной ткани въ контрольныхъ случаяхъ отмѣчена слѣдующимъ образомъ: 2 раза тонкія прослойки, 3 раза среднія и 8 разъ толстыя; у сифилитиковъ отмѣчено: 5 разъ тонкія, 5 разъ среднія и 12 разъ толстыя. % вычисления для контрольныхъ железъ выражаются слѣдующими цифрами: въ 15,4% прослойки тонкія, въ 23% среднія, въ 61,6% толстыя; относительно железъ сифилитиковъ 23% тонкихъ, 23% среднихъ и 54% толстыхъ прослоекъ.

Сравнивая развитіе внутридольчатой соединительной ткани въ контрольныхъ железахъ и въ железахъ сифилитиковъ, мы видимъ, что степень развитія ея идетъ для дѣтскаго возраста (для недоношенныхъ и доношенныхъ дѣтей) параллельно разви-

тію междольчатой соединительной ткани: она сильнѣе развита у недоношенныхъ и слабѣе у доношенныхъ дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ. Для щитовидныхъ железъ взрослыхъ такого параллелизма не наблюдается: у взрослыхъ сифилитиковъ межфолликулярная соединительная ткань развита слабѣе, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ, между тѣмъ какъ междольчатая прослойки въ щитовидныхъ железахъ сифилитиковъ развиты сильнѣе, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ.

Здѣсь же я скажу нѣсколько словъ относительно развитія эластической ткани. Въ литературѣ эластической ткани удѣлено очень мало вниманія. v. Ebner въ *Handbuch der Gewebelehre Kölliker's* относительно эластической ткани упоминаетъ, что вмѣстѣ съ соединительно-тканвыми прослойками по железѣ проходятъ тончайшія волоконца эластической ткани; v. Ebner указываетъ на Sacerdotti, отрицающаго вообще существованіе эластической ткани въ щитовидной железѣ. Изслѣдованіе моего матеріала показываетъ, что эластическая ткань встрѣчается какъ въ контрольныхъ железахъ взрослыхъ и дѣтей, такъ и въ железахъ сифилитиковъ. Она въ видѣ тонкихъ извитыхъ волоконъ проходитъ въ междольчатыхъ соединительно-тканвыхъ прослойкахъ и проникаетъ дальше и въ межфолликулярныя прослойки, часто окружая фолликулы тончайшими волоконцами. Въ междольчатыхъ прослойкахъ эластическія волокна часто образуютъ довольно густыя сплетенія, между тѣмъ какъ въ межфолликулярныхъ прослойкахъ встрѣчаются только отдѣльныя волоконца. Эластическія волокна представлялись совершенно нормальными, никакихъ явленій распада не было замѣчено. Оцѣнивая количество эластической ткани словами мало, умѣренно или много, я старался дать нѣкоторое представленіе о богатствѣ соединительно-тканвыхъ прослоекъ щитовидной железы эластической тканью. Она найдена во всѣхъ железахъ. Въ контрольныхъ железахъ недоношенныхъ дѣтей эластическая ткань въ 90% найдена въ маломъ, въ 10% въ умѣренномъ количествѣ; въ железахъ недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей отмѣчено: въ 77% мало, въ 7,6% умѣренно и въ 15,4% много эластической ткани.

Для доношенныхъ контрольныхъ дѣтей отмѣчено: въ 39% мало, въ 35% умѣренно и въ 26% много эластической ткани; въ железахъ доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей найдено въ 52,6% малое, въ 31,6% умѣренное и въ 15,8% значительное

количество. Для железъ взрослых отмѣчено: для контрольныхъ въ 30,8% мало, въ 38,4% умѣренно и въ 30,8% много; въ железахъ сифилитиковъ мы находимъ въ 38,1% мало, въ 14,3% умѣренно и въ 47,6% много эластической ткани. Если сравнить эти данныя съ цифрами, полученными для обозначенія развитія соединительно-тканныхъ прослоекъ, то видимъ, что количество эластической ткани находится въ зависимости отъ количества соединительной ткани въ железахъ: въ железахъ, въ которыхъ соединительная ткань развита сильно и эластической ткани больше. Поэтому, сравнивая отдѣльные возрасты по количеству эластической ткани, мы видимъ, что у недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей больше эластической ткани въ прослойкахъ, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ; въ железахъ доношенныхъ дѣтей замѣчается обратное явленіе: здѣсь въ железахъ сифилитиковъ меньше эластической ткани, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ. Въ железахъ взрослыхъ наблюдается немного больше эластической ткани у сифилитиковъ, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ.

3. Величина долекъ щитовидной железы.

Дольчатое строеніе щитовидной железы почти во всѣхъ случаяхъ выражено хорошо и только въ тѣхъ железахъ, въ которыхъ межфолликулярная соединительная ткань развита сильно, разграниченіе отдѣльныхъ долекъ другъ отъ друга затруднительно; но все-же почти во всѣхъ железахъ можно найти мѣста, гдѣ дольки хорошо видны и доступны измѣренію. Такъ какъ дольки щитовидной железы неправильной и крайне разнообразной формы и очень измѣнчивой величины, то при измѣреніи встрѣчаются значительныя затрудненія и требуется много измѣреній, чтобы получить числа, выражающія болѣе или менѣе истинную величину долекъ. Въ литературѣ относительно величины долекъ указаній мало. v. E b n e r для нормальной щитовидной железы даетъ 0,5—1 mm. для поперечника долекъ. De S o u l o n, изслѣдуя щитовидныя железы кретиновъ, между прочимъ упоминаетъ и о величинѣ долекъ, однако его числа мало годны для сравненія, такъ какъ по его изслѣдованіямъ въ щитовидныхъ железахъ кретиновъ наблюдаются явленія рѣзка выраженной атрофіи и d e S o u l o n указываетъ, что въ участкахъ, гдѣ атрофія была выражена сильнѣе, ширина долекъ иногда равнялась 60 μ .

Измѣренія долекъ въ моемъ матеріалѣ даетъ слѣдующія цифры: для контрольныхъ недоношенныхъ дѣтей V мѣсяцевъ въ среднемъ 150 μ , для VI мѣсяцевъ—146 μ , VII мѣсяцевъ—200 и VIII мѣсяцевъ—355 μ . Для долекъ щитовидной железы сифилитическихъ недоношенныхъ дѣтей получаются за эти же мѣсяцы 146 μ , 150 μ , 256 μ и 375 μ . Если вычислить среднюю величину долекъ щитовидной железы у недоношенныхъ дѣтей отъ V—VIII мѣсяцевъ внутриутробной жизни, то для контрольныхъ железъ получается 213 μ противъ 232 μ у сифилитическихъ дѣтей. Средняя величина долекъ у доношенныхъ дѣтей равняется 469 μ въ контрольныхъ железахъ противъ 506 μ въ железахъ сифилитическихъ дѣтей. Для взрослыхъ получается 540 μ для средней величины долекъ контрольныхъ железъ противъ 653 μ у сифилитиковъ. Такимъ образомъ во всѣхъ 3 группахъ, у недоношенныхъ и у доношенныхъ дѣтей съ явленіями наследственнаго сифилиса замѣчается большая противъ контрольныхъ железъ средняя величина долекъ. Разница въ величинѣ не велика, но такъ какъ она получена путемъ непосредственныхъ измѣреній въ микровахъ и такъ какъ она замѣтна для всѣхъ возрастовъ, то нужно думать, что полученные среднія величины для долекъ щитовидной железы выражаютъ ихъ истинную величину и не лишены нѣкотораго значенія при оцѣнкѣ степени развитія щитовидной железы у сифилитиковъ.

4. Фолликулы, коллоидъ, эпителий фолликуловъ.

Въ настоящее время существуетъ довольно много работъ, въ которыхъ подробно описана микроскопическая картина щитовидной железы, какъ дѣтей, такъ и взрослыхъ, и не смотря на это, все-таки довольно трудно составить себѣ ясное и определенное представленіе о микроскопической картинѣ железы для опредѣленнаго возраста. Это относится и къ дѣтскому возрасту, и къ взрослому.

Такое явленіе, можетъ быть, можно было бы объяснить тѣмъ, что щитовидная железа, какъ органъ секреторный и, безъ сомнѣнія крайне важный и необходимый для организма, повидимому, способна быстро измѣняться и примѣняться къ новымъ требованіямъ, которыя по какимъ-либо причинамъ были предъявлены организмомъ къ ея секреторной дѣятельности; можетъ быть, это и служитъ причиной тому, что часто щитовидныя железы одинаковаго

возраста по своей микроскопической картинѣ могутъ быть совсѣмъ не похожи другъ на друга. Вкратцѣ я приведу самыя важныя работы по этому вопросу.

Парскій описываетъ микроскопическую картину щитовидной железы для плода на 5-омъ мѣсяцѣ внутриутробной жизни слѣдующимъ образомъ: «Ясно ограниченныхъ фолликуловъ на препаратѣ порядочное количество, но просвѣтъ виденъ лишь у небольшого числа фолликуловъ; железистые элементы въ пузырькахъ и долькахъ состоятъ изъ кубическихъ клѣтокъ съ прозрачной протоплазмой и богатымъ хроматиномъ, овальнымъ ядромъ. Клѣтки располагаются въ одинъ, мѣстами въ 2 ряда. Въ просвѣтѣ болѣе крупныхъ пузырьковъ находится зернистый распадъ, окрашивающійся эозиномъ въ блѣдно-розовый цвѣтъ.

У 8-ми мѣсячнаго плода фолликулы уже вполне выражены и окружены капиллярами; просвѣтъ пузырьковъ въ однихъ случаяхъ пустъ, въ другихъ выполненъ отставшими клѣточными элементами. Диаметръ пузырьковъ отъ 0,0073 до 0,0219 мм.

У 22-хъ дневнаго ребенка въ капсулѣ замѣчается примѣсь эластической ткани. Фолликулы ясно дифференцированы и представляютъ большое разнообразіе по формѣ и по величинѣ; преобладаютъ маленькіе круглые фолликулы. Просвѣтъ большинства пузырьковъ выполненъ зернистымъ и гомогеннымъ содержимымъ. Кубическій эпителий расположенъ обыкновенно въ 1 или мѣстами въ 2 ряда. У 4-хъ мѣсячнаго ребенка картина та-же, только пузырьки замѣтно больше, до 0,0438 мм. Коллоидъ представляется въ видѣ гомогенной массы и находится не только въ просвѣтахъ фолликуловъ, но и въ соединительно-тканыхъ прослойкахъ между фолликулами и между дольками.

У 6-ти мѣсячнаго ребенка встрѣчаются фолликулы, просвѣтъ которыхъ выполненъ клѣтками, при чемъ можно замѣтить, что протоплазма эпителиальныхъ клѣтокъ распадается въ мелко-зернистую массу, содержащую гомогенныя зерна. Полости другихъ пузырьковъ сильно растянуты коллоидными массами; эпителий фолликуловъ немного уплощенъ. Коллоидъ встрѣчается и въ лимфатическихъ щеляхъ.

Микроскопическая картина щитовидной железы у 9-ти мѣсячнаго и годовалаго ребенка похожа на только что описанную картину у 6-ти мѣсячнаго ребенка, только фолликулы у годовалаго ребенка достигаютъ отъ 0,0876 до 0,1168 мм. въ поперечникѣ. Начиная съ 13-ти лѣтняго возраста микроскопическая картина

щитовидной железы мало пзмѣняется, только пузырьки въ дальнѣйшемъ немного увеличиваются, до 0,1168—0,146—0,1752 мм. въ возрастѣ отъ 20—50 лѣтъ; большинство фолликуловъ рѣзко растянуты коллоидомъ».

На основаніи своего матеріала Парскій дѣлаетъ выводъ, что щитовидная железа достаточно развита для функціонированія уже у 6-ти мѣсячнаго плода, хотя и имѣетъ еще ясно выраженный зародышевый трубчатый характеръ и что развитіе железы закончивается къ 8—9-му мѣсяцу внутриутробной жизни; въ дальнѣйшемъ возрастѣ происходитъ только ростъ железы, и наконецъ, что выработка коллоида замѣтно увеличивается съ возрастомъ ребенка и слабѣе всего выражена въ первые мѣсяцы жизни ребенка.

Eikes въ своей работѣ, касающейся строенія щитовидной железы ко времени рожденія, описываетъ его для плодовъ отъ 4^{1/2} до 6^{1/2} мѣсяцевъ внутриутробной жизни слѣдующимъ образомъ: во всѣхъ изслѣдованныхъ, кромѣ одного, случаяхъ этого возраста, картина одна и та-же: встрѣчаются фолликулы въ большемъ или меньшемъ количествѣ и рядомъ съ ними цилиндрическія и трубчатая эпителиальныя образования. Въ просвѣтахъ железистыхъ пузырьковъ болѣею частью зернистое содержимое; въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно было доказать коллоидъ и внѣ фолликуловъ въ лимфатическихъ щеляхъ. Эпителий неразвитой еще паренхимы почти всегда представляется зубчатымъ, полиэдрическимъ. Сосудистая система развита слабо, кровенаполненіе железы также незначительно.

Щитовидная железа новорожденныхъ почти сплошь сильно гиперэмирована. Эпителий расположенъ болѣею частью кучками и сплошными цилиндрами, только на периферіи нѣкоторыхъ препаратовъ можно узнать начальныя степени образования фолликуловъ и неясно выраженные слѣды секреторной дѣятельности. Клѣточная протоплазма представляется частью зернистой массой, частью ея контуры плохо выражены; только въ одномъ случаѣ ясно выраженные фолликулы занимали всю периферическую часть препарата.

Съ возрастомъ дѣтей фолликулы увеличиваются по количеству и по объему. Секретъ почти во всѣхъ случаяхъ имѣетъ видъ типичнаго коллоида. Чѣмъ больше секрета въ просвѣтѣ пузырьковъ, тѣмъ болѣе эпителиальныя клѣтки фолликуловъ и приближаются къ кубической или къ уплощенной формѣ. Въ нѣко-

торыхъ случаяхъ коллоидъ можно было доказать въ лимфатическихъ щеляхъ.

Изъ изслѣдованій *Elkes* вытекаетъ тотъ странный фактъ, что многочисленныя фолликулы, существующіе уже во время внутриутробной жизни, ко времени рожденія обыкновенно печезаваютъ. Авторъ думаетъ, что такая особенность въ строеніи щитовидной железы новорожденныхъ по сравненію съ железами недоношенныхъ дѣтей можетъ быть поставлена въ связь съ химическими измѣненіями обмѣна веществъ этого періода. *Elkes* не рѣшается высказаться, зависитъ ли это явленіе отъ энергичнаго и быстро всасыванія выдѣленнаго коллоида или отъ того, что щитовидная железа во время рожденія подвергается поврежденіямъ, вслѣдствіе чего образованіе фолликуловъ задержано и уменьшено.

Hesselberg, изслѣдуя 143 щитовидныхъ железы отъ плодовъ и новорожденныхъ до 6-ти мѣсячнаго возраста, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: начиная съ 4-го мѣсяца внутриутробной жизни можно встрѣтить нормальную картину щитовидной железы, т. е. круглыя пузырьки съ высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ; во многихъ фолликулахъ виденъ коллоидъ; если его много, то эпителий ниже. Соединительно—тканная строма шире, чѣмъ у взрослыхъ. Скопленія эпителиальныхъ кѣтокъ кучками встрѣчается рѣдко. Начиная съ 7—9 го мѣсяца внутриутробной жизни можно встрѣтить десквамацію эпителиа. Далѣе непосредственно послѣ рожденія о фолликулахъ почти ничего не видно; эпителий десквамированъ и рыхло выполняетъ просвѣтъ. Ядра въ меньшей части пикнотичны или очень велики, свѣтлы. По мнѣнію *Hesselberg* эта десквамація можетъ быть обусловлена давленіемъ на железу при родахъ; въ очень маленькихъ железахъ десквамація отсутствуетъ. Въ теченіе дальнѣйшихъ недѣль жизни отставшія эпителии по *Hesselberg* снова прилегаютъ къ стѣнкѣ и образуются фолликулы и трубки. Въ мелкихъ фолликулахъ эпителий кубическій, въ болѣе крупныхъ встрѣчается уплотненный эпителий; въ трубчатыхъ образованіяхъ высокій, цилиндрической эпителий. Въ болѣе крупныхъ пузырькахъ постоянно виденъ коллоидъ.

Въ общемъ, изслѣдованія *Hesselberg*, произведенныя на большомъ матеріалѣ, подтверждаютъ находку *Elkes*, что фолликулы, существующіе у недоношенныхъ дѣтей послѣ рожденія, у доношенныхъ дѣтей отсутствуютъ и фолликулы представляются въ

видѣ кѣточныхъ скопленій безъ просвѣта или просвѣты фолликуловъ выполнены кѣтками.

Isepschmid изслѣдовалъ щитовидныя железы дѣтей въ возрастѣ отъ 6-и мѣсяцевъ до 15 лѣтъ и приводитъ въ своей работѣ слѣдующіе размѣры для фолликуловъ: въ возрастѣ 6—7-ми мѣсяцевъ діаметръ фолликуловъ колеблется отъ 80—100 μ ; около года—поперечникъ фолликуловъ тоже равняется приблизительно 100 μ ; въ 2 года—120—130 μ , въ 3 года 120—150 μ , въ 5—6 лѣтъ—200 μ , въ 12—15 лѣтъ 250 μ . Коллоидъ въ дѣтскихъ железахъ преимущественно жидкій, рѣдко плотный. Въ коллоидѣ часто можно было видѣть красныя и бѣлыя кров. тѣльца; авторъ думаетъ, что они, быть можетъ, участвуютъ въ образованіи коллоида. Форма фолликуловъ, по изслѣдованіямъ *Isepschmid*, крайне разнообразна. Эпителий также разной высоты, при чемъ авторъ, какъ на это указалъ раньше *Langendorff*, не могъ отмѣтить зависимости высоты эпителиа отъ величины фолликула и степени его наполненія коллоидомъ, между тѣмъ какъ *Biondi*, *Garnier* и *Kaschwatun* высоту эпителиа ставили въ зависимость отъ величины фолликуловъ; чѣмъ больше растянутъ фолликулъ коллоидомъ, тѣмъ ниже эпителий. Ядра *Isepschmid* описываетъ слѣдующимъ образомъ: ядро лежитъ всегда близко около основанія и обыкновенно шарообразно; діаметръ ядра равняется 5—6 μ , рѣдко меньше или больше; свѣтлое ядро имѣетъ ясно выраженную оболочку, хорошо видимую хроматиновую сѣть. Но всегда можно встрѣтить темныя, меньшей величины, какъ бы сморщенные и пикнотическія ядра. Нѣкоторыя ядра особенно свѣтлы, хроматиновая сѣть измѣнена. Рѣдко встрѣчаются очень крупныя ядра до 16 μ въ поперечникѣ; эти ядра шаровидной или неправильной формы. Что же касается присутствія отдѣлившихся эпителиальныхъ кѣтокъ въ коллоидѣ, то *Isepschmid* считаетъ это явленіемъ физиологическимъ и нормальнымъ, такъ какъ эпителиальныя кѣтки встрѣчаются въ коллоидѣ почти во всѣхъ железахъ и также въ железахъ свѣже фиксированныхъ. Между прочимъ это-же явленіе ясно видно и на рисункѣ, который *Roger* и *Garnier* даютъ о железахъ казеннаго.

Чтобы присутствіе эпителиальныхъ кѣтокъ считать патологическимъ, *Isepschmid* требуетъ не отдѣленія отдѣльныхъ кѣтокъ, а ряда кѣтокъ, оставшихся въ соединеніи между собою и только такому явленію онъ присвоиваетъ названіе «десквамація».

Что же касается коллоида, то мы в настоящее время должны считать, что коллоид есть продукт дѣятельности эпителиальныхъ клѣтокъ фолликуловъ. Какимъ образомъ эта секретія происходитъ, еще неизвѣстно, такъ какъ учение Langendorff'a многими изслѣдователями не было подтверждено (Andersson, Zeiss, Lübcke, Müller, de Quervain, Милевскій, Kraus и др.). Langendorff свое учение о главныхъ и коллоидныхъ клѣткахъ фолликуловъ развилъ на препаратахъ свѣже убитыхъ телятъ и молодыхъ собакъ; для человѣческихъ щитовидныхъ железъ, повидимому, такое дѣленіе не подходитъ. Andersson считаетъ, наоборотъ, тѣ краевыя вакуолы въ коллоидѣ, которыя по Langendorffу являются искусственнымъ продуктомъ при примѣненіи не подходящихъ фиксирующихъ жидкостей, однимъ изъ видовъ секреторной дѣятельности эпителиальныхъ клѣтокъ. Andersson по v. Wyss отравлялъ животныхъ плюкарпиномъ, чтобы вызвать усиленную секреторную дѣятельность эпителиальныхъ клѣтокъ, и затѣмъ изслѣдовалъ щитовидныя железы. Авторъ различаетъ 2 вида выдѣленія: хромофобный, безцвѣтный секретъ, и хромофильный секретъ. Появленіе перваго, хромофобнаго, секрета Andersson описываетъ слѣдующимъ образомъ: эпителиальная клѣтка увеличивается и тѣло клѣтки вдается куполообразно въ просвѣтъ фолликула. Ядро продвигается къ центру клѣтки. Въ протоплазмѣ появляются мелкіе пузырьки, вслѣдствіе чего протоплазма получаетъ ретикулярный видъ; эти свѣтлые пузырьки передвигаются къ просвѣту, выталкиваются въ просвѣтъ и сливаются между собою въ одинъ пузырекъ, образуя т. н. вакуолу. При образованіи хромофильнаго секрета въ протоплазмѣ появляются мельчайшія хромофильныя зернышки, которыя постепенно увеличиваются и окружены свѣтлымъ поясомъ. Достигши извѣстной величины, эти зернышки выталкиваются въ просвѣтъ. Клѣтка снова принимаетъ свой обычный видъ и ядро передвигается обратно къ основанію клѣтки; какъ признакъ истощенія иногда можно наблюдать зубчатость ядра. Въ полости фолликула теперь происходитъ смѣшеніе хромофильнаго и хромофобнаго секрета такимъ образомъ, что хромофобные пузырьки лопаются и ихъ содержимое растворяетъ хромофильныя зернышки. Такимъ образомъ въ полости фолликуловъ появляется извѣстное подъ названіемъ коллоида содержимое, которое, смотря по преобладанію того или другаго секрета, будетъ имѣть однородное строеніе и будетъ сильно впи-

тывать краски, или оно будетъ представляться зернистой, слабо красящейся массой, если въ образованіи этого секрета участвовали преимущественно хромофобный, безцвѣтный секретъ.

Приведу еще работу de Coulon, который, изслѣдуя щитовидныя железы крѣтиновъ, удѣлилъ ядрамъ эпителиальныхъ клѣтокъ фолликуловъ особое вниманіе.

De Coulon описываетъ эпителий слѣдующимъ образомъ: въ пузырькахъ съ просвѣтомъ эпителий кубическій, но часто, особенно въ мелкихъ фолликулахъ, виденъ уплощенный эпителий. Протоплазма клѣтокъ въ общемъ мутна, мелкозерниста. Границы между клѣтками не особенно ясны, мѣстами сливаются; въ болѣе мелкихъ фолликулахъ часто можно видѣть явленія распадѣнія протоплазмы: отдѣльные участки въ протоплазмѣ содержатъ вакуолы, зернистость протоплазмы неравномерно распределѣна, клѣтки не ограничиваютъ просвѣтъ ровнымъ, гладкимъ краемъ, а край ихъ какъ бы изъѣденъ; часто можно видѣть, что черезъ просвѣтъ проходятъ неправильныя, сѣтевидно соединяющіяся между собою прослойки протоплазмы, сливающіяся по периферіи въ разнообразной ширины слои протоплазмы, въ которомъ лежатъ ядра.

De Coulon наблюдалъ ядра слѣдующихъ видовъ:

1. Красивыя, круглыя, пузырьчатыя ядра съ умѣреннымъ количествомъ хроматиновыхъ зеренъ или хроматиновыхъ нитей, образующихъ неправильную сѣть. Ядрышко часто хорошо различимо. Эти ядра нужно считать нормальными, но ихъ трудно разграничить отъ такихъ-же ядеръ, въ которыхъ однако хроматиновые зерна расположены преимущественно по периферіи ядра (Wandhyperchromatose); хотя это явленіе считается патологическимъ, но авторъ оба вида ядеръ соединяетъ въ одну, первую группу.

2. Въ эту группу входятъ ядра въ 2—3 раза больше первыхъ. Ядра также пузырьчатой формы и авторъ считаетъ, что они развились изъ первой группы путемъ принятія ядернаго сока. Эти ядра свѣтлы, круглы или овальны, содержатъ сравнительно мало хроматина, расположеннаго преимущественно по периферіи ядра. Всегда существующее ядрышко часто прижато къ периферіи ядра. Вслѣдствіе периферическаго расположенія хроматиновыхъ зеренъ центръ этихъ ядеръ иногда совершенно безцвѣтенъ, какъ будто тамъ полость.

3. Въ 3-ью группу входятъ ядра, которыя меньше ядеръ

первой группы; ядра круглы, красятся равномерно и интенсивно и очень похожи на ядра лимфоцитов. Протоплазма вокруг ядеръ часто темна и такія клітки очень похожи на коллоидныя клітки Langendorffa.

4. Въ эту послѣднюю группу de Coulon отнесъ ядра измѣнчивой величины, частью маленькія, какъ ядра 3-ей группы, частью крупнѣе, по величинѣ походящія на ядра 2-ой группы. Общее свойство ядеръ этой группы то, что они по окраскѣ совершенно похожи на ядра 3-ей группы, они красятся ядерными красками диффузно и интенсивно, но они крайне неправильной зубчатой формы. Ядра этой группы производятъ впечатлѣніе сморщенныхъ ядеръ. De Coulon ихъ называетъ «verklumpte Kerne».

По мнѣнію автора ядра 2-ой группы и 4-ой группы нужно считать дегенеративными формами; въ этомъ авторъ убѣждаетъ то обстоятельство, что сморщенные ядра 4-ой группы встрѣчаются больше всего въ тѣхъ участкахъ, гдѣ явленія атрофіи вообще сильнѣе выражены. Но и сильно вздутыя ядра 2-ой группы, съ периферическимъ расположеніемъ хроматиновыхъ зеренъ, нужно считать дегенеративными формами, какъ это показали между прочимъ Schmaus и Albrecht для ядеръ почечныхъ канальцевъ при своихъ опытахъ съ перевязкой почечной артеріи. Ядра 3-ей группы de Coulon считаетъ пигментическими.

Распредѣленіе всѣхъ видовъ ядеръ крайне разнообразно въ фолликулахъ; чѣмъ меньше фолликулъ, тѣмъ больше преобладаютъ ядра 3-ей, 4-ой группъ. Въ фолликулахъ съ правильнымъ расположеніемъ эпителиальныхъ клітокъ, ядра принадлежатъ почти исключительно къ 1-ой группѣ, они расположены правильно на равныхъ разстояніяхъ у основанія клітокъ. Въ фолликулахъ, въ которыхъ встрѣчаются ядра 4-ой группы, часто отдѣльные участки стѣнки лишены эпителиальнаго покрова. Точно также и коллоидъ почти совершенно отсутствуетъ въ пузырькахъ, выстланныхъ эпителиальными клітками съ ядрами 4-ой группы. Въ блѣдномъ коллоидѣ отдѣльныхъ пузырьковъ иногда можно встрѣтить всѣ виды ядеръ, отъ нормальной эпителиальной клітки съ ядромъ 1-ой группы до распадающихся клітокъ со сморщеннымъ ядромъ или обрывкомъ ядра.

Изъ приведенныхъ краткихъ литературныхъ справокъ видно, что щитовидная железа уже очень рано, у плодовъ на 4—5-омъ мѣсяцѣ внутриутробной жизни, можетъ содержать готовые фол-

ликулы, а на 6-омъ мѣсяцѣ встрѣчается часто коллоидъ въ просвѣтахъ фолликуловъ, значитъ, щитовидныя железы въ этомъ раннемъ возрастѣ уже настолько развиты, что они способны къ тому виду секреторной дѣятельности, который легко констатируется при микроскопическомъ изслѣдованіи. Въ дальнѣйшемъ возрастѣ въ литературныхъ указаніяхъ наблюдается разногласіе. По Парскому дальнѣйшее развитіе железы совершается совершенно правильно, число фолликуловъ увеличивается, количество эпителиальныхъ скопленій уменьшается и размѣръ фолликуловъ увеличивается по мѣрѣ накопленія коллоида. Этому не соответствуютъ изслѣдованія Elkes и Hesselberg, которые нашли, что вслѣдствіе неизвѣстныхъ пока причинъ, у новорожденныхъ въ большинствѣ случаевъ не наблюдается готовыхъ фолликуловъ съ коллоидомъ или съ просвѣтомъ, и полость фолликуловъ наполнена эпителиальными клітками или фолликулы, какъ таковыя, вообще не существуютъ, а видны только неправильно разбросанныя въ соединительно-тканыхъ петляхъ кучки эпителиальныхъ клітокъ. Въ дальнѣйшемъ развитіи постепенно въ теченіе первыхъ недѣль жизни восстанавливается та картина, которая наблюдается у плодовъ на 6-омъ мѣсяцѣ внутриутробной жизни. Въ дальнѣйшемъ возрастѣ развитіе щитовидной железы или вѣрнѣе, ея ростъ, совершается правильно и идетъ болѣе или менѣе параллельно возрасту; дольки увеличиваются, фолликулы растягиваются значительно больше, коллоидъ становится плотнѣе и высота эпителия фолликуловъ уменьшается.

При разсмотрѣніи собственнаго матеріала мы видимъ, что въ контрольныхъ железахъ недоношенныхъ плодовъ отъ V—VIII мѣсяцевъ въ 40% образованіе фолликуловъ отсутствовало, а именно въ железахъ 2 плодовъ VI мѣсяцевъ, 1 плода VII мѣсяцевъ и 1 плода VIII мѣсяцевъ; въ соответствующихъ железахъ сифилитическихъ плодовъ указаній на образованіе фолликуловъ не было въ 30,7%, въ 2 железахъ V-и мѣсячныхъ, у одного VII мѣсячнаго и одного VIII-и мѣсячнаго плодовъ.

Если теперь разсмотрѣть соотношеніе фолликуловъ по ихъ величинѣ, то получаются слѣдующія цифры: для контрольныхъ железъ недоношенныхъ дѣтей въ возрастѣ отъ V—VIII мѣсяцевъ внутриутробной жизни мелкихъ фолликуловъ въ среднемъ наблюдается 98% и фолликуловъ средней величины 2%; въ соответствующихъ железахъ сифилитическихъ недоношенныхъ дѣ-

тей мы имѣемъ въ среднемъ 90% мелкихъ 10% среднихъ фолликуловъ.

Для доношенныхъ дѣтей нашъ матеріалъ даетъ слѣдующія указанія: въ контрольныхъ железахъ доношенныхъ дѣтей въ возрастѣ до 20 мѣсяцевъ наблюдается 88% мелкихъ и 12% среднихъ фолликуловъ; въ соответствующихъ железахъ дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ мы имѣемъ 6% мелкихъ, 27% среднихъ и 5% крупныхъ фолликуловъ.

Для дальнѣйшаго возраста, для юношескаго и взрослого, въ контрольныхъ железахъ наблюдается 35% мелкихъ, 47% среднихъ и 18% крупныхъ фолликуловъ; для железъ сифилитиковъ мы имѣемъ 26% мелкихъ, 45% среднихъ и 29% крупныхъ фолликуловъ.

Такимъ образомъ при сравненіи железъ сифилитиковъ съ контрольными железами мы видимъ, что въ железахъ сифилитическихъ недоношенныхъ дѣтей въ 69,3% всѣхъ изслѣдованныхъ случаевъ можно было видѣть хорошо образованные фолликулы противъ 60% въ контрольныхъ железахъ. У доношенныхъ контрольныхъ и сифилитическихъ дѣтей во всѣхъ случаяхъ видны были хорошо и правильно образованные фолликулы, при чемъ однако, какъ въ тѣхъ, такъ и въ этихъ случаяхъ можно было встрѣтить рядомъ съ правильными фолликулами кучки эпителиальныхъ клѣтокъ, расположенныхъ безъ всякаго порядка между фолликулами. Въ отдѣльныхъ кучкахъ можно было замѣтить наклонность эпителиальныхъ клѣтокъ такихъ скопленій расположится по периферіи правильнымъ рядомъ. Такія скопленія эпителиальныхъ клѣтокъ конечно въ значительно большемъ количествѣ наблюдались у недоношенныхъ плодовъ. По величинѣ фолликуловъ между контрольными железами и железами сифилитическихъ дѣтей и недоношенныхъ замѣчается по моему матеріалу довольно значительная разница: у недоношенныхъ сифилитическихъ плодовъ въ 5 разъ больше фолликуловъ средней величины, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ. У доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей уже наблюдаются крупные фолликулы, которыхъ въ контрольныхъ железахъ совершенно нѣтъ; точно также количество фолликуловъ средней величины слишкомъ въ 2 раза больше, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ. Это явленіе совпадаетъ съ указаніемъ Соколова на то, что онъ у сифилитическаго плода 5-и мѣсяцевъ нашелъ болѣе крупные фолликулы, чѣмъ у почти доношеннаго ребенка; Соколовъ это явленіе ставитъ въ связь съ наследственнымъ сифилисомъ.

Въ железахъ взрослыхъ сифилитиковъ по сравненію съ контрольными железами также замѣтно, хотя это далеко не такъ рѣзко выражено; преобладаніе крупныхъ фолликуловъ; такъ у сифилитиковъ по моему матеріалу наблюдается 29% крупныхъ фолликуловъ, противъ 18% въ контрольныхъ железахъ.

Форма фолликуловъ крайне разнообразна и это разнообразіе выражено значительно рѣзче въ дѣтскомъ возрастѣ, чѣмъ въ щитовидныхъ железахъ взрослыхъ.

Чтобы сравнить форму фолликуловъ контрольныхъ железъ съ фолликулами железъ сифилитиковъ и получить представленіе о преобладающей формѣ среди фолликуловъ, я различаю 3 формы фолликуловъ: круглые, овальные и неправильные фолликулы.

Если подвести итогъ и вычислить данныя въ %, то получаются слѣдующія отношенія: въ контрольныхъ железахъ недоношенныхъ дѣтей наблюдается 83% круглыхъ и 17% неправильной формы фолликуловъ; въ железахъ недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей среди моего матеріала отмѣчено 88,9% круглыхъ и 11,1% овальныхъ фолликуловъ. У доношенныхъ дѣтей въ контрольныхъ железахъ круглые фолликулы отмѣчены въ 78,3%, овальные въ 4,3% и неправильные въ 17,4%; въ железахъ сифилитическихъ дѣтей во всѣхъ случаяхъ наблюдаются круглыя фолликулы. Въ железахъ взрослыхъ отмѣчено 92,3% круглыхъ и 7,7% неправильныхъ фолликуловъ для контрольныхъ железъ и 100% круглыхъ фолликуловъ для железъ сифилитиковъ.

Мы видимъ, что въ щитовидныхъ железахъ сифилитиковъ преобладающей формой фолликуловъ является круглая форма. Это явленіе находить, быть можетъ, въ томъ объясненіе, что количество коллоида въ фолликулахъ сифилитиковъ больше и давленіе въ нихъ болѣе сильное, чѣмъ въ фолликулахъ контрольныхъ железъ, чему не противорѣчатъ данныя о свойствахъ коллоида у сифилитиковъ; благодаря давленію, естественно, фолликулы принимаютъ круглую или овальную форму, если внутри фолликулярное давленіе больше давленія въ сосѣднихъ фолликулахъ и соединительной ткани, окружающей фолликулы.

Свойства коллоида въ таблицѣ опредѣляются 3 терминами: свѣтлый, темный и сѣтчатый коллоидъ. Основаніемъ къ такому дѣленію служитъ отношеніе коллоида къ краскамъ: свѣтлый коллоидъ красится эозиномъ въ розовый цвѣтъ и представляется однородной массой; этотъ видъ коллоида

по de Quervain'у слѣдуетъ считать нормальнымъ коллоидомъ. Пикриновой кислотой этотъ видъ коллоида красится въ желтый цвѣтъ; консистенція его полужидкая. Темный коллоидъ красится эозиномъ въ насыщенно красный цвѣтъ, пикриновой кислотой въ буроватый или въ бурый цвѣтъ; при окраскѣ препарата по van Gieson'у такой коллоидъ иногда принимаетъ красноватый оттѣнокъ. Въ темномъ коллоидѣ часто можно замѣтить центрально лежащее болѣе плотное ядро, вокругъ котораго концентрически въ 2—3 слоя замѣтенъ болѣе свѣтлый коллоидъ.

Это темное ядро при окраскѣ срѣза гематоксилиномъ и эозиномъ часто красится гематоксилиномъ, между тѣмъ какъ окружающее ядро болѣе свѣтлые слои красятся эозиномъ въ густой, красный цвѣтъ.

Третій видъ коллоида, сѣтччатый, принадлежитъ къ свѣтлому коллоиду и представляется въ видѣ слабо окрашенной мелкозернистой и сѣтччатой массой.

Въ нашемъ матеріалѣ у недоношенныхъ контрольныхъ дѣтей присутствіе коллоида отмѣчено въ 40% всѣхъ изслѣдованныхъ железъ; у сифилитическихъ плодовъ коллоидъ найденъ въ 53% всѣхъ случаевъ. Отношеніе разныхъ видовъ коллоида выражается слѣдующими цифрами: въ контрольныхъ железахъ отмѣчено 50% свѣтлаго и 50% сѣтччатого коллоида; въ железахъ недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей записано 9% свѣтлаго, 61% темнаго и 30% сѣтччатого коллоида.

У доношенныхъ контрольныхъ дѣтей встрѣчается въ 80,9% свѣтлый, въ 19,1% темный коллоидъ; у доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей свѣтлый коллоидъ отмѣченъ въ 35%, темный 58% и сѣтччатый въ 7%. Для взрослыхъ получаются слѣдующія отношенія: въ контрольныхъ железахъ 14,7% свѣтлаго, 84,6% темнаго и 0,7% сѣтччатого коллоида, между тѣмъ какъ у сифилитиковъ наблюдается 8% свѣтлаго и 92% темнаго коллоида.

Изъ нашего матеріала видно, что у недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей больше, чѣмъ въ половинѣ случаевъ встрѣчается темный коллоидъ, между тѣмъ какъ въ контрольныхъ железахъ этого возраста темнаго коллоида совершенно не наблюдалось въ нашемъ матеріалѣ. У доношенныхъ дѣтей съ явленіями наследственнаго сифилиса также значительно преобладаетъ темный коллоидъ, а въ контрольныхъ железахъ свѣтлый коллоидъ составляетъ 80,9% всего коллоида; у взрослыхъ сифилитиковъ также замѣтно, что въ ихъ щитовидныхъ железахъ темный кол-

лоидъ встрѣчается въ большемъ количествѣ, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ.

Что-же касается вакуолей въ коллоидѣ, то въ железахъ недоношенныхъ контрольныхъ дѣтей, въ которыхъ коллоидъ наблюдался, вакуолы отсутствовали; степень вакуолизаціи такимъ образомъ равняется 0. Въ железахъ недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей вакуолы наблюдались въ 15,4% всѣхъ железъ, фолликулы которыхъ содержали коллоидъ; степень вакуолизаціи при оцѣнкѣ по 10—бальной системѣ равняется 6. Для доношенныхъ дѣтей получаютъ слѣдующія цифры: въ контрольныхъ железахъ вакуолы встрѣчались въ 43,50% и степень вакуолизаціи оцѣнена на 4 бала; въ железахъ сифилитическихъ дѣтей вакуолы наблюдались въ 73,70%, но степень вакуолизаціи оцѣнена въ 2—3 бала. Для взрослыхъ получаютъ слѣдующія отношенія: въ контрольныхъ железахъ вакуолы замѣчались въ 92,30% всѣхъ изслѣдованныхъ железъ; степень вакуолизаціи оцѣнена въ 5; въ железахъ сифилитиковъ вакуолы отмѣчены въ 81,80% всѣхъ случаевъ, а степень вакуолизаціи оцѣнена въ 3.

Значеніе вакуолей, какъ видно изъ краткихъ литературныхъ справокъ, приведенныхъ выше, до настоящаго времени еще не выяснено. Замѣчено только то, что въ плотномъ, темномъ коллоидѣ вакуолей меньше, чѣмъ въ свѣтломъ коллоидѣ. Безъ сомнѣнія вѣрно, что многія фиксирующія жидкости дѣйствуютъ сильно сморщивающимъ образомъ на коллоидное вещество и тогда понятно, что въ жидкомъ коллоидѣ будетъ найдено больше вакуолей, чѣмъ въ плотномъ. По мнѣнію Langendorff'a вакуолы отсутствуютъ при примѣненіи смѣси Flemming'a въ пропорціи, предложенной Langendorff'омъ; однако это другими изслѣдователями опровергнуто и мой собственный матеріалъ также говоритъ въ пользу того, что вакуолы встрѣчаются почти одинаковымъ образомъ, какъ при примѣненіи растворовъ формалина и сулемы, такъ и смѣси Flemming'a. Въ некоторыхъ случаяхъ только, повидимому, отсутствуютъ при примѣненіи смѣси Flemming'a болѣе или менѣе центрально расположенная большая вакуоля; краевые вакуолы часто наблюдаются. De Quervain, между прочимъ, въ своей работѣ при разборѣ свойствъ коллоида высказываетъ мысль, что можетъ быть плотный темный коллоидъ разжижается путемъ дѣятельности эпителиальныхъ клетокъ фолликуловъ. Нельзя отрицать, что эта мысль имѣетъ много вѣроятнаго за собой, ибо иначе трудно себѣ представить, какимъ образомъ организмъ въ

состоянии использовать этот запас коллоида, такъ какъ теорія Blum'a, что вся дѣятельность щитовидной железы совершается въ ней самой и состоитъ въ обезвреживаніи ядовъ, приносимыхъ къ ней токомъ крови, большинствомъ авторовъ не признается. По теоріи Blum'a густой темный коллоидъ является использованнымъ, ненужнымъ организму и подлежащимъ удаленію отбросомъ. Въ настоящее время нужно думать, что дѣйствіе щитовидной железы преимущественно состоитъ въ томъ, что ея секретъ, коллоидъ, поступаетъ или прямо въ кровь или черезъ лимфатическую систему, и мыслъ, поставить вакуолы, особенно краевыя вакуолы, въ связь съ явленіями жизнедѣятельности кѣтокъ, съ явленіями расасыванія коллоида, кажется допустимой. Если это предположеніе правильно, то степень вакуолизаціи коллоида могла бы служить показателемъ его всасыванія и поступления въ лимфатическую и кровеносную систему. При такомъ взглядѣ на вакуолизацію по нашему матеріалу выходитъ, что довольно высокая степень вакуолизаціи у недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей уменьшается въ 2—3 раза у доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей и ниже, чѣмъ у контрольныхъ дѣтей; у взрослыхъ сифилитиковъ точно также степень вакуолизаціи ниже, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ. Если теперь допустить по выше высказаннымъ соображеніямъ, что степень вакуолизаціи есть показатель степени всасыванія коллоида, то мы должны прити къ выводу, что всасываніе коллоида у недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей выражено довольно сильно, между тѣмъ какъ въ контрольныхъ железахъ никакого всасыванія не наблюдается; у доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей всасываніе значительно ниже, чѣмъ у недоношенныхъ дѣтей, и ниже, чѣмъ у контрольныхъ доношенныхъ дѣтей. Точно также всасываніе слабѣе у взрослыхъ сифилитиковъ.

Крайне интересенъ вопросъ относительно функціональнаго достоинства разныхъ видовъ коллоида. Исслѣдованія Oswald'a показали, что тиреоглобулинъ, полученный изъ зобовъ, имѣетъ тѣ-же свойства, но въ меньшей степени, какъ тиреоглобулинъ, полученный изъ нормальныхъ щитовидныхъ железъ и что физиологическое дѣйствіе тиреоглобулина зависитъ отъ содержанія іода въ немъ. По Oswald'у дѣйствительный, іодъ содержащій тиреоглобулинъ, получается изъ коллоида. Такъ какъ нашъ матеріалъ показываетъ, что въ железахъ сифилитиковъ больше коллоида, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ, то по Oswald'у выходитъ, что железы сифили-

тиковъ должны содержать большее количество дѣятельнаго тиреоглобулина, чѣмъ контрольныя железы. Вѣрно ли это, должны рѣшить спеціальныя исслѣдованія. Однако, въ послѣднее время взглядъ на коллоидъ измѣнился въ томъ отношеніи, что на коллоидъ не смотрятъ, какъ на готовый, дѣятельный секретъ щитовидной железы; онъ повидимому представляетъ не готовый видъ секрета, а секретъ, нуждающійся въ активированіи іодомъ. (Breitner). Такой взглядъ на коллоидъ подтверждается патолого-анатомическими исслѣдованіями зобовъ больныхъ, страдающихъ явленіями повышенной и уменьшенной дѣятельности щитовидной железы. Эти исслѣдованія (Kocher, Zander, Томаревскій) показали, что всѣ-тѣ зобы которыя представляютъ типичную картину коллоидной струмы, (большіе фолликулы, наполненные плотнымъ коллоидомъ) клинически представляютъ явленія гипотиреондизма, и зобы, бѣдные коллоидомъ, даютъ клиническую картину гипертиреондизма. Если стать на эту точку зрѣнія, подкрѣпленную клиническими и патолого-анатомическими исслѣдованіями, то мы приходимъ къ обратному тому выводу, которому мы пришли, держась точки зрѣнія Oswald'a; мы должны сказать, что щитовидныя железы сифилитиковъ въ функціональномъ отношеніи стоятъ ниже, чѣмъ контрольныя железы. Какое изъ этихъ предположеній правильно, должны рѣшить спеціальныя исслѣдованія. Въ этомъ отношеніи: можетъ быть, могло бы оказаться полезнымъ исслѣдованіе крови на свертываемость, которая по исслѣдованіямъ Kocher'a и Kottmann'a повышена при гипотиреондизмѣ и понижена при гипертиреондизмѣ.

Что-же касается присутствія отслоившихся кѣтокъ въ коллоидѣ, явленія, извѣстнаго подъ названіемъ десквамаціи, то мой матеріалъ даетъ въ этомъ отношеніи слѣдующія указанія: въ контрольныхъ железахъ недоношенныхъ дѣтей во всѣхъ случаяхъ, гдѣ десквамація наблюдалась, она была выражена слабо: малое количество кѣтокъ въ коллоидѣ отмѣчено въ 10%. Въ железахъ сифилитическихъ недоношенныхъ дѣтей въ 80% десквамація выражена слабо, въ 20% умѣренно. Въ контрольныхъ железахъ доношенныхъ дѣтей отмѣчено: въ 37,5% кѣтокъ въ коллоидѣ мало, въ 37,5% умѣренно и въ 25% много; для сифилитическихъ дѣтей получаются слѣдующія отношенія: въ 77% десквамація выражена слабо, въ 15,4% умѣренно и въ 7,6% сильно. Въ контрольныхъ железахъ взрослыхъ въ 45,4% наблюдается слабая, въ 27,3% умѣренная и въ 27,3% сильная десква-

мація; въ железахъ сифилитиковъ отношенія слѣдующія: въ 64,7% мало клѣтокъ въ коллоидѣ, въ 29,4% ихъ умѣренное количество въ 5,9% десквамація выражена сильно. Видно такимъ образомъ изъ приведенныхъ цифръ, что десквамація у недоношенныхъ дѣтей выражена рѣзче у сифилитическихъ плодовъ, но она сильныхъ степеней не достигаетъ. Въ контрольныхъ железахъ доношенныхъ дѣтей уже замѣчается въ $\frac{1}{4}$ всѣхъ случаевъ сильная десквамація, между тѣмъ какъ въ железахъ сифилитическихъ дѣтей сильная десквамація отмѣчена только въ 7,6%. Для взрослыхъ приблизительно такія-же отношенія соблюдаются и въ контрольныхъ железахъ взрослыхъ десквамація выражена замѣтно сильнѣе, чѣмъ въ щитовидныхъ железахъ сифилитиковъ. Какъ было уже указано выше, въ нормальныхъ железахъ почти всегда можно видѣть отдѣлившіяся эпителиальныя клѣтки въ коллоидѣ, которыя постепенно измѣняясь, теряютъ сперва протоплазму, которая растворяется въ коллоидѣ, а затѣмъ погибаетъ и ядро. По нѣкоторымъ авторамъ это есть одинъ изъ способовъ образования коллоида (Reinbach, Ziegler). Въ моемъ матеріалѣ всѣ тѣ железы, въ которыхъ отмѣчено, что десквамація выражена слабо, должны быть отнесены къ железамъ, въ которыхъ десквамація не вышла изъ нормальныхъ предѣловъ; вѣрнѣе говоря, это явленіе нельзя называть, какъ это требуетъ между прочимъ Isenschmid, десквамаціей, такъ какъ нахожденіе отдѣльныхъ клѣтокъ въ коллоидѣ есть явленіе физиологическое, а названіе десквамація принято присвоить патологическому увеличенію нормально существующаго отдѣленія эпителиальныхъ клѣтокъ. Двѣ другія рубрики, гдѣ отмѣчена умѣренная и сильная десквамація, приходится отнести на этомъ основаніи къ патологическимъ явленіямъ. Изъ работъ по этому вопросу извѣстно, что десквамація сильнѣе выражена тогда, когда коллоидъ въ фолликулахъ жидкій, въ плотномъ, темномъ коллоидѣ никогда не приходится видѣть большое количество отслоившихся клѣтокъ. Если теперь сравнивать въ этомъ отношеніи нашъ матеріалъ, то мы видимъ подтвержденіе сказаннаго; въ железахъ сифилитиковъ по сравненію съ контрольными железами преобладаетъ темный плотный коллоидъ и сообразно съ этимъ и десквамація выражена значительно слабѣе. Подведя итогъ сказанному, можно вывести заключеніе, что сифилитическая инфекция не предрасполагаетъ къ усиленной десквамаціи эпителиальныхъ клѣтокъ фолликуловъ.

Какую роль при всасываніи коллоида играютъ лимфатическія щели въ соединительно-тканыхъ прослойкахъ, до настоящаго времени не выяснено. Въ этихъ щеляхъ коллоидоподобное вещество встрѣчается не рѣдко, какъ это подтверждаютъ почти всѣ изслѣдователи, занимавшіеся вопросомъ о вліяніи инфекціонныхъ заболѣваній на щитовидную железу. Точно также въ зобахъ не рѣдко можно видѣть коллоидъ въ лимфатическихъ щеляхъ, иногда въ значительномъ количествѣ. Въ дѣтскихъ щитовидныхъ железахъ Hesselberg и Isenschmid также часто могли доказать коллоидоподобное вещество. Въ моемъ матеріалѣ среди контрольныхъ железъ присутствіе коллоида въ лимфатическихъ щеляхъ отмѣчено 16 разъ, т. е. 13 разъ въ дѣтскихъ железахъ и 3 раза въ железахъ взрослыхъ. Въ железахъ сифилитическихъ дѣтей коллоидъ былъ найденъ только 3 раза, и въ железахъ взрослыхъ 8 разъ.

Единственный выводъ, который допустимъ на основаніи моего матеріала, тотъ, что въ лимфатическихъ щеляхъ железъ дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ коллоидоподобное вещество встрѣчается значительно рѣже, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ. Что у взрослыхъ сифилитиковъ чаще найденъ коллоидъ въ лимфатическихъ щеляхъ, вѣроятно объясняется просто тѣмъ, что железу взрослыхъ сифилитиковъ изслѣдовано большее количество. Сдѣлать заключеніе о большемъ или меньшемъ всасываніи коллоида по присутствію его въ лимфатическихъ щеляхъ, въ настоящее время нельзя.

При занесеніи данныхъ микроскопическаго изслѣдованія было обращено вниманіе и на количество клѣтокъ въ фолликулахъ и это количество было оцѣнено словами мало, если клѣтокъ столько, чтобы ихъ хватало только на одинъ слой, увеличено, если ихъ больше и много, если полость фолликула отчасти выполнена эпителиальными клѣтками. Естественно, что въ послѣднемъ случаѣ бываетъ трудно различить, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло, съ сильно выраженной десквамаціей или съ рѣзко выраженной гиперплазіей эпителиальныхъ клѣтокъ. Отличительнымъ признакомъ служитъ то обстоятельство, что при десквамаціи эпителиальныя клѣтки обычно представляютъ явленія дегенерации; протоплазма часто сливается съ протоплазмой сосѣднихъ десквамированныхъ клѣтокъ, она быстро распадается и остается только одно ядро, которое представляетъ всѣ явленія пикноза и сморщиванія. При гиперплазіи эпителиальныхъ клѣтокъ такихъ

явлений дегенерации обычно не бывает, однако не рѣдко встрѣчаются картины, которыя трудно поддаются объясненію. Поэтому оцѣнка количества клѣтокъ въ фолликулѣ словомъ много носитъ въ значительно большей мѣрѣ, чѣмъ оцѣнка словами мало и увеличено, отпечатокъ субъективности и сообразно съ этимъ и выводы такой оцѣнки должны быть сдѣланы съ известной оговоркой.

Нашъ матеріалъ въ этомъ отношеніи даетъ слѣдующія указанія: въ контрольныхъ железахъ недоношенныхъ дѣтей количество клѣтокъ въ фолликулахъ отмѣчено: мало клѣтокъ въ 16,7%; количество клѣтокъ увеличено въ 16,7% и много клѣтокъ въ 66,6%, у сифилитическихъ недоношенныхъ дѣтей въ 11,2% мало клѣтокъ, въ 55,5% увеличенное количество и въ 33,3% много клѣтокъ. У доношенныхъ дѣтей въ контрольныхъ железахъ отмѣчено въ 4,20/0 мало клѣтокъ; въ 39,0/0 увеличенное количество и въ 56,80/0 много клѣтокъ, для железъ сифилитическихъ дѣтей указано въ 42,10/0 малое, въ 42,10/0 увеличенное количество клѣтокъ въ фолликулахъ и въ 15,80/0 много клѣтокъ. Въ контрольныхъ железахъ взрослыхъ найдено въ 38,50/0 мало клѣтокъ, въ 23,0/0 количество клѣтокъ увеличено и въ 38,50/0 ихъ много; въ железахъ сифилитиковъ въ 90,90/0 мало клѣтокъ и 9,10/0 количество клѣтокъ въ фолликулахъ увеличено. Изъ моего матеріала ясно видно, что въ железахъ взрослыхъ сифилитиковъ количество клѣтокъ въ фолликулахъ меньше, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ; въ меньшей степени, но все достаточно убѣдительно, это выражено и для железъ сифилитическихъ дѣтей, какъ доношенныхъ, такъ и недоношенныхъ.

Что же касается типа клѣтокъ, выстилающихъ фолликулы, то ихъ въ моемъ матеріалѣ можно различить 4 вида: цилиндрическія, низко—цилиндрическія, кубическія и уплощенныя эпителиальныя клѣтки. Но такъ какъ часто въ одномъ фолликулѣ можно видѣть напр. кубическій и цилиндрическій или кубическій и уплощенный эпителий, въ таблицѣ I нѣтъ обозначенія для типа эпителиальныхъ клѣтокъ, а вмѣсто этого я старался дать известное представленіе о количествѣ протоплазмы, выражая это словами много, умѣренно и мало. Въ общемъ, конечно, обозначеніе, что въ фолликулахъ данной железы мало протоплазмы, значитъ, что преобладаетъ типъ уплощенныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ, умѣренное количество протоплазмы говоритъ за то, что преобладающимъ типомъ клѣтокъ является кубическій эпителий, а много прото-

плазмы говорить за преобладаніе цилиндрическаго эпителия. Разсматривая съ этой точки зрѣнія нашъ матеріалъ, мы видимъ, что въ контрольныхъ железахъ недоношенныхъ дѣтей въ 20,0/0 всѣхъ случаевъ протоплазмы найдено въ умѣренномъ количествѣ, въ 80,0/0 ее было много; въ железахъ недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей количество протоплазмы отмѣчено словами мало въ 8,30/0, умѣренно въ 50,0/0 и много въ 41,70/0. Въ железахъ доношенныхъ контрольныхъ дѣтей мало протоплазмы найдено въ 17,40/0, умѣренное количество въ 65,20/0 и много протоплазмы въ 17,40/0; въ железахъ сифилитическихъ дѣтей въ 63,0/0 мало, въ 16,0/0 много и въ 21,0/0 умѣренное количество протоплазмы. Для железъ взрослыхъ по нашему матеріалу получаются слѣдующія отношенія: въ контрольныхъ железахъ въ 30,80/0 мало, въ 23,0/0 много и въ 46,20/0 умѣренное количество протоплазмы. Для щитовидныхъ железъ сифилитиковъ соответствующія цифры будутъ слѣдующія: въ 86,30/0 всѣхъ изслѣдованныхъ случаевъ найдено малое количество протоплазмы въ 13,70/0 умѣренное. Наши цифры довольно убѣдительно доказываютъ, что количество протоплазмы въ щитовидныхъ железахъ сифилитиковъ уменьшено по сравненію съ контрольными железами; или если вмѣсто количества протоплазмы поставить типъ эпителиальныхъ клѣтокъ, то выходитъ, что у доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей и у взрослыхъ сифилитиковъ преобладаютъ уплощенный и кубическій эпителий, въ контрольныхъ же железахъ преобладающимъ типомъ является кубическій и цилиндрическій эпителий.

Что же касается ядеръ эпителия фолликуловъ, то я на своемъ матеріалѣ могъ отмѣтить только ихъ величину и отношеніе ихъ къ ядернымъ краскамъ. Такъ какъ я работалъ исключительно на трупномъ матеріалѣ, то конечно не приходится говорить о болѣе тонкомъ строеніи ядра и протоплазмы эпителиальныхъ клѣтокъ; въ теченіе 24 часовъ въ тончайшемъ строеніи клѣтки происходятъ рѣзкія измѣненія и не позволительно на изслѣдованіяхъ трупнаго матеріала, фиксированнаго черезъ 24 часа послѣ смерти, строить какія-либо заключенія. Такъ какъ однако въ моихъ препаратахъ постоянно можно было встрѣтить известной величины ядра и опредѣленное отношеніе ихъ къ ядернымъ краскамъ, независимо отъ способа фиксаціи и заливки, я и смелъ себя въ правѣ, сравнивать въ этомъ отношеніи между собою железы сифилитиковъ съ железами отъ не сифилитическихъ дѣтей и взрослыхъ. При просмотрѣ препаратовъ можно видѣть, что постоянно встрѣчаются 4 вида ядеръ:

1. Мелкія круглыя ядра; поперечникъ которыхъ достигаетъ не больше 3—4 μ ; эти ядра сильно красятся ядерными красками, хроматиновые зерна почти незамѣтны; эти ядра очень похожи на ядра лимфоцитовъ.

2. Пузырчатыя круглыя или овальныя ядра съ поперечникомъ въ 5—6 μ ; эти ядра значительно свѣтлѣе, хроматиновые зерна ясно видны.

3. Крупныя пузырчатыя, свѣтлыя ядра съ поперечникомъ въ 7 μ и болѣе; иногда эти ядра достигаютъ значительныхъ размѣровъ. Хроматиновые зернышки обычно расположены по периферіи ядра (Wandhyperchromatose) и центръ ядра представляется часто какъ бы пустымъ.

4. Сморщенные ядра. Эти ядра представляются темными, хроматиновыхъ зеренъ не видно, они угловаты и окружающая ихъ протоплазма также часто представляетъ явленія распаденія.

Если вспомнить работу de Coulon, который въ своей работѣ объ измѣненіяхъ щитовидныхъ железъ кретинновъ дѣлитъ ядра на 4 группы, то невольно бросается въ глаза, что ядра, описанныя имъ въ 1-ой группѣ и принятыя, какъ нормальныя ядра, по описанію совершенно походятъ на ядра, описанныя мною во 2-ой рубричкѣ, какъ ядра средней величины. Ядра 2-ой группы de Coulon'a соответствуютъ крупнымъ ядрамъ въ моей таблицѣ. Въ 3-ей группѣ de Coulon'омъ описаны ядра, которые соответствуютъ моимъ мелкимъ ядрамъ. Сморщенные ядра въ моей таблицѣ соответствуютъ ядрамъ 4-ой группѣ de Coulon'a, который ихъ называетъ «Verklumpte Kerne». Ядра средней величины по моей таблицѣ по описанію также совершенно соответствуютъ ядрамъ, которые Isenschmid считаетъ нормальными; но кромѣ этихъ ядеръ Isenschmid также находилъ мелкія темныя и сморщенные ядра и очень крупныя и свѣтлыя до 16 μ въ діаметрѣ, ядра. Какъ видно изъ приведенныхъ работъ, такіе виды ядеръ, какъ они найдены мною въ моихъ препаратахъ, описаны и другими авторами, какъ для нормальныхъ, такъ и для патологическихъ щитовидныхъ железъ. Однако, относительно значенія разныхъ формъ ядеръ я на основаніи собственнаго матеріала не могу согласиться съ мнѣніемъ de Coulon, который считаетъ ядра, описанныя имъ въ 3-ей группѣ и соответствующія моимъ мелкимъ ядрамъ, патологически измѣненными, пикнотическими. Въ моихъ препаратахъ эти ядра встрѣчаются въ до-

вольно значительномъ количествѣ и при томъ въ такихъ фолликулахъ и железахъ, гдѣ не можетъ быть рѣчи объ какихъ-либо патологическихъ измѣненіяхъ. При этомъ протоплазма клѣтокъ тоже ничѣмъ не отличается отъ таковой клѣтокъ съ ядрами средней величины и поэтому нѣтъ никакихъ основаній считать эти ядра патологически измѣненными. Преобладающимъ типомъ ядеръ являются ядра средней величины и ихъ особенно много въ тѣхъ фолликулахъ, полость которыхъ выполнена коллоидомъ.

Какая связь существуетъ между ядрами средней величины и секреторной дѣятельностью эпителиальн. клѣтокъ, съ выдѣленіемъ коллоида (если только коллоидъ есть продуктъ жизнедѣятельности клѣтокъ фолликуловъ), рѣшить очень трудно, но принимая во вниманіе значительное преобладаніе этого типа ядеръ передъ всѣми остальными, допустимо думать, что этотъ типъ средней величины ядеръ является типомъ нормальныхъ ядеръ и необходимыхъ для функционировающей железы. Крупныя вздутыя ядра вѣроятно являются перерождающимися формами, и несомнѣнно патологическими формами нужно считать сморщенные ядра. о/о отношенія отдѣльныхъ типовъ ядеръ слѣдующія: въ контрольныхъ железахъ недоношенныхъ дѣтей въ фолликулахъ встрѣчается 290/0 мелкихъ, 530/0 среднихъ, 130/0 крупныхъ и 50/0 сморщенныхъ ядеръ; въ железахъ сифилитическихъ дѣтей отмѣчено 37,50/0 мелкихъ, 450/0 среднихъ, 12,50/0 крупныхъ и 50/0 сморщенныхъ ядеръ. Для доношенныхъ контрольныхъ дѣтей отмѣчено 20,80/0 мелкихъ, 61,70/0 среднихъ, 10,50/0 крупныхъ и 70/0 сморщенныхъ ядеръ; для сифилитическихъ дѣтей найдено 14,250/0 мелкихъ, 640/0 среднихъ, 14,250/0 крупныхъ и 7,50/0 сморщенныхъ ядеръ. Для щитовидныхъ железъ взрослыхъ эти отношенія слѣдующія: въ контрольныхъ железахъ 20,70/0 мелкихъ, 660/0 среднихъ, 5,30/0 крупныхъ и 80/0 сморщенныхъ ядеръ; въ железахъ сифилитиковъ 13,70/0 мелкихъ, 68,60/0 среднихъ, 8,70/0 крупныхъ и 90/0 сморщенныхъ ядеръ. Сравнивая эти данныя, мы видимъ, что количество сморщенныхъ ядеръ съ возрастомъ немного увеличивается, отъ 50/0 у недоношенныхъ дѣтей до 80/0 у взрослыхъ; при этомъ во всѣхъ возрастахъ количество сморщенныхъ ядеръ почти одинаково, какъ въ контрольныхъ железахъ, такъ и въ железахъ сифилитиковъ. Количество крупныхъ ядеръ въ противоположность сморщеннымъ ядрамъ немного уменьшается съ возрастомъ, отъ 130/0 въ железахъ недоношенныхъ контрольныхъ дѣтей до 5,30/0 въ контрольныхъ железахъ взрос-

лыхъ. У сифилитиковъ замѣчается также уменьшеніе количества крупныхъ ядеръ отъ 12,50/0 у недоношенныхъ дѣтей на 8,70/0 у взрослыхъ, однако это пониженіе не такъ постепенно и не такъ ясно, какъ въ контрольныхъ железахъ; въ железахъ доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей незначительное повышеніе ихъ количества. Количество среднихъ ядеръ, какъ въ контрольныхъ, такъ и въ сифилитическихъ, нарастаетъ съ возрастомъ, отъ 530/0 до 660/0 для первыхъ и отъ 450/0 до 68,60/0 для вторыхъ. Болѣе рѣзкая разница въ количествѣ ядеръ средней величины замѣчается въ железахъ недоношенныхъ дѣтей, а именно 530/0 въ контрольныхъ железахъ и 450/0 въ железахъ сифилитическихъ дѣтей. Въ железахъ доношенныхъ дѣтей и въ железахъ взрослыхъ между контрольными железами и железами сифилитиковъ, разница ничтожна, при этомъ въ пользу сифилитиковъ т. е. у нихъ немного больше среднихъ ядеръ, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ. Количество мелкихъ ядеръ больше въ железахъ недоношенныхъ дѣтей и держится одинаково въ железахъ доношенныхъ дѣтей и взрослыхъ; это наблюдается, какъ въ контрольныхъ железахъ, такъ и въ железахъ сифилитиковъ. Количество мелкихъ ядеръ больше въ железахъ сифилитическихъ недоношенныхъ дѣтей (37,50/0 противъ 290/0) и это увеличеніе происходитъ исключительно на счетъ среднихъ ядеръ, такъ какъ количество крупныхъ и сморщенныхъ ядеръ одинаково.

Въ железахъ доношенныхъ дѣтей мы видимъ обратное: въ нихъ количество мелкихъ ядеръ больше въ контрольныхъ железахъ, чѣмъ въ железахъ сифилитическихъ дѣтей (20,80/0 противъ 14,250/0); почти тѣ-же отношенія остаются и для железъ взрослыхъ: 20,70/0 въ контрольныхъ железахъ противъ 13,70/0 въ железахъ сифилитиковъ.

Принимая во вниманіе то обстоятельство, что мелкія ядра главнымъ образомъ наблюдаются въ железахъ молодого возраста и въ фолликулахъ, которыя только начинаютъ формироваться и обычно еще не содержатъ коллоидъ, можно, можетъ быть, допустить, что въ железахъ недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей, происходитъ большее противъ контрольныхъ железъ образованіе фолликуловъ; въ железахъ доношенныхъ дѣтей и взрослыхъ сифилитиковъ этотъ процессъ по сравненію съ контрольными железами выраженъ слабѣе.

Чтобы закончить отдѣлъ объ измѣненіяхъ въ эпителиальныхъ клѣткахъ фолликуловъ, остается еще указать на присутствіе

жировыхъ зернышекъ въ протоплазмѣ. На эти жировыя зернышки было обращено вниманіе уже первымъ изслѣдователемъ вопроса о вліяніи инфекціонныхъ заболѣваній на щитовидную железу, Соколовымъ, который нашелъ «болѣе или менѣе сильное жировое перерожденіе эпителиальныхъ клѣтокъ эпителия фолликуловъ».

Однако, изслѣдованіями Erdheim'a доказано съ несомнѣнностью, что жировыя зернышки встрѣчаются нормально въ протоплазмѣ эпителиальныхъ клѣтокъ фолликуловъ. Выводы, къ которымъ пришелъ Erdheim на основаніи изслѣдованій 100 щитовидныхъ железъ разныхъ возрастовъ, слѣдующія:

1) Жировыя зернышки всегда совершенно отсутствуютъ въ фетальной щитовидной железе. У новорожденныхъ они находятся приблизительно въ половинѣ всѣхъ случаевъ и только со второго мѣсяца эти жировыя зернышки встрѣчаются постоянно.

2) Въ началѣ ихъ появленія число и величина этихъ зернышекъ крайне незначительны, но какъ правило, увеличиваются въ дальнѣйшемъ возрастѣ до глубокой старости. Во 2-омъ десятилѣтіи эти мельчайшія зернышки сливаются въ большія и эти въ свою очередь сливаются въ 4-омъ десятилѣтіи въ капельки, діаметръ которыхъ даже можетъ превзойти поперечникъ ядра.

3) Общая масса жировыхъ зернышекъ послѣ рожденія постепенно увеличивается и позволяетъ сдѣлать заключеніе о приблизительномъ возрастѣ субъекта.

4) Зернышки во всѣхъ случаяхъ расположены, по скольку это позволяетъ высота клѣтки, всегда около центрального края клѣтокъ.

Милевскій также подтверждаетъ выводы Erdheim'a

Такимъ образомъ можно считать доказаннымъ, что присутствіе жировыхъ зернышекъ въ протоплазмѣ эпителиальныхъ клѣтокъ фолликуловъ есть явленіе физиологическое и изслѣдованій, какое вліяніе на увеличеніе жировыхъ зернышекъ оказываютъ инфекціонныя заболѣванія, еще такъ мало, что судить по большому или меньшему содержанію жировыхъ зернышекъ въ протоплазмѣ эпителиальныхъ клѣтокъ о патологическихъ измѣненіяхъ, въ настоящее время невозможно.

Если въ этомъ отношеніи разобрать нашъ матеріалъ, то мы видимъ, что жировыя зернышки наблюдаются во всѣхъ 3 группахъ. Среди контрольныхъ железъ недоношенныхъ дѣтей жировыя зернышки въ эпителиальныхъ клѣткахъ были обнаружены

въ 30% всѣхъ изслѣдованныхъ случаевъ и при томъ въ 66,60% въ маломъ и въ 33,40% въ умѣренномъ количествѣ. Въ железахъ сифилитическихъ недоношенныхъ дѣтей жировыя зернышки найдены въ 580% всѣхъ изслѣдованныхъ случаевъ, а именно въ 430% въ маломъ, въ 430% въ умѣренномъ и въ 140% въ большомъ количествѣ. У доношенныхъ дѣтей въ контрольныхъ железахъ былъ обнаруженъ жиръ въ 160% изслѣдованныхъ случаевъ; въ 66,60% жировыхъ зернышекъ было мало, въ 33,40% умѣренное количество. Въ железахъ доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей жиръ обнаруженъ во всѣхъ изслѣдованныхъ железахъ, въ 1000%; въ 81,80% жировыхъ зернышекъ было мало, въ 9,10% умѣренное количество и въ 9,10% ихъ было много. Въ железахъ взрослыхъ, какъ въ контрольныхъ, такъ и железахъ сифилитиковъ, во всѣхъ случаяхъ былъ обнаруженъ жиръ въ эпителиальныхъ клѣткахъ, т. е. въ 1000%; получается только небольшая разница въ количествѣ жировыхъ зернышекъ въ пользу сифилитиковъ, у которыхъ во всѣхъ случаяхъ обнаружено много жировыхъ зернышекъ, между тѣмъ какъ въ контрольныхъ железахъ отмѣчено въ 90% много и въ 10% умѣренное количество жировыхъ зернышекъ.

Нашъ матеріалъ подтверждаетъ работы Erdheim'a, Милевскаго и др. въ томъ отношеніи, что присутствіе жировыхъ зернышекъ нужно считать нормальнымъ явленіемъ. Данныя моихъ изслѣдованій не согласуются съ выводами Erdheim'a въ томъ отношеніи, что въ моемъ матеріалѣ, вопреки мнѣнію Erdheim'a можно было доказать жировыя зернышки у недоношенныхъ дѣтей приблизительно въ 30% изслѣдованныхъ случаевъ. Сравнивая данныя изслѣдованій контрольныхъ железъ и железъ сифилитиковъ, видно, что железы послѣднихъ содержатъ въ значительно большемъ количествѣ жировыя зернышки, чѣмъ контрольныя железы.

5. Кровенаполненіе и кровеносныя сосуды.

Кровенаполненіе выражено сильнѣе всего въ контрольныхъ железахъ недоношенныхъ дѣтей; въ этихъ железахъ не только расширены сосуды и капилляры, но въ нихъ замѣчается значительно большее количество сосудовъ, чѣмъ въ железахъ сифилитическихъ недоношенныхъ дѣтей. Эти сосуды часто представляются въ видѣ расширенныхъ полостей, наполненныхъ кровяными тѣльцами и видно, какъ они вмѣстѣ съ соединительной

тканью врастаютъ въ клѣточные скопленія и дѣлятъ ихъ на группы. Эти расширенныя кровяныя полости очень похожи на тѣ картины, которыя Wölfler въ своей работѣ о развитіи и строеніи щитовидной железы приводитъ для иллюстраціи т. н. лакунарной васкуляризаціи. Изъ этихъ первичныхъ кавернозныхъ полостей образуются по Wölfler потомъ сосуды, идущіе отъ центра къ периферіи и дающіе параллельно пробѣгающія вѣтви. Уже послѣдовательно образуются сперва широко петлистая сосудистая сѣть и наконецъ узкіе нѣжныя капилляры, окружающіе фолликулы. Wölfler считаетъ, что только такое особенное развитіе сосудистой системы щитовидной железы служитъ причиною дѣленія железы на дольки и на фолликулы. Подобныя картины нѣсколько разъ приходилось наблюдать въ контрольныхъ железахъ недоношенныхъ дѣтей.

Если теперь обратиться къ нашему матеріалу, то видимъ, что для недоношенныхъ контрольныхъ дѣтей отмѣчено: кровенаполненіе щитовидной железы въ 10% слабое, въ 10% умѣренное и въ 80% сильное; для железъ сифилитическихъ недоношенныхъ дѣтей записано: въ 30,80% слабое, въ 46,10% умѣренное и въ 23,10% сильное. Кровенаполненіе контрольныхъ железъ такимъ образомъ значительно сильнѣе выражено, чѣмъ въ железахъ сифилитическихъ недоношенныхъ дѣтей.

Въ контрольныхъ железахъ доношенныхъ дѣтей въ 43,50% найдено слабое, въ 30,50% умѣренное и въ 26% всѣхъ случаевъ сильное кровенаполненіе.

Въ железахъ сифилитическихъ дѣтей отмѣчено: въ 47,50% слабое, въ 42,10% умѣренное и въ 10,50% сильное кровенаполненіе. И для этого возраста наши цифры даютъ превосходство въ кровенаполненіи для контрольныхъ железъ.

Для контрольныхъ щитовидныхъ железъ взрослыхъ найдено въ 30,70% слабое, въ 30,70% умѣренное и въ 38,60% сильное кровенаполненіе; для железъ взрослыхъ сифилитиковъ отмѣчено въ 54,40% слабое, въ 320% умѣренное и въ 13,60% сильное кровенаполненіе.

Нашъ матеріалъ доказалъ такимъ образомъ, что кровенаполненіе въ железахъ сифилитиковъ выражено замѣтно слабѣе, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ. При этомъ кровенаполненіе въ железахъ съ возрастомъ постепенно уменьшается; для контрольныхъ железъ такого постепеннаго уменьшенія кровенаполненія не замѣчается: въ железахъ взрослыхъ оно значительно меньше, чѣмъ

въ железахъ доношенныхъ дѣтей, но сильнѣе, чѣмъ въ железахъ доношенныхъ дѣтей.

Какъ видно было изъ вышесказаннаго, при острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ нерѣдко наблюдалась сильно выраженная гиперемія щитовидной железы, но въ нашемъ матеріалѣ, какъ разъ среди взрослыхъ сифилитиковъ, преимущественно острые инфекціонныя болѣзни служили причиной смерти и тѣмъ не менѣе кровенаполненіе въ ихъ железахъ значительно слабѣе выражено, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи препаратовъ мною было обращено особенное вниманіе на кровеносные сосуды, которые, какъ извѣстно давно, при прибрѣтенномъ и наследственномъ сифилисѣ могутъ подвергаться обширнымъ измѣненіямъ. Павловъ доказалъ, какъ было уже выше упомянуто, что кровеносные сосуды парэнхиматозныхъ органовъ могутъ при наследственномъ сифилисѣ представлять значительныя микроскопическія измѣненія, при чемъ органы макроскопически могутъ казаться нормальными. Естественно, что можно было ожидать подобныя-же измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ и въ щитовидной железн.

Вообще давно извѣстно, что артеріи и иногда и вены въ щитовидной железн могутъ представлять измѣненія, при чемъ въ строеніи самой железы особыхъ отклоненій отъ нормы не замѣчается. Здѣсь я не имѣю въ виду т. н. «Zellknospen», которые были описаны Schmidt'омъ и состоятъ въ ограниченномъ утолщеніи внутренней оболочки мелкихъ артерій; эти образования, повидимому, встрѣчаются нормально, какъ это подтверждаютъ многіе изслѣдователи, между прочимъ и Isenschmid. Но кромѣ того Isenschmid въ дѣтскихъ железахъ часто могъ доказать другой видъ измѣненій стѣнки болѣе крупныхъ артерій, проходящихъ въ капсулѣ и болѣе толстыхъ междольчатыхъ прослойкахъ. Эти измѣненія состоятъ въ ограниченныхъ некрозахъ въ стѣнкѣ артерій съ послѣдовательнымъ отложеніемъ извести; получаются типичныя артеріосклеротическія бляшки. Кромѣ того Isenschmid въ 88 железахъ изъ 100 изслѣдованныхъ видѣлъ незначительное утолщеніе Intimae мелкихъ артерій съ расщепленіемъ Elasticae и Isenschmid думаетъ, что эти измѣненія врядъ ли возможно считать патологическими. Точно также Hesselberg въ 3 дѣтскихъ железахъ могла доказать въ стѣнкѣ щитовидныхъ артерій склеротическія бляшки.

При инфекціонныхъ заболѣваніяхъ Roger и Garnier

нашли въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ сосудахъ щитовидной железы явленія эндартерита и эндофлебита. De Coulon также нашелъ въ одной железн кретина сильное разрастаніе Intimae до полного почти закрытія просвѣта. Въ зобахъ измѣненія сосудовъ, состоящія въ отложеніи извести въ стѣнкѣ артерій, описаны многими авторами (Gutknecht, Farner, Jores, Budde). Эти измѣненія встрѣчаются, какъ я имѣлъ возможность убѣдиться при изслѣдованіи зобовъ, удаленныхъ проф. Н. А. Вельяминовымъ, довольно часто. Мы видимъ, что измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ въ щитовидной железн не есть рѣдкая находка, но насколько нужно быть осторожнымъ при оцѣнкѣ этихъ измѣненій, показывается приведенная выше работа Isenschmid'a.

Мой матеріалъ въ этомъ отношеніи даетъ слѣдующія указанія: среди контрольныхъ железн мною не найдено измѣненій, подобно описанныхъ Isenschmid'омъ; только въ одномъ случаѣ у 27 лѣтней больной, погибшей отъ Morbus Banti, въ media стѣнки артерій можно было видѣть отложеніе извести. Среди железн сифилитиковъ измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ отмѣчены немного чаще, а именно; у ребенка 60 дней съ явленіями наследственнаго сифилиса и погибшаго отъ сепсиса, отмѣчено незначительное утолщеніе наружной оболочки артерій; внутренняя оболочка повидимому измѣненій не представляла. У 28 лѣтней больной, умершей отъ хроническаго нефрита и амилоида внутреннихъ органовъ, найдены были рѣзкія измѣненія въ стѣнкахъ сосудовъ; онѣ утолщены и въ наружной оболочкѣ мелкихъ венъ встрѣчаются мелкія круглыя кѣтки. Эти измѣненія изображены на рисункѣ № 6. Кромѣ того въ 3 другихъ случаяхъ можно было доказать отложеніе извести въ Media артерій: у 38 лѣтней женщины, погибшей отъ остраго эндокардита, у 39 лѣтней женщины, умершей отъ гнойнаго перитонита и у 68 лѣтней женщины, погибшей отъ паралича сердца.

Такимъ образомъ изъ нашего матеріала видно, что измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ, описанныя какъ характерное и почти патогномическое явленіе при наследственномъ и прибрѣтенномъ сифилисѣ въ другихъ парэнхиматозныхъ органахъ, въ щитовидной железн встрѣчаются рѣдко; въ нашемъ матеріалѣ среди дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ имѣется только въ одной железн указанія на утолщеніе сосудистой стѣнки; у взрослыхъ, повидимому, чаще наблюдается отложеніе извести въ Media артерій, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ. Въ одной только же

лезъ найдены измѣненія въ стѣнкахъ мелкихъ венъ, какихъ въ контрольныхъ железахъ не наблюдалось, это присутствіе мелкихъ круглыхъ клѣтокъ въ утолщенной стѣнкѣ сосуда. Какую роль въ этихъ измѣненіяхъ играетъ сифилисъ или другія вредныя вліянія, на основаніи одного случая рѣшить нельзя.

6. Ядерныя скопленія.

При изслѣдованіи щитовидныхъ железъ уже въ самомъ началѣ были замѣчены скопленія ядеръ, темно окрашенныхъ, иногда слегка угловатыхъ, лежащихъ очень тѣсно другъ возлѣ друга, иногда настолько тѣсно, что считать ихъ трудно и кажется, что они сливаются въ одну общую, темную массу. Такія картины наблюдаются особенно въ болѣе толстыхъ препаратахъ; на тонкихъ препаратахъ и особенно при разсматриваніи препарата иммерсіей совершенно ясно видно, что эти ядра не сливаются между собою; они ясно отграничиваются другъ отъ друга. число этихъ ядеръ можетъ быть довольно значительно; 50 — 60 ядеръ и болѣе образуютъ мелкія темныя гнѣзда, замѣтныя сразу при маленькомъ увеличеніи. Въ руководствахъ по гистологіи и въ работахъ, касающихся развитія и строенія щитовидной железы, нѣтъ указаній на присутствіе въ нормальныхъ щитовидныхъ железахъ подобныхъ скопленій ядеръ. De Coulon при изслѣдованіи щитовидныхъ железъ кретинновъ упоминаетъ о подобныхъ скопленіяхъ ядеръ, но онъ считаетъ эти ядра перерожденными, «verklumpte Kerne». Подобныя ядра Collman нашелъ въ щитовидной железе при Chondrodystrophia foetalis (цит. по Elkes). Болѣе подробно эти ядерныя скопленія описаны Elkes, который могъ ихъ найти въ 7 изъ 16 железъ новорожденныхъ, (среди нихъ одинъ случай съ Lues congenita, который приведенъ раньше). Въ эмбриональныхъ железахъ Elkes эти образованія не видѣлъ. Elkes говоритъ, что эти ядра часто образуютъ густыя скопленія и лежатъ такъ тѣсно, что ихъ трудно считать; только при помощи иммерсіи удастся разграничить отдѣльныя ядра. Въ нѣкоторыхъ ядерныхъ скопленіяхъ замѣчается сліяніе ядеръ въ общую ядерную массу. Въ нѣкоторыхъ препаратахъ отдѣльныя ядра представляются измѣненными; они окрашены диффузно и центръ содержитъ маленькое свѣтлое пятнышко. Часто получаютъ темныя массы, въ которыхъ ядеръ не видно и только на периферіи различаются отдѣльныя ядра. Эти сли-

вшія ядерныя массы расположены большею частью внутри долекъ между кучками эпителиальныхъ клѣтокъ, рѣже во внутридольчатой соединительной ткани. По Elkes вѣроятно, что сліяніе ядеръ является послѣдствіемъ какого-то поврежденія железистой ткани сифилитическимъ ядомъ или другими вредными веществами.

Послѣ пересмотра своихъ препаратовъ я могъ убѣдиться что эти ядерныя скопленія встрѣчаются какъ въ железахъ дѣтей и недоношенныхъ плодовъ, такъ и въ железахъ взрослыхъ. Однако число этихъ ядерныхъ скопленій значительно больше въ дѣтскихъ железахъ, чѣмъ въ железахъ взрослыхъ, Далѣе, на основаніи того; что эти ядерныя скопленія встрѣчались преимущественно въ периферическихъ частяхъ железъ и очень рѣдко въ болѣе центрально расположенныхъ доляхъ, приходится отказаться отъ мысли, что эти ядра перерождены. Тѣмъ болѣе, что въ такихъ препаратахъ нигдѣ не замѣтно никакихъ явленій перерожденія, некроза и т. д.; все части железъ одинаково хорошо окрасились, ядра, протоплазма клѣтокъ никакихъ измѣненій не представляютъ. Кромѣ того эти ядерныя скопленія расположены преимущественно въ тѣхъ доляхъ, въ которыхъ дифференцировка эпителиальныхъ клѣтокъ на фолликулы менѣе выражена, чѣмъ въ тѣхъ частяхъ, гдѣ уже имѣются готовые фолликулы. Въ железахъ взрослыхъ, гдѣ не дифференцированныхъ клѣточныхъ массъ очень мало или совсѣмъ нѣтъ, эти ядерныя скопленія расположены небольшими кучками въ соединительно — тканыхъ прослойкахъ между дольками и тоже преимущественно въ периферическихъ частяхъ железы. Наконецъ встрѣчаются во многихъ препаратахъ мѣста, гдѣ совершенно ясно видно, что изъ этихъ ядерныхъ скопленій образуются фолликулы, какъ это изображено на рисункѣ № 5. Все приведенныя доводы, по моему мнѣнію, говорятъ противъ мнѣнія de Goulon, Cottmann и Elkes, что эти ядерныя скопленія представляютъ измѣненныя перерожденныя ядра. Совершенно конечно нельзя согласиться съ Elkes, который на основаніи того, что въ одной железе ребенка съ наследственнымъ сифилисомъ, также можно было видѣть эти ядерныя скопленія, высказалъ мысль, что они могутъ зависѣть отъ дѣйствія сифилитическаго яда. Его собственный матеріалъ говоритъ противъ такого мнѣнія, такъ какъ онъ эти ядерныя скопленія нашелъ 6 разъ въ 14 дѣтскихъ железахъ безъ явленій наследственнаго сифи-

лица и только 1 разъ въ 3 изслѣдованныхъ дѣтскихъ железахъ съ явленіями наследственнаго сифилиса. На основаніи моего матеріала нужно думать, что эти ядерныя скопленія являются однимъ изъ способовъ роста железы; въ этомъ особенно убѣждаютъ мѣста изображенныя на рисункѣ, гдѣ видно, что изъ этихъ ядерныхъ скопленій образуются новыя фолликулы.

Чтобы дать нѣкоторое представленіе о количествѣ этихъ ядерныхъ скопленій, я въ таблицѣ I въ 22-ой рубрицѣ отмѣчалъ большее или меньшее количество такихъ ядерныхъ скопленій словами мало, много и умѣренно.

Нашъ матеріалъ даетъ слѣдующія указанія о количествѣ ядерныхъ скопленій и о частотѣ ихъ нахожденія въ щитовидныхъ железахъ. Въ контрольныхъ железахъ недоношенныхъ дѣтей эти ядерныя скопленія были найдены въ 50% всѣхъ изслѣдованныхъ случаевъ; въ 60% ихъ было мало, въ 20% умѣренно и въ 20% много. Въ железахъ сифилитическихъ недоношенныхъ дѣтей эти образования найдены въ 33,3% всѣхъ изслѣдованныхъ железъ, при этомъ ихъ было мало въ 25%, умѣренное количество въ 50% и много въ 25%.

Въ железахъ доношенныхъ дѣтей получаютъ слѣдующія данныя: въ контрольныхъ железахъ эти ядерныя скопленія были найдены въ 65% всѣхъ изслѣдованныхъ железъ, въ 13,3% ихъ было мало, въ 13,3% умѣренно и въ 73,4% ихъ было много. Въ железахъ сифилитическихъ дѣтей ядерныя скопленія были найдены въ 21% всѣхъ изслѣдованныхъ железъ и при томъ въ маломъ количествѣ въ 25% и въ умѣренномъ количествѣ въ 75%. Въ железахъ взрослыхъ нами найдено въ 30% ядерныя скопленія въ контрольныхъ железахъ и въ 14% въ железахъ сифилитиковъ; въ первыхъ ядерныхъ скопленій было мало въ 25%, умѣренно въ 50% и много въ 25%; въ железахъ сифилитиковъ во всѣхъ случаяхъ было мало ядерныхъ скопленій.

Нашъ матеріалъ такимъ образомъ показываетъ, что ядерныя скопленія въ контрольныхъ железахъ недоношенныхъ и доношенныхъ дѣтей встрѣчаются часто и ихъ немного больше въ железахъ доношенныхъ дѣтей. Наши данныя въ этомъ отношеніи не согласуются съ выводомъ Ellis, который въ железахъ недоношенныхъ дѣтей не находилъ ядерныхъ скопленій. Въ железахъ взрослыхъ все же приблизительно въ $\frac{1}{2}$ всѣхъ изслѣдованныхъ железъ можно

было найти эти образования, но количество ихъ значительно меньше. Въ железахъ сифилитиковъ ядерныя скопленія наблюдаются значительно рѣже и количество ихъ въ железахъ взрослыхъ и доношенныхъ дѣтей тоже замѣтно меньше, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ; только въ железахъ недоношенныхъ дѣтей количество ядерныхъ скопленій въ тѣхъ железахъ, гдѣ они наблюдаются, больше, чѣмъ въ соответствующихъ контрольныхъ железахъ. Если теперь допустить высказанное выше предположеніе, которое, основываясь на нашихъ препаратахъ, весьма вѣроятно, а именно, что эти ядерныя скопленія являются однимъ изъ способовъ развитія фолликуловъ и роста щитовидной железы, то данныя нашихъ изслѣдованій позволяютъ сдѣлать слѣдующія заключенія: развитіе новыхъ фолликуловъ интенсивнѣе въ железахъ молодого возраста и слабѣе выражено въ железахъ сифилитиковъ; однако въ железахъ недоношенныхъ дѣтей съ явленіями наследственнаго сифилиса, хотя въ нихъ относительно рѣже встрѣчаются ядерныя скопленія, но количество ихъ значительно больше, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ и нужно полагать, развитіе фолликуловъ идетъ энергичнѣе. Этимъ можетъ быть, объясняется относительно большой вѣсъ щитовидныхъ железъ недоношенныхъ дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ и большее, по сравненію съ контрольными железами, развитіе фолликуловъ. При такомъ взглядѣ на значеніе ядерныхъ скопленій легко объяснимо и то явленіе, что средній вѣсъ щитовидныхъ железъ доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей ниже, чѣмъ средній вѣсъ контрольныхъ железъ: въ сифилитическихъ железахъ ядерныя скопленія встрѣчаются рѣже и количество ихъ въ щитовидныхъ железахъ сифилитиковъ значительно меньше; поэтому развитіе новыхъ фолликуловъ и ростъ железы меньше, чѣмъ у контрольныхъ дѣтей. Можно себѣ представить этотъ процессъ такимъ образомъ, что большая часть ядерныхъ скопленій уже использована во время внутриутробной жизни.

Заключение и выводы.

Если подвести теперь итог нашим изслѣдованіямъ и спросить, въ чемъ-же проявляется вліяніе сифилитической инфекціи на щитовидную железу, то на основаніи данныхъ нашего матеріала мы должны сказать, что при наследственномъ и приобретенномъ сифилисѣ специфическія измѣненія въ щитовидной железѣ, свойственныя только сифилису, повидимому, наблюдаются рѣдко. Въ нашемъ матеріалѣ гумозный тиреоидитъ ни разу не былъ найденъ.

Во всякомъ случаѣ, поскольку можно судить на основаніи анатомической картины, въ щитовидныхъ железахъ сифилитиковъ, по сравненію съ контрольными, прежде всего бросаются въ глаза не столько качественныя, сколько количественныя измѣненія. Пользуясь 2-ой таблицей, въ которой всѣ уклоненія въ строеніи щитовидныхъ железъ сифилитиковъ отъ контрольныхъ железъ за опредѣленный возрастъ выражены цифрами, мы видимъ довольно значительныя различія, касающіяся степени развитія железы. Эта разница въ строеніи выражена яснѣе въ железахъ недоношенныхъ плодовъ и доношенныхъ дѣтей; въ железахъ взрослыхъ эта разница не такъ ясна. Это и понятно, если вспомнить вредное вліяніе острыхъ и хроническихъ инфекціонныхъ заболеванийъ и разныхъ интоксикацій на микроскопическое строеніе щитовидной железы.

Если вемотрѣться въ таблицу, то видно, что всѣ уклоненія отъ нормы въ щитовидныхъ железахъ сифилитиковъ болѣе или менѣе однородны. Чтобы охарактеризовать эту разницу, которая благодаря цифровому методу записи совершенно ясна, нѣсколькими словами, можно сказать, что щитовидная железа при врожденномъ сифилисѣ въ своемъ строеніи представляется для даннаго возраста несоотвѣтственно, преждевременно зрѣлой. Я бы не считалъ себя въ правѣ, сдѣлать такой выводъ, если бы съ этимъ не согласовались всѣ измѣненія, замѣченныя въ железахъ сифилитиковъ. Большой противъ контрольныхъ железъ средній размѣръ долекъ и фолликуловъ, болѣе раннее появленіе темнаго, плотнаго коллоида и преобладающее количество его въ железахъ сифилитиковъ, меньшее количество клѣтокъ въ фолликулахъ и мень-

шее количество протоплазмы и болѣе раннее появленіе жировыхъ зернышекъ въ протоплазмѣ эпителия фолликуловъ, все это указываетъ какъ бы на болѣе быстрое развитіе щитовидной железы сифилитиковъ. На это также указываетъ меньшее развитіе соединительной ткани въ железахъ доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей по сравненію съ контрольными железами; въ нихъ больше развитой железистой ткани.

Если далѣе допустить, что изъ ядерныхъ скопленій могутъ развиваться фолликулы, то и это явленіе служитъ подтвержденіемъ высказаннаго предположенія. Ядерныхъ скопленій во всѣхъ возрастахъ въ железахъ сифилитиковъ меньше, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ; однако относительное количество ихъ въ железахъ сифилитическихъ плодовъ больше, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ, и можно себя представить это явленіе такимъ образомъ, что развитіе фолликуловъ въ этомъ возрастѣ идетъ энергичнѣе, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ; въ железахъ доношенныхъ дѣтей этотъ запасъ образовательнаго матеріала для новыхъ фолликуловъ какъ будто частью израсходованъ и дальнѣйшій ростъ щитовидной железы совершается медленнѣе. Съ такимъ объясненіемъ совпадаютъ и данныя, полученныя при взвѣшиваніи железъ этихъ двухъ группъ: средній вѣсъ щитовидной железы сифилитическихъ плодовъ, согласно болѣе энергичному развитію фолликуловъ, больше на 32% средняго вѣса контрольныхъ железъ; для железъ же доношенныхъ дѣтей получаются обратныя отношенія: въ этой группѣ въ контрольныхъ железахъ замѣчается усиленный ростъ и железы этого возраста тяжелѣе на 33,6%, чѣмъ железы сифилитическихъ доношенныхъ дѣтей.

Такимъ образомъ, мы видимъ, что наследственный сифилисъ на щитовидную железу дѣйствуетъ иначе, чѣмъ, напр. на поджелудочную железу и на надпочечники. Въ поджелудочной железѣ, по Лихачеву, наблюдается усиленное развитіе соединительной ткани, задержка въ развитіи островковъ Langerhans'a, утолщеніе наружной оболочки мелкихъ сосудовъ и, въ очень рѣдкихъ случаяхъ, явленія эндартерита; гуммы не были найдены. По Холостову въ надпочечникахъ преимущественно наблюдаются хроническіе интерстиціальныя процессы и пораженіе кровеносныхъ сосудовъ.

Въ щитовидной железѣ при наследственномъ сифилисѣ,

какъ правило, измѣненія сосудовъ, повидимому не наблюдаются; точно также соединительная ткань железы не страдаютъ. Щитовидная железа, въ противоположность напр. поджелудочной железѣ, не только задерживается въ развитіи при наследственномъ сифилисѣ, какъ это считаетъ Reggardo, но наоборотъ, она развивается быстрѣе.

Переходя къ дальнѣйшему анализу выводовъ, я не могу обойти молчаніемъ слѣдующіе факты.

Если при оцѣнкѣ измѣненій въ щитовидной железѣ доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей можно было не принимать въ расчетъ вліяніе острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній на железу, такъ какъ это вліяніе въ такой-же мѣрѣ существуетъ и для контрольныхъ железъ, то для взрослыхъ сифилитиковъ вопросъ этотъ стоитъ иначе и требуетъ нѣкотораго разъясненія. Причиной смерти для взрослыхъ сифилитиковъ, отъ которыхъ получены щитовидныя железы, въ 4 случаяхъ служила основная болѣзнь, сифилисъ; въ остальныхъ случаяхъ причиной смерти отмѣчено: воспаленіе легкихъ, азиатская холера, гнойный перитонитъ, септицемія и туберкулезъ легкихъ, параличъ сердца, тромбозъ art. basilaris. Какъ мы видѣли выше, воспаленіе легкихъ, азиатская холера, септицемія и туберкулезъ легкихъ оказываютъ въ большей или въ меньшей мѣрѣ вліяніе на щитовидную железу. Кромѣ туберкулеза, вызывающаго, согласно большинству изслѣдователей, склерозъ щитовидной железы, остальные заболѣванія вліяютъ на щитовидную железу въ однородномъ направленіи, т. е. измѣненія въ щитовидной железѣ, наблюдаемыя при острыхъ инфекціонныхъ процессахъ, указываютъ на повышенную или измѣненную дѣятельность железы; за это говорятъ увеличенное кровенаполненіе железы, гиперплазія эпителия фолликуловъ, усиленная десквамація, разжиженіе и исчезаніе коллоида изъ полости фолликуловъ.

Среди взрослыхъ, отъ которыхъ взяты контрольныя железы, только 1 разъ причиной смерти отмѣчена азиатская холера; въ остальныхъ случаяхъ причиной смерти служили новообразованія, лейкемія, кровотеченіе при Morbus Banti, раніе сердца, параличъ сердца; всѣ эти заболѣванія, согласно указаніямъ de-Quevaïn'a, Милевскаго и др. или совершенно не оказываютъ вліянія на стрсеніе щитовидной железы или это вліяніе еще недостаточно выяснено.

Естественно можно было ожидать, что при вычисленіи въ % измѣненій въ щитовидныхъ железахъ сифилитиковъ вліяніе инфекціонныхъ заболѣваній скажется въ томъ или другомъ отношеніи. Однако оказывается, что всѣ измѣненія, которыя наблюдаются въ щитовидныхъ железахъ при острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, не только отсутствуютъ въ щитовидныхъ железахъ сифилитиковъ, но, наоборотъ, данныя 2-ой таблицы ясно показываютъ, что железы сифилитиковъ, не смотря на вліяніе инфекціонныхъ заболѣваній, отличаются отъ контрольныхъ железъ большимъ количествомъ плотнаго коллоида, меньшей степенью вакуолизаціи его, меньшимъ количествомъ клѣтокъ въ фолликулахъ и въ коллоидѣ и меньшимъ кровенаполненіемъ. Такимъ образомъ, мы на основаніи нашего матеріала должны сказать, что острые инфекціонныя заболѣванія въ щитовидныхъ железахъ сифилитиковъ не вызвали свойственныхъ этимъ заболѣваніямъ измѣненія.

Въ заключеніе я позволю себѣ коснуться вопроса о функціи щитовидной железы у сифилитиковъ, поскольку объ этомъ можно предположительно высказаться на основаніи патолого анатомическихкихъ изслѣдованій. Къ сожалѣнію, этотъ вопросъ далеко еще не рѣшенъ, такъ какъ въ точности неизвѣстенъ ни способъ выдѣленія, ни способъ всасыванія и поступленія въ общій токъ кровообращенія секрета щитовидной железы. Понятно, что при отсутствіи этихъ основныхъ знаній, сдѣлать какія-нибудь заключенія въ этомъ направленіи нельзя и только въ самое послѣднее время, какъ было указано выше, работами Kocher'a, Zander'a и Томаревскаго вопросъ о зависимости функціи отъ опредѣленной микроскопической картины начинаетъ выясняться. Если мы обратимся къ нашему матеріалу, то мы должны съ самаго начала сказать, что ввиду отсутствія специфическихъ и рѣзко отличающихся отъ нормы измѣненій въ щитовидныхъ железахъ сифилитиковъ, нельзя ожидать рѣзкихъ отклоненій отъ нормы и въ функціи железы. Функція железъ сифилитиковъ, нужно думать, будетъ также, какъ и микроскопическая картина, отличаться отъ контрольныхъ железъ преимущественно въ количественномъ отношеніи. Мы видѣли, что сифилитическій ядъ на эмбриональную щитовидную железу дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ, она развивается быстрѣе, чѣмъ контрольныя железы и въ ея фолликулахъ равнѣе по-

является коллоидъ; казалось -бы логичнымъ на основаніи этого, заключить, что и функция щитовидной железы у сифилитическихъ плодовъ начинается раньше. Выражена ли она сильнѣе или слабѣе, рѣшить нельзя. Для доношенныхъ дѣтей и взрослыхъ на основаніи тѣхъ указаній, которыя имѣются въ литературѣ, нужно думать, что функция железъ сифилитиковъ по сравненію съ функцией контрольныхъ железъ понижена. Въ железахъ сифилитиковъ всё тѣ измѣненія, которыя, по повѣйшимъ литературнымъ даннымъ указываютъ на усиленную функцию щитовидной железы, какъ гиперплазія эпителия и десквамація его, разжиженіе коллоида и исчезаніе его изъ полости фолликуловъ и гиперемія железъ, выражены замѣтно слабѣе, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ. Далѣе, въ железахъ сифилитиковъ степень вакуолизаціи также выражена слабѣе и если допустить, что степень вакуолизаціи есть показатель всасыванія коллоида, то и это явленіе говоритъ въ пользу того, что железы сифилитиковъ функционируютъ меньше, чѣмъ контрольныя железы. Однако, приведенныя соображенія еще далеко не достаточны для рѣшенія вопроса въ томъ смыслѣ, что щитовидныя железы сифилитиковъ функционируютъ слабѣе, чѣмъ контрольныя железы; для этого необходимы добавочныя химическія и гематологическія изслѣдованія.

Перехожу къ выводамъ, которые я считаю вправѣ сдѣлать на основаніи собственныхъ изслѣдованій:

1. Средній вѣсъ щитовидной железы у недоношенныхъ сифилитическихъ плодовъ въ возрастѣ отъ V—VIII мѣсяцевъ внутриутробной жизни въ среднемъ на 0,27 гр. больше, чѣмъ средній вѣсъ ея въ контрольныхъ случаяхъ (1,1—0,83 гр.) Вѣсъ щитовидной железы у доношенныхъ дѣтей съ явленіями наследственнаго сифилиса меньше, чѣмъ у дѣтей контрольныхъ на 0,75 гр. (1,48—2,23).

2. У недоношенныхъ сифилитическихъ плодовъ междольчатая соединительная ткань развита немного сильнѣе, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ. У доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей наблюдаются обратныя отношенія. У взрослыхъ съ приобретеннымъ сифилисомъ междольчатая соединительная ткань развита сильнѣе.

3. Развитие внутридольчатой соединительной ткани у недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей выражено сильнѣе,

чѣмъ въ контрольныхъ железахъ. Изъ дѣтей доношенныхъ, наоборотъ, у сифилитическихъ дѣтей внутридольчатая соединительная ткань развита слабѣе. Это же явленіе наблюдается у взрослыхъ съ приобретеннымъ сифилисомъ, но въ болѣе слабой степени.

4. Средній размѣръ долекъ у недоношенныхъ и доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей и у взрослыхъ сифилитиковъ немного больше, чѣмъ въ контрольныхъ случаяхъ.

5. Размѣръ фолликуловъ у недоношенныхъ, доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей и у взрослыхъ сифилитиковъ въ среднемъ больше, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ.

6. У недоношенныхъ и доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей и у взрослыхъ сифилитиковъ преобладаетъ круглая форма фолликуловъ.

7. У недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей темный, плотный коллоидъ появляется раньше и встрѣчается чаще, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ. Вакуолы въ коллоидѣ железъ сифилитическихъ дѣтей встрѣчаются чаще, но степень вакуолизаціи коллоида меньше. Въ щитовидныхъ железахъ взрослыхъ сифилитиковъ вакуолы вообще встрѣчаются рѣже и степень вакуолизаціи меньше, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ.

8. Количество клѣтокъ въ коллоидѣ (десквамація) въ железахъ недоношенныхъ сифилитическихъ дѣтей немного больше, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ. Въ железахъ доношенныхъ дѣтей и взрослыхъ наоборотъ, въ коллоидѣ у сифилитиковъ наблюдается меньше клѣтокъ.

9. Количество клѣтокъ въ фолликулахъ щитовидныхъ железъ у недоношенныхъ и доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей и у взрослыхъ сифилитиковъ меньше, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ. Количество протоплазмы также больше въ контрольныхъ случаяхъ.

10. Въ величинѣ и формѣ ядеръ эпителия фолликуловъ щитовидной железы сифилитиковъ по сравненію съ контрольными железами рѣзкой разницы не замѣчается.

11. Кровенаполненіе выражено слабѣе въ железахъ сифилитическихъ дѣтей и взрослыхъ сифилитиковъ.

12. Количество эластической ткани, повидимому, находится въ прямой зависимости отъ количества соединительной ткани въ железахъ: по сравненію съ контрольными железами она больше развита у недоношенныхъ дѣтей и у взрослыхъ сифилитиковъ и меньше у доношенныхъ сифилитическихъ дѣтей.

13. Жировыя зернышки въ клеткахъ фолликуловъ встрѣчаются въ гораздо большемъ количествѣ въ железахъ дѣтей, съ наследственнымъ сифилисомъ, чѣмъ это наблюдается въ контрольныхъ железахъ. У взрослыхъ съ приобретеннымъ сифилисомъ, также наблюдается жировыхъ зернышекъ въ большемъ количествѣ.

14. Измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ въ щитовидныхъ железахъ сифилитическихъ дѣтей и взрослыхъ сифилитиковъ встрѣчаются рѣдко.

15. Ядерныя скопленія встрѣчаются въ щитовидныхъ железахъ дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ и у взрослыхъ съ приобретеннымъ сифилисомъ значительно рѣже и въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ.

16. Измѣненія, наблюдаемая въ щитовидныхъ железахъ у дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ и у взрослыхъ съ приобретеннымъ сифилисомъ, не представляютъ собою ничего специфическаго; измѣненія эти лишь количественныя и сводятся вкратцѣ къ тому, что щитовидная железа при наследственномъ сифилисѣ развивается какъ бы быстрѣе, въ фолликулахъ ея раньше появляется плотный коллоидъ и эпителий фолликуловъ содержитъ жиръ въ болѣе раннемъ возрастѣ и въ большемъ количествѣ, чѣмъ въ контрольныхъ железахъ.

17. Щитовидная железа у сифилитическихъ дѣтей продѣлываетъ всѣ фазы своего развитія быстрѣе; при изслѣдованіи онѣ производятъ впечатлѣніе болѣе старшихъ по возрасту, чѣмъ контрольныя железы дѣтей того же возраста.

Въ заключеніе я съ глубокой благодарностью вспоминаю всѣхъ, которымъ я обязанъ своимъ научнымъ образованіемъ во время моихъ занятій и службы.

Прежде всего считаю своимъ нравственнымъ долгомъ выразить глубокую благодарность моему учителю, глубокоуважаемому профессору Николаю Александровичу Вельяминову, за его просвѣщенное руководство въ хирургіи и прежде всего, за ту хирургическую школу, которую я получилъ въ его клиникѣ; благодарю Николая Александровича за постоянную помощь и интересъ къ моимъ работамъ, за предложеніе темы для предлагаемой диссертации, за постоянное наблюденіе и совѣты при ея выполненіи.

Ассистента клиники, приватъ-доцента Владиміра Ни-

колаевича Томашевскаго, благодарю отъ всей души за неизмѣнное дружеское отношеніе ко мнѣ и посильное руководство и помощь во всѣхъ моихъ работахъ. Владиміръ Николаевичъ сумѣлъ возбудить во мнѣ интересъ къ патолого-анатомическимъ изслѣдованіямъ и руководилъ первыми моими шагами въ этомъ направленіи. Благодаря его энергіи и живѣйшему интересу ко всѣмъ успѣхамъ въ хирургіи, я имѣлъ возможность, подъ его руководствомъ, ознакомиться со многими новыми клиническими и оперативными приемами и усовершенствованіями въ хирургіи. Душевно благодарю его и за ту помощь и многочисленные совѣты, которыми я пользовался при выполненіи настоящей работы.

Выражаю свою искреннюю признательность глубокоуважаемому профессору Александру Ивановичу Моисееву за просмотръ препаратовъ къ настоящей работѣ и крайне цѣнные совѣты и указанія при объясненіи микроскопическихъ картинъ. Благодарю также за то любезное отношеніе, которое я всегда встрѣчалъ. многократно обращаюсь за совѣтами для разъясненія клиническихъ препаратовъ.

Съ особой благодарностью вспоминаю бывшего прозектора лабораторіи, Леонида Васильевича Соболева, за то рѣдкое участіе, которое онъ принималъ въ настоящей работѣ, просматривая микроскопическіе препараты, провѣряя ихъ протокольныя описанія и записи въ таблицы; послѣднія составлены при участіи и совѣтамъ Леонида Васильевича.

Искренне благодарю также главнаго врача Калининской больницы, глубокоуважаемаго профессора С. Я. Кульнева, за разрѣшеніе пользоваться секціоннымъ матеріаломъ завѣдуемой имъ больницы.

Профессора Н. Ф. Виноградова и главнаго врача Городской дѣтской больницы, А. Д. Зотова, благодарю за разрѣшенія пользоваться патолого-анатомическимъ матеріаломъ, послужившимъ мнѣ для цѣлей контроля.

Всѣхъ товарищей по клиникѣ благодарю за неизмѣнно доброе ко мнѣ отношеніе и постоянную помощь во всѣхъ моихъ занятіяхъ.

Литература.

- Abrahams.—Philad. med. Journal.—1901 г.
 Aeschbacher.—Mit. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. Bd. 15. 1905.—Über d. Einfluss krankhafter Zustände auf d. Iod- u. Phosphorgehalt d. normalen Schilddrüse.
 Andersson.—Archiv f. Anatomie. u. Physiologie. 1894. Abteil. f. Anatomie. Zur Kenntnis der Morphologie der Schilddrüse.
 Arnd.—Deut. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 116.—Beiträge zur Klinik d. Schilddrüsentuberkulose.
 Bayon.—Zentr. für allg. Pathol. u. pathol. Anatomie. 1904. № 18 p. 738.—Über die Thyreoiditis simplex und ihre Folgen.
 Bérard.—Corps thyroïde, myxoedèmes, thyreoidites et strumites—Paris 1908 г.
 Beer.—Wiener med. Presse. 1906. № 19.—Zur Pathologie der Sklerodermie u. des Morb. Basedowi.
 Берлацкий.—Засѣданіе Одесск. Дерматологич. и венерологич. Общества отъ 12 февр. 1903 г.
 Biondi.—Berl. klin. Wochenschr. 1888 № 48.—Beitrag zur Struktur u. Funktion der Schilddrüse.
 Blum.—Virchows Archiv. Bd. 166. 1901 p. 403.—Über Nierenveränderungen bei Ausfall der Schilddrüssentätigkeit.
 Онъ-же.—Die Schilddrüse als entgiftendes Organ.—Berlin. klin. Wochenschr. 1898 № 43 u. Virchows Archiv. Bd. 158 pag. 495. 1899 г.
 Онъ-же.—Neues und Altes zur Physiologie und Pathologie der Schilddrüse. Verh. d. Kongresses für innere Medizin. 1906 in München. p. 183.
 Bozzi.—Zieglers Beiträge. Bd. 18. 1895. Untersuch. über die Schilddrüse. Histologie, Sekretion, Regeneration.
 Bruns.—Struma tuberculos. Bruns Beiträge. Bd. 10.—1893 г.
 Холостовъ.—Къ вопросу объ измѣненіи строенія надпочечныхъ железъ при наследственномъ сифилисѣ.—Дисс. СПбургъ. 1909 г.
 De Coulon.—Virchows Archiv. Bd. CXLVII. S 3.—Über die Thyroïdeia und Hypophysis der Cretinen, sowie über Thyreoidalreste bei Struma nodosa.

- Davis.—Transact. of the Chicago pathol. Soc. Vol. 7. 1909. № 9. pag. 273—274. Gumma of the thyroid.
 Demme.—Die Krankheiten der Schilddrüse. Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Bd. III. 2 Hæfte. 1878 p. 413.
 Delore et Alamartine.—Thyroidite ligneuse. Revue de chir. XLIV. 1911 г.
 Dieterle.—Virchows Archiv. Bd. 184.—Die Athyreosis, unter besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden Skelettveränderungen, sowie der differential-diagnostisch vornehmlich in Betracht kommenden Störungen des Knochenwachstums.
 v. Eiselsberg.—Die Krankheiten der Schilddrüse.—1901 г.
 Idem.—Langenbecks Archiv. Bd. 49. H. 1. 1894.—Über vegetative Störungen im Wachstum von Tieren nach frühzeitiger Schilddrüsensexstirpation.
 Idem.—Beiträge zur klin. Chirurgie. Festschrift gewidm. T. Billroth.
 Elkes.—Arbeiten aus dem pathol. Institut. Tübingen. Bd. 4.—1904 г.
 Engel-Reimers.—Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten. Bd. III.—1891—1892 г.г.
 Erdheim.—Zieglers Beiträge. Bd. 33. 1904.—Zur normalen und pathologischen Histologie der gl. thyroïdeia, parathyroïdeia u. Hypophysis.
 И. М. Фердманъ.—Протоколы Одесскаго дерматолог. и венеролог. Общества за 1902—1903 г. Засѣданіе 12 февр. 1903 г. Русскій журналъ кожныхъ и венерическ. болѣзней. Томъ VI. 1903 г. p. 775.
 Freund.—Deut. Zeitschr. für Chirurgie. Bd. 31. H 5 и 6. 1891. Über die Beziehungen der Schilddrüse und der Brustdrüse zu den schwangern und erkrankten weiblichen Genitalien.
 Fürst.—Berl. klin. Wochenschr. 1898 № 46.—Ein Fall von ūtruma cong. bei elterlicher Syphilis.
 Fränkel.—Deut. med. Wochenschr. 1887 № 48, pag. 1035. Über Tracheal- und Schilddrüsensyphilis.
 Garnier.—La glande thyroïde dans les maladies infectieuses. Thèse de Paris—1899 г.
 Getzowa.—Virchows Archiv. Bd. 180.—Über die Thyroïdeia von Cretinen und Idioten.
 Гундоровъ.—Русск. журналъ кожн. и венерич. болѣзней, томъ XI 1906 и Archiv für Dermatologie u. Syphilis. 1905. Bd. LXXVII.
 Gutknecht.—Virchows Archiv. Bd. 99. Die Histologie der Strumen.
 Hecker.—Deut. Archiv für klin. Medizin 1898, Heft. 1. Beiträge zur Histologie u. Pathologie d. congen. Syphilis.
 Hektoen u. Wells.—Zentr. für allg. Pathologie u. pathol. Anatomie, 1897, pag. 673. Ein Fall von Sclerodermie in Verbindung mit chron. fibrösen Veränderungen in der Schilddrüse, Vermind-

- derung des Thyrojdins u. Zunahme d. chromophilen. Zellen und d. Colloids in der Hypophysis.
- Hedinger.—Deut. Zeitschr. für Chirurgie. Bd. 116.—Zur Lehre der Schilddrüsentuberkulose.
- Hesselberg.—Frankfurter Zeitschrift für Pathologie. Bd. 5.—1910 r.
- Hitzig.—Langenbecks Archiv. Bd. 47. 1894.—Beiträge zur Histologie u. Histogenese der Struma.
- Horcicka.—Zeitschr. für Heilkunde. 1880.—Beitr. zur Entwicklung. und Wachstumsgeschichte der Schilddrüse.
- Hülte.—Pester med chir. Presse. 1899 № 19.—Über dieluetischen Erkrankungen der Schilddrüse.
- Hürthle.—Deut. med. Wochenschr. 1894 № 12 u. Pflügers Archiv Bd. 56. 1894.—Beiträge zur Kenntniss des Sekretionsvorganges in der Schilddrüse.
- Iores.—Zieglers Beiträge. Bd. 22. Heft. 2.—Über Erkrankungen der Arterien der Struma.
- Isenschmid.—Frankfurter Zeitschr. für Pathologie. Bd. 5. 1910.—Zur Kenntniss der menschlichen Schilddrüse im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Herkunft aus verschiedenen Gegenden im Hinblick auf die endemische Struma.
- Julien.—Traité pratique des maladies vénériennes. pag. 642.
- Iwanoff.—De la tuberculose de la glande thyroïde Thèse de Lyon.—1899 r.
- Kashiwamura.—Virchows Archiv. Bd. 166. 1901 pag. 373. Die Schilddrüse bei Infektionskrankheiten.
- Kimla.—Wiener mediz. Woch. 1905 № 31. Kongenitale latente Hypoplasien der drüsigen Organe bei der kongenitalen Syphilis.
- Kishi.—Virchows Archiv. Bd. 176 1904. pag. 260.—Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse.
- Th. Kocher.—Archiv für klin Chirurgie. Bd. 87. 1908.—Blutuntersuchungen bei Morb. Basedowi mit Beiträgen zur Frühdiagnose und Theorie der Krankheit.
- Ide m.—Archiv für klin Chirurgie. Bd 92. Heft 4. Iodbasedow.
- A. Kocher.—Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. XIV H. 4. Über die Ausscheidung des Iods im menschlichen Harn u. ihre Beziehung zum Iodgehalt und zur Verkleinerung der Strumen.
- Köhler.—Berl. klin. Wochenschr. 1892 u 1894—Myxoedema auf Syphilis beruhend.
- Kölliker.—Handbuch der Gewebelehre. Bd. III.
- Kottmann.—Zeitschrift für klin Medizin. Bd. 71.
- Kraus u. Kocher.—Münchener mediz. Wochenschr. 1906 № 18.—Pathologie der Schilddrüse.
- и Deut. med. Wochenschr. 1906. № 18 p. 737.
- Küttner.—Bruns Beiträge 1898. Bd. 22. Heft. 2.—Struma Syphilitica.
- Lancereaux.—Traité historique et pratique de la Syphilis. Paris. 1873 pag. 288.

- Landau.—Berl. klin. Wochenschr. 1887 № 11 pag. 183.
- Langendorff.—Archiv für Physiologie. 1889. Suppl.—Beiträge zur Kenntniss der Schilddrüse.
- Langhans.—Anatomische Beiträge zur Kenntniss der Kretinen.—Virchows Archiv. Bd. 149 pag. 155—1897 r.
- Lang.—Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. 2 Hæfte 1. Abt. pag. 322.—1885 r.
- Лихачевъ.—Къ вопросу объ измѣненіи строенія поджелудочной железы при наследственномъ сифилисѣ. Дисс. СПбургъ.—1907 r.
- Lobenhoffer.—Mitt. aus den Grenzgeb. Bd. 20. Heft 4. 1909. Beiträge zur Lehre der Sekretion in den Strumen.
- Lübcke.—Virchows Archiv. Bd. 167 pag. 490. 1902.—Beiträge zur Kenntniss der Schilddrüse.
- Lüthi.—Mitt. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. 15. 1905. Über experimentelle venöse Stauung der Hundeschilddrüse.
- Mauriac.—Syphilis primitive et syphilis secondaire. 1890. p. 474.
- Mendel.—Die Syphilis der Schilddrüse.—Mediz. Klinik. 1906 № 32 pag. 833.
- Милевскій.—Къ вопросу объ измѣненіяхъ gl. thyreoideae u. gl. parathyreoideae (Epithelkörperchen) при острыхъ заболѣваніяхъ. Дисс. СПбургъ.—1907 r.
- Müller.—Zieglers Beiträge. Bd. 19. 1896. Beiträge zur Histologie der normalen und erkrankten Schilddrüse.
- Munk.—Virchows Archiv. Bd. CL pag. 271.—Zur Lehre von der Schilddrüse.
- Osler.—Journ. of cut. and. genito. win. diseases. 1898 № 2—3.—On diffuse sderoderma, with special reference to diagnosis and to the use of thé thyroid-gland extract.
- Oswald.—Virchows Archiv. Bd. 169. 1902.—Die Chemie und Physiologie des Kropfes.
- R. Park.—Wiener klin. Wochenschrift. 1909. № 44.—Die Beziehungen der inneren Sekrete zur Chirurgie.
- Парскій.—Щитовидная железа и ея измѣненія по возрастамъ. Дисс. СПбургъ.—1901 r.
- Pel.—Berl. klin. Wochenschr. 1905 № 44 a.—Familiäres Vorkommen von Akromegalie und Myxoedem aufluetischer Grundlage.
- Penzold.—Münch. med. Wochenschr. 1907 pag. 240.
- Perrando.—Gazz. osped. e clin. 1902 № 4.—Histologische Veränderungen der Schilddrüse bei den syphilitischen nicht lebensfähigen Foeten.—Zit nach Zentr. für allg. Pathologie. 1903 pag. 695.
- Петровъ.—Русскій врачъ № 20. 1910. — Измѣненія щитовидной железы и надпочечниковъ при отравленіи алкогелемъ.
- Podbelsky.—Prager med. Wochenschr. 1892 № 19 u 20.—Über des Vorkommen des Colloids in den Lymphgefäßen der strumös erkrankten menschlichen Schilddrüse.
- Полтавцевъ.—Русскій журн. кожн. и венер. болѣзней.

1901. pag. 85 и 193. Измѣненіе щитовидной железы у сифилитиковъ въ теченіе второй инкубаціи и періода сыпей.
- Poncet et Leriche.—Gazette des hôpitaux № 63. 1912 г.
- Поспѣловъ.—Медицинское обозрѣніе. 1893 № 22 и 1894 26 января.
- De Quervain.—Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 67 Heft 3.
- 1902.—Über akute nicht eiterige Thyreoiditis.
- Idem.—Mitt. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chirurgie. 1904. 2 Supp.—Bd. Die akute, nicht eitrige Thyreoiditis und die Beteiligung der Schilddrüse an akuten Intoxikationen und Infektionen überhaupt.
- Idem.—Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. 15.
- 1905.—Thyreoiditis simplex und toxische Reaktion der Schilddrüse.
- Reinbach.—Zentr. für Chirurgie. 1898 pag. 545.—Zur Chemie des Colloids der Kröpfe.
- Idem.—Zieglers Beiträge. Bd. 16.—Über die Bildung des Kolloids in Strumen.
- Riedel.—Verhandlungen des XXVI Chirurgen.—Kongresses. Chronische Strumitis. 1896 и 1899 г.г.
- Roger et Garnier.—Presse medicale 1897 pag. 181.—La glande thyroïde dans les maladies infectieuses.
- Они-же.—Virchows Archiv. Bd. 174. Neue Untersuchungen über den Zustand der Schilddrüse bei Pocken.
- Rokitansky.—Lehrbuch der pathol. Anatomie. Bd. 3. III Aufl. Wien.—1859 г.
- Rosenhauer.—Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten. Bd. 13. 1908. (Zentr. für. allg. Pathol. 1910 № 4). Über Syphilis der Schilddrüse.
- Ruppner.—Frankfurter Zeitschr. für Pathologie. Bd. II. Heft. 4.—Über tuberkul. Strumen. (Zeitschr. f. Chirurgie. 1909 p. 1461).
- Sarbach.—Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. 15. 1905.—Das Verhalten der Schilddrüse bei Infektionen und bei Intoxikationen.
- Schlimpert.—Deut. med. Wochenschr. 1906 № 26.—Spirochätenbefunde in d. Organen kongenital syphilitischer Neugeborenen.
- Schmidt.—Über Zellknospen in den Arterien der Schilddrüsen Virchows Archiv. Bd. 137.
- Schuster.—Wiener klin. Rundschau. 1911 №№ 26, 27 и 28.
- Shimodaira.—Deut. Zeitschr. für klin. Chirurgie. 1911 Bd. 109. Experiment. Untersuchungen über die Tuberkuloseinfektion der Schilddrüse.
- Sillatschek.—Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 67. (Festband. für Wölfler). Über einen Fall von eisenharter Strumitis.
- Simmonds.—Biol. Abteil. der ärztl. Ver. Hamburg's, 23 April. 1907 u. Münch. med. Wochenschr. 1907 № 28 pag. 1410.—Über Syphilis der Schilddrüse.
- Singer.—Berl. klin. Wochenschr. 1895 pag. 226.

- Соколовъ.—Больничная газета Боткина. 1895 г.—Объ измѣненіяхъ щитовидной железы при нѣкоторыхъ острыхъ и хроническихъ болѣзняхъ.
- Tailhefer.—Semaine médicale 1896 № 53.—Thyroidite chronique.
- Idem.—Archiv prov. de chirurg. 1897 № 4. [Zentr. f. Chirurgie 1898 pag. 472].—Variété très rare de thyroidite chronique.
- Idem.—Revue de chirurgie XVIII 1898 № 3 p. 224.
- Tavel.—Über Aetiologie der Strumitis. Basel, Carl. Sallmann, 1892. Zit. nach Zentr. für Chir. 1892 pag. 243.
- Thorel.—Pathologie der Schilddrüse. Ergebnisse der allg. Pathologie u. path. Anatomie von Lubarsch u. Ostertag.—1902 г.
- Thursfield.—Brit. med. Journ. 1908. Iannar 18.—A case of gumma of the thyroid.
- Тимофѣевъ.—Воен.-мед. журналъ 1896. pag. 583.—Объ увеличеніи щитовидной железы въ раннемъ періодѣ кондиломатознаго сифилиса.
- Томаревскій.—Русскій врачъ, 1913 г. № 15.
- Tomellini.—Experim. Untersuch. über die Tuberculose der Schilddrüse. Beitr. zur path. Anat. u. allg. Pathologie. 1905 г.
- Vérébély.—Mitt. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1907. Bd. 17. Heft 1 и 2. Beiträge zur Pathologie der Schilddrüsenzirkulation.
- Wanner.—Einfluss der akuten Anaemie auf das histologische Bild der Schilddrüse. Virchows Archiv. Bd. 158. p. 24.
- L. Weber.—Ein Fall von Sclerodermia erfolgreich behandelt mit Extractum thyreoideae. Zentr. f. Chirurg. 1898 pag. 888.
- Wegelin.—Über das Stroma der normalen u. pathologischen Schilddrüse. Frankfurter Zeitschr. f. Pathologie. Bd. 4. 1910. H. 1.
- Вельяминовъ.—Русскій врачъ 1908 г. № 20.
- Idem.—Русскій врачъ, 1910 г. № 34, 35, 36.
- Idem.—Клиника суставовъ. Сифилисъ суставовъ. СПБ. 1910.
- Wermann.—Berl. klin. Wochenschr. 1900 № 6.—Über luetische Struma.
- Wölfler.—Über die Entwicklung und den Bau der Schilddrüse. Berlin. 1880 г.
- Idem.—Über die Entwicklung und den Bau des Kropfes.—Langenbecks Archiv. Bd. 29. 1883 г.
- v. Wysz.—Zur Histologie und Funktion der Schilddrüse.—Inaug. Diss. Königsberg.—1893 г.
- Zesas.—Zentr. für Chirurgie 1885. Über Thyreoiditis und Strumitis bei Malaria.
- Zielinska.—Beiträge zur Kenntniss der normalen u. Strumösen Schilddrüse des Menschen u. Hundes.—Virchows Archiv. Bd. 136. 1899 г.



Curriculum vitae.

Эдвинъ—Вильгельмъ Вильгельмовичъ Бушъ, сынъ мѣщанина, евангелическо-лютеранскаго вѣроисповѣданія, родился въ Курляндской губ. въ 1873 году. Среднее образованіе получилъ въ классической гимназій въ г. Гольдингенѣ Курляндской губ., которую окончилъ въ Декабрѣ 1891 года.

Въ 1893 году поступилъ на I-ый курсъ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи, которую окончилъ со степенью „лекаря съ отличіемъ“ въ 1898 году. Съ 3-го курса получалъ казенную стипендію военнаго вѣдомства. Въ томъ же году ВЫСОЧАЙШИМЪ приказомъ былъ назначенъ младшимъ врачомъ въ 31-ый Рижскій драгунскій полкъ. Осенью 1903 года былъ прикомандированъ къ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи для усовершенствованія въ военно-полевой хирургіи. Въ Іюль 1904 года былъ командированъ на театръ военныхъ дѣйствій на Дальній Востокъ въ качествѣ младшаго врача военно-санитарнаго поѣзда ЕЯ ИМПЕРАТОРСКАГО ВЕЛИЧЕСТВА ГОСУДАРЫНИ ИМПЕРАТРИЦЫ МАРІИ ѲЕОДОРОВНЫ. Въ Іюнь 1905 года былъ назначенъ и. д. ассистента при кафедрѣ академической хирургической клиники, въ каковой должности находится по настоящее время.

Экзамены на степень доктора медицины сдалъ при Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1905—1906 учебномъ году.

Имѣетъ слѣдующія работы:

1. Случай гипертрофіи лѣвой грудной железы у мужчины. Русскій Хирургическій Архивъ 1905 г. книга I.
2. Вліяніе декансуляціи почекъ на теченіе нефритовъ. Экспериментальное изслѣдованіе. Докладъ на VII-омъ съѣздѣ

213
Русскій Хирурговъ 19—22 декабря 1907 г. Труды съѣзда.
3. Къ вопросу о пломбировкѣ костей іодоформной пломбой по в. Mosetig-Moorhofу. Экспериментальное изслѣдованіе. Докладъ на VII-омъ съѣздѣ Русскій Хирурговъ, 19—22 Декабря 1907 г. Труды съѣзда.

4. Къ вопросу объ этиологіи и леченіи слоновости. Хирургическій Архивъ Вельяминова. 1910 г. кн. 3.

5. Къ вопросу объ измѣненіяхъ въ щитовидной железнѣ при наследственномъ сифилисѣ. Русскій врачъ, 1913 г. № 1.
Настоящую работу подъ заглавіемъ „Къ вопросу объ измѣненіяхъ щитовидной железы у сифилитиковъ“ представляетъ въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины.

Положенія.

1. Изотоническій растворъ новокаина съ незначительной прибавкой препаратовъ надпочечниковъ въ настоящее время для мѣстнаго обезболиванія удовлетворяютъ всѣмъ требованіямъ: они мало ядовиты, даютъ длительную анестезію, индифферентны для тканей и подлежатъ стерилизаціи кипяченіемъ.

2. При операціяхъ на щитовидной железе мѣстное обезболиваніе большею частью предпочтительно общему наркозу.

3. При спорадической слоновости оперативные приемы, направленные къ улучшенію оттока лимфы, часто не даютъ результата, такъ какъ во многихъ случаяхъ причина слоновости не лежитъ въ заболѣваніи лимфатической системы.

4. Декапсуляція почекъ по поводу хроническаго нефрита не можетъ считаться рациональнымъ способомъ леченія. Однако этотъ хирургическій приемъ можетъ быть показанъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ при острой уреміи.

5. Необходимость аппаратовъ съ разницей давленія при эндоторакальных операціяхъ не можетъ считаться аксіомой; изъ существующихъ же типовъ такихъ аппаратовъ, повидимому, масковые аппараты заслуживаютъ предпочтеніе передъ камерными.

6. Тщательное изученіе дренированія плевральной полости безъ нарушенія внутригруднаго давленія является необходимымъ условіемъ для успѣшнаго производства эндоторакальных операцій.

Оглавленіе.

	Стр.
Введеніе	3.
Литературный обзоръ	
Глава I. Вліяніе инфекціонныхъ заболѣваній (кроме сифилиса) на щитовидную железу	5—38.
Глава II. Вліяніе сифилиса на щитовидную железу	39—78.
Собственные изслѣдованія.	
Глава III. Техника изслѣдованій; протоколы, таблицы	79—156.
Глава IV. Обзоръ собственныхъ изслѣдованій.	
1. Въсь щитовидной железы	157—162.
2. Развѣтїе соединительной и эластической ткани	162—166.
3. Величина долекъ щитовидной железы	166—167.
4. Фолликулы, коллоидъ, эпителий фолликуловъ	167—190.
5. Кровенаполненіе и кровеносные сосуды	190—194.
6. Ядерныя скопленія	194—197.
6. Ядерныя скопленія	197 —
Заключеніе и выводы	
Положенія	
Curriculum vitae	
Объясненіе къ рисункамъ	

Объясненія къ рисункамъ.

- Рис. 1. **Контрольная щитовидная железа 7 мѣсячнаго плода.**
Дольки состоятъ изъ эпителиальныхъ клетокъ, раздѣленныхъ соединительно-тканными прослойками и кровеносными сосудами на большія или меньшія группы клетокъ. Мѣстами, подъ капсулой, нѣсколько мелкихъ фолликуловъ. Leitz, Obj. 3. Okul. 2.
- Рис. 2. **Щитовидная железа сифилитическаго плода таюго-же возраста.**
Видны хорошо развитыя фолликулы, содержащія хорошо красящійся, гомогенный коллоидъ. Leitz, Obj. 3. Okul. 2.
- Рис. 3. **Контрольная железа мѣсячнаго ребенка.**
Дольки состоятъ частью изъ фолликуловъ, частью изъ клеточныхъ массъ. Въ нѣкоторыхъ фолликулахъ коллоидъ. Справа видна долька, состоящая исключительно изъ отдѣльныхъ группъ эпителиальныхъ клетокъ. Leitz, Obj. 3 Okul. 2.
- Рис. 4. **Щитовидная железа мѣсячнаго сифилитическаго ребенка.**
Хорошо развитыя фолликулы содержатъ хорошо, мѣстами сильно красящійся коллоидъ. Соединительная ткань развита слабѣе, чѣмъ въ контрольной железе (рис. 3). Leitz, Obj. 3. Okul. 2.
- Рис. 5. **Контрольная железа 63 дневнаго ребенка.**
На рисункѣ изображены «Ядерныя скопленія» и видно образованіе фолликуловъ изъ нихъ. Leitz, Obj. 6. Okul. 4.
- Рис. 6. **Изъ щитовидной железы 28 лѣтней женщины, умершей отъ сифилиса.**
Видно 2 кровеносныхъ сосуда съ утолщенными стѣнками. Въ стѣнкахъ сосудовъ и въ стромѣ железы видны отдѣльные круглые элементы. Leitz, Obj. 6. Okul. 4.

Рис. 1.



Рис. 2.

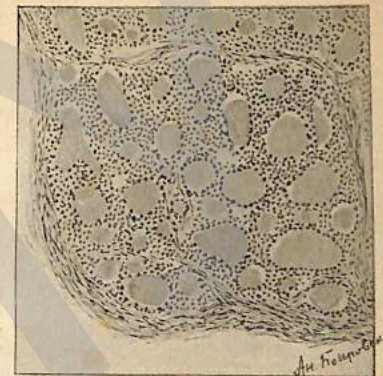


Рис. 3.



Рис. 4.

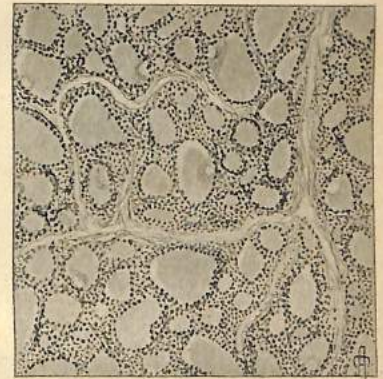


Рис. 5.

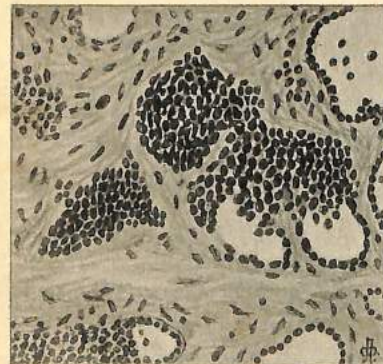
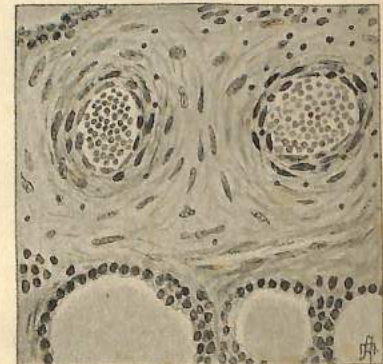


Рис. 6.



Т а б л и ц а I a.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
№№ по порядку.	Возраст и полъ.	Вѣсъ тѣла.	Вѣсъ железъ.	Взаимотношеніе вѣса тѣла и железъ.	Основная болѣзнь.	Причина смерти.	Развитіе перегородокъ между дольками.	Размѣръ долекъ.	Развитіе перегородокъ между фолликулами.	Размѣръ фолликуловъ.	Форма фолликуловъ.	Характеръ коллоида.	Степень вакуолизациі коллоида.	Количество клѣтокъ въ коллоидѣ.	Количество клѣтокъ въ фолликулахъ.
Контр. железъ.															
1	Недонош. Vм. ♂	—	0,7	—	—	—	тонк.	150μ	тонк.	мелк. 10	кругл.	свѣтлый 10	—	—	много
	I недон. V ♂	720 gr.	0,2	1:3500	Lues heredit.	—	тонк.	75μ—150μ	сильно	мелк. 10	кругл.	—	—	—	умѣр.
	II > >	555 gr.	0,25	1:2220	Lues heredit.	—	сред.	150μ	умѣр.	—	—	—	—	—	—
	III > V ♂	600	0,5	1:1200	Lues heredit.	—	тонк.	150μ—200μ	слаб.	—	—	—	—	—	—
2	> VI ♂	700	0,8	1:875	—	—	тонк.	75μ—120μ	умѣр.	—	—	—	—	—	—
3	> VI ♂	—	0,7	—	—	—	сред.	150μ	сильно	—	—	—	—	—	—
	IV > VI ♂	—	1,25	—	Lues heredit.	—	сред.	до 150μ	умѣр.	мелк. 10	овальн.	сѣтч. 10	—	—	много
4	> VI ♂	—	0,5	—	—	—	сред.	150μ—300μ	умѣр.	мелк. 9 сред. 1	округл.	свѣтл. 10	—	—	мало
5	> VI ♂	—	0,4	—	—	—	тонк.	75μ—150μ	слабо	мелк. 10	овальн. и трубчат.	—	—	—	умѣр.
	V > VI ♂	—	0,5	—	Lues heredit.	—	тонк.	150μ.	слабо	мелк. 10	округл.	сѣтч. 10	—	—	умѣрен.
6	> м. VII ♂	—	2,5	—	—	Мертворожд.	тонк.	150μ—200μ	слабо	—	—	—	—	—	—
7	> VII ♂	—	0,9	—	—	Мертворожд.	тонк.	150μ—300μ	умѣр.	мелк. 10	округл.	—	—	—	много

17	18	19	20	21	22	23
Количество протоплазмы.	Размѣръ ядеръ.	Кровенапол- неніе.	Количество эластической тканн.	Количество жира.	Количество ядерныхъ скопленій.	Особья замѣчанія.
много	Мелк. 1. Сред. 6. Крупн. 2. Сморщ. 1.	сильное	мало	нѣтъ	нѣтъ	
умѣр.	Мелк. 9 Средн. 1	слаб.	мало	умѣрен.	нѣтъ	
умѣр.	Мелк. 8 Средн. 2	слаб.	мало	умѣрен.	нѣтъ	
—	—	слаб.	мало	мало	—	
много	Мелк. 8. Сред. 1. Сморщ. 1.	умѣр.	мало	умѣр.	нѣтъ	
много	Мелк. 7. Сред. 2. Сморщ. 1.	слаб.	мало	нѣтъ	мало	
много	Мелк. 8 Крупн. 1 Сморщ. 1	сильное	много	нѣтъ	нѣтъ	
умѣр.	Мелк. 2. Сред. 7. Сморщ. 1.	сильн.	мало	нѣтъ	много	
много	Мелк. 1. Сред. 6. Круп. 3.	сильн.	мало	нѣтъ	мало	
много	Мелк. 2 Средн. 6 Крупн. 1 Сморщ. 1	умѣр.	мало	нѣтъ	мало	
умѣр.	Мелк. 2. Сред. 7. Круп. 1.	сильн.	мало	оч. мало	нѣтъ	
много	Мелк. 2. Сред. 8.	сильн.	умѣр.	нѣтъ	нѣтъ	

Т а б л и ц а I б.

1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
№ № по порядку.		Возраст и пол.	Всѣ тѣла.	Всѣ железы.	Взаимно-шеніе всѣхъ тѣла и железы.	Основная болѣзнь.	Причина смерти.	Развитіе перегородокъ между дольками.	Размѣръ долекъ.	Развитіе перегородокъ между фолликулами.	Размѣръ фолликуловъ.	Форма фолликуловъ.	Характеръ коллоидъ.	Степень вакуолизаци коллоидъ.	Количество кѣтокъ въ коллоидѣ.	Количество кѣтокъ въ фолликулахъ.
Контр. железы.	Железы сифплинковъ.															
	VI	Недон. VII ♂	—	0,9	—	Lues heredit.	Мертворожд.	сред.	300 μ	умѣр.	—	—	—	—	—	—
	VII	» VII ♂	2500	2,5	1:1000	Lues heredit.	Мертворожд.	тонк.	150μ—300μ	умѣр.	мелк. 10	округл.	—	—	мало	много
	VIII	» VII ♂	2000	1,5	1:1333	Lues heredit.	Мертворожд.	тонк.	150μ—300μ	умѣр.	сред. 3 мелк. 7	округл.	темн. 10	8	мало	умѣр.
	IX	» VII ♂	—	0,9	—	Lues heredit.	Debilitas vitae.	тонк.	150μ—300μ	умѣр.	мелк. 10	округл.	сѣтч. 10 темн. 7 свѣтл. 2	—	мало	умѣр.
	X	» VII ♂	—	2,2	—	Lues heredit.	Debilitas vitae.	сред.	150μ—600μ	умѣр.	мел. 8 сред. 2	округл.	сѣтч. 1	0	очень мало	мало
	XI	» VII ♀	—	1,1	—	Lues heredit.	Мертворожд.	тонк.	75μ—300μ	сильно	мелк. 6 сред. 4	округл.	свѣтл. 4 темн. 4 сѣтч. 2	5	умѣр.	умѣр.
8		» VIII ♂	—	0,4	—	—	Debilitas vitae.	сред.	150μ—300μ	сильно	—	—	—	—	—	—
	XII	» VIII ♂	—	2,15	—	Lues heredit.	Debilitas vitae.	сред.	300μ—450μ	сильно	—	—	—	—	—	—
9		» VIII ♀	—	0,9	—	—	Debilitas vitae.	тонк.	150μ—180μ	умѣр.	мелк. 10	округл.	сѣтч. 10	—	—	много
10		» VIII ♀	—	0,5	—	—	Мертворожд.	тонк.	600μ—750μ	умѣр.	мелк. 10	округл.	сѣтч. 10	—	мало	много

17	18	19	20	21	22	23
Количество прото- плазмы.	Размѣръ ядеръ.	Кровенепол- неніе.	Количество эластической ткани.	Количество жира.	Количество ядерныхъ скопленій.	Особыя замѣчанія.
мало	Мелк. 8 Средн. 1 Сморщ. 1	умѣр.	мало	умѣр.	умѣр.	
много	Мелк. 1 Средн. 3 Крупн. 6	сильн.	мало	мало	много	
умѣр.	Мелк. 1 Средн. 6 Крупн. 3.	умѣр.	мало	мало	нѣтъ	
много	Мелк. 1 Средн. 6 Крупн. 2 Сморщ. 1	умѣр.	мало	нѣтъ	нѣтъ	
умѣр.	Мелк. 3 Средн. 6 Крупн. 1	умѣр.	мало	нѣтъ	нѣтъ	
умѣр.	Мелк. 2 Средн. 8	умѣр.	мало	—	нѣтъ	
много	Мелк. 4. Сред. 5. Круп. 1.	сильн.	мало	нѣтъ	мало	
много	Мелк. 2 Средн. 6 Крупн. 1 Сморщ. 1	сильн.	умѣр.	нѣтъ	умѣр.	
много	Мелк. 1. Сред. 4. Круп. 5.	сильн.	мало	нѣтъ	мало	
много	Мелк. 1. Сред. 7. Круп. 1. Сморщ. 1.	сильное	мало	мало	нѣтъ	

Т а б л и ц а I в.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
№№ по порядку.	Возрасть и полъ.	Вѣсъ тѣла.	Вѣсъ железъ.	Взаимотношеніе вѣса тѣла и железъ.	Основная болѣзнь.	Причина смерти.	Развитіе перегородокъ между дольками.	Размѣръ долекъ.	Развитіе перегородокъ между фолликулами.	Размѣръ фолликуловъ.	Форма фолликуловъ.	Характеръ коллоида.	Степень вакуолизациі коллоида.	Количество кѣтокъ въ коллоидѣ.	Количество кѣтокъ въ фолликулахъ.	
Контр. железъ.	Железы сифилитиковъ.															
	XIII	Недонош. VIII ♂	2000	0,4	1 : 5000	Lues heredit.	Мертворожд.	сред.	—	сильно	мелк. 10	округ.	сѣтч. 10	—	—	много
11		Донош. 12 д. ♂	2050	1,5	1 : 1366	Catarrhus intestinalis acutus.	idem.	сред.	350 μ —450 μ	умѣрен.	мелк. 8 среди. 2	округ.	свѣтл. 1 темн. 9	6	умѣрен.	умѣрен.
	XIV	2 д. ♂	3000	1,0	1 : 3000	Syphilis hered.	Haemophylia.	тонк.	450 μ —600 μ	слабо	мелк. 7 средн. 3	округ.	свѣтл. 8 темн. 1 сѣтч. 1	3	мало	умѣрен.
12		15 д. ♂	2950	1,5	1 : 1966	Bronch. capillar.	idem.	толст.	300 μ —450 μ	сильно	мелк. 9 сред. 1	округ. и неправ.	свѣтл. 9 темн. 1	3	нѣтъ	мало
13		21 д. ♂	2700	1,55	1 : 1742	Cholera infantum.	idem.	толст.	100 μ —450 μ	сильно	мелк. 10	округ.	свѣтл. 10	—	нѣтъ	умѣрен.
14		23 д. ♂	1900	3,9	1 : 487	Catarrhus gastro-intest. acutus.	idem.	сред.	450 μ —600 μ	умѣрен.	мелк. 10	округ.	свѣтл. 10	—	нѣтъ	умѣрен.
	XV	14 д. ♀	—	1,3	—	Lues hereditar.	idem.	сред.	600 μ —750 μ	слабо	мелк. 10	округ.	—	—	—	много
15		46 д. ♂	3300 gr.	1,45	1 : 2276	Catarrhus gastro-intest. acutus.	idem.	сред.	300 μ —450 μ	сильно	мелк. 10	округ. и опалян.	свѣтл. 10	—	нѣтъ	умѣрен.
16		47 д. ♂	3650	2,6	1 : 1404	Erysipelas capitis.	Septicaemia.	толст.	220 μ —600 μ	сильно	мелк. 8 среди. 2	округ.	свѣтл. 10	1	умѣрен.	много
	XVI	30 д. ♂	—	2,5	—	Lues heredit.	idem.	тонк.	300 μ —750 μ	слабо	мелк. 6 средн. 3 крупн. 1	округл.	свѣтл. 2 темн. 8	3	умѣрен.	мало

17	18	19	20	21	22	23
Количество прото- плазмы.	Размѣръ ядеръ.	Кровенапол- неніе.	Количество эластической ткани.	Количество жира.	Количество ядерныхъ скоплений.	Особыя замѣчанія.
умѣрен.	Средн. 9 Сморщ. 1	слаб.	много	много	нѣтъ	
умѣрен.	Мелк. 1. Сред. 8. Круп. 1.	умѣрен.	мало	нѣтъ	нѣтъ	Коллоидъ въ небольшомъ количествѣ въ лимфатическихъ щеляхъ.
много	Мелк. 8 Сред. 2.	умѣрен.	мало	мало	нѣтъ	Въ лимфатич. щеляхъ немного кол- лоида.
умѣрен.	Сред. 3 Круп. 6 Сморщ. 1	умѣрен.	мало	нѣтъ	нѣтъ	
умѣрен.	Мелк. 1 Сред. 8 Круп. 0 Сморщ. 1	сильн.	много	нѣтъ	нѣтъ	
умѣрен.	Мелк. 2 Сред. 5 Круп. 2 Сморщ. 1	сильн.	много	нѣтъ	много	
много	Мелк. 1 Средн. 8 Крупн. 1	сильн.	мало	не изслѣд.	умѣрен.	
умѣрен.	Мелк. 1 Сред. 7 Сморщ. 2	слаб.	мало	нѣтъ	много	
умѣрен.	Мелк. 7 Сред. 3	умѣрен.	умѣрен.	нѣтъ	много	
мало	Мелк. 1 Средн. 6 Крупн. 1 Сморщ. 2	умѣрен.	умѣрен.	не изслѣд.	мало	

Т а б л и ц а I г.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
№№ по порядку.	Возрасть и полъ.	Вѣсъ тѣла.	Вѣсъ железы.	Взаимотношеніе вѣса тѣла и железы.	Основная болѣзнь.	Причина смерти.	Развитіе перегородокъ между дольками.	Размѣръ долекъ.	Развитіе перегородокъ между фолликулами.	Размѣръ фолликуловъ.	Форма фолликуловъ.	Характеръ коллоида.	Степень вакуолизаціи коллоида.	Количество клетокъ въ коллоидѣ.
Контр. железы.	Железы сифилитиковъ.													
XVII	30 д. ♀	2470	2,5	1:988	Lues heredit.	Catarrh. gastro. intest. acut.	тонк.	450μ—750μ	слабо	мел. 3 средн. 5 крупн. 2	округл.	свѣтл. 6 темн. 4	2	нѣтъ
XVIII	38 д. ♂	2920	1,2	1:1600	Lues heredit.	Bronchitis diffusa capill.	сред.	300μ—450μ	слабо	мел. 10	округл. и овальн.	сѣтч.	—	умѣр.
XIX	44 д. ♀	2700	2,1	1:809	Lues heredit.	idem.	сред.	500μ—600μ	умѣр.	мел. 6 средн. 4	округл.	свѣтл. 4 темн. 6	4	нѣтъ
XX	50 д. ♂	2700	1,1	1:2454	Lues heredit.	Catarrh. gastro intest. acut.	тонк.	450μ—600μ	слабо	мел. 7 средн. 3	округл.	темн. 10	2	мало
XX	52 д. ♂	3050	1,0	1:3050	Lues heredit.	Bronchitis capillaris acut.	тонк.	450μ—600μ	умѣр.	мелк. 6 средн. 4	округл.	темн. 8 свѣт. 2	6	мало
XXII	56 д. ♂	2570	1,1	1:2335	Lues heredit.	idem.	тонк.	300μ—450μ	умѣр.	мелк. 8 средн. 2	округл.	темн. 10	3	мало
17	61 д. ♀	3100	1,65	1:1873	Catarrhus intest. acutus.	idem.	сред.	450μ—600μ	сред.	Мелк. 7 Сред. 3	округл.	свѣтл. 3 темн. 7	5	мало
18	69 д. ♂	3700	1,55	1:2387	Catarrh. gastroin- testinalis acut.	idem.	сред.	220μ—300μ	сильно	Мелк. 9 Средн. 1	округл.	свѣтл. 1 темн. 9	3	мало

16	17	18	19	20	21	22	23
Количество клетокъ въ фолликулахъ.	Количество протоплазмы.	Размѣръ ядеръ.	Кровенаполненіе.	Количество эластической ткани.	Количество жира.	Количество ядерныхъ скопленій.	Особья замѣчанія.
мало	мало	Мелк. 1 Средн. 7 Круп. 2	умѣр.	умѣр.	мало	нѣтъ	
умѣр.	много	Мелк. 1 Средн. 6 Круп. 2 Сморщ. 1	умѣр.	много	не изслѣд.	нѣтъ	
мало	умѣр.	Средн. 7 Крупн. 2 Смор. 1	силн.	мало	мало	нѣтъ	
мало	мало	Мелк. 1 Средн. 6 Крупн. 1 Смор. 2	слаб.	мало	не изслѣд.	нѣтъ	
мало	мало	Мелк. 1 Средн. 6 Крупн. 2 Сморщ. 1	слаб.	мало	не изслѣд.	нѣтъ	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
умѣр.	мало	Средн. 7 Крупн. 2 Сморщ. 1	умѣр.	мало	не изслѣд.	нѣтъ	
много	умѣр.	Мелк. 1 Сред. 7 Крупн. 1 Сморщ. 1	умѣр.	умѣр.	нѣтъ	умѣр.	Коллоидъ въ лимфатич. щеляхъ.
умѣр.	умѣр.	Мелк. 1 Средн. 7 Крупн. 1 Сморщ. 1	слабое.	много	не изслѣд.	мало	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.

Т а б л и ц

1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
№№ по порядку.		Возрастъ и полъ.	Вѣсъ тѣла.	Вѣсъ железы.	Взаимотношеніе вѣса тѣла и железы.	Основная болѣзнь.	Причина смерти.	Развитіе перегородокъ между дольками.	Размѣръ долекъ.	Развитіе перегородокъ между фолликулами.	Размѣръ фолликуловъ.	Форма фолликуловъ.	Характеръ коллоида.
Контр. железы.	Железы сифилитиковъ.												
19		63 д. ♀	2600	1,3	1:2000	Catarrhus intestinalis acutus.	idem	тлст.	350μ—750μ	сильно	Мелк. 7 Сред. 3	округл.	свѣтл. 10
20		66 д. ♀	3400	2,3	1:1478	Pneumonia catarrh. acuta.	idem.	тлст.	350μ—450μ	сильно	Мелк. 9 Сред. 1	округл.	свѣтл. 10
21		71 д. ♂	4550	1,6	1:2843	Pneumonia cat. acut. confluens.	idem.	сред.	200μ—400μ	сильно	Мелк. 10	округл.	свѣтл. 10
22		67 д. ♀	3350	2,8	1:1196	Pneumonia catarrh. acuta.	Septicaemia.	тлст.	450μ—600μ	сильно	Мелк. 10	округл.	свѣтл. 10
	XXIII	60 д. ♂	—	0,95	—	Lues heredit.	Abscessus capitis et. sternal.	сред.	300μ—450μ	слабо	мелк. 8 средн. 2	округл.	темн. 4 свѣтл. 6.
	XXIV	60 д. ♂	2490	1,1	1:2263	Lues heredit.	Bronchitis capillaris.	тлст.	300μ—450μ	умѣр.	мелк. 8 средн. 2	округл.	свѣтл. 10
23		99 д. ♀	4250	3,25	1:1307	Pneumonia cat. ac. confl.	Idem.	тлст.	300μ—600μ	сильное	мелк. 10	округл. неправильн.	свѣтл. 10
24		106 д. ♂	4300	2,5	1:1720	Tbc. pulmon. chr.	Tbc. piae matris cerebralis.	тлст.	450μ—600μ	сильное	мелк. 10	округл. неправильн.	свѣтл. 10
	XXV	90 д. ♀	2530	1,3	—	Lues heredit.	Pneumonia cat. ac.	сред.	300μ—400μ	умѣр.	мелк. 9 средн. 1	округл. и овальн.	свѣтл. 2 темн. 8

а I д.

14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Степень вакуолизации коллоида.	Количество клеток въ коллоидѣ	Количество клетокъ въ фолликулахъ.	Количество протоплазмы.	Размѣръ ядеръ.	Кровнаполненіе.	Количество эластической ткани.	Количество жира.	Количество ядерныхъ скопленій.	Особыя замѣчанія.
0	умѣр.	умѣр.	умѣр.	Мелк. 1 Средн. 6 Крупн. 2 Сморщ. 1	сильн.	много	нѣтъ	много	
0	мало	умѣр.	умѣр.	Мелк. 1 Средн. 6 Крупн. 2 Сморщ. 1	умѣр.	умѣр.	мало	много	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
0	нѣтъ	много	умѣр.	Мелк. 3 Средн. 6 Сморщ. 1	сильн.	умѣр.	не изслѣд.	много	
0	много	много	умѣр.	Мелк. 3 Средн. 5 Крупн. 1 Сморщ. 1.	сильн.	мало	умѣр.	много	
0	много	умѣр.	умѣр.	Мелк. 3 Средн. 6 Крупн. 1	слаб.	мало	мало	нѣтъ	Adventitia сосудовъ немного утолщена
0	нѣтъ	умѣр.	умѣр.	Мелк. 1 Средн. 5 Крупн. 3 Сморщ. 1	слабое	много	мало	нѣтъ	
—	мало	много	много	Мелк. 1 Средн. 8 Крупн. 1	слабое	много	нѣтъ	умѣр.	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
3	умѣр.	много	мало	Мелк. 1 Средн. 7 Крупн. 1 Сморщ. 1	слабое	мало	нѣтъ	много	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
3	мало	много	мало	Мелк. 1 Средн. 8 Сморщ. 1	слабое	мало	не изслѣд.	нѣтъ	

Т а б л и

1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
№№ по порядку.		Возрастъ и полъ.	Вѣсъ тѣла.	Вѣсъ железъ.	Взаимотношеніе вѣса тѣла и железъ.	Основная болѣзнь.	Причина смерти.	Развитіе перегородокъ между дольками.	Размѣръ долекъ.	Развитіе перегородокъ между фолликулами.	Размѣръ фолликуловъ.	Форма фолликуловъ.
Контр. жезъ.	Железы сифилистовъ.											
25		117 д. ♀	3200	2,65	1 : 1207	Catarrh intest. acutus.	Pneumonia cat. ac.	тлст.	150 μ —300 μ	сильн.	Мелк. 10	округл. и неправильн.
26		110 д. ♀	4100	2,6	1 : 1577	Purpura haemorrhagica.	Aproplexia cerebri.	тлст.	300 μ —500 μ	сильн.	Мелк. 7 Средн. 3	округл.
27		126 д. ♂	3400	2,2	1 : 1545	Tbc. pulm. miliar.	idem.	сред.	450 μ —600 μ	слаб.	Мелк. 8 Средн. 2	округл.
	XXVI	120 д. ♂	3200	1,4	1 : 2285	Lues heredit.	Pneumonia alba.	тлст.	600 μ	сильн.	мелк. 7 средн. 3	округл. и овальн.
28		5 м. ♂	4600	3,65	1 : 1260	Tbc. pulm.	Pneumonia cat. acuta.	тлст.	450 μ	сильн.	Мелк. 8 Средн. 2	округл.
29		5 м. ♀	3400	3,1	1 : 1545	Tbc. pulm.	Pneumonia cat. acuta.	тлст.	500 μ —750 μ	сильн.	Мелк. 8 Средн. 2	округл.
	XXVII	5 м. ♂	5450	1,4	1 : 3893	Lues heredit.	Pneumonia catarrh.	сред.	600 μ —750 μ	умѣр.	мелк. 7 средн. 3	округл.
30		8 м. ♂	6650	1,55	1 : 4290	Tbc. pulm.	Pneumonia catarrh. ac.	сред.	300 μ	сильн.	Мелк. 9 Средн. 1	округл.
	XXVIII	8 м. ♀	6300	1,6	1 : 3937	Lues heredit.	Bronchopneumonia.	тлст.	150 μ —300 μ	сильн.	мелк. 10	округл.

Ц а I e.

13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Характеръ коллоида.	Степень вакуолизаціи коллоида.	Количество клѣтокъ въ коллоидѣ.	Количество клѣтокъ въ фолликулахъ.	Количество протоплазмы.	Размѣръ ядеръ.	Кровенаполненіе.	Количество эластической ткани.	Количество жира.	Количество ядерныхъ скопленій.	Особыя замѣчанія.
свѣтл. 10	—	много	много	мало	Мелк. 1 Средн. 8 Сморщ. 1	слаб.	умѣр.	нѣтъ	много	
свѣтл. 9 темн. 1	2	умѣр.	много	мало	Мелк. 7 Средн. 2 Сморщ. 1	слаб.	много	нѣтъ	нѣтъ	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
свѣтл. 9 темн. 1	0	мало	много	умѣр.	Мелк. 1 Сморщ. 1 Средн. 8	слаб.	умѣр.	нѣтъ	много	
свѣтл. 7 темн. 3	0	мало	умѣр.	мало	Мелк. 1. Средн. 8 Сморщ. 1	слаб.	умѣр.	мало	нѣтъ	
свѣтл. 10	0	много	много	умѣр.	Мелк. 2 Средн. 7 Крупн. 1	сильн.	мало	нѣтъ	много	
темн. 8 свѣтл. 2	1	нѣтъ	умѣр.	мало	Мелк. 4 Средн. 5 Крупн. 1	слаб.	умѣр.	нѣтъ	нѣтъ	
темн. 10	2	мало	мало	мало	Мелк. 2 Средн. 7 Крупн. 1	умѣр.	мало	мало	нѣтъ	
темн. 2 свѣтл. 8	0	нѣтъ	умѣр.	умѣр.	Мелк. 1 Средн. 7 Крупн. 1 Сморщ. 1	слаб.	мало	мало	нѣтъ	
свѣтл. 2 темн. 8	3	мало	много	умѣр.	Мелк. 1 Средн. 7 Крупн. 1 Сморщ. 1	слаб.	умѣр.	мало	умѣр.	

Т а б л и ц

1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
№№ по порядку.		Возрасть и полъ.	Въсь тѣла.	Въсь железы.	Взаимотношеніе вѣсѣ тѣла и железы.	Основная болѣзнь.	Причина смерти.	Развитіе перегородокъ между дольками.	Размѣръ долекъ.	Развитіе перегородокъ между фолликулами.	Размѣръ фолликуловъ.	Форма фолликуловъ.	Характеръ коллоида.
Контр. железы.	Железы сифили-тиковъ.												
	XXIX	8 м. ♂	—	—	—	Lues heredit.	Pneumonia cruposa duplex.	сред.	150 μ —250 μ	сильно	мелк. 7 сред. 5 крупн. 1	округл.	свѣтл. 4 темн. 6
	XXX	8 м. ♀	—	—	—	Lues heredit.	Bronchitis diffusa.	сред.	600 μ —750 μ	сильно	мелк. 1 средн. 5 крупн. 4	округл.	темн. 10
31		14 м. ♀	—	1,85	—	Morbilli.	Pneumonia catarr.	сред.	450 μ —600 μ	умѣр.	мелк. 10	округл.	свѣтл. 10
	XXXI	15 м. ♀	—	—	—	Lues heredit.	Pneumonia cruposa duplex.	тлст.	450 μ —600 μ	сильно	мелк. 5 средн. 4 крупн. 1	округл.	свѣтл. 8 темн. 2
32		18 м. ♂	—	2,0	—	Morbilli.	Laryngitis diphtherica.	сред.	300 μ —450 μ	умѣр.	мелк. 8 средн. 2	округл.	свѣтл. 10
33		20 м. ♀	—	2,35	—	Morbilli.	Laryngitis diphtherica.	сред.	450 μ —600 μ	сильно	мелк. 7 средн. 3	округл.	свѣтл. 4 темн. 6
	XXXII	18 м. ♂	—	2,1	—	Lues heredit.	Pneumonia crup.	тлст.	250 μ —350 μ	сильно	мелк. 7 сред. 3	округл.	свѣтл. 2 темн. 8
34		2 г. 11 м. ♂	—	2,7	—	Morbilli.	—	тлст.	450 μ —600 μ	сильно	мелк. 6 средн. 4	округл.	свѣтл. 2 темн. 8
35		3 г. 7 м. ♀	—	3,8	—	Morbilli.	Angina diphther.	сред.	500 μ —600 μ	сильно	мелк. 7 средн. 3	округл.	свѣтл. 2 темн. 8
36		6 л. ♂	—	3,2	—	Septicopyaemia.	idem.	сред.	450 μ —600 μ	сильно	мелк. 3 средн. 5 крупн. 2	округл.	свѣтл. 4 темн. 6

а І ж.

14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Степень вакуолизациі коллоида.	Количество клетокъ въ коллоидѣ.	Количество клетокъ въ фолликулахъ.	Количество протоплазмы.	Размѣръ ядеръ.	Кровенаполненіе.	Количество эластической ткани.	Количество жира.	Количество ядерныхъ скопленій.	Особія замѣчанія.
2	нѣтъ	умѣр.	мало	Мелк. 1 Средн. 6 Крупн. 3	умѣр.	умѣр.	умѣр.	нѣтъ	
1	мало	мало	мало	Мелк. 1 Средн. 8 Сморщ. 1	слабое	много	не изслѣд.	нѣтъ	
8	мало	много	много	Мелк. 3 Сред. 6 Крупн. 1	слабое	мало	нѣтъ	нѣтъ	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
1	мало	умѣр.	мало	Мелк. 1 Средн. 5 Крупн. 3 Сморщ. 1	слабое	умѣр.	мало	нѣтъ	
—	много	много	много	Мелк. 1 Сред. 8 Крупн. 1	умѣр.	мало	не изслѣд.	мало	Коллоидъ въ лимфатическихъ щеляхъ.
9	умѣр.	много	много	Мелк. 1 Сред. 8 Крупн. 1	умѣр.	умѣр.	не изслѣд.	нѣтъ	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
1	нѣтъ	мало	мало	Мелк. 1 Средн. 7 Крупн. 2	умѣр.	мало	много	умѣр.	
8	мало	умѣр.	умѣр.	Мелк. 1 Сред. 9	слабое	мало	не изслѣд.	умѣр.	
4	умѣр.	много	умѣр.	Мелк. 3 Сред. 7	сильн.	много	не изслѣд.	нѣтъ	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
6	много	много	умѣр.	Мелк. 4 Средн. 6	сильн.	много	не изслѣд.	нѣтъ	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.

Т а б л и ц

1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
№№ по порядку.		Возрасть и полъ.	Въсь тѣла.	Въсь железы.	Взаимотношеніе въса тѣла и железы.	Основная болѣзнь.	Причина смерти.	Развитіе перегородокъ между дольками.	Размѣръ долекъ.	Развитіе перегородокъ между фолликулами.	Размѣръ фолликуловъ.	Форма фолликуловъ.	Характеръ коллоида.	Степень вакуолизаци коллоида.
Контр. железы.	Железы сифилитиковъ.													
37		12 л. ♂	—	22,2	—	Tbe. miliaris.	idem.	сред.	450 μ —750 μ	слабо	мелк. 2 сред. 6 крупн. 2	округ.	свѣтл. 3 темн. 7	3
	XXXIII	18 л. ♀	—	11,6	—	Lues heredit.	Noma buccae.	тнк.	650 μ —900 μ	умѣрен.	мелк. 2 средн. 6 крупн. 2	округл.	темн. 10	3
38		18 л. ♂	—	—	—	—	Vulnus cordis.	сред.	300 μ —600 μ	слабо	мелк. 6 сред. 3 крупн. 1	округл.	свѣтл. 8 темн. 1 сѣтч. 1	10
39		22 г. ♀	—	—	—	Haemangioma.	Post operationem, paralysis cordis.	сред.	450 μ —600 μ	сильно	мелк. 3 сред. 6 круп. 1	округл.	темн. 10	5
	XXXIV	23 г. ♀	—	27,2	—	Lues II.	Peritonitis purulenta.	тнк.	650 μ —1 m. m.	слабо	мелк. 1 сред. 5 крупн. 4	округл.	темн. 10	3
	XXXV	24 г. ♀	—	32 gr.	—	Lues III.	Encephalomeningitis gummosa.	сред.	450 μ —900 μ	сильно	мелк. 1 сред. 6 крупн. 3	округ. и неправ.	темн. 7 свѣтл. 3	2
40		27 л. ♀	—	—	—	Morbus Banti.	Haemorrhagia.	тнк.	450 μ —800 μ	умѣрен.	мелк. 3 сред. 4 круп. 3	округл.	темн. 10	1
	XXXVI	26 л. ♀	—	25,0	—	Lues II.	Peritonitis purul.	сред.	600 μ —750 μ	сильно	мелк. 2 сред. 6 крупн. 2	округл.	темн. 10	2
	XXXVII	26 л. ♀	67300	—	—	Lues III.	Gumma hepatis, laparotomia. Peritonitis pur.	тлст.	450 μ	сильно	мелк. 2 сред. 6 крупн. 2	округл.	темн. 10	0

15	16	17	18	19	20	21	22	23
Количество кѣтокъ въ коллоидѣ.	Количество кѣтокъ въ фоллику- лахъ.	Количество прото- плазмы.	Размѣръ ядеръ.	Кровенепод- неніе.	Количество эластической тканн.	Количество жира.	Количество ядерныхъ скопленій.	Особья замѣчанія.
много	много	много	Мелк. 3 Средн. 6 Сморщ. 1	умѣрен.	умѣрен.	не изслѣд.	мало	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
мало	мало	мало	Мелк. 1 Средн. 9	слаб.	мало	много	нѣтъ	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
мало	много	много	Мелк. 6 Сред. 3 Круп. 1	сильн.	умѣрен.	много	нѣтъ	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
умѣрен.	много	много	Мелк. 1 Сред. 7 Круп. 1 Сморщ. 1	умѣрен.	умѣрен.	умѣрен.	нѣтъ	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
мало	мало	мало	Мелк. 1 Средн. 7 Крупн. 1 Сморщ. 1	умѣрен.	мало	много	нѣтъ	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
мало	мало	мало	Мелк. 1 Средн. 7 Крупн. 1 Сморщ. 1	умѣрен.	умѣрен.	много	нѣтъ	
мало	мало	умѣрен.	Мелк. 1 Сред. 6 Круп. 2 Сморщ. 1	слаб.	мало	много	нѣтъ	Въ Media стѣнки артерій отложеніе известков. солей.
мало	мало	мало	Мелк. 2 Средн. 6 Круп. 2	умѣрен.	много	много	нѣтъ	
много	мало	мало	Мелк. 1 Средн. 6 Крупн. 2 Сморщ. 1	слаб.	мало	много	мало	

Т а б л и ц а

1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
№ по порядку.		Возрастъ и полъ.	Вѣсъ тѣла.	Вѣсъ железы.	Взаимотношеніе вѣса тѣла и железы.	Основная болѣзнь.	Причина смерти.	Развитіе перегородокъ между дольками.	Размѣръ долекъ.	Развитіе перегородокъ между фолликулами.	Размѣръ фолликуловъ.	Форма фолликуловъ.	Характеръ коллоида.	Степень вакуолизаціи коллоида.
Контр. железы.	Железы сифилитиковъ.													
	XXXVIII	27 л. ♀	—	42 gr.	—	Lues III.	Amyloid lienis et hepatis. Paralysis cordis.	тлст.	600 μ —750 μ	умѣр.	мелк. 1 средн. 6 крупн. 3	округл.	темн. 10	3
	XXXIX	28 л. ♀	—	—	—	Lues III.	Degeneratio amyl., nephritis interstitial.	тлст.	450 μ	сильн.	мелк. 3 средн. 4 крупн. 3	округл.	темн. 10	0
	XL	29 л. ♀	—	15,0	—	Lues III.	Tbc. pulmonum.	тлст.	600 μ —750 μ	сильн.	мелк. 3 сред. 3 крупн. 4	округл.	темн. 9 свѣтл. 1	2
	XLI	29 л. ♀	—	10,0	—	Lues III.	Septicaemia.	тлст.	750 μ	сильн.	мелк. 4 средн. 3 крупн. 3	округл.	свѣтл. 2 темн. 8	1
	XLII	29 л. ♂	—	26,0	—	Lues III.	Encephalomalacia	тнк.	550 μ —750 μ	слаб.	мелк. 3 средн. 5 крупн. 2	округл.	свѣтл. 2 темн. 8	2
	XLIII	30 л. ♀	—	15,5	—	Lues III.	Paralysis cordis.	тлст.	750 μ	сильн.	мелк. 2 сред. 3 крупн. 5	округл.	темн. 10	2
	XLIV	30 л. ♀	—	14,0	—	Lues II.	Pneumonia cruposa.	тнк.	300 μ —750 μ	умѣр.	мелк. 4 средн. 4 крупн. 2	округл.	темн. 10	5
41		32 ч. ♂	—	—	—	Leukaemia.	—	тнк.	450 μ —550 μ	умѣр.	Мелк. 2 Средн. 5 Крупн. 3	округл.	темн. 10	8

15	16	17	18	19	20	21	22	23
Количество клетокъ въ коллоидѣ.	Количество клетокъ въ фоллику- лахъ.	Количество прото- плазмы.	Размѣръ ядеръ.	Кровенапол- неніе.	Количество эластической ткани.	Количество жира.	Количество ядерныхъ скопленій.	Особыя замѣчанія.
нѣтъ	мало	мало	Мелк. 1 Средн. 8 Сморщ. 1	умѣр.	много	много	нѣтъ	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
мало	мало	мало	Мелк. 2 Средн. 6 Крупн. 1 Сморщ. 1	слаб.	много	много	нѣтъ	Инфильтрація стѣнокъ мелкихъ венъ.
мало	мало	мало	Мелк. 2 Средн. 7 Сморщ. 1	слаб.	много	много	нѣтъ	
умѣр.	мало	умѣр.	Мелк. 1 Средн. 6 Крупн. 2 Сморщ. 1	сильное.	много	много	нѣтъ	Коллоидъ съ лимфатич. щеляхъ.
мало	мало	мало	Мелк. 1 Средн. 7 Крупн. 1 Сморщ. 1	слаб.	мало	много	нѣтъ	
умѣр.	мало	мало	Мелк. 1 Средн. 8 Сморщ. 1	умѣр.	мало	много	нѣтъ	Въ лимфатическихъ щеляхъ коллоидъ.
нѣтъ	мало	мало	Мелк. 2 Средн. 7 Сморщ. 1	слаб.	много	много	нѣтъ	
нѣтъ	умѣр.	умѣр.	Мелк. 1 Средн. 6 Крупн. 1 Сморщ. 2	умѣр.	мало	много	нѣтъ	

Т а б л и ц а

1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
№№ по порядку.		Возрастъ и полъ.	Въсь тѣла.	Въсь железы.	Взаимотношеніе въса тѣла и железы.	Основная болѣзнь.	Причина смерти.	Развитіе перегородокъ между дольками.	Размѣръ долекъ.	Развитіе перегородокъ между фолликулами.	Размѣръ фолликуловъ.	Форма фолликуловъ.	Характеръ коллоида.	Степень вакуоллизаци коллоида.
Контр. железы.	Железы сифилитиковъ.													
	XLV	35 л. ♀	—	23,0	—	Lues II.	Thrombosis arter. basilaris.	сред.	600μ	слабо	мелк. 2 средн. 2 крупн. 6	округл.	темн. 10	3
	XLVI	35 л. ♀	—	25,0	—	Lues II.	Tubercul. pul.	сред.	600μ—750μ	слабо	мелк. 2 средн. 3 крупн. 5	округл.	темн. 10	4
42		36 л. ♂	—	—	—	Neoplasma malign. colli.	—	сред.	600μ—750μ	умѣр.	мелк. 3 средн. 2 крупн. 5	неправ. окр.	темн. 10	5
	XLVII	38 л. ♀	—	30,0	—	Lues III.	Endocarditis ulc. acuta.	тлст.	600μ—800μ	сильно	мелк. 2 средн. 2 крупн. 6	округл.	темн. 10	3
	XLVIII	39 л. ♀	—	14,5	—	Lues II.	Peritonitis purul.	тлст.	400μ—750μ	сильно	мелк. 3 средн. 3 крупн. 4	округл.	темн. 10	5
	XLIX	40 л. ♀	—	16,0	—	Lues III.	Pneumonia cruposa.	сред.	750μ—800μ	умѣр.	мелк. 7 средн. 3	округл.	темн. 4 свѣтл. 6	1
43		43 г. ♂	—	22,0	—	Cholera asiatica.	idem.	сред.	—	сильно	сред. 8 крупн. 2	округл.	темн. 10	6
	L	44 г. ♀	—	19,0	—	Lues III.	Tbc. pulmon.	сред.	750μ	умѣр.	мелк. 4 средн. 4 крупн. 2	округл.	темн. 10	3
	LI	48 г. ♀	—	21,0	—	Lues II.	Pneumonia cat.	сред.	—	слабо	мелк. 2 средн. 3 крупн. 5	округл.	темн. 10	0

15	16	17	18	19	20	21	22	23
Количество клетокъ въ коллоидѣ.	Количество клетокъ въ фоллику- лахъ.	Количество прото- плазмы.	Размѣръ ядеръ.	Кровенепол- неніе.	Количество эластической ткани.	Количество жира.	Количество ядерныхъ скопленій.	Особыя замѣчанія.
умѣр.	мало	мало	Мелк. 1 Средн. 7 Круп. 2	слаб.	—	много	нѣтъ	
мало	мало	мало	Мелк. 1 Средн. 8 Сморщ. 1	слаб.	много	много	нѣтъ	
умѣр.	мало	мало	Мелк. 2 Средн. 7 Круп. 1	умѣр.	мало	много	нѣтъ	
умѣр.	умѣр.	мало	Мелк. 1 Средн. 8 Круп. 1	умѣр.	умѣр.	много	нѣтъ	Въ Media артерій отложенія павести.
умѣр.	мало	мало	Мелк. 3 Сред. 7	слаб.	много	много	мало	Отложеніе павести въ Media артерій.
мало	умѣр.	умѣр.	Мелк. 1 Средн. 8 Сморщ. 1	сильн.	много	много	нѣтъ	Коллоидъ въ лимфатич. щеляхъ.
много	умѣр.	умѣр.	Мелк. 1 Сред. 8 Круп. 1	сильн.	умѣр.	много	много	
нѣтъ	мало	мало	Мелк. 1 Средн. 5 Крупн. 2 Сморщ. 2	слаб.	мало	много	мало	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
мало	мало	мало	Мелк. 1 Средн. 6 Крупн. 1 Сморщ. 2	слаб.	мало	много	нѣтъ	

Т а б л и ц а

1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
№№ по порядку.		Возрастъ и полъ.	Въсь тѣла.	Въсь железы.	Взаимотношеніе въса тѣла и железы.	Основная болѣзнь.	Причина смерти.	Развитіе перегородокъ между дольками.	Размѣръ долекъ.	Развитіе перегородокъ между фолликулами.	Размѣръ фолликуловъ.	Форма фолликуловъ.	Характеръ коллоида.
Контр. же лезы.	Желези сифиликовъ.												
44		50 л. ♂	55800	—	—	Carcinoma pulmonis.	idem.	тлст.	300 μ —600 μ	сильно	мел. 5 средн. 4 крупн. 1	округл.	темн. 10
45		51 г. ♀	—	13,5	—	Aneurysma aortae.	idem.	средн.	300 μ —750 μ	сильно	мелк. 1 средн. 8 крупн. 1	округл.	темн. 10
46		62 г. ♀	—	—	—	Carcinoma coli descendens.	idem.	средн.	400 μ —750 μ	сильно	мелк. 5 средн. 3 крупн. 2	округл.	темн. 10
	LII	65 л. ♂	—	32,0	—	Lues III.	Cholera asiatica.	тлст.	400 μ —650 μ	сильно	мелк. 3 средн. 8	округл.	свѣтл. 2 темн. 8
	LIII	68 л. ♀	—	20,5	—	Lues III.	Paralysis cordis.	тлст.	400—500 μ	сильно	мел. 3 средн. 6 крупн. 1	округл.	темн. 10
	LIV	69 л. ♀	—	28,0	—	Lues III.	Paralysis cordis.	сред.	900 μ	сильно	мел. 2 сред. 7 крупн. 1	округл.	темн. 10

14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Степень вакуолизации коллоида.	Количество клетокъ въ коллоидѣ.	Количество клетокъ въ фолликулахъ.	Количество протоплазмы.	Размѣръ ядеръ.	Кровенаполненіе.	Количество эластической ткани.	Количество жира.	Количество ядерныхъ скопленій.	Особыя замѣчанія.
2	мало	мало	мало	Мелк. 2 Сред. 7 Сморщ. 1	силн.	умѣр.	много	нѣтъ	Въ лимфатич. щеляхъ коллоидъ.
3	нѣтъ	мало	мало	Мелк. 1 Сред. 7 Сморщ. 2	слаб.	много	много	умѣр.	
0	мало	мало	мало	Мелк. 1 Сред. 7 Сморщ. 2	слаб.	много	много	нѣтъ.	
3	нѣтъ	мало	умѣр.	Мелк. 2 Средн. 7 Крупн. 1	силн.	умѣр.	много	нѣтъ	
0	нѣтъ	мало	мало	Мелк. 1 Средн. 6 Крупн. 2 Сморщ. 1	слаб.	много	много	нѣтъ	Стѣнки артерій утолщены, въ media извѣсть.
7	мало	мало	мало	Мелк. 2 Средн. 5 Крупн. 1 Сморщ. 2	умѣр.	мало	много	нѣтъ	Въ лимфатическихъ щеляхъ коллоидъ.

	4	8			9	10			11			12			13				
		Всѣхъ желѣзы.	Развитіе перегород. между дольками.			Размѣръ долекъ.	Развитіе перегород. между фолликуламъ.			Размѣръ фолликуловъ.			Форма фолликуловъ.			Характеръ коллоида.			
			тонкія.	среднія.			толстыя.	тонкія.	среднія.	толстыя.	мелкіе.	средніе.	крупные.	круглая.	овальная.	неправильная.	свѣтлый.	темный.	сѣтчатыя.
Дѣти Недоношенныя.																			
1) Контр. желѣзы	0,83 gr.	70%	30%	—	213μ	30%	50%	20%	98%	2%	—	83%	—	17%	50%	—	50%		
2) Желѣзы сифилитиковъ	1,1 gr.	53,8%	46,2%	—	232μ	15,3%	54%	30,7%	90%	10%	—	88,9%	11,1%	—	9%	61%	30%		
Доношенныя дѣти.																			
1) Контр. желѣзы	2,23 gr.	—	48%	52%	469μ	4,3%	21,7%	74%	88%	12%	—	78,3%	4,3%	17,4%	80,9%	19,1%	—		
2) Желѣзы сифилитиковъ	1,48 gr.	31,6%	42,1%	26,3%	506μ	37%	51,5%	31,5%	68%	27%	5%	100%	—	—	35%	58%	7%		
Взрослыя.																			
1) Контр. желѣзы	—	21,4%	64,3%	14,3%	540μ	15,4%	23%	61,6%	35%	47%	18%	92,3%	—	7,7%	14,7%	84,6%	0,7%		
2) Желѣзы сифилитиковъ	—	18,2%	36,4%	45,4%	653μ	23%	23%	54,0%	26%	45%	29%	100%	—	—	8%	92%	—		

Л и ц а П.

15			16			17			18				19			20			21			22			
Количество клубокъ въ кол- лойдѣ.			Количество клубокъ въ фол- дикулахъ.			Количество протоплазмы.			Размѣръ ядеръ.				Кровенаполненіе.			Количество эластич. тканн.			Количество жира.			Количество ядерныхъ спон- лений.			
мало.	умѣр.	много.	мало.	увели- чено.	много.	мало.	умѣрен.	много.	мелкія.	среднія.	крупныя.	сморщ.	слабое.	умѣрен.	сильное.	мало.	умѣрен.	много.	мало.	умѣрен.	много.	мало.	умѣрен.	много.	
100 ⁰ / ₀	—	—	16,7 ⁰ / ₀	16,7 ⁰ / ₀	66,6 ⁰ / ₀	—	20 ⁰ / ₀	80 ⁰ / ₀	29 ⁰ / ₀	53 ⁰ / ₀	13 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	80 ⁰ / ₀	90 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	—	въ 30 ⁰ / ₀ въсѣхъ случаевъ.			въ 50 ⁰ / ₀ въсѣхъ случ.			
			66,6 ⁰ / ₀	33,4 ⁰ / ₀	—	60 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀											66,6 ⁰ / ₀	33,4 ⁰ / ₀	—	60 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀	
80 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀	—	11,2 ⁰ / ₀	55,5 ⁰ / ₀	33,3 ⁰ / ₀	8,3 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	41,7 ⁰ / ₀	37,5 ⁰ / ₀	45 ⁰ / ₀	12,5 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀	30,8 ⁰ / ₀	46,1 ⁰ / ₀	23,1 ⁰ / ₀	77 ⁰ / ₀	7,6 ⁰ / ₀	15,4 ⁰ / ₀	43 ⁰ / ₀	43 ⁰ / ₀	41 ⁰ / ₀	25 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	25 ⁰ / ₀	
																			въ 58 ⁰ / ₀ въсѣхъ случаевъ.			въ 33,3 ⁰ / ₀ въсѣхъ сл.			
37,5 ⁰ / ₀	37,5 ⁰ / ₀	25 ⁰ / ₀	4,2 ⁰ / ₀	39 ⁰ / ₀	56,8 ⁰ / ₀	17,4 ⁰ / ₀	65,2 ⁰ / ₀	17,2 ⁰ / ₀	20,8 ⁰ / ₀	61,7 ⁰ / ₀	10,5 ⁰ / ₀	7 ⁰ / ₀	43,5 ⁰ / ₀	30,5 ⁰ / ₀	26 ⁰ / ₀	39 ⁰ / ₀	35 ⁰ / ₀	26 ⁰ / ₀	въ 16 ⁰ / ₀ въсѣхъ случаевъ.			въ 65 ⁰ / ₀ въсѣхъ сл.			
			66,6 ⁰ / ₀	33,4 ⁰ / ₀	—	13,3 ⁰ / ₀	13,3 ⁰ / ₀	73,4 ⁰ / ₀											66,6 ⁰ / ₀	33,4 ⁰ / ₀	—	13,3 ⁰ / ₀	13,3 ⁰ / ₀	73,4 ⁰ / ₀	
77 ⁰ / ₀	15,4 ⁰ / ₀	7,6 ⁰ / ₀	42,1 ⁰ / ₀	42,1 ⁰ / ₀	15,8 ⁰ / ₀	63 ⁰ / ₀	21 ⁰ / ₀	16 ⁰ / ₀	14,25 ⁰ / ₀	64 ⁰ / ₀	14,25 ⁰ / ₀	7,5 ⁰ / ₀	47,5 ⁰ / ₀	42,1 ⁰ / ₀	10,5 ⁰ / ₀	52,6 ⁰ / ₀	31,6 ⁰ / ₀	15,8 ⁰ / ₀	100 ⁰ / ₀	81,8 ⁰ / ₀	9,1 ⁰ / ₀	9,1 ⁰ / ₀	25 ⁰ / ₀	75 ⁰ / ₀	—
																			100 ⁰ / ₀	81,8 ⁰ / ₀	9,1 ⁰ / ₀	9,1 ⁰ / ₀	25 ⁰ / ₀	75 ⁰ / ₀	—
43,4 ⁰ / ₀	27,3 ⁰ / ₀	27,3 ⁰ / ₀	38,5 ⁰ / ₀	23 ⁰ / ₀	38,5 ⁰ / ₀	30,8 ⁰ / ₀	46,2 ⁰ / ₀	23 ⁰ / ₀	20,7 ⁰ / ₀	66 ⁰ / ₀	5,3 ⁰ / ₀	8 ⁰ / ₀	30,7 ⁰ / ₀	30,7 ⁰ / ₀	38,6 ⁰ / ₀	30,8 ⁰ / ₀	38,4 ⁰ / ₀	30,8 ⁰ / ₀	въ 100 ⁰ / ₀			въ 30 ⁰ / ₀ въсѣхъ сл.			
																			—	10 ⁰ / ₀	90 ⁰ / ₀	25 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	25 ⁰ / ₀	
64,7 ⁰ / ₀	29,4 ⁰ / ₀	5,9 ⁰ / ₀	90,9 ⁰ / ₀	9,1 ⁰ / ₀	—	86,3 ⁰ / ₀	13,7 ⁰ / ₀	—	13,7 ⁰ / ₀	68,6 ⁰ / ₀	8,7 ⁰ / ₀	9 ⁰ / ₀	54,4 ⁰ / ₀	32 ⁰ / ₀	13,6 ⁰ / ₀	38,1 ⁰ / ₀	14,3 ⁰ / ₀	47,6 ⁰ / ₀	въ 100 ⁰ / ₀			въ 14 ⁰ / ₀ въсѣхъ сл.			
																			—	—	100 ⁰ / ₀	100 ⁰ / ₀	—	—	