

Серія диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ Императорской
Военно-Медицинской Академіи въ 1894—1895 учебномъ году.

№ 49.

7 - ноя 2012

Харьковского Медицин. Института
№ 4633
Шифр В-26

къ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМІИ ЖИВН

ПРИ

ХРОНИЧЕСКИХЪ НЕФРИТАХЪ.

193

Изъ патолого-анатомическаго кабинета профессора
К. Н. Виноградова.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

В. Р. Вейгельта,

Ординатора Александровской въ память 19 февраля 1861 года
больницы.

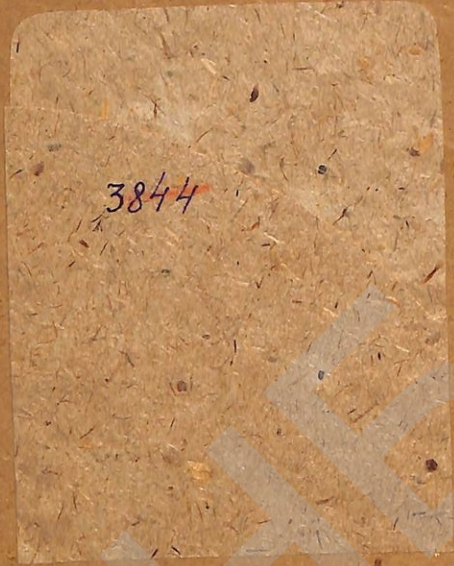
Цензорами диссертациі, по порученію Конференціи, были:
Академикъ Н. П. Ивановскій, проф. Виноградовъ и прив.-доц. В. П. Доброклонскій.

Перечет
1906 г.

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

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія А. С. Хомскаго и К°, Литейный проспектъ, № 43.
1895.



3844
3844
1941

1950

Перечисл-60

БИБЛИОТЕКА

Военно-Медицинского Института

№ 4683

Исфр

СРЕВ 1930

I.

Докторскую диссертацию лекаря Владимира Романовича Вейгельта под заглавием „Еще патологической анатомии кожи при хронических нефритах“ печатать разрешается, с тем чтобы по отпечатании ее 125 экземпляров было представлено в Конференцию ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академии, а остальные, 375 экземпляров — в академическую библиотеку.

С.-Петербург, 4 Марта 1895 г.

И. д. Ученого Секретаря,
Профессоръ Виноградовъ.

НАУК.-МЕДИЦИНСКАЯ

Хельс

Благодаря усилиям патологической анатомии за последние 50 лет, нам стало известным, что при болезнях, с преимущественным поражением одного какого-нибудь органа, страдают и другие органы, часто весьма отдаленные от первоначального очага болезни и не находящиеся с ним в видимой связи. Для примера укажу на туберкулез легких, где кроме самих легких, мы находим изменения и в сосудах, и в печени, и в нервах и т. д. То же самое мы наблюдаем и при многих других болезнях, как инфекционных (дифтерит, брюшной тиф, крупозная пневмония), так и не инфекционных, напр. Вригтова болезнь. Это явление объясняется отчасти тем, что при вышеозначенных болезнях, в местном очаге образуются яды (итоманы?), которые по кровеносным и лимфатическим путям разносятся по всему телу и поражают те или другие органы. Распределение этих „вторичных изменений“ по тем или другим органам (напр. преобладающее поражение паренхиматозных органов при инфекционных болезнях), по всей вероятности находится в связи с различной восприимчивостью тканевых элементов того или другого органа к данному болезнетворному яду.

К числу органов, на которые меньше всего было обращено внимание, при изучении внутренних болезней с патолого-анатомической стороны, принадлежит кожа.

НАУКОВО-МЕДИЦИНСКАЯ

Между тѣмъ, кожа, по разнообразію своихъ физиологическихъ отравленій, играетъ весьма важную роль въ жизни человѣка. Весьма известна также отзывчивость кожи и ея жизненныхъ отравленій на всевозможныя нарушенія функцій внутреннихъ органовъ, при самыхъ разнообразныхъ страданіяхъ организма. Здѣсь не уместно распространяться о физиологій и общей патологій кожи вообще, но прежде чѣмъ говорить о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ кожи при хроническомъ воспаленіи почекъ, составляющихъ предметъ нашей работы, намъ кажется не лишнимъ указать на функциональную связь этихъ органовъ.

Благодаря богатству железистыми образованиями и главнымъ образомъ потовыми железами кожа, помимо другихъ физиологическихъ отравленій, играетъ, подобно почкамъ, немаловажную роль, какъ органъ экскреторный, выводя изъ тѣла воду и продукты обратнаго метаморфоза.

Уже у древнихъ авторовъ мы находимъ намекъ на функциональную связь почекъ и кожи, какъ органовъ регулирующихъ содержаніе воды въ тѣлѣ. Такъ Theoprast *) (371 до Р. X.) упоминаетъ объ антагонизмѣ, существующемъ между потоотдѣленіемъ и мочеотдѣленіемъ, въ смыслъ выведенія воды изъ тѣла, указывая на то, что съ уменьшеніемъ мочеотдѣленія увеличивается потоотдѣленіе et vice versa. Благодаря успѣхамъ физиологій и общей патологій въ настоящее время выяснено, что между почками и кожей существуетъ связь не только относительно выведенія воды изъ тѣла, но и относительно другихъ продуктовъ обратнаго метаболизма.

Какъ известно изъ физиологій, продукты обратнаго метаморфоза нашего тѣла состоятъ главнымъ образомъ изъ мочевины, угольной кислоты, солей и воды. Значительная часть угольной кислоты и воды оставляютъ наше тѣло черезъ легкія, путемъ

*) Цитировано по Landois: Lehrbuch der Physiologie S. 570.

дыханія. Вся или почти вся мочевины, большая часть солей, а также и большее количество воды, съ незначительнымъ количествомъ угольной кислоты выдѣляются черезъ почки. Выдѣлительная роль кожи сводится на незначительное количество солей, немного угольной кислоты, и значительное количество воды въ формѣ испаринны ¹⁾.

Изъ приведеннаго мы видимъ, что какъ почки, такъ и кожа выдѣляютъ воду, угольную кислоту и соли; слѣдовательно по главнымъ продуктамъ обратнаго метаморфоза, между почкою и кожей существуетъ болѣе количественная, чѣмъ качественная разница.

Что касается мочевины, то присутствіе ея въ нормальномъ поту (найдено Funke) еще подлежитъ сомнѣнію. При нѣкоторыхъ же патологическихъ состояніяхъ мочевины, несомнѣнно, выдѣляется кожей и даже въ значительномъ количествѣ. Такъ Garrod ²⁾ находилъ мочевины въ поту подагрика. Schottin и Drasche ³⁾ наблюдали выдѣленіе мочевины въ кристаллическомъ видѣ въ случаяхъ холерной ануриі. Тоже самое наблюдалъ Deininger ⁴⁾ въ одномъ случаѣ scarlatinнозной ануриі у ребенка и Taylor ⁵⁾ въ одномъ случаѣ уремій.

Въ этихъ случаяхъ полной бездѣятельности почекъ, кожа, повидимому, взяла на себя трудъ освободить организмъ отъ одного изъ главныхъ продуктовъ обратнаго метаморфоза, выводимаго при нормальныхъ условіяхъ исключительно почками.

Насколько кожа своей экскреторной дѣятельностью является органомъ дополняющимъ и даже замѣняющимъ работу почекъ, особенно наглядно подтверждается нѣкоторыми случаями довольно продолжительной ануриі (отъ 7 до 13 дней), окончившихся

¹⁾ Фостеръ Учебникъ физиологій. Переводъ Тарханова т. II, стр. 1—2.

²⁾ Reynold's system of Medicino vol. I p. 825.

³⁾ Landois op. cit. стр. 563.

⁴⁾ Статья Якубовича: „О scarlatinнозной уремій“. Клиническая ежедневная газета, 1886 г. № 18.

⁵⁾ Guy's Hospital Reports. vol. XIX, 1874, p. 309.

полнымъ выздоровленіемъ. Такіе случаи наблюдали Henoch, Deiningen, Biermer и Pisono ¹⁾ у дѣтей при скарлатинозномъ нефритѣ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ самочувствіе больныхъ было удовлетворительно и поносовъ, могущихъ до нѣкоторой степени компенсировать анурію, также не наблюдалось.

Дальнѣйшимъ фактомъ, указывающимъ на сходство экскреторной дѣятельности почекъ и кожи, можетъ служить то обстоятельство, что нѣкоторымъ изслѣдователямъ удалось констатировать бѣлокъ въ поту больныхъ, страдающихъ нефритомъ. Такъ Cramer впервые указываетъ на присутствіе бѣлка въ поту нефритиковъ въ 1854 году (De Morbus Brighthii. Groningen). Тоже подтвердилъ Leube ²⁾ въ 1869 году.

Функциональная связь экскреторной дѣятельности почекъ и кожи не менѣе рельефно выступаетъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вслѣдствіи нарушенія экскреторной дѣятельности кожи измѣняется и дѣятельность почекъ. Цѣлый рядъ ученыхъ (Sanctorius, Фурко, Valentin, Lang, Gerlach, Edenhuizen, Лашкевичъ, Rosenthal, Соколовъ и др.) занимались вопросомъ о вліяніи искусственной задержки кожной перспираціи на животный организмъ, путемъ лакированія кожи, смазыванія ея жиромъ и т. д. Не вдаваясь въ подробности этихъ изслѣдованій, укажу лишь на результаты, полученные относительно вліянія искусственной задержки кожной перспираціи на почки. Въ мочѣ, смазанныхъ животныхъ найдены: бѣлокъ, клетки почечнаго эпителия и цилиндры, т. е. тѣже патологическія составныя части мочи, которые мы обыкновенно находимъ при воспалительныхъ процессахъ въ почкахъ. Весьма подробныя патолого-анатомическія изслѣдованія внутреннихъ органовъ смазанныхъ животныхъ произведенныя Н. Соколовымъ, ³⁾ дѣйствительно

¹⁾ Якубовичъ loc. cit.

²⁾ Virchow's archiv Band. 48.

³⁾ Н. Соколовъ: Вліяніе на организмъ животныхъ искусственной задержки кожной перспираціи. Архивъ клиники внутреннихъ болѣзней С. П. Боткина т. V стр. 41.

указываютъ на разлитое воспаленіе почекъ (какъ и другихъ паренхиматозныхъ органовъ). Вполнѣ аналогичныя явленія со стороны почекъ и состава мочи, какъ при смазываніи животныхъ наблюдаются и на людяхъ при ожогахъ, обнимающихъ болѣе или менѣе значительную поверхность нашего тѣла (не менѣе $\frac{1}{8}$).

Въ виду указанного вліянія смазыванія кожи и ея ожоговъ на секреторную дѣятельность почекъ нужно ожидать, что страданія кожи, обнимающія часто весьма значительныя поверхности нашего тѣла не могутъ остаться безъ вліянія на состояніе почекъ и на свойство ихъ секрета. Дѣйствительно дерматологическая литература даетъ намъ кое-какія указанія относительно состава мочи при различныхъ кожныхъ болѣзняхъ. Такъ Beal ¹⁾, изслѣдовавшій мочу при psoriasis universalis у 20-ти лѣтней дѣвушки, нашелъ увеличеніе количества постоянныхъ солей (фосфатовъ, хлоридовъ и сульфатовъ). Frank Smith ²⁾ нашелъ при экземѣ (3 случая) уменьшенное количество мочевины и хлоридовъ. Schwimmer и Jarisch ³⁾ указываютъ на случай альбуминури при Pemphigus и при Urticaria. Велямовичъ ⁴⁾, изслѣдовавшій мочу главнымъ образомъ при Psoriasis (10 случаевъ) пришелъ къ заключенію, что въ большинствѣ случаевъ при этой болѣзни наблюдаются различныя аномаліи количественнаго состава мочи, выражающіяся повышеніемъ или пониженіемъ въ выведеніи азота и солей. Въ 3 случаяхъ авторъ наблюдалъ альбуминурію. Относительно другихъ заболѣваний кожи (Pemphigus, Lepra, Erythema, Ichtyosis, Prurigo, Lichen ruber), авторъ по малочисленности наблюденій не дѣлаетъ никакихъ выводовъ.

Извѣстная всѣмъ клиницистамъ склонность нефритиковъ къ различнаго рода сыпямъ (Furunculosis, Eczema) по всей

¹⁾ Viertel jahresschrift f Dermatologie и Syphilis, 1876. s. 419.

²⁾ Journal of Cutan Medic. vol 1 p. 54.

³⁾ Viertel jahresschr. f. Derm. и Syphilis, 1880.

⁴⁾ Велямовичъ. Къ вопросу о количествѣ составѣ мочи при заболѣваніяхъ кожи. Дисс. 1836 г.

вѣроятности также имѣть связь съ функциональной зависимою кожи отъ секреторной дѣятельности почекъ. Въ пользу этого предположенія, мнѣ кажется, говорить то обстоятельство, что извѣстные лекарственные вещества (іодъ, копайскій бальзамъ), относительно которыхъ извѣстно, что они выдѣляются почками, обладаютъ въ тоже время свойствомъ вызывать различные дерматозы, причемъ можетъ быть доказано выдѣленіе ихъ кожей.

Такъ іодъ, вызывающій аспе jodica, былъ найденъ въ продуктахъ іодистой сыпи (Адамкевичъ)¹⁾. Копайскій бальзамъ, выдѣляемый главнымъ образомъ почками, вызываетъ, какъ извѣстно, также нѣрѣдко заболѣванія кожи. Наконецъ, сахаръ, выводимый почками при діабетѣ, вызываетъ „диабетическія дерматозы“ (Kaposi²⁾).

Приведеннымъ, мнѣ кажется, достаточно иллюстрируется функциональная связь почекъ и кожи, какъ при физиологическихъ, такъ и при патологическихъ условіяхъ.

Патологическая анатомія, служившая намъ за послѣднее время столь часто ключемъ для разрѣшенія клиническихъ проблемъ, почти не касалась кожи при изученіи болѣзней внутреннихъ органовъ.

Дѣйствительно, просматривая патолого-анатомическую литературу, мы видимъ, что кожа при болѣзняхъ внутреннихъ органовъ почти совершенно игнорировалась. Такъ въ руководствахъ по патологической анатоміи (Ивановскаго, Weichselbaum'a, Fraenkel'a, Ziegler'a, Förster'a) объ измѣненіяхъ кожи при болѣзняхъ внутреннихъ органовъ нѣтъ почти никакихъ указаній. Только въ послѣднее время, преимущественно въ русской литературѣ и отчасти въ нѣмецкой, этотъ пробѣлъ въ патологической анатоміи сталъ мало-по-малу пополняться. До настоящаго времени въ этомъ направленіи имѣется всего нѣсколько изслѣдованій, касающихся слѣдующихъ болѣзней: хроническій туберкулезъ легкихъ, корь, скарлатина, оспа и холера. Отно-

¹⁾ Vierteljahressch. f. Derm. u. Uephil., 1879, s. 114.

²⁾ Wien Medicin Wochen-schrift, 1884, № 1—4.

сительно туберкулеза легкихъ Rud. Virchow уже 1858 году¹⁾ указалъ на найденныя имъ измѣненія въ потовыхъ железахъ. Авторъ нашелъ въ нихъ жировую дегенерацию выстилающаго железы эпителия, растяженіе потовыхъ канальцевъ и атрофію железъ, какъ конечный результатъ этихъ измѣненій.

Болѣе подробное изслѣдованіе касающееся къ тому же вѣсхъ составныхъ частей кожи при этомъ страданіи, произведено въ лабораторіи проф. Ивановскаго, докторомъ Благовѣщенскимъ.

Для болѣе подробнаго изученія гистологическихъ измѣненій кожи, авторъ бралъ кожу со всевозможныхъ участковъ нашего тѣла, (Virchow ограничился лишь грудною областью), и на основаніи своихъ наблюденій пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: при хроническомъ туберкулезѣ легкихъ въ собственно кожѣ (corium) происходитъ грануляціонный процессъ, съ переходомъ грануляціонной ткани въ волокнистую соединительную ткань.

Если этотъ процессъ развивается вблизи выводныхъ протоковъ потовыхъ железъ, то послѣдніе сдавливаются, а ниже лежащая часть железы, вслѣдствіе накопленія секрета кистовидно растягивается. Согласно съ Вирховымъ и Благовѣщенскій находилъ жировое перерожденіе эпителия потовыхъ железъ, ведущее къ заустынію потовыхъ канальцевъ и въ концѣ концовъ къ атрофіи железистой ткани всей железы. Въ стѣнкахъ кожныхъ артерій автору въ нѣкоторыхъ случаяхъ удалось наблюдать утолщеніе внутренней оболочки съ болѣе или менѣе значительнымъ суженіемъ просвѣта артерій²⁾.

Довольно подробное изслѣдованіе кожи, въ патолого-анатомическомъ отношеніи произвелъ проф. Neumann³⁾ при корѣ и при скарлатинѣ. При первой болѣзни, найденные авторомъ измѣненія, сводятся къ слѣдующему: по ходу кожныхъ сосудовъ

¹⁾ Rud. Virchow. Fettige Degeneration der Schweissdrüsen. Archiv für pathal Anatomie und Physiologic., 1858. Bd. XIII, Seite 288.

²⁾ Благовѣщенскій. „Къ патологической анатоміи кожи при хроническомъ туберкулезѣ легкихъ“. Дисс. 1889 г.

³⁾ Neumann. Über die histologischen Veränderungen der Haut bei Morbillen und Scarlatina. Medicinische Jahrbücher, 1882 г. Seite 159.

(кнаружи от *adventitiae* послѣднихъ) Neumann наблюдать обильное развитіе грануляціонныхъ кѣтокъ (*Rundzellenwucherungen*). Эти грануляціонные элементы замѣчаются преимущественно около сосудовъ, расположенныхъ въ болѣе поверхностныхъ слояхъ кожи и сопровождаютъ ихъ до сосудистыхъ петель въ сосочкахъ сосгіі. Потовые железы авторъ нашелъ увеличенными въ объемѣ. Потовые каналцы клубочковъ и выводные протоки потовыхъ железъ оказались окруженными такими же круглыми грануляціонными кѣтками, расположенными, какъ и около сосудовъ, въ нѣсколько рядовъ. Такое же развитіе грануляціонныхъ элементовъ авторъ наблюдалъ и вокругъ салнныхъ железъ и волосныхъ мѣшковъ. Въ мышцахъ кожи (*muscul arrector pili*) также попадались грануляціонныя кѣтки. При скарлатинѣ кожа представляеть еще болѣе рѣзкія гистологическія измѣненія. По Tanvick¹⁾ *membrana basillaris* потовыхъ каналцевъ представляется утолщенной; железистый эпителий отдѣляется отъ стѣнки каналцевъ и железистые протоки часто закупорены отдѣлившимися кѣтками эпителия и кровяными экстравазатами. Karosi²⁾ указываетъ на гиперемію, эксудаты и пролиферацію кѣтокъ въ кожныхъ сосочкахъ и rete Malpighii и на кровяныя экстравазаты въ сосочкахъ кожи и различныхъ мѣстахъ сосгіі. Наконецъ, Neumann, изслѣдовавшій кожу при скарлатинѣ болѣе подробно, нашелъ слѣдующее: кѣтки Мальпигиева слоя представляются набухшими, ядра ихъ увеличены. Такъ называемыя липовидныя кѣтки (*Stachelzellen*), расположенныя въ самыхъ глубокихъ слояхъ rete Malpighii, удлинены и получили веретенообразную форму. Между этими кѣтками, мѣстами образуются щели, въ которыхъ залегаютъ эксудативныя кѣтки (лимфоидныя тѣла), мѣстами мы находимъ болѣе или менѣе обширныя кровяныя экстравазаты. Соединительно-тканые пучки сосгіі утолщены и мѣстами раздвинуты или пролифераціонными

¹⁾ Tanvick. Цитиров. по статьѣ Neumann'a s. 164.

²⁾ Karosi Lehrbuch der Hautkrankheiten. s. 213.

(грануляціонными) кѣтками или же значительно расширенными и переполненными кровяными шариками сосудовъ.

Развитіе грануляціонныхъ элементовъ достигаетъ по Neumann'у при скарлатинѣ гораздо большихъ размѣровъ, чѣмъ при кори, и замѣчается преимущественно въ поверхностныхъ слояхъ кожи, чѣмъ авторъ и объясняетъ большую заразительность этой болѣзни въ періодѣ мелуменія.

Относительно оспы имѣются довольно подробныя описанія строенія и развитія оспенныхъ пустулъ, что читатель и можетъ найти въ руководствахъ по патологической анатоміи Ивановскаго:¹⁾ Ziegler'a²⁾, Weichselbaum'a³⁾. Что же касается потовыхъ железъ, то мы находимъ лишь краткое указаніе въ работѣ д-ра Ге⁴⁾ посвященной измѣненіямъ кожи при *Elephantiasis arabum*, *prurigo* и *variola*. Авторъ нашелъ при *variola* пролиферацію эпителиальныхъ кѣтокъ потовыхъ железъ съ послѣдовательнымъ гиалиновымъ ихъ перерожденіемъ.

Наконецъ, послѣдняя работа, сюда относящаяся, принадлежитъ д-ру Иерусалимскому⁵⁾; изслѣдовавшему кожу при азиатской холерѣ. Д-ръ Иерусалимскій нашелъ въ потовыхъ железахъ, а отчасти и въ другихъ составныхъ частяхъ кожи двоякаго рода измѣненія, въ зависимости отъ продолжительности болѣзни. Въ кожѣ холерныхъ больныхъ, умершихъ въ алгидномъ періодѣ, превалирующимъ патологическимъ процессомъ является отечность всѣхъ составныхъ частей кожи и кромѣ того замѣчается значительное кровонаполненіе сосудовъ сосгіі. Въ кожѣ холерныхъ больныхъ умершихъ въ теченіи „тифоидной стадіи“ болѣзни пре-

¹⁾ Ивановскій. Учебникъ частной патологической анатоміи, стр. 317

²⁾ Ziegler, Lehrbuch der allgemeinen und speziellen pathologischen Anatomie, s. 172.

³⁾ Weichselbaum: Grundriss der pathologischen Histologie Leipzig und Wien 1892.

⁴⁾ Ге. Къ патологич. анатоміи *prurigo*. Журналъ для нормальной и патологич. гистологич. Руднева, 1876, Т. II. стр. 356.

⁵⁾ Иерусалимскій. Къ патологич. анатоміи потовыхъ железъ при азиатской холерѣ. Дисс. 1894.

обладали дегенеративныя измѣненія эпителиа потовыхъ железъ, явленія же отека отступали на задній планъ. Въ потовыхъ железахъ явленія отека выражались тѣмъ, что эпителиальныя кѣтки представлялись набухшими, зернистость плазмы исчезла, въ нихъ образовались пустоты или вакуолы. Серозная жидкость накоплялась между *membrana basillaris* и эпителиальнымъ слоемъ и эпителиальныя кѣтки отдѣлялись отъ стѣнки потовыхъ канальцевъ.

Такую же вакуолизацию Иерусалимскій наблюдалъ и въ протоплазмѣ кѣтокъ Мальпигиева слоя. Отечность согія выражалась въ раздвиганіи соединительно-тканыхъ пучковъ и образованіи различной величины и формы щелей, въ которыхъ нерѣдко наблюдались скопленія лейкоцитовъ.

Дегенеративныя измѣненія, найденныя Иерусалимскимъ въ эпителии потовыхъ железъ, заключаются главнымъ образомъ въ слѣдующемъ: эпителиальныя кѣтки набухаютъ, получаютъ неправильную угловатую форму, протоплазма ихъ дѣлается неравномерно зернистой, границы между сосѣдними кѣтками исчезаютъ, кѣтки теряютъ ядро и, превращаясь въ безформенную зернистую массу, отдѣляются отъ стѣнки и лежатъ свободно въ просвѣтѣ потовыхъ канальцевъ. Въ трехъ (изъ 15) случаяхъ авторъ наблюдалъ живую дегенерацию эпителиа потовыхъ канальцевъ. Просматривая протоколы вскрытія этихъ случаевъ въ работѣ д-ра Иерусалимскаго, мы видимъ, что въ двухъ изъ нихъ, въ числѣ осложненной приведенъ хроническій нефритъ. Возможно, что живую дегенерацию въ этихъ случаяхъ скорѣе можно приписать хроническому нефриту, при которомъ во всѣхъ случаяхъ намъ приходилось наблюдать живую дегенерацию эпителиа потовыхъ канальцевъ.

Такимъ образомъ мы видимъ, что свѣденія наши относительно патолого-анатомическихъ измѣненій кожи подъ вліяніемъ общихъ болѣзней еще весьма скудны и ограничиваются только 5-ю болѣзнями: хроническимъ туберкулезомъ легкихъ, азіатской холерой, корью, скарлатиною и оспою. Изслѣдованія кожи,

какъ видно изъ этого перечня, касаются исключительно инфекціонныхъ болѣзней, далеко не исчерпывая ихъ; что же касается болѣзней не инфекціоннаго характера, то ни въ нашей, ни въ иностранной литературѣ, намъ не удалось найти ни одной работы, посвященной гистологическому изслѣдованію кожи.

Въ ряду не инфекціонныхъ болѣзней, Брайтова болѣзнь прежде всего заслуживаетъ нашего вниманія, въ смыслѣ подробнаго изученія гистологическаго строенія кожи, такъ какъ приведенная выше функциональная связь почекъ и кожи невольно заставляетъ насъ предполагать, что измѣненная по своей функціи и даже по своему внѣшнему виду кожа нефритиковъ не можетъ оставаться безъ болѣе или менѣе значительныхъ измѣненій и въ своемъ гистологическомъ строеніи.

Настоящая работа предпринята нами, по любезному предложенію профессора К. Н. Виноградова и имѣетъ цѣлью выполнить до нѣкоторой степени этотъ пробѣлъ въ области патологической анатоміи и указать на то, какъ хроническое воспаленіе почекъ отражается на тончайшемъ строеніи кожи вообще и потовыхъ железъ въ особенности.

II.

Приступая къ изложенію гистологическихъ измѣненій кожи при хроническомъ нефритѣ, мы прежде всего скажемъ нѣсколько словъ о матеріалѣ, которымъ мы пользовались при нашихъ изслѣдованіяхъ.

Весь матеріалъ, собранный нами почти исключительно въ Александровской городской больницѣ (одинъ случай взятъ нами изъ патолого-анатомическаго кабинета Обуховской больницы) и обнимаетъ 14 случаевъ нефрита.

Согласно намѣченной выше цѣли настоящей работы, намъ пришлось быть очень разборчивымъ въ выборѣ матеріала для гистологическихъ изслѣдованій. Дѣло въ томъ, что нефритъ, относительно рѣдко является первичнымъ страданіемъ. Гораздо

чаще нефритъ, какъ острый, такъ и хроническій, является спутникомъ острыхъ и хроническихъ болѣзней и весьма рѣдко явленія нефрита при этомъ бываютъ настолько рѣзко выражены, что маскируютъ основное страданіе. Съ другой стороны, нефритъ нерѣдко развивается послѣдовательно, черезъ большіе или меньшіе промежутки времени, по прошествіи явленій той или другой болѣзни (обыкновенно инфекціонной — скарлатина, сифилисъ). Для нашихъ же цѣлей пригодны только такіе случаи нефрита, гдѣ нефритъ являлся основнымъ страданіемъ и кромѣ того не осложнялся бы такими болѣзнями, которыя сами по себѣ вызываютъ измѣненія въ кожѣ (сифилисъ, туберкулезъ и др.). Сифилисъ исключался анамнезомъ и кромѣ того при вскрытіи труновъ обращалось вниманіе на рубцы и другіе слѣды перенесеннаго сифилиса. Далѣе безусловно исключались изъ нашего матеріала тѣ случаи хроническаго нефрита, гдѣ при вскрытіи обнаруживались хотя бы малѣйшія слѣды туберкулеза въ легкихъ, а также, конечно, и въ другихъ органахъ, ибо туберкулезъ легкихъ, какъ мы видѣли выше (Virchow, Благовѣщенскій), уже самъ по себѣ сопровождается измѣненіями въ кожѣ. Что касается, скарлатины, на почвѣ которой, какъ извѣстно, очень часто развивается нефритъ то наличность этого страданія въ анамнезѣ (случ. № 7) больного не заставляла насъ исключить данный случай изъ нашего матеріала. Дѣло въ томъ, что измѣненіе въ кожѣ при скарлатинѣ касается по изслѣдованіямъ проф. Neumann'a (см. выше) исключительно наружныхъ (верхнихъ) отдѣловъ кожи и не касается вовсе эпителия потовыхъ желѣзъ, гдѣ преимущественно локализируются измѣненія при хроническомъ нефритѣ. Кромѣ того измѣненія при скарлатинѣ скоро исчезаютъ благодаря шелушенію кожи, въ періодѣ выздоровленія отъ этой болѣзни.

Наконецъ обращалось вниманіе на отсутствіе при жизни какихъ-бы то ни было сыпей на кожѣ нефритниковъ.

Допускались нами слѣдующія осложненія: гипертрофія сердца, пороки клапановъ, жировое перерожденіе сердечныхъ мышцъ и т. п. Эти измѣненія являются отчасти (напр. гипертрофія сердца)

неизбѣжными спутниками хроническихъ интерстиціальныхъ нефритовъ. Съ другой стороны измѣненія сердца врядъ-ли могутъ отразиться сколько-нибудь значительно на гистологическомъ строеніи кожи.

Катарральная пневмонія также допускалась нами, какъ осложненіе рѣдко отсутствующее при продолжительномъ страданіи почекъ, особенно въ концѣ жизни больного и врядъ-ли можетъ имѣть значеніе въ интересующемъ насъ вопросѣ.

Далѣе допускались нами осложненія со стороны желудочно-кишечнаго канала—Enterocolitis follicularis chr. (случ. № 9), ulcerosa (случ. № 8), имѣющихъ во всякомъ случаѣ весьма отдаленное отношеніе къ железнотому аппарату кожи.

Далѣе въ нашъ матеріалъ вошелъ случай (случ. № 5) продолжительнаго хроническаго нефрита, осложнивагося въ концѣ жизни крупозной пневмоніей, ускорившей летальный исходъ.

Остальныя осложненія, отмѣченныя въ эпикризахъ протоколовъ вскрытія (см. приложение), мнѣ кажется еще менѣе могутъ быть приняты въ расчетъ, при изученіи патолого-анатомическихъ измѣненійъ кожи.

При собираніи матеріала для нашихъ изслѣдованій, нами обращалось также вниманіе на возрастъ больныхъ. Мы избѣгали слишкомъ старыхъ субъектовъ, такъ какъ старческія (атрофическія) измѣненія кожи не изслѣдованы и мы могли-бы впасть въ ошибку и отнести измѣненія, могущія зависѣть отъ преклоннаго возраста больного къ измѣненіямъ патологическимъ. Возрастъ субъектовъ, послужившихъ для нашихъ изслѣдованій, колеблется отъ 16 лѣтъ до 55 (1 случай).

Мы не имѣли возможности наблюдать при жизни всѣ случаи, которыми мы воспользовались для нашихъ изслѣдованій. Прижизненные явленія у насъ поэтому отмѣчены лишь вкратцѣ, отчасти по своимъ наблюденіямъ, отчасти по скорбнымъ листкамъ товарищей, наблюдавшихъ этихъ больныхъ при жизни. Въ виду всего этого, клиническая картина нашихъ случаевъ далеко не

имбеть той полноты, какал была-бы желательна, въ чемъ я и прошу спискожденія читателей.

По патолого-анатомическому диагнозу, собранный нами материалъ, можно раздѣлить на слѣдующія 4 группы:

- 1) Nephritis interstitialis chronica — 4 случая.
- 2) Nephritis parenchymatosa chronica — 3 случая.
- 3) Nephritis interstitialis et parenchymatosa chronica — 3 случая.
- 4) Nephritis interstitialis chron. et parenchymatosa acuta — 2 случая.

Кромѣ того, мы взяли для сравненія по одному случаю Pyelo-nephritis chr. и Pyelo-nephritis acuta.

Наконецъ, для рѣшенія побочнаго вопроса, мы взяли одинъ случай съ амилоиднымъ перерожденіемъ паренхиматозныхъ органовъ, въ виду возможности найти амилоидныя измѣненія въ потовыхъ железахъ.

И такъ, матеріаломъ для нашего патолого-анатомическаго изслѣдованія, служили всего 15 случаевъ.

Отъ каждаго случая мы брали при вскрытіи труповъ возможно маленькіе кусочки кожи и почекъ и погружали въ фиксирующія жидкости. Такъ какъ кожа не повсюду одинакова, какъ по своимъ физическимъ свойствамъ, такъ и по гистологическому строенію, то для болѣе полнаго изученія этого органа въ патолого-анатомическомъ отношеніи, приходилось брать кусочки кожи изъ возможно большаго числа областей тѣла.

Мы брали кожу изъ слѣдующихъ областей: съ волосистой части головы, со лба, изъ подмышечной впадины, съ внутренней стороны предплечья, съ пальцевъ рукъ (или ногъ), съ груди (reg. pectoralis), съ нижней половины живота, внутренней поверхности бедеръ, съ голени и изъ промежностной области.

Такимъ образомъ наши изслѣдованія касаются всѣхъ главнѣйшихъ частей нашего тѣла т. е. головы, туловища и конечностей.

Для сравненія микроскопической картины кожи при хро-

ническихъ нефритахъ съ нормальнымъ строеніемъ кожи, мы пользовались кожей здороваго челоуѣка (съ ампутированной нижней конечности), подвергалъ ее тѣмъ же методамъ изслѣдованія, какъ и кожу нефритиковъ. Этимъ путемъ мы получили возможность отличить „трупныя измѣненія“ отъ патологическихъ и болѣе или менѣе вѣрно оцѣнить патологическій процессъ въ кожѣ при нефритахъ.

Мы уже упоминали, что во всѣхъ случаяхъ, кромѣ кожи мы изслѣдовали также почки. Патолого-анатомическое изслѣдованіе почекъ производилось нами по двумъ причинамъ.

Во первыхъ — для установленія точнаго патолого-анатомическаго диагноза каждаго случая. Во вторыхъ — для сравненія патологическаго процесса, происходящаго въ почкахъ, съ такимъ же процессомъ въ кожѣ. Повитно, что въ виду этого послѣдняго обстоятельствоа, почки и кожа подвергались одинаковой обработкѣ и одинаковымъ методамъ изслѣдованія.

Переходя къ описанію методовъ и приѣмовъ, которыми мы пользовались при нашихъ микроскопическихъ изслѣдованіяхъ, мы позволимъ себѣ изложить эту часть нашей работы какъ можно подробнѣе.

Дѣло въ томъ, что въ общихъ руководствахъ по микроскопической техникѣ (Fraenkel, Ziegler, Weichselbaum, Kahlden, Oppel и Böhm, Никифоровъ и др.), которыми намъ пришлось пользоваться, приступая къ нашей работѣ, мы часто не находили въ нихъ многихъ подробностей, необходимыхъ для полученія удовлетворительныхъ результатовъ.

Кожа представляетъ одинъ изъ самыхъ трудныхъ объектовъ для микроскопическихъ изслѣдованій, вслѣдствіе сложности строения этого органа вообще и особенно вслѣдствіе различія въ физическихъ свойствахъ отдѣльныхъ слоевъ кожи. Между тѣмъ на изслѣдованіе кожи въ упомянутыхъ руководствахъ менѣе всего обращено вниманіе. Въ виду недостатка специальныхъ указаній относительно изслѣдованія кожи, мы примѣняли для нея также способы изслѣдованія, какіе рекомендуются и для другихъ органовъ.

Имя. НАУЧНОЕ БИР. 1-го Харьк. Мед.

Но въ то время какъ изъ почекъ, съ самаго начала нашихъ изслѣдованій, мы получили удовлетворительные препараты, съ коихъ мы провозились нѣсколько мѣсяцевъ, постоянно видоизмѣняя методы изслѣдованія, пока намъ не удалось получить препараты, пригодные для микроскопическихъ изслѣдованій.

Въ работѣ д-ра Ремезова ¹⁾, посвященной также микроскопическому изслѣдованію кожи, авторъ весьма подробно описываетъ употребленные имъ методы изслѣдованія и многія изъ его указаній имѣ въ послѣдствіи принесли не малую пользу. Въ виду возможности, что нѣкоторые изъ нашихъ указаній также могутъ пригодиться тѣмъ изъ товарищей, которые быть можетъ займутся изслѣдованіемъ кожи, мы и считаемъ не лишнимъ изложить послѣдовательно всѣ тѣ приемы микроскопической техники, которые намъ въ концѣ концовъ дали удовлетворительные результаты.

Въ качествѣ фиксирующихъ жидкостей нами испробованы: 1—Мюллеровская жидкость (двухромовокислый кали 2,5 ч. серно-кислый натръ 1,0 ч., вода 100,0 ч.). 2—Спиртъ различной крѣпости (отъ 70% до абсолютнаго), 3—растворъ Flemming'a ²⁾ (4 ч. 2% воднаго раствора осміевой кислоты, 15 ч. 1% воднаго раствора хромовой кислоты и 0,5 грм. ледяной уксусной кислоты), приготовляемый ex tempore 4—1% водный растворъ осміевой кислоты. 5—Жидкость Фоя ³⁾ (1% водный растворъ осміевой кислоты 2 ч., 1% хромовой кислоты 25 ч., 2% уксусной кислоты 5 ч., и воды 68 част.). 6—Насыщенный при нагреваніи 7,5% растворъ сулемы въ 0,5% растворѣ поваренной соли ⁴⁾.

Изъ перечисленныхъ фиксирующихъ и уплотняющихъ ра-

¹⁾ Е. Ремезовъ. Матеріалы къ изученію условій роста волосъ у животныхъ. Дисс. 1893.

²⁾ Кальденъ. Техника гистолог. изслѣдованія патолого-анатомич. препаратовъ. Перев. Розенблата, 1894, стр. 54.

³⁾ Никифоровъ. Краткій учебникъ микроскопической техники, 1888 г., стр. 32.

⁴⁾ Кальденъ. 1. с. стр. 13.

створовъ наиболее пригодными, для приготовленія микроскопическихъ препаратовъ изъ кожи, оказались: мюллерова жидкость, растворъ Flemming'a и сулема. Остальные намъ пришлось оставить по причинамъ, изложеннымъ ниже. Спиртъ, столь сильно рекомендуемый въ руководствахъ по микроскопической technikѣ, какъ прекрасно фиксирующая и уплотняющая жидкость, вовсе не оправдалъ нашихъ надеждъ, при изслѣдованіи кожи.

Въ спирту, (какъ абсолютномъ, такъ и 90°) epidermis сильно съезживается; кромѣ того epidermis выстѣ съ corium до такой степени сильно уплотнѣвали, при однодневномъ пребываніи объекта въ этой средѣ, что при попыткѣ дѣлать изъ спиртовыхъ препаратовъ (послѣ дальнейшей обработки) разрѣзы, мы портили только бритву. Употребляемая для окончательной обработки вещества, ксололь и жировая смѣсь или въ послѣдствіи парафинъ, повидимому, проникали только въ подкожную клетчатку и потому только эта часть препарата не представляла для бритвы непреодолимыхъ препятствій, остальная же часть не рѣзалась вовсе.

Мы испробовали также спиртъ возрастающей крѣпости, погружалъ объекты въ 80° спиртъ; затѣмъ въ спиртъ 90° (въ каждомъ на сутки), наконецъ, часа на 2 въ абсолютный, но съ тѣми же отрицательными результатами. Между тѣмъ для почекъ, послѣдній способъ обработки давалъ вполне пригодные для изслѣдованія препараты.

Мюллеровскій растворъ — служилъ намъ до конца нашихъ изслѣдованій въ качествѣ фиксирующей жидкости. Эта жидкость представляетъ лишь то неудобство, что кожу приходится въ ней держать не менѣе мѣсяца. Въ первые 3 дня жидкость мѣнялась ежедневно, а затѣмъ лишь 2 раза въ недѣлю. Для почекъ оказалось достаточнымъ и двухъ-недѣльнаго пребыванія въ Мюллеровской жидкости, мѣняя жидкость въ тѣ же промежутки времени. Отъ Мюллеровской жидкости кожа не съезживалась, но за время 30-дневнаго пребыванія въ ней не приобретала желаемой пластичности для

ПЕРЕВІРЕНО 1936

Имя. НАУЧНОЕ БИР. 1-го Харьк. Мед. № 4633. ИМП

нѣйшаго уплотненія приходилось пользоваться спиртомъ возра-
стающей крѣпости. До погруженія въ спиртъ, объекты промывали-
лись текущею водою подъ краномъ въ теченіи сутокъ, для уда-
ленія хромовыхъ солей. Для почекъ этотъ способъ удаленія хро-
мовыхъ солей оказался вполнѣ пригоднымъ. Для кожи, вслѣдствіе
физическихъ свойствъ подкожной кѣлѣчатки, этотъ способъ приш-
лось нѣсколько видоизмѣнить.

Дѣло въ томъ, что рыхлая подкожная кѣлѣчатка отъ Мюл-
леровской жидкости почти не измѣнялась въ своей консистенціи
и при столь продолжительномъ пребываніи въ водѣ, она маце-
рировалась и отдѣлялась отдѣльными кусочками отъ собственно—
кожи. Примѣняя способъ Hans Vichow'a¹⁾ (удаленіе хро-
мовыхъ солей спиртомъ, въ темнотѣ), приходилось тратить много
времени и спирта. Мѣняя спиртъ въ теченіи цѣлой недѣли и
долѣе ежедневно, не удавалось достигнуть полного удаленія хро-
мовыхъ солей изъ объектовъ, т. е. спиртъ не обезцвѣчивался
вполнѣ. Вслѣдствіи указанныхъ недостатковъ описанныхъ спосо-
бовъ, мы поступали слѣдующимъ образомъ. Кусочки кожи, взя-
тые изъ Мюллеровской жидкости, мы промывали въ дистиллиро-
ванной водѣ въ пробиркѣ, при незначительномъ встряхиваніи
последней, мѣняя 5 — 6 разъ воду, пока она почти вовсе не
окрашивалась при встряхиваніи пробирки, а затѣмъ уже объекты
помѣщались въ спиртъ 70°, на 2—3 дня, мѣняя спиртъ, если
онъ пріобрѣталъ желтоватый оттѣнокъ (банка держалась въ тем-
номъ мѣстѣ). Затѣмъ объекты помѣщались въ спиртъ 90° и аб-
солютный, въ каждомъ на сутки. Такимъ образомъ тратилось
меньше спирта и времени, и препараты сохранялись въ цѣлости.
Замѣчательно, что послѣ Мюллеровки кусочки кожи выдержи-
вали довольно продолжительное пребываніе въ спирту, даже аб-
солютномъ, не пріобрѣтая чрезмѣрной плотности, какъ это мы
видѣли при непосредственномъ погруженіи кожи въ спиртъ.

Изъ абсолютнаго спирта объекты помѣщались въ гвоздич-

¹⁾ Никифоровъ, оп. cit. стр. 25.

ное масло на нѣсколько часовъ (3—6 часовъ), пока препараты
не пріобрѣтутъ значительную степень прозрачности¹⁾. Послѣ
гвоздичнаго масла кожа лучше пропитывалась парафиномъ, чѣмъ
безъ предварительнаго погруженія въ эту среду. Затѣмъ объекты
помѣщались на сутки въ ксилолъ. Послѣ чего къ ксилолу въ
избыткѣ прибавлялся парафинъ (съ точкою плавленія 56° С) и
баночка съ объектами помѣщалась на сутки въ термостатъ, при
t° около 50° С. и, наконецъ, въ чистый парафинъ на 2 — 3
часа, при t° 56° С.

Прежде чѣмъ остановиться на парафинѣ, въ качествѣ за-
ливной массы, нами были испробованы и другіе рекомендуемые
для заливанія составы.

Прежде всего мы прибѣгнули къ „восковой смѣси“ (Ol
ricini 10 ч., Spermaceti 40 ч., и Cerae flavae 2 ч.). Эта
смѣсь однако весьма не равномерно пропитывала различные сло-
жи. Поверхностные слои кожи (особенно epidermis) пріобрѣ-
тали чрезмѣрную степень плотности, подкожная кѣлѣчатка и
отчасти corium оставались мягкими и только рвались при раз-
рѣзахъ.

Испытавъ затѣмъ фотоксилитъ (гремячая вата, растворе-
ная въ абсолютномъ спиртѣ и эфирѣ, взятыхъ по ровну) намъ
также пришлось его скоро оставить. Препараты пропитывались
фотоксилитомъ лучше, чѣмъ восковою смѣсью и не рвались при
дѣланіи разрѣзовъ, но къ сожалѣнію изъ фотоксилитовыхъ пре-
паратовъ не удавалось получить срѣзы желаемой тонкости.

Волѣе удовлетворительные результаты мы получали при за-
ливкѣ препаратовъ целлоидиномъ, поступая при этомъ по спо-
собу, описанному подробно у Orpel и Böhm'a²⁾. Но личный
опытъ нашъ убѣдилъ, что заливаніе целлоидиномъ препаратовъ
кожи имѣетъ два неудобства. Во первыхъ для удовлетворитель-

¹⁾ Эта фаза обработки заимствована мною изъ работы д-ра Ре-
мезова, стр. 17.

²⁾ Orpel и Böhm. Compendium микроскопической техники. Перев.
Семенова, 1892 г. стр. 42 до 46.

наго пропитыванія соединительно-тканнаго отдѣла кожи, препараты приходилось держать не менѣе 1 недѣли въ жидкомъ целлоидинѣ, а затѣмъ еще 2—3 дня въ болѣе густомъ растврѣ целлоидина, слѣдовательно на эту часть обработки препаратовъ кожи приходилось тратить не мало времени. Второе неудобство состоитъ въ томъ, что при заливаніи целлоидиномъ очень важно не упустить моментъ для дѣланія разрывовъ. Дѣло въ томъ, что сохраненіе готовыхъ для рѣзки препаратовъ въ обыкновенной водѣ (или въ спирту 40%), какъ это рекомендуется въ руководствахъ, возможно только непродолжительное время (около недѣли), при болѣе продолжительномъ пребываніи объектовъ въ водѣ, целлоидинъ терялъ въ значительной степени свою первоначальную прозрачность, дѣлался очень твердымъ и плохо рѣзался.

Переходя наконецъ, по совѣту Проф. Виноградова, къ парафину, мы уже до конца нашей работы исключительно имъ и пользовались. такъ какъ эта заливная масса болѣе другихъ удовлетворяла нашимъ требованіямъ.

Способъ заливанія препаратовъ парафиномъ болѣе простъ и требуетъ меньше времени, чѣмъ примѣня целлоидинъ. Далѣе парафиновые препараты можно сохранять сколько угодно времени, не примѣняя никакихъ мѣръ предосторожности, что составляетъ большое преимущество передъ фотоксилиномъ и особенно передъ целлоидиномъ. Наконецъ изъ парафиновыхъ препаратовъ намъ удавалось получать болѣе тонкіе разрывы, чѣмъ при другихъ заливныхъ массахъ.

Примѣняя парафинъ, особеннаго вниманія заслуживаетъ способъ охлажденія парафина. Приходивъ соприкосновеніе съ комнатнымъ воздухомъ парафинъ весьма быстро застываетъ съ поверхности, въ то время какъ въ центрѣ, подъ защитой образовавшейся болѣе или менѣе толстой пленки, застываніе парафина идетъ значительно медленнѣе и въ результатъ подобнаго неравномѣрнаго застыванія получается бѣлая непрозрачная масса (отъ пузырьковъ воздуха),

которая крошится при разрывѣхъ. Это неудобство, которое Кальденъ считаетъ неизбежнымъ, при заливаніи парафиномъ (почему онъ и совѣтуетъ, передъ охлажденіемъ фиксировать препараты въ удобномъ для рѣзки положеніи, такъ какъ послѣ застыванія непрозрачнаго парафина ориентировка уже не возможна), вполне устранимо если охлажденіе парафина произвести медленно.

Мы поступали для этого слѣдующимъ образомъ. Жидкій парафинъ съ препаратомъ выливался на часовое стеклышко, предварительно нагрѣтое и смазанное съ внутренней стороны глицериномъ; затѣмъ часовое стеклышко быстро опускалось въ чашку съ холодной водой, при чемъ препараты раздвигались, въ случаѣ надобности, другъ отъ друга нагрѣтымъ пинцетомъ. Парафинъ, при этихъ предосторожностяхъ, застывалъ въ прозрачную массу, которая безъ труда снималась со стеклышка, благодаря предварительной смазкѣ стекла глицериномъ. Если около препаратовъ образовались непрозрачныя бѣлыя мѣста, что случалось иногда, не смотря на всѣ упомянутые предосторожности, стеклышко ставилось обратно въ термостатъ и охлажденіе повторялось снова.

Изъ застывшаго и прозрачнаго парафина препараты вырѣзывались и приклеивались тѣмъ же парафиномъ къ деревяннымъ пробкамъ¹⁾.

Разрывы производились на сапачномъ микрономъ. Срѣзы переносились въ ксилолъ, для растворенія парафина, при легкомъ нагрѣваніи часового стеклышка. Затѣмъ срѣзы лопаточкой перекаладывались въ абсолютный спиртъ на 2—3 мин., на столько же времени въ 70° спиртъ и въ дистиллированную воду, до опусканія на дно часового стеклышка.

Послѣ этого слѣдовало окрашиваніе срѣзовъ гематоксилиномъ Вѳингега. Чтобы не терять препаратовъ въ малопрозрачномъ растврѣ этой краски, мы не опускали срѣзы въ краску,

¹⁾ Деревяннымъ пробки имѣютъ то преимущество передъ обыкновенными пробками, что они не уступчивы и не ломки.

а оставляя срѣзь на лопаточкѣ, пипеткой наводили на препаратъ каплю гематоксилина.

Мнѣ приходилось держать срѣзъ въ этой краскѣ не болѣе 5 минутъ. Затѣмъ срѣзъ переносился, для удаленія избытка краски, въ 1% растворъ калийныхъ квасцовъ, на нѣсколько минутъ, смотря по интенсивности окраски (срѣзъ должны быть не слишкомъ темно-фіолетовыми и прозрачными). Затѣмъ препараты переносились въ спиртъ 70%, въ абсолютный спиртъ на 2—3 мин., въ гвоздичное масло, для просвѣтленія препаратовъ и удаленія изъ нихъ спирта, что узнается по опусканію препарата на дно стеклышка. Изъ гвоздичнаго масла препараты переносятся на 2—3 минуты въ ксилолъ и, наконецъ, на предметное стекло, гдѣ избытокъ ксилола удаляется пропускной бумагой, послѣ чего препаратъ заключается въ канадскій бальзамъ и покрывается покровнымъ стеклышкомъ.

Для нагляднаго обзора всѣхъ изложенныхъ манипуляцій при обработкѣ препаратовъ мюллеровской жидкостью и окраскѣ гематоксилиномъ, приведемъ слѣдующую таблицу.

(См. табл. на стр. 23).

Кромѣ гематоксилина въ качествѣ ядерныхъ красокъ, мы пользовались еще борно-кислымъ карминомъ, квасцовымъ карминомъ (приготовленные по способу Grenacher'a) и карминомъ Orth'a (насыщенный растворъ кармина въ 1% растворѣ углекислаго литія) ¹⁾.

Наиболѣе отчетливая окраска ядеръ получалась при окраскѣ карминомъ Orth'a, заслуживающимъ предпочтеніе между упомянутыми красками еще потому, что окрашивание совершается значительно скорѣе (нѣсколько минутъ) и степень окраски прекрасно удается урегулировать перенесеніемъ препаратовъ на 1—2 минуты въ соляно-кислый спиртъ (1% растворъ соляной кислоты въ 70% спиртѣ).

¹⁾ Всѣ эти краски приготовлены нами по Behrend's: Tabellen zum Gebrauch bei mikroskopischen Arbeiten. Braunschweig. 1892.

| Реактивы и манипуляціи. | Время. | Реактивы и манипуляціи. | Время. |
|--|-----------------|--|---------|
| 1. Мюллеровск. жидк. для кожи | 1 мѣс. | На часовомъ стеклышкѣ. | |
| Мюллеровск. жидк. для почек | 2 нед. | 13. Удаленіе парафина ксилоломъ, при легкомъ нагреваніи . . | 2—3 м. |
| 2. Промыв. въ дистил. водѣ, въ пробиркѣ взбалтываніемъ . . . | 2—3 м. | 14. Alcohol absolut. . . | 2—3 м. |
| 3. Спиртъ 70% въ темнотѣ | 2—3 дн. | 15. Спиртъ 70% | 5 мин. |
| 4. Спиртъ 90% | 1 сутки. | 16. Aq. destil. до опуск. преп. на дно стеклышка | |
| 5. Alcohol absol. | 1 сутки. | 17. Hematoxylin. | до 5 м. |
| 6. Ol. saurophyllor., пока препараты не сдѣл. прозрачн. . . . | 3—6 час. | 18. 1% водн. раств. kali aluminat. | 2—3 м. |
| 7. Ксилолъ | 1 сутки. | 19. Спиртъ 70% | 2—3 м. |
| 8. Ксилолъ + парафинъ, въ термостатъ при 50° C. | 1 сутки. | 20. Alcohol absolut. . . | 2—3 м. |
| 9. Чистый парафинъ, въ термостатъ при 50° C. | 2—3 час. | 21. Ol. saurophyllor. до опуск. срѣзъ на дно стеклышка | |
| 10. Выливаніе препарата на часов. стеклышко и охлажденіе парафина. | около 1/2 часа. | 22. Ксилолъ | 2—3 м. |
| 11. Вырѣзываніе препаратовъ и наклеиваніе на пробки. | | 23. Удаленіе ксилола и заключеніе срѣзъ въ Канадскій бальзамъ (на предметномъ стеклѣ). | |
| 12. Разрѣзы. | | | |

Кроме Мюллеровской жидкости, в качестве фиксирующей и уплотняющей жидкости, мы пользовались насыщенным раствором сулемы в физиологическом растворе поваренной соли. Кусочки кожи и почки держались в этом растворе сутки, затем промывались несколько часов (3 — 4 часа) в текущей воде под краном. Сулемой достигается более значительная степень уплотнения объектов, чем в Мюллеровской жидкости и препараты уже не мацеруются в воде, как это случалось с препаратами из Мюллеровской жидкости. После промывания, препараты перекладывались на сутки в спирт 70°, с прибавлением нескольких капель *Tinct. jodi*, для окончательного удаления ртути из препаратов, путем образования осадка двуиодистой ртути, с одновременным обезвреживанием раствора. В случае обезвреживания раствора, спирт сменялся новым и вторично прибавлялось *Tinct. jodi*. Это продолжалось до тех пор, пока спирт уже больше не обезвреживался. Обыкновенно приходилось менять спирт 2, много 3 раза. Затем препараты помещались на сутки в абсолютный спирт. Дальнейшая обработка препарата и окраска его ядерными красками не отличается от вышеописанной схемы.

Сулемой мы пользовались с целью открытия карокинеза в эпителии потовых желез.

Третья серия препаратов помещалась в раствор Флемминга (вышеуказанного состава) с целью изучения дегенеративных изменений (жировой дегенерации), как в почках, так и в коже.

Для той же цели, в начале нашей работы, мы пользовались 1% раствором осмиевой кислоты, но препараты, хотя и быстро чернели, но пропитывались осмиевой кислотой только с поверхности. Более удовлетворительные результаты мы получали, применяя способ *Marschi*: препараты держались не менее 8 дней в Мюллеровской жидкости, затем 6—8 дней в смеси из 9 частей Мюллеровской жидкости и 1 части 1% раствора осмиевой

кислоты ¹⁾, но объекты не приобретали желаемой плотности и потому плохо рѣзались. Переходя затем к упомянутому раствору Флемминга, мы нашли в нем жидкость, хорошо пропитывающую и уплотняющую кожу, но лишь под тем условием, чтобы кожа сохранялась в ней не менее 3 суток, меняя раствор в случае его помутнения. Затем следовало промывание водой под краном и окончательное уплотнение в спирту, по схеме описанной выше, для препаратов из Мюллеровской жидкости, за исключением, конечно, окраски. Препараты, обработанные раствором Флемминга, или вовсе не окрашивались, или же окрашивались сафранином, с целью открытия карокинеза.

Наконец для открытия амлоидных изменений в коже, при амлоидном перерождении внутренних органов, мы уплотняли кусочки кожи также в Müller'овской жидкости, заливая в парафин и затем над срезам продѣлывали общеупотребительные реакции на амлоиды:

- 1) Реакция с йодом и серной кислотой.
- 2) Реакция с *Methylviollet*'омъ.
- 3) Реакция с *Gentianviollet*'омъ.

Во всех этих реакциях мы точно следовали описанию Кальдена ²⁾, в его руководствѣ, почему мы и не приводим подробности манипуляцій.

Параллельно с этим мы продѣлывали также реакции и на почкахъ.

III.

Патолого-анатомическія изменения как в коже, так и почкахъ, найденны нами в каждом отдельном случае, читатель найдет в приложении, вместе с протоколами вскрытій и краткими исторіями болѣзни.

¹⁾ Кальденъ, *op. cit.* стр. 133.

²⁾ Кальденъ, *op. cit.* стр. 63—64.

Согласно вышеупомянутому дѣленію нашихъ случаевъ на 4 группы, мы здѣсь и постараемся передать общую картину гистологическихъ измѣненій для каждой изъ этихъ группъ, однородныхъ (въ паталого-анатомическомъ отношеніи) случаевъ.

Въ виду поддѣленного нами сходства между гистологическими измѣненіями въ кожѣ и почкахъ, при хроническихъ нефритахъ, считаемъ необходимымъ описать паталого-анатомическую картину въ обоихъ органахъ.

I группа: Nephritis interstitialis chron (случай 1—4).

Во всѣхъ нашихъ случаяхъ хроническаго интерстиціального нефрита (4 случая), капсула почекъ представлялась болѣе или менѣе утолщенной. Въ корковомъ слое, особенно соотвѣтственно вдавленіямъ на поверхности почки, замѣчается обильное разрастаніе волокнистой соединительной ткани, соединительно-тканнныя перемычки между мочевыми каналами рѣзко утолщены. Во многихъ мѣстахъ, въ соединительно-тканной стромѣ замѣчается изобиліе грануляціонныхъ кѣтокъ, въ различныхъ стадіяхъ перехода въ волокнистую соединительную ткань. Въ этихъ болѣе свѣжихъ участкахъ интерстиціального воспаленія почекъ, замѣчается довольно много расширенныхъ капилляровъ, переполненныхъ кровяными шариками, мѣстами попадаютъ и кровоизліянія въ окружающую сосуды соединительно-тканную строму. Особенно много расширенныхъ сосудовъ и кровоизліяній въ окружающую ткань наблюдалось въ случаѣ № 3. Въ другихъ, болѣе старыхъ, фокусахъ воспаленія мы почти вовсе не находимъ грануляціонныхъ кѣтокъ, а лишь одну волокнистую (рубцовую) ткань. Въ этихъ участкахъ капилляры попадаютъ очень рѣдко. Особенно рѣзко это выражено въ случаѣ № 1. (Cirrhosis genui). Въ этомъ случаѣ весьма рѣдко намъ попадались въ препаратахъ капилляры, содержащіе кровяные шарики. Стѣнки артерій представляются утолщенными на счетъ разрастанія intimaе. Капсулы Мальпигіевыхъ клубочковъ являются въ различной степени утолщенными. Сильно утолщен-

ныя капсулы имѣютъ ясно выраженное слоистое строеніе (особенно случай № 1). Эпителий, выстилающій капсулы и отдѣляющій клубочки, мелушится, т. е. отдѣляется отъ подлежащихъ тканей и подвергается жировому перерожденію (препараты обработаны растворомъ Флеминга). Полости капсулъ представляются часто растянутыми, вѣдствие накопившагося здѣсь серознаго экссудата. Сами клубочки въ такихъ случаяхъ сильно сдавлены, сморщены и занимаютъ только незначительную часть полости растянутой капсулы. Попадаютъ также Ваувановенія капсулы, вовсе лишенныя Мальпигіевыхъ клубочковъ и кистовидно растянутыя. Во многихъ клубочкахъ наблюдается сильное разрастаніе соединительной ткани: между петлями сосудовъ, въ клубочкахъ имѣются широкіе тяжи соединительной ткани, раздѣляющіе клубочки на нѣсколько лопастей. Стѣнки сосудовъ утолщены, просвѣты ихъ служены, сосуды облитерируются, превращаясь въ рубцовую ткань и весь клубочекъ является тогда, подъ микроскопомъ, въ видѣ шарообразнаго слоистаго соединительно-тканнаго образованія, (особенно рѣзко въ случаѣ № 1, въ препаратахъ, окрашенныхъ гематоксилиномъ). Мочевые каналцы являются нѣсколько сдавленными, вѣдствие разрастанія интерстиціальной соединительной ткани; просвѣты каналцевъ сужены. Эпителий мочевыхъ каналцевъ измѣненъ сравнительно мало. Во многихъ каналцахъ эпителиальныя кѣтки лишь уплощены, вѣдствие растяженія каналца; въ другихъ—протоплазма кѣтокъ помутнѣла, при чемъ ядро лишь слабо окрашивается ядерными красками (гематоксилиномъ или карминомъ). Въ нѣкоторыхъ кѣткахъ ядра дѣлаются невидимыми, границы кѣтокъ также исчезаютъ и эпителий отдѣляется отъ мембрана или отдѣльными кѣтками, или цѣлыми рядами. Отдѣлвившіяся кѣтки теряютъ свою правильную (призматическую или конусообразную) форму, сливаются съ другими отдѣлвившимися кѣтками, подвергаются дегенеративнымъ измѣненіямъ, образуя всѣмъ извѣстные глянцевые и зернистые цилиндры. Въ микроскопическихъ препаратахъ эти цилиндры чаще всего попадаютъ въ мочевыхъ

канальцах медулярнаго слоя. Въ участкахъ, гдѣ замѣчается сильное развитіе соединительной ткани, попадаются мочевые каналцы, лишенные вовсе эпителия и кистовидно растянутые. Въ препаратахъ, обработанныхъ растворомъ Флеминга, какъ въ корковомъ, такъ и въ медулярномъ слоеъ почекъ, попадаются отдѣльными островками, небольшіе участки мочевыхъ канальцевъ, эпителий которыхъ подвергся жировому перерожденію.

Патолого-анатомическія измѣненія, найденныя въ кожѣ, въ тѣхъ же случаяхъ хроническаго интерстиціального нефрита, сводятся къ слѣдующему:

Въ клѣткахъ Мальпигіеваго слоя замѣчается явленіе вакуолизациі или водничаго перерожденія (*hydropische Degeneration*), состоящее въ томъ, что въ протоплазмѣ многоугольныхъ клѣтокъ этого слоя, около ядра, образуются округлой формы пустоты (вакуолы), которыя, увеличиваясь, часто окружаютъ все ядро въ видѣ свѣтлаго кольца (рис. 3, *M*): Ядро при этомъ сморщивается и получаетъ неправильную форму. Клѣтка, подвергшаяся вакуольному измѣненію, въ концѣ концовъ получаетъ слѣдующій видъ: многогранная форма клѣтки не измѣняется; протоплазма ея отгѣснена къ периферіи клѣтки, въ видѣ узкой каймы, большая же часть клѣтки занята вакуолой, округлой формы и рѣзко очерченной, ядро, обыкновенно уменьшенное противъ нормы, располагается или въ центрѣ (рис. 3) или же гдѣ либо по периферіи вакуолы, принимая иногда форму серпа (рис. 3). Въ препаратахъ, окрашенныхъ гематоксилиномъ, остатки клѣточной протоплазмы окрашиваются нормально, т. е. въ свѣтло-синій цвѣтъ, ядро-же окрашивается болѣе рѣзко, чѣмъ въ неизмѣненныхъ клѣткахъ и представляется почти чернымъ. Описанныя измѣненія мы наблюдали чаще въ отечныхъ участкахъ кожи, но они встрѣчались и въ тѣхъ случаяхъ хроническаго интерстиціального нефрита, которые умирали безъ отековъ (случ. № 1).

Такія же измѣненія описываетъ Іерусалимскій, въ кожѣ холерныхъ больныхъ, обычно неизмѣющихся отековъ.

Соединительно-тканые пучки собственно кожи (*corium*) во многихъ мѣстахъ сильно раздвинуты, образуя различной величины и формы щели. Периваскулярныя пространства мѣстами также растянуты. Въ этихъ щеляхъ иногда задегаютъ красные кровяные шарикки и лейкоциты, большинство же изъ нихъ не содержитъ никакихъ форменныхъ элементовъ. Кровеносные сосуды часто представляются растянутыми и переполненными кровяными шариками (рис. 1 *k*). Всюду по направленію кожныхъ сосудовъ замѣчается размноженіе грануляціонныхъ элементовъ (рис. 1 и 3 *d*). Эти грануляціонныя клѣтки, располагаясь снаружи отъ *adventitia* (часто въ нѣсколько рядовъ) сопровождаютъ артеріи и вены до ихъ мельчайшихъ развѣтвленій въ сосудистыхъ петляхъ сосочковаго слоя.

Въ поверхностныхъ слояхъ собственно кожи попадаютъ также скопленія грануляціонныхъ клѣтокъ въ формѣ полосъ, иногда развѣтвляющихся. По своему расположенію эти полосы сильно напоминаютъ кровеносные сосуды.

Кромѣ того въ различныхъ мѣстахъ *corii*, между соединительно-ткаными пучками, попадаютъ различной величины и формы скопленія грануляціонныхъ клѣтокъ (рис. 3 *g*). Между этими грануляціонными клѣтками встрѣчаются какъ круглыя, такъ и продолговатыя и веретенообразныя, представляя всѣ стадіи перехода въ волокнистую соединительную ткань. Располагаясь по ходу сосудовъ, они по всей вѣроятности сдавливаютъ сосудъ, сосудъ облитерируется и превращается въ рубцовую соединительную ткань. Выше упомянутыя полосы изъ грануляціонныхъ клѣтокъ, въ различныхъ стадіяхъ перехода въ волокнистую соединительную ткань, по моему мнѣнію и представляютъ ни что иное, какъ одну изъ фазъ такой облитераціи кровеносныхъ сосудовъ.

Сальные железы обыкновенно представляются растянутыми.

Въ клѣткахъ Мальпигіеваго слоя, окружающихъ волосыя сумки, намъ также приходилось неоднократно наблюдать вышеописанныя явленія вакуолизации. Въ соединительно-тканной стромѣ сосѣдн., въ непосредственной окружности салныхъ железъ и волосяныхъ сумокъ, замѣчается также масса грануляціонныхъ элементовъ, окружающихъ эти образованія въ нѣсколько рядовъ. Въ остальномъ салныя железы и волосыя сумки не представляютъ, повидимому, никакихъ существенныхъ измѣненій.

Принимая во вниманіе физиологическую роль потовыхъ железъ и вышеупомянутую связь между потоотдѣленіемъ и мочеотдѣленіемъ, несомнѣнно наибольшій интересъ, при гистологическомъ изслѣдованіи кожи, должны имѣть именно эти образованія кожи. Найденныя нами измѣненія въ потовыхъ железахъ локализируются главнымъ образомъ въ ихъ эпителии, почему и нельзя обойти молчаніемъ нѣкоторыхъ подробностей нормальнаго строенія этого эпителия.

Выводной протокъ потовой железы выстланъ многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ. Эпителий же железистой трубочки клубка однослойный, за исключеніемъ потовыхъ железъ подошвы, въ которыхъ эпителий наслоенъ въ 3—4 ряда (Hesse¹⁾). Форма и величина клѣтокъ эпителия довольно разнообразна; чаще всего онѣ бывають цилиндрической или конусообразной формы, но попадаются также железы съ клѣтками эпителия кубовидной или призматической формы. Протоплазма эпителиальныхъ клѣтокъ совершенно прозрачна, заключаетъ въ себѣ немного зернышекъ и имѣетъ ясно очерченное круглое ядро²⁾. По Ranvier въ протоплазмѣ клѣтокъ эпителия нормально попадають зернышки жира.

Въ послѣднее же время, Max Joseph³⁾ доказалъ отсутствіе

¹⁾ Hesse. Zur Kenntniss des Haut drüsen. Zeitschrift für Anatomie und Entwicke lungs geschichte. Bd. II. 1876. s. 274.

²⁾ Давидовскій и Овсянниковъ. Микроскопическая анатомія. 1888. стр. 480.

³⁾ Max Joseph. Archiv für Anatomie und Physiologie. 1891. Bd. II. S. 85.

жира въ неизмѣненныхъ клѣткахъ эпителия потовыхъ железъ. Въ нашихъ препаратахъ изъ кожи здороваго человѣка (кожа была взята отъ ампутированной конечности, тотчасъ же послѣ операціи), обработанныхъ 1% растворомъ осміевой кислоты, мы также не находили ни малѣйшихъ слѣдовъ жира въ эпителии потовыхъ железъ, почему и присоединяемся вполне къ мнѣнію Max Joseph'a, считающимъ присутствіе самыхъ незначительныхъ слѣдовъ жира въ эпителии уже паталогическимъ явленіемъ.

Переходя къ паталого-анатомическимъ измѣненіямъ потовыхъ железъ при хроническомъ интерстиціальномъ нефритѣ, мы прежде всего укажемъ на то, что измѣненія касаются железистаго эпителия клубковъ, выводные же протоки потовыхъ железъ не представляютъ никакихъ существенныхъ уклоненій отъ нормы.

Въ препаратахъ кожи, окрашенныхъ гематоксилиномъ Böhmig'a или карминомъ Orth'a, уже при маломъ увеличеніи (увел. въ 80 разъ) бросается въ глаза, что клубки нѣкоторыхъ железъ значительно увеличены въ объемъ и въ окружности этихъ клубковъ замѣчается больше сосудовъ, чѣмъ вокругъ нормальныхъ железъ. Сосуды при этомъ растянуты и переполнены кровяными шариками. Мѣстами замѣчаются и небольшія кровоизліянія, въ окружающую соединительно-тканную строму (особенно случ. № 3). Изрѣдка попадаются кровяные шарики и въ просвѣтѣ растянутыхъ потовыхъ канальцевъ клубочка. Далѣе замѣчается обильное развитіе грануляціонныхъ элементовъ не только вокругъ сосудовъ, но и въ окружности всего клубочка и отдѣльныхъ петель его; внутри же потовыхъ канальцевъ, мы этихъ грануляціонныхъ элементовъ никогда не встрѣчали.

Многія изъ этихъ грануляціонныхъ клѣтокъ (Wucherungszellen) принимаютъ продолговатую и перетенообразную форму и переходяють такимъ образомъ въ волокнистую соединительную ткань.

Паталогическій процессъ, наблюдаемый въ потовыхъ железахъ, при хроническомъ интерстиціальномъ нефритѣ, имѣетъ тотъ

же гнѣздный характеръ, какъ и въ мочевыхъ канальцахъ почекъ. Рядомъ съ нормальными железами, мы встрѣчаемъ железы во всѣхъ стадіяхъ измѣненій, до полной атрофіи железистой ткани и часто даже въ одной и той-же железе, рядомъ съ нетронутымъ участкомъ, мы встрѣчаемъ петли клубочка въ самыхъ разнообразныхъ фазахъ измѣненій. Прежде всего поражаются потовые канальцы, просвѣтъ которыхъ увеличенъ въ 2—3 раза и болѣе, въ сравненіи съ нормальнымъ потовымъ канальцемъ. Эпителиальная кѣтка этихъ канальцевъ обыкновенно нѣсколько сдвинута, но структура этихъ кѣтокъ (протоплазма и ядро) не измѣнена и взаимная связь кѣтокъ не нарушена. Въ другихъ потовыхъ канальцахъ мѣстами попадаются отдѣльныя кѣтки, отдѣлившіяся отъ стѣнки (рис. 1 *A, E*), или же нѣсколько кѣтокъ, не теряя взаимной связи, отдѣляются цѣлымъ рядомъ отъ *membrana basillaris* и лежатъ свободно въ просвѣтѣ канальца (рис. 1 *B, E₁*). Кѣтки эти набухаютъ, иногда отдѣляются другъ отъ друга, протоплазма дѣлается мутной и окрашивается въ такихъ случаяхъ, болѣе густо гематоксилиномъ. Ядра, въ такихъ случаяхъ, часто еле отличимы отъ окружающей протоплазмы. Въ препаратахъ, обработанныхъ растворомъ Флеминга, въ этихъ отдѣлившихся кѣткахъ, попадаются различной величины черныя точки (жировая дегенерация). Отдѣлившіяся кѣтки сливаются другъ съ другомъ, образуя различной величины и формы массы. Въ препаратахъ, окрашенныхъ гематоксилиномъ, въ этихъ массахъ мѣстами можно отличить ядра, мѣстами сохранились также границы рядомъ лежащихъ кѣтокъ.

Железистая трубка, лишенная эпителиальной выстилки, въ тоже время все болѣе и болѣе растягивается и въ концѣ концовъ мы получаемъ кистовидно растянутую трубку діаметръ которой въ 5—6 разъ и болѣе превышаетъ діаметръ нормальной железистой трубки, лишенной вполне эпителиальной выстилки и состоящей изъ *membrana propria*, мышечной и соединительнотканной оболочекъ (рис. 1 *C*). Эти оболочки, помимо растяженія, повидимому, не подвергаются никакимъ существеннымъ из-

мѣненіямъ. Эти кистовидно растянутые трубки содержатъ въ себѣ различной величины безформенныя массы, состоящія изъ зернистаго детрита и жира, какъ это видно изъ препаратовъ, обработанныхъ растворомъ Флеминга. Нерѣдко попадаются также совершенно полныя трубки.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ этихъ растянутыхъ трубкахъ попадаются безструктурныя коллоидныя массы цилиндрической формы; по формѣ и по вѣшнему виду сильно напоминающія гліалиновые цилиндры (рис. 1 *n*) въ мочевыхъ канальцахъ.

Въ виду того, что эти коллоидныя массы встрѣчаются только въ потовыхъ канальцахъ, лишенныхъ эпителиальной выстилки и сильно растянутыхъ, они по всей вѣроятности такого же эпителиальнаго происхожденія, какъ нѣкоторые цилиндры мочевыхъ канальцевъ.

Химическую натуру этихъ образований намъ не удалось опредѣлить.

Въ другихъ потовыхъ железахъ ходъ паталогическихъ измѣненій нѣсколько иной. Потовые канальцы не растягиваются, эпителиальная кѣтка сохраняютъ свое пристѣпочное положеніе, но въ ихъ протоплазмѣ замѣчается масса жировыхъ капель, величина и количество которыхъ все увеличивается (рис. 2 *B*). Далѣе попадаются участки потовыхъ канальцевъ, гдѣ границы между кѣтками уже не отличимы, ядѣрь почти вовсе не видно, что можетъ быть зависеть отъ того, что они прикрываются увеличивающимися жировыми каплями; весь каналець получаетъ тогда подъ микроскопомъ видъ тонкостѣнной трубки, нѣсколько болѣе широкой, чѣмъ нормальный потовой каналець и содержащей въ себѣ различной величины безформенныя массы, выполняющія часто весь просвѣтъ железистой трубки и состоящія изъ зернистаго и жироваго детрита (рис. 2. *C*).

Такимъ образомъ мы видимъ, что паталогическій процессъ въ потовыхъ железахъ чаще всего начинается накопленіемъ жидкости въ потовыхъ канальцахъ, вслѣдствіе закупорки гдѣ либо выше по ходу выводнаго протока железы или вслѣдствіе транс-

судацинъ нѣвъ (изъ расширенныхъ сосудовъ, окружающихъ подобныя участки железъ).

Въ первомъ случаѣ, кѣтки железистаго эпителія сдавливаются накопившимся отдѣленіемъ железы, а во второмъ - эпителиальныя кѣтки отдѣляются отъ стѣнки железы трансдуктомъ, накапливающимся между эпителиальнымъ слоемъ и мешагапа *basillaris*. Въ обоихъ случаяхъ кѣтки эпителія попадаютъ въ неблагоприятныя условія питанія и перерождаются. Рѣже дѣло прямо начинается съ дегенеративныхъ измѣненій (жировая дегенерация) эпителія, а растяженіе потовыхъ канальцевъ присоединяется какъ вторичное явленіе, такъ сказать *post mortem* железистой оболочки.

Въ результатъ какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ получается одно и то же — атрофія железистаго эпителія и образованіе кистъ.

Что касается кожныхъ нервовъ, особенно ясно выступающихъ въ препаратахъ, обработанныхъ растворомъ Флеминга, то измѣненія, въ нихъ найденныя, всецѣло относятся къ отечнымъ явленіямъ и заключаются въ слѣдующемъ: весь нервный пучекъ утолщенъ и имѣетъ въ продольномъ разрѣзѣ полосатый видъ, вслѣдствіе того, что мѣлиновыя волокна, окрашенные осміевою кислотою въ интенсивно черныя цвѣтъ, раздвинуты другъ отъ друга отечной жидкостью.

При сильномъ увеличеніи (увел. = 630) получается картина, заставляющая насъ предполагать, что отечная жидкость накапливается не только подъ *perinevium* и между отдѣльными нервными лучками и волокнами, но проникаетъ и подъ Швановскую оболочку послѣднихъ; мѣлиновое вещество теряетъ свою кажущуюся непрерывность (въ дѣйствительности мѣлиновый футляръ прерывается перетяжками Швановской оболочки, дѣлящая нервныя волокна на сегменты) и распадается на такія же, различной величины и формы, комки, какіе получалъ Ranvier подъ вліяніемъ воды на мѣлиновыя нервныя волокна.

Эти комки, по мнѣнію Ranvier'a, происходятъ вслѣдствіе разбуханія мѣлина отъ поглощенія воды¹⁾.

Такія нервныя волокна получаютъ до нѣкоторой степени четкообразный видъ. Въ полѣ микроскопа попадаются изрѣдка нервы сильно растянутые и, повидимому, лишенные на значительномъ протяженіи мѣлина и представляющіеся въ продольномъ разрѣзѣ въ видѣ безцвѣтныхъ широкихъ полосъ, съ едва замѣтной, весьма нѣжной продольной исчерченностью (отъ Швановскихъ оболочекъ), а на поперечномъ разрѣзѣ получается кругъ, заключающій въ себѣ массу, мелкихъ кружковъ съ весьма нѣжными контурами.

II группа: *Nephritis parenchymatosa chronica* (случаи 5 до 7).

При паренхиматозной формѣ воспаленія почекъ патологическія измѣненія, какъ извѣстно, локализируются преимущественно въ железистой ткани почекъ т. е. въ эпителіи мочевыхъ канальцевъ. Большая часть мочевыхъ канальцевъ корковаго слоя представляютъ расширенными, эпителиальныя кѣтки ихъ набухши, увеличены въ объемъ, протоплазма ихъ мутна, ядро очень часто не окрашивается ядерными красками и слѣдовательно не отличимо отъ протоплазмы кѣтокъ.

Въ препаратахъ, обработанныхъ растворомъ Флеминга, эпителиальныя кѣтки, почти во всѣхъ канальцахъ, какъ корковаго, такъ и мозговаго слоя почекъ, содержатъ массу жировыхъ капель различной величины, окрашенныхъ въ черныя цвѣтъ. Просвѣты большинства мочевыхъ канальцевъ сужены, вслѣдствіе набуханія эпителиальныхъ кѣтокъ. Попадаютъ также мочевые канальцы сильно растянутые, лишенные эпителиальной выстилки и наполненные безформенными массами жировато-детрита. Другіе канальцы содержатъ гліиновые или зернистые цилиндры.

Въ соединительно-тканной стромѣ почекъ измѣненія не зна-

¹⁾ Ranvier. Технической учебникъ гистологии. Перев. Тарханова 1881 г., стр. 842.

чительны. Бауমানовскія капсулы тонки и часто растянуты экссудатомъ, вслѣдствіе чего клубочки нѣсколько сдавлены. Иногда (случ. № 7) десквамація эпителия клубочка и капсулы выражена довольно рѣзко. Вокругъ Бауমানовскихъ капсулъ мѣстами замѣчается грануляціонная инфильтрація. Въ остальной интерстиціальной ткани грануляціонныхъ элементовъ мало. Соединительно тканныя перемычки между мочевыми канальцами не утолщены. Мѣстами соединительно-тканные пучки раздвинуты серознымъ экссудатомъ или красными кровяными шариками.

Патолого-анатомическія измѣненія кожи при хроническомъ паренхиматозномъ нефритѣ очень близко подходят къ описаннымъ измѣненіямъ при интерстиціальномъ нефритѣ, почему мы, во избѣжаніе излишнихъ повтореній, ограничимся лишь краткими указаніями.

Въ Мальпигиевомъ слоеѣ кожи, мы встрѣчаемъ здѣсь тѣже явленія вакуолизаціи, неодинаково рѣзко выраженной въ различныхъ случаяхъ.

Раздвиганіе соединительно-тканныхъ пучковъ согіі отечной жидкостью и образованіе различной величины и формы щелей т. е. описанныя выше явленія отека собственно кожи (согіі), мы здѣсь также встрѣчаемъ. Размноженіе грануляціонныхъ элементовъ по ходу сосудовъ и въ окружности железистыхъ образований (сальныхъ и потовыхъ железъ) или вовсе неимѣетъ мѣста или же выражено весьма слабо. Свободныхъ же скопленій грануляціонныхъ элементовъ, между пучками соединительно-тканной стромы, что мы постоянно наблюдали при индуративной формѣ нефрита, мы почти вовсе не встрѣчаемъ при паренхиматозныхъ нефритахъ.

Патологическій процессъ въ потовыхъ железахъ имѣетъ здѣсь тотъ-же гнѣздный характеръ, какъ и при интерстиціальномъ нефритѣ. Отличительная черта пораженія потовыхъ железъ, при разбираемой формѣ нефрита, заключается въ томъ, что здѣсь гораздо чаще, чѣмъ при интерстиціальной формѣ нефрита, патологическій процессъ начинается прямо съ жирового пере-

рожденія эпителия не измѣненныхъ еще въ своихъ размѣрахъ железистыхъ трубокъ, которыя вслѣдствіи только растягиваются и превращаются въ кисты. Впрочемъ и здѣсь попадаются участки железъ съ растянутыми железистыми трубками, въ которыхъ эпителий сравнительно долго сохраняется и подвергается дегенеративнымъ измѣненіямъ лишь послѣ отдѣленія отъ стѣнки трубки, какъ это мы видѣли при интерстиціальномъ нефритѣ; но во всякомъ случаѣ описанный выше ходъ измѣненій въ потовыхъ железахъ значительно превалируетъ надъ послѣднимъ. Развитие сосудовъ и грануляціонныхъ элементовъ вокругъ потовыхъ железъ здѣсь наблюдается сравнительно рѣдко.

Если мы теперь сравнимъ, найденныя нами измѣненія въ кожѣ при хроническомъ интерстиціальномъ и паренхиматозномъ нефритахъ съ патолого-анатомическими измѣненіями въ почкахъ, то невольно бросается въ глаза сходство патологического процесса въ обоихъ органахъ. Такъ, при интерстиціальномъ нефритѣ, воспалительный процессъ локализуется, преимущественно и прежде всего, въ соединительно-тканой стромѣ почекъ; здѣсь мы встрѣчаемъ обильное развитіе сосудовъ, расширеніе капилляровъ, экстравазаты кровяныхъ шариковъ и развитіе грануляціонныхъ элементовъ. Въ кожѣ, мы также находимъ болѣе сильную васкуляризацію соединительно-тканной стромы, по соседству съ потовыми железами; развитіе грануляціонныхъ элементовъ вокругъ железистыхъ образований, по ходу сосудовъ и въ видѣ различной величины скопленій, между раздвинутыми соединительно-тканными пучками согіі. Въ почкахъ, при интерстиціальномъ нефритѣ, эпителий мочевыхъ канальцевъ измѣняется сравнительно мало и лишь послѣдовательно. Въ потовыхъ железахъ, въ тѣхъ же случаяхъ, преобладаютъ потовые каналцы сильно растянутые съ нетронутыми или только слегка сдавленными клетками. Жировая дегенерация эпителия потовыхъ железъ наблюдалась нами во всѣхъ случаяхъ, какъ паренхиматознаго, такъ и интерстиціальнаго хроническаго нефрита; но степень распространенія этого процесса неодинакова, при обоихъ формахъ воспаления почекъ

и вполне соответствует степени распространения того же процесса в почках. Действительно, жировая дегенерация эпителия мочевых канальцев, при интерстициальном нефрите, выражена слабо и намъ только кое-гдѣ, между мочевыми канальцами съ нетронутымъ эпителиемъ, попадаются небольшіе участки канальцевъ съ признаками жирового перерождения эпителия. Такой же гнѣздный характеръ носить жировая дегенерация эпителия и въ потовыхъ желѣзахъ.

Микроскопическая картина кожи, при хроническомъ паренхиматозномъ нефритѣ, представляетъ ту же аналогію съ измѣненіями въ почкахъ. Какъ въ почкахъ измѣненія локализируются преимущественно въ эпителиальныхъ клеткахъ мочевыхъ канальцевъ и заключаются въ жировой дегенерации послѣднихъ, такъ и въ потовыхъ железахъ, жировое перерождение эпителия потовыхъ канальцевъ выступаетъ на первый планъ, а растяжение канальцевъ является въ большинствѣ случаевъ уже послѣдовательнымъ явленіемъ.

Развитіе сосудовъ и размноженіе грануляціонныхъ элементовъ въ соединительно-тканной стромѣ кожи выражено весьма слабо, подобно тому какъ и въ почкахъ при паренхиматозномъ ихъ воспаленіи, воспалительныя измѣненія интерстиціальной ткани почти отсутствуютъ.

III группа: *Nephritis interstitialis et parenchymatosa chron.* (случ. 8 — 10) и IV группа: *Nephritis interstitialis chron et parenchymatosa acuta* (случай 11 и 12).

Мы незначительно останавливаемся на описаніи измѣненій въ кожѣ въ случаяхъ сочетанія интерстиціального хроническаго нефрита съ паренхиматознымъ, какъ хроническимъ (3-я группа нашихъ случаевъ), такъ и острымъ (4-я группа). Соответственно патологическому процессу въ почкахъ и здѣсь, въ кожѣ, преобладаютъ то тѣ, то другія изъ вышеописанныхъ явленій.

Въ случаяхъ *Pyelo-nephritis acuta* (случ. № 14) гдѣ въ почкахъ преобладали явленія остраго паренхиматознаго нефрита,

та, въ потовыхъ железахъ найдены явленія жироваго перерождения эпителия.

Такимъ образомъ жировая дегенерация эпителия потовыхъ железъ появляется, повидому, уже довольно рано при паренхиматозномъ воспаленіи почекъ и, вѣроятно, присуща не только хроническому, но уже и острому паренхиматозному нефриту, на сколько, конечно, позволительно судить по одному только случаю. Это предположеніе отчасти подтверждается и тѣмъ, что въ 2-хъ случаяхъ интерстиціальнаго нефрита, осложненныхъ острымъ паренхиматознымъ воспаленіемъ почекъ (случай 11 и 12), жировая дегенерация эпителия потовыхъ железъ была также довольно резко выражена. Измѣненія въ кожѣ при острыхъ нефритахъ не входило въ составъ нашей задачи, почему мы и ограничились только однимъ случаемъ, не позволяющимъ дѣлать какихъ либо выводовъ.

Наконецъ въ случаѣ съ амилоиднымъ перерожденіемъ внутреннихъ органовъ (случ. 15), въ нѣкоторыхъ потовыхъ железахъ получилась реакція на амилоидъ въ соединительно-тканной оболочкѣ потовыхъ канальцевъ.

Сходство гистологическихъ измѣненій въ кожѣ и почкахъ при хроническихъ нефритахъ заставляетъ насъ невольно предполагать и одинаковыя причины этихъ измѣненій. Хотя причины, вызывающія первоначальныя измѣненія въ почкахъ, достоверно и не извѣстны, то не подлежитъ по крайней мѣрѣ сомнѣнію, что при наличности воспалительнаго процесса въ почкахъ, дальѣйшее существованіе патологическаго процесса поддерживается задержкою въ организмѣ продуктовъ обратнаго метаморфоза. Эти продукты, не могущіе выдѣлиться цѣлкомъ черезъ почки, пытаются оставить наше тѣло другими путями.

Кожа по своей выдѣлительной функціи и при нормальныхъ условіяхъ можетъ соперничать съ почками.

Избытокъ воды и продукты обратнаго метаморфоза разнятся кровеносной системой по всему организму и достигаютъ

такимъ образомъ и нашихъ покрововъ; вода, накопляясь въ подкожной клетчаткѣ (отчасти и въ ссiсiи), производитъ „отеки“; но и другіе продукты обратнаго метаболизма достигаютъ кожи (судя по присутствію бѣлка и мочевины въ поту нефритиковъ) и отчасти выдѣляются потомъ, отчасти же, задерживаясь въ ней, быть можетъ и вызываютъ описанныя выше измѣненія въ кожѣ.

Патолого-анатомическія данныя любой формы заболѣванія нашего организма имѣютъ сами по себѣ лишь научный интересъ, но для практическаго врача они получаютъ значеніе лишь въ томъ случаѣ, если эти данныя въ состояніи выяснить что-либо изъ клинической картины заболѣванія.

Кожа нефритиковъ уже давно обращала на себя вниманіе клиницистовъ, какъ по характерному своему внѣшнему виду и своимъ физическимъ свойствамъ, такъ и по измѣненнымъ своимъ физиологическимъ отправлениямъ.

Дѣйствительно кожа этихъ больныхъ, въ большинствѣ случаевъ, отличается особенною желтоватою блѣдностью, теряетъ свойственную здоровой кожѣ сочность, дѣлается сухой, вялой и дряблой, вслѣдствіе чего, какъ по своему внѣшнему виду, такъ и на ощупь весьма близко подходитъ къ старческой кожѣ.

Отекъ кожи, сопровождающій какъ извѣстно многія болѣзни, имѣетъ при нефритахъ также свои отличительныя особенности, начинаясь обыкновенно съ лица, онъ придаетъ послѣднему нѣсколько одутловатый видъ. Незначительная степень одутловатости лица наблюдается почти у всѣхъ нефритиковъ, неисключая и тѣхъ, у которыхъ еще нѣтъ осязаемыхъ признаковъ отека, и съ другой стороны, эта одутловатость весьма упорно и долго держится, но исчезанію отековъ въ другихъ областяхъ тѣла.

Перечисленные особенности кожи нефритиковъ и придаютъ этимъ больнымъ особенный, характерный видъ, извѣстный всѣмъ клиницистамъ, но трудно поддающійся описанію.

Этотъ общій видъ больного, вызывающій часто уже на разстояніи подозрѣніе о страданіи почекъ, намъ кажется, съ

тѣмъ же правомъ можно обозначить терминомъ *habitus nephriticus*, съ какимъ мы говоримъ о *habitus phthisicorum*; описывая общій видъ чахоточныхъ. Если всеобщій отекъ тѣла и водянка достигаетъ значительной степени, то этотъ *habitus nephriticus* становится еще типичнѣе.

Что касается измѣненій физиологическихъ отравленій кожи, то мы здѣсь укажемъ лишь на подавленную экскреторную дѣятельность кожи, т. е. на уменьшенную потливость нефритиковъ.

Посмотримъ теперь какую связь имѣютъ видимыя и осязаемыя особенности кожи нефритиковъ съ найденными нами патолого-анатомическими измѣненіями въ кожѣ. Блѣдность кожи нефритиковъ зависитъ конечно прежде всего отъ анеміи или точнѣе отъ гидреміи и олигоцитеміи ¹⁾ и присуща не только хроническому нефриту, но и другимъ страданіямъ, связаннымъ съ измѣненіемъ состава крови.

Быть можетъ въ произведеніи блѣдности кожи у нефритиковъ участвуетъ также упомянутая нами облитерація сосудовъ въ поверхностныхъ слояхъ кожи.

Къ самымъ существеннымъ явленіямъ со стороны кожи у нефритиковъ безспорно принадлежитъ отекъ кожи. Не буду разбирать различныя воззрѣнія на происхожденіе водянки и отековъ, тѣмъ болѣе, что этотъ вопросъ еще не разрѣшенъ окончательно.

Въ настоящее время можно считать установленнымъ, что въ происхожденіи водянки и отековъ участвуютъ: гидремическое состояніе крови и обусловленное имъ разстройство питанія капилляровъ. По мнѣнію Проф. Пашутина ²⁾, въ происхожденіи отековъ участвуетъ еще накопленіе продуктовъ метаморфоза въ крови и въ тканяхъ. Такимъ образомъ, при участіи этихъ трехъ факторовъ, въ результатъ подавленной дѣятельности почекъ, въ организмѣ нефритиковъ задерживается вода и другіе продукты обратнаго метаморфоза и даетъ водянку полостей и апазага.

¹⁾ Пашутинъ. Общая патологія. Ч. II, стр. 306.

²⁾ Пашутинъ. *loc. cit.*

Говоря о водянкѣ и отекахъ невольно появляется вопросъ: почему человѣческой организмъ, обладающій кромѣ почекъ и другими путями, для выведенія воды изъ организма, не можетъ отдѣляться отъ этого избытка воды? Другими путями для выведенія воды изъ организма служатъ желудочно-кишечный каналъ, кожа и до нѣкоторой степени слюнные железы. Последнія, по незначительности количества выдѣляемаго ими секрета, не могутъ, конечно, компенсировать подавленную дѣятельность почекъ. Желудочно-кишечный каналъ, по своей выдѣлительной способности, могъ бы съ успѣхомъ соперничать съ почками. Поносъ и рвота, столь часто наблюдаемые при нефритахъ, отчасти временно и помогаютъ почкамъ регулировать содержаніе воды въ нашемъ тѣлѣ.

Еще больше надеждъ, чѣмъ на желудочно-кишечный каналъ, можно бы возложить на кожу, столь богатую железистой тканью и могущею, при усиленіи ея секреторной дѣятельности (даже въ физиологическихъ границахъ), выдѣлить громадные количества воды изъ тѣла. Между тѣмъ, мы очень часто видимъ, что у нефритиковъ, не смотря на богатство тѣла водою, усиленнаго потѣнія нѣтъ вовсе и кожа отличается даже сухостью. Опыты Д-ра Janssen¹⁾ доказали, что даже „perspiratio insensibilis“ у нефритиковъ съ отеками меньше, чѣмъ у здоровыхъ. Эту недостаточность компенсаторной дѣятельности железистаго аппарата кожи у нефритиковъ Проф. Пашутинъ объясняетъ тѣмъ, что „потовыя железы не могутъ получать своихъ секреторныхъ импульсовъ непосредственно изъ крови, а зависятъ въ этомъ отношеніи отъ центральной нервной системы, почему скопленіе воды въ крови можетъ достигнуть значительной степени, безъ появленія усиленной дѣятельности этихъ железъ, если только почему нибудь не получается соответствующихъ импульсовъ изъ центральной нервной системы“²⁾.

Вліяніе центральной нервной системы на потоотдѣленіе, ко-

¹⁾ Rosenstein. Pathologie et Therapie der Nierenkrankheiten s. 132.

²⁾ Пашутинъ. Лекціи Общей паталогіи, ч. II, стр. 338.

нечно, не подлежить сомнѣнію (въ виду всѣмъ извѣстныхъ фактовъ изъ физиологіи), почему и объясненіе уменьшенной потливости у нефритиковъ, данное Пашутиннымъ, является весьма правдоподобнымъ. Намъ кажется, однако, что въ основѣ этой подавленной дѣятельности потовыхъ железъ у нефритиковъ, лежитъ еще другой факторъ—патологической процессъ, происходящій въ этихъ железахъ.

Микроскопическая картина потовыхъ железъ, какъ мы вѣдѣли выше, представляется намъ во всѣхъ фазахъ дегенеративныхъ измѣненій, начиная отъ самыхъ незначительныхъ измѣненій въ отдѣльныхъ клеткахъ эпителія и кончая полной атрофіей железистой ткани и превращеніемъ отдѣльныхъ участковъ железъ или даже всего клубка въ кисты. Находя описанныя измѣненія въ самыхъ разнообразныхъ участкахъ кожи, мы невольно приходимъ къ заключенію, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ *количественнымъ уменьшеніемъ железистой, потоотдѣлительной ткани*, что конечно не можетъ не отразиться на потоотдѣлительной функціи всей кожи, въ смыслѣ уменьшенной потливости нефритиковъ. Извѣстный всѣмъ клиницистамъ фактъ, что почечныхъ больныхъ можно заставить усиленно потѣть (напр. потогонными или горячими ваннами), легко объясняется тѣмъ, что патологической процессъ не распространяется равномерно по всей железистой ткани кожи, а имѣетъ гнѣздный характеръ, вслѣдствіе чего рядомъ съ атрофированными участками, мы находимъ совершенно не тронутые участки железъ и даже вполне нормальные потовыя железы, которыя на болѣе сильное раздраженіе (напр. потогонныя) и могутъ сильнѣе реагировать и временно маскировать *дефектъ потоотдѣлительной ткани* (если можно такъ выразиться).

Такимъ образомъ, патологической процессъ въ потовыхъ железахъ нефритиковъ, лежащій въ основѣ ихъ уменьшенной потливости, производитъ вышеупомянутую сухость и дряблость кожи этихъ больныхъ; при развитіи же отековъ, тотъ же патологиче-

скій процессъ, ведущій часто къ довольно значительной атрофіи пототдѣлительной ткани, является моментомъ крайне благоприятнымъ для дальнѣйшаго существованія и распространенія отековъ. Можетъ быть этимъ и объясняется, что въ нѣкоторыхъ тяжелыхъ случаяхъ нефрита, отеки вовсе не уступаютъ никакимъ мѣрамъ, принимаемымъ для усиленія перспираціи кожи.

Выше описанныя патолого-анатомическія измѣненія въ кожѣ при хроническихъ интерстиціальныхъ и паренхиматозныхъ нефритахъ сводятся вкратцѣ къ слѣдующему:

1) Явленія вакуолизаціи въ клеткахъ Мальпигіеваго слоя. Отечныя явленія въ соединительно-тканной стромѣ кожи: раздвиганіе серознымъ трансудатомъ соединительно-тканныхъ пучковъ и образованіе различной величины щелей. Растяженіе потовыхъ канальцевъ железъ, при сравнительно мало измѣненномъ эпителии. Отечныя измѣненія нервовъ, съ частичной гибелью міѣлиноваго вещества.

2) Развитіе грануляціонныхъ элементовъ по ходу сосудовъ, вокругъ железъ и въ видѣ скопленій, между пучками соединительной ткани согія.

3) Жировая дегенерация эпителия потовыхъ железъ, ведущая къ атрофіи железистой ткани и къ образованію кистъ.

4) При хроническомъ интерстиціальномъ нефритѣ въ кожѣ превалируютъ развитіе грануляціонныхъ элементовъ и явленія отека; при хроническомъ паренхиматозномъ воспаленіи почекъ, патологическій процессъ въ кожѣ выражается, главнымъ образомъ, жировымъ перерожденіемъ эпителия потовыхъ железъ, продуктивныя же измѣненія, выражающіяся развитіемъ соединительной ткани, отступаютъ на второй планъ.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ здѣсь дѣло съ тройкаго рода измѣненіями: съ явленіями отека, явленіями „продуктивнаго воспаления и явленіями дегенеративными (жировое перерожденіе), ведущими къ атрофіи потовыхъ железъ.

Заканчивая нашу работу, мы считаемъ приятнымъ долгомъ, выразить сердечную благодарность глубокоуважаемому профессору К. Н. Виноградову, какъ за данную тему, такъ и за всѣ его указанія и совѣты, которыми намъ неоднократно приходилось пользоваться, при выполненіи этой работы.

Пользуемся также случаемъ, высказать нашу искреннюю благодарность глубокоуважаемому профессору В. П. Доброклонскому, главному доктору Александровской, въ память 19 Февраля 1861 г., больницы, за предоставленіе намъ полной возможности произвести настоящую работу.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

I группа: Nephritis interstitialis chron.

Случай 1.

Елена К., 50 л., мѣщанка, при мужѣ. Поступила 30 октября 1892 года.

Доставлена въ больницу въ безсознательномъ состояніи. По словамъ доставившихъ больную, она 3 дня страдала поносомъ и рвотою.

Status praesens. Больная имѣетъ истощенный видъ. Тоны сердца очень глухіе и слабые. Пульсъ нитевидный. Дыханіе глубокое, хрипловое. Въ легкихъ перкуторно ничего особеннаго; при выслушиваніи повсюду жесткое дыханіе и сухіе хрипы, по ниже-переднему краю обѣихъ легкихъ и по боковымъ поверхностямъ послѣднихъ субкрепитирующие хрипы. Животъ немного вздутъ. Печень и селезенка не прощупываются. Незначительный отекъ голеней. Температура 35,6° утромъ и 35,1° вечеромъ.

Умерла въ 10 час. вечера того же дня.

За это время больная не ходила подѣ себя и не мочилась.

Протоколъ вскрытія. Обѣ почки рѣзко уменьшены въ объемахъ, по снятіи капсулы поверхность крупно-зерниста. Ткань въ обѣихъ слояхъ истончена (въ обѣхъ 2 см.), малокровна и въ высокой степени плотна; кромѣ того на разрѣзахъ попадаются мелкія кисты. Мочевой пузырь сокращенъ, пустъ. Оболочки и вещество мозга малокровны, отечны. Оба легкія объемисты, отечны, на разрѣзахъ кое-гдѣ темно-красныя и сѣрыя гнѣзда, величиною до грѣцкаго орѣха. Селезенка мала, ткань плотна, свѣтло-коричневаго цвѣта. Печень уменьшена и уплощена, границы долекъ ясны. Сердце слегка увеличено, лѣвый желудочекъ гипертрофированъ, мускулатура съ бурнымъ отѣнкомъ, дряблая. Слизистая тонкихъ и толстыхъ кишекъ малокровна, фолликулы и Шейеровы бляшки не увеличены, едва замѣтны. Содержимое окрашено въ желтый цвѣтъ, жидкое.

Epicrisis. Cirrhosis renum. (Schrumpfniere). Oedema pulmonum et cerebri. Pneumonia catarrhalis. Degeneratio cordis pigmentosa. Uraemia.

Подъ микроскопомъ—въ почкахъ: въ соединительно-тканной стромѣ повсюду изобиліе грануляціонныхъ элементовъ, въ различныхъ стадіяхъ перехода въ волокнистую соединительную ткань. Перемычки между канальцами рѣзко утолщены и содержатъ много грануляціонныхъ элементовъ. Многія капсулы Мальпигіевыхъ клубочковъ представляются въ видѣ толстыхъ соединительно-тканныхъ колець, плотно обхватывающихъ клубочки. Петли клубочковъ отчасти лишены эпителия. Въ клубочкахъ замѣчается сильное разрастаніе соединительной ткани. Нѣкоторыя клубочки превращены въ плотные соединительно-тканные шары. Большинство же капсулъ растянуты экссудатомъ, причемъ клубочки сдавлены и сморщены до самыхъ минимальныхъ размѣровъ. Во многихъ капсулахъ мы не находимъ вовсе клубочка. Мочевые канальцы мѣстами растянуты, мѣстами сдавлены, эпителий ихъ уплощенъ и часто совсѣмъ отсутствуетъ. Во многихъ канальцахъ находимъ гиалиновые цилиндры. Сосудовъ мы почти вовсе не находимъ. Признаковъ жировой дегенерации не найдево.

Въ кожѣ: Въ клѣткахъ Мальпигіева слоя мѣстами явленія вакуолизаціи. Грануляціонные элементы по ходу сосудовъ, какъ поверхностныхъ, такъ и глубокихъ. Въ *corium* мѣстами наблюдаются скопленія грануляціонныхъ клѣтокъ, въ различныхъ стадіяхъ перехода въ волокнистую соединительную ткань. Во многихъ клубочкахъ потовыхъ железъ растянутые потовые канальцы съ клѣтками эпителия нѣсколько сдавленными; въ другихъ канальцахъ клѣтки эпителия отдѣляются пѣлымъ рядомъ, часто попадаютъ также сильно растянутые и лишенные эпителия потовые канальцы или совершенно пустыя, или же содержащія въ себѣ безструктурныя однородныя массы, похожія на цилиндры изъ мочевыхъ канальцевъ. Первые представляютъ явленія отека.

Случай 2-й.

Домна Л., 46 лѣтъ поступила въ больницу 14 февраля. Года 2 тому назадъ въ первый разъ появились отеки.

Status praesens. Больная очень слаба. Рѣзкое исхуданіе. Жалуется на кашель, одышку и боль въ груди. Не-

значительная одуловатость лица. Глаза слезятся, *conjunctivitis* Тоны сердца глуховаты; небольшой акцентъ на аортѣ. Въ легкихъ повсюду масса хриповъ, сухихъ и влажныхъ. Небольшой *ascites*. Печень прощупывается и немного болѣзненна. Небольшой отекъ ногъ, около лодыжекъ, *t°* нормальная. Мочи 200, уд. в. 1,015, реакція кислая, слѣды бѣлка; въ мочѣ найдены гиалиновые и зернистые цилиндры.

15 февраля замѣчается цѣанозъ лица, верхнихъ и нижнихъ конечностей; запоръ.

16-го—цѣанозъ и отеки увеличиваются. Въ легкихъ явленія тѣже.

17-го—одышка усиливается. Въ легкихъ повсюду масса хриповъ. Больная слаба. Пульсъ слабый, частый.

18-го—больная въ полусознательномъ состояніи. Пульсъ очень слабый, судорогъ не было. *T°* 39° утромъ, 37,8° вечеромъ.

19-го—умерла утромъ.

Протоколъ вскрытія: Обѣ почки уменьшены въ объемѣ и представляются мелко-бугристыми. Капсула ихъ снимается трудно, расщепляясь. Кожковый слой истонченъ; какъ корковый, такъ и медулярный слои малокровны.

Epicrisis: Nephritis interst. chronica (granulosa). Hypertrophia cordis et myocarditis. Bronchitis purul. chron. et Anthracosis pulmonum.

Stasis venosa hepatis et lienis. Gastritis acuta catarrhalis. Hydrothorax, ascitis, anasarca.

Подъ микроскопомъ — въ почкахъ: Капсула рѣзко утолщена. Въ соединительно тканной стромѣ, между мочевыми канальцами, замѣчается много грануляціонныхъ элементовъ; соединительно-тканные пучки утолщены. Много расширенныхъ и переполненныхъ кровяными шариками сосудовъ. Стѣнки артерій утолщены. Во многихъ мѣстахъ экстривазація кровяныхъ шариковъ.

Мѣстами въ соединительно тканной стромѣ кровоизліянія. Нѣкоторыя Мальпигіевы клубочки сдавлены экссудатомъ (между капсулой и клубочкомъ). Большинство же клубочковъ не замѣнены и выполняютъ всю капсулу. Эпителий мочевыхъ канальцевъ измѣненъ мало. Изрѣдка попадаютъ мочевые канальцы, лишенные эпителия и растянутые. Эпителий нѣкоторыхъ канальцевъ представляетъ явленія жирового перерожденія.

Въ кожѣ. Въ эпителиальныхъ клѣткахъ Мальпигіеваго слоя явленія вакуолизаціи довольно рѣзко выражены. Соединительно-тканые пучки согіи во многихъ мѣстахъ сильно раздвинуты. Сосуды расширены и переполнены кровяными шариками. По ходу сосудовъ много грануляціонныхъ элементовъ.

Сальные железы и волосяныя сумки часто сильно растянуты, вокругъ нихъ много грануляціонныхъ элементовъ. Выводные протоки потовыхъ железъ не измѣнены. Въ окружности клубковъ потовыхъ железъ и отдѣльныхъ петель клубковъ изобиліе сосудовъ, растянутыхъ и переполненныхъ кровяными шариками и много грануляціонныхъ элементовъ. Много растянутыхъ потовыхъ канальцевъ. Эпителий ихъ отдѣляется иногда цѣлымъ рядомъ; въ просвѣтѣ такихъ канальцевъ попадаютъ и отдѣльныя, отдѣлившіяся клѣтки эпителия. Отдѣлившіяся клѣтки набухли, границы клѣтокъ часто не ясны.

Въ другихъ потовыхъ канальцахъ, сильно растянутыхъ и лишенныхъ эпителия, замѣчаются безформенныя массы, въ которыхъ мѣстами можно отличить ядра, мѣстами видны и границы клѣтокъ. Въ отдѣлившихся клѣткахъ замѣчается часто жировое перерожденіе протоплазма. Мѣстами попадаютъ потовые канальцы мало растянутые съ довольно рѣзкими признаками жироваго перерожденія. Попадаютъ нервы съ вышеописанными явленіями отека.

Случай 3.

Матвѣй Е., 55 лѣтъ, столяръ.

Поступилъ въ больницу 17 Мая, умеръ 20 Мая 1893 г. 15 лѣтъ тому назадъ въ первый разъ появился отекъ ногъ, 8 года назадъ тоже опухоли ноги. Недѣлю до поступленія въ больницу появились отеки ногъ, рукъ и ascitis.

Status praesens. При поступленіи значительный отекъ ногъ, рукъ и рѣзко выраженная водянка живота. Тоны сердца глухіе. Пульсъ слабый, частый.

Печень и селезенка не увеличены. Въ легкихъ повсюду влажные хрипы. Непроизвольное мочеиспусканіе. Мочи 400 к. с. уд. в. 1021, бѣлка слѣды, реакція кислая. Цилиндровъ и эпителиальныхъ клѣтокъ не найдено.

18 Мая—Сознаніе помрачено. Пульсъ слабый. Мочится подъ себя. Утромъ т° 36,5°, веч. 37,3°.

19-го—Бессознательное состояніе. Относительно судорогъ ничего неизвѣстно. Утромъ т° 36,3°, веч. 36,5°.

20-го—умеръ въ 9 час. утра.

Протоколъ вскрытія. Сильно отеочное тѣло. Въ серозныхъ полостяхъ плевры и брюшины много прозрачнаго экссудата. Сердце увеличено въ длиникѣ 11,11. Стѣнка лѣваго желудка 22. Мускулатура плотна. На разрѣзахъ папиларныхъ мышцъ участками мускулатура фиброзно перерождена. Клапаны безъ видимыхъ измѣненій. На внутренней поверхности восходящей аорты немного кожистыхъ бляшекъ. Обѣ почки уменьшены въ объемѣ. Капсула снимается трудно. Поверхность мелко-зерниста. Корковый слой истонченъ, плотенъ. Пирамидки нѣсколько застойны. Печень уменьшена, застойна, мускатна. Селезенка темно-краснаго цвѣта, плотна. Оба легкіе для воздуха проходимы, отечны.

Epicrisis: Nephritis interstit. chron. Hypertrophia ventriculi sin. cordis. Myocarditis fibrosa muscul. papillar. Hydrothorax, Ascites, Anasarca.

Подъ микроскопомъ—въ почкахъ явленія почти тѣже, что и въ предыдущемъ случаѣ, только значительно больше растянутыхъ сосудовъ. Кровоизліянія въ соединительно-тканную строму наблюдаются довольно часто.

Въ кожѣ.—Въ эпителии Мальпигіеваго слоя тѣже явленія вакуолизаціи. Размноженіе грануляціонныхъ элементовъ вокругъ еще мало измѣненныхъ железъ выражено очень рѣзко. Сосудовъ вокругъ этихъ железъ также много. Неправильной формы скопленія грануляціонныхъ элементовъ наблюдаются во многихъ мѣстахъ согіи. Много сильно растянутыхъ потовыхъ канальцевъ, лишенныхъ эпителия; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ попадаютъ безструктурныя массы, стекловидныя, похожія на мочевые цилиндры. Попадаютъ нервы съ отечными измѣненіями.

Случай 4.

Марія К., 25 лѣтъ, кр., при мужѣ.

Поступила въ больницу 25 Сентября 1894 г. 8 лѣтъ назадъ, во время единственной беременной были отеки ногъ и лица. 3 мѣсяца страдаетъ одышкой, сердцебіеніемъ и снова появились отеки.

Status praesens. Восковидная блѣдность и одугло-

ватось лица. Пульсація всей сердечной области. Сердце увеличено въ продольномъ и поперечномъ размѣрахъ. Систолическое дрожаніе и рѣзкій систолическій шумъ у верхушки. Пульсъ твердый, скорый. Отекъ ногъ. Мочи 1000 к. с. уд. в. 1,010, реакція кислая, бѣлка много.

27—Тошнота. Ночью была рвота. Одышка усиливается.

28—^о поднялась до 39°. Утромъ знобило. Подъ вторымъ лѣвымъ ребромъ приглушеніе и субкрепитирующие хрипы. Явленія въ сердцѣ тѣже. Больная въ полусознательномъ состояніи.

30-го—Сознаніе вполнѣ возвратилось. Рвота также меньше.

2-го Окт.—Общее состояніе лучше. Въ мочѣ по прежнему много бѣлка.

3-го — Опять появилась рвота. Одышка по прежнему. Т^о поднялась по 38,0°. За все остальное время больная не лихорадила. Общее состояніе все ухудшалось. Одышка и кашель усиливались. Рвота почти не прекращалась до смерти больной, наступившей при явленіяхъ коллапса 24 Октября.

Протоколъ вскрытія. Отечное и малокровное тѣло. Во всѣхъ серозныхъ полостяхъ значительное скопленіе прозрачнаго эскудата. Сердце увеличено въ поперечникѣ 13,9%. Лѣвое венозное отверстіе пропускаетъ лишь верхушку 2 пальцевъ. Створки bicuspid. по свободному краю рѣзко утолщены и покрыты бородавчатыми наростами, сѣраго цвѣта, плотными, пропитанными известкой. Сухожильныя нити утолщены и укорочены. Лѣвый желудочекъ растянутъ. Полулунныя заслонки аорты по линіи смыканія утолщены. Оба легкія свободны, плохо спались: ткань ихъ малокровна, отека. Въ верхней долѣ лѣваго легкаго близъ передняго края имѣется плотный участокъ ткани величиною съ куриное яйцо, на разрѣзѣ представляющій многочисленныя желтыя мелкія гнѣзда, разсыяныя по сѣрой плотной ткани. Печень увеличена, передній ея край слега закругленъ; по верхней поверхности мѣстами сросшена съ діафрагмой старыми ложными перепонками, ткань малокровна, крапчатого вида отъ многочисленныхъ блѣдно-желтыхъ точекъ и полосокъ. Селезенка не правильной формы, съ глубокими, вдавленіями, вслѣдствіе рубцово-ягтягиванія послѣ бывшаго инфаркта.

По нижнему краю блѣдно-желтый, плотный инфарктъ съ лѣсной орѣхъ. Обѣ почки уменьшены въ объемѣ, капсула снимается довольно трудно; на поверхности нѣсколько сероз-

ныхъ кистъ и втянутыхъ участковъ, послѣ бывшихъ инфарктовъ. Корковый слой истонченъ, блѣденъ, плотенъ съ салынмъ отгѣнкомъ. Epicrisis-Nephritis interst. chron. cum cystis: Endocarditis verrucosa chron. petrif. valv. bicuspidal.

Infarctus lienis, pulmonis sin. et cicatrices lienis et renum. Anasarca, Ascites, Hydrothorax, Hydropericardium.

Подъ микроскопомъ: въ почкахъ и кожѣ почти тѣже измѣненія, что въ случаѣ № 2.

II. группа: Nephritis parenchymatosa chronica

Случай 5.

Екатерина Н. 42 лѣтъ, крестьянка. Поступила въ больницу 4 Марта 1893 года. Отекъ лица и ногъ въ первый разъ $\frac{1}{2}$ года тому назадъ. Теперь имѣются отеки около мѣсяца. Около двухъ недѣль больной стало хуже, появился кашель, боль въ лѣвомъ боку и одышка; больная стала лихорадить. Status praesens. Отекъ лица, ногъ, брюшная водянка. Приглушеніе всей лѣвой стороны грудной кѣтки. Дыханіе подъ лѣвой лопаткой нѣсколько ослабленное. Въ области лѣвой лопатки крепитирующие хрипы. Кашель и одышка довольно значительны. Мокрота ржавая. Сердечная тупость доходить до середины грудины. Тоны сердца чистые шумовъ нѣтъ. Мочу все время приходилось выпускать катетеромъ, она мутная, реакція нейтральная, бѣлка порядочно. Въ осадкѣ мочи найдены веревчатые цилиндры и кѣтки эпителия. Т^о утромъ 38,5^о и вечеромъ.

5-го—Кашель и одышка усиливаются т^о 39,0 утромъ и 39,8 вечеромъ.

6-го—Пробнымъ проколомъ подъ лѣвой лопаткой получено полный шприцъ мутной серозной жидкости т^о 39,5 и 39,6. Пульсъ 100 въ мин., дѣх. 36.

7-го—На передней поверхности съ лѣвой стороны рѣзкій шумъ тренія. Повось Т^о 38,9—39,5. Пульсъ малый, 98, дыханіе 36.

8-го—Т^о пала до норм. Больная не потѣла, часто бредитъ. На лѣвой сторонѣ грудной кѣтки сверху до нгу бронхіальное дыханіе и крепитирующие хрипы. Т^о 36,7—37,0. Пульсъ 90, дыханіе 22.

9-го—Мочи выпущены катетеромъ 200 к. с., уд. в. 1018; реакция кислая, бѣлка много. Т° 38,2—39,0. Пул. 110, дх. 30.

10-го—Болезнь умерла. Утромъ т° 39,0, пульсъ 104.

Протоколъ вскрытія. Какъ верхняя, такъ и нижняя доли лѣваго легкаго сплошь непроходимы для воздуха, ткань всюду плотна, желтоватаго цвѣта, съ поверхности разрывовъ вездѣ стекаетъ гноевидная жидкость. Ткань праваго легкаго нормальна, вездѣ проходима для воздуха. Размѣры сердца нѣсколько увеличены, мышца дрябля, глинистаго вида, съ пятнами сально-желтаго цвѣта. Печень рѣзко глинистаго вида, ткань мягка. Селезенка безъ видимыхъ измѣненій. Обѣ почки увеличены въ объемѣ, капсула ихъ снимается свободно. Поверхность гладкая, бѣлаго цвѣта; корковый слой утолщенъ, желтоватаго цвѣта, съ сальнымъ блескомъ. Пирамидки незначительно гипертрофированы; изъ сосочковъ выдѣляется немного мутной жидкости.

Epicrasis: Pneumon. crouposa sin. lob. super. et infer. totalis (stad. hepatitis. flav). Hypertrophia cordis cum degeneratio adiposa.

Nephritis chr. parenchymatosa.

Подъ микроскопомъ. Въ почкахъ: Мочевые каналцы, особенно tubuli recti, расширены, протоплазма эпителия мутна, во многихъ клѣткахъ эпителия ядра не окрашиваются гематоксилиномъ. Въ препаратахъ, обработанныхъ Sol. Flemingi, почти во всѣхъ каналцахъ рѣзко выраженное жировое перерожденіе эпителия. Мѣстами попадаются зернистые цилиндръ. Въ нѣкоторыхъ капсулахъ замѣчается накопленіе эпителиальныхъ клѣтокъ (отчасти дегенерированныхъ) между капсулой и клубочкомъ—десквамация эпителия. Въ соединительно-тканной стромѣ ничего особеннаго. Размноженія грануляціонныхъ клѣтокъ нигдѣ не замѣчается.

Въ кожѣ: Вакуализація въ клѣткахъ Малопигиева слоя не замѣчается. Небольшое скопленіе грануляціонныхъ клѣтокъ по ходу сосудовъ и около клубочковъ потовыхъ желѣзъ.

Жировая дегенерация эпителия потовыхъ каналцевъ выражена довольно рѣзко. Попадаютъ кистовидно растянутые потовые каналцы, переполненные жировымъ детритомъ.

Растянутыхъ кровяными шариками сосудовъ или обильнаго развитія сосудовъ вокругъ желѣзъ не замѣчается.

Случай 6.

Егоръ П., 25 лѣтъ, фабричный; поступилъ въ больницу 26 Сентября.

Около мѣсяца у больного пухнуть ноги. Боль въ животѣ нѣсколько мѣсяцевъ. Въ первый разъ ноги опухали 2 мѣсяца тому назадъ.

Status praesens: Рѣзко истощенный субъектъ. Отекъ ногъ, водянка живота; небольшая одышка. Въ легкихъ ничего особеннаго. Сердце не увеличено; у верхушки первый тонъ сопровождается шумомъ; акцентъ на 2 тонѣ аорты. Печень прощупывается, тверда и болѣзненна. Селезенка также прощупывается. Небольшой поносъ. Мочи 1400 к. с., уд. в. 1011, реакция щелочная, слѣды бѣлка.

Съ 28 Сентября до 20 Октября небольшой поносъ, т° нормальная.

1-го Октября — т° 39,0 (вечеромъ) былъ знобъ. Ночью больной потѣлъ и 2-го т° дошла до 36,5. Поносъ.

4-го—была рвота, поносъ все продолжается, т° нормальная. Съ 4 по 22 Октября. Знобы не повторялись, т° все время была нормальная. Поносъ только иногда.

30-го. Водянка живота все увеличивается. Небольшой кашель. Въ легкихъ попадаютъ сухіе хрипы. За все это время бѣлка въ мочѣ было мало.

5-го Ноября. Въ мочѣ много бѣлка, гіалиновые и зернистые цилиндры и клѣтки почечнаго эпителия.

25-го—Опять появился поносъ и продолжался до 10 Декабря.

27-го Декабря. Одышка значительно усилилась. Отекъ всего тѣла и особенно лица. Больной не можетъ открыть глаза. Кашель. Въ легкихъ масса хриповъ.

28-го. Слабость увеличивается. Пульсъ слабый, частый. Одышка все усиливается. Отеки и водянка увеличиваются.

29-го. Явленія полного упадка сердечной дѣятельности, пульсъ не прощупывается. Умеръ 30 Декабря вечеромъ.

Протоколъ вскрытія. Сильно отечное тѣло. Въ серозныхъ полостяхъ много мутнаго трансудата съ хлопьями фибрина. Сердце нормальнаго объема, 2 полудунныхъ клапана аорты плотно сросены между собою. Оба легкія свободны, проходимы. Печень увеличена, особенно лѣвая доля, поверх-

вость правой не равна; ткань въ высшей степени плотна и малокровна.

Селезенка 19—10—4½, капсула утолщена, ткань немного красного цвѣта, разрѣзы зернисты. Обѣ почки рѣзко увеличены, корковый слой утолщенъ, желтаго цвѣта, дряблѣй. Слизистая кишечъ отечна, сѣро-аспиднаго цвѣта.

Epicrisis. Nephritis parenchymat. chron. Cirrhosis hepatis. Anasarca, Ascites, Hydrothorax.

Подъ микроскопомъ. Въ почкахъ; во многихъ мочевыхъ канальцахъ явленія жироваго перерожденія. Въ нѣкоторыхъ канальцахъ, лишенныхъ эпителія, попадаютъ цилиндры. Мальпигіевы клубочки и соединительно-тканная строма мало измѣнены.

Въ кожѣ: незначительная вакуализація въ клѣткахъ Малопигіеваго слоя. Жировая дегенерація въ нѣкоторыхъ потовыхъ канальцахъ. Растянутыхъ канальцевъ, лишенныхъ эпителія не замѣчается вовсе.

Случай 7.

Павель И., 16 лѣтъ, кр., поступилъ въ больницу 9-го Апрѣля. 3 мѣсяца отекъ ногъ, лица и водянка живота.

Status praesens. Больной очень блѣдный, для своихъ лѣтъ отсталый въ физическомъ развитіи. Въ легкихъ ничего особеннаго. Сердце немного увеличено, тоны чистые. Печень прощупывается. Подчелюстные железы увеличены, тверды и болѣзненны. Лице и конечности отечны, небольшой ascites. Мочи 1700 к. с., уд. в. 1008, реакція нейтральная, бѣлка 4%; подъ микроскопомъ масса гліалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ, гнойныхъ телецъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ, попадаютъ и клѣтки почечнаго эпителія. Отеки и водянка въ первые 2 мѣсяца пребыванія больного мало измѣнялись. Температура держалась нормальной. Общее состояніе больного нѣсколько улучшилось за это время. По временамъ былъ небольшой поносъ. Бѣлку въ мочѣ всё время было много.

10 Іюня — т° поднялась до 39,8, больной жаловался на головную боль и боль при глотаніи. Въ зѣвѣ краснота и припухлость мягкаго неба. На обѣихъ миндалинахъ бѣловатые валики. Болѣзненность и припухлость подчелюстныхъ железъ довольно значительная. На 6-й день т° дошла до нормы. Явленія въ зѣвѣ прошли.

Съ 23 Іюня отеки и ascites замѣтно увеличиваются. Сильно больного падаютъ. Самочувствіе плохое. Всѣ тѣла уменьшается.

26-го—Дѣятельность сердца слабѣетъ. Pulsus filiformis. Мочи очень мало. Появилась рвота. Отеки все увеличиваются.

29-го—Больной въ безозвнательномъ состояніи. Пульсъ не прощупывается. Судорогъ не было. 30 Іюня больной умеръ.

Протоколъ вскрытія.

Общие покровы блѣдны, отечны. Сердце нормальнаго объема. Epicardium разлитаго блѣдно-молочнаго вида. Мускулатура блѣдно-краснаго цвѣта, нѣсколько плотнѣе нормальнаго. Двустворчатые клапаны утолщены, сухожильныя нити нѣсколько укорочены. Аорта 52. Оба легкія объемисты, плохо спадаются. Подъ плеврой нижнихъ долей нѣсколько точечныхъ кровоизліяній. Ткань легкихъ мало проходима, вслѣдствіе многочисленныхъ желто-красныхъ, частью красно-сѣрыхъ плотныхъ гнѣздъ, величиною отъ горошины до грѣцкаго орѣха, встречающихся на разрѣзахъ всѣхъ долей. Въ тазу и глубокихъ слояхъ брюшины незначительное скопленіе свѣтлаго трансудата. Печень слегка увеличена; структура ея довольно ясна. Селезенка нормальнаго объема. Ткань ея свѣтло-краснаго цвѣта, пульпа не соскабливается. Обѣ почки увеличены въ объемѣ, капсула ихъ снимается свободно. Поверхность гладкая, бѣлаго цвѣта. Корковый слой утолщенъ, желтовато-бѣлаго цвѣта, съ салыннымъ блескомъ. Пирамидки умѣренно налиты кровью. Изъ верхушекъ ихъ выдавливается много мутной густой жидкости. Въ мочевомъ пузырьѣ около ¼ стакана мутной мочи. Слизистая желудка и тонкихъ кишекъ блѣдна, толстыхъ—блѣдно-сѣраго цвѣта, отечна.

Слизистая зѣва и глотки утолщена, рыхла, гиперемирована. Миндалевидныя железы увеличены, изрыты, плотны. Слизистая гортани, трахеи гиперемирована.

Epicrisis. Nephritis parenchymat. chron. (Renes albi).

Pneumon. catarrhal. ac. duplex. Endocarditis chr. valv. bicuspidal. Angina et Pharyngitis catarrhal. cum oedema. Anasarca, Ascites. Uraemia.

Подъ микроскопомъ—въ почкахъ: жировая дегенерація эпителія мочевыхъ канальцевъ рѣзко выражена, десквамація эпителія какъ въ канальцахъ, такъ особенно въ

Баумановскихъ капсулахъ, гдѣ они часто сдавливаютъ клубочки. При окраскѣ гематоксилиномъ во многихъ клѣткахъ эпителия ядра не окрашиваются вообще. Мѣстами попадаются гиалиновые цилиндры. Соединительно-тканная строма и сосуды не измѣнены.

Въ кожѣ: незначительная вакуолизациа Мальпигиеваго слоя. Разъединеніе соединительно-тканныхъ пучковъ согдѣ встрѣчаются довольно часто (образованіе различной величины щелей). Грануляціонныхъ инфильтратовъ не замѣтно. Рѣзко выраженная жировая дегенерациа эпителия потовыхъ канальцевъ. Попадаютъ и расширенные канальцы, липевные эпителиа и содержашіе комки жироваго детрита.

III группа: Nephritis interst et parenchymatosa chron.

Случай 8.

Александра В., 27 лѣтъ, фабричная. Поступила въ больницу 30 октября. Второй годъ одышка, частыя головныя боли и отеки.

Status praesens. Больная очень блѣдна, лицо отеочное, довольно значительный отекъ ногъ, водянка живота. Жалуется на сильную головную боль и одышку. Тоны сердца глуховаты; акцентъ на второмъ тонѣ аорты. Поперечникъ сердца немного увеличенъ, толчокъ влѣво отъ соска. Печень и селезенка не увеличены. Въ легкихъ ничего особеннаго. Мочи 1500 к. с. уд. в. 1012, реакціа кислая. бѣлка 2‰.

5-го ноября. Отеки немного меньше.

Головная боль держится по прежнему. Бѣлка въ мочѣ 3‰.

6—12—Головная боль значительно уменьшилась. Отекъ ногъ продолжаетъ уменьшаться.

13-го—появился сильный кашель. Рвота. Въ легкихъ масса свистовъ.

16-го—мочи 600 к. с. уд. в. 1,013, реакціа кислая, бѣлка 7‰.

17-го—въ лѣвой нижней долѣ легкаго появились субкрепитирующіе хрипы. Колоты въ лѣвомъ боку. Сильный кашель.

17—21—явленія почти тѣже.

22-го—субкрепитирующіе хрипы распространились по всему лѣвому легкому.

26-го—бѣлка въ мочѣ меньше 2‰.

27 ноября по 15 декабря боли въ боку уменьшаются. Кашель становится легче.

14-го дек.—подъ угломъ лѣвой лопатки появился шумъ тренія плевры.

19-го шумъ тренія изчезъ. Отеки стали увеличиваться.

21-го—появился небольшой поносъ. Въ лѣвомъ легкомъ масса субкрепитирующихъ хриповъ.

22-го—поносъ и кашель усиливаются. Отеки и водянка увеличиваются. Въ мокротѣ бактерии Коха не найдены. Ціанозъ лица. Боль при давленіи по направленію colon. Животъ напряженъ. Языкъ обложенъ. Испраженія жидкія съ примѣсью слизи, но безъ крови. Боль въ животѣ, схватками.

24-го—поносъ и боль въ животѣ продолжаютъ.

25-го—больная очень слаба. Пульсъ слабый, частый. Сильная одышка.

26-го—больная умерла при явленіяхъ сильного упадка сердечной дѣятельности.

Больная за время пребыванія въ больницѣ лихорадила, хотя и не сильно (всего 3 раза, t° доходила до 39°).

Протоколъ вскрытія.

Сильно отеочно тѣло. Въ полости брюшины много мутнаго серознаго трансудата. Оба легкія объемисты, плохо спадаются. Ткань лѣваго легкаго мало проходима, въ нижней долѣ попадаютъ темно-красныя плотныя гнѣзда. Изъ разрѣзовъ бронховъ выдѣляется гноевидная жидкость. Лѣвая плевра утолщена и въ нижней части срослена съ легкимъ. Обѣ почки увеличены, капсула снимается трудно, расщепляясь отдѣльными кусочками; корковый слой немного утолщенъ, красновато-желтаго цвѣта, дрябля. Изъ сосочковъ пирамидъ выдавливается мутная жидкость. Слизистая толстыхъ кишекъ гипертрофирована. На мѣстахъ фолликулъ замѣчаются язвы.

Epicrisis: Nephritis parenchymatosa et interstitialis chron. Pneumonia catarrhal. sin acuta. Pleuritis fibrinosa sicca. Colitis follicularis ulcerosa. Hypertrophia ventriculi sin. cordis cum degenerat. adiposa. Anasarca. Ascites.

Подъ микроскопомъ. Въ почкахъ: замѣчается довольно много грануляціонныхъ элементовъ въ соединительно-тканной стромѣ почекъ. Перемычки между канальцами утолщены (иногда довольно рѣзко). Капсулы нѣкоторыхъ клубочковъ утолщены. Нѣкоторые клубочки превращены въ слонистыя

соединительно-тканная образования. Другіе клубочки сохранились, но между капсулой и клубочком замѣчается накопление отделившихся эпителиальныхъ клітокъ. Во многихъ мочевыхъ канальцахъ замѣчается жировая дегенерация и слущивание эпителия. Многіе мочевые канальцы растянуты и лишены эпителиальной выстилки. Въ просвѣтѣ ихъ попадаютъ цилиндры. Сосудовъ мало.

Въ кожѣ: Явленія отека рѣзко выражены въ согнѣ: соединительно-тканные пучки раздвинуты настолько, что мѣстами образуются большія щели. Рѣзко выраженная жировая дегенерация эпителия железъ. Многія железы рѣзко увеличены вследствие кистовиднаго растяженія потоваго канальца по всему протяженію клубка. Во многихъ участкахъ потовые канальцы вовсе лишены эпителиальной выстилки и содержатъ въ своемъ просвѣтѣ свободно лежащія безформенныя массы распавша, содержащія различной величины жировыя капли. Грануляціонные элементы наблюдаются только по ходу кровеносныхъ сосудовъ.

Случай 9.

Федоръ К., 25 лѣтъ, булочникъ. Поступилъ 18 Марта. Въ дѣтствѣ больной перенесъ корь. 7 лѣтъ тому назадъ лежалъ въ Обуховской больницѣ, были судороги въ конечностяхъ. Отеки появились въ первый разъ 2 года тому назадъ. Теперь появились отеки всего за нѣсколько дней. Злоупотреблялъ спиртными напитками.

Status praesens. Перкуторный тонъ легкихъ ясный; въ легкихъ кое-гдѣ слышны сухіе хрипы. Границы сердца нормальныя. Тоны сердца глуховаты, на *art. pulmon.* 2-ой тонъ акцентированъ. Печень перкуторно начинается съ 5-го ребра (по *linea mamillaris*), прощупывается на 3 пальца изъ подъ края реберъ, крайне плотна, не болѣзненна. Селезенка не прощупывается. Животъ вадугъ. Ascites: тупой тонъ и флюктуация живота на 1 поперечный палецъ выше пупка. Запоръ. Моча цвѣта кофейной гущи, есть слѣды желчныхъ пигментовъ; при пробѣ на индиканъ обезцвѣчиваніе наступило при 15 капляхъ; уд. в. 1,022 реакція кислая, бѣлка 5‰. Подъ микроскопомъ въ мочѣ найдены гіалиновые и зернистые цилиндры, много моче-кислыхъ и фосфорно-кислыхъ солей.

22—27—Небольшой поносъ. Отеки и ascites увеличиваются.

28-го—Ascites доходитъ до реберъ; въ легкихъ кромѣ сухихъ, появились и влажные хрипы.

30-го—Нѣсколько разъ была рвота. Поносъ продолжается, т° 39°. 1/IV. Мочи 200, уд. в. 1,023, реакція кислая много желчныхъ пигментовъ, бѣлка 24‰. Поносъ уменьшается. Мочи 1800 к. с. уд. в. 1,007, реакція кислая, бѣлка 5‰. 10—17-го Особенныхъ перемѣнъ не было.

18-го Силы больного падаютъ. Больной въ полусознательномъ состояніи, часто бредитъ.

19-го Полное безсознательное состояніе. Больной очень безпокоенъ, мечится на кровати. На низѣ ходитъ подъ себя. Замѣчаются судорожныя подергиванія въ мышцахъ рукъ и ногъ.

Умеръ 20 Апрѣля утромъ.

Протоколь вскрытія.

Въ полости малаго таза немного свѣтлой жидкости. Печень 29,14,11, поверхность ея бугриста, ткань ея въ высокой степени плотна, пронизана нитями соединительной ткани, ограничивающихъ участки печеночной ткани различной величинны, нормальнаго вида. Селезенка 20,11,5. Капсула утолщена, ткань темно-краснаго цвѣта, плотна, пульпа не соскабливается. Обѣ почки увеличены въ объемѣ, капсула снимается, только расщепляясь, напряжена; корковый слой утолщенъ, особенно въ Бергиніевыхъ столбахъ, красновато-желтаго цвѣта, дряблъ, на разрѣзахъ выступаетъ надъ пирамидальнымъ слоемъ, который своимъ темно-краснымъ цвѣтомъ, рѣзко отличается отъ корковаго. Слизистая желудка темно-аспиднаго цвѣта, бородавчатого вида.

Слизистая тонкихъ и толстыхъ кишекъ темно-сѣраго цвѣта. Фолликулы повсюду увеличены и своимъ блѣднымъ цвѣтомъ рѣзко выдѣляются. Сердце нормальнаго объема; мускулатура нѣсколько блѣдна, хрупка. Оба легкія свободны, плохо спадаются, въ нижнихъ доляхъ малоходимы, вълѣдствіе многочисленныхъ темно-красныхъ, плотныхъ, слегка зернистыхъ гнѣздъ катарральной пневмоніи. Оболочки и вещество мозга во всѣхъ отдѣлахъ отчетны.

Epicrisis. Cirrhosis hepatis.

Nephritis parenchymatosa et interstitialis chron. Gastritis et Enterocolitis follicul. chron. Pneumon. catarrhal. ac. duplex. Oedema cerebri Uræmia.

Подъ микроскопомъ. Въ почкахъ: прежде всего бросается въ глаза обиліе сосудовъ, растянутыхъ и переполненныхъ кровяными шариками. Кровонзліянія въ соединительно-тканую строму. Соединительно-тканныя перемычки между канальцами утолщены. Въ нихъ мѣстами довольно много грануляціонныхъ элементовъ. Многие канальцы расширены, эпителий ихъ часто отдѣляется отъ подлежащей ткани, во многихъ клубочкахъ исчезло ядро (Препараты окрашены гематоксилиномъ).

Препараты, обработанные осміевою кислотой, указываютъ на жировую дегенерацию эпителия, въ особенности въ прямыхъ канальцахъ. Въ Баумановскихъ капсулахъ мѣстами замѣчается довольно значительное мелупленіе эпителия и накопленіе жирно-перерожденнаго эпителия между капсулой и клубочкомъ. Клубочки мало измѣнены.

Въ кожѣ: въ Мальпигіевомъ слоѣ ничего особеннаго. Въ согіш много грануляціонныхъ элементовъ, въ видѣ отдѣльныхъ скопленій и особенно много по ходу сосудовъ. Около потовыхъ канальцевъ клубковъ также грануляціонные элементы. Жировая дегенерация эпителия потовыхъ железъ выражена довольно рѣзко. Въ глубокихъ слояхъ кожи кистовидныя расширенія потовыхъ железъ, лишенная эпителия. Въ просвѣтѣ этихъ кистъ масса распадается.

Случай 10.

Александръ В., 44 лѣтъ, плотникъ. Поступилъ въ больницу 12 мая 1894 г.

По словамъ больнаго отеки появились всего 2 недѣли тому назадъ.

Status praesens. Больной хорошаго тѣлосложенія и питанія. Рѣзкій отекъ всего тѣла и водянка живота. Въ легкихъ сухіе хрипы. Сердце немного увеличено. Тоны сердца чисты. Печень прощупывается. Небольшой поносъ. Мочи 500 к. с., уд. в. 1017, реакція кислая, бѣлка 18‰. Т° 38,2.

13-го—Т° 38,3—39,5. Небольшой поносъ. Изъ за отековъ больно не можетъ ходить.

14-го. Въ нижнихъ доляхъ легкихъ появились влажные хрипы. Т° 38,5—39,0.

15-го. Отеки немного меньше. Пульсъ 112, дых. 30 въ мин. Т° 38,2—39,0.

16-го. Больной въ тяжеломъ состояніи. Пульсъ 126, дых. 40 въ минуту. Отеки увеличились до крайнихъ предѣловъ. Кожа на многихъ мѣстахъ получила багровый оттѣнокъ, особенно на мошонкѣ, бедрахъ и на поясницѣ. Языкъ сухой, обложенъ и съ трещинами. Цианозъ лица. Умеръ вечеромъ.

Протоколъ вскрытія.

Въ высшей степени отеочное тѣло. Въ полостяхъ плевры, перикардія и брюшины значительное скопленіе слегка мутной жидкости. Сердце 11—9½, въ области поперечной борозды нѣсколько точечныхъ кровонзліяній въ перикардіи. Стѣнка лѣваго желудочка слегка утолщена (до 13 мм.), мускулатура блѣдна, плотности нормальной. Клапаны безъ измѣненій. Внутренняя поверхность аорты гладка, блестяща. Оба легкія во многихъ мѣстахъ приращены къ грудной клеткѣ старыми ложными перемычками, ткань ихъ отечна, малоокровна, въ нижнихъ доляхъ содержитъ мало воздуха. Печень слегка уменьшена въ объемѣ 25—14—7½, по верхней поверхности мѣстами приращена къ діафрагмѣ старыми ложными перемычками, ткань красно-бураго цвѣта, не легко уступаетъ давленію пальца, границы долекъ повсюду ясно видны. Въ желчномъ пузырьѣ до столовой ложки водянистой желчи. Селезенка 14—8—4½, капсула утолщена, морщиниста, ткань темно-краснаго цвѣта, какъ-бы кожиста, рупра мало соскабливается. Обѣ почки увеличены въ объемѣ, капсула напряжена, снимаются съ поврежденіемъ коркового слоя, поверхность разрыва ровная, корковый слой утолщенъ, желтовато-желтаго цвѣта, салнаго вида, лабиринты рѣзко выступаютъ на блѣдномъ фонѣ своей темно-красной окраской. Пирамиды также гиперемпированы. Изъ верхушекъ сосочковъ выдавливается много мутной жидкости.

Въ мочевомъ пузырьѣ не болѣе 3jj очень мутной съ хлопьями жидкости. Слизистая тонкихъ и толстыхъ кишекъ блѣдна и отечна (особенно въ толстыхъ). Слизистая желудка блѣдно-сѣраго цвѣта, слегка бородавчатаго вида. Оболочки и вещество мозга отечны. Epicrisis. Nephritis parenchymatosa et interstitialis chr. Uraemia.

Подъ микроскопомъ. Въ почкахъ: соединительно-тканныя перемычки утолщены; содержатъ много грануляціонныхъ элементовъ. Жировая дегенерация эпителия очень рѣзко выражена почти во всѣхъ канальцахъ. Многие канальцы

представляются растянутыми, лишены эпителиальной выстилки и содержат жировой детритъ въ формѣ цилиндровъ.

Въ кожѣ: Явленія отека въ Мальпигиевомъ слоеѣ и *corium*. Скопления грануляціонныхъ элементовъ въ *corium*, около железъ и по ходу сосудовъ. Жировая дегенерация эпителия потовыхъ железъ. Кистовидно-растянутые потовые каналы съ непролутымъ эпителиемъ по стѣнкамъ и лишены совершенно эпителия, съ безформенными массами распада въ просвѣтѣ.

IV группа: Nephritis interst. chron. et parenchymatosa acuta.

(Случ. 11 и 12).

Случай 11.

Марія А., 36 лѣтъ, крестьянка, доставлена въ больницу 10 Октября въ безсознательномъ состояніи.

По словамъ доставившихъ больную, она накануне утромъ лишилась сознания и были судороги; рвота была въ теченіи цѣлой недѣли. Другихъ свѣдѣній нѣтъ.

Status praesens. Больная почти постоянно спитъ, часто бредитъ. Отекъ лица и ногъ. Въ легкихъ повсюду мелкопузырчатые хрипы, перкуторный тонъ легкихъ нормальный. Сердце не увеличено. Тоны сердца глуховаты. Животъ мягкій. Ходитъ и мочится подъ себя.

Моча—уд. в. 1,024, реакція кислая, бѣлка много. Въ мочѣ найдены гліалиновые и зернистые цилиндры и клѣтки почечнаго эпителия. Т° 37,3—39,3.

11-го.—Безсознательное состояніе какъ и вчера. Въ легкихъ спереди и съ боковъ масса влажныхъ хриповъ, особенно на правой сторонѣ. Пульсъ слабый, частый. Животъ немного вздутъ. Небольшой поносъ. Т° 38,3—38,6.

12-го Ціанозъ лица и рукъ. Безъ сознания. Pulsus filiformis. Явленія въ легкихъ тѣже. Судорогъ не замѣчали. Т° 37,3. Умерла въ 11 часовъ дня.

Протоколъ вскрытія: хорошаго питанія тѣло. Слой жира на животѣ 4 сант. Общія покровы отечны. Въ серозныхъ полостяхъ много мутнаго трансудата. Діафрагма справа у верхняго края 4 го ребра, слѣва между 4—5 ребрами. Сердце растянуто, 13,9. Жиру очень много. Мускулатура дряблая; на разрѣзахъ папиллярныхъ мышцъ видны сально-желтые островки и полоски. Стѣнки лѣваго желудка утолщены. Правое легкое

мѣстами плотно приращено, лѣвое свободно. Ткань первого отечна, второго проходима, слегка отечна. Слизистая вѣва и гортани инъецирована, фіолетово-краснаго цвѣта. Обѣ почки слегка уменьшены, окружены толстымъ слоемъ жировой клѣтчатки. Капсула снимается свободно, мѣстами съ поврежденіемъ корковаго слоя. Послѣдній слегка истонченъ, красновато-желтаго цвѣта, хрупокъ. Пирамидки желто-краснаго цвѣта, изъ верхушекъ ихъ выдавливается много гноевидной жидкости. Мочевой пузырь сокращенъ, содержитъ около чайной ложки очень мутной мочи. Печень приращена къ діафрагмѣ старыми ложными перемычками, увеличена въ объемѣ, ткань мало-кровна, границы долекъ обозначены широкими сально-желтыми полосками. Селезенка увеличена, ткань рыхла, пульпа соскабливается; мальпигіевы тѣла увеличены. Кишечникъ вздутъ. Слизистая тонкихъ кишекъ тонка, плотна, усѣяна увеличенными въ объемѣ плотными солитарными железами.

Epicrisis. Nephritis interstit. chron. et parenchymat. ac.—Uræmia.

Подъ микроскопомъ. Въ почкахъ: много растянутыхъ кровяными шариками сосудовъ; размноженіе грануляціонныхъ элементовъ въ соединительно-тканной стромѣ довольно значительное. Явленія жировой дегенерации въ эпителии мочевыхъ канальцевъ. Утолщеніе капсулъ мальпигіевыхъ клубочковъ.

Въ кожѣ: въ клѣткахъ мальпигіева слоя явленія вакуолизаціи. Грануляціонныхъ клѣтокъ по ходу сосудовъ и около железъ довольно много. Въ нѣкоторыхъ железахъ попадаютъ растянутые каналцы. Дегенеративныя измѣненія не значительны.

Случай 12.

Семень И., 40 лѣтъ, поступилъ въ больницу 24 января. Жалуется на одышку, кашель и сердцебіеніе.

Сердце увеличено въ продольномъ и поперечномъ размахъ, у верхушкѣ глухой тонъ и первый шумъ.

Грудная клѣтка эмфизематозно расширена. При выслушиваніи легкихъ всюду жесткое дыханіе, удлиненный выдохъ и сухіе хрипы. Печень прощупывается, болѣзненна. Небольшой отекъ ногъ. Моча свѣтлая, прозрачная, уд. в. 1,014, реакція кислая, слѣды бѣлка.

Съ 24 января по 12 февраля. Отеки увеличиваются, появился ascites; вѣсъ тѣла съ 58,500—дошелъ до 66,300. Уд. в. мочи колебался между 1007—1017.

12-го февр. Кашель усилился. Въ нижнихъ доляхъ легкихъ замѣчаются субкрепитирующие хрипы. Пульсъ слабый. Силы больного значительно упали.

17-го. Кромѣ 1-го шума у верхушки сердца имѣются 2 шума у аорты.

Въ легкихъ масса хриповъ. Пульсъ 130, дых. 40.

18—24. Явленія тѣже.

24. Появился довольно сильный поносъ.

27-го Одышка значительно усилилась. Отекъ лица, конечностей и organ. denital. очень значительны. Ascites также увеличился. Вѣсъ тѣла 68,800. Въ легкихъ, особенно въ правой нижней долѣ, масса субкрепитирующихъ хриповъ.

28/п до 6/ш. Силы падаютъ. Дѣятельность сердца все слабѣетъ. Отеки усиливаются. Въ мочѣ бѣлка больше. Въ осадкѣ мочи найдены гѣлиновые цилиндры. За все время температура всего 3 раза достигала 37,8 7 марта; умеръ въ 7 часовъ утра.

Протоколъ вскрытія. *Epicrisis. Hydropericardium. Hypertrophia cordis magn. grad. Dilatio atri utriusque. Degeneratio parenchymatosa muscul. cordis. Endocarditis valv. mitralis chron. cum stenosa acuta verrucosa. Dilatio et sclerosis aortae. Hyperplasia acuta lienis.*

Nephritis interstitialis chron. et parenchymatosa acuta. Ascites, Anasarca.

Подъ микроскопомъ. Въ почкахъ: въ корковомъ слое обиліе сосудовъ и много грануляціонныхъ элементовъ въ соединительно-тканной стромѣ, особенно вокругъ клубочковъ. Нѣкоторыя капсулы довольно значительно утолщены. Въ мочевыхъ канальцахъ мѣстами явленія жировой дегенерации.

Въ кожѣ: довольно много грануляціонныхъ элементовъ по ходу сосудовъ и около мало измѣненныхъ въ овионхъ размѣрахъ потовыхъ канальцахъ. Попадаются сильно растянутыя железы. Эпителий часто отдѣленъ отъ стѣнки и въ просвѣтѣ растянутыхъ канальцевъ видны комки, состоящіе изъ эпителиальныхъ клѣтокъ, въ различныхъ стадіяхъ дегенеративныхъ измѣненій: мѣстами контуры клѣтокъ сохранены и клѣтки со-

держатъ ядро, въ другихъ мѣстахъ уже нельзя различить ни контура клѣтки, ни ядра. Жировая дегенерация наблюдается только въ этихъ кистовидно растянутыхъ потовыхъ канальцахъ.

Случай 13.

Авдотъ И., 43 лѣтъ, поступила 8 марта 1894 г. Больна 2 мѣсяца.

Status praesens. Блѣдная, очень истощенная женщина, съ большимъ растянутымъ жидкостью животомъ. Небольшой отекъ ногъ и лица. Границы сердца нормальны. Тоны глуховаты. Подъ обѣими лопатками заглушение звука и ослабленное дыханіе, особенно на лѣвой сторонѣ. Печень и селезенка не прощупываются.

Запоръ. Мочи 5400; уд. в. 1002, реакція нейтральной, бѣлка нѣтъ. Больная жалуется на одышку, капель и общую слабость.

Съ 10 до 13 марта больную часто знобило. Т° по вечерамъ доходила до 39,7.

17-го. Притупленіе подъ лѣвой лопаткой, тамъ же ослабленное дыханіе и субкрепитирующие хрипы; пробнымъ проколомъ послучено немного прозрачнаго серознаго экссудата. Лихорадка не большая.

18-го. Отеки все увеличиваются.

31-го. Появился поносъ, который съ небольшими перерывами держался до конца жизни больной. Незначительная лихорадка также наблюдалась до смерти больной. Больная умерла при явленіяхъ общаго истощенія и слабости сердца 20 апрѣля.

Протоколъ вскрытія. Сильно истощенное тѣло. Сердце мало, мускулатура глинисто-бураго цвѣта, жиру перикардіального нѣтъ. Лѣвое легкое по всей поверхности плотно прирощено къ грудной клѣткѣ; правое лишь мѣстами. Оба для воздуха всюду проходимы, правое въ нижней долѣ отечно. Въ полости живота до 3 литровъ очень мутной жидкости. Брюшина повсюду мутна, мѣстами покрыта гноевиднымъ налетомъ. Свободный конецъ сальника справа плотно прирощенъ къ краю брыжейки; между петлями тонкихъ кишокъ множество ложныхъ перемычекъ въ видѣ нитей. Матка выходитъ изъ за срамной щели. Оба мочеточника растянуты. Почки рѣзко увеличены, главнымъ образомъ на счетъ растяженія лоханокъ и чапечекъ. Капсула утолщена, снимается съ поврежденіемъ

корковаго слоя, послѣдній нѣсколько утолщенъ, усеянъ на поверхности и на разрѣзахъ гнойничками величиною съ точку до булавочной головки и болѣе, и гнойно инфильтрированъ въ видѣ полосъ желтаго цвѣта. Пирамидки утолщены, верхушки атрофированы. Слизистая лоханокъ темно-аспиднаго цвѣта, плотна. Въ мочевомъ пузырьѣ гноевидная моча. Печень нормальнаго объема, структура ясна, ткань полнокровна, нормальной плотности. По верхней поверхности печень срощена съ диафрагмой. Селезенка срощена со всѣми окружающими органами. Слизистая тонкихъ кишекъ сѣраго цвѣта, утолщена, отечна, въ нижнемъ отдѣлѣ толстыхъ кишекъ на мѣстахъ фолликулъ язвы.

Epicrisis: Pyelo-nephritis purul. chron. Peritonitis serosopurul. Colitis follicularis ulcerosa Prolapsus uteri.

Подъ микроскопомъ. Въ почкахъ: замѣчается развитіе грануляціонныхъ элементовъ въ соединительно-тканной стромѣ. Жировая дегенерация эпителия канальцевъ выражена не особенно рѣзко. Довольно много зернистыхъ цилиндровъ, содержащихъ жировыя капли. Въ клубочкахъ ничего особеннаго.

Въ кожѣ: явленія отека въ эпителиальныхъ клѣткахъ Мальпигіева слоя и въ corium. Жировая дегенерация потовыхъ железъ съ исходомъ ея въ атрофію эпителия и образованія кистовидныхъ расширеній. Грануляціонные элементы по ходу сосудовъ и въ соединительно-тканной стромѣ corium'a въ видѣ скопленій неправильной формы.

Случай 14.

Татьяна К. 30 лѣтъ, поступила въ больницу 19 апрѣля, умерла 23 апрѣля 1894 г.

Протоколъ вскрытія.

Истощенное и малокровное тѣло. Сердце нормальнаго объема, мускулатура дрябла, блѣдна. Оба легкія свободны, за исключеніемъ верхушки праваго легкаго, которое въ заднемъ своемъ отдѣлѣ сваяно съ опухолью величиною съ куриное яйцо. Опухоль эта рѣзко отграничена, окружена капсулою, на разрѣзѣ въ периферіи сѣраго цвѣта, зерниста, плотна, въ центральныхъ же содержитъ коллоидная массы. Она съ одной стороны спаяна съ плеврой 1-го и 2-го ребра и тѣлами первыхъ 2-хъ позвонковъ, съ другой—съ плеврой правой вер-

хушки. Плевры же нижнихъ долей обѣихъ легкихъ покрыты фибриознымъ налетомъ. На разрѣзахъ этихъ долей въ заднемъ отдѣлѣ тотчасъ подъ плеврой расіяны гнѣзда катарральной пневмоніи. Слизистая оболочка влагалища рѣзко утолщена, покрыта сѣрымъ не соскабливаемымъ зернистымъ налетомъ. Въ полости матки небольшой кровяной свертокъ. Слизистая мочеваго пузыря по дну съ многочисленными кровоизліяніями и съ сѣрымъ, какъ бы пылевиднымъ, налетомъ. Въ пузырьѣ нѣсколько столовыхъ ложекъ мутной съ хлопьями мочи. Обѣ почки нормальнаго объема, капсула снимается легко; тотчасъ подъ нею, а равно и на разрѣзахъ обонхъ слоевъ почекъ многочисленныя, частью одиночныя, частью въ видѣ группъ, абсцессы, величиною съ булавочную головку, окруженные широкимъ темно-краснымъ кольцомъ. Слизистая лоханокъ инъфицирована, представляетъ многочисленныя точечныя кровоизліянія. Печень малокровна. Селезенка тоже не увеличена, темно-краснаго цвѣта, рыхла. Epicrisis: Dyphteritis vaginae. Cystitis et. pyelo-nephritis acuta cum abscessis miliaris renum. Pleuropneumonia catarrhal. acuta loborum inferiorum. Neoplasma cavi thoracis. Uraemia

Подъ микроскопомъ. Въ почкахъ жировая дегенерация эпителия мочевыхъ канальцевъ стѣбильными гнѣздами, большинство же канальцевъ не измѣнены. Десквамация эпителия незначительная и главнымъ образомъ въ Вауменовскихъ капсулахъ. Въ соединительно-тканной стромѣ попадаютъ различной величины скопленія гнойныхъ тѣлецъ (абсцессы).

Въ кожѣ: Въ препаратахъ, обработанныхъ осміевою кислотой (1% растворъ), жировая дегенерация эпителия съ кистовиднымъ расширеніемъ потовыхъ канальцевъ.

Случай 15.

Прасковья М., 37 лѣтъ, поступила 4 іюня умерла 8 іюня 1894 г.

Epicrisis: Amyloidosis lienis, hepatis et renum. Nephritis acuta parenchymat. et cicatrices renum. Phlegmone reg. ileo-ptoatic duplex et desquamatio extremitatis infer. post. erysipel. Cicatrices hepatis lueticis. Septico-paemia et. Lues.

Подъ микроскопомъ. Въ почкахъ: мѣстами сильное разрастаніе соединительной ткани, въ которой мочевые канальцы заложены въ видѣ отдѣльныхъ островковъ. Эпите-

лій мочевыхъ каналцевъ въ большинствѣ случаевъ дегенерированъ и отдѣленъ отъ стѣнокъ. При обработкѣ Gentian violett'омъ и Methylviolet'омъ многіе каналцы выполнены амилоидно-перерожденными массами (рубиново-краснаго цвѣта). Клубки также представляются рубиново-красными шарами.

Въ кожѣ: Жировая дегенерация эпителия железъ въ нерасширенныхъ потовыхъ каналахъ. Далѣе кистовидно-растянутые каналцы, лишенные эпителиальной выстилки, съ жировымъ детритомъ въ просвѣтѣ. Просто растянутыхъ каналцевъ съ нетронутымъ эпителиемъ мы здѣсь не встрѣчаемъ.

Въ препаратахъ, обработанныхъ алкоголемъ и окрашенныхъ Methylviolett'омъ, соединительно-тканная оболочка нѣкоторыхъ потовыхъ каналцевъ окрашивается въ рубиново-красный цвѣтъ (амилоидное перерожденіе).



ОБЪЯСНЕНІЕ РИСУНКОВЪ.

Рисунки 1 и 3 сняты съ препаратовъ, обработанныхъ Мюллеровской жидкостью и окрашенныхъ гематоксилиномъ Вöhmgerá. Рисунокъ 2 снятъ съ препарата, обработаннаго растворомъ Fleming'a.

(Рисунки снимались при увеличеніи препаратовъ въ 340 разъ).

Рис. 1 представляетъ небольшой участокъ клубка потовой железы. *A*—поперечный разръзъ потоваго канальца, немного растянутого. *E*—кѣтки эпителия, вѣсколько приплюснутые, протоплазма ихъ и ядра нормальны. *E'*—отдѣлившіеся отъ стѣнки эпителиальныя кѣтки съ болѣе мутной протоплазмой; ядра этихъ кѣтокъ выступаютъ менѣе рѣзко, чѣмъ въ неотдѣлившихся отъ стѣнки кѣткахъ. *B*—потовой каналець, въ которомъ кѣтки эпителия (*E₁*) отдѣлились отъ стѣнки цѣлымъ рядомъ; въ нижнемъ концѣ этого ряда, границы кѣтокъ неясны, протоплазма кѣтокъ мутна и ядра еле отличимы. *E₂*—эпителиальныя кѣтки, слившіеся въ безформенную массу, въ которой только мѣстами видны ядра и границы кѣтокъ. *C*—Поперечный разръзъ потоваго канальца сильно растянутого и вполне лишеннаго эпителия *m*—мышечныя волокна съ ихъ ядрами. *n*—безструктурный комокъ, лежащій свободно въ полости канальца *K*—кровеносный сосудъ переполненный кровяными шариками въ продольномъ разръзѣ. *K₁*—тоже въ поперечномъ разръзѣ. *g*—грануляціонныя кѣтки сопровождающіе сосудъ. *a*—ядра соединительной ткани (Препаратъ кожи изъ внутренней поверхности бедра).

Рис. 2. *A*—вполнѣ нормальный потовой каналець. *B*—Продольный и поперечный разръзы потовыхъ канальцевъ, съ жировыми каплями въ протоплазмѣ эпителиальныхъ кѣтокъ. *C*—поперечный разръзъ сильно растянутого потоваго канальца, лишеннаго эпителиальнаго слоя и содержащаго въ себѣ безформенныя массы жирового детрита.

(Препаратъ кожи изъ подмышечной области).

Рис. 3. *E*.—*Epidemsis*. *M*. — кѣтки Мальпигиеваго слоя съ явлениями вакуолизаци въ протоплазмѣ. *C*—*Corium*. *K*—кровеносный сосудъ. *g*.—грануляціонныя кѣтки, сопровождающія сосудъ. *g₁*.—скопление грануляціонныхъ кѣтокъ между волокнами соединительной ткани *corii* въ различныхъ стадіяхъ перехода въ волокнистую соединительную ткань.

(Препаратъ кожи изъ грудной области).



Положенія.

1. Парафинъ заслуживаетъ предпочтенія передъ другими общепотребительными заливными массами, по тонкости получаемыхъ изъ парафиновыхъ препаратовъ разрѣзовъ и въ слѣдствіи возможности сохранять парафиновые препараты сколько угодно времени.

2. Знакомство съ микроскопической техникой необходимо для каждаго больничнаго врача.

3. Сифилитики, одержимые туберкулезомъ легкихъ, вовсе не переносятъ ртутнаго леченія.

4. Для небольшихъ язвъ, безъ обильнаго отдѣленія смазываніе 1% растворомъ *Pyocetanin*'а является прекраснымъ средствомъ.

5. Въ тяжелыхъ случаяхъ крупознаго воспаленія легкихъ глубокое впрыскиваніе *Hydrargyri salicyl.* въ количествѣ 0,1 грамма приноситъ часто несомнѣнную пользу.

6. Для студентовъ-медиковъ, проводящихъ большую часть времени въ госпиталяхъ и лабораторіяхъ, весьма желательнымъ является устройство интерната, съ чистымъ помѣщеніемъ и здоровой пищею.

Иль.
№

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

Curriculum vitae.

Владиміръ Романовичъ Вейгельтъ, 36 лѣтъ, сынъ архитектора, лютеранскаго вѣроисповѣданія. Классическое образованіе получилъ въ училищѣ Св. Петра въ С-Петербургѣ. Въ 1880 году поступилъ въ Императорскій С.-Петербургскій Университетъ на естественное отдѣленіе физико-математическаго факультета, гдѣ и окончилъ курсъ со степенью кандидата естественныхъ наукъ въ 1884 году. Въ томъ-же году поступилъ на 2-й курсъ въ Императорскую Военно-медицинскую Академію, которую и окончилъ со степенью лекаря 1888 году. По окончаніи Академіи поступилъ сверхштатнымъ врачомъ въ Александровскую Городскую больницу, въ память 19 Февраля 1861 года. Съ Апрѣля 1890 года состоитъ штатнымъ ординаторомъ той-же больницы. Въ 1891—1892 учебномъ году сдалъ экзамены на степень доктора медицины.

Настоящую работу подъ заглавіемъ: „Къ паталогической анатоміи кожи при хроническихъ нефритахъ“ представляетъ въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины.
