

34
77-83
ИЗСЛѢДОВАНІЯ

О ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХЪ ИЗМѢНЕНІЯХЪ

ЛЕГКИХЪ У СИФИЛИТИКОВЪ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

автора Владиміра Крылова.

№ 18916
64613
"Jede dauerhafte Dyskrasie setzt eine dauerhafte Localerkrankung oder eine dauerhafte Zufuhr schädlicher Stoffe in das Blut voraus.

Die Erfahrung lehrt, dass an allen genau bekannten Localitäten die syphilitische Erkrankung leichtere und schwerere Veränderungen hervorbringen kann. Diess gilt nicht bloss für Haut und Schleimhaut, sondern auch für die eigentlichen Viscera."

R. Virchow.

САНКТПЕТЕРБУРГЪ.

ВЪ ТИПОГРАФІИ ЯКОВА ТРЕЯ,
Горьковалъ, № 24/25.

1870.

Кры
9/19

ИЗСЛѢДОВАНІЯ

института
Лаб. Данилов

О ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХЪ ИЗМѢНЕНІЯХЪ

ЛЕГКИХЪ У СИФИЛИТИКОВЪ.

ДИССЕРТАЦІЯ на степень Доктора Медицины

Владимира Крылова.

„Jede dauerhafte Dyskrasie setzt eine dauerhafte Localerkrankung oder eine dauerhafte Zufuhr schädlicher Stoffe in das Blut voraus.

Die Erfahrung lehrt, dass an allen genau bekannten Localitäten die syphilitische Erkrankung leichtere und schwerere Veränderungen hervorbringen kann. Diess gilt nicht bloss für Haut und Schleimhaut, sondern auch für die eigentlichen Viscera.

R. Virchow.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГЪ.

ВЪ ТИПОГРАФІИ ИКОВА ТРЕП,
Гороховая, № 24/25.

1870.

Перечисл
1906 г.

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

1950

Республика Беларусь

ВНЕШНЕГО

ДЪРЖАВЕН ДУХОВЕН МОСТАНА-ОТОКОТАН О

ДЛЯ ПЕЧАТАНИЯ И ПРОСВЕЩЕНИЯ

ИЗСЛѢДОВАНІЯ

О ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКИХ

ИЗМѢНЕНІЯХЪ ЛЕГКИХЪ У СИФИЛИТИКОВЪ.

Докторську дисертацію лікаря Владимира Крылова, подя заглавієм: «Исследование о патолого-анатомических изменениях легких у сифилитиков», сь розрешення Конференції Імператорської Медико-Хірургічної Академії печатать дозволяється, сь тым, чтобы по отчетаніи представлено было въ Академію 300 экземпляровъ вл. С.-Петербургъ, апрѣля 30-го дня 1870 г.

Ученый секретарь Я. Чистовичъ.

Сифилис легких, не смотря на довольно обширную литературу, касающуюся этого предмета, представляет собою целый ряд совершенно открытых вопросов, интересных не только въ пнемологическомъ, но и въ этнобиологическомъ отношеніи. Изученіе сифилитическихъ измѣненій въ легкихъ, въ связи съ медико-статистическими изслѣдованіями о географическомъ распространеніи сифилиса вообще и о формахъ проявленія его, съ одной стороны легко можетъ повести къ открытію вѣрныхъ путей изслѣдованія о давно подозрѣваемомъ врачами родствѣ между сифилитическими заболѣваніями и нѣкоторыми другими конституціональными аномаліями, какъ то: золотухой, рахитизмомъ и, можетъ быть, бугорчаткою, съ другой можетъ имѣть вліяніе на установленіе болѣе удовлетворительнаго объясненія происхожденія самаго сифилиса, чѣмъ мнѣніе современныхъ сифилологовъ, что сифилисъ всегда гнѣзился тамъ, гдѣ рвались судьбы народовъ. Но насколько рѣшеніе относящихся сюда вопросовъ принадлежитъ еще неизбѣжному будущему, всего лучше можно видѣть изъ суммы анатомическихъ, — неизбежно долженствующихъ служить одною изъ главнѣйшихъ основъ всякаго фзіологическаго изслѣдованія, — свѣдѣній объ измѣненіяхъ легочной ткани,

издавна наблюдавшихся совместно и въ связи съ различными другими несомненно сифилитическими заболеваниями.

Sic credit alta vetustas.

Сифилис легких, *phthisis a lue venerea orta* (Morton), *phthisis syphilitica* (Sauvages), былъ предметомъ очень многихъ споровъ еще въ прошломъ столѣтїи, но при этомъ главное вниманіе врачей всегда было обращено на этиологию и клинику легочныхъ болѣзней, наблюдавшихся у сифилитиковъ. Анатомическая сторона вопроса до послѣдняго времени оставалась на заднемъ планѣ, такъ что даже за послѣднія двадцать лѣтъ нерѣдко являлись очень обширные трактаты, посвященные исторіи и клиникѣ сифилитическихъ заболеванийъ легкихъ, но часто совершенно лишенные анатомическихъ доказательствъ ¹⁾. Темъ не менѣе всѣ ученые выражали подѣвную увѣренность въ томъ, что сифилисъ посредственно или непосредственно вызываетъ страданія легочной ткани, которыя они время отъ времени и обозначали различными анатомическими терминами. Такъ Багивни ²⁾ въ своихъ *Praxeos medicae* говоритъ: *certo constat phthisin saepissime esse morbum secundarium a variis morbis principalibus vestigiis gratia lue venerea*. Шрёдеръ ³⁾ выражается объ отношеніи сифилиса къ болѣзнямъ легкихъ болѣе опредѣленно; венерическій ядъ, говоритъ онъ, «*producit inflammationes, spasmos, tumores et tubercula in variis partibus nec non raro in pulmonibus*». Вайъ-дербъ-Колькъ ⁴⁾ о заболеванияхъ легкихъ у сифилитиковъ говоритъ слѣдующее: «*non raro in perscrutando cadavera syphiliticorum, qui dum vivebant phthisici videbantur, inveni in pulmonibus, praecipue in medio lobo, ulcus quoddam seu pus collectum sine ullo tuberculo cingenti*. Болѣе подробныя и нѣсколько болѣе опредѣленныя свѣдѣнія объ измѣненіяхъ легкихъ у сифилитиковъ мы находимъ у Портала ⁵⁾,

который венерическую чахотку рассматриваетъ въ отдѣльной главѣ, какъ особенный и независимый отъ предрасположенія видъ. Изъ нѣсколькихъ вскрытій, на которыя онъ въ этой главѣ ссылается, видно, что ему доводилось наблюдать довольно разнообразныя измѣненія въ легкихъ у людей, страдавшихъ, по его мнѣнію, сифилисомъ. Въ трехъ случаяхъ, разъ у взрослого и два раза у младенца, онъ видѣлъ узловатыя пораженія въ легкихъ, дававшія изъ себя гнойвидную массу, которыя онъ, согласно тогдашнему ученію о чахоткѣ, принимаетъ за измѣненія желѣза; въ легкихъ, говоритъ онъ, были найдены различныя желѣзистыя тѣла, которыя находились въ состояніи нагноенія, или: желѣзъ легкихъ были поражены и проч. Въ трехъ случаяхъ, по его мнѣнію, находились въ легкихъ туберкулѣзные измѣненія, которыя онъ описываетъ слѣдующимъ образомъ: легкие были сильно надуты и наполнены туберкулѣзными массами, изъ коихъ нѣкоторыя были стеатоматозны, многія въ состояніи нагноенія. Въ одномъ случаѣ онъ нашелъ также какое-то узловатое пораженіе легкихъ, которое однако не отнесъ ни къ той, ни къ другой изъ упомянутыхъ категорій; при этомъ замѣчено только, что легкое было усіяно узлами различной величины, отъ небольшой горшинки до дѣснаго орѣха, содержавшихъ вязкую, густую, подобную стеатомамъ, бѣловатую массу. Наконецъ тамъ же приводится еще одинъ случай, гдѣ образованію кавернъ, по видимому, предшествовалъ процессъ диффузнаго затвердѣнія легочной ткани; все это описывается такъ: правое легкое почти все разрушено нагноеніемъ; въ верхней доль лѣваго легкаго также находилось нѣсколько нарывовъ; остатокъ ткани въ обоихъ нижнихъ доляхъ былъ очень плотенъ и твердъ, какъ сухая кожа.—Въ этихъ немногихъ замѣткахъ заключается все, что знали древніе ученые объ измѣненіяхъ легкихъ у сифилитиковъ. Въ нихъ, по видимому, находятся указанія на всѣ хроническія страданія легочной паренхимы, но указанія настолько недостаточны, что особенности болѣзненныхъ процессовъ въ легкихъ у сифилитиковъ были понятны лишь для непосредственныхъ наблюдателей анатомическихъ измѣненій, слѣдовательно не могли служить исходными

¹⁾ Lagneau, *Des maladies pulm. causées ou influencées par la syphilis*, Paris, 1851.—Iverson, *De métamorphoses de la syphilis*, Paris, 1854. Смотри: Вирховъ, *Ученіе объ опухоляхъ*, т. II, стр. 321. С.-Петербургъ. 1868.

²⁾ Baglivi, *Opera medica*, стр. 200, Lugduni, 1745.

³⁾ Schroeder, *Tractatus medic. etc.* Göttingae, 1779. «De pleumonid. syphilit.», стр. 70.

⁴⁾ Van der Kolk, *Observ. anatomopatholog.*, 1826, стр. 129.

⁵⁾ Ant. Portal, *Observations sur la nature et le traitement de la phthisie*

pulmonaire. Paris, 1809, т. I. «De la phthisie vénérienne». Article X, стр. 526—531.

точками для новых, более подробных, исследований. Поэтому многие авторы совершенно отрицали всякую связь сифилиса с заболеваниями легких, и анатомические сведения о сифилисе легких в продолжении многих лет оставались in statu quo. Дюпюа¹⁾, обнаруживавший два случая врожденного сифилиса спустя около 50-ти лет после издания упомянутого сочинения Порталя, не был по отношению к изучению сифилиса легких счастливым своим предшественником. Не смотря на то, что он обращал внимание на изменения легких у детей, страдавших сифилисом, в течении долгого (1837—1851) промежутка времени, и имѣл, как видно изъ послѣдняго заявленія, весьма хорошіе объекты для изслѣдованія, нелишние точныхъ анамнестическихъ данныхъ, ему не удалось представить сколько нибудь убѣдительныхъ доказательствъ въ пользу несомнѣнной связи другихъ сифилитическихъ припадковъ съ описанными имъ болѣзненными отложениями въ легочной ткани. Во всѣхъ легочныхъ узлахъ, нерѣдко весьма характеристичныхъ по наружному виду, онъ ничего не открылъ особеннаго по внутреннему строенію, а ограничился только изслѣдованіемъ ихъ на присутствіе гноя, и сверхъ того въ одномъ мѣстѣ прибавилъ, что стѣнки размягченныхъ фокусовъ цѣлѣмъ своимъ и полностью были обязаны различнымъ степенямъ гнойной инфильтраціи;—обстоятельство, въ силу котораго Вирховъ не затруднился сказать, что попытки Дюпюа не рѣшаютъ дѣла, потому что въ узлахъ легкаго онъ нашелъ гной, слѣдовательно это была одна изъ формъ пневмоніи или бронхопневмоніи, но никакъ не специфическая форма заболеванийъ. Справедливъ или нѣтъ этотъ выводъ Вирхова — все равно; во всякомъ случаѣ вѣрно, что болѣе или менее точная анатомическая литература о сифилисѣ легкихъ принадлежитъ болѣе позднему періоду развитія патологоанатомическихъ знаний, чѣмъ только-что упомянутая нами работа, и пока заключается въ разсѣянныхъ, болѣею частью бѣглыхъ, замѣткахъ объ измененияхъ легкихъ у сифилитиковъ.

¹⁾ Depaul, «Sur une manifestation de la syphilis congénitale» etc. *Gazette des Hôpitaux*, 1851, n° 50—51.

І. ИСТОРИЧЕСКІЙ ОБЗОРЪ АНАТОМИЧЕСКИХЪ НАБЛЮДЕНІЙ ОТНОСИТЕЛЬНО СИФИЛИСА ЛЕГКИХЪ.

Tenet per se lectores historici.

Ricord, Traité complet de maladies vénériennes, Clinique iconograph. Planches XXVIII—XXIX, Paris, 1851. — *Lebert*, Traité d'anat. patholog., т. I, Pl. XCH, fig. 3. — *F. Weber*, Beiträge zur patholog. Anatom. d. Neugebor., II, 47, Kiel, 1852. — *Führer*, Deutsche Klinik, 1854, n. 25. — *C. Hecker*, Bemerkungen über Syphilis congenita. Verhandlungen d. Berlin. geburtsk. Gesellschaft, 1855, ser. VIII, 124—130. — *Lorain* et *Robin*, Sur l'épithélioma pulmonaire du fœtus etc. *Gazet. médic. de Paris*, т. X, n° 12, 1855. — *G. Budd*, On diseases of the liver, etc. 419. London, 1857. — *Virchow*, Ueber die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen. Archiv f. patholog. Anatomie und Physiologie und f. kl. Med., т. XV, стр. 217—336. Ibidem, т. I, стр. 146 u. 461. — *Hecker*, Ibidem, т. XVII, стр. 190. — *Pletsch* und *Klob*, Wiener medic. Wochenschr., 1860, n° 9. — *Rosen*, Behrend's Syphilidologie, 1861, т. III, стр. 35. 245—246. — *Hoeftz*, Ibidem, 1862, т. III, 601—611. — *Hecker*, Klinik der Geburtskunde, т. I, стр. 196. Leipzig, 1861. — *Cornil*, Tumeurs gommeuses de nature syphilitique du testicule et de pmons. — *Bulletin de la société anatomique de Paris*, 2 sér., т. VI, стр. 440—453. — *Phan-Dufellay*, Ibidem, стр. 476. — *Martineau* et *Cornil*, Syphilis viscérale chez un fœtus de sept mois et demi. Ibidem, т. VII, стр. 486—491. — *Hutchinson* et *Jackson*, Syphilitic disease of internal organs. The medic. Times and Gaz, 1862, oct. 11, vol. II, стр. 384. — *E. Wagner*, Das Syphilom der Respirationsorgane. Archiv der Heilkunde, т. IV, стр. 356—370, 1863. — *S. Wilks*, Transact. of the patholog. Society of London, т. IX, стр. 55 n. 270. — *Euo sce*, On the syphilitic affections of internal organs. Guy's Hospital Reports. Ser. 3, т. IX, стр. 33—39, 28 n. 57, 1863. — *A. Forster*, Beiträge zur patholog. Anatomie der congenitalen Syphilis. Würzburger medic. Zeitschrift, IV, стр. 3—6, 1863. — *H. Koerner*, Klin. und experiment. Mittheilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie, стр. 117. Erlangen, 1864. — *F. von Baerensprung*, Die hereditäre Syphilis, стр. 103—112. Berlin, 1864. — *Burrows*, Ueueie obx onxoloxh, т. II, стр. 321—326. — *Cnô*, 1868. — *E. Lancereaux*, Traité historique et pratique de la syphilis. Article VII, § 3. Affections syphilitiques des pmons, Paris, 1866. — *Lorain* et *Prevost*, Gazette méd. de Paris, 1866 n° 49, 1867 n° 4. — *A. Beer*, Die Eingeweidesyphilis, стр. 62, 73, 92, 106, 144, 147—151. Tübingen, 1867. — *M. M. Pydynos*, Обь отношеніи констатуюнаго сифилиса къ легочной бугорчаткѣ. Арх. Суд. М. и Общ. Г., 1869, n° 1, отд. VI, стр. 28—37.

Не нужно и доказывать, что въ указанной нами новѣйшей литературѣ, какъ и въ наблюденіяхъ древнихъ авторовъ, хотя и затронуты всѣ патологическія изменения легочной ткани, какія встрѣчаются у сифилитиковъ, но далеко не разработаны, такъ что до сихъ поръ остаются темными какъ отношеніе ихъ къ общему характеру наиболѣе извѣстныхъ сифилитическихъ заболеванийъ

въ другихъ органахъ, такъ и генетическая связь этихъ измѣненій между собою—условія, безъ которыхъ особенности сифилитическихъ поражений легкаго могли бы навсегда остаться непонятными. Тѣмъ не менѣе между новыми и старыми анатомическими наблюденіями относительно занимающаго вѣд предмета замѣтна неизмѣримая разниа, и причина малоизвѣстности измѣненій легкиихъ у сифилитиковъ въ настоящее время заключается не въ отсутствіи указаній на эти особенности и даже не въ малочисленности указаній, а въ недостаткѣ, какъ мы далѣе увидимъ, строгой критики относящагося сюда литературнаго матеріала, и въ слѣдствіе того въ отсутствіи точной постановки могущихъ возникнуть по этому предмету вопросовъ. Поэтому лучшимъ средствомъ для того, чтобъ въ имѣющихся доселѣ наблюденіяхъ патолого-анатомическихъ измѣненій легочной ткани у сифилитиковъ открыть исходныя точки для дальнѣйшихъ въ этой области изслѣдованій, необходимо считать обзоръ литературнаго матеріала, расположенный не по сдѣланнмъ кѣмъ либо изъ этихъ наблюденій выводамъ, которые часто зависятъ отъ предвзятой мысли, а по описаніямъ, хотя бы и не вполне достаточнымъ, объективнымъ признакамъ самыхъ измѣненій. Сходство такихъ признаковъ расположить въпечатлѣній наблюдателей въ ихъ естественномъ порядкѣ, необходимомъ для объективности въ сужденіи о соответствующихъ явленіяхъ.

Узловатыя измѣненія легкиихъ у сифилитиковъ.

Болѣе всего обращали на себя вниманіе изслѣдователей узловатыя измѣненія въ легкиихъ у сифилитиковъ, похожія на гумозныя опухоли другихъ органовъ. Но свѣденія о нихъ, по мнѣнію Лансера, еще очень не полны, Вирховъ же хотя и не сомнѣвается въ возможности пораженія легкаго гумозными опухолями, но положительно затрудняется представить сколько-нибудь точную характеристику послѣднихъ для этого органа.

Всѣ узловатыя образованія въ легочной ткани у сифилитиковъ, описанныя наблюдателями и могущія служить матеріаломъ для характеристики гумозныхъ опухолей, распадаются на двѣ группы.

Къ первой изъ нихъ могутъ быть отнесены рѣзко ограниченные узлы, болѣе или менѣе однородные, безъ слѣдовъ внутренняго

смѣшенія образующей ихъ ткани съ тканью, характеризующею строеніе легкиихъ, и весьма часто обнаруживающіе въ центрѣ явленія обратнаго метаморфоза, словомъ — узлы, имѣющіе видъ настоящихъ опухолей.

Рикоръ, впервые представившій изображеніе этихъ патологическихкихъ образованій въ своемъ атласѣ, нашелъ, вскрывая трупъ взрослаго человѣка, страдающаго вторичными сифилитическими припадами, въ легкиихъ, подъ флюидовыми пятнами на поверхности плевры, узлы, съ перваго взгляда похожіе на маленькія пневмоническія гнѣзда, какія встрѣчаются у умершихъ отъ гнойнаго зараженія (*résoption purulente*). Одни изъ этихъ узловъ были рыхлы и имѣли насыщенный красный цвѣтъ; другіе были мягки и сѣроваты, въ центрѣ же представляли маленькія полости или пещеры, содержавшія бѣловатое вязкое вещество и сѣроватую кашцеобразную массу, происшедшую, по видимому, изъ стѣнокъ узловъ. Хотя, по словамъ Рикора, ни въ одномъ изъ этихъ узловъ не было гноя, но онъ затрудняется положительно сказать, имѣли ли онъ предъ собою третичные сифилитическіе узлы или гнѣзда, происшедшія въ слѣдствіе гнойнаго зараженія. — Ховитцъ, наблюдавшій подобныя измѣненія въ легкиихъ у 3-недѣльнаго дитяти съ сифилитическими измѣненіями кожи и твердаго неба, видѣлъ въ проходимой для воздуха легочной ткани множество большихъ и малыхъ ломкихъ, плотныхъ, желтовато-бѣлыхъ гнѣздъ, которыя Вирховъ склоненъ отнести къ гумознымъ образованіямъ; самъ же Ховитцъ называетъ ихъ сифилитическою инфильтраціею легкиихъ.

Корниль, видѣвшій, по его мнѣнію, гумозныя опухоли въ легкомъ также у взрослаго человѣка, описалъ ихъ въ слѣдующихъ выраженіяхъ: въ легкиихъ было разсыяно до пяти опухолей, величиною до мишадьянаго орѣха. Однѣ изъ нихъ были плотны и состояли изъ перламутровоблестящей, бѣлой, фиброзной ткани, въ центрѣ совершенно однородной и посылавшей отъ себя въ окружающую легочную паренхиму звѣздчатые отростки; другія, нѣсколько меньшія и не столь плотныя, содержали въ центрѣ сѣровато-бѣлое вещество, нѣсколько размыченное и состоявшее изъ сыровидной массы, которую можно было выскабливать ножомъ. О микроскопическомъ строеніи этихъ опухолей онъ вовсе не говоритъ. — Пиаъ-Дюфелъ въ своей исторической замѣткѣ о сифилисѣ легкиихъ, представленной Анатомическому Обществу въ Парижѣ

по поводу упомянутого случая Корниля, сообщил наблюдение, сходное съ предыдущимъ. Въ легкихъ подъ фиброзною строю пластинкою, достигавшею въ самой толстой части своей $1\frac{1}{2}$ милл. въ толщину, находилось сѣроватое вещество, упругое при давлении пальцемъ и образовавшее нѣсколько плотныхъ ядеръ величиною отъ коноплянаго зерна до маленькой вишни. Исследование многихъ изъ нихъ показывало, что это вещество было въ центрѣ размячено въ казеозную массу; эта центральная часть, равно какъ и вещество плотныхъ опухолей, состояли изъ фибропластическихъ элементовъ, цитобластъ и жирныхъ зернышекъ. Все было окружено фиброзою сумкою, образовавшею родъ вдавленной на поверхности легкаго и допускавшею подъ пальцемъ движение тѣхъ опухолей, которыя еще не были размячены; отъ сумки отходили фиброзныя пластинки, которыя, пронизывая легкія, образовали родъ рубцовъ на поверхности и проникали въ паренхиму. — Уильксъ, сопровождавшій свои драгоценныя наблюденія микроскопическимъ исследованиемъ, описалъ ихъ къ сожалѣнію весьма кратко. Изъ нихъ видно только, что ему не разъ доводилось встрѣчать у взрослыхъ сифилитиковъ въ легочной ткани отложения, совершенно несходныя, какъ онъ говоритъ, съ обыкновеннымъ воспаленіемъ или скрофулезнымъ отложениемъ, имѣвшія видъ ограниченныхъ узловъ твердаго, желтаго, сухаго вещества, и соответствующія во всѣхъ подробностяхъ, за исключеніемъ развѣ меньшей плотности, гуммоэнымъ узламъ въ печени. Нѣкоторые изъ этихъ узловъ онъ заставлялъ въ процессъ размягченія и образования полостей, содержавшихъ размяченную массу въ формѣ различныхъ слоевъ. Микроскопъ показалъ, что они состояли изъ волоконъ, въпослѣдствіе сходныхъ съ найденными въ печеночныхъ узлахъ, и сдѣлательно рѣзко отличались по составу отъ обыкновенныхъ пневмоническихъ или туберкулезныхъ отложений, которыя образуются только клетками и ядрами различныхъ видовъ. — Бесеръ привелъ въ своей книжкѣ два случая узлового пораженія легкихъ также у взрослыхъ сифилитиковъ, при чемъ впрочемъ были и другія измѣненія легочной ткани. О специфическихъ, по его мнѣнію, узлахъ онъ также мало распространяется. 1) На верхней доль праваго легкаго сильно пигментированное втянутое мѣсто; въ разрѣзѣ здѣсь находилось слоистое оплотнѣніе паренхимы съ твердою, желтоватою, сыровидною, не

правильнаго очертанія, массою, величиною въ горошину. Периферическое положеніе подъ рубцомъ, выступающія послѣ прибавленія уксусной кислоты ядерныя образованія въ периферической части гѣзда, равно какъ клѣточныя отложения въ пучкахъ соединительной ткани слоистой оплотнѣвшей окружности, говорятъ за специфическое происхожденіе узла. 2) Въ легкихъ множество сильно пигментированныхъ, величиною въ горошину, плотныхъ узловъ, расположенныхъ частью периферически, подъ плеврой, частью въ глубинѣ паренхимы, по видимому сифилитическаго происхожденія, насколько можно заключать изъ характера гѣзда, находившихся въ печени. — Кебнеръ описалъ случай пораженія легкаго гуммоэными опухолями у поворожденнаго, при чемъ чрезъ размягченіе одной опухоли произошелъ разрывъ легочной плевры. Микроскопическаго исследования не было сдѣлано; самыя опухоли были довольно плотны, сидѣли въ проходимой для воздуха ткани, окружность ихъ была сильно гиперемизирована. — Береншпрунгъ описалъ два случая похожихъ на гуммоэныя опухоли узловатыхъ пораженій легочной ткани у утробныхъ младенцевъ. У семимѣсячнаго плода въ легкихъ, которыя были въ состояніи полнаго ателектаза, находилось довольно большое число узловъ, величиною до горошины, плотныхъ, по краямъ темнокраснаго, въ срединѣ сѣро-желтаго, цвѣта. Въ легкихъ дитяти мертворожденнаго на 9-мѣмѣсяцѣ, во всѣхъ доляхъ были заложены въ довольно нормальной легочной ткани многочисленные, рѣзко ограниченные, желтые, сыровидные узлы, величиною въ горошину; наружный слой ихъ состоялъ изъ плотной, довольно значительно развитой, соединительной ткани, которая заключала также еще неизмѣненныя легочныя волокна; болѣе внутри находились по преимуществу мелкія, круглыя или продолговатыя кѣтки, ядра и мелкозернистая масса, которая мѣстами складывалась въ круглыя кучки, какъ бы происшедшія изъ распада этихъ кѣточекъ. — Наконецъ самое лучшее наблюденіе узлового сифилитическаго пораженія легкихъ принадлежитъ Ферстеру; оно найдено въ мертворожденномъ дитяти и заключалось въ слѣдующемъ. Въ каждой доль плотныхъ, синеватокрасныхъ, легкихъ сидѣло по два узла, величиною отъ горошины до вишневой косточки (2—4^{мм}). Они были довольно рѣзко очерчены, но не разграничены соединительнотканнвымъ слоемъ отъ окружающей легочной ткани, при ощупѣ

вании плотны, поверхность разрыва имела гладкую, окрашенную сѣвато-розоватымъ, или лучше сѣвато-желтымъ, цвѣтомъ; наибольшій изъ нихъ былъ совершенно стрѣй и въ срединѣ желтый. При микроскопическомъ изслѣдованіи интерстиціальная ткань въ наружныхъ слояхъ оказалась очень густою и пронизуемою круглыми, овальными, угловатыми, преимущественно же веретенообразными, клѣтками; ближе кънутри болѣе и болѣе терялось нормальное расположение легочной ткани, наконецъ масса обнаруживала одни только непрерывные слои волоконъ, густо проникнутыхъ мелкими веретенообразными клѣтками и продолговатыми ядрами, который, по мѣрѣ приближенія къ центру, значительно увеличивались въ числѣ и распадался въ мелкозернистую массу.

Вторую группу узловатыхъ образований въ легкихъ у сифилитиковъ составляютъ узлы болѣе разлитые, съ остатками или безъ остатковъ въ нихъ легочнаго строенія, иногда имѣющие неясно выраженный характеръ опухоли, часто вовсе лишенные свойственныхъ ему признаковъ, болѣею частью различныя другъ отъ друга по внутреннему составу, но принимаемые авторами частью за гумозныя опухоли, частью за измѣненія, свойственныя легочному сифилису.

Пейшль и Клобъ описали въ легкомъ слѣдующее, ближе другихъ подходящее къ сифилитическимъ пораженіямъ, измѣненіе, которому Вагнеръ далъ свое общее названіе сифиломы. У 45-лѣтняго сифилитика въ лѣвой нижней долѣ находился резко ограниченный, неправильный, съ тупыми остротками въ перепиху, узелъ, величиною въ куриное яйцо, представлявшій совершенно равномерную поверхность разрыва, гладкую и ровную, безъ сѣтца легочнаго строенія. — Лансеро подъ названіемъ разлитой интерстиціальной пневмоніи сифилитиковъ приводитъ два подобныя наблюденія. Въ одномъ изъ нихъ, принадлежащемъ Видалю, часть легочной ткани въ нижнихъ доляхъ была замѣнена мраморною, синевато-сѣраго цвѣта, массою, похожею, по плотности, какъ сказано, на періостозъ. Въ другомъ случаѣ, который онъ самъ видѣлъ, была поражена нижняя часть верхней доли. Поверхность легкаго въ этомъ мѣстѣ представляла обширное вдавленіе съ лучистыми складками; перепихма была замѣнена фиброзою тканью, твердою, упругою, внутри которой находи-

лись многочисленныя желтоватыя точки, имѣвшія слегка зернистую поверхность; при микроскопическомъ изслѣдованіи здѣсь были найдены зернистыя ядра и многочисленныя молекулярныя зернышки, расположенныя въ фиброзной основѣ. Бронхіи въ этой части были утолщены, расширены или сжаты, а нѣкоторыя изъ нихъ оканчивались глухими мѣшками. — Уильксъ и Беръ также весьма часто наблюдали въ легкихъ у сифилитиковъ мѣстныя затвердѣнія ткани. Кромѣ того, какъ мы увидимъ далѣе, известны случаи, въ которыхъ подобныя измѣненія распространялись на цѣлыя доли легкихъ.

Не менѣе замѣчательны и слѣдующіе виды узловатыхъ измѣненій легочной ткани у сифилитиковъ, при томъ они еще болѣе загадочны по отношенію своему къ свойственнымъ вообще сифилису заболеваниямъ. Наиболѣе старыя изъ относящихся сюда наблюденій принадлежатъ Геккеру. Первое наблюденіе сдѣлано на новорожденномъ сифилитическомъ младенцѣ и описано съ значительною подробностію. Въ здоровой легочной ткани около передняго края верхней доли лѣваго легкаго находилось, говоритъ онъ, «мѣсто, которое отличалось молочноватымъ цвѣтомъ покрывающей его плевы, не могло быть раздѣто и при ближайшемъ изслѣдованіи оказалось очень плотнымъ, трудно рѣзавшимся, затвердѣніемъ, имѣвшимъ въ срединѣ маленькое ядро желатаго цвѣта, состоявшее какъ бы изъ распавшейся туберкулезной массы. Микроскопъ подтвердилъ, что здѣсь находилось соединительно-тканное затвердѣніе, потому что повторные препараты состояли всѣ изъ молодой соединительной ткани и многихъ зернистыхъ клѣтокъ; напротивъ въ центральномъ гнѣздѣ масса состояла изъ *очень большихъ зернистыхъ клѣтокъ* и известковыхъ солей, легко растворимыхъ въ соляной кислотѣ. Слѣдовательно должно допустить, что здѣсь первоначально, и при томъ очень давно, была *лобулярная клиновидная пневмонія*, что потомъ наступилъ соединительно-тканный метаморфозъ, и въ заключеніе центральный распадъ гнѣзда» ¹⁾. Въ этомъ измѣненіи Вирховъ склоненъ видѣть присутствіе гумозной опухоли ²⁾. Не менѣе интересно и слѣдующее наблюденіе Геккера. Также у новорожденного дитяти оказалось

¹⁾ Virchow's Archiv, т. XVII, стр. 192.

²⁾ Вирховъ, *Ученіе объ опухоляхъ*, т. II, стр. 322.

въ нижней доль легкого легкаго, близь междудольного края, интенсивно сѣрожелтого, покрытое плеврою, мѣсто въ 5 миллим. ширины и въ 7 длины, которому въ разрьзѣ соответствовала, распространявшаяся на 6 миллим. въ глубину, плотная саловидная инфильтрація. Гнѣздо было окружено чрезвычайно рѣзко выраженою сѣтью волосныхъ сосудовъ. Подобное же меньшее гнѣздо и также въ междудольной вырѣзѣ находилось въ правомъ легкомъ. Микроскопическое изслѣдованіе инфильтраціи показало довольно твердую соединительную ткань съ аснимъ молекулярнымъ распадомъ и жирнозернистымъ клеточковымъ образованіемъ¹⁾. — Эгогъ случай, трудно сказать насколько справедливо, принимается Вирховымъ за дольчатую творожистую пневмонію²⁾. — Тотъ же авторъ описалъ рядомъ съ предыдущимъ измѣненіемъ другое, которому онъ приписываетъ болѣе опредѣленное значеніе. У 9-дневнаго дитяти въ легкихъ, проходимыхъ для воздуха, находилось множество расположенныхъ подъ плеврой мѣстъ, которыя обнаруживали специфическое поражение паренхимы въ различныхъ фазахъ развитія: болѣею частью была свѣжая, желтоватосѣрая, гелятинозная, довольно мягкая инфильтрація въ видѣ обыкновенныхъ жидковидныхъ гнѣздъ при вторичной дольчатой пневмоніи, падаъ которыми плевра представляла совершенно круглыя помутнѣнія; въ нѣкоторыхъ же гнѣздахъ уже можно было распознать гнойный распадъ центра. У взрослыхъ сифилитиковъ подобныя измѣненія были наблюдаемы только два раза, именно Бееромъ. Въ нижнихъ доляхъ находились разсѣянные, величиною до горошины, сѣрые утолщенные мѣста; плевра на ограниченномъ мѣстѣ представлялась гнойно-инфилтраванною; самый плотный узелъ представлялъ въ разрьзѣ угловатое, гомотенное, слегка желтоватое, отложеніе, занимавшее легочную паренхиму. При микроскопическомъ изслѣдованіи, кромѣ интерстиціального разраженія соединительной ткани въ окружности, были найдены сѣды бышаго довольно сильнаго выотѣнія въ полость самыхъ альвеолъ. Въ другомъ случаѣ гнѣзда имѣли видѣ обезцвѣченныхъ метастатическихъ отложеній, но были не такъ плотны. — Наконецъ и здѣсь, какъ въ истинно узловатыхъ

сифилитическихъ измѣненіяхъ легочной ткани, лучшее наблюденіе принадлежитъ Фёрстеру. Оно сдѣлано также на новорожденныхъ дѣтяхъ, страдавшихъ сифилисомъ, притомъ встрѣчаюся въ 13 случаяхъ изъ 33 всерыйтъ съ измѣненіями дыхательныхъ органовъ. Гнѣзда добулярной гепатизаціи, говоритъ авторъ, были необыкновенно плотны; поверхность разрьза ихъ гладкая, сильно блестящая, сѣрая или сѣроаго-красная, слегка сыроватая, безъ всякаго кроваваго, клеточнаго или серознаго сока. Въ срединѣ гнѣзда нерѣдко находилось желтое обезцвѣченіе съ послѣдующимъ распадомъ въ сыривидную рассычаную массу, которое мало по малу распространялось на все гнѣздо. Микроскопическое изслѣдованіе показывало, что особенность этихъ гнѣздъ обуславливалась сильнымъ участіемъ интерстиціальной соединительной ткани въ воспаленіи; въ ней постоянно встрѣчались очень обильные образованіе веретенообразныхъ и овальныхъ клѣтокъ, которыя были тѣсно между собою расположены на протяженіи волокистыхъ перекладчатъ, перемѣшаны съ болѣшими или меньшимъ количествомъ продолговатыхъ и овальныхъ ядеръ и заключены въ утолщенномъ основномъ веществѣ интерстиціальной соединительной ткани. Въ самыхъ легочныхъ пузырькахъ находились обыкновенные элементы: отторгнутыя плоскія эпителиальныя клѣтки, воспалительныя тѣльца и распадъ ихъ. Правда, прибавляетъ изслѣдователь, ни въ одномъ случаѣ не было столь специфическаго измѣненія, чтобы можно было безъ сомнѣнія заключить о сифилитической природѣ воспаления, но въ этихъ гнѣздахъ поразительно часто обнаруживались упомянутыя особенности, слѣшкомъ рѣдко встрѣчавшіяся у дѣтей, не страдавшихъ сифилисомъ.

Изъ ложныхъ узловатыхъ измѣненій легочной ткани у сифилитиковъ намъ осталось упомянуть еще о мѣстныхъ гнойныхъ скопленіяхъ или нарывахъ. Они были наблюдаемы какъ у младенцевъ, такъ и у взрослыхъ сифилитиковъ, и, кромѣ Деноя, описаны Геккеромъ, Беддомъ, Гетчинсономъ, Жаксономъ и Уильямсомъ. Имъ конечно нельзя приписывать особеннаго отношенія къ свойственнымъ сифлису забаваніямъ, но они заслуживаютъ нашего вниманія, съ одной стороны потому, что могутъ являться какъ примѣсъ къ такъ называемымъ специфическимъ образованіямъ, съ другой потому, что, по крайней мѣрѣ анатомически, составляютъ переходную степень отъ хроническихъ къ

¹⁾ Hecker, *Klinik d. Geburtskunde*, т. I, стр. 196.

²⁾ Вирховъ, *Ученіе объ онкологіи*, т. II, стр. 325.

скоротечным изменениям в легочной ткани у сифилитиков, хотя генетическая связь их с теми и другими совершенно темна и даже еще должна быть предварительно доказана.

Простого сопоставления известных в литературе фактов, изложенных нами в первой группе узловатых изменений в легких у сифилитиков, совершенно достаточно для того, чтобы видеть, что наблюдатели в указанных нами случаях имба даю с родственными между собою образованиями, имеющими много общих и довольно характеристических особенностей. Они описали узлы в различных стадиях однородного для всех изменения. Более молодые из этих узлов представлялись наблюдателям сначала резко ограниченными, круглыми, довольно мягкими, но безочными, более или менее сыворотого цвета, сидящими в неизменной — за исключением найденного в некоторых случаях значительного наличия сосудов ближайшей окружности — легочной ткани. Рядом с такими узлами встречались другие, несколько большие по объему, более плотные и сухие, представлявшие желтоватое окрашение, которое распространяется от центра к периферии и предшествует распаденію ткани. Последнее, начинаясь с центра, в узлах, подвергшихся дальнейшей степени изменения, постепенно превращает ткань в безформенную молекулярную массу, что для простого глаза иногда выражается раздвоением всего узла на отдельные, различные по консистенции и цвету, слои. Далее в узлах с значительным количеством распада и образованием полости наружный из этих слоев или сильно углублен в вид сываго или блонватого пояса, или дает от себя в окружающую ткань звездчатые отпрыски. Наконец, при существовании в отдельных узлах некоторых или многих из упомянутых нами признаков, наблюдались в непосредственной окружности их или в ближайшем с ними состве настояще рубцы, которые вполне замещали собою легочную паренхиму. Таким образом в изложенных нами наблюдениях мы имеем ряд последовательных явлений, из которого необходимо заключить, что в легких у сифилитиков не раз уже наблюдались небольшие опухоли, которые характеризуются следующими особенностями: в существе своем они не обнаруживают и следа легочного строения, имеют

свойство распадаться в центр в безформенную мелкозернистую массу, сохраняя при том способность переходить в периферию в плотную и стойкую ткань, и обнаруживают значительную наклонность излечиваться чрез превращение в твердый фиброзный, сильно стягивающийся, рубец. Если к этому прибавим, что по исследованиям Уильяма, Береншпруга и Ферстера ряд патологических изменений, начиная от развития узла до образования рубца на месте последнего, совершается в соединительной ткани без малейшего участия эпителия, то возможность доказать, помощью микроскопического анализа образований, подобных описанным авторами, присутствие гумозных опухолей в легочной ткани представится очень близкою и легко выполнимою.

Не так легко определить значение, какое могут иметь для дальнейших исследований о сифилисе легких другие наблюдения авторов, касающиеся узловатых образований, причисленных нами ко второй групп. Прежде всего мы встречаемся здесь с законченными изменениями, которые по свойственным им признакам не могут уже представить, подобно предыдущим, мелких подробностей, необходимых для восстановления более или менее полной картины хода протекавших в занимаемом ими месте патологических процессов. Эти изменения сходны с узлами первой группы в том отношении, что они также вполне замещают собою легочную паренхиму, состоят из плотной фиброзной ткани, без примеси остатков и продуктов изменения эпителия, и наконец, по исследованиям Лансера, в некоторых местах содержат между пучками молекулярный распад, который ничем не отличается от распада, находямаго в гумозных опухолях. Но они не должны быть смешиваемы с вышеупомянутыми узлами, во-первых потому, что занимают сравнительно с последними гораздо больши пространства и во-вторых далеко не имеют тех резких границ с окружающею легочною тканью, какія свойственны узлам. Поэтому с одной стороны, по внутреннему своему составу, изменения в легких у сифилитиков, описанные Пейшем, Клобом, Лансером и др., примыкают к истинно узловатым образованиям, с другой — указывают своим распространением на существование какой-то связи последних с бо-

лѣ разнѣными малоизвѣстными измѣненіями, о которыхъ у собирателей литературнаго матеріала объ анатомическихъ измѣненіяхъ легкихъ при сифилисѣ почти вовсе не упоминается. — Что касается втораго ряда измѣненій, похожихъ на узловатые образованія въ легкихъ у сифилитиковъ, то нельзя не замѣтить, что онѣ могли обратить на себя вниманіе изслѣдователей и получить въ глазахъ ихъ нѣкоторое значеніе по отношенію къ сифлису лишь при особенно благоприятныхъ къ тому обстоятельствахъ. Большинство принадлежащихъ сюда наблюденій относится къ новорожденнымъ дѣтямъ, которыхъ сифидователи весьма мало подвергали вѣтшиимъ болѣзнетворнымъ вліяніямъ, такъ что при одновременномъ существованіи у нихъ и родителей ихъ ясныхъ признаковъ сифилиса изслѣдователи гораздо охотнѣе стремились отыскивать причину измѣненій легочной ткани не въ мѣстномъ заболѣваніи, а въ конституціональной врожденной болѣзни, какъ въ болѣе продолжительномъ и сильномъ дѣятель. Поэтому Бееръ, встрѣтившій такіа измѣненія въ легкихъ у взрослыхъ сифилитиковъ, опасается приписывать имъ особенно близкую связь съ сифилисомъ. Сами въ себѣ эти измѣненія не носятъ слишкомъ рѣзкихъ отличительныхъ признаковъ; въ нихъ участвуетъ легочная ткань въ toto, что и сближаетъ ихъ съ обыкновенными заболѣваніями легкихъ. Впрочемъ нельзя не согласиться съ справедливымъ мнѣніемъ Фёрстера, что сильное участіе въ нихъ соединительной ткани придаетъ имъ большой интересъ, такъ какъ таковой процессъ вообще характеристиченъ для всѣхъ сифилитическихъ воспаленій и разраженій. Напротивъ, вопреки мнѣнію Фёрстера, весьма трудно допустить, чтобы это участіе способствовало переходу гѣтздъ гепатизаціи въ гумозные узлы легкихъ. О значеніи нарывовъ въ легкихъ у сифилитиковъ уже было сказано; здѣсь остается только прибавить, что они чаще были наблюдаемы при разлитыхъ, и притомъ ирритативныхъ, измѣненіяхъ легочной ткани.

Разлитыя измѣненія легкихъ у сифилитиковъ.

Гораздо меньшимъ вниманіемъ наблюдателей и изслѣдователей пользовались разлитыя измѣненія легкихъ у сифилитиковъ. Вагнеръ, который, — мы впоследствии увидимъ, на сколько спра-

ведливо, — не дѣлаетъ строгаго различія между узловатымъ и разлитымъ *сифиломою*, объясняетъ это наклоностью наблюдателей принимать всѣ сыровидные и сухіе продукты измѣненія легочной ткани за туберкулезные, всѣ магнѣе — за раки. Вѣрховъ же главное значеніе въ этомъ отношеніи приписываетъ тому, что для изученія тончайшаго хода болѣе части патологическихъ процессовъ легкія суть почти самый трудный органъ, и что при такихъ процессахъ, которые еще болѣе увеличивается. Уилльсъ думаетъ, что для того, чтобы связать нѣкоторые измѣненія въ легкихъ, вслѣдствіе отложенія въ тканѣ ихъ низко организованныхъ продуктовъ, съ дѣйствіемъ сифилитическаго яда, нужно гораздо большее число наблюденій, чѣмъ мы имѣемъ до настоящаго времени. Не вдаваясь въ разборъ каждаго изъ этихъ объясненій, такъ какъ всѣ они могутъ считаться въ одинаковой степени справедливыми, воспользуемся относящимися сюда наблюденіями съ цѣлью открыть въ нихъ тѣ особенности, которыя могутъ указать путь для дальнѣйшихъ изслѣдованій.

Разлитыя измѣненія легочной ткани у сифилитиковъ, подобно узловатымъ образованіямъ, представляли, какъ показываютъ наблюденія авторовъ, значительное разнообразіе и встрѣчались въ различныхъ стадіяхъ развитія и въ различныхъ степеняхъ распространенія. Ихъ можно назвать разлитыми, потому что они обыкновенно занимали или цѣлое легкое, или цѣлыя доли его, или наконецъ являлись въ видѣ множественныхъ пневмоническихъ гѣтздъ, занимавшихъ по нѣскольку долекъ въ различныхъ частяхъ легкихъ, но нельзя строгаго отдѣлять ихъ отъ измѣненій второй группы предѣдущаго отдѣла, которыя въ противоположность съ составляющими первую группу истинно узловатыми, носящими на себѣ характеръ опухолей, измѣненіями мы называли ложными узловатыми образованіями. Кромѣ большаго распространенія разлитыя измѣненія въ легкихъ у сифилитиковъ отличаются отъ узловатыхъ значительно большимъ богатствомъ фазъ своего развитія, представившихся наблюдателямъ не рѣдко въ одномъ и томъ же легкомъ. Подобно обыкновеннымъ пневмоніямъ здѣсь они видѣли довольно постепенныя измѣненія легочной ткани, начиная отъ красной гепатизаціи до образованія гѣтздъ, похожихъ на творогисты, и до проис-

хождения каверн. Не смотря на это, описания совершенно не достаточны для того, чтобы дать возможность изучающему их проследить переходы от высших степеней развития к высшим, и таким образом составить представление о характере течения свойственных сифилису разлитых изменений легочной ткани. По этому мы считаем возможным расположить и рассмотреть относящиеся сюда наблюдения авторов не на основании причинной связи описанных ими изменений, а лишь на основании степени развития последних и степени участия в них отдельных тканей, входящих в состав легкого.

Одну из наиболее известных форм заболеваний, принадлежащих к этому отделу, нужно больше или меньше резко отделять от всех прочих. Она отличается от них если не исключительно, то по крайней мере большим участием в патологическом процессе эпителиальной ткани; является или в виде множественных гнияз, или в виде сидионого изменения, занимающего в том и другом случае оба легкия, и до сих пор наблюдалась исключительно у детей с врожденным сифилисом. Вирхов первый случайно наблюдал при судебно-медицинском вскрытии новорожденного младенца следующия изменения в легких: они были очень объемисты, и можно было думать, что уже служили для дыхания; но к удивлению каждый кусок легкого, брошенный в воду, тотчас тонуть. При тщательном разсматривании в самом деле не оказалось ни одного легочного пузырька, содержащего воздуха; поверхность разреза скорее имела вид «пневмонии в период белой гиперемизации». Наконец микроскоп показал, что дело не в экссудате, а что легочные пузырьки были наполнены чрезвычайно обильным, ожившимся, эпителием. В последствии Вебер под именем «благотверждения легких в течении утробной жизни» описал изменение совершенно одинаковое с предыдущим. В этом случае легкия были так велики, что занимали гораздо больше места, чѣм въполнъ дышавшія детские легкия, и на боковых поверхностях их было видно несколько вдавлений от ребер. По всему эти легкия были почти вчетверо тяжелее недышавших детских легких. Наружная поверхность, равно как и всѣ, совершенно гладкая и равномерная, поверхности разреза имели почти белый цветъ съ слабымъ желтоватымъ оттенкомъ. Ткань

отличалась значительною плотностью. Возраст этого изменения оценивается Вебером не ниже одного или двухъ мѣсяцевъ, но ни онъ, ни предшественникъ его не подозревали здѣсь связи съ сифилисомъ. Ее узналъ впервые Генкель, который однако не далъ точнаго описанія самаго процесса, а ограничился лишь указаніемъ мѣстна, высказаннаго на этотъ счетъ Меккелемъ, по которому это есть особенная рѣдкая форма пневмонии, свойственная сифилису и характеризующаяся размноженіемъ эпителія и утолщеніемъ кѣтъчатки легкихъ. Больше определенное и тщательное описаніе этой формы дали Лоранъ и Робертъ подъ страннымъ названіемъ «легочной эпителиомы зародыша». Легкія довольно объемисты, розоваго цвѣта, тонутъ, мясисты, не содержатъ воздуха, имѣютъ равномерную плотность на подобіе печеночной ткани; поверхность разреза однообразная, гладкая, блестящая, бѣловатая, съ легкимъ розовымъ оттенкомъ, представляет компактную массу, раздѣленную кѣтъчатыми перегородками, окружающими легочныя доли; при давленіи ткань не освобождаетъ ни какой жидкости, кромѣ нѣсколькихъ капель крови. Всѣ альвеолы наполнены цилиндрами изъ мостовиднаго эпителія, изъ которыхъ лишь нѣкоторыя имѣютъ блестящій цвѣтъ, указывающій еще на присутствіе канала. Кѣтъчки вообще меньше нормальныхъ, содержатъ болѣею частью одно ядро, рѣдко два; ядра сферическія, слегка зернистыя, въ каждомъ одно или два блестящихъ зерна; вещество кѣтъчекъ нѣжно гранулировано; мѣстами попадаются цѣлыя альвеолы, растянутыя кѣтъчками, содержащими въ большомъ количествѣ жирныя зернышки, такъ что ядра почти не видно. Нѣсколько подобныхъ случаевъ видѣлъ также и Ферстеръ, но ему чаще приходилось наблюдать пораженіе легочной ткани въ видѣ разсѣянныхъ гниязъ, похожихъ на лобулярную пневмонию. При этомъ полости легочныхъ пузырьковъ и просвѣты мелкихъ бронхій были совершенно выполнены плоскими эпителиальными кѣтъчками. При разсѣченіи препаратовъ подъ микроскопомъ были видны цилиндрическія, состоящія изъ этихъ кѣтъчекъ, тѣла, которыя оканчивались однимъ или нѣсколькими колбовидными расширеніями, и тогда обыкновенно имѣли нѣкоторое сходство съ мелкокѣтъчковыми аденозными образованиями, какія встрѣчаются въ эпителиальныхъ опухоляхъ, но болѣе всего походили на кѣтъчковую ткань простыхъ аденозныхъ же-

желѣзъ. Кромѣ этихъ случаевъ подобныя измѣненія наблюдали и описали Говитцъ, въ трехъ случаяхъ, Лоранъ и Прево въ двухъ. Но не смотря на значительное число извѣстныхъ до сихъ поръ случаевъ, характеръ этого заболевания остается темнымъ. Въ настоящее время нельзя дать положительнаго отвѣта на то, справедливо ли мнѣнiе Меккеля объ участіи соединительной ткани въ болѣзненномъ измѣненіи. Равнымъ образомъ не извѣстно, предшествуетъ ли и сопутствуетъ ли разраженію эпителиальной ткани ирритативное состояніе въ подлежащихъ слояхъ, следовательно подходитъ ли процессъ къ ряду воспалительныхъ, извѣстныхъ подъ именемъ катарровъ, или дѣло ограничивается пролифераціею одного эпитеція и слѣдующею за тѣмъ простою гипертрофіею эпителиальнаго покрова. По Лорану и Робену поражение характеризуется значительнымъ увеличеніемъ эпителиальныхъ массъ. Фёрстеръ называетъ весь процессъ эпителиальнымъ инфарктомъ, происходящимъ вслѣдствіе размноженія *in situ* эпитеція, выстилающаго полость легочныхъ пузырьковъ, и признаетъ за нимъ способность исчезать путемъ регрессивныхъ измѣненій или переходить въ сыровидный распадъ. Вирховъ прямо называетъ это состояніе легкихъ врожденнымъ катарромъ, но не описываетъ и не упоминаетъ другихъ явленій, характеризующихъ процессы этого рода, и при томъ сближаетъ описанныя здѣсь состоянія легкихъ съ измѣненіями, какия наблюдалъ Вагнеръ, сущность которыхъ будетъ изложена ниже и которыя, какъ намъ кажется, должны быть поставлены совершенно въ отдѣльную группу!). — Для насъ важна эта форма заболевания въ томъ отношеніи, что ею, какъ нельзя лучше, доказывается влияніе сифилиса на эпителиальную ткань и возможность измѣненій подъ этимъ влияніемъ именно въ эпитеціи легочной ткани. Ею следовательно доказывается, что мысль Вирхова, по которой «специфическій» продуктъ сифилиса не долженъ свободно лежать въ альвеолахъ, бронхіахъ или бронхоэкстазахъ, — следовательно не долженъ быть катаррального происхожденія, — должна быть понимаема въ весьма тѣсномъ смыслѣ и принимаема по отношенію лишь къ некоторымъ свойственнымъ сифлису заболеваниямъ легочной ткани.

Здѣсь же мы должны упомянуть еще объ одномъ измѣненіи легочной ткани, весьма близко подходящемъ къ только-что описанной формѣ заболевания. Оно было наблюдаемо исключительно Вирховымъ, всегда въ взрослыхъ субъектахъ, страдающихъ сифилисомъ, состоитъ въ накопленіи въ большомъ количествѣ сѣраго пигмента, заключеннаго преимущественно въ круглыхъ катарральныхъ кѣлочкахъ, растягивающихъ собою легочные пузырьки, и названо сѣрымъ уплотнѣніемъ. Есть ли здѣсь катарръ *sui generis*, или онъ ничѣмъ не отличается отъ обыкновеннаго, чѣмъ обуславливается пигментация катарральныхъ массъ и т. д., все это предстоитъ рѣшить дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ.

Изъ наблюдавшихся у сифилитиковъ измѣненій, въ которыхъ, по видимому, принимаютъ болѣе или меньшее участіе всѣ ткани, входящія въ составъ легкаго, одинъ, какъ видно изъ описанныхъ немногочисленныхъ наблюденій, носятъ на себѣ признаки болѣе свѣжихъ пневмоній, сопровождающихся экссудативными процессами, съ большимъ или меньшимъ количествомъ гнѣздъ, указывающихъ на начало регрессивнаго метаморфоза; — другія ближе подходятъ къ затѣяннымъ формамъ легочныхъ чахотокъ, сопровождающихся оплотнѣніями легочной ткани, и, по справедливому замчанію Вагнера, легко могутъ быть приняты за бугорчатку. Но на основаніи описаній наблюдателей оба рода измѣненій не могутъ быть строго раздѣлены другъ отъ друга.

Точныхъ наблюденій относительно этихъ формъ весьма мало, тѣмъ не менѣе есть возможность отыскать между отдѣльными, до сихъ поръ заявленными, случаями нѣкоторыя точки соприкосновенія. — Въ новѣйшее время впервые была описана Фюреромъ особенная, по его мнѣнію, форма пневмоній, встрѣченная имъ въ двухъ случаяхъ при застарѣломъ сифилисѣ у взрослыхъ, причѣмъ одинъ разъ были многочисленныя экзостозы на костяхъ черепа и ребрахъ, рубцы въ печени, почкахъ и на туловищѣ; въ другой — хроническое сифилитическое пораженіе гортани, сопровождавшееся сужуеніемъ дыхательнаго горла. Въ наиболѣе подробно описанномъ случаѣ лѣвое легкое въ верхней доль оказалось въ разрывѣ плотнымъ, не содержавшимъ воздуха; на темной сильно пигментированной, уплотненной, поверхности разрыва выдавались мелкія свѣтлоокрасныя, мягкія гнѣзда, частью втянутыя, частью ограниченныя въ видѣ островковъ, состоящія изъ мел-

!) Вирховъ, *Ученіе объ опухоляхъ*, т. II, стр. 326.

ко зернистых грануляций, которые заложены в гладкой и твердой в разрыв ткани. В правом легком обь верхнія доли были объемисты, тяжелы, в разрыв плотны, сыворот красного цвѣта; поверхность разрыва покрывалась гнойно-кровоянистою слизью; на ней среди впадных, ржавокрасного цвѣта, гранулированных и очень ломких мѣст выдавались бѣловатая компактная гнѣзда, частью рѣзко огравиченныя, частью диффузно расплывающіяся, грубо зернистыя, изъ открытых мелкихъ бронховъ вытекалъ чистый жидкій гной; в нижней четверти гепатизированной и равномерно красногранулированной паренхимы выдавались изъ перерванных и расширенныхъ легочныхъ перекладинъ болѣе разсыяныя, мелкія и болѣе свѣжія, эксудативныя пробки. Не смотря на отсутствіе микроскопическаго изсаждованія и вообще на краткость описанія, нельзя не замѣтить, что здѣсь рядомъ съ затяжнымъ патологическимъ процессомъ, выразившимся уплотнѣніемъ и пигментациею ткани, находятся свѣжія, эксудативныя измѣненія съ малою наклонностію организованнаго эксудата разжижаться и давать гной или слизь и съ значительнымъ пропитываніемъ ткани измѣненнымъ кровянымъ пигментомъ — явленія, далеко необычныя при обыкновенныхъ разлитыхъ заболѣваніяхъ легкихъ. Подобные же случаи находятся у Вирхова и Уилкса, но мы не будемъ останавливаться на нихъ, такъ какъ они описаны чрезвычайно кратко, а перейдемъ къ болѣе подробнымъ наблюденіямъ. Мартини и Корнелъ наблюдали сходныя съ вышеописанными измѣненія у семимѣсячнаго младенца, родившагося отъ сифилитической матери. Болѣзненный процесс занималъ одно легкое, именно лѣвое; здѣсь нижній край верхней доли и вся нижняя доля были напряжены, плотны на-ощупь и окрашены въ темнокрасный цвѣтъ; при внимательномъ изсаждованіи оказались на плервъ разлитыя желтоватые островки; соответственно имъ в разрывѣ находились круглыя, похожія на метастатическіе нарывы, гнѣзда, желтаго цвѣта, невыдававшіяся надъ поверхностью, отъ 3 до 8 мм. въ діаметрѣ, съ сильнымъ пропитываніемъ окружающей ихъ ткани кровью; большія изъ этихъ гнѣздъ въ центрѣ изъязвлены и окружены болѣе плотною, желтовато-бѣлою тканью, представляющею родъ твердой фиброзной сумки, изъ которой же изъ происшедшихъ чрезъ распадѣніе полостей сообщались съ бронхами. При микроскопическомъ изсаждо-

ваніи перегородки альвеолъ въ мелкихъ гнѣздахъ были утолщены и представляли обильную пролиферацию соединительной ткани; расположенные въ нихъ кровопосные сосуды и самыя альвеолы сдавлены тѣсно спущенными между собой элементами этой ткани; эпителий альвеолъ мѣстами отторгнутъ, мѣстами сохраненъ въ видѣ вѣжнаго правильнаго слоя. Изъязвленные гнѣзда состояли изъ тѣхъ же элементовъ и внутри содержали блестящія зернышки и похощія на гной кѣтки, но полости альвеолъ здѣсь были сужены, мѣстами даже вовсе изглажены. Плевра, покрывавшая нѣкоторыя изъ этихъ гнѣздъ, также была инфильтрирована молодыми кѣтками и безъ рѣзкой границы продолжалась въ утолщенныя перегородки альвеолъ. Въ окружающей гнѣзда, окрашенной темнокраснымъ цвѣтомъ, легочной ткани альвеолы совершенно или отчасти наполнены красными кровяными шариками. Изъ двухъ наблюденій Берешпирунга, относящихся также къ недоношеннымъ, именно къ 8 мѣсячнымъ, младенцамъ, въ одномъ случаѣ, въ которомъ микроскопическое изсаждованіе было произведено Зеебекомъ, описаны такія же измѣненія, какъ и въ предыдущемъ наблюденіи, съ тѣмъ отличіемъ, что пораженіе распространялось на оба легкія и узлы не представляли признаковъ сывриднаго превращенія и размягченія; въ другомъ находились измѣненія, по нашему мнѣнію, гораздо ближе подходящія къ пневмоніи Фюрера. Съ нижняго края верхней доли лѣваго легкаго начиналась инфильтрація, которая занимала и всю нижнюю долю; инфильтрированная часть плотныя, поверхность разрыва насыщеннаго красного цвѣта съ неправильно вкрапленными рыхлыми, желтоватыми, гнѣздами (Infiltrationen), изъ которыхъ можно выдавить гнойную массу. Желтоватая мѣста частью представляются въ видѣ маленькихъ, довольно ограниченныхъ, узелковъ въ красно гепатизированной ткани. Въ правомъ легкомъ тоже измѣненіе ограничивалось заднею частью обьихъ долей; около нижняго края верхней доли находились ограниченный фиброзный узелъ, величиною въ дробину, заложанный въ оплотнѣвшей ткани, въ нижней доль находилось четыре или пять нѣсколько большихъ, желтыхъ почти какъ сѣра, рѣзко ограниченныхъ, узелковъ очень мягкой консистенціи, которые были окружены красно гепатизированною тканью. Микроскопическое изсаждованіе найденныхъ въ легкихъ узловъ показало болѣею частью мелкозернистую массу, по видимому бо-

глатую жиромъ, рядомъ съ зернистыми клѣтками мелкія клѣтки, похожія на гнойные шарикъ, и обильное новообразование соединительной ткани, особенно въ периферическихъ частяхъ. Вагнеръ, въ своемъ трактатѣ о сифилидѣ легкиѣхъ, даетъ фактическое описаніе, по видимому, двухъ различныхъ степеней развитія одного и того же разнитаго измѣненія въ легкиѣхъ у сифилитиковъ, которое, по его мнѣнію, сходно съ сифилитическими новообразованиями вообще и по строенію своему не походитъ ни на какое другое новообразование въ легкиѣхъ, тѣмъ болѣе на новообразования при пневмоніи и бугорчаткѣ. Ему довелось наблюдать сифилитическое пораженіе легкиѣхъ въ 8 случаяхъ, изъ коихъ 6 относились къ поворожденнымъ дѣтямъ и два къ взрослымъ сифилитикамъ. У послѣднихъ, какъ мы увидимъ далѣе, измѣненія достигали высшей степени развитія. У первыхъ 5 разъ найдено диффузное пораженіе, и однажды въ диффузно сифилитическомъ легкомъ пахотились рѣзко ограниченные отдѣльные узлы. Гистологическій характеръ измѣненій въ томъ и другомъ случаѣ былъ одинаковъ; узлы обнаруживали лишь количественное различіе отъ разнитаго патологическаго процесса, состоявшее въ болѣе богатствѣ ихъ клѣтками и ядрами. Это одно, по нашему мнѣнію, и могло дать исследователю поводъ сличить всѣ сифилитическія измѣненія въ легкиѣхъ подъ общимъ названіемъ «сифиломы».

Но для двѣ важныя сущности измѣненій, тѣмъ толкованіе ихъ. Въ микроскопическія находки Вагнера въ легкиѣхъ сифилитическихъ дѣтей суммируются слѣдующимъ образомъ. Въ большинствѣ измѣненныхъ мѣстъ никакого слѣда альвеолъ; онѣ встрѣчаются лишь мѣстами: обыкновенно онѣ въ 4—6 разъ менѣе, тѣмъ альвеолы дышащаго дѣтскаго легкаго при среднемъ расширеніи, круглы или неправильно 4—6 угольны, въ выгнутости внутри по верхностями, или продолговаты и щелевидны. Междуальвеоларная ткань всѣхъ этихъ мѣстъ сильно, равномерно или неравномерно, расширена мѣстами до $\frac{1}{2}$ мм и болѣе; расширенія эти въ некоторыхъ мѣстахъ образованы плотно сжатыми, средней величины, круглыми, свободными ядрами и круглыми, величиною до $\frac{1}{200}$ мм, клѣтками, содержащими крупныя ядра; въ большинствѣ мѣстъ видны въ расширеніяхъ многочисленные бѣловинные и жировые молекулы, между которыми мѣстами еще лежатъ просто атрофированныя или жирно перерожденные ядра и клѣт-

ки. Между клѣтками, ядрами и зернистыми частичками находитея очень бѣлая, однородная, болѣею частью не ясно волокнистая основная ткань; обыкновенной волокнистой соединительной ткани нигдѣ нѣтъ. Эластическія волокна являются только по прибреженію крѣпкой уксусной кислоты и лишь въ некоторыхъ мѣстахъ, чаще попадаются образованія, похожія на такъ называемыя зернистыя волокна, болѣею частью съ жирно перерожденнымъ ядромъ. Легочныя альвеолы, какъ нормальныя, такъ и уменьшенныя, лишь изрѣдка содержали тѣлесные элементы, именн: жирно перерожденные гнойныя тѣльца, иногда съ примѣсью мертвыхъ (?) клѣтокъ. Среднія и мелкія артеріи и вены встрѣчались лишь изрѣдка; волосные сосуды почти нигдѣ не были видны; послѣдніе однажды выдавались за край проходимыхъ для воздуха альвеолъ, были пусты, ядра ихъ были поразительно удлинены, некоторые изъ нихъ находились въ состояніи давленія. Междольчатая соединительная ткань и плевра рѣдко также принимали участіе въ патологическомъ процессѣ и въ такомъ случаѣ обнаруживали измѣненія, сходныя въ измѣненіяхъ въ междуальвеоларной соединительной ткани. Болѣе или менѣе одинаковыя между собою измѣненія въ легкиѣхъ, встрѣченныя Вагнеромъ у двухъ взрослыхъ сифилитиковъ, разсматриваются имъ какъ вполне сходныя съ предидущими, но отличаются отъ нихъ тѣмъ, что приближаются нѣсколько къ затяжнымъ формамъ пневмоніи и составляютъ въ некоторомъ отношеніи переходную ступень къ пидуративнымъ процессамъ, найденнымъ другими авторами въ легкиѣхъ при сифилидѣ, а потому и заслуживаютъ полнаго вниманія. При совершенно пустой полости пазеры у 50-лѣтняго сифилитика въ верхней доль свободнаго лѣваго легкаго, имѣвшей нормальную величину и умѣренно эмфизематозной по краю, заложены были не многочисленныя, лежавшіе болѣею частью вдаль отъ периферіи, величиною до лѣснаго орѣха, неправильно круглыя и зубчатые, рѣзко ограниченные узлы, не проходимые для воздуха, однородныя, сѣрозеленоватыя или бѣдно-бурокрасныя, мѣстами съ черными пятнами, слегка сѣроватыя и умѣренно плотныя. Остальная ткань верхней доли малокровна и умѣренно пигментирована. Нижняя доля уменьшена въ объемѣ, плотнѣе на ощупь, тяжелѣе и пронизана многочисленными, до величины гусиного яйца, безвоздушными узлами, похожими на описанныя въ верхней доль.

Внутренность большинства из этих узлов содержит мелкие, сильно расширенные цилиндрически бронхи, которые наполнены срысого-желтоватым гноем; слизистая оболочка их темнокрасная и сильно припухшая. Ткань между узлами частью нормальна, частью, особенно там, где они лежат плотнее друг к другу, мало проходима или непроходима для воздуха, черноватострая, гладкая, плотная и сухая. Слизистая оболочка больших бронхов мало изменена. Правое легкое представляет тоже изменения, как и левое, и в одинаковой степени развития. Описанные узлы обнаруживали в сущности тоже строение, как и сифилитическя легкяя поворожденных. Легочная альвеола частью совершенно исчезла, частью значительно уменьшена въ объемѣ. Легочная строма соответственно расширена и пропикнута кѣтками и ядрами, которая сохранилась лишь мѣстами, большею частью онъ въ высокой степени атрофированы или превращены въ бѣловинныя и жировыя зернышки. Все это лежало въ однородной, мѣстами ясно волокнистой, основной ткани, бѣдной сосудами. Эластическя волокна сохранились лишь вблизи альвеол. Междольчатая соединительная ткань содержалась большею частью какъ строма легкыхъ, или же была нормальна внутри узловъ. Оплотнѣвшая ткань между отдѣльными узлами содержала немного нормальной легочной ткани, альвеолы здѣсь были большею частью уменьшены въ 4—6 разъ. Сообразно съ этимъ строма почти всюду состояла изъ ясно волокнистой, волнистой, соединительной ткани. Что касается окрашенія промежуточной ткани, то оно зависѣло, какъ у дѣтей, такъ и у взрослыхъ, отъ присутствія зернышекъ бурого и чернаго пигмента, расположеннаго между пучками волоконъ.

Индуративные процессы въ легочной ткани у сифилитиковъ всего менѣе наглядны, хотя трудно допустить, чтобы было легко просмотрѣть подобныя изменения и не обратить на нихъ особеннаго вниманія, потому что между немногими случаями, найденными нами въ литературѣ, находится по истинѣ исключительная форма. Измѣненія этого рода были наблюдаемы исключительно у взрослыхъ сифилитиковъ при застарѣлыхъ формахъ бѣзвѣзии; они обыкновенно распространяются на одну или нѣсколько долей въ легкыхъ, но всегда занимаютъ значительное пространство, представляются разлитыми и характеризуются обиль-

нымъ новообразованіемъ соединительной ткани, которая частью подвергается обратному метаморфозу, частью принимаетъ видъ очень плотной старой волокнистой кѣтчатки, имѣющей нѣкоторое сходство съ тканью обширныхъ и давнихъ рубцовъ или твердыхъ фиброзныхъ опухолей. Мы нашли въ литературѣ всего шесть случаевъ въ этомъ родѣ. Самое старое наблюдение принадлежитъ Уильясу. У 42-хъ лѣтнаго сифилитика съ характеристическими измѣненіями яичка онъ нашелъ легкяя въ слѣдующемъ состояніи: оба сращены съ грудною стѣнкою помощью совершенно сплошныхъ твердыхъ фиброзныхъ перепонъ; лѣвое въ состояніи, извѣстномъ подъ именемъ цирроза; всюду оно очень плотно, верхняя же доля въ особенноти превращена въ твердую фиброзную ткань и лишь мѣстами прорѣзана трубчатыми ходами; въ правомъ легкомъ тоже измѣненія въ меньшей степени развиты. Лансере подъ названіемъ хронической сифилитической пневмоніи приводитъ два наблюденія въ этомъ родѣ. Одно изъ нихъ принадлежитъ къ весьма рѣдкимъ и поучительнымъ случаямъ врожденнаго сифилиса у взрослыхъ. У дѣвочки, рожденной отъ страдавшихъ сифилисомъ родителей, болѣзнь въ различные періоды жизни выражалась слѣдующими явленіями: постоянными головными болями съ ослабленіемъ зрѣнія на 10 году и съ потерей слуха около періода зрѣлости, неправильнымъ образованіемъ и развитіемъ зубной системы, хроническимъ разрушительнымъ процессомъ въ горлѣ и носѣ, выпаденіемъ волосъ на 22 году и совершеннымъ отсутствіемъ мѣсячныхъ очищеній. На 41-мъ году при явленіяхъ хроническаго страданія легкыхъ послѣдовала смерть отъ малярии; при вскрытіи найдено: совершенное недоразвитіе половыхъ органовъ, грубодольчатая печень и страданіе праваго легкаго. Здѣсь проходившая ткань сохранилась лишь у верхушки и основанія нижней доли; въ остальныхъ мѣстахъ въ очень плотной, не сдавливавшейся, строматой ткани находились полости съ гладкими стѣнками, величиною до гусинаго яйца, раздѣленные одна отъ другой перегородками, часто неподвижными, или же болѣе или менѣе широкими фиброзными перемычками. Въ другомъ случаѣ у 42-хъ лѣтнаго сифилитика при старомъ плевритѣ въ нижней доль лѣваго легкаго также были найдены полости неправильной формы, наполненныя кашнеобразною сыровидною массою, въ окружности которыхъ ткань легкыхъ пред-

ставлялась плотною как резина и при разрыве давала совершенно гладкую, сровнато-мраморную, поверхность. Гораздо большего внимания заслуживают наблюдения Бера; они сопровождались микроскопическим исследованием и могут пролить некоторый свет на уже изложенные нами, относящиеся к этой группе, случаи. Бера в двух случаях у взрослых сианитиков пришлось наблюдать обширные, истинно сухожильные, оплотнения в некоторых частях легких в диффузной форме. Измененные части, раз верхушка легкого, другой нижней треть нижней доли, совершенно не содержали воздуха, имели умеренную плотность и грязно-буроватый вид; на поверхности разрыва выдавались грубые, разнообразно переплетенные, волокнистые пучки. При исследовании альвеолы оказались большею частью спавшимися, отчасти наполненными буроватою массою, содержащею немного жировых частичек; в волокнистых пучках, происшедших через разрастание промежуточной ткани, содержалось много жира, частью находившагося в веретенообразных клетках, даже значительное количество черного и бурого пигмента, инфильтрация же клетками была напротив незначительна. Кроме того также Бером описано, по его мнению, особенное заболевание средней доли легкого, но оно отличается от предыдущих изменений лишь тем, что рядом с затвердением легочной ткани здесь находились мелкие бронхоктазии и довольно частый экссудативный процесс, и таким образом приближает предыдущую группу заболеваний к немногочисленным заявленным в литературе случаям индуративных изменений в легких при сианиде. В этом случае упомянутая часть легкого соединялась рубцовым сращением с плеврою верхней доли, отличалась особенною плотностью и в разрыве представляла аспидное окрашение, претворяемое многочисленными светлосерыми, буловатыми и желтоватыми пятнами. Около корня доли примыкала к этому затвердению темнокрасная генатизация, где ткань хотя также не содержала воздуха, но была не так плотна, как в аспидно-окрашенном месте. Исследование показало в буловатых и желтоватых местах сильную зернистость и жирную инфильтрацию разросшихся фиброзных частей с большею или меньшею примесью клеток, обильный выпот в еще не спавшихся альвеолах и обильные отложения пигмента в силь-

но уплотненной интерстициальной ткани. Под сращением в очень плотной, аспидного цвета, ткани находились мышковидно-расширенные бронхи, наполненные маркою желтоватою массою.

Между всеми изложенными здесь наблюдениями разлитых изменений, занимающих паренхиму легкого in toto, нельзя не заметить некоторых общих всем им особенностей, которые сближают между собою относящиеся сюда случаи. К наиболее ярким из этих особенностей нужно отнести более или менее обильное отложение в измененных частях легких кровяного пигмента и сильное участие соединительной ткани в изменениях. Эти два явления не только одинаково присущи всем относящимся сюда случаям, но и идут, как показывают исследования авторов, рука об руку, так, что высшим степеням развития новообразованной соединительной ткани всегда соответствуют более старая изменения кровяного пигмента и более внутреннее смешение последнего с патологическими продуктами. Свядовательно в соединении этих двух явлений мы имеем нечто характеристичное, если не для особенного патологического процесса, которому обязаны своим существованием описанные изменения, то по крайней мере для особенного течения этих изменений, которым они, может быть, отличаются от сходных с ними, развивающихся под другими влияниями. В более свядоватых случаях, где болышенши образования сохраняют за собою хотя некоторые признаки острых патологических процессов, наблюдалось пропитывание легочной ткани красным или бурым пигментом, зависвшее или от кровавистого форменного экссудата в полость альвеол, как это было в случаях Мартини и Корниа, или от зернистого отложения бурого и черного пигмента между волокнами новообразованной соединительной ткани, как это видят Вагнер. В случаях более застарелых, где легочная паренхима была замещена фиброзою тканью, присутствие пигмента выражалось сплошным аспидным окрашением, которое, как видно из наблюдений Бера, может зависеть от наложения буроватой массы в альвеолах и бурого и черного пигмента в промежуточной ткани. Что касается собственно отношения соединительной ткани к занимающим нас разлитым изменениям в легких у сианитиков, то в нем также нельзя не видеть некоторых общих

всѣмъ относящимся сюда случаямъ особенностей, которыя составляютъ выдѣлы эти измѣненія изъ ряда обыкновенныхъ хроническихъ пневмоній. Соединительная ткань при этихъ формахъ принимаетъ на столько сильное участіе въ патологическомъ образованіи, что въ болѣе свѣжихъ случаяхъ, каковы многокѣздныя разлитыя измѣненія легкихъ, описанныя Мартино и Корнилемъ, Беренширунгомъ и Вагнеромъ, новообразование ея являлось въ видѣ узловъ, чрезвычайно сходныхъ съ опухолями гетеропластического характера. Эта особенность на столько очевидна, что она одна послужила поводомъ не только къ описанію анатомическихъ явленій, какъ выходящихъ изъ ряда обыкновенныхъ находокъ при болезняхъ легкихъ, но и къ различнымъ толкованіямъ о специфичности и природѣ какъ самыхъ явленій, такъ и вызвавшего ихъ патологического процесса. Беренширунгъ, не вдаваясь въ точное опредѣленіе характера встречаемыхъ имъ измѣненій, называетъ ихъ прямо узлами, вѣроятно сифилитического свойства. Вагнеръ заходитъ далѣе, видитъ въ нихъ специфическія новообразованія и, чтобы показать совершенно особенную природу ихъ, называетъ сифиломами, которыя, по его мнѣнію, бываютъ узловатыя и разлитыя. Но въ стремленіи укрѣпить за этими измѣненіями специфическое значеніе тотъ и другой впадаютъ въ очевидныя погрѣшности. Первый совершенно опускаетъ изъ виду сопутствующія имъ ирритативныя явленія, указывающія на воспалительное происхожденіе видѣнныхъ имъ измѣненій. Второй не принимаетъ во вниманіе недостаточную дезорганизацію легочной ткани, вслѣдствіе этихъ измѣненій; въ его сифиломъ можно узнать строеніе легкаго, следовательно она не имѣетъ поглощающаго характера опухоли въ смыслѣ патологическаго новообразованія. Даже Вирховъ отдалъ должную дань упомянутому чрезвычайному участію соединительной ткани въ измѣненіяхъ этого рода и до извѣстной степени развѣдывая съ приведенными авторами ихъ ошибки; не смотря на сомнѣніе, съ какимъ онъ относится къ описаніямъ гуммозныхъ опухолей въ легкихъ, принадлежащихъ сюда случаи онъ разсматривалъ въ разсужденіи характеристики этихъ опухолей, чрезъ что послѣдняя затемнилась до крайности ¹⁾. По видѣнному ближе всѣхъ подходятъ къ истинѣ въ отношеніи толко-

ванія этихъ измѣненій Мартино и Корниль. Они пришли къ тому заключенію, что видѣнные ими пораженія легкихъ по своей округленной формѣ, по цѣтѣ и плотности, по виду упругой периферической скорупы, образованіемъ которой сопровождалось изъясненіе ихъ, словомъ только по макроскопическимъ свойствамъ могутъ быть признаны за сифилитическія, гуммозные, опухоли, а не по гистологическому строенію. Макроскопическое изслѣдованіе показало, какъ они говорятъ, въ измѣненныхъ мѣстахъ только ирритативный процессъ въ перегородкахъ альвеолъ — *pneumoniâ interstitialis* въ высокой степени. — Далѣе, кромѣ количественнаго отличія, новообразованная соединительная ткань при разлитыхъ измѣненіяхъ легкихъ у сифилитиковъ представляетъ одну весьма важную качественную особенность, которая также можетъ служить для этихъ измѣненій характеристическимъ признакомъ. Эта особенность становится весьма ясною, если сгруппировать, безъ всякой впрочемъ натяжки, нѣкоторые подмѣченныя авторами степени метаморфоза въ упомянутой ткани. Въ начальныхъ періодахъ, какъ мы видѣли, новообразованная соединительная ткань быстро производитъ большое количество нестойкихъ элементовъ, которые подвергаются также быстрому распаденію, характеризующему разрушительные воспалительные процессы. Но одновременно съ распадающимися гнѣздами въ ней начинается образованіе такихъ элементовъ, которые достигаютъ дальнѣйшихъ степеней развитія, на что указываютъ съ одной стороны существованіе въ окружности распающихся узловъ болѣе плотныхъ, иногда фиброзныхъ, колецъ и зубчатыхъ отростковъ, съ другой одновременное нахожденіе въ сосѣднихъ мѣстахъ другихъ очень плотныхъ узловъ, состоящихъ какъ бы изъ рубцовой, сморщенной, ткани, съ мышковиднымъ или трубчатимъ расширеніемъ проходящихъ чрезъ нихъ бронховъ. Это на оборотъ, если не совсѣмъ не свойственно, то по меньшей мѣрѣ не характеристично для обыкновенныхъ разлитыхъ воспалительныхъ измѣненій ткани, въ которыхъ образованіе нестойкихъ и притомъ распающихся на низшихъ степеняхъ своего развитія кѣлочныхъ элементовъ, какъ извѣстно, не ограничивается извѣстными періодами болѣзни, если она принимаетъ хроническое теченіе. Такимъ образомъ при разлитыхъ измѣненіяхъ легкихъ у сифилитиковъ, согласно съ наблюденіями ученыхъ, болѣе старая изъ отдѣльныхъ гнѣздъ

¹⁾ Вирховъ, *Уч. объ опухоляхъ*, т. I, стр. 322.

отличаются не степенью распространения в них регрессивного метаморфоза, какъ это бываетъ при обыкновенныхъ хроническихъ пневмонияхъ, а количествомъ соединительной ткани, достигшей дальнѣйшихъ степеней развитія, чѣмъ въ болѣе молодыхъ гѣздахъ. Впрочемъ эта видная наклонность новообразованной соединительной ткани къ рубцованію имѣетъ также свои пределы, что не даетъ намъ права смѣшивать встрѣченные авторами при различныхъ измѣненіяхъ легкихъ у сифилитиковъ болѣе плотныя гѣзда съ законченными формами или исходами другихъ, не связанныхъ съ этими измѣненіями, заболеваний. Исследования Вагнера, относящіеся къ нѣскимъ степенямъ и даннымъ Бера, касающіеся самыхъ старыхъ периодовъ болѣе или менѣе развитаго затвердѣнія легочной ткани у сифилитиковъ, показываютъ намъ, что регрессивныя измѣненія продолжаются и въ плотныхъ гѣздахъ, состоящихъ изъ волокнистой соединительной ткани, хотя совершаются гораздо медленнѣе, чѣмъ въ первоначальныхъ степеняхъ развитія патологическаго процесса. Игакъ соединительная ткань въ разбираемыхъ нами измѣненіяхъ послѣ извѣстнаго періода дѣтельнаго размноженія и быстрого распада молодыхъ новообразованныхъ кѣлокъ обнаруживаетъ пѣкторую способность давать изъ себя болѣе прочныя элементы и какъ бы переходить въ стойкія образованія, но при всемъ томъ на всегда сохраняетъ сильную наклонность, зависящую впрочемъ отъ особеннаго патологическаго состоянія организма, къ непрерывному распаденію путемъ различныхъ видовъ обратнаго развитія. Слѣдовательно новообразованіе соединительной ткани содержитъ здѣсь подобно тому, какъ напримеръ при пѣкоторыхъ патологическихъ новообразованіяхъ гетерологическаго характера. Сверхъ того къ особенностямъ упомянутыхъ измѣненій легкихъ у сифилитиковъ нужно причислить, какъ отрицательный признакъ, весьма ограниченное участіе въ патологическихъ процессахъ эпителия, выстилающаго легочные пузырьки, такъ какъ о присутствіи катаральныхъ массъ въ послѣднихъ наблюдатели почти вовсе не говорятъ. Что касается наконецъ весьма частаго совпаденія различныхъ степеней индуративныхъ процессовъ въ легкихъ у сифилитиковъ съ болѣе или менѣе распространенными въ сосѣднихъ съ ними частяхъ абсцедирующими измѣненіями, то намъ кажется, что послѣднія не могутъ быть разсматриваемы ни какъ простая су-

чайность, ни какъ результатъ механическаго раздраженія здоровой или мало измѣненной легочной ткани оплотнѣвшими гѣздами.

Современное ученіе о сифилитическихъ измѣненіяхъ легкихъ.

Излагая извѣстные анатомическіе факты относительно легочнаго сифилиса, мы нѣрѣдка касались лишь непосредственныхъ выводовъ изъ отдѣльныхъ наблюденій, но и при этомъ не рѣдко видѣли, что иногда одни и тѣже случаи разсматриваются различными авторами неодинаково, и еще чаще одинаковыя въ сущности измѣненія причисляются къ совершенно различнымъ группамъ. Этого уже достаточно, чтобы понять всѣ трудности, съ какими сопряжено было для собирателей литературнаго матеріала суммирование фактовъ или ясное изложеніе ученія о сифилитическихъ измѣненіяхъ легкихъ. По этому общіе выводы касательно этого предмета сдѣланы весьма немногими исследователями.

Главная забота при разработкѣ упомянутаго матеріала, какъ кажется, состояла въ томъ, чтобы отыскать въ извѣстныхъ доселѣ наблюденіяхъ такъ называемыя специфическія измѣненія. Къ послѣднимъ же по весьма понятнымъ причинамъ охотнѣе всего причислялись гуммозные опухоли. Но и о нихъ предлагаемая понятія весьма сбивчивы. У Вирхова мы находимъ слѣдующую попытку указать характеристическіе для гуммозныхъ опухолей наружные признакі. Въ легкихъ у взрослыхъ, говоритъ онъ ¹⁾, бываютъ различныя, отчасти болѣе фиброзные, болѣе или окрашенные, именно черныя, отчасти болѣе творожистыя, сухіе, болѣею частью бѣлыя или желто-бѣлыя, иногда усыльные черными точками, — узлы, которые въ высокой степени подозрительны, но peribronchitis и хроническая пневмонія, прибавляетъ авторъ, производятъ совершенно сходныя образованія, а потому нельзя съ полною увѣренностію узлы эти обозначать какъ *специфическіе* — гуммозные опухоли. Не отнимая у этихъ признаковъ, равно какъ и у возраженія, сдѣланнаго противъ нихъ авторомъ, значенія и важности для дальнѣйшихъ изслѣдованій, мы замѣтимъ однако,

¹⁾ Вирховъ, *Ученіе объ опухоляхъ*, т. II, стр. 322.

что в данном случае для характеристики гумозной опухоли легкого, как выше мы видели, были приняты во внимание некоторые из тех наблюдений, которые не относятся собственно къ ограниченному узловатымъ измѣненіямъ легкихъ у сифилитиковъ или къ опухолямъ. По Вагнеру, узловатая «сифилома» встрѣчается одинаково часто во всѣхъ доляхъ легкихъ. Число узловъ бываетъ различно и почти обратно пропорционально величинѣ ихъ. Они бываютъ то маленькіе, то въ величину лѣснаго орѣха и даже яйца, круглыя или кругловаты, рѣже зубчатые, но рѣдко, на подобіе капсулы, не ограничены, строюто или буровато-красны, совершенно однородны, слегка сыроваты. Отъ строения легкаго на мѣстѣ ихъ не остается никакого слѣда. Дальнѣйшая судьба ихъ еще не извѣстна, но судя по аналогіи съ сифилитическими узловатыми измѣненіями кожи, слизистыхъ оболочекъ, печени и селезенки, Вагнеръ считаетъ возможнымъ всасываніе описанныхъ узловъ, оканчивающееся впрочемъ не восстановленіемъ ткани, а всегда рубцемъ различной глубины и формы, съ послѣдующимъ измѣненіемъ заключенныхъ въ немъ бронховъ, ограничивающей плевры и проч. Подробнѣе другихъ авторовъ рассуждаетъ о гумозныхъ опухоляхъ легкихъ Лансеро. По его мнѣнію, гумозныя опухоли также не оказываютъ предпочтенія тому или другому мѣсту, а одинаково встрѣчаются во всѣхъ доляхъ легкихъ, почти никогда не являются одиночными, часто бываютъ множественныя, но число ихъ рѣдко превышаетъ 8—10; всегда представляются въ формѣ опухолей сыроватаго или желтовато-бѣлаго цвѣта, болѣе или менѣе правильныхъ, закругленныхъ, величиною отъ горошины до большаго орѣха. Опухоль эти сначала плотныя, слегка эластичныя, позднѣе болѣе мягкія и творожисты въ центрѣ; располагаются среди паренхиматозной основы, вообще бывають окружены въ видѣ пояса плотною, фиброзою, сыроватою, перламутрово-блестящею тесьмою, которая служить для нихъ какъ бы сумкою и по своему виду имѣть диагностическую важность. Сумка состоитъ изъ совершенно развитой фиброзной ткани и проникнута сосудами; центръ мало или вовсе не содержитъ сосудовъ, состоитъ изъ ядеръ и немногочисленныхъ клѣтокъ, болѣе или менѣе зернистыхъ, принадлежащихъ къ группѣ элементовъ соединительной ткани. Онъ скоро засыхаетъ, некротизируется и подвергается жирно-зернистому

измѣненію, вслѣдствіе чего опухоль размягчается. Достигая этого періода развитія, гумозныя опухоли или всасываются, или превращаются въ полости, содержащія творожистую массу. Пронсшедшія такимъ образомъ пещеры наклонны къ рубцованію, вслѣдствіе чего на поверхности легкихъ образуются сначала болѣе или менѣе ясныя втягиванія и наконецъ рубцы. Сифилитическіе рубцы встрѣчаются во всѣхъ доляхъ легкихъ какъ у поверхности, такъ и въ толщѣ, и совпадаютъ съ различными сифилитическими пораженіями другихъ частей тѣла и органовъ. Они обыкновенно обширны, глубоки, лучисты или звѣздчатые, и состоятъ изъ фиброзной очень плотной ткани, внутри которой иногда замѣчается сухое, зернистое, желтоватое вещество.

Не менѣе старайся потрачено и на то, чтобы указать въ легкихъ сифилитиковъ такіа измѣненія, которые бы могли сколько нибудь уяснить значеніе сифилитической хатотки древнихъ авторовъ. Съ этою цѣлью новѣйшіе изслѣдователи приводятъ, также какъ специфическія, нѣкоторые другія измѣненія, какъ-то: различныя генатизаціи легкихъ и пневмоніи сифилитиковъ. Но они часто или совершенно отказываются или затрудняются указать анатомическія отличія этихъ измѣненій. Къ первой категоріи относятся уже описанныя нами выше двѣ формы генатизаціи, именно: *блѣое затвердѣніе* легкихъ (*weisse Induration*) у новорожденныхъ и утробныхъ младенцевъ, впервые указанное Ф. Веберомъ, и *бурое уплотнѣніе* (*braune Induration*), принимаемое Вирховомъ для взрослыхъ. Ко второй категоріи принадлежать двѣ формы пневмоніи, принимаемыя Вирховомъ: множественная хроническая индуративная пневмоніи или бронхопневмоніи и лобулярная творожистая пневмоніи, равно какъ и описанная Лансеро хроническая сифилитическая пневмоніи. — Индуративная *плевро-* или *бронхо-*пневмоніи, по Вирхову, производятъ или на наружной поверхности легкихъ, или непосредственно подъ плеврою, или въ окружности бронховъ, очень плотныя мозолистыя гнѣзда, которая на плеврѣ часто имѣють характеръ рубцовъ, а внутри органа—узловъ или гнѣздъ неправильнаго очертанія. Узлы эти состоятъ изъ очень плотной, иногда склеротической, соединительной ткани, бывають величиною болѣе грекаго орѣха, и иногда, располагаясь близко другъ къ другу, дѣлають непроходимую большую часть легкаго. Въ нихъ не рѣдко замѣчаются

желтоватая, слегка творожистая, мѣста, въ которыхъ микроскопъ открываетъ несовершенное жировое перерождение или самой соединительной ткани, или происшедшихъ изъ нея размножающихся кѣловокъ. Лобулярная творожистая пневмонія встрѣчается у взрослыхъ сифилитиковъ и у новорожденныхъ дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ и является въ видѣ желтыхъ или бѣловатыхъ очень плотныхъ и почти совершенно однородныхъ узловъ, величиною до грецкого орѣха и болѣе, очень часто располагающихся около бронховъ средняго калибра. Такіе узлы отличаются отъ другихъ творожистыхъ гнѣздъ для простаго глаза своею плотностью и однообразіемъ, микроскопически же первымъ признакомъ развитія ихъ является фиброзное уплотнѣніе, изъ котораго вырастаетъ кѣлочковое образование, вносящее въ переходящее въ творожистый метаморфозъ. Отъ краевъ узла часто можно прослѣдить разрастаніе въ межкѣлочковую ткань и въ строму альвеолъ. Иногда узлы окружаютъ собою изъѣвныя полости или имѣютъ позади себя бронхоэктазическое расширеніе. Такимъ образомъ эта форма пневмоній въ общемъ отличается отъ первой болѣе сильною пролифераціею. Лансеро весьма кратко характеризуетъ свою сифилитическую пневмонію, но, имѣя въ виду вышеизложенныя нами наблюденія Бера, у нея нельзя отнимать значенія. Разлитое поражение — хроническая интерстиціальная пневмонія — отличается, говорить онъ, своимъ небольшимъ распространеніемъ, рѣдко занимаема цѣлую долю и только иногда встрѣчается разсѣянными гнѣздами. Измѣненное мѣсто легочной паренхимы очень плотно, твердо, эластично, противостоитъ давленію и непроницаемо для воздуха. Будучи расположено въ составѣ съ поверхностно легкаго, оно сначала выпукло, потомъ болѣе или менѣе глубоко вдавлено, что зависитъ отъ старѣванія новообразованной ткани. Все это (le néoplasme) состоитъ изъ очень толстыхъ фиброзныхъ перекладинъ, между которыми расположено желтоватое зернистое вещество.

Это, по видимому, выводы изъ извѣстныхъ доселѣ анатомическихъ фактовъ, предлагаемые въ руководствахъ въ видѣ если не законченнаго ученія, то по крайней мѣрѣ коллективнаго результата многихъ изъ обнародованныхъ наблюдателями наблюдений относительно сифилитическихъ измѣненій легкиихъ. Но здѣсь съ точностью не опредѣлены характеристическіе признаки даже са-

мыхъ главѣйшихъ изъ этихъ измѣненій. Такъ Лансеро считаетъ главѣйшимъ діагностическимъ признакомъ для гумозной опухоли легкаго окружающій ее фиброзный покровъ, Вагнеръ напротивъ говорить, что гумозная опухоль не ограничивается на подобіе капсулы. Это противорѣчіе можетъ быть объяснено развѣ тѣмъ, что авторы наблюдали различныя степени развитія гумозныхъ опухолей и воспользовались собственными этими степенямъ признаками для общей характеристики описываемыхъ новообразованій. Индуриативная плевро- или бронхо-пневмонія Вирхова съ одной стороны чрезвычайно похожа на сифилитическіе рубцы легкиихъ, описанные Лансеро, съ другой самъ Вирховъ, указывая на частое нахожденіе въ новообразованной ткани «углистаго пигмента», отказывается указать специфическое различіе этой формы отъ хронической пневмоніи гранизивкиновъ. Но интерлобулярная творожистая пневмонія, которая, по мнѣнію Вирхова, всего ближе является съ вопросомъ о сифилитической чахоткѣ, во первыхъ отличается отъ предыдущей лишь степенью пролифераціи кѣловокъ, во вторыхъ нуждается въ точномъ разграниченіи между нею и туберкулезомъ путемъ тщательныхъ изслѣдованій. Остаются болѣе и стрѣе затвердѣнія легкиихъ, имѣющія, по видимому, сравнительно съ вышеупомянутыми измѣненіями болѣе основаній называться специфическими, собственными сифилису, поражениями легкиихъ, но они, какъ мы видѣли, весьма мало изслѣдованы.

И такъ, не смотря на значительное число наблюденій относительно сифилиса легкиихъ, общій результатъ анатомическихъ изысканій въ этой области далеко не можетъ называться богатымъ. Можно сказать болѣе: сифилисъ легкиихъ въ смыслѣ особенныхъ анатомическихъ измѣненій до сихъ поръ остается еще сомнительнымъ. Но съ одной стороны такое положеніе даже на основаніи однихъ только историческихъ данныхъ не можетъ считаться справедливымъ; съ другой самыя главныя причины неопредѣленности вопроса о сифилитическихъ измѣненіяхъ въ легкиихъ въ настоящее время устранены. Смысленіе этихъ измѣненій съ бугорчаткою, котораго до сихъ поръ такъ боялись изслѣдователи, потому что бугорчатка считалась господствующею болѣзнію въ сферѣ дыхательныхъ органовъ, благодаря позднѣйшимъ успехамъ патологической анатоміи и гистологіи, — много утратило въ

своем значении по отношению къ новымъ изысканіямъ. Бугорчатка, какъ доказали почти одновременныя изслѣдованія Отто и Нимеера, Славянского, Колберга и другихъ, принадлежитъ къ относительно рѣдкимъ болѣзнямъ легкихъ. Въ чистомъ видѣ, т. е. въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она наступаетъ идиопатически — *tuberculosis miliaris acuta* — безъ предшествующей какой-либо другой конституціональной аномалии, которая бы проявлялась опредѣленными анатомическими измѣненіями органовъ, — бугорчатка всегда представляетъ собою страданіе самыхъ первыхъ путей совершенно особенной, въ высокой степени важной для обмена веществъ въ тѣлѣ, лимфатической системы и характеризуется исключительно новообразованиемъ носителей функциональной дѣятельности этой системы — лимфоидныхъ клетокъ. Слѣдовательно анатомически она отличается отъ всѣхъ другихъ измѣненій на столько, на сколько типъ лимфатической ткани можетъ считаться самостоятельнымъ и отличнымъ отъ всѣхъ другихъ составныхъ частей животнаго организма; носолагически же она должна обладать особенною копулятивною способностью, которая обуславливается и опредѣляется весьма тѣсною связью функциональной дѣятельности лимфатической системы съ отравленіями остальныхъ системъ въ тѣлѣ и съ общимъ ходомъ трофическихъ процессовъ во всѣхъ прочихъ тканяхъ, которая слѣдовательно зависитъ отъ даннаго состоянія общаго питания въ органахъ. Въ этихъ свойствахъ бугорчатки мы имѣемъ довольно вѣрное средство, какъ для отличія характеристичныхъ для нея, какъ для самостоятельной болѣзни, анатомическихъ измѣненій въ органахъ, такъ и для опредѣленія отношенія этихъ измѣненій къ другимъ патологическимъ процессамъ въ тѣлѣ. Лучшая попытка изученія сифилиса въ этомъ направленіи и именно по отношенію его къ легкой бугорчаткѣ принадлежитъ нашему многоуважаемому наставнику проф. Рудневу. Подробнымъ изслѣдованіемъ и разборомъ одного случая внутренняго сифилиса, кондуированнаго легочною бугорчаткою, онъ доказалъ слѣдующее весьма важное въ носолагіи положеніе: «сифилисъ имѣетъ прямое отношеніе къ развитію бугорковъ въ томъ смыслѣ, что сифилитическія воспаленія готовятъ удобную для бугорковъ почву даже въ такихъ органахъ, гдѣ, безъ предварительныхъ измѣненій, бугорки развиваются очень рѣдко; таковы именно легкія». Тамъ же ука-

зана одна новая особенность анатомическаго проявленія чахотки легкихъ у сифилитиковъ, къ чему мы еще возвратимся въ своемъ мѣстѣ. Что касается другой причины, много затруднявшей прежнимъ изслѣдователямъ изученіе сифилитическихъ измѣненій легкихъ, то въ настоящее время она также устранена, и, по правдѣ сказать, никогда не могла имѣть существеннаго значенія. Мы разумеѣмъ недостатокъ специфичности сифилитическихъ измѣненій, о которой такъ много заботились авторы первыхъ періодовъ новейшей эпохи въ исторіи патологіи. Современная патологія учитъ насъ, что сифилисъ, болотная кахексія, хроническій алкоголизмъ и мног. др. болѣзни не связаны съ заболѣваніемъ какой-либо одной системы органовъ или какой-либо одной болѣе или менѣе обшираспространенной ткани въ организмѣ, хотя каждая изъ таковыхъ болѣзней влечетъ за собою извѣстную довольно опредѣленную патологоанатомическую картину. Даже самый главный представитель сифилиса — гумозное новообразование или опухоль — по словамъ Вирхова, не имѣетъ въ себѣ тѣхъ специфическихъ элементовъ и такого постояннаго строенія, чтобы въ каждомъ случаѣ можно было совершенно точно поставитъ распознаваніе. Этимъ впрочемъ не исключается возможность изучать сифилисъ анатомически. Напротивъ по настоящее время мы узнали цѣлый рядъ совершенно опредѣленныхъ анатомическихъ измѣненій сифилитическаго происхожденія, что во всякомъ случаѣ составляетъ основу для успѣха дальнѣйшихъ изслѣдованій въ этой области.

Намъ осталось сгруппировать вышеуказанныя нами анатомическія особенности найденныхъ измѣненій легкихъ у сифилитиковъ и указать такимъ образомъ общую характеристику этихъ измѣненій и отношеніе ихъ къ несомнѣнно сифилитическимъ заболѣваніямъ другихъ органовъ, чѣмъ вполне опредѣлится то естественное направленіе, въ которомъ изслѣдованію о сифилитическихъ измѣненіяхъ легкихъ могутъ быть наиболее плодотворны.

Изъ микроскопическаго анализа болѣзненныхъ отложений въ легкихъ у сифилитиковъ, приведеннаго въ котормы авторами, мы убѣдились при разборѣ наблюденій, что въ большинствѣ случаевъ измѣненія зависятъ отъ заболѣванія промежуточной соединитель-

ной ткани легкого. Заболевание это настолько характерно, что можно считать посредствующим членом между новообразовательными процессами гетерологического характера с одной и воспалительными с другой стороны. Продукты его различны, смотря по большей или меньшей близости к тем или другим из упомянутых процессов. В первом случае соединительная ткань представляет новообразование в форме опухоли с поглощающим характером злокачественных наростов. Опухоль состоит из низко-организованного продукта—грануляционной ткани, наклонна к более или менее быстрому распаду и, по мере исчезания распада путем всасывания или механического опорожнения, переходит иногда в каверну, гораздо же чаще в рубцовое образование, которое неизбежно ведет к запустению паренхимы органа. Такое заболевание легких у сифилитиков бесспорно можно бы представить полную аналогию с хорошо известными гуммозными опухолями печени, и следовательно само по себе—при отсутствии сифилитических продуктов в других органах, чего однако, как мы увидим далее, не бывает—сделало бы из них общия рассуждения о том, что частотный может сделаться сифилитиком, а последний—получить бугорчатку. Менее очевидно, по причине разнообразия степеней развития, особенности изменений в соединительной ткани, относящихся ко второму ряду, то есть, более приближающихся к воспалительным, чѣм к новообразовательным процессам, но и эти изменения имеют свою аналогию в некоторых уже известных сифилитических поражениях других органов. Подробный разбор аналогий завел бы нас слишком далеко и, может быть, потребовал бы предположения в которых-то относящихся сюда вопросов, а потому ограничимся здесь краткими замечаниями. Новообразование соединительной ткани в легких во вид интерстициального разрастания молодых и нестойких, быстро подвергающихся обратному метаморфозу, элементов, ведущее к сжатию альвеол, рубцовому запустению легочной ткани или к образованию полостей, содержащих творожистую массу,—не бесспорательно может быть сравниваемо с некоторыми сифилитическими заболеваниями мягкой мозговой оболочки и сосудистой оболочки глаза, равно как с некоторыми хорошо известными изменениями сифилитического

характера в надкостной пленке (*caries sicca*), в промежуточной ткани яичка (*sarcocele syphilitica gummosa*), и с фиброзным перерождением Нейеровых желѣз¹⁾. Фиброзные формы изменений того же характера, встречающиеся авторам в пткочных случаях легочного сифилиса, также имеют своих представителей. Можно указать в этом отношении на перемычки в грубо-дольчатой печени, на фиброзное перерождение яичка (*orchitis syphilitica simplex*), на склероз некоторых плоских костей и на келоидный образования сифилитического свойства. Отличия фиброзных разрастаний промежуточной соединительной ткани в легких от новообразований этого рода в упомянутых и других частях тела легко могут быть объяснены специальными особенностями устройства и отправления дыхательных органов.

Гораздо труднее указать заболеваний в других органах, которые бы можно было считать аналогичными экссудативным изменениям в легких, встречавшимся авторам как в вид самостоятельных поражений, так и, может быть еще чаще, в вид тяжелых осложнений, заканчивающих собою течение вышеуказанных нами прогрессивных, дезорганизирующих легочную ткань, соединительнотканых образований. Но трудность эта обуславливается не тем, чтобы экссудативные процессы занимали сравнительно последнее место в патологии сифилиса, а тем, что более легкая, амбулаторная, формы сифилитических болезней, каковы например сифилитическая заболевания кожи, весьма мало известны в отношении своей анатомической характеристики. По этому всякое указание в рассуждении изучения изменений этого рода должно быть принимаемо с благодарностью, и заслуга Вирхова, описавшего бурное уподобление легких у сифилитиков, слишком велика для того, чтобы не послужить исходною точкою для новых исследований в этом направлении.

Что касается наконец эпителиальной формы катарра легочных альвеол, то нужно сказать, что она всегда является при рожденною и в большинстве случаев одновременно с *pemphigus syphiliticus*. Свидетельство если вверна мысль некоторых наблюдателей, что была гепатизация легких и *pemphigus syphi-*

¹⁾ Förster. *Wärzburger medicinische Zeitschrift*, т. IV, т. 1, 1863 г.

liticus находятся между собою в непосредственной связи в смысле зависимости их от известного общего состояния организма зараженного сифилисом, то нужно допустить, что легкиа под влиянием означенного заражения могут подвергаться не только обыкновенным, общим со всеми другими внутренними органами, сифилитическим изменениям, но и некоторым специальным, свойственным исключительно эпителиальным поверхностям.

Итак анатомическія наблюденія относительно сифилиса легких вводятъ доказываютъ, что сифилитическія измѣненія ихъ могутъ быть распознаваемы анатомически на основаніи собственныхъ особенностей съ одной и на основаніи сравненія ихъ съ известными сифилитическими измѣненіями съ другой стороны. Этихъ при точной діагностики сифилиса на трупѣ дается возможность изучать сифилисъ легкихъ въ патологоанатомическомъ отношеніи.

II. ИССЛЕДОВАНИЯ О СИФИЛИТИЧЕСКИХЪ ИЗМѢНЕНІЯХЪ ВЪ ЛЕГКИХЪ.

Предисланный нами обзоръ анатомическихъ наблюденій относительно сифилиса легкихъ занялъ сравнительно большіе мѣста, чѣмъ нужно было бы для полнаго изложенія непосредственныхъ изъ него выводовъ. Но мы имѣли въ виду не столько эти выводы, какъ фактическое ознакомленіе съ измѣненіями легкихъ у сифилитиковъ, описанными у наблюдателей. Оно казалось намъ необходимымъ въ виду, во-первыхъ, практической важности вопроса, во-вторыхъ—крайней неопредѣленности его, при которой попытка указать связь сифилиса съ некоторыми формами легочной чахотки можетъ быть сочтена за принадлежность известной школы и слѣдовательно останется безъ вліянія на дальнѣйшую разработку относящихся сюда вопросовъ. Но чтобы понять, насколько желательно указаніе именно опредѣленныхъ формъ легочной чахотки, связанныхъ съ сифилисомъ, достаточно знать лишь крайнія мнѣнія относительно упомянутой связи. Большинство врачей и въ особенности у насъ, какъ известно, убѣждено въ излѣчимости сифилиса почти безъ остатка и слѣдовательно не подозреваетъ никакой связи между сифилисомъ и чахоткою, а

между тѣмъ есть врачи-практики, преимущественно между англичанами, которые сифилисъ считаютъ прямою причиною не только чахотки, но и некоторыхъ другихъ конституціональных аномалій. Такъ напримѣръ Jenner и Jordan Furneaux производятъ отъ сифилиса весь рядъ такъ называемыхъ струмозныхъ болѣзней, какъ-то: рахитизмъ, некоторые формы костоуды, зототуху, бугорчатку и проч. «Замѣчено, говорить послѣдній, относительно чахотки !), что люди съ приобретеннымъ сифилисомъ часто умираютъ отъ чахотки; дѣти ихъ или рождаются мертвыми и умираютъ въ раннемъ возрастѣ, или также страдаютъ чахоткою. Слѣдовательно сифилисъ нужно считать одною изъ наиболѣе дѣятельныхъ причинъ чахотки.» Этотъ авторъ считаетъ даже возможнымъ вопросъ: существуетъ ли другая известная причина чахотки, кроме сифилиса?

Свободно располагая матеріаломъ патолого-анатомическаго кабинета нашей Академіи, мы привыкли часто наблюдать висцеральный сифилисъ и имѣли случай изучать разнообразныя анатомическія формы проявленія его; а упомянутая нами работа нашего наставника «Объ отношеніи сифилиса къ легочной бугорчаткѣ» заставила насъ въ теченіи послѣдняго года обращать особенное вниманіе на измѣненія, развивающіяся подъ вліяніемъ сифилиса въ легкихъ, сначала съ цѣлю изучить именно тѣ изъ нихъ, которыя конпугируются бугорчаткою. Но тщательныя вскрытія труповъ съ признаками бывшаго сифилиса скоро убѣдили насъ въ томъ, что сифилитическія измѣненія легкихъ довольно разнообразны, изученіе же относящагося сюда литературнаго матеріала дало твердую надежду на возможность изучать эти измѣненія, какъ отдѣльныя анатомическія формы заболѣваній легочной ткани. Въ настоящее время мы надѣемся описать наиболѣе обыкновенныя изъ этихъ формъ.

Всѣ наши наблюденія и исследования относятся къ случаямъ застарѣлаго и, съ положительною вѣроятностью, приобретеннаго висцеральнаго сифилиса, слѣдовательно къ такимъ, которые ускользаютъ отъ вниманія врачей, занимающихся собственно дѣченіемъ сифилиса и имѣющихъ дѣло съ преходящими формами заболѣванія, и при развитіи другихъ болѣе или менѣе тяжкихъ болѣзней

1) The medical Times and Gaz., 1867, VI, стр. 697; 1868, VI, стр. 23.

мало подают подозрѣнія на существованіе въ основѣ ихъ страшной конституціональной аномаліи соковъ и тканей большого организма. Въ силу этой, весьма понятной, причины большинство нашихъ случаевъ лишено сколько нибудь точнаго анамнеза; причина, по которой мы считаемъ необходимымъ прежде описанія ихъ сказать нѣсколько словъ о распознаваніи сифилиса на трупѣ.

Распознаваніе висцеральнаго сифилиса на трупѣ. Трудно сказать при современномъ состояніи науки, гдѣ можно дѣлать больше погрѣшностей, при распознаваніи ли прижитенныхъ сифилитическихъ явленій, или при изслѣдованіи измѣненій свойственныхъ висцеральному сифилису, который пока доступенъ для распознаванія въ огромной большинствѣ случаевъ лишь на трупѣ. Не въ нашемъ планѣ, конечно, излагать здѣсь подробно какое либо анатомическое ученіе о висцеральномъ сифилисѣ, еще менѣе согласно съ нашею цѣлью описывать въ частностяхъ свойственныя ему разнообразныя измѣненія въ различныхъ внутреннихъ органахъ; намѣ дѣло указать лишь нѣкоторые выпуклыя, болѣе грубыя, патологическія состоянія органовъ и тканей, служащія для безспорнаго діагноза. Но мы не можемъ совершенно пройти молчаніемъ нѣкоторые взгляды, не вполне согласные съ массою извѣстныхъ доселѣ фактовъ.

Всѣ авторы согласны въ томъ, что висцеральному сифилису свойственны различныя разращенія соединительной ткани, тѣмъ не менѣе въ разсужденіи анатомическаго ученія о немъ нужно отличать два существенно различныя направленія. Одному изъ новѣйшихъ изслѣдователей, именно Беру¹⁾, довелось придти, на основаніи подробнаго изслѣдованія нѣсколькихъ случаевъ висцеральнаго сифилиса, къ выводамъ, которые находятся отчасти въ прямомъ противорѣчій съ общепринятымъ ученіемъ о сифилитическихъ измѣненіяхъ. Сифилисъ, говоритъ Беръ, не производитъ собственно опухолей, т. е. такихъ образованій, которыя ведутъ къ быстрой гибели существующихъ частей тканей; онъ производитъ только *перерожденія* (Entartungen), медленные, ползучія, не точась ведущія къ общему разрушенію матерной почвы. Эффекты его суть частію эксудативныя процессы съ ихъ послѣдствіями, частію некрозы (Necrosen), частію разращенія ткани. Измѣненія первыхъ двухъ рядовъ не представляютъ ничего отлич-

¹⁾ Die Eingeweidesyphilis, стр. 168—172.

наго отъ тѣхъ же процессовъ, вызываемыхъ другими причинами. Разрушенія же ткани имѣютъ только ту особенность, что остаются на относительно высшей степени развитія. Вообще мы видимъ только *клеточныя гиперплазіи* съ обратными формами развитія ихъ въ простую гиперплазію, и на оборотъ *простыя разращенія соединительной ткани* съ мѣстными переходами въ клеточное образованіе—процессы, которые имѣютъ большое сходство съ такъ называемыми воспалительными процессами, но *не дозреваютъ до нихъ*. Они развиваются менѣе быстро, держатся дольше, труднѣе подвергаются обратному развитію. Но разращенія ткани наступаютъ отнюдь не всегда и часто составляютъ совершенно второстепенныя явленія даже тамъ, гдѣ образуются плотныя, походящія на опухоль, гнѣзда. Сифилитическое гнѣздо иногда есть продуктъ двухъ факторовъ, прогрессивнаго развитія соединительной ткани и регрессивнаго измѣненія паренхиматозныхъ частей. Это отношеніе, естественно, менѣе ясно выступаетъ собственно въ соединительнотканыхъ частяхъ, здѣсь отдѣленіе этихъ двухъ процессовъ обыкновенно невозможно. Предположивъ эти положенія, въ которыхъ нельзя отличить фактическихъ выводовъ отъ соображеній, Беръ оспариваетъ возможность говорить о спеціально сифилитическомъ новообразованіи, т. е. объ опредѣленномъ, возбуждаемомъ сифилисомъ, въ свѣжѣмъ состояніи всегда одинаковомъ, образованіи, и наконецъ переходитъ къ изложенію собственной теории сифилитическихъ измѣненій. Процессъ, который, по мнѣнію автора, можетъ быть постоянно, — хотя эти также не всегда можно доказать, — подготавливаетъ сифилитическія измѣненія, не имѣетъ *абсолютно ничего характеристическаго*. Онъ есть *чисто эксудативный* и представляется намъ какъ бызковинная инфильтрація, пропитываніе частей окоченѣвающимъ питательнымъ матеріаломъ (mit erstarrendem Ernährungsmaterial), которое ведетъ, смотря по обстоятельствамъ, то къ прямому омертвѣнію (zur directen Erlöschung), то къ регрессивнымъ измѣненіямъ, то къ разращеніямъ. Сифилитическое разстройство имѣетъ въ сущности *коррозійный характеръ*, и ему соответствуютъ всѣ послѣдствія перваго, потому что по меньшей мѣрѣ многія изъ наступающихъ новообразованій могутъ быть разсматриваемы какъ вторичныя, которыми компенсируются некротическія потери (die necrotischen Verluste) и которыя по своей избыточной пролифе-

рации, конечно, часто не находится ни в каком отношении к первоначальному разрушению. За первоначальным разрушением известного числа соединительнотканых элементов следует разрушение других, и этот последний процесс часто совершается так быстро и в таких размерах, что с анатомической точки зрения необходимо рассматривать его как существенный и, если мы видим притом паренхиматозные изменения, в противоположность им — как первичный. Причину этих коррозионных свойств нужно искать не в чемнибудь другом, как в соках и в особенности в крови. Это ясно для Бера не только из наблюдений о врожденном сифилисе, многочисленных опытов инокуляции и переносов сифилиса с помощью опосредования, но также из высокой, встречающейся у сифилитиков, дезорганизации частей, по которым течет кровь, из амиоидного перерождения сосудов. — Трудно себя представить, что бы такая теория возникла на основании анатомических данных. Не зная подробно исследований Бера, легко подумать, что она есть вывод из опытных исследований, при которых продукты введения в организм носителей сифилитической заразы — по автору, соков — всегда являлись упомянутый выше инкубационный инкулятор и вызывая упомянутые изменения как самостоятельные явления, не зависящие ни от изменений количества и качества вводимого яда, ни от свойств подвергающейся его действию ткани. Но подобное предположение было бы ошибочно; основанием для теории послужили исследования сифилитических изменений на трупах и вынужденных анатомических положений, как выводы из них. Выводы эти, по нашему крайнему убеждению, именно на столько несогласны с известными до сих пор фактами, на сколько различны несомненно сифилитические изменения, хорошо изученные для многих органов, совершенно не подходят под тип одного какого-либо патологического процесса, например экссудативного, простого воспалительного или новообразовательного в смысле развития и обобщения злокачественных опухолей. Даже в положениях Бера заключается совершенное противоречие со всеми до сих пор известными наблюдениями и учениями о течениях и исходах сифилитических заболеваний; в них некробиотические изменения сифилитических новообразований связываются с пря-

мым омертвением, и таким образом сифилитический заразы как бы приписывается склонность выделяться из организма путем местного разрушения подлежащей действию ее ткани и удаления последней с помощью демаркационного воспаления. Между тем с одной стороны всякому известно, что предотвращение общего заражения при твердом шанкре почти никогда не достигается даже самыми сильными прижиганиями, с другой новейшими опытами лечения сифилиса подкожными инъекциями сулемы (Копольнев, Черепинин, Грацианский, Бартельс и Ленинг) косвенно доказано, что на сифилитической почве даже самые незначительные раздражения не редко сопровождаются появлением узловатых образований, которые иногда не исчезают в продолжение нескольких недель и месяцев. Отличать некроз от некробоза вообще необходимо потому, что продукты последнего — творожистые массы, как показали на примырь многочисленные опыты прививания бугорчатки, способны вызывать даже в другом организме новые патологические процессы, а в учении о сифилисе тем более важно, что некоторые исследователи (Вирхов, Михаэлис и др.) принимают периодическое ожесточение местных принадлежностей к сифилитическим, служащее как бы выражением повторного самозаражения¹⁾. Вся неясность анатомических положений Бера, как сказано, произошла вероятно от излишнего стремления к обобщению сифилитических изменений, вследствие чего крайне затруднилась анатомическая характеристика их.

Сифилис выражается целым рядом глубоких патологических изменений, которая частью, так как они не изгладимы и постоянны, сами подлежат анатомическому распознаванию, частью оставляют после себя ясные и характеристические следы, как признаки определенных патологических процессов, протекавших в известных, обычных для некоторых сифилитических заболеваний, местах. При исследованиях органов на трупах обыкновенно те и другие встречаются одновременно и своею совокупностью не только вполне определяют природу вызвавшей их конституциональной причины, но не редко позволяют даже проследить преемственный порядок заболеваний различных тканей

¹⁾ Вирхов, *Учение об опухолях*, т. I, 51, II, 278, 329. — Цейль, *Рук. к изучению общ. сифилиса*. 77. Сб. 1900.

и органы, следовательно построить приблизительно вѣрную схему течения болѣзни, совершенно удовлетворяющую требованиямъ современнаго научнаго анатомическаго изслѣдованія и строгаго логическаго мышленія. Сверхъ того если не каждое, то несомнѣнно многія сифилитическія измѣненія сами по себѣ обладаютъ настолько характеристичными особенностями, что, будучи разсматриваемы безъ предвзятой мысли о ихъ чрезвычайной простотѣ или извѣстномъ разнообразіи, легко могутъ быть отнесены къ тому или другому типу извѣстныхъ доселѣ патологическихъ процессовъ. Лучшіе изслѣдователи нашего времени дѣлятъ всѣ сифилитическія измѣненія на двѣ большихъ группы. Одна изъ нихъ свѣдуща въ своемъ развитіи и теченіи гетерологическому новообразованію въ смыслѣ злокачественной опухоли; — къ ней принадлежатъ такъ называемыя гуммозныя узлы; другая приближается къ простому притивному или воспалительному (въ обширномъ смыслѣ) процессу въ тканяхъ и распадается на нѣсколько простѣйшихъ группъ; сюда принадлежатъ: воспалительныя измѣненія, простыя гомологическія гиперплазіи и эритематозныя катарральныя формы заболѣванія слизистыхъ оболочекъ, равно какъ слизивыя воспаленія серозныхъ поверхностей. Обѣ группы связываются, какъ мы сказали выше, одною этиологическою причиною, и при томъ, не смотря на видное разнообразіе обнимаемыхъ ими измѣненій, чередуются постоянными переходами одного типа въ другой. Мы знаемъ напримѣръ, что гуммозная опухоль надкостницы легко можетъ повлечь за собою развитіе гуммозное воспаленіе самой кости, или же, хотя весьма рѣдко, окончится утолщеніемъ послѣдней въ видъ стойкаго новообразованія, извѣстнаго подъ именемъ сифилитическаго экзостоза и гиперостоза. Извѣстно также, что сифилитическій катарръ зѣва сопровождается развитіемъ узловатыхъ образований, заизъязвленіемъ которыхъ свѣдуща развитіе мозолистаго рубца или келоида. Этихъ общихъ замѣчаній и примѣровъ, — а послѣднихъ можно набрать дѣльные десятки, — достаточно, чтобы вышеупомянутыя нами измѣненія считать сифилитическими и принимать во вниманіе при распознаваніи сифилиса.

Что касается частныхъ, могущихъ встрѣтиться на трупѣ, патологическихъ измѣненій, по которымъ можно поставить несомнѣнное распознаваніе собственно висцеральнаго сифилиса, то они

чрезвычайно многочисленны и могутъ представлять самыя разнообразныя комбинаціи, такъ что едва ли можно предвидѣть всѣ возможныя видоизмѣненія общей патологоанатомической картины. Поэтому намъ придется ограничиться, какъ уже сказано, лишь тѣми, которыми патологическими новообразованіями и состояніями органовъ. Первое мѣсто, въ отношеніи діагностическаго значенія, между всѣми вышеказанными измѣненіями неоспоримо принадлежитъ узловатому сифилитическому новообразованію или гуммозной опухоли. Оно не только существуетъ вопреки мнѣнію Бера, но и имѣетъ, хотя лишено специфическаго анатомическаго состава, неотъемлемыя особенности, которыми и можетъ быть охарактеризовано въ каждомъ частномъ случаѣ. Гуммозная опухоль, подобно многимъ другимъ сифилитическимъ измѣненіямъ, имѣетъ мѣстомъ своего развитія исключительно соединительную ткань и является въ видѣ болѣе или менѣе рѣзко очерченныхъ узловъ различной величины и плотности; главная составная часть послѣднихъ, гдѣ бы они ни развивались, всегда есть гравуляціонная ткань, которая относительно бѣдна сосудами и обыкновенно весьма богата кѣтками различныхъ возрастовъ, въ большинствѣ случаевъ впрочемъ не обнаруживающими опредѣленнаго расположенія и всегда сохраняющими сильную и неизбѣжную наклонность къ регрессивнымъ измѣненіямъ — свойства, болѣе часто и рѣзко выступающія на видѣ именно въ сифилитической гранулѣ, чѣмъ во всѣхъ остальныхъ новообразованіяхъ той же группы. Подобно многимъ другимъ, гуммозныя опухоли представляютъ различныя видоизмѣненія, зависящія частью отъ общаго питанія больного, следовательно отъ болѣе или менѣе жизнеспособности отдѣльныхъ тканей, частью отъ внутренняго строенія того органа, въ которомъ развиваются. По этому уже и въ свѣжѣмъ состояніи онѣ обнаруживаютъ значительное разнообразіе, именно представляются то мѣсисто-мягкими и совершенно бесочными, следовательно похожими на саркому, то губчато-мягкими, какъ бы слизистыми, иногда почти расплывающимися въ тягучую, безцвѣтную или желтоватую массу, то наконецъ имѣютъ видъ дряблой, какъ будто инфильтрированной гноемъ, грануляціи. Первая изъ означенныхъ формъ свойственна преимущественно внутреннимъ органамъ, остальные двѣ наружнымъ; изъ нихъ послѣдняя чаще встрѣчается на костяхъ, именно на наружной поверхности реберъ и на передней большаго берца, притомъ у

каехтиковъ. Но эти внѣшніе различія совершенно недостаточны для того, чтобы оспаривать существованіе сифилитическаго новообразованія въ смыслѣ опухолей; существенныя особенности гуммозной опухоли заключаются не въ нихъ, а въ развитіи, ростѣ и обратномъ метаморфозѣ, взятыхъ въ совокупности. Развитіе гуммозной опухоли всегда слѣдуетъ типу эмбриональнаго новообразованія; въ соединительной ткани первоначально появляется кучка образовательныхъ кѣлочекъ, обыкновенно безъ опредѣленнаго расположенія; нѣкоторые изъ нихъ дифференцируются въ звѣздчатые и веретенообразныя кѣлочки соединительной ткани, причемъ замѣчается слегка волокнистое или болѣе однородное промежуточное вещество; но на этой высотѣ развитіе обыкновенно и закатывается. Дальнѣйшій ростъ опухоли совершается или путемъ послѣдовательнаго размноженія кѣлочныхъ элементовъ въ первоначальномъ гѣздѣ, или чрезъ распространеніе того же процесса новообразованія на окружающую соединительную ткань. Во всякомъ случаѣ опухоль быстро образуетъ одно и непрерывное цѣлое, въ которомъ наиболѣе молодыя части отличаются богатствомъ кѣлочекъ, старая же болѣе или меньшимъ количествомъ мелкозернистаго бѣловиннаго и жироваго распада. Распаденіе опухоли всего болѣе выражено въ центрѣ, гдѣ иногда образуется полость, содержащая творжистую или кашецеобразную массу. По мѣртв уложеніи распада въ периферіи опухоли начинается образованіе болѣе стойкой соединительной ткани, въ послѣдствіи превращающейся въ рубцовую и сильно стягивающуюся, такъ что образующійся на мѣстѣ гуммозной опухоли рубецъ обыкновенно занимаетъ сравнительно гораздо меньшее пространство—свойство рубцовъ, которое легко можетъ дать поводъ къ заблужденію, будто гуммозная опухоль, какъ говоритъ Беръ, «не ведетъ къ быстрой гибели существенныхъ частей ткани». Но необходимо согласиться, что гуммозная опухоль исчезаетъ, оставляя послѣ себя рубецъ, въ огромномъ большинствѣ случаевъ съ тѣмъ, чтобы снова появиться или по содѣйствию въ томъ же органѣ или въ другомъ болѣе отдаленномъ мѣстѣ. Въ этомъ насъ убѣждаетъ слишкомъ обыкновенная множественность этихъ опухолей въ одномъ и томъ же трупѣ, и далеко не рѣдка въ одномъ и томъ же органѣ, какъ напримеръ въ печени. Съ другой стороны за частую генерализацію сифилитическаго новообразованія въ формѣ грануляціонныхъ разраженій говорить множественность

обыкновенно находимыхъ у сифилитиковъ рубцовъ, въ которыхъ мы еще возвратимся. Итакъ сифилитическое новообразованіе въ смыслѣ поглощающей грануляціонной опухоли существуетъ, обладаетъ злокачественностью своего рода и имѣетъ характеристическіе признаки, которые не позволяютъ смѣшивать его съ различными другими, хотя бы и сифилитическими, измѣненіями.

Справедлива впрочемъ та мысль, что между нѣкоторыми, характеристичными для сифилиса, повидимому воспалительными, измѣненіями съ одной стороны и гуммозными опухолями съ другой не всегда можно провести опредѣленную и рѣзкую границу. Но это нисколько не говоритъ въ пользу воспалительнаго или эксудативнаго происхожденія этихъ опухолей, а доказываетъ лишь то, что сифилитическое зараженіе, достигая нѣкоторой высоты свойственной ему генерализаціи, склонно выражаться болѣе или менѣе одинаковыми явленіями, и что различія въ анатомическихъ измѣненіяхъ сводятся лишь на степень приближенія послѣднихъ къ гетерологическимъ и злокачественнымъ образованіямъ. Такъ называемыя мiliary гуммозные опухоли, какъ онѣ описаны наблюдателями, въ печени у дѣтей при врожденномъ и наследственномъ сифилисѣ, равно какъ и гуммозные всосанія у взрослыхъ, существованію слѣдуютъ тому же типу строенія и развитія, какъ и болѣе гуммозные узлы въ различныхъ органахъ. Въ начальныхъ степеняхъ своего развитія они являются въ видѣ болѣе или менѣе обширныхъ развитыхъ кѣлочныхъ инфильтрацій, не сопровождающихся или сопутствуемыхъ лишь слабыми реактивными измѣненіями матерней почвы. По мѣртв увеличенія въ числѣ безразличныхъ образовательныхъ кѣлочекъ, сильно преломляющихъ свѣтъ, снабженныхъ большимъ ядромъ и незначительнымъ количествомъ протоплазмы, и по мѣртв образованія промежуточнаго вещества въ инфильтрированной такъимъ образомъ ткани начинаютъ попадаться мутные островки неправильнаго очертанія, какъ первые признаки регрессивнаго измѣненія въ развитіи сифилитическомъ новообразованіи. Отдѣльные элементы въ этихъ мѣстахъ нѣсколько увеличиваются въ объемѣ, протоплазма какъ бы распадается и дѣлается матовою, контуры ядеръ сглаживаются и мѣстами прерываются темными и блестящими зернышками различной величины. Этотъ весьма краткій періодъ предшествуетъ, по видимому, общему помутнѣнію ткани, за которымъ слѣдуетъ превращеніе новообразованныхъ кѣлочекъ въ мелкозер-

пистую, впоследствии же в творожистую, массу. Хотя распространение и течение гуммозных воспалений стоит в прямой зависимости от свойства матерней почвы, от количества раздражений большого мѣста, обуславливаемых частью физиологическим (ритмическое движение, пульсация и пр.) отравлением органа, в котором оно находится, частью боляею или меньшею ранимостью большой части вследствие поверхностного его положения в тѣлѣ и т. п., но при тщательномъ гистологическомъ изслѣдованіи всегда можно отыскать въ гуммно-инфильтрованномъ мѣстѣ молодые грануляціонные элементы, раздѣленные весьма малымъ количествомъ промежуточного вещества и заложённые въ сравнительно неизмѣненной соединительной ткани. Это явленіе имѣетъ большое значеніе, такъ какъ оно съ одной стороны указываетъ, на справедливому замѣчанію Вирхова, на происхожденіе регрессивно дѣйствующаго мѣста изъ инфильтраціи тканей грануляціонными клѣтками, а не аморфнымъ выпотомъ, какъ прежде принималось. Вѣроятно для гуммозныхъ опухолей мышцъ, съ другой при отсутствіи усиленной сосудистости и другихъ реактивныхъ явленій въ матерней почвѣ говорить противъ ученія Бера, который допускаетъ для сифилитическихъ измѣненій лишь вторичное (компенсаторное) разрастченіе соединительной ткани, вызываемое некротическими потерями. Не смотря однако на болѣе или менѣе постоянный характеръ гуммознаго воспаленія, распознавательное значеніе его далеко не всегда одинаково и несомнѣнно. Въ этомъ отношеніи достаточно указать лишь на крайности. Известное подъ именемъ *arthritis partialis*, гуммозное воспаленіе мягкой мозговой оболочки производитъ часто лишь незначительныя утолщенія послѣдней въ видѣ желтоватобѣлыхъ пятенъ, состоящихъ изъ плотной соединительной ткани съ незначительнымъ количествомъ молодыхъ круглыхъ клѣтокъ и мелкозернистаго распада. При нормальномъ обиліи сосудовъ въ этомъ органѣ, при сильномъ колебаніи количественнаго содержанія въ немъ клѣточныхъ элементовъ и при ограниченномъ распространѣніи заболѣванія это патологическое измѣненіе, безъ сомнѣнія, легко можетъ быть приписано совершенно мѣстной причинѣ и слѣдовательно не будетъ узнано. Кромѣ того въ той формѣ, какъ мы его описали, оно на столько не характеристично, что легко можетъ быть смѣшано съ патологическими образованіями совершенно иного ряда. Не таково, напримѣръ, гуммозное воспа-

леніе носовыхъ раковинъ и перегородки, обуславливающее наиболѣе злую форму такъ называемаго сифилитическаго насморка. Здѣсь инфильтрація надкостницы и глубокихъ слоевъ слизистой оболочки идетъ очень быстро: въ мѣстахъ наибольшаго скученія грануляціонныхъ клѣтокъ уже въ періодъ воспалительной припухлости находится мелкая творожистая гнѣзда, вызывающія возникновеніе гнойнаго отдѣленія съ свободной поверхности слизистой оболочки. Это послѣднее ведетъ къ изъязвленію и удаленію некротическихъ массъ, послѣ чего временно утихаютъ всѣ болѣзненные явленія и обнаруживается нѣкоторая склонность къ рубцованію язвы. Но скоро некротизируется новая партія грануляціонныхъ клѣтокъ, снова повторяется весь рядъ упомянутыхъ явленій и т. д., пока дѣло доходитъ до значительнаго обнаженія костей въ различныхъ мѣстахъ, которое не рѣдко сопровождается демаркаціоннымъ воспаленіемъ, представляющимъ всѣ признаки остраго процесса. Такимъ образомъ носъ есть единственное мѣсто, гдѣ гуммозное образованіе дѣйствительно чередуется съ простымъ реактивнымъ воспаленіемъ, тѣмъ и отличается отъ развивающейся здѣсь другой поглотительной грануляціонной опухоли, известной подъ именемъ *Lupus*, которая распространяется преимущественно *per continuitatem*, имѣетъ чрезвычайно медленное и равномерное теченіе и обуславливаетъ постоянную и непрерывную потерю вещества въ поражаемыхъ ею тканяхъ. Совершенно же безспорнымъ гуммозное воспаленіе является, какъ мы увидимъ впоследствии, въ мышцахъ, равно какъ въ янчикѣ и нѣкоторыхъ другихъ органахъ, напротивъ которыхъ можетъ быть смѣшиваемо съ опухолями того же характера въ надкостницѣ.

Немаловажное значеніе по отношенію къ распознаванію сифилиса на трупѣ, имѣютъ такъ называемыя простые воспаленія. Сюда принадлежатъ разлитые интерстиціальныя процессы и слѣпчивыя воспаленія серозныхъ оболочекъ. Диагностическое значеніе этихъ измѣненій основывается на двухъ особенностяхъ, которыми они, когдѣ скоро имѣютъ сифилитическое происхожденіе, всегда отличаются отъ сходныхъ съ ними измѣненій, зависящихъ отъ иныхъ причинъ и сопровождающихся нѣкоторыми другими болѣзнями. Воспаленія и разрастченія промежуточной ткани на сифилитической почвѣ достигаютъ наибольшаго распространенія, поражаютъ болѣе или менѣе равномерно всѣ внутренніе органы, не исключая даже слизистой оболочки, и проявляются въ видѣ слѣпчивыхъ

оплотнённой ткани, которая, смотря по месту, носить различные названия. Мёстами они часто обнаруживают высшую степень развития, что иногда указывает на начало их или в одном мёсте, или одновременно несколькими гнёздами. Так например сифилитический цирроз печени всегда представляется наиболее развитым в левой доле и не резко выражается явную атрофию последней, в правой он более ясно выступает ближе к задней поверхности, где в большом количестве расположены крупные вѣтви воротной вены и толстые корни желчных протоков. Склерозъ мозга у сифилитиковъ намъ чаще приходится видеть всего очевидно выраженнымъ въ заднихъ доляхъ полушарий. Тоже самое должно сказать о слизивыхъ воспаленияхъ и утолщенияхъ серозныхъ оболочекъ; у сифилитиковъ они обыкновенно повсеместны и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ достигаютъ наиболее высшихъ степеней развития. Другая особенность простыхъ воспалений у сифилитиковъ состоитъ въ томъ, что новообразованная соединительная ткань, на какой бы высотъ развития она ни стояла, навсегда сохраняетъ известную наклонность къ регрессивнымъ измѣненіямъ. Эти послѣднія или имѣютъ характеръ простаго зернистаго перерожденія, или являются какъ превращенія волокнистой ткани въ слизистое образование, или наконецъ выражаются мѣстнымъ жировымъ перерожденіемъ ткани, которое сопутствуетъ всѣмъ фазамъ ея развития. Первые дѣя формы свойственны больше кахектическому состоянію и встрѣчаются довольно часто при другихъ изнурительныхъ болѣзняхъ; жировое перерожденіе, какъ доказалъ Беръ для интерстиціального воспаления почекъ и сердечной мускулатуры, есть постоянный признакъ сифилитическихъ разраженій промежуточной соединительной ткани. Мы съ своей стороны часто наблюдали у сифилитиковъ это регрессивное измѣненіе соединительной ткани въ фиброзныхъ пучкахъ лимфатическихъ желѣзъ тѣхъ мѣстъ, гдѣ чаще развиваются нечувствительные бубоны, въ молочныхъ железахъ сухихъ утолщеніяхъ брюшины и околососудистыхъ бѣловатыхъ полоскахъ мягкой мозговой оболочки. Наконецъ въ примѣръ недолговѣчности воспалительныхъ сифилитическихъ образований можно бы было привести разрыхленіе экзостозовъ помощью образования новыхъ костномозговыхъ пространствъ, находящихся въ связи съ костномозговою полостью, но происходящее при этомъ процессы еще ожидаютъ болѣе подробныхъ изслѣдованій.

Что касается наконецъ гомологическихъ гиперпластическихъ образований и амилоиднаго перерожденія, то они настолько важны въ діагностическомъ отношеніи, на сколько первые оставляютъ послѣ себя слѣды въ видѣ интерстиціальныхъ разраженій и фиброзныхъ перероженій, а второе служитъ выраженіемъ общей кахексисъ и сопутствуетъ другимъ собственно сифилитическимъ измѣненіямъ.

Указавъ на общій характеръ и нѣкоторые частные примѣры сифилитическихъ измѣненій, мы должны еще рѣшить вопросъ: возможно ли анатомическое распознаваніе сифилиса въ томъ случаѣ, когда въ трупѣ нѣтъ собственно опухолей и гуммозныхъ воспаленій, такъ какъ эти заболѣванія болѣею частью суть проходящія явленія. Но вопросъ этотъ нами уже отчасти рѣшенъ положительно. Здесь нужно сказать только о тѣхъ неизгладимыхъ слѣдахъ, какие оставляютъ послѣ себя нѣкоторые сифилитическія заболѣванія, именно о сифилитическихъ рубцахъ. Рубцы, открываемые наружнымъ осмотромъ на трупахъ сифилитиковъ, обуславливаются частью сифилитическими сыпями, частью гуммозными узлами. Относительно прижитеннаго распознаванія сифилиса многія наблюдатели придаютъ большое значеніе окрашиванію сифилитическихъ рубцовъ и расположенію ихъ преимущественно на известныхъ частяхъ тѣла. Что касается окрашиванія, то должно замѣтить, что оно есть явленіе непостоянное и свойственное не исключительно одному сифилису, а при распознаваніи сифилиса на трупѣ оно тѣмъ болѣе ненадежно, что анатому приходится имѣть дѣло въ огромномъ большинствѣ случаевъ съ чрезвычайно поздними періодами болѣзни. Почти тоже нужно сказать о значеніи мѣста рубцовъ, по отношенію къ распознаванію сифилиса на трупѣ. Можетъ имѣть нѣкоторый вѣсъ лишь совпаданіе множественности рубцовъ въ различныхъ, обычныхъ для сифилитическихъ измѣненій, мѣстахъ на кожѣ. Большаго предѣла другимъ вниманію заслуживаютъ рубцы на наружныхъ половыхъ органахъ и въ ближайшей окрестности ихъ, но и они, конечно, не имѣютъ рѣшительнаго распознавательнаго значенія. Сифилитическіе рубцы на половыхъ органахъ и въ пахахъ, по нашему мнѣнію, чаще совпадаютъ съ глубокими измѣненіями въ близлежащихъ лимфатическихъ желѣзахъ, именно въ забрюшинныхъ, тазовыхъ и поясничныхъ. Эти желѣзы у сифилитиковъ обыкновенно представляютъ высокую степень волокнистаго перерожденія.

Рядко наблюдаемый амилоид этих желѣзъ составляетъ еще болѣе вѣрный признакъ сифилиса. Рубцы во внутреннихъ органахъ, по нашему убѣжденію, чаще обладаютъ несомнѣннымъ діагностическимъ значеніемъ по отношенію къ сифилису. Здѣсь можно различать два рода рубцовъ, именно одни изъ нихъ представляются въ формѣ глубокихъ втягиваній и чаще обязаны своимъ происхожденіемъ гумознымъ опухолямъ, другіе имѣютъ видъ болѣе мелкихъ и болѣе разлитыхъ углубленій и свойственны преимущественно воспаленіямъ. Тѣ и другіе встрѣчаются одинаково часто, но послѣдніе менѣе бросаются въ глаза и чаще могутъ оставаться незамѣченными, особенно въ очень мягкихъ и сочныхъ органахъ, какъ напримѣръ на языкѣ. Сифилитическіе рубцы во внутреннихъ органахъ, какъ и на кожѣ, встрѣчаются въ нѣкоторыхъ мѣстахъ и органахъ чаще, чѣмъ во всѣхъ остальныхъ. На языкѣ любимыя мѣста для нихъ представляютъ боковыя поверхности и спинка исключительно въ задней трети ея. На боковыхъ поверхностяхъ имѣютъ мѣсто преимущественно глубокія втягиванія, напротивъ около корня языка являются почти исключительно плоскія вдавленія. Сифилитическіе рубцы боковыхъ поверхностей языка отличаются отъ рубцовъ травматическаго происхожденія, могущихъ встрѣтиться у энцефалитиковъ, истеричныхъ, помѣшанныхъ, паранитиковъ и т. п., своею глубиною, такъ какъ они въ большинствѣ случаевъ проникаютъ изъ гумозныхъ опухолей, влекущихъ за собою значительную потерю вещества. Далѣе сифилитическіе рубцы встрѣчаются въ гортани и дыхательномъ горлѣ, которому преимущественно свойственно разлитое, — фиброзная инфильтрація нѣкоторыхъ наблюдателей, — волокнистое перерожденіе, занимающее иногда всю толщину и чаще переднюю половину окружности стѣнки. Изъ органовъ брюшной полости сифилитическіе рубцы часто встрѣчаются въ почкахъ, печени и желудочно-кишечномъ каналѣ. Въ этомъ последнемъ можно также указать обычныя мѣста для сифилитическихъ измѣненій: въ выходной части желудка не рѣдко наблюдаются бѣлыя пятна, чаще неправильной формы, иногда же зазвѣдчатая, происхожденіе которыхъ обуславливается мѣстными интерстиціальными воспаленіями сифилитическаго свойства, проникающими въ нѣкоторыхъ случаяхъ до мышечнаго слоя; въ толстыхъ кишкахъ и преимущественно въ прямой у сифилитиковъ встрѣчаются стенозы, образующіеся чаще вслѣдствіе бывшихъ

язвенныхъ процессовъ. Сифилитическіе рубцы почекъ обыкновенно имѣютъ мѣстомъ корковый слой и представляются въ видъ незначительныхъ углубленій первѣю чисто атрофическаго происхожденія, являющихся слѣдами ограниченныхъ застойныхъ сумки; рѣже они имѣютъ видъ фиброзныхъ воронкообразныхъ втягиваній, сильно сморщенныхъ и проникающихъ всю толщину кортикальнаго слоя, или занимаютъ пирамидальный слой, гдѣ являются вѣерообразными, стрѣми, волокнистыми пучками съ желтоватыми пятнами и полосками, и иногда обуславливаютъ собою въ calices renales minores кистовидное растѣженіе. Сифилитическіе рубцы почекъ, по видимому, не заключаютъ между волоками соединительной ткани мочевыхъ сростковъ. Несомнѣнно важное, болѣе чѣмъ всѣ другіе рубцы, діагностическое значеніе имѣютъ сифилитическіе рубцы печени. Чрезвычайная рѣдкость метастатическихъ кровяныхъ инфарктовъ въ печени и въ огромномъ большинствѣ случаевъ злокачественность теченія гнойныхъ формъ воспаленія промежуточной ткани этого органа, отъ какихъ бы причинъ онѣ ни происходили, исключаютъ здѣсь цѣлый рядъ возможностей смѣшать сифилитическіе рубцы съ слѣдами другихъ измѣненій, не свойственныхъ сифилису. Кроме того рубцовыя разраженія сифилитическаго происхожденія въ печени отличаются нѣкоторыми чрезвычайно характеристичными особенностями. Завѣдчатые втянутые рубцы послѣ гумозныхъ опухолей печени занимаютъ почти исключительно выпуклую поверхность ея и обезображиваютъ преимущественно лѣвую долю. Начиная съ сумки, они опускаются на значительную глубину въ паренхиму, что всегда сопряжено съ полнымъ дефектомъ послѣдней въ занимаемомъ ими мѣстѣ, почти безъ исключеній имѣютъ видъ воронки, открытой къ периферіи органа, и обладаютъ наибольшую предъ всѣми рубцовыми образованіями въ другихъ органахъ способностью сильно сокращаться и сморщиваться, частью вслѣдствіе претращенія волокнистой ткани въ фиброзную, частью чрезъ продолжительное жировое перерожденіе новообразованныхъ элементовъ. Еще болѣе вѣрную опору для распознаванія сифидиса представляетъ такъ называемая ложная или грубо-дольчатая печень, особенно если въ фиброзныхъ перетяжкахъ будутъ доказаны продолжающееся новообразованіе и обратное развитіе кѣлочныхъ элементовъ, чѣмъ вполнѣ исключается травматическое происхожденіе измѣненій подобнаго рода. Что касается наконецъ доста-

лаемых микроскопическим изслѣдованіемъ данныхъ для распознаванія сифилитическихъ рубцовъ, то нужно замѣтить, что въ этомъ отношеніи едва-ли не болѣе имѣютъ значенія отрицательные, чѣмъ положительные, признаки. Если сифилитическій рубецъ заключается въ себѣ остатокъ гумозной массы, то распознаваніе несомнѣнно; равнымъ образомъ оно въ высокой степени вѣроятно, когда новообразованная волокнистая или фиброзная ткань представляетъ извѣстную наклонность къ регрессивнымъ измѣненіямъ. Но сифилитическій рубецъ послѣ гумозной опухоли, по нашему мнѣнію, не долженъ заключать въ себѣ: паразитовъ и остатковъ ихъ, продуктовъ измѣненія кровяного пигмента въ большомъ количествѣ, нормальныхъ отдѣльныхъ органа, эпителиальныхъ клѣтокъ и ихъ остатковъ.

Изъ всего сказаннаго, по видимому, слѣдуетъ, что анатомическое распознаваніе сифилиса, если не во всѣхъ, то въ болѣе частыхъ случаяхъ, возможно безъ болѣешихъ погрѣшностей, хотя для него обыкновенно требуется тщательное изслѣдованіе многихъ органовъ.

Опредѣливъ съ возможно для настоящаго времени точностью то направленіе, въ какомъ изученіе сифилитическихъ измѣненій въ легкихъ можетъ оказаться наиболее плодотворнымъ, и указавъ главнѣйшія основанія для анатомическаго распознаванія сифилитическихъ продуктовъ, всегда являющагося необходимымъ условіемъ вѣрности результатовъ изслѣдованій въ области морфологическихъ болѣзненныхъ измѣненій, приступимъ къ описанію собственно тѣхъ анатомическихъ формъ, подъ которыми проявляется легочный сифилисъ. Описаніе это впрочемъ будетъ обнимать предметъ лишь на столько, на сколько собственно наши наблюденія и изслѣдованія позволяютъ сдѣлать болѣе или менѣе вѣроятные выводы относительно сифилитическихъ измѣненій въ легкихъ, и объяснить и подѣржать тѣ взгляды на нихъ, которые уже были высказаны различными авторами.

Гумозныя опухоли легкихъ.

Со времени Порталя, видѣшаго въ легкихъ у сифилитиковъ «различныя желѣзистыя тѣла» и сгусткоматозныя узлы, безъ сомнѣнія много разъ возникалъ вопросъ о такъ называемыхъ тре-

тичныхъ сифилитическихъ узлахъ въ легкихъ или гумозныхъ опухоляхъ; но повѣствіа о нихъ до сихъ поръ еще недостаточно установлены. Новѣйшая литература, если принимать во вниманіе промежутокъ времени отъ обнародованія Рикоромъ уже извѣстнаго намъ случая, въ которомъ съ вѣроятностью можно было предположить въ легкомъ третичный сифилитическій узелъ, какъ мы видѣли, очень бѣдна изслѣдованіями по этому вопросу и крайне сбивчива. Трудами лучшихъ изслѣдователей указаны лишь немногія анатомическія особенности патологическихъ образований, похожихъ на гумозныя опухоли, и такимъ образомъ упрочена за послѣдними лишь вѣроятная возможность развитія въ легочной ткани.

Къ прочимъ причинамъ такого положенія вопроса, по нашему мнѣнію, должно причислить и то, что гумозныя опухоли легкихъ принадлежать къ такимъ болѣзненнымъ явленіямъ, которыя во время полнаго развитія процессовъ, лежащихъ въ основѣ зарожденія и дальнѣйшаго превращенія ихъ, крайне рѣдко становятся предметомъ анатомическихъ изслѣдованій. Только этимъ можно до нѣкоторой степени удовлетворительно объяснить то обстоятельство, что, не смотря на довольно часто описанные случаи гумозныхъ опухолей легкаго, какъ на примѣръ въ наблюденіяхъ Уильяма и Ферстера, при современномъ развитіи ученія о сифилитическихъ измѣненіяхъ вообще, которымъ мы обязаны преимущественно Вирхову, гумознымъ опухолямъ легкихъ не дано еще сколько нибудь опредѣленной характеристики и не указано надлежащаго значенія въ патологической хаотикѣ.

Насколько характеристичными образованиями при отсутствіи другихъ заболѣваній являются гумозныя опухоли легкихъ, мы надѣемся показать въ слѣдующемъ наблюденіи, которое относится къ одному случаю, весьма рѣдкому впрочемъ по опредѣленности и отчетливости анатомическихъ явленій.

Наблюденіе 1-е. 1) *Gummata periostei, durae matris et pulmonis sinist.* 2) *Perihepatitis et perisplenitis; hepatitis et nephritis interstitialis. Sclerosis cerebri.* 3) Красное размягченіе продолговатаго мозга.

Рядовой Анд. Лычагинъ, 25 лѣтъ, поступилъ въ госпиталь 29-го ноября 1868 г., умеръ 20-го мая 1869 г. *Melancholia.*

Вскрытіе. Кости свода довольно плотно соединены съ твердой мозговой оболочкою; наружная поверхность ея представляетъ мелкія ворсистыя

разрешения ткани. Мягкая мозговая оболочка истончена, слегка отечная, отделяется с трудом. Ткань мозга белая и довольно плотная, при разрыве представляет неодинаковое сопротивление; гораздо легче оно выражено в задних долях и в продолговатом мозге; у передней поверхности последнего на уровне заднего угла четвертого желудочка (calami scriptorii) находится глыбо красного размягчения, величиною в кедровый орех, продолжающееся, в виде клина, обращенного тонкою своею верхушкою книзу, до верхнего края третьего позвонка. Внутренняя поверхность твердой, за исключением незначительной выпуклости, и мягкая мозговая оболочка в явстве, соответствующем размягчению, по видимому не изменены.

На основании черепа, на тыле затылочной кости, у передней окружности большого овального отверстия находится, размягченная в творожистую массу желтого цвета, опухоль, часть которой, проникая в канал позвоночника, тесно соединена с твердою мозговою оболочкою и осталась на ней в виде тштоватого, блавоатжелтого, очень рыхлого нароста. Полость, происшедшая вследствие размягчения опухоли, простирается по передней поверхности первых двух шейных позвонков. В окружности опухоли твердой мозговой оболочки находится довольно обширное кровоизлияние, вследствие чего окружающая последнюю клетчатка окрашена кровинистою жидкостью с правой стороны до четвертого, с левой же до последнего, шейного позвонка. Соответственно 8-му ребру находится незначительная разлитая припухлость; при начале хрящевой части его, по отдалении покровов и мышц, замечается углубление овальной формы, величиною по половину окружности грецкого ореха, с неровными, шероховатыми, краями, выполненное творожистою массою, которая, проникая сквозь мышечный слой в подкожную клетчатку, образует здесь глыбо величиною почти в голубиное яйцо с таким же содержанием.

Сердце нормального объема; на поверхности его довольно значительное количество жира; стінка и полость правого желудочка нормальны; стінка левого несколько истончена, трабекулы хорошо развиты, внутрисердечная оболочка мутна вследствие утолщения, сухожильные нити также слегка утолщены, в верхушках капиллярных мышц блавотная полоска промежуточной ткани; заслонки без изменений; мускулатура довольно плотная, насыщенного красного цвета. Правое легкое ерещено с грудною стінкою по всей поверхности, левое свободно; оба венду проходимы, в нижних долях в состоянии гипостатического отека; в верхней доле левого содержатся узлы величиною по воловского ореха, совершенно круглые,

желтые в центре и сѣрые в окружности, довольно плотные; подобные же узелки, значительно меньшей величины и слегка пигментированные, мѣстами находятся и в остальных долях. Некоторые из больших узлов представляют в желтой части творожистое размягчение и маленькие полости в центре; другие, меньшие по величине, компактные, болѣе равномерно желтого цвета и окружены сѣрым волокнистым слоем, на подобие сумки.

Селезенка сильно увеличена в объеме, сумка ее утолщена, нѣмко разрыхлена, легко выскабливается, темнокоричневого цвета; в разрыве замѣчаются многочисленные желтоватая полоски и пятна величиною до конопляного зерна (перерезанные гиперτροφированные перекладные стромы). Печень сращена с диафрагмою, слегка увеличена в объеме; ткань довольно плотна, буроватого цвета, границы долей не видны. Почки нормального объема, сумка их отдѣляется легко; ткань плотна, поверхность разрыва устлана сѣрыми полупрозрачными узелками величиною в просное зерно (увеличенные Мальпигиевы клубочки с утолщенными сумками). Слизистая оболочка тонких кишек покрыта болѣшим количеством сѣрой тягучей слизи; в слепой Баугиновой заслонки находится довольно обширная поверхностная язва с чистыми грануляционными дном.

В данномъ случаѣ мы имѣемъ на трупѣ два ряда патологическихъ изменений, существенно несходныхъ между собою, но могущихъ имѣть одну общую причину, и скорее всего застарѣлый сифилисъ. На первомъ планѣ по распространению стоятъ именно: 1) изменения костей, являющіеся в видѣ нестойкихъ хѣстныхъ новообразований съ поглощающимъ характеромъ опухоли, и 2) гомологическія стойкія разрешения соединительной ткани, которыя выразились въ формѣ затѣжныхъ интерстиціальнхъ воспалений по многихъ внутреннихъ органахъ и утолщений и сращений серозныхъ оболочекъ. Не останавливаясь на явленияхъ второго ряда, такъ какъ съ ними еще не разъ придется встрѣтиться, мы ограничимся для подтвержденія распознаванія разборомъ изменений въ костяхъ. Наиболее характернымъ для сифилиса образованиемъ является опухоль ребра. Передній конецъ костной части его, гдѣ находится вышеописанный творожистый узелъ, представляетъ полный дефектъ кости въ видѣ ладьеобразной вырѣзки, дно которой мягко, сѣроватожелтого цвета и образуется сухожильными растяжениями внутреннихъ межреберныхъ мышц; въ краѣхъ этой вырѣзки сверху и снизу заложены мѣстами разѣединенные остатки кости, слегка шероховатые и рыхлые; примыкающие

къ нимъ спереди и сзади концы ребра истончены, также рыхлы, легко рѣжутся пожемы и въ разрывѣ устьяны довольно многочисленными желтоватыми островками, которые лежатъ, по видимому, между костными перекладинами. Прилежащая къ описанному углубленію надкостница нѣсколько утоплена, рыхлая, желтоватого цвѣта, съ поверхности покрыта совершенно одинаковою съ содержимымъ узла безоросленною, состоящею изъ жирныхъ и бакановинныхъ мелкозернистыхъ частичекъ, массою, подъ которою находится очень толстый слой грануляціонной, довольно бѣдой сосудами, ткані. Въ этомъ слое между островками круглыхъ, раздѣленныхъ небольшимъ количествомъ промежуточного вещества, и звѣздчатыхъ, соединяющихся между собою отростками, кѣттокъ встрѣчаются мѣстами остатки упругихъ волоконъ въ видѣ довольно толстыхъ и короткихъ, то матовыхъ, то слегка зернистыхъ, пучковъ, и также островки мелкозернистой, богатой блестящими зернышками, массы, располагающейся въ вѣтвистыхъ, соединяющихся между собою, промежуткахъ, въ которыхъ иногда находятся довольно крупные сосуды, большую часть запустѣвшіе вслѣдствіе сильной инфилтраціи наружной оболочки грануляціонными кѣтками. Глубокій слой надкостницы мѣстами значительно инфицированъ кровью и всюду очень богат веретенообразными кѣтками, довольно толстые пучки которыхъ переходятъ безъ толстой границы въ описанный грануляціонный слой. Каждый изъ этихъ слоевъ продолжается на атрофированные, прилегающіе къ дефекту кости, концы ребра, по взаимному отношенію ихъ между собою, равно какъ характеръ наиболѣе глубокаго изъ нихъ и связь его съ подлежащею костною тканью, въ этомъ мѣстѣ значительно замѣняются. Наибольшей толщины достигаетъ здѣсь самый верхній слой, который непосредственно прилежитъ къ остальной массѣ опухоли и въ которомъ можно различать лишь остатки грануляціонной ткані. За нимъ ближе внутри находится очень тонкій, почти безосудистый, грануляціонный листокъ, который является по своей толщинѣ какъ бы придаткомъ глубокаго слоя, изобилующимъ преимущественно кѣтками и при томъ уже не заключающимъ никакихъ остатковъ тканей высшей организаціи. Что касается глубокаго слоя, то въ немъ и въ отношеніи его къ подлежащей кости всего яснѣе высказывается гетерогеническій, поглощающій, характеръ новообразованія. Этотъ слой состоитъ изъ волокнистой ткані, содержа-

щей въ себѣ множество грануляціонныхъ кѣттокъ, расположенныхъ островками различной величины и формы, безъ опредѣленнаго отношенія къ проходящимъ здѣсь немногочисленнымъ сосудамъ. Грануляціонныя кѣтки раздѣлены въ меньшихъ островкахъ довольно обильнымъ промежуточнымъ веществомъ, представляющимся въ видѣ тонкихъ однородныхъ, блестящихъ и болѣею частью совершенно прямыхъ, волоконъ, количество которыхъ значительно уменьшается тамъ, гдѣ островки достигаютъ большихъ размѣровъ или непосредственно прилегаютъ къ сосудамъ, равно какъ по мѣрѣ приближенія къ выше описанному, болѣе поверхностному, чисто грануляціонному листку. Но эти мѣста, заключающія весьма мало промежуточного вещества, изобилуютъ кѣтками, чаще представляють вслѣдствіе тѣснаго скученія послѣднихъ, болѣе или менѣе обширныя помутнѣвшія ткані съ посажающимъ превращеніемъ ея въ мелкозернистую массу и обыкновенно заключаютъ лишь запустѣвшіе сосуды, видимые въ формѣ тонкихъ матовыхъ или слегка зернистыхъ пучковъ, которые хотя еще и имѣютъ въ центрѣ свѣтлую полоску, но уже не содержатъ форменныхъ составныхъ частей крови. Заворота сосудовъ нѣтъ, которые бы снова опускались изъ грануляціоннаго слоя въ подлежащую ткань, какъ это обыкновенно наблюдается въ гноящихся грануляціонныхъ поверхностяхъ, равно и экстравазатовъ, нами не было замѣчено. Волокнистая соединительная ткань, а вмѣстѣ съ нею также и грануляціонная, расположенная преимущественно по направленію сосудовъ, опускаются чрезъ открытые и воронкообразно расширенныя костномозговые или сосудистые каналы въ губчатую часть кости. Костномозговые каналы, сильно вѣтвистые, мѣстами колбовиднорасширяемые, мѣстами представляющіе собою родъ большихъ и круглыхъ полостей, наполнены тѣми же тканевыми элементами, изъ которыхъ состоитъ вышеописанная, по отношенію къ опухоли образовательная и распадающаяся на три отдѣльные слоя, соединительнотканная пластинка. Здѣсь также замѣтно весьма дѣятельное новообразование грануляціонной ткані и тамъ, гдѣ оно достигаетъ высшихъ предѣловъ и гдѣ послѣдняя прилежитъ прямо къ сосудамъ, также замѣтны запустѣвшіе сосуды, вслѣдствіе сдавливанія ихъ и образованіе довольно обширныхъ помутнѣвшихъ съ посаждаемымъ превращеніемъ въ мелкозернистую, богатую жирными зернышками, массу, которая является въ видѣ жел-

тых островков, видимых простым глазом. Лишь изрѣка въ костномозговыхъ каналахъ попадаются остатки костного мозга, который отличается меньшею величиною и особеннымъ блескомъ кѣтокъ и, должно замѣтить, всегда изобилуетъ большимъ противъ нормальнаго количествомъ промежуточнаго волокнистаго вещества; встрѣчаются также небольшія партіи жировыхъ кѣтокъ, которыя впрочемъ уменьшены въ объемѣ, слабѣе нормальнаго преломляютъ свѣтъ и не рѣдко, даже въ мѣстахъ, отдаленныхъ отъ мѣста развитія новообразованія, уже окружены грануляционными элементами. Иногда сосуды, втѣвляющіяся въ костномозговыхъ каналахъ, посылаютъ отъ себя отростки, въ видѣ оканчивающихся слабымъ концомъ вѣточекъ, видѣющихся въ костныя перекладины, но они обыкновенно очень скоро сдавливаются грануляционными кѣтками и въ большинствѣ случаевъ пусты. Костныя перекладины лишены извести, истончены и часто совершенно раздѣлены расширенными костномозговыми каналами; края ихъ обыкновенно неровны, мѣстами сильно и неправильно зазубрены; костныя тѣльца утратили отростки, неправильно закруглены или вытѣнуты, иногда очевидно уменьшены въ числѣ; промежуточное вещество матовое, однородное, часто безъ слѣдовъ пластинчатаго расположенія (*caries sicca*). Сухожильныя растяженія мышцъ, закрывающія отверстіе на мѣстѣ атрофіи ребра, также не остаются безъ послѣдствіаго участія въ развитіи новообразованія; между пучками старой кѣлочатки и промежуточной ткани мышечныхъ волоконъ находится обильное разращеніе грануляционной ткани. — Что касается опухоли на основаніи черепа, то нужно замѣтить, что она ничѣмъ не отличалась отъ предыдущей; основная часть затылочной кости и передняя дуга перваго шейнаго позвонка представляли совершенно одинаковаго измѣненія съ найденными и уже описанными нами въ костной части ребра. Измѣненія твердой мозговой оболочки, по видимому, были также послѣдствіаго; по отдѣленіи твѳоржистой части опухоли грануляціонныя образованія найдены лишь въ наружномъ рыхломъ слое ея, преимущественно по направлению сосудов. — Изъ всего сказаннаго, — если даже оставить въ сторонѣ распространенныя простыя воспалительныя разращенія соединительной ткани, которыя также весьма важны по отношенію къ распознаванію, — слѣдуетъ, что мы имѣемъ предъ собою сифилисъ въ періодъ развитія гетерологическихъ грануляціонныхъ новообразованій. Под-

робнымъ изслѣдованіемъ одного изъ нихъ доказывается, что оно развилось изъ надкостницы, явилось въ формѣ узла — гуммозной опухоли — съ поглащающимъ характеромъ, и повлекло за собою также собственное сифилису разстройство подлежащей кости.

Наставляя на присутствіи гуммозныхъ опухолей въ трупахъ, мы не хотимъ однако сказать этимъ, что вышеописанные узлы въ легкихъ неизбѣжно суть сифилитическіе продукты. Природа новообразованій этого рода, по справедливому замѣчанію Вирхова, отнюдь не определяется простымъ совпаденіемъ сходныхъ между собою анатомическихъ явленій во многихъ органахъ. Для точной характеристики гуммозной опухоли въ каждомъ отдѣльномъ органѣ, напротивъ, необходимо принимать въ вниманіе общее устройство, мѣсто или природу матеріи почвы, а равно и способъ развитія узловъ, обратныя измѣненія въ нихъ или теченіе и наконецъ исходы; суммою всѣхъ относящихся сюда явленій, безъ сомнѣнія, точно определяется не только происхожденіе и природа новообразованія, но и его нозологическое значеніе по отношенію къ послѣдствіагому состоянію органа.

По наружному виду большіе узлы въ легкихъ, какъ видно уже изъ описанія ихъ въ протоколѣ, ближе всего подходятъ къ опухолямъ, при тщательномъ же разсматриваніи въ нихъ можно различить три слоя, не одинаковые по толщинѣ. Наружный изъ этихъ слоевъ, въ особенности въ самомъ большомъ узлѣ, имѣетъ видъ сѣраго, полупрозрачнаго, довольно рыхлаго ободка, толщиною менѣе $\frac{1}{2}$ '''', который отъ дѣйствія уплотняющихъ жидкостей сильно сокращается и плотно придежитъ къ остальной массѣ опухоли. За нимъ слѣдуетъ средний слой, наибѣе толстый; онъ болѣе бѣловатаго цвѣта, сравнительно очень плотенъ, сильно выстоитъ надъ поверхностью и совершенно гладокъ въ разрѣзѣ, за исключеніемъ ткани пограничной съ центральною частью. Эта послѣдняя представляетъ твѳоржистое гнѣздо, рыхлое и нѣсколько углубленное, какъ бы вслѣдствіе потери вещества, между тѣмъ самое тщательное изслѣдованіе не открываетъ никакихъ слѣдовъ сообщенія этой части съ какою либо выводною трубкою или полостью, куда бы могла освободиться твѳоржистая масса. Еще яснѣе разница между означенными отдѣльными слоями проявляется въ тончайшемъ строеніи и взаимномъ расположеніи входящихъ въ составъ ихъ элементовъ. Въ центральной части можно раз-

чать лишь остатки регрессивно-измѣненных элементов; здѣсь преобладаютъ именно блестящія, различной величины, капельки и мелкія бѣдные зернышки, мѣстами обнаруживающія характеристичное расположеніе кругловатыми кучками, которыя напоминаютъ собою распадающіяся кѣтки; объемъ кучекъ рѣдко достигаетъ величины слизистаго шарика легочной альвеолы. Вся эта масса путемъ послѣдовательной обработки уксусною кислотою, спиртомъ и наконецъ эфиромъ можетъ быть удалена съ препарата. Кромѣ того здѣсь постоянно встрѣчаются, но въ меньшемъ количествѣ, ядра, круглыя и овальныя, въ различныхъ степеняхъ обратнаго развитія; они мутны съ неясно-выраженными контурами, иногда соединены съ мелкими частичками жирно-перерожденной протоплазмы; весьма часто имѣютъ неправильную форму, являясь то сильно зазубренными по окружности, то въ видѣ серповидныхъ отрѣзковъ; но и въ этихъ состояніяхъ ядра обнаруживаютъ всегда болѣе сопротивленія дѣйствію уксусной кислоты, чѣмъ мелкозернистый распадъ протоплазмы. Средній слой представляетъ болѣе характеристичныя явленія. Онъ состоитъ изъ молодой соединительной ткани, въ которой преобладающими элементами являются звѣздчатые и веретенообразныя кѣтки, и содержитъ, кромѣ значительнаго количества нѣжно-волокнистаго и частью однороднаго промежуточнаго вещества, высоко организованнаго, по видимому, принадлежащаго органу и уже отжившія составныя части. Звѣздчатые кѣтки болѣею частью очень мелкіе, содержатъ незначительное количество протоплазмы и довольно крупныя ядра и раздѣлены преимущественно однороднымъ промежуточнымъ веществомъ. Веретенообразныя кѣтки представляютъ нѣсколько болѣе разнообразіе; мѣстами онѣ располагаются довольно правильными рядами, мѣстами обхватываютъ въ видѣ неполныхъ колецъ кучки уже описанныхъ звѣздчатыхъ кѣтокъ. Чѣмъ ближе веретенообразныя кѣтки лежатъ къ этимъ кучкамъ, тѣмъ онѣ нѣжнѣе и оканчиваются тѣмъ болѣе тонкими отростками; ядра ихъ круглы, не всегда помѣщаются въ средней части и часто, уклоняясь отъ срединной линіи тѣла кѣтки, занимаютъ въ протоплазмѣ болѣе боковое положеніе. Въ рядахъ веретенообразныя кѣтки имѣютъ сравнительно очень толстое и короткое тѣло, съ тупыми и короткими концами; протоплазма ихъ очень нѣжна, содержитъ иногда два круглыхъ ядра, иногда одно

овальное и нѣрѣдко по нѣскольку мелкихъ жировыхъ зернышекъ. Часто онѣ лежатъ тѣсно одна подлѣ другой цѣлыми пучками и раздѣляются небольшимъ количествомъ промежуточнаго вещества, иногда болѣе удалены, переишьены съ круглыми и звѣздчатыми кѣтками и заложены въ болѣе волокнистой основѣ, образующей для нихъ промежутки неправильной формы. Самую бѣдную составную часть этого слоя представляютъ собою круглыя грануляціонныя кѣтки; онѣ попадаются кучками въ тѣхъ и другихъ мѣстахъ, но въ большемъ количествѣ находятся въ пограничныхъ частяхъ этого слоя съ другими. Но въ этихъ двухъ мѣстахъ круглыя грануляціонныя кѣтки содержатъ различно какъ сами, такъ и по отношенію къ другимъ элементамъ ткани. Ближе къ центральной части онѣ встрѣчаются въ меньшемъ количествѣ, мутны, представляютъ болѣе толстый слой протоплазмы съ слабымъ контуромъ и бѣдное ядро и раздѣлены сравнительно очень нѣжнымъ промежуточнымъ веществомъ въ видѣ волоконцевъ, едва заметныхъ при 300 увеличеніи. Въ окружности средняго слоя напротивъ онѣ находятся въ большемъ количествѣ, сильно преломляютъ свѣтъ, содержатъ большія круглыя блестящія ядра, обложенныя очень тонкимъ слоемъ протоплазмы съ рѣзкимъ контуромъ, и часто лежатъ въ волокнистой ткани, далеко раздвигая довольно толстыя волокна ея. Кромѣ этихъ главныхъ составныхъ частей, средней слои, какъ мы сказали, содержитъ высоко организованнаго и уже отжившія части. Онѣ содержатъ въ первыхъ эластическую ткань въ видѣ очень тонкихъ, бѣдныхъ, сильно вытянутыхъ волоконъ, которыя впрочемъ такъ малочисленны, что открываются лишь при тщательномъ и повторномъ изслѣдованіи. Поэтому дальнѣйшая судьба этихъ волоконъ въ упомянутомъ слое не можетъ быть прослѣжена съ точностью. Во-вторыхъ въ среднемъ слое находятся также немногочисленныя блестящія пучки, прорывающіе узелъ въ различныхъ направленіяхъ. Природу этихъ пучковъ опредѣлить весьма трудно, такъ какъ они не обнаруживаютъ характеристичнаго строенія и не поддаются реактивамъ. Морфологически они представляются въ видѣ совершенно безструктурныхъ, довольно блестящихъ, волоконъ, похожихъ на самыя тонкія гомогенныя перекладины надкостной плевы. Отъ уксусной кислоты и при обработкѣ іодомъ и серною кислотою они не измѣняются; отъ слабыхъ растворовъ щелочей

только разбухают, при продолжительном же действии как кислоты, так и щелочей, совершенно растворяются, подобно окружающей их ткани. Ясные выступают их особенности во взаимном расположении их. Пучки эти весьма часто анастомозируются между собою и темъ напоминаютъ вѣтвление легочныхъ волосныхъ сосудовъ. Кроме того, тщательнымъ изслѣдованіемъ удалось убѣдиться въ соединеніи нѣкоторыхъ изъ нихъ съ еще содержащими кровь волосными сосудами въ окрестности узла. Наконецъ на границѣ между срединнымъ и наружнымъ слоемъ узла находились два мелкихъ бронха. Каждый изъ нихъ представляется въ видѣ пучка, поперечный разрѣзъ которого, при увеличеніи въ 300 разъ, имѣетъ видъ кружка, занимающаго почти два поля зрѣнія. Кружокъ этотъ заложенъ между молодою грануляціонною тканью съ сѣдующимъ расположеніемъ кѣлочныхъ элементовъ: ближе къ нему преобладающею частью являются вышеописанныя короткія и толстыя веретенообразныя кѣлки, далѣе наружи, постепенно увеличиваясь въ числѣ, расположены звѣздчатые и круглыя кѣлки, изъ коихъ послѣднія представляютъ уже значительное помутнѣніе протоплазмы и мелкія жировыя зернышки. Центральная часть пучка или самый кружокъ представляетъ мелкозернистый распадъ безъ всякой примѣси остатковъ эпителія, выстилающаго стѣнку бронховъ; мѣстами, особенно, на продольныхъ разрѣзахъ теряется вышеупомянутое расположение и грануляціонная ткань въ формѣ круглыхъ кѣлокъ прямо прилегаетъ къ мелкозернистой массѣ или даже переходитъ въ нее безъ замѣтной границы. Наконецъ ткань всего средняго слоя представляется вообще менѣе прозрачною, чѣмъ въ наружномъ слое, вслѣдствіе присутствія всюду мелкозернистой массы и значительнаго помутнѣнія отдѣльных кѣлочныхъ элементовъ. Относительно наружнаго слоя и полупрозрачнаго, какъ бы студенистаго, слоя прежде всего нужно замѣтить, что явныя для простаго глаза границы его съ срединнымъ слоемъ и окрестностью узла были бы совершенно незамѣтны при изслѣдованіи тончайшаго строенія, если бы здѣсь не было значительнаго налитія сосудовъ, о которомъ мы скажемъ при описаніи отношеній опухоли къ окружающей легочной ткани. Вопреки ожиданію встрѣтить здѣсь, согласно показаніямъ нѣкоторыхъ наблюдателей, большое количество новообразованной волокнистой соединительной ткани, которая бы

служила мѣстомъ расплода для болѣе молодыхъ элементовъ, составляющихъ массу опухоли, мы не нашли въ немъ болѣе старыхъ элементовъ, принадлежащихъ собственно новообразованію, чѣмъ уже описанные нами въ среднемъ слое. Напротивъ этотъ слой есть по преимуществу грануляціонный. Преобладающею составною частью его являются круглыя грануляціонныя кѣлки; онѣ разсыяны всюду, но въ особенности часто инфильтрируютъ очень нѣжное волокнистое промежуточное вещество въ окрестности волосныхъ сосудовъ; въ пучкахъ старой соединительной ткани онѣ встрѣчаются въ большомъ количествѣ тамъ, гдѣ надъ веретенообразными кѣлками берутъ перевѣсъ такъ называемыя образовательныя кѣлки или свободныя ядра нѣкоторыхъ наблюдателей. Расположеніе новообразованной соединительной ткани пучками здѣсь преобладаетъ въ соседствѣ съ пограничною частью средняго безсосудистаго слоя, чѣмъ, по всей вѣроятности, обуславливается видимое простымъ глазомъ сѣрое кольцо, но эти пучки подъ микроскопомъ не дѣлаютъ впечатлѣнія, по которому бы можно было составить понятіе объ нихъ, какъ о новообразованной склеротической волокнистой ткани, служащей точкою для вторичнаго размноженія кѣлочныхъ элементовъ, т. е. для непрерывнаго образованія изъ нея составныхъ частей средняго слоя. Пучки эти, подобно описаннымъ уже въ среднемъ слое, состоятъ изъ веретенообразныхъ и круглыхъ кѣлокъ, находящихся впрочемъ на нѣшей степени развитія; первыя изъ нихъ очень мелкія, такъ что поперечный размѣръ ихъ не превышаетъ діаметра краснаго кровянаго шарика, и располагаются продольными размѣрами по одному направленію, какъ кѣлки саркомы; вторыя тамъ, гдѣ есть волокнистая ткань, принадлежащая строю органа, имѣютъ видъ довольно тѣсно сгущенныхъ образовательныхъ кѣлокъ. Тѣ и другія, судя по расположенію ихъ, ближе къ окружной части средняго слоя, которая узнается по отсутствію капилляровъ, содержащихъ кровь, во видному, переходятъ въ грануляціонныя круглыя и коротковеретенообразныя кѣлки не путемъ новой генерации, а лишь съ одновременнымъ увеличеніемъ нѣжно волокнистаго вещества. Что касается наконецъ составныхъ частей легочной ткани, повидному не принимающихъ участія въ новообразованіи, то здѣсь, какъ и въ среднемъ слое, можно видѣть тонкіе пучки или волокна, блестящіе,

как бы безструктурные, которые соединяются с содержащими кровь капиллярами и мстами заключают в себя продолговатые матовые ядра, сходные с ядрами капилляров. Затым здесь встречаются, иногда еще в видъ серповидных отрѣзков, эластическія волокна, залеженные въ измѣненной вышеописанномъ образомъ волокнистой промежуточной ткани, о которыхъ мы еще скажемъ въ своемъ мѣстѣ.

Изъ сказаннаго о составѣ узла уже достаточно ясно, что мы имѣемъ въ легкомъ грануляціонное новообразование, залеженное въ соединительной ткани, въ которомъ уже нельзя узнать строенія, свойственнаго органу, и въ которомъ нѣтъ слѣдовъ эпитезіа, выстилающаго легочныя альвеолы. Въ этомъ безъ сомнѣнія выражается та особенность опухолей, что почвою для нея служить промежуточная соединительная ткань легкаго, но изслѣдованіе узла въ главной массѣ ея не можетъ дать надлежащаго понятія о способѣ развитія новообразованія, такъ какъ элементы здѣсь или уже достигли высшей степени возможнаго для нихъ прогрессивнаго метаморфоза, или даже находятся на пути къ распаденію. Лучшимъ средствомъ для изученія развитія опухолей вообще до сихъ поръ считается изслѣдованіе собственно роста опухоли или изученіе окружности ея, на сколько послѣдняя представляетъ такіа измѣненія, которыя сдѣлательствуютъ о дѣятельномъ участіи матерней почвы въ происхожденіи элементовъ, входящихъ въ составъ новообразованія. Въ нашемъ случаѣ этотъ путь для достиженія упомянутой цѣли пріобрѣтаетъ тѣмъ большое значеніе и доказательности, что выше описанный большій узелъ отнюдь не представляетъ собою законченнаго образованія по отношенію къ прогрессивнымъ измѣненіямъ ткани, въ чемъ убѣждаетъ насъ строеніе окружающаго свѣраго слоя. Въ окружности компактнаго узла, сходно съ вѣтвящими наблюденіями другихъ изслѣдователей, замѣчается во-первыхъ: значительное налітіе кровеносныхъ сосудовъ, мѣстами похожее даже на красную гепатизацію, во-вторыхъ: много сформировавшихся полосокъ, берущихъ начало отъ наружнаго слоя узла и теряющихся на разстояніи отъ него 1—2 линій въ прилежащей легочной ткани. Одна изъ этихъ полосокъ, толщина которой для простаго глаза приблизительно равняется двумъ миллиметрамъ, достигаетъ плевыры; при изслѣдованіи же она состоитъ изъ довольно грубой волокнистой

ткани, всюду значительно инфильтрированной молодыми клетками. Между волокнами воднистой соединительной ткани здѣсь располагаются мѣстами то кругловатыми кучками, то широкими рядами, образовательныя клетки съ большими ядрами и очень тонкимъ слоемъ протоплазмы, сильно бѣстачія и раздѣленные большею частью однороднымъ, иногда же не ясно волокнистымъ, промежуточнымъ веществомъ въ незначительномъ количествѣ. Сравнительно чаще попадаются даже скошенія клетокъ въ видѣ пучковъ, образованныхъ довольно длинными, переплетающимися между собою вслѣдствіе перехода изъ одного слоя въ другой, веретенообразными элементами, которые снабжены круглыми, также очень большими, ядрами, при дѣйствіи уксусной кислоты распадающимися иногда на нѣсколько зеренъ. Тѣ и другія мѣста не рѣдко прерываются содержащими кровь сосудами и неправильной формы островками грануляціонныхъ клетокъ, нѣбольшую величину бѣлаго кровяного или гнойнаго шарика, съ довольно большимъ количествомъ матовой протоплазмы и съ промежуточною, пѣжно-волокнистою, ареоллярною сѣткою; но при этомъ взаимное расположеніе сосудовъ и упомянутыхъ островковъ отнюдь не обнаруживаетъ какого либо опредѣленнаго характера и не свѣдуетъ одному наиболее распространенному типу. Другими словами: круглыя грануляціонныя клеточки встречаются одинаково часто какъ въблизи волосныхъ сосудовъ, такъ и на нѣкоторомъ разстояніи отъ нихъ. Также нужно сказать объ одномъ или двухъ нахождавшихся здѣсь мелкихъ стволѣкахъ кровеносныхъ сосудовъ; въ наружномъ слое стѣнокъ ихъ эти клетки были перемѣшаны съ веретенообразными и даже образовательными или такъ называемыми свободными ядрами. Отъ описанной полоски, равно какъ и отъ всѣхъ другихъ, болѣе или менѣе одинаковыхъ съ нею по составу, отходятъ, начинаясь конусовидными отростками съ широкимъ основаніемъ, незамѣтные для простаго глаза, тонкіе и точайшіе пучки. Первые, взаимно соединяясь большею частью подъ острыми углами и передвѣтаясь, образуютъ промежутки въ видѣ неправильно вытянутыхъ овальныхъ пространствъ, расположенныхъ своими продольными размѣрами параллельно поверхности узла и прорѣзанныхъ въ различныхъ направленіяхъ вторичными точайшими пучками. Болѣе толстые изъ этихъ пучковъ обнаруживаютъ въ сущности одина-

ковое строение сь уже описанною, макроскопически замѣтною, полоскою, и отличаются отъ нея лишь нѣскольکو особеннымъ, какъ бы типическимъ, хотя и не всегда постояннымъ, расположениемъ клѣточныхъ элементовъ. Тамъ, гдѣ сказанные промежутки шире, болѣе толстыя пучки у основанія и на мѣстѣ перекрещиванія состоятъ преимущественно изъ образовательныхъ и круглыхъ грануляционныхъ клѣтокъ, на протяженіи же и въ центральной части остаются болѣе или менѣе волокнистыми и содержатъ такіа же клѣтки лишь въ мѣстахъ отхожденія меньшихъ пучковъ. По это отношеніе, обыкновенно измѣняется по мѣрѣ сгущенія промежутокъ, связаннаго сь близостью ихъ къ узлу, такимъ образомъ, что упомянутыя мѣста занимаютъ веретенообразныя, иногда содержащія по нѣскольку ядеръ, элементы, при чемъ углы расхожденія болѣе толстыхъ пучковъ, чрезъ постепенное сближеніе послѣднихъ, еще болѣе заостряются, между тѣмъ какъ болѣе молодыя клѣтки отъсыкаются внутрь промежутка по направленію тончайшихъ пучковъ. Эти послѣдніе имѣютъ одинаковый составъ съ только что описанными, болѣе широкими, пучками, отъ которыхъ они отходятъ, и не обнаруживаютъ никакого опредѣленнаго расположенія составляющихъ ихъ элементовъ, за исключеніемъ того, что въ болѣе узкихъ частяхъ пучка преобладаютъ образовательныя и круглыя грануляціонныя элементы, а на мѣстѣ утолщеній встрѣчаются всѣ три рода клѣтокъ. Уже одно взаимное расположеніе описанныхъ нами соединительнотканыхъ полосокъ и пучковъ ближайшей окружности изучаемаго нами узла даетъ достаточно правъ заключать о томъ, что въ ростѣ и развитіи новообразованія главное участіе принимается промежуточная соединительная ткань легкаго и, можетъ быть, лишь второстепенное — паружная оболочка кровеносныхъ сосудовъ, но это еще яснѣе высказывается, если принять во вниманіе распредѣленіе въ нихъ прочихъ составныхъ частей паренхиматозной основы органа. Замѣтныя для простаго глаза сѣрыя полоски, какъ уже было сказано, содержатъ кромѣ волосныхъ сосудовъ болѣе крупныя стволы сосудовъ и прямая, слегка волнистая, упругія волокна въ видѣ довольно длинныхъ и толстыхъ пучковъ, а потому должны быть приняты за междольчатая соединительнотканная перегородки. Отходящія отъ нихъ болѣе широкіе пучки, которыми ограничиваются вышеупомянутые про-

межутки, заключаютъ въ себя подобныя же эластическія образованія, но значительно отличающіяся отъ предыдущихъ: именно они менѣе широки, не такъ извилисты, при основаніи пучковъ часто вѣлообразно раздѣляются на двое, послѣ чего каждая изъ вѣтвей, неуклонно слѣдуя границѣмъ соотвѣстнаго промежутка, обыкновенно заканчивается сама въ себя, и наконецъ сопровождаются, хотя еще довольно широкими, но преимущественно волосными сосудами. Далѣе эти эластическія вѣлообразно выгнутыя кольца посылаютъ отъ себя по нѣскольку — обыкновенно въ количествѣ двухъ-трехъ — волоконъ въ самые тонкіе соединительнотканые пучки, раздѣляющіе, какъ сказано, каждый отдѣльный промежутокъ на меньшія пространства, въ которыхъ вѣтвятся уже самые тончайшіе волосные сосуды. Такое распредѣленіе эластическихъ волоконъ и сосудовъ въ описанныхъ нами пучкахъ соединительной ткани, богатой новообразованными грануляціонными элементами различныхъ возрастовъ, окончательно убѣждаетъ насъ въ томъ, что эти пучки въполнѣ соотвѣтствуютъ междольчатоальвеолярнымъ стѣнкамъ и неполнымъ перегородкамъ между отдѣльными легочными пузырьками. Что касается накопецъ въ самомъ тѣсномъ смыслѣ источника и способа происхожденія новообразованныхъ клѣтокъ, то мѣстонахожденіе и расположеніе ихъ въ болѣе юныхъ частяхъ новообразованнаго узла, а равно и отношеніе ихъ къ волосной стѣнѣ сосудовъ, по видимому, ясно показываютъ, что клѣтки произошли здѣсь не путемъ какого либо рода эмиграціи, а путемъ размноженія in loco и по всей вѣроятности изъ старыхъ элементовъ промежуточной соединительной ткани легкаго. Кромѣ того за этотъ способъ происхожденія говорить присутствіе между новообразованными элементами, преимущественно на наружномъ слои узла и въ ближайшей окружности его, такъ называемыхъ образовательныхъ клѣтокъ. Мы нашли именно, что новообразованныя клѣтки, входящія въ составъ узла, прежде всего появляются, находятся въ болѣе широкіхъ количествахъ и достигаютъ дальнѣйшихъ степеней развитія преимущественно въ междольчатыхъ перегородкахъ и въ углахъ расхожденія, а равно и на мѣстахъ перекрещиванія, пучковъ промежуточной ткани, ограничивающихъ альвеолы; слѣдовательно въ такихъ мѣстахъ, гдѣ нормальная строма легкаго наиболѣе изобилуетъ сохраняющими способность къ прогрессивнымъ измѣ-

нениям тѣлами соединительной ткани. Обь отношеніи къ новообразованнымъ клеткамъ наружной оболочки мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ уже было замѣчено; что же касается волосныхъ сосудовъ, мы видѣли, что они запусѣваютъ; а удлинненія и дѣленія ядѣръ ихъ, какъ это приводится Вагнеромъ при описаніи строевн сифиломы легкихъ, намъ не удалось встрѣтить ни разу. Поэтому о состояніи волосныхъ сосудовъ въ продолженіе роста и развитія узловъ мы можемъ здѣсь прибавить только то, что запусѣваніе ихъ не рѣдко наблюдается въ той формѣ, какъ это уже описано, въ окружности узла преимущественно въ соединительныхъ вѣточкахъ между развѣтвленіями отдѣльныхъ стволіковъ, проходящихъ въ уже нѣсколько сжатыхъ альвеолахъ. Слѣдовательно оно существуетъ даже и въ то время, когда размноженіе новообразованныхъ клетокъ въ полномъ ходу. Это явленіе, подобно присутствію образовательныхъ клетокъ въ наружной оболочкѣ болѣе крупныхъ сосудовъ, по нашему мнѣнію, говоритъ противъ развитія и роста узла чрезъ выходженіе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ изъ кровяного русла. И такъ съ большою вѣроятностью можно допустить, что описанные нами грануляціонные узлы образовались въ промежуточной ткани легкаго по типу эмбриональнаго развитія.

Для окончательной характеристики узловъ, развившихся въ легкихъ, и для отдѣленія ихъ отъ являющихся иногда похожими на нихъ другихъ патологическихъ образованій намъ осталось сказать еще нѣсколько словъ о жизни-способности какъ узловъ, взятыхъ во всей ихъ цѣлости, такъ и отдѣльныхъ элементовъ, изъ которыхъ они состоятъ, и затѣмъ обь исходахъ этихъ узловъ, равно какъ указать хотя нѣкоторыя особенности болѣзненныхъ продуктовъ, которые могутъ походить на гумозную опухоль легкаго.

Сосуды внутри узла, какъ мы видѣли, запусѣваютъ, слѣдовательно прямое питаніе послѣдняго нарушается въ очень раннихъ періодахъ его существованія. Питаніе же съ помощью наружнаго слоя, содержащаго сосуда, едва ли можетъ быть достаточнымъ: кромѣ возможнаго запусѣванія сосудовъ не только здѣсь, но и въ ближайшей окружности узла, наружный слой слишкомъ малъ и удаленъ отъ остальныхъ частей, чтобы доставлять нужный для нихъ питательный матеріалъ въ достаточномъ коли-

чествѣ; даѣе видимое налитіе сосудовъ въ наружномъ слое и въ окружности его едва ли нужно объяснять усиленнымъ притокомъ крови вслѣдствіе ирритативнаго состоянія той части, гдѣ сидитъ узелъ, а не простымъ замедленіемъ кровообращенія по боковымъ вѣтвямъ отъ запусѣванія болѣе прямыхъ путей. Такимъ образомъ условія питанія узла, какъ самостоятельнаго цѣлаго, не благоприятствуютъ долговѣчности его. Свойства отдѣльныхъ клетокъ, изъ которыхъ сложены разбираемые нами узлы, также не говорятъ въ пользу способности новообразованія къ продолжительному существованію. Самыми высшими формами, какихъ достигаютъ клетки путемъ прогрессивнаго превращенія, являются веретеннообразная и звѣздчатая, слѣдовательно такіа морфологическія единицы, которыя преимущественно свойственны молодой грануляціи и нѣкоторымъ опухолямъ, неспособнымъ переходить путемъ постепеннаго развитія въ стойкіа новообразованія, какъ напримѣръ саркомѣ и миксомѣ. Но въ нашихъ узлахъ и эти формы отнюдь не представляютъ собою общаго типа, до котораго бы непременно доходило развитіе по крайней мѣрѣ большинства клетокъ. Напротивъ мы часто видѣли перемѣшанными безъ сколько нибудь опредѣленнаго расположенія, которое бы указывало, положимъ, на позднѣйшее происхожденіе нѣкоторыхъ формъ изъ высшихъ, всѣ виды веретенныхъ элементовъ, встрѣчавшихся намъ въ узлахъ. Даѣе мы не можемъ сказать, чтобы выше дифференцированные элементы узловъ, напр. встрѣчавшіяся намъ болѣе веретеннообразныя клетки, обнаруживали способность даѣе противустоять развначавшемуся обратному развитію. Наконецъ что касается промежуточнаго, интермедиарнаго въ тѣсномъ смыслѣ, вещества, съ болѣе или менѣе развитіемъ котораго стоитъ въ прямой пропорціональности прочность каждой ткани, по отношенію къ ея долговѣчности^{*)}, то оно, какъ мы видѣли, во всѣхъ частяхъ узловъ довольно бѣдно, и нельзя сказать, чтобы замѣтно увеличивалось по мѣрѣ высшаго дифференцированія клетокъ, такъ что всѣ узлы представляются болѣе или менѣе однородными и мягкими, имѣющими мозговиную консистенцію. Такимъ образомъ описанные нами узлы ни въ

*) М. Рудневъ, О бурюкахъ и бурюковидныхъ образованіяхъ, стр. 16—17. Сиб. 1893.

цѣломъ, ни въ элементарныхъ составныхъ частяхъ не представляютъ задатковъ долговѣчности, а потому и не могутъ быть причислены къ такимъ измѣняемымъ, которыя способны давать изъ себя и тѣмъ менѣе прямо переходить въ стойкія патологическія образованія. Самымъ очевиднымъ выраженіемъ этой неспособности служить творожистое распаденіе, обыкновенно начинающееся съ центра и за тѣмъ, хотя медленно, но непрерывно продолжающееся въ гуммозныхъ образованіяхъ до окружности. Слѣдовательно если вѣрно—въ справедливости чего впрочемъ едва ли можно сомнѣваться—мнѣніе Вирхова, что кѣтки гуммозныхъ узловъ, какой бы высоты онѣ ни достигли, въ высшей степени нестойки, немощны и подлежатъ быстрому распаденію, обыкновенно проявляющемуся въ непомогъ, часто творожисто-жировомъ, метаморфозѣ, и что ничто такъ не характеризуетъ гуммозный варостъ, какъ желтыя, мутныя, мертвыя массы¹⁾; то наши узлы не лишены и этого послѣдняго признака гуммозныхъ опухолей. Можно сказать больше: описанныя нами гуммозные опухоли легкихъ характеристичны на столько, что удовлетворяютъ всемъ признакамъ наиболее часто встрѣчающихся во внутреннихъ органахъ разновидностей этого рода новообразованій, именно мозговидной формы гуммозныхъ опухолей Вирхова²⁾ и мясистой Шассеняка.

Такъ ясно выраженная ограниченная жизнеспособность гуммозныхъ опухолей легкаго въ нашемъ случаѣ избавляетъ насъ отъ необходимости входить въ подробный разборъ одного, при большихъ гуммозныхъ узлахъ вѣроятно наиболее частаго, исхода, именно образованія изъ гуммозныхъ опухолей, путемъ творожистаго перерожденія и распаденія, полостей или пещеръ въ легочной ткани. Стоитъ только припомнить сходящій въ этомъ отношеніи съ нашими вышеприведенными наблюденія Рикора, Уилькса и Кебнера, чтобы понять, что разрушеніе ткани въ этихъ случаяхъ легко можетъ получить перевѣсъ надъ наклонностью къ рубцованію, не говоря о другихъ условіяхъ, лишь въ силу величины и мозговидной консистенціи гуммозной опухоли. Даже если понятію образованіе завертъ изъ гуммозныхъ узловъ легка-

го, то печего и доказывать, что возможны неблагоприятные исходы заболѣванія легкихъ гуммозными опухолями, какъ напримѣръ видѣть это Кебнеръ, и различныя другія послѣдовательныя страданія легочной ткани. Другой возможный исходъ гуммозныхъ опухолей легкихъ есть мѣстное рубцовое запустѣніе легочной паренхимы. Образованіе рубца послѣ сифитическихъ гуммозныхъ новообразованій есть самый частый видъ исхода по крайней мѣрѣ для нѣкоторыхъ органовъ, и слѣдовательно общезвѣстный. Впрочемъ мы воспользуемся нѣкоторыми особенностями двухъ изъ нашихъ гуммозныхъ узловъ, чтобы хотя приблизительно показать, когда и какъ происходитъ рубцованіе при мозговой или саркоматозной формѣ гуммозныхъ опухолей. Эти два узла, имѣвшіе величину небольшой горошины, отличались отъ остальныхъ тѣмъ, что въ нихъ, вмѣсто трехъ слоевъ, видны были только два, именно творожистый центръ и стрѣй ободокъ, при чемъ одинъ изъ узловъ представлялъ въ разсѣзѣ уже неправильно звѣздчатое очертаніе. Послѣдованіе центральной части не открыло въ ней переходныхъ степеней постепеннаго распаденія кѣточныхъ элементовъ, а показало лишь присутствіе мелкозернистой массы, богатой жировыми капельками, которая была довольно велика, слабо преломляла свѣтъ, вслѣдствіе чего представлялась матовыми, легко распадалась и съ слабыми щелочами быстро давали мыльную массу,—словомъ вся центральная масса представляла собою распавшій, по видимому, бывшій уже на пути къ всасыванію. Иначе содержалась окружающая часть. Здѣсь находились тѣже элементы, какъ и въ стрѣй слои вышеописанныхъ узловъ, но съ слѣдующими отличіями: преобладали надъ другими формами преимущественно веретенообразныя кѣтки, при томъ онѣ были раздѣлены большимъ количествомъ промежуточнаго вещества, частью уже ясно волокнистаго, частью еще однороднаго, но безъ малѣйшаго гдѣ либо помутненія; кромѣ того между рядами этихъ кѣтокъ находилась обильная сеть волосныхъ сосудовъ, сильно инфильтрованныхъ кровью. Мѣстами пучки новообразованныхъ кѣтокъ проходили сквозь всю массу узла и, раздѣляя творожистый центръ на нѣсколько меньшихъ участковъ, соединялись съ такими же пучками противоположной стороны. Въ звѣздчатомъ узлѣ эти пучки мѣстами, при одновременномъ удлинненіи и сглаживаніи контуровъ отдѣльныхъ кѣтокъ, уже сивались почти въ

¹⁾ Вирховъ, *Ученіе объ опухоляхъ*, т. II, стр. 276, Сиб. 1868.

²⁾ Тамъ же, стр. 327.

однородную, очень плотную, сильно преобладающую свѣтъ, волокнистую и слегка волнистую массу, при чемъ сосуды замѣтно суживались, — короче: звѣздчатый узелъ, кромѣ прочной грануляціонной ткани, представляла молодую рубцовую ткань, которая уже начинала сокращаться. Кромѣ того въблизи этого узла находились два бронха, которые были нѣсколько расширены и въ свободныхъ просвѣтахъ содержали небольшое количество катаральной массы съ примѣсно гнойныхъ клѣтокъ. Такимъ образомъ означенныя особенности этихъ двухъ узловъ убѣждаютъ насъ въ томъ, что мозговидныя гумозныя опухоли легкихъ, подобно сифилитическимъ новообразованиямъ въ другихъ органахъ, могутъ, когда большая часть распада удалена, окончиться рубцовымъ запустѣніемъ легочной ткани, при чемъ рубецъ развивается изъ наружнаго сѣраго слоя по общему типу превращенія грануляціи въ болѣе стойкую волокнистую соединительную ткань. Изъ нихъ ясно также и то, что эти рубцы, какъ болѣе сильно сокращающіеся вслѣдствіе бывшей потери ткани, способны вести къ нѣкоторымъ другимъ послѣдовательнымъ патологическимъ измѣненіямъ, напримеръ къ бронхоэктазіямъ. Слѣдовательно послѣ гумозной опухоли въ легкомъ, даже при благопріятномъ исходѣ, скорѣе, чѣмъ въ другомъ органѣ, остается *locus minoris resistentiae*.

Что касается наконецъ тѣхъ патологическихъ измѣненій, съ которыми гумозныя опухоли легкихъ могутъ быть смѣшиваемы, то кромѣ *peribronchitis* и хронической пневмоніи, легко могущихъ податься — по уже упомянутому замѣчанію Вирхова — поводъ къ ошибкѣ, можно назвать обезличенные метастатическіе инфаркты, когда они являются не въ кардинальной клиновидной формѣ, а изъ опухолей фиброиды, саркомы и лимфосаркомы. Въ нашемъ вопросѣ мы избавлены отъ первой случайности одновременнымъ съ гумозными опухолями присутствіемъ въ легкихъ разсѣянной хронической *peribronchitis*. Мелкіе, разсѣянные во всѣхъ доляхъ, плотные и слегка пигментированные узелки, въ центрѣ которыхъ замѣчались или углубленія, или настоящія отверстія, представляли образованийъ, совершенно отличныхъ отъ описанныхъ узловъ. Поперечные разрывы ихъ имѣли видъ большихъ вѣрочковъ, состоящихъ исключительно изъ старой волокнистой ткани, богатой мелкозернистымъ чернымъ пигмен-

томъ и кромѣ того содержащей довольно многочисленныя углестыя частицы неправильной формы. Внутренность этихъ вѣрочковъ представляла, смотря потому, были ли закупорены бронховъ или нѣтъ, или катаральную массу безъ творожистаго распада, что говорить противъ возможнаго мѣстнаго ожесточенія хронической *peribronchitis*, или отпавшій цилиндрической эпителий. Кромѣ того въ узлахъ, хотя бы и въ совершенно острой формѣ протекавшей *peribronchitis*, непременно нашлись бы тѣже углестыя частицы, тотъ же пигментъ и въ огромномъ большинствѣ случаевъ гной; ничего подобающаго не бываетъ въ гумозныхъ опухоляхъ. Что касается обыкновенныхъ формъ хронической пневмоніи, то мы скажемъ о нихъ при болѣе удобномъ случаѣ. Метастатическіе инфаркты легко отличаются при микроскопическомъ изслѣдованіи по общему количеству сморщенныхъ красныхъ кровяныхъ шариковъ и свободнаго бурого пигмента и по сильной и долго-продолжающейся коллатеральной гипереміи. Фиброиды, какъ самостоятельныя опухоли, очень рѣдки въ легкихъ и имѣють здѣсь, какъ и всюду, весьма характеристичное строеніе; короткія, кудравыя, сильно переплетенныя между собою волокна легко могутъ быть отличены даже отъ рубцовыхъ разрывовъ послѣ гумозныхъ опухолей. Фиброзы же запустѣнія послѣ мелкихъ лобулярныхъ гнѣздъ катаральной пневмоніи при тщательномъ изслѣдованіи обыкновенно обнаруживаютъ присутствіе остатковъ эпителия. Что касается различныхъ видовъ саркомъ, то они также рѣдко развиваются въ легкихъ первично, обыкновенно образуя узлы гораздо болѣе величины, чѣмъ гумозныя опухоли, и всегда сохраняютъ достаточное для распознаванія ихъ количество преобладающихъ въ нихъ элементовъ съ свойственнымъ каждому виду характеристическимъ расположеніемъ послѣднихъ. Наконецъ, можетъ быть, не лишнимъ будетъ упомянуть еще объ одной возможности смѣшать съ гумозными опухолями простыя воспалительныя гнѣзда, тѣмъ болѣе, что эта возможность скорѣе всего можетъ представиться въ случаяхъ подобныхъ нашему. Именно у помѣшанныхъ иногда, впрочемъ чаще, чѣмъ у другихъ больныхъ, могутъ попадать въ дыхательные пути мелкія частички пищи и проникать до мелкихъ бронховъ. Застѣвая окончателно, онѣ производятъ воспалительныя гнѣзда, могущія принять творожистый характеръ, и такимъ образомъ дѣ-

въ здоровомъ легкомъ образованіе, похожее на гумозный узелъ. Но эти весьма рѣдкія гѣзды даже макроскопически легко отличить: они обыкновенно соединяются съ бронхами, причемъ послѣдніе предъ гѣздой воронкообразно расширены и представляютъ синевато-бѣловое окрашеніе и флегмонозное набуханіе слизистой оболочки. Микроскопически самое гѣздо состоитъ изъ большаго количества отпавшаго эпитеція, смѣшаннаго съ гнойными клѣтками въ различныхъ періодахъ распаденія. Кромѣ того эти гѣзды, на сколько мы имѣли случай видѣть, могутъ встрѣтиться только въ нижнихъ доляхъ легкихъ.

И так возвращаясь къ тѣмъ результатамъ, которые дадо подробное изслѣдованіе различныхъ органовъ въ патолого-анатомическомъ отношеніи, мы будемъ имѣть въ трудѣ довольно старый сифилисъ, выразившійся распространенными затяжными интерстиціальными воспаленіями, равно какъ утолщеніями и сращениями мы серозныхъ оболочекъ, и цѣлымъ рядомъ гумозныхъ образований. Эти послѣднія, завися отъ одной, общей съ первыми, конституціональной причины, развились въ нѣсколькихъ частяхъ тѣла въ формѣ отдѣльныхъ, по всей вѣроятности, самостоятельныхъ опухолей, представлявшихъ въ каждомъ органѣ, согласно природѣ произшедшей ихъ причины, свойственныя отличія, которыя, по мнѣнію Вирхова, главнымъ образомъ сдѣлаетъ приписывать различнымъ мѣстнымъ особенностямъ поражаемой ткани-матери. Такъ гумозныя опухоли явились въ нашемъ случаѣ болѣе тѣмъ тѣмъ, на костяхъ и болѣе мозговымими въ легкихъ, а потому въ послѣднихъ онѣ сохранили большее количество и большую определенность и отчетливость свойственныхъ, характеризующихъ сифилитическія гумозныя новообразования, признаковъ. Опухоли легкихъ на основаніи этихъ вышеописанныхъ признаковъ суть грануляціонныя кѣлочковыя мозговые новообразования, происшедшія изъ промежуточной соединительной ткани легкаго по типу эмбриональнаго развитія, ни въ чемъ, ни въ элементарныхъ составныхъ частяхъ своихъ не представляющія задатковъ долговѣчности, а обнаруживающія неизбѣжную наклонность къ тѣмъ же тѣмъ-жировому метаморфозу, обуславливающія такимъ образомъ неустойчивую мѣстную потерю ткани въ органѣ, но не лишеныя впрочемъ способности,

по удалению распада, к излечению путем рубцования. Но такое определение гумозной опухоли легких, вполне второе для данного случая, но, нашему мнению, еще не дает права отрицать возможность развития в легочной ткани других разновидностей гумозных новообразований, тем более, что мы наблюдаем у Говина, Корина, Пизань-Дювеля, Бернштайма и Беера находятся довольно положительные указания на фиброзный и творничастый формы гумозных опухолей в легких. Другие формы могут повлечь в свою очередь отгичные от упомянутых нами исходы и т. п. Следовательно еще менее основательно предполагать, что изучение гумозных опухолей легких, избранъ исчерпывается отношением свиха к бибазным этих органов. Поэтому мы вполне разделяем давнее желание исследователей нить, например, указания на более определенных формы хатки, связанныя съ спонгическою дискразіею, тем более что, постъ того какъ бугорчатка уступила свое господство въ патологіи легочной хатки другимъ менее сложнымъ болъзненнымъ процессамъ, исследование зависимости последней отъ другихъ причинъ и соответственныхъ этихъ причинъ анатомическихъ проявленій ея приобрѣтало совершенно новый интересъ.

Многогыздное грануляционное заустъіііе легочныхъ альвеолъ.

Этими немногими словами вполне выражается, если не сущность, то, по крайней мере, главная особенность одной, по виду, отдаленной формы сифилитического заболевания легочной ткани, которое в высших степенях своего развития не редко сопровождается подмым комплексом изменений въ трупъ, свойственным легочной чахоткѣ въ ее обыкновенныхъ проявленіяхъ.

Въ историческомъ отрывкѣ мы уже имѣли случай показать, что въ чахоткахъ исследователей относительно тѣхъ формъ заболевания легочной ткани сифилитическаго происхожденія, гдѣ она поражается in toto, и которыя состоятъ исключительно въ болѣе или менѣе обширныхъ разраженіяхъ соединительной ткани, описаны два ряда изменений, сходные между собою по существу, но различные по проявленіямъ. При тѣхъ и другихъ измененияхъ нововозрожденіе соединительной ткани представляется не только

главным и преобладающим, но и исключительным явлением, следовательно обнаруживается до некоторой степени поглощающий характер, но при этом на всегда сохранять, какой бы высоты развития ни достигала новообразованная ткань, сильную склонность к распаденю, что в особенности свойственно гетерологическим образованиям и тем следовательно отличаются эти изменения от обыкновенных форм интерстициальной пневмонии. Но в одном случае новообразование достигает лишь низших степеней прогрессивного развития и, оставаясь по преимуществу клеточковым образованием, быстро подвергается распаденю. В другом, рядом с медленным регрессивным метаморфозом, в нем возможна преемственная смена генераций, вследствие чего новообразованные элементы в некоторых местах достигают высших степеней развития и изменение является волокнистым.

Первый из этих двух рядов изменений относится именно к вышеупомянутой форме и будет предметом нашего ближайшего изследования и описания. Особенность этой формы, как мы уже отчасти видели, не осталась вовсе без внимания исследователей; так Мартини и Корниль при описании этого ряда изменений замечают, что альвеолы были сжаты, местами совершенно сдавлены, Вагнер говорит, что они частью совершенно исчезли, частью значительно — в 4—6 раз — уменьшились в объеме. Вирхов при описании творожистой пневмонии сифилитиков говорит, что «можно проследить разрастание новообразованной соединительной ткани и в строму альвеол». Но так как в большинстве относящихся сюда случаев имело в виду дать изменению совершенно определенную характеристику и таким образом поставить его в ряды уже более или менее хорошо известных патологических образований, то одни исследователи, например Мартини и Корниль, назвали эту форму «интерстициальной пневмонией в высокой степени», другие, как Вагнер, а за ним и Ферстер, свойственные ей явления описывают под общим названием «сфилзомы». В том и другом случае теряется истинное значение обуславливающего ее патологического значения. Только Вирхов, не предприняв вопроса, остановился на том выводе, что в легких сифилитиков бывают творожистая пневмония, похожая на гумозную обра-

зования, и что с ними-то следовательно и выжест всего ближе вопрос о сифилитической чахотке. Впервые существенная особенность этой формы определенно указана нашим многоуважаемым наставником проф. Рудневским; при разборке одного патолого-анатомического, в высшей степени сложного, случая он наблюдал узелки в плевры и особенно в легких с характером милиарных гумозных опухолей и описать их следующим образом: они состояли из молодой соединительной ткани, богатой круглыми и звездчатыми клетками, которая, разрастаясь постоянно в окрестности узла, разрушалась непосредственно в центр его; при этом на некоторых узелках именно в распадающемся центре, можно было видеть, что разрушению подвергается соединительная ткань, состоящая из волокон запустевших сосудов и клеток, и развивавшаяся как между легочными альвеолами, так и в полости их, причиняя точно такое же сращение стенок альвеол, какое бывает между серозными пластинками больших полостей — плевры, брюшины и т. п. Таким образом относительно творожистой формы сифилитической чахотки неизбежно возникает вопрос: существуют ли достаточные анатомические особенности этой формы, чтобы отделять ее от обыкновенных видов чахотки, и, если существуют, насколько они зависят от характеристичных для сифилиса гумозных образований?

На первую половину вопроса для всякого, кто примет во внимание фактическую сторону известных в литературе наблюдений, находится в последних почти утвердительный ответ, решения второй части вопроса будем искать в изследованных нами случаях, к описанию которых и переходим.

Наблюдение II. Myocarditis gummosa. fibronodosa ventr. dextri.
Nephritis interstitialis lobularis cicatricosa. Cicatrices
linguae, palati molli etc.

Родовой Николай Егоровъ, 38 летъ, поступилъ 15-го мая 1869 г., умеръ 27-го июня Pneumonia catarrhalis.

Вскрытие: Мягкая мозговая оболочка отечна, по направлению продольной борозды большого мозга усажена многочисленными паховыми грануляциями, отделяется легко; извилины мозга местами атрофированы, ткань блѣдная, мягкая; боковые желудочки умеренно раздуты серозной

жидкостью, *erenduma* утолщена, имеет студенистый вид, на *septa pelluc.* зерниста; *plexus choroid.* утолщены и содержат серозные кисты, величиною до конопляного зерна. На почках *gland. pineal.* многочисленные неаммозитозные образования. Сосуды основания слегка склерозированы. *Striae acaust.* совершенно изглажены. — Сердце нормального объема, на поверхности покрыто, в особенности по бороздам, довольно толстыми слоями атрофированного и слегка отечного жира. Стенка правого желудочка толще нормальной, в толще перегородки просвечивают рассеянные желтые пятна, неправильной формы, выходящие в разрывы в виде сырых, плотных узелков, величиною в конопляное зерно; между trabeculaми у верхушки находится различной величины фибриозные кисты, с очень тонкими стенками и мелкозернистою массою в центре; заслонки без изменений. Стенка левого желудочка истончена, мускулатура бледна и дрябл, *endocardium* мутно; двусторонняя заслонка впаду значительно утолщена, мѣстами сухожилия; клапаны аорты при основании и intima мѣстами склерозированы. При микроскопическом исследовании упомянутых узелков встречается много волокнистой ткани, весьма бедной сосудами и состоящей из длинных разнообразно переплетенных блестящих пучков. Мѣстами среди этих пучков встречаются промежутки, заполненные мелкозернистою с блестящими каплями массою. Мышечная волокна тонки, с весьма слабою очерченностью и пропущены темными очень мелкими зернышками, в периферии узелков иногда раздвинуты волокнами соединительной ткани, содержащей в незначительном количестве круглые кѣтки, величиною в белый кровяной шарик. — Селезенка слегка увеличена в объеме, сумка сморщена, представляет волокнистую рассеянную утолщенную, мякоть ее бледна, неравномерной плотности; около *hilus* представляет многочисленные волосные интравазаты. — Печень мала, сумка утолщена, на лѣвой доле находится несколько плотных углублений, от которых распространяется рубцовая ткань внутри паренхимы; ткань довольно плотна, слегка отечна, в разрыв мускула. На обеих рубцовых пахатах старая волокнистая ткань, распространяющаяся от нег отростки состоят из тонких волокон, сильно зернистых, блѣднющих от укуса кислоты и оставляющих после себя блестящие зернышки; ущемленная между ними кучки цитоплазматических кѣток частью желтого, частью буроватого цвѣта, самки кѣтки малы, закруглены, пигментированы, мѣстами диффузно окрашены желчно, контуры аорты большею частью изглажены. В остальных мѣстах количество промежуточной

ткань увеличена, по направлению вѣтвей воротной вены она мѣстами богата кѣточными элементами. — Почки малы, сумка легко отдѣляется; на лѣвой находится довольно значительное воронкообразное рубцовое втягивание, с тѣми же свойствами какъ и в печени; ткань блѣдна и плотна, границы между корковымъ и сосочковымъ слоем изглажены. Микроскопъ обнаруживаетъ обычное развитие промежуточной ткани, распространяющейся между мочевыми канальцами в видѣ тонкихъ, сдвигивающихъ волосные сосуды, волоконъ, богатыхъ жирными зернышками, которые особенно хорошо видны на поперечныхъ разрывахъ между сохранившимися еще просветами нѣсколькихъ служебныхъ мочевыхъ трубок. — На правой боковой поверхности ялика замѣчается довольно значительное рубцовое сгѣпывание. Слизистая оболочка дѣла и мягкая небная запявка утолщены; послѣдняя представляетъ в разрывъ много волокнистой ткани и увеличенные желѣзы в видѣ сырыхъ узелковъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи желѣзы представляются большею частью в видѣ замкнутыхъ пузырьковъ, наполненныхъ коллоидною массою съ мелкозернистымъ расплывомъ и блестящими жирными каплями; мышечная волокна истончены и впадаютъ в видѣ блѣдныхъ мелкозернистыхъ пучковъ, расположенныхъ в старой склеротической соединительной ткани, в которой лишь мѣстами попадаются островки жирной кѣтчатки. — Слизистая оболочка желудочно-кишечнаго канала очень блѣдна, рыхла и покрыта большимъ количествомъ строй тягучей слизи. В правую паху и во многихъ мѣстах на кожѣ находятся рубцы, нѣсколько пигментированные въ окрестности. На крестцѣ расположенъ обширный рубецъ съ утолщеніемъ по окружности. На лѣвой ягодицѣ плоское утолщеніе кожи, на пространствахъ мѣдной пятникопечной монеты, покрытое мелкими чешуйками; кожа в разрывъ до рыхлаго подкожнаго жирнаго слоя, толщиной выше трехъ линий; сосочки представляются при изслѣдованіи расширенными у верхушекъ, очень богаты мелкими грануляционными сильно преломляющими сѣть кѣтками, между которыми содержатся зернистая кровяная пигмента; сосуды ихъ малы; слизистый и особенно индурмидиальный слой сильно развиты. — Лѣвое легкое срачено съ грудою стѣною по всей поверхности старыми, очень плотными, долями перепонками; утолщеніе плевро мѣстами, особенно по заднему краю верхней доли, достигаетъ в толщину около трехъ линий. Нижний край нижней доли прорѣзанъ многочисленными очень глубокими перетяжками, вслѣдствіе чего представляется какъ бы раздѣленнымъ на нѣсколько мелкихъ долекъ, выходящихъ изъ

узловъ, величиною до грецкого орѣха; нѣкоторые изъ этихъ узловъ совершенно отдѣлены другъ отъ друга очень плотною рубцовою тканью, которая, распространяясь на значительную глубину въ паренхиму органа, даетъ отъ себя нѣсколько расходящихся отростковъ, такъ что вся перемычка получаетъ въ разрѣзъ видъ клина, обращеннаго кнаружи острою верхушкою, а кнутри широкимъ основаніемъ. Объемъ легкаго уменьшается, ткань довольно плотна, съ трудомъ рѣжется, на поверхности разрыва представляетъ множество узловъ сѣраго и желтаго цвѣта, величиною отъ конопянаго зерна до зѣснаго орѣха, очень плотныхъ, пропущенныхъ выстоящими надъ поверхностью разрыва болѣе мелкими бѣловатыми узелками, дающими при скоблении по немъ тюркустную массу; нѣкоторые изъ большихъ узловъ распались въ центрѣ и образовали полости величиною до кедроваго орѣха. Проходящая ткань въ окрестности узловъ представляетъ многослойную полосу сѣраго цвѣта. Бронхи всюду расширены, слизистая оболочка ихъ утолщена, рыхла и гипертрофирована кровью. Правое легкое сращено съ грудною стѣнкою у верхушки и заднимъ краемъ нижней доли, представляетъ тѣже измѣненія въ нисшей степени развитія; въ нисшей доль его находятся лишь разсыпанные сѣрые узелки отъ просынаго зерна до конопянаго. Ложныя перепонки, обуславливающія утолщеніе и сращеніе, листовъ плевры, состоятъ изъ грубоволокнистой соединительной ткани, толстыя волокна которой расположены въ болѣе частыхъ случаяхъ параллельно поверхности органа; между ними во многихъ мѣстахъ находится довольно обширные островки болѣе пѣтной, также волокнистой, ткани, очень богатой кѣтками, болѣею частью круглыми, величиною не болѣе пшеничнаго шарика, съ большими рѣзко очерченными ядрами. Всюду замѣчается довольно обильная сосудистая сеть, наполненная кровью; болѣе крупныя сосуды расположены среди старыхъ чучковъ; стѣнки ихъ на поперечныхъ разрывахъ очень толсты, но не обнаруживаютъ, подобно нормальнымъ сосудамъ, раздѣленія на отдѣльные слои, а напротивъ состоятъ какъ бы изъ весьма однородной пѣтно-волокнутой ткани. Просвѣты нѣкоторыхъ, не смотря на содержаніе крови, имѣютъ звѣздчатую форму и следовательно нѣсколько сжаты. Мѣстами здѣсь встрѣчаются также совершенно сходные съ поперечными разрывами сосудовъ кружки, состоящіе изъ правильно кругообразно расположеннаго грубоволокнистаго слоя въ периферіи и изъ болѣе молодой, богатой звѣздчатыми и круглыми кѣтками, соединительной ткани въ центрѣ; кружки эти, могущіе симулировать заступающіе сосуды, не содержатъ впрочемъ форменныхъ составныхъ частей крови, а часто

соединяются съ толстыми пучками старой кѣтъчатки и въ такомъ случаѣ представляютъ собою нетипичное расхожденіе ихъ и вѣтвленіе на болѣе тонкія волокна. Количество этихъ кружковъ, равно какъ и вообще количество упомянутой пѣтной волокнистой ткани, богатой молодыми кѣтками, постепенно увеличивается по мѣрѣ удаленія отъ периферіи и наконецъ переходитъ въ обильное сиденіе волокнистыхъ стѣей. Волокнистые сосуды тамъ, гдѣ преобладаютъ круглыя грануляціонныя кѣтки, обыкновенно широки; но по мѣрѣ скупчанія ихъ, наступающаго одновременно съ появленіемъ звѣздчатыхъ и веретенообразныхъ элементовъ, суживаются и мѣстами дѣлаются совершенно непроходимыми, представляя въ видѣ свѣтлыхъ полосокъ, въ которыхъ лишь изрѣдка замѣчаются кучки или коротенькіе столбики кровяныхъ шариковъ, въ болѣе частыхъ случаяхъ потерявшихъ правильную форму и сильно сморщенныхъ. Это сдѣланіе мелкихъ сосудовъ и скупчаніе кѣтокъ, по видимому, предшествоуетъ помутнѣнію ткани, которое иногда вовсе не позволяетъ различать кѣточные элементы, но въ такихъ мѣстахъ плевры и отростковъ ея въ ткань легкаго послѣ дѣйствія уксусной кислоты можно обыкновенно различить ядра кѣтокъ и тонкія волокна промежуточной ткани, вносящей разбухающія и принимающія видъ бѣлыхъ, слегка зернистыхъ, полосокъ. Запущенные волокнистые сосуды, которые также можно видѣть на мѣстѣ помутнѣнія, уничтожаемаго дѣйствіемъ уксусной кислоты, отличаются отъ этихъ зернистыхъ волоконъ промежуточнаго вещества болѣею шириною стѣнчатыхъ или полосокъ и присутствіемъ довольно большихъ овальныхъ ядеръ, расположенныхъ продольными осями параллельно направленію полоски. Запущенныя сосуды болѣе толстаго калибра, по видимому, предшествуютъ накопленію въ ближайшемъ соседствѣ съ ними въ гораздо болѣе большомъ количествѣ звѣздчатыхъ и веретенообразныхъ кѣтокъ; эти послѣднія располагаются правильными прямыми пучками съ весьма малымъ количествомъ промежуточнаго однороднаго вещества и тѣсно прилегаютъ къ стѣнкѣ сосуда; въ просвѣтѣ такихъ болѣе широкихъ сосудовъ гораздо чаще, нежели въ волокнистыхъ сосудахъ, встрѣчаются остатки крови. Отдѣленные соединительнотканными перемычками мелкія дольки, расположенныя при острыхъ краяхъ легкиихъ, представляютъ при микроскопическомъ изслѣдованіи въ сущности тоже строеніе, но здѣсь беретъ нереже грануляціонная ткань, очень богатая молодыми круглыми

клетками. Они отличаются от отростков эпидермы присутствием большого количества черного пигмента, большую часть меланокератинового, в котором лишь периферия покрывается угольчатой, по видимому, угольной пластинкой. Этот пигмент располагается то свободными пучками, то полосками по направлению довольно крупных кровеносных сосудов; гораздо реже он находится в волокнистых пучках, имеющих вид неполовых колец и напоминающих собою поперечные разрывы мельчайших бронхов или перегородки, разделяющие входные отверстия альвеолярных ходов, и в этих случаях содержит гораздо больше угольных частиц. Далее, кроetz пигмента, в грануляционно-запущенных дольках легочной ткани замечаются эластические волокна в вид отдельных нитей и пучков, имеющих иногда серповидную форму, на подобие эластического сплетения альвеолярных стенок; но эти пучки никогда не закаливаются сами в себя и не образуют, соединяясь между собою, промежуток, похожих на легочные альвеолы. Междоузелье перекладыв здесь также нельзя различить, хотя между клеточной грануляционной тканью довольно попадаются толстые пучки, в которых веретенообразия звездчатых и круглых грануляционных клеток расположены между волокнами старой соединительной ткани. Соответственно увеличению в числѣ устойчивых новообразованных элементов соединительной ткани здесь увеличено также количество гиад регрессивного метаморфоза в ней. Описанные выше помутнения занимают большая пространства, сверху того здесь находятся творожистые гиады, видимые даже и простым глазом и представляющиеся в вид желтоватых точек и полосок; расположенные между ними пучки более старой соединительной ткани обнаруживают явления жирового перерождения. Творожистые массы имеют вид совершенно сухих, ломких, сыровидных продуктов, нередко заключающих в себя остатки эластических волокон и запущенные сосуды. Образования полостей с характером каверн, равно как присутствия натуральных масс, как это бывает при обыкновенных формах пневмонии, не обнаружено не смотря на самое тщательное исследование, так что для большинства запущенных долек необходимо допустить полное разобщение их с прилежащею легочною тканью. Гораздо более сложное устройство представляют узлы, расположенные в глубинѣ легочной паренхимы, хотя в сущности они сохраняют тот же характер. В больших узлах, которые еще не перешли в образование полостей, при тщательном разсматривании простым глазом нередко замечается разделение

на несколько различных по наружному виду слоев: за центральной творожистою массою лежит обыкновенно довольно широкий стрый слой, слегка углубленный; снаружи от него иногда замечается более рыхлый красноватый слой; выстланный над поверхностью остальной ткани узла; наконец за ним следует самый наружный слой, обыкновенно очень тонкий, неполой, т. е. не имеющий вида кольца и еще более стрый; он или посылает в паренхиму звездчатые отростки, соединяющиеся с междоузельными перекладками, или окружает разрыхленные строватыми гиадами, которые совершенно одинаковы с одиночными узлами, встречающимися в малозатронутых частях легкого. В окрестности меньших стрых узлов, в центр которых уже находится впрочем желтая точка, замечается или слабое налитие сосудов в формѣ более редкого окрашения ткани, или роль красной гиады гиад. Различному наружному виду отдельных гиад и описанным слоев в больших узлах соответствует различный элементарный состав их, так что подобный микроскопическим исследованиям открывается преобладание изменений. Центральная часть больших узлов, равно как и желтая точка меньших, состоят из меланокернистой творожистой массы, богатой блестящими жирными каплями и сморщенными, сильно зернистыми, круглыми грануляционными клетками, а также свободными ядрами; количество этих клеток, наименьшее в центр, постепенно увеличивается к окрестности этой части, где оно уже берет начало в меланокернистых распадах, и наконец незаметно переходит в помутневшую лишь желтыми грануляционную ткань строго слоя. Эта послѣдняя состоит, кроме круглых, из звездчатых и веретенообразных клеток и содержит запущенные волосные сосуды и эластические волокна в вид отдельных нитей, идущих обыкновенно с более широкими волосными сосудами, которые имеют вид светлых полосок, местами расширятся и содержат коротенькие столбики сильно вытянутых красных кровяных шариков, или теряются в мелких кучках помутневших эластических волокон, вместе с частью прилежащими к описанным полоскам и расположенными в несколько рядов веретенообразными клетками, образуют ряд пучков, сходящихся и расходящихся то под острыми, то под более тупыми углами, где клетки наиболее тѣсно скучены и при том различные виды их перемешаны между собою. Промежутки между такими пучками, отличающиеся разнообразіем клеток, очевидно заключающим от высшего дифференцирования их, выношены преимущественно круглыми грануляци-

ными клетками с небольшою приростом эластичных элементов и представляют между ними ясно видимое волокнистое межклеточное вещество. Взаимное расположение описанных пучков, форма означенных промежутков, равно как остатки эластических волокон, открываемые помощью уксусной кислоты в центральной творожистой массе, иногда напоминают собою форму перегородок между легочными альвеолами. Сморщенные красные кровяные шарики, редко и одиночно встречающиеся в центральной массе и по местам заложены мелкими кучками в прилежащей к ней помутневшей грануляционной ткани, от действия этого реактива, равно как от продолжительного пребывания в воде, весьма редко разбухают так, как это наблюдается в более связных частях узлов и в неизменных сосудистых тканях. Совсем иной характер, чем в описанном строме слой, иметь вышеупомянутый третий, красный, красбуурый, слой больших узлов и представляющая признаки красной генатизации легочная ткань, которая окружает меньшие, еще почти строме, узлы, одинаковые по внутреннему составу с только что описанным строме слоем. Здесь преобладают как бы реактивные явления, вызванные может быть суммою причин, характеристичных для начавшегося обратного развития новообразованной ткани, с которыми мы сейчас имеем случай познакомиться. Там, где в окружающей строме слое замечается только красноватое окрашение ткани, волосные сосуды несколько суженных альвеол налиты кровью и как бы выдаются за край перегородок, слегка утолщенных, но без инфильтрации клетками; в самых альвеолах лишь местами замечается присутствие спавшихся шариков. Другой вид получает это изменение в красбууром поясе больших узлов. Здесь альвеолы растянуты большим количеством крупных, редко незначительно пигментированных, слизистых шариков с небольшою приростом красных кровяных шариков; иногда же последние преобладают и почти совершенно вытесняют альвеолы, как это описано Мартини и Коринлем. Волосные сосуды потеряли свою извилистость, как бы вытиснуты и сдавлены, и представляются в виде диффузно окрашенных бурным цветом полосок; перегородки альвеол несколько шире, чем в предыдущем случае, и от действия уксусной кислоты, при одновременном помутнении катарральной массы и изредка едва заметного набухания эластических волокон, местами остаются между последними, особенно в углублении, по несколько мелких круглых ядер. С увеличением творожистой массы в центр узла,

этот катарральный слой также принимает строме оттенок и некротизируется, но там, где образовались полости, стенки последних не представляют непрерывного слоя катарральной массы, а состоят преимущественно из помутневшей и творожистой измешанной грануляционной ткани, при чем иногда наблюдается в незначительной степени также гнойная инфильтрация прилежащих к кавернам пучков старой волоконистой клетчатки. Наконец, что касается отношений бронхов к этим полостям и силовым большим узлам, то нельзя указать на какое-либо определенное взаимное между ними расположение. Полости обыкновенно сообщаются с одним мелким или несколькими мельчайшими бронхами, при этом тѣ и другіе проходными и в стѣнках своих не обнаруживают значительной клеточной инфильтрации, хотя количество волоконистой клетчатки, иногда богатой меланотическими массами, около более крупных из них не редко бывает увеличено. В окружности больших, но неизмешанных, узлов, по видимому, чаще встречаются только мельчайшие бронхи, и они всегда закупорены катарральной массой, в весьма редких случаях несходно с тем, какою выполнять альвеол красбуурого слоя, т. е. более или менее творожистого. В самой строме, наружной, части больших узлов, равно как и окружающих ее мелких гнѣздах, изменения снова принимают тот характер, с каким являются в строме слое, прилежащем к центральной части; следовательно здесь начинают тот ряд изменений, которому образы своим происхождением эти узлы и с которыми мы уже отчасти знакомы. Но так как упомянутый слой и соединенный с ним гнѣздъ совершенно сходны по внутреннему составу с одиночно разбѣянными в неизмешанной легочной ткани мелкими строме узелками нижней доли праваго легкаго, то мы и опишем только эти узелки, как самое вѣроятное, возможное, начало заблѣвания, тѣмъ болѣе, что въ этихъ узелкахъ гораздо удобнѣе изучать юныя измѣненія легочной ткани, чѣмъ въ окружности большихъ узловъ, около которыхъ молодыя клеточные элементы несравненно скорѣе подвергаются обратному развитію. Нѣкоторые изъ этихъ узелковъ съ перваго взгляда очень похожи на милиарные бугорки; они желтоваты и обыкновенно довольно круглы. Другіе напротивъ имѣютъ видъ скорѣе мелкихъ гнѣздъ красной катарральной генатизации, какія наблюдаются иногда при полуострыхъ формахъ воспаления мельчайшихъ бронховъ (bronchitis capillaris). Но микроскопъ сразу разрушаетъ таковыя предположенія, и, какъ нельзя лучше, обнаруживаетъ въ этихъ узелкахъ именно ту существенную ана-

томическую особенность, на которую мы указали уже в начале описания этой формы сифилитического заболевания легких. Из этих и других узелков получается на микроскопических препаратах исключительно грануляционная ткань, богатая круглыми, звездчатыми и веретенообразными клетками и содержащая обыкновенно большое количество мелких, преимущественно волосных сосудов, так что вся разница между ними, видимая для простого глаза, легко может быть сведена на меньшее наличие последних и на преобладание клеток в стрых узелках сравнительно с красными. По этому самым узелкам можно принять за продукты обострившегося хронического интерстициального воспаления легочной ткани, т. е. за поперечно перерезанные междолевчатые полоски промежуточной соединительной ткани, находящейся в различных степенях гиперпластического разрастания. Однако и это, во всяком случае, больше искусственное предположение, как показывать более подробное исследование узелков на тончайших разрезах, также не может иметь места. В более молодых, именно в красных, узелках можно видеть нормальную строю легочной ткани. Перегородки альвеол утолщены, сосуды их полны кровью, углы расхождения самых перегородок и вторичных, более тонких, перекладки расширены, вследствие чего полости несколько сужены и имеют не одинаковую величину и неправильную угловатую форму, иногда даже вытянуты наподобие длинных, но узких, щелей. Между волосными сосудами и эластическими волокнами, как в перерезанных толстых перегородках, так и в тонких перекладках, расположенных по плоскости, видно множество образовательных клеток с блестящими ядрами и весьма тонкими однородными сном протоплазмами и круглых грануляционных клеток, отличающихся несколько большей величиной и значительно сравнительно с первыми бедностью, равно как и несколько меньшим сопротивлением действию реактивов. При этом местах, где клеточная инфильтрация не так сильна, можно даже различать, что образовательными или индифферентными клетки в большем числе встречаются в толстых перегородках и особенно в углах расхождения их, напротив грануляционная преобладают между тонкими перекладками, растянными по плоскости, и разделены очень пыльным промежуточным веществом на несколько мелких кучек. При действии уксусной кислоты остаются от этих и других ядра приблизительно одинаковой величины и совершенно ясно выступают непрерывными участия в процесс эластических волокон, принадлежащих строю легочных альвеол. Несравненно труднее убь-

даться в том, что грануляционная ткань развивается в самых альвеолах, именно в соединительной ткани стромы их, на более старых стрых узелках и особенно на тех, которые уже содержат больше или меньше обширные помутнения и творожистую массу, как продукты наступившего регрессивного метаморфоза. Тончайшие разрезы из этих узелков представляют только грануляционную ткань, в которой проходит частью заупокоившиеся сосуды, в виде уже известных нитей полостей, частью еще содержащих кровь, по-видимому более крупными, веточки их, обыкновенно уже сдвинуты и иногда прерывающиеся такими же эпитальными полосками, и местами замечаются обыкновенно очень узкие щели, то полулунные, то больше прямые. Если при таком разрезе через узелок не выливается, нередко находящаяся в нем, мелкозернистая масса, то она раздвигается упомянутыми щелями, которая здесь гораздо шире, на несколько островков, обыкновенно имеющих самую разнообразную форму. Но иногда эти островки имеют круглую и эллиптическую форму и таковы образом напоминают разнообразно перерезанные легочные альвеолы, а разделяющие их щели нередко соединяются с подобными же щелями перешагнувшей еще молодой грануляционной ткани, богатой круглыми, мелкими, веретенообразными и отчасти звездчатыми клетками, которая заложена в нитно-волокнистом мелко-клеточковом веществе. Это соединение тем более важно, что как в промежуточных между островками мелкозернистой массы, так и в щелях, разделяющих на отдельные участки прилежащую к ней грануляционную ткань, часто можно видеть эластическая волокна, по форме и расположению совершенно одинаковы с теми, какие заложены в нормальных перегородках легочных альвеол. Действительно, на более широких микроскопических отрезках, рассматриваемых при небольших увеличениях, мы получаем из стрых узелков такую картину, которая не составляет ни малейшего сомнения в том, что легочные альвеолы здесь выключены грануляционную тканью на подобие того, как они выпадают выпотом при крупозной и санието-гнойной массе при катаральной пневмонии; с тем только отличием, что наличие сосудов в этом случае гораздо меньше полно и не сообщает ткани общего обращения. Мы получаем именно группы тесно прилежащих друг к другу, большей частью круглых и овальных, бляватожелтых островков, напоминающих собою поперечные разрезы долек трапециевидной желтой; между ними находят более едкие, очень узкие, про-

межутки, идущие вдоль пучков, в которых проходят кровеносные сосуды и взаимное расположение и форма которых совершенно сходны с сетью легочных альвеолярных перегородок. Места, соответствующая положению вторичной массы в этих группах, представляются в вид желтых пятен, совершенно лишенных сосудистой инфиляции. — По окончательное убеждение в том, что болезненный процесс начинается внутри легочных долек и новообразованная ткань занимает самая альвеолы, приобретает лишь расщеплением тончайших отрезков и изучением препаратов при обыкновенном увеличении (в 300 раз). При этом способе приготовления препаратов из сырых узелков часто получаются грушевидные и колбовидные тела, величиною в Малингиев клубочек почки, состоящие исключительно из грануляционной ткани, весьма богатой круглыми грануляционными клетками, с небольшим количеством фибриновидного промежуточного вещества. Тела эти на окружности еще местами окружены плотно пристающими к ним серовидными дугами эластических волокон и обыкновенно соединяются довольно тонкими и короткими стебельками, состоящими из пучков той же волокнистой ткани, то перетекающих в клеточки, как между собою, так, и при том гораздо чаще, с утолщенными и инфильтрованными большим количеством молодых грануляционных клеток перегородками легочных альвеол. Иногда в стеблях такого тела находится скатый волосной сосуд с несколькими выходящими по длине его красными кровяными шариками, равно как и в самих телах иногда можно видеть светлые полоски, на местах которых после продолжительного действия уксусной кислоты замечается ряд овальных ядер, продольными осями расположенных параллельно направлению полоски. Атипичного расположения этих тел, подобного тому, какое описал Ферстер, для эпителиальной формы зачатия легочных альвеол у новорожденных сифилитиков, нам не удалось встретить. Поэтому сообщение грануляционно-зачатных частей долек с мелкими брощами сомнительно. Но во всяком случае упомянутые тела на столько характеристичны сами по себе, что не могут быть смешаны ни с эпителиальными пробками, свойственными только что упомянутой форме или обыкновенному катарру, ни с вылитыми пробками легочных альвеол, как и получаются напирям при крупозной пневмонии, потому что в том и другом случае мы будем иметь простой скученный элементов, а не организованную ткань, как при грануляционном зачатии легочных альвеол.

Ряд описанных нами изменений, начиная от самых старых из них, каковы рубцовые перетяжки на острых краях легкого и большие узлы в паренхиме, местами перешедшие в образование извешных полостей, до строения самых мелких, молодых или первичных, разветвленных, узелков, позволяет нам составить для этого частного случая довольно вероятное, впрочем схематическое, представление о последовательности патологических процессов, обусловивших расстройство легочной паренхимы. В глубинах паренхимы появляются стрые узелки, состоящие из грануляционной ткани, обнаруживающей сильную наклонность к распаденю; образованию их, по видимому, предшествует период усиленного притока крови к данному месту: сжатие (atelectasis) альвеол с одновременным исчезанием выстилающего их эпителия и с появлением образовательных и круглых грануляционных клеток в перегородках и строит пузырьков. С появлением продуктов регрессивного изменения в центр узелков наступает катаральное поражение окружающей их паренхимы, соединенное с освобождением в незначительном количестве красных кровяных шариков в полость альвеол. Накопление катаральных продуктов, подобно скучению грануляционных элементов в первичном узелке, ведет к запусанию сосудов и некротическому изменению в общей массе узла. Умершие, вследствие начавшегося обратного развития, участки паренхимы секвестрируются путем вторичного развития, на подобие диссеминированных узелков гетерологических злокачественных опухолей, совершенно сходных с первичными узелками грануляционных новообразований в ближайшей окружности узлов, к чему в период образования полостей иногда присоединяется нагноение. Всему этому в данном случае предшествовало затяжное воспаление с последующим утолщением обеих листов грудной плевы, равно как незначительное промежуточное волокнистое разрастание соединительной ткани в легких. Но эта схема, как уже было замечено, не составляет общего правила.

шими пучками среди уменьшенных печеночных клеток. В латой дола между островками сильно уменьшенных и интенсивно окрашенных желтым цветом печеночных клеток расположены толстые пучки соединительной ткани, между отдельными волокнами которых, особенно вблизи, и звездчатые клетки, частью содержащая мелкия капилляры жира, частью же инфильтрированные большими каллиями; кроме того по местам встречается присутствие мелкозернистой массы. — Почти незначительно уменьшены в объеме, у поверхности их расставны просовидная серозная ткань плотна и блдкая. Количество промежуточной ткани увеличено, причем преобладающую часть являются блдкая, слегка зернистая, толстая; эпителий мочевых канальцев в состоянии набухания, мутноват, бороздки и по краям его рубцовые углубления, у корня расставны во множестве увеличенные фолликулы; гроздовидная ибонная желтаз также гиперпрофирированы и коллоидно перерождены. — На слизистой оболочке желудка расставны извы величиною до двух линий в диаметр, сь утолщенными и отвороченными краями. Слизистая оболочка толстых кишек аспидным белым с аспидным окрашением в окружности. В латой пахового складки, параллельно Пупартовой связки, также обширные, сильно сморщенные, рубцы. На нижних конечностях, особенно на голених, многочисленные рубцы, из коих многие окрашены в краснокарасный цвет.

Правое легкое срощено с грудною стянкою по всей поверхности, плефра утолщена. Верхняя дола почти совершенно непроходима, у верхушки разрушена пещерами, в остальной части плотна, в разрезе усевана желтыми и сьрыми гиздами, величиною от конопляного зерна до льевого ореха. Средняя дола также непроходима вследствие таких же гиздов. Нижняя большую часть проходима и содержит расставнная гизда, а в верхней части у заднего края пещеру, величиною в грецкий орех, наполненную жидкою, строватою, гноевидною массою. Слизистая оболочка бронхов утолщена, аспидная и покрыта гноевидною слизью. Льеое легкое очень объемисто, в высокой степени эмфизематозно, почти всюду проходимо, изрядка только содержит небольшие гизда, величиною в конопляное зерно, довольно плотная, желтого цвета. Слизистая оболочка гортани и дыхательного горла весьма утолщена, блдкая и шероховатая. — В наименьших узелках, именно в периферических частях их, перегородки альвеол сильно утолщены и проникнуты довольно тол-

стыми пучками соединительной ткани, в которой замечаются очень тонкия, сь длинными отростками и круглыми большими ядрами, веретенообразныя клетки, особенно густо расположенныя в углах расхождения перегородок. Здесь же в меньшем количестве находятся кучки образовательных клеток. Эластическая волокна сильно вытянуты, истончены и блдны; сосуды сжаты и лишь местами содержат кровь. Альвеоларныя пространства прорезаны ибжными волокнистыми пучками, распадающимися на отдельные тончайшия волокна и образующими в полости их очень тонкую, блдную, мелкопестистую сеть, в которой расположены ибонныя но величии, тьсно сжущенныя, круглыя и ашдчатныя, грануляционные клетки, соединяющиеся своими отростками между собою и с веретенообразными клетками, залеженными в пучках и перегородках. Полости альвеол, выполненные описанною тканью, ибсколько сжущены. По мере удаления от окружности узелков количество клеток увеличивается, промежуточные пучки частью славиваются, частью сильно инфильтрируются круглыми грануляционными клетками, сосуды совершенно исчезают и наконец центральная часть узелков всюду состоит из мелкозернистой массы, богатой жировыми капиллярами, в которой местами еще можно видть толстыя альвеоларныя перегородки, сильно помутившия, очень блдныя и мелкозернистыя; в углах расхождения перегородок часто совершенно разделены между собою и представляют то вь вид тонких серповидных, то более толстых, иббонных форму сна, коротких пучков. Междоальчатая соединительная ткань в окружности этих узелков не увеличена; разражение ея, большее против нормы, ограничивается ближайшим соседством сь мелкими артериальными и венозными виточками, при чем преобладает вь наружной оболочке поспидных. Вследствие инфильтрации стьнок сосудов различными клетками, начиная от самых мелких, бьестящих, образовательных до многоядерных веретенообразных клеток, просветы их значительно уменьшены, так что толщина стьнки иногда больше, чем вьное, превосходит диаметр канала. Большия узлы здесь представляют сравнительно больше разнообразия. Меньшия из них, обыкновенно круглыя, как и вь предыдущем случае, состоят из центральной части, которая представляет собою вышеописанные узелки грануляционного новообразования сь свойственным ему регрессивным изменением, в периферической, где наблюдается весьма сьвже последовательное изменение, именно красная катарральная гепатизация. Легочныя альвеолы здесь утрьено растянуты светлыми эластическими шариками сь незначительною примесью довольно

хорошо сохранившихся эпителиальных и красных кровяных клеток; сосуды сильно налиты кровью. Большие узлы часто имеют клиновидную форму и таким образом являются совершенно сходными с добулярною пневмониею и отчасти с метастатическими инфильтратами. В них на уплотненных кусках, если сделать совершенно гладкую съезжую поверхность разреза, замечаются фокусы туберкуля, не обнаруживающие притом явной определенной концентрической, как в предыдущем случае, взаимного расположения. Большую часть узла занимает довольно плотное желтоватое вещество, дающее при легком соскабливании творожистую массу, большую часть располагающееся островками неправильной формы, иногда с довольно длинными отростками. Вторую по распространению является рыхлая красноватая ткань, при исследовании дающая преимущественно слизистая и красная кровяная ткань, равно как клочки зернистого бурого пигмента. Самое меньшее участие в образовании узла принимают белые клетки — от макового до коноплиного зерна — не выдающиеся над поверхностью то круглые, то неправильные глыбки; от них иногда идут такие же полоски, которыми соединяются эти клетки глыбки как между собою, так и с главною желтою массою узла. Из таких глыбок получаются мелкозернистый наспад и гной; сморщенные и зазубренные по окружности клетки, величиною в близкий кровяной шарик, с ядром или несколькими блестящими зернышками в центре и с небольшою количеством мутной, сильно зернистой, протоплазмы. На микроскопических разрезах можно с первого взгляда заметить, что главную массу узла составляет грануляционная ткань, подвергающаяся местами творожистому изменению; в окружности ее находится свежий катарр альвеол и присутствие гноя частью в виде мелких, занимающих до двух полей микроскопа, редко больше, при обыкновенном увеличении, как бы свободных гноинчиков, частью в виде инфильтрации, которая занимает как старую волокнистую ткань, так и некоторые участки грануляционного новообразования. При вымывании тонких препаратов кисточкою всего узлы удаляются катарральными и гнойными массами, труднее желтой творожистой, наконец после всего и обыкновенно не вполне могут быть удалены грануляционные клетки. Сообразно с этим легче всего получают такие картины, что в окружности мутного грануляционного островка располагаются совершенно пустые альвеоларные промежутки или полости, на перегородках которых находятся инфильтрированные волосные сосуды, и неправильной формы, обыкновенно также пустые, пространства, ограниченные волокнистыми пучками, содержащими

гнойная клетки. Иногда притом эти пучки образуют род неполных колец, которые состоят из волокнистой соединительной ткани и эластических волокон и кроме гнойной массы содержат катарральные продукты: большие слизистые шары и остатки эпителиальных, иногда еще широких, цилиндрических клеток, так что их должно признать за поперечно перерезанные мельчайшие бронхи, которых стенки частью разрушены нагноением. При дальнейшем промывании в грануляционных островках на месте желтых пятен также получаются пустые промежутки, имеющие форму легочных альвеол или отрывков их, ограниченные вышеописанными помутнившими и мелкозернистыми перегородками, которые соединяются с утолщенными стенками мало измененных грануляционно-запущенных альвеол. Стенки последних также инфильтрированы клетками, безосуды или содержат запущенные сосуды в виде сетчатых полосок и отдают от себя более тонкие волокна, образующие то ижную, то более грубую сетку в самых полостях альвеол, в которой расположены больше частью круглыми грануляционные клетки. Там, где альвеоларные перегородки соединяются с гнойно-инфильтрированными перибронхиальными пучками, эти клетки часто также принимают характер гнойных элементов и, значительно увеличиваясь в числ, сильно инфильтрируют упомянутую интраальвеоларную сетку, но, теряя в резистенции, быстро распадаются и ускоряют творожистый метаморфоз в остальных частях первичных узлов. Поэтому на больших микроскопических отрезках, когда получаются все три рода образований во взаимной связи, можно видеть, что рядом с гнойною инфильтрацией вблизи мелких бронхов, редко занимающих при 300 увеличении более двух полей микроскопа и отчасти разрушенных нагноением, находится грануляционная ткань, раздельная совершенно тождественными по расположению с альвеоларными перегородками соединительными пучками и чрезвычайно богатая круглыми молодыми клетками, ничем не отличающимися от гнойных, в тех местах, где межалвеоларные пучки содержат проходные сосуды. К ней прилагается такая же ткань, но большею частью безосудая, с высшим дифференцированием клеток и с большим количеством волокнистого промежуточного вещества, отличающаяся желтоватым цветом вследствие сморщивания отдаленных элементов и мелкозернистого помутнившего волокна, и без резкой границы соединяющаяся с центральною творожистою частью узла, за которою следуют снова интраальвеоларные грануляционные островки, не инфильтрированные гноем

и перемешанные съ растянутыми свѣжо катарральною массою альвеолами. При вымывании всѣ упомянутыя составныя части узловъ содержатся различно. Изъ гнойно-инфильтрованныхъ бронхиальныхъ стѣнокъ и перибронхиальныхъ пучковъ получаются старыя толстыя волокна соединительной ткани и отчасти эластическія волокна; грануляционно-запустѣвшіе альвеолярные островки даютъ: гнойно инфильтрованные—широко-петлистую итѣновоокинистую промежуточную сѣтку съ проходными волосными сосудами; центральные творожисто-плѣвнныя—мелкопетлистую зернистую сѣтку съ звѣздчатыми и веретенообразными кѣтками, соединенную съ мелкозернистыми и мутными, частью совершенно раздѣленными, альвеолярными перегородками, въ которыхъ находятся запусѣвшіе волосные сосуды, являющіеся въ видѣ свѣтлыхъ полосокъ или, послѣ дѣйствія уксусной кислоты, въ видѣ однородныхъ пучковъ съ разбросанными, расположенными продольно или параллельно длинѣ ихъ, овальными ядрами; периферическіе неинфильтрованные гноемъ—также мелкопетлистую итѣновоокинистую промежуточную сѣтку, соединенную съ утолщенными, содержащими проходные сосуды и въ углахъ расхожденія кучки образовательныхъ кѣтокъ, альвеолярными перегородками; наконецъ наполненныя катарральною массою альвеолы оставляютъ послѣ себя совершенно свободныя полости, ограниченныя нѣсколькими сжатыми перегородками, въ которыхъ ясно видны расширенныя волосные сосуды.

Такимъ образомъ пріобрѣтается прочное убѣжденіе въ томъ, что преобладающимъ и первичнымъ измѣненіемъ здѣсь также является грануляционное разращеніе межальвеолярной соединительной ткани съ запусѣвшимъ альвеолъ, быстро подвсѣгающееся обратному метаморфозу въ формѣ некробіотическаго творожистаго перерожденія въ болѣе старыхъ центральныхъ частяхъ. Это измѣненіе вызываетъ послѣдовательные патологическіе процессы, именно красную катарральную геніализацию остальныхъ частей долекъ и гнойное воснашеніе непріявшея участія въ новообразованіи соединительной ткани, въ формѣ остраго перибронхита, которое и ведетъ въ данномъ случаѣ къ секвестраціи узла чрезъ образованіе нещербъ, содержащихъ гной и сообщающихся съ крупными воздухоносными трубками. Соответственно этимъ заключительнымъ быстро протекающимъ богатѣйшимъ явленіямъ находится въ трубѣ, какъ видно изъ протокола, паренхиматозныя измѣненія въ сердцѣ, селезенкѣ и желѣзистомъ снарядѣ почкѣ.

Наблюденіе IV. *Hepatitis interstitialis gumma cicatriciosa lobaris el glabra. Granulomata gummosa pleurae costalis.* Разлитое амиллоидное перерожденіе селезенки и Мазингіевыхъ клубочковъ почкѣ. *Rachimeningitis ext. etc.* Язвы кишечъ.

Рядовой Платовъ Василевъ, 27 лѣтъ, поступилъ 10, умеръ 13 августа 1869 года. *Pneumonia chronica. Morbus Brightii.*

Вскрытіе. Твердая мозговая оболочка плотно срослена съ костями свода по всему протяженію, мягкая истончена, трудно отдѣляется и при отдѣленіи легко разрывается, въ стѣнкахъ мелкихъ сосудовъ содержитъ много мелкозернистаго жира. Ткань мозга пастозна и содержитъ мало крови, боковые желудочки значительно растянуты серозною жидкостью, ерепидума разрыхлена и имѣетъ студенистый видъ; ткань свода и большихъ мозговыхъ узловъ также значительно мягче остальныхъ частей. Сосуды основанія безъ измѣненій. Въ околосердечномъ мѣстѣ незначительное количество жидкости. Сердце мало, сосуды его извѣлены, на поверхности праваго желудочка довольно обширное сухожильное пятно; стѣнки истончены, полости малы, мускулатура довольно плотна, буроватаго цвѣта, заслонки безъ измѣненій. Селезенка нормальнаго объема, имѣетъ неправильную пирамидальную форму, сумка сильно утолщена; ткань очень плотна, поверхность разръза блестяща, темнокоричневаго цвѣта, трабекулы значительно развиты; растворъ іода въ іодистомъ кали оставляетъ на поверхности разръза краснубурыя пятна, которыхъ нельзя смыть. На микроскопическихъ препаратахъ между утолщенными, грубо волокнистыми пучками, въ которыхъ замѣнены слабѣнные очень толстыми однородными и блестящими стѣнками сосуды, находится очень ломкая, безструктурная и блестящая масса, которая послѣ обработки упомянутымъ растворомъ іода и едвною кислотою принимаетъ мѣстами темнофіолетовое, мѣстами красное синее, окрашеніе.—Печень сильно уменьшена въ объемѣ, раздѣлена глубокими рубцовыми перегородками и воронкообразными вдавленіями на нѣсколько большихъ долей, хруститъ подъ ножомъ, на поверхности разръза въ дряблѣй и окрашенной довольно равномернымъ буроватымъ цвѣтомъ; паренхимѣ ея замѣчаются разсыпаны звѣздчатые, стрѣлы волокнистыя углубленія. Отъ упомянутыхъ перегородокъ и вдавленій опускаются внутрь очень толстыя каннovidные отростки, желтоватаго цвѣта, дающіе при соскабливаніи эмульсивную жидкость въ незначительномъ количествѣ; полъ микроскопомъ видно, что они состоятъ изъ очень толстыхъ блестящихъ волокнистыхъ перекладывъ склеротической соединительной ткани,

мѣстами лучеобразно расходящихся и раздѣляющихся на толстые пучки, которые въ свою очередь распадаются на болѣе тонкія волокна. Эти послѣднія, взаимно перешагивая, образуютъ различной величины промежутки, въ которыхъ заложены частію мелкозернистая, богатая жировыми капельками, масса, частію довольно рыхлая широкопетлистая волокнистая сеть, набитая очень мелкими круглыми, болѣею частью значительно помутѣвшими, грануляционными клетками. Вся эта ткань очень бѣдна сосудами, стѣнки послѣднихъ сильно утолщены и грубо волокнисты. Расположенные внутри паренхимы рубцы обнаруживаютъ въ сущности тоже строеніе, отличающіяся лишь меньшимъ содержаніемъ склеротическихъ пучковъ. На микроскопическихъ разрѣзахъ изъ углубленной паренхимы печеночныя клетки представляются сильно уменьшенными въ объемѣ, закругленными и значительно пигментированными; онѣ заложены въ очень густой и довольно грубой волокнистой стѣнкѣ; въ окрестности сосудовъ всюду много волокнистой соединительной ткани, мѣстами богатой круглыми и зѣздычатыми клетками. — Правая почка значительно болѣе дѣловой, корковый слой ея утолщенъ; лѣвая нормальнаго объема; сумка на обѣихъ истончена и довольно легко отбѣляется; ткань плотнѣе нормальной, въ корковомъ слое разсыпаны во множествѣ желтыя точки, въ верхушкахъ пирамидъ замѣчаются желтоватыя полоски. Подъ микроскопомъ видно, что Мальпигіевы клубочки увеличены въ объемѣ, легко разламываются на нѣсколько грубыхъ, блестящихъ и необнаруживающихъ никакого строенія, неправильно подковообразныхъ кусковъ, выходящихъ волнистыя контуры; замѣненная тканью часть клубочковъ даютъ съ іодомъ и сѣрою кислотю одинаковое съ седезеночною мочкою окрашеніе; количество промежуточной ткани значительно увеличено, при чемъ она состоитъ изъ волоконъ, проникнутыхъ, особенно въ пирамидкахъ, мелкими темноконтурными зернышками или капельками, незаметными отъ уксусной кислоты; мочевые каналцы узки, набиты мелкозернистою, безъ ядра ядеръ, массою. — Въ полости брюшины значительное скопленіе серозной жидкости; паріетальный листокъ всюду, въ особенности на грудобронной перегородкѣ, представляетъ разсыпанные разлитыя волокнистыя утолщенія. — На слизистой оболочкѣ тонкихъ кишокъ разсыпаны многочисленные язвы, въ формѣ очень поверхностныхъ, рѣдко проникающихъ всю толщю ея, потерѣ вещества, неправильнаго очертанія съ тонкими краями и ровнымъ темно-краснымъ дномъ. Подобныя же язвы встрѣчаются въ меньшемъ количествѣ и въ толстыхъ кишкахъ. Кроме того слизистой оболочка всего желудочно-кишечнаго канала отличается сильною бѣдностью и отекомъ. Нѣбная

завѣска утолщена, желтыя въ состояніи коллоиднаго перерожденія. На спинкѣ полового члена, недалеко отъ корня, находится блестящій, слегка втянутый, линейный рубецъ. На нижнихъ конечностяхъ, особенно на голѣнахъ, разсыпанные зѣздычатые рубцы.

На совершенно гладкомъ и блестящемъ подреберномъ листкѣ плевры на обѣихъ сторонахъ, преимущественно въ нижней половинѣ грудной клеткѣ, соответственно частію костнымъ, частію хрящевымъ, частію реберъ, изрѣдка соответственно межребернымъ промежуткамъ, разсыпаны чистые, не болѣе 10-ти, мягкія, сфероватобурныя, утолщенія, въ видѣ небольшихъ, величиною отъ коновальнаго зерна до миздальнаго ореха, опухолей. Нѣкоторые изъ этихъ опухолей представляются маленькими, какъ бы разлитыми, мало выдающимися надъ поверхностью плевры, возвышеніями; другія имѣютъ видъ грибовидныхъ узелковъ, сидящихъ на относительно толстой ножкѣ или основаніи и расширяющихся у верхушки; третьи наконецъ всего болѣе похожи на бородавчатые наросты и на верхушкѣ представляются какъ бы состоящими изъ отдѣльных узелковъ. Въ разрѣзѣ всѣ онѣ представляютъ рыхлую сѣрую ткань, прорѣзанную древовидно поднимающимися отъ основанія къ верхушкѣ красноватыми жилинками; при сближаніи даютъ во множествѣ красныя кровяныя жарки, мелкія, неперывающія по величинѣ бѣлаго кровянаго тѣльца, очень вѣтвистыя, круглыя клеткѣ, съ небольшимъ количествомъ бѣлаго, часто совершенно исчезающей при разсматриваніи въ волѣ, протоплазмы и съ блестящими маленькими ядрами, и сверхъ того мелкозернистую массу съ блестящими жировыми капельками. При подробномъ наслѣдованіи эти опухоли состоятъ изъ довольно плотныхъ волоконъ соединительной ткани, которая, постепенно уменьшаясь въ количествѣ и толщинѣ, по мѣрѣ преобладанія другихъ составныхъ частей, поднимаются вмѣстѣ съ вѣтвистыми сосудами отъ основанія къ верхушкѣ опухоли; между ними расположена очень рыхлая соединительная ткань, образующая путемъ послѣдовательнаго втѣленія волоконъ очень вѣтвистую, довольно богатыя волосными сосудами, мелкопетлистую сеть, въ промежуткахъ которой тѣсно сгучены выхопсанные клетки, перемѣшанные съ небольшимъ количествомъ круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ. Среди этой молодой грануляционной ткани въ мелкихъ узелкахъ попадаются мѣстами довольно обширныя помутнѣнія, которыя въ большихъ превращаются въ творожистыя гнѣзда, состоящія изъ бѣдной мелкозернистой массы съ примѣсмью жировыхъ капелекъ и зернистыхъ кучекъ буроватаго кровянаго пигмента, и иногда достигающія поверхности узелка. — Оба легкія мѣстами срослены съ грудною стѣнкою;

правое у верхушки, левое по заднему краю и у основания. Свободный от приращений части хорошо сократился; передние края несколько закруглены. В верхних долях содержится несколько строматосидиальных, величиною до голубинного яйца, плотных гифад интерстициального воспаления с многочисленными заключенными в них, достигающими величины воложского ореха, полостями, которые наполнены гранулоцитарно-творожистой массой. Нижние доли значительно отечны и в разрезе представляют разветвленные узелки волокнистого строения, величиною от конопляного зерна до кедрового ореха, слегка пигментированные. Простреты бронхов мстами четко видны расширены, особенно в верхних долях. Мелкие узелки, в данном случае, представляют в сущности одинаковое строение с описанными в предыдущих наблюдениях, но более плотны и отличаются значительною пигментацией. Плотность эта, как показывает микроскопическое исследование, зависит от присутствия в них старой волокнистой соединительной ткани, которая, разрываясь в периферии, дает от себя толстые отростки, в вид волокнистых пучков, как внутри узелков, так и в окружающую их ткань. Перегородки альвеол в ближайшей окружности узелков сильно утолщены, волокнисты, большую частью бессосудисты; от них распространяются в полость альвеол более тонкие волокна, образующие весьма густую сеть, в которой остаются очень незначительные, в вид тол узких щелей, то мелких пространств неправильной очертания, ячеистые промежутки. Они или набиты клеточными элементами соединительной ткани в различных степенях развития, или содержат мелкозернистую, жирную, массу с небольшою примесью мутных круглых и веретенообразных клеток. Промежуточная волокнистая ткань в посланном случае также принимает участие в перерождении; волокна слегка разбухают, становятся мутными, получают продольную слабую исчерченность, как бы предшествующую распаденню толстых соединительнотканых пучков на отдельные волокна, и в последствии деляются также мелкозернистыми. Если это изменение распространяется на целые альвеолярные промежутки или занимает несколько их, как это бывает в самой центральной части узелков, то в них попадают обрывки мутнистых такими образом волокон в большом количестве и творожистая масса является более плотною. Отступая несколько далее от узелка, мы встречаем низшую степень развития тех же мутнистых перегородок и стром альвеол, именно утолщение составляющих их пучков соединительной ткани, при чем в углах расхождения по-

сидиальных мстами скучены изъядчатые и круглые клетки, в промежутках же между пучками, лежащих в плоскости, находятся веретенообразные, часто многоядерные, клетки. При этом те альвеолы, в которых эти явления менее резко или вовсе незаметны, обыкновенно содержат в небольшом количестве сильно пигментированные эластические шарики, хотя пигментация отчасти замечается и в вышеописанных альвеолах, обнаруживающих признаки разращения соединительнотканной основы. Сосудистая сеть этих различных участков окружения узелков шарнирами также содержится различно: в последних она более приближается к нормальной и представляет более сильное налитие кровью, между тем как в первых она бедна и инфильтрация мстами вовсе прерывается. Кроме того пигментация в тех мстах, где альвеолы грануляционно запустевают, имеет место лишь в ближайшем соседстве с сосудами, в ствках которых, обыкновенно сильно утолщенных, не редко встречаются большие веретенообразные, а на поперечных разрезах больших ветвей также и изъядчатые, клетки, содержащие черный зернистый пигмент. Мстами впрочем vicinity таких сосудов можно видеть также кучки бурого пигмента. Связного катарра альвеол, как в предыдущих случаях, здесь мы не встретили. Экзист сосудов, как в капиллярной сети, так и в крупных ветвях, также не было замечено. Что касается отношения бронхов к самым мелким узелкам, то связи первых с новообразованною соединительною тканью нельзя было доказать. Сколько иначе содержался бронх в больших узлах и ближайшей окружности их. Внутри их бронх значительно раздуты там, где между старыми волокнами соединительной ткани еще встречаются гифады молодых клеток, быстро распадающихся; напротив бронх сужены без значительного утолщения стенок там, где эта ткань приобрела характер старой грубоволокнистой сплотищенной клетчатки. Наконец здесь они сообщаются, как мы видели, с творожистыми гифадами, но это не дает права думать о первичном участии бронхов в патологическом процессе, как потому, что это явление лишь местное, так и потому, что калибр этих бронхов вовсе не соответствует величине гифад. Сопорано с этим в содержимом гифад не находится тех элементов, накопление которых всегда предшествует изъядвлению стенок, именно катарральных масс, не смотря на то, что некоторые из этих гифад не могли быть опорожнены по причине малого калибра сообщающихся с ними бронхов и отчасти уже упомянутого пассивного сужения их. Содержимое гифад состоит, кроме творожистой

массы, одинаковой по составу с найденным в мелких узелках сухих некроботических продуктов, из больших кусков секвестрированной старой соединительной ткани, между толстыми распадающимися волокнами которой находятся свободные мелкие крупицы и кучки зернистого пигмента, напоминающая свою форму вышеупомянутые пигментированные веретеннообразные клетки, и наконец из слизисто-гнойной жидкости, мутящей от действия уксусной кислоты и представляющей собою, по всей вероятности, позитивный продукт изменения стенок, продолжающих гранулировать. Проникновение этой жидкости, в которой плавают сморщенные круглые грануляционные клетки, в тоже время чрезвычайно похожая на гной, не может быть объяснено совершенно удовлетворительно. Здесь могут иметь место различные предположения: или слизь попала сюда из бронхов, или под влиянием проникающего в гитзду воздуха наступило в стенку его особенное торпидное изменение, подобное тому, какое бывает в лимфатических желтках при золотухе, в конгестивных парвах вследствие страдания хрящей и надкостницы и проч., или наконец гранулирующая стенка начала давать ниже организованную, именно слизистую, ткань, которая весьма быстро превращается в студенистую гумозную массу. Против первого предположения говорить отсутствие в гитздах эпителиальных элементов и форменных продуктов изменения их; против второго — совершенное отсутствие реактивных явлений в окружающей среде, а потому мы склоняемся в пользу последнего из предположений. Что касается наконец остальной массы больших узлов, где еще нет открытых полостей или каверн, то состав ее в различных местах вполне соответствует строению различных частей вышеописанных мелких узелков, которое определяется степенью развития и регрессивного изменения новообразованной ткани. И так особенность этого случая, как показывает описание патологических изменений в легочной ткани, очевидно состоит в том, что новообразование соединительной ткани здесь совершалось гораздо медленнее, чем в двух предыдущих случаях; сообразно с этим регрессивный метаморфоз наступал значительно позднее и в некоторых местах остался неоконченным. Этим в свою очередь вполне объясняется сравнительно малое распространение в легких главного патологического процесса, равно как почти совершенное отсутствие быстро протекающих реактивных изменений. Все же это без сомнения находится в связи с глубоко укоренившимся в этом случае сифилитическим худощавением.

Только что описанные случаи не оставляют сомнений в том, что в легких сифилитиков встречаются особенные многообразные патологические изменения, которые весьма близко подходят к гетерологическим новообразованиям; но смотря по тому, какими последовательными болезненными процессами сопровождаются в окружающей их легочной ткани, они чрезвычайно легко, даже при довольно подробном анатомическом исследовании, подпадают под определения, соответствующие различным формам обыкновенной чахотки, равно как некоторым предуготовительным периодам развития их, и таким образом более или менее симулируются другими отличными от них заболеваниями. Это обстоятельство с одной стороны вполне объясняет очевидную шаткость существующего в настоящее время учения о сифилитической чахотке, с другой не позволяет и нам входить в подробное определение отношения упомянутых изменений ко всевозможным другим заболеваниям, сколько по малочисленности виденных нами случаев и вообще имевшихся досель относительно нашего предмета наблюдений, столько же и по причине чрезвычайного разнообразия морфологических болезненных изменений, могущих встретиться в легочной ткани при каком бы то ни было первичном заболевании. Поэтому, считая для настоящего времени невозможным полное анатомическое описание сифилитической чахотки вследствие многообразного грануляционного запустения альвеол, мы ограничимся указанием тех состояний, с которыми постыднее всего легче может быть смешиваемо, и в заключение дадим краткую характеристику его.

Из известных досель патологических процессов в паренхиме дыхательных органов легче других могут быть смешиваемы с грануляционным запустением альвеол некоторые формы хронической катарральной пневмонии, являющиеся иногда в виде мелких гитзд, именно бронхопневмония в полустройной форме и так называемая туберкулезная инфильтрация Левенка, равно как описываемая в новейшее время острая интерстициальная пневмония. Что касается прежде всего перибронхитов в чистой форме их, то с грануляционным запустением альвеол они имеют лишь внешнее сходство. Большие узлы, которые образуются вокруг бронхов 4—5 порядков, обыкновенно

весама на долго сохраняютъ свои свойства, при закрытіи же послѣднихъ могутъ быть смѣшиваемы развѣ съ большими гумозными узлами или опухолями. Но кромѣ отличнаго элементарнаго состава ихъ, именно присутствія въ центрѣ узла катарральной массы, они весьма легко узнаются по тѣмъ измѣненіямъ, какія наступаютъ въ той части легочной паренхимы, гдѣ распространяются ихъ вѣтви. Меньшіе узелки, происходящіе вслѣдствіе или воспаления окружающей мельчайшей бронхі соединительной ткани, или отъ закупорки просвета послѣднихъ катарральными массами, пока они не выскутъ за собою бронхопневмоническихъ гнѣздъ, отличаются на тѣхъ же основаніяхъ, какъ и большіе узлы. Обыкновенно не трудно убедиться въ томъ, что инфильтрація грануляціонными клетками занимаетъ лишь волокнистую ткань и ведетъ за собою спаденіе бронха, или же ея вовсе не бываетъ, и весь узелокъ состоитъ изъ катарральнаго продукта. При писшихъ степеняхъ бронхопневмоніи эти образованія обыкновенно окружаются красною гепатизаціею, при чемъ альвеолы растянуты свѣжею катарральною массою. Сообразно съ этимъ образованіе изъ нея творожистаго узла, хотя бы вслѣдствіи и присоединилось разращеніе соединительной ткани, всегда сопровождается присутствіемъ въ распадѣ еще сохранившихся эпителіальныхъ элементовъ и продуктовъ измѣненія ихъ — большихъ слизистыхъ шариковъ; грануляціонная же ткань, если при этомъ встрѣчается, занимаетъ тѣ мѣста, которыя свободны отъ давленія катарральною массою, именно междольчатыхъ перегородки и периваскулярные пучки соединительной ткани, не распространяясь до волосной сѣти, кромѣ того, какъ при этой, такъ и при слѣдующей формѣ, она лишь послѣдовательно участвуетъ въ творожистомъ измѣненіи. Туберкулѣзная инфильтрація, развивающаяся, подобно многогнѣздному грануляціонному запусътию легочныхъ альвеолъ, внутри мельчайшихъ долекъ легочной паренхимы, обязана, какъ извѣстно, происхожденіемъ своимъ совместному и одновременному участію въ патологическомъ процессѣ какъ выстилающаго легочныя альвеолы эпителия, такъ и альвеоларныхъ стѣнокъ. Поэтому здѣсь различіе гораздо труднѣе; строма альвеол производитъ, какъ и тамъ, грануляціонную ткань, и альвеолы суживаются; но такъ какъ причину заболѣванія является острый катарръ послѣднихъ, то уже въ самомъ началѣ

болѣзни онѣ лишаются возможности запусътывать. Сообразно съ этимъ воспалительный инфильтратъ, въ свѣжемъ состояніи, представляетъ собою смѣшанное отдѣленіе; онъ состоитъ изъ тягучей слизистой жидкости, въ которой заключены клеткі различнаго рода, именно: слизистые шарики, гнойныя тѣльца, клеткі, еще носящія характеръ индифферентныхъ клетокъ, и указывающія эпителии. Во время наступившаго творожистаго измѣненія, вслѣдствіе роста узла при одновременномъ накопленіи воспалительныхъ продуктовъ въ центрѣ, гнѣзда туберкулѣзной инфильтраціи принимаютъ уже совершенно иной видъ, чѣмъ описанные узлы грануляціоннаго запусътія. Они поражаютъ однообразіемъ и всюду представляютъ одну и ту же степень обратнаго развитія, чего нѣтъ въ узелкахъ грануляціоннаго запусътія, при томъ же достигаютъ гораздо большихъ развитій и въ периферіи всегда сохраняютъ упомянутый составъ болѣзненнаго отложенія. Объ отличіи истинныхъ бугорковъ отъ узелковъ многогнѣзднаго грануляціоннаго запусътія альвеолы мы скажемъ въ своемъ мѣстѣ. Легче всего, по видимому, можетъ быть принята за многогнѣздное грануляціонное запусътіе альвеолъ острая интерстиціальная пневмонія. Но это, подобно послѣдней, весьма рѣдкое патологическое состояніе, имѣетъ свои весьма характеристичные признаки. Какъ плеврогенная форма въ большинствѣ случаевъ ¹⁾ и при томъ гнойная, она характеризуется значительнымъ разращеніемъ соединительной ткани въ перекладинахъ, раздѣляющихъ большія дольки легкихъ, и по направленію большихъ бронховъ и сосудовъ; только позднѣе это разращеніе проникаетъ въ периферическія части этихъ долекъ и, достигая здѣсь межальвеоларныхъ перегородокъ, вызываетъ острый катарръ альвеолъ, съ которымъ обыкновенно одновременно начинается нагноеніе въ междольчатой грануляціонной ткани и въ стромѣ альвеолъ, быстро ведущее къ образованію кавернъ. Послѣднія являются во множествѣ, оченъ

¹⁾ Нельзя согласиться съ Рандекейшемъ (стр. 353, *Lehrbuch der patholog. Gewebelehre*. Leipzig. 1868 года) въ томъ, что *pneumonia disseans* у людей встрѣчается всегда одновременно съ воспаленіемъ плевры; иногда интерстиціальная гнойная форма воспаления легкихъ бываетъ безъ плеврита при хроническихъ страданіяхъ лимфатическихъ желѣзъ, напримеръ на шеѣ, именно при творожистомъ перерожденіи ихъ. Мы видели эту форму также безъ плеврита при *tabes mesenterica* у взрослыхъ.

мелки и обнаруживают характеристическое расположение; они занимают обыкновенно периферию долек, остальная часть которых поражается катарром. Творожистые узлы при ней содержатся под микроскопом также, как и при туберкулезной инфильтрации. Более молодые стрые узлы обыкновенно содержат весьма много гноя, смешанного с сывороткой катарральным продуктом. Самостоятельно развивающиеся в грануляционной ткани творожистых гнѣзд, сходных съ теми, какія бываютъ въ гуммозныхъ опухоляхъ и при многогнѣздомъ грануляціонномъ запусѣтнн альвеолъ, здѣсь, какъ и въ двухъ предыдущихъ формахъ катарральной пневмоніи, вовсе не встрѣчается, такъ что грануляціонная ткань въ этихъ формахъ подвергается творожистому перерожденію только въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ она сильно сдавливается катарральными массами. Но и въ этомъ случаѣ, если послѣдніе производятъ давленіе на грануляціонную ткань, разсрощую въ окрестности бронховъ, она чаще разрушается чрезъ нагноеніе.

Наконецъ описанное нами многогнѣзное грануляціонное запусѣтнн альвеолъ можетъ быть смешано съ гуммозными опухолями. Но здѣсь мы встрѣчаемся именно съ тѣмъ вопросомъ, рѣшеніе котораго должно находиться въ изложенныхъ нами наблюденіяхъ. Эти два болѣзненные измѣненія сифилитическаго происхожденія едва ли могутъ быть различаемы по существу: оба они развиваются изъ промежуточной ткани легкаго и оба имѣютъ характеръ гуммозныхъ образований, т. е. суть грануляціонныя новообразованія гетерологическаго характера и обнаруживаютъ неизбежную, обуславливаемую ихъ природою, наклонность къ обратному развитію путемъ творожисто-жирового перерожденія. Мы уже видѣли, что Беренширунгъ называлъ тѣ и другія пазмевенія сифилитическими узлами, следовательно не раздѣляя ихъ, а Вогнеръ стремился доказать ихъ полнѣйшее сходство, следовательно въ общихъ признакахъ ихъ искать специфическихъ отличій для болѣзненныхъ сифилитическихъ продуктовъ. Этого достаточно для убѣжденія въ томъ, что различія между гуммозною опухолью легкаго и многогнѣздымъ грануляціоннымъ запусѣтнн альвеолъ можно искать лишь въ признакахъ второстепенныхъ. Следовательно необходимо призвать какъ опухоли, такъ и гнѣзда грануляціоннаго запусѣтнн, за сифилитическія гуммозные

новообразованія. Такимъ образомъ остается неразрѣшеннымъ относительно характера гнѣзда грануляціоннаго запусѣтнн одинъ вопросъ: слѣдуетъ ли ихъ признавать за опухоли въ тѣсномъ смыслѣ и следовательно приписывать имъ одинаковую съ послѣдними дезорганизирующую способность, или должно считать ихъ болѣе приближающимися къ воспалительнымъ процессамъ, т. е. считать гуммозными воспаленіями? Лучшимъ путемъ для разрѣшенія этого вопроса безъ сомнѣнія будетъ сравненіе тѣхъ и другихъ новообразованій между собою. Гуммозные опухоли являются, — какъ показываютъ извѣстныя въ литературѣ и относящіяся къ нимъ съ болѣею или менѣею вѣроятностію наблюденія на сѣвдователей и нашъ случай, — въ видѣ большихъ узловъ, числомъ, по Лансеро, отъ 8 до 10, въ нашемъ случаѣ не болѣе 5. Грануляціонное запусѣтнн альвеолъ — многогнѣздо, какъ бы мнѣзрно. Гуммозные опухоли развиваются, по видимому, безъ предшествующихъ явныхъ явленій раздраженія, скрытно. При образованіи сывѣжихъ гнѣздъ грануляціоннаго запусѣтнн, какъ мы видѣли, можно допустить существованіе, весьма короткаго впрочемъ, періода, въ которомъ замѣчается усиленный притокъ крови къ пораженному мѣсту. Гуммозные опухоли, развившись in loco, растутъ и впадаютъ въ окружающую ткань, производятъ въ ней полную дезорганизацию, такъ что отъ нормальнаго строенія легочной ткани не остается и слѣда, но приближенно въ нѣмъ нѣмъ одинаковый возрастъ, следовательно, по видимому, остаются мѣстными образованиями. Въ гнѣздахъ грануляціоннаго запусѣтнн альвеолъ до совершеннаго распада узелковъ сохраняется близкое къ нормальному расположеніе стромы легочныхъ долекъ, следовательно мѣстная дезорганизация меньше; по возрастъ ихъ чрезвычайно разнообразенъ; кроме распространенія чрезъ непрерывный ростъ въ окрестности, иногда замѣчаются около старыхъ гнѣздъ молодые меньшіе узелки, какъ бы диссеминаціонные. Следовательно многогнѣзное грануляціонное запусѣтнн является образованіемъ инфильтрированнымъ, а потому способнымъ въ общемъ обуславливать болѣе распространенную гибель паренхимы органа. Наконецъ въ гуммозной опухолѣ регрессивное измѣненіе въ центрѣ не исключаетъ возможности рубцованія въ окрестности и не обуславливаетъ секвестраціи узла; гнѣзда грануляціоннаго запусѣтнн альвеолъ напротивъ могутъ, какъ мы

видли, секвестрироваться и в окружности их иногда встрѣчается масса, похожая на гной. Все это, по видимому, дает право заключать, что многогыздное грануляционное запусьтнѣ альвеолъ, являющееся въ видѣ милиарныхъ опухолей или узелковъ, есть гуммозное воспалеиіе. Но при этомъ мы слѣдимъ оговориться: если въ пазозогіи, подобно другимъ отраслямъ естествознанія, природа гдѣ нибудь не слѣдуетъ необходимой для логическаго мысленія схемъ и не подчиняется строгой систематикѣ, такъ это именно въ заблѣваніяхъ сифилитическаго происхожденія. Поэтому мы охотно соглашаемся, что въ данномъ случаѣ слова «гуммозное воспалеиіе» — *schema frigidum*.

Все-таки, сообразно съ характеромъ первичныхъ узелковъ въ легочной паренхимѣ, окружающей гнѣзда гуммознаго запусьтнѣ альвеолъ, по видимому, чаще, чѣмъ вслѣдствіе гуммозныхъ опухолей, могутъ являться различныя послѣдовательныя измѣненія, достигающія весьма обширнаго распространенія и обнаруживающія наклонность переходить въ творжисныя формы легочной чахотки. Но насколько характеристичною, при большомъ количествѣ наблюденій, могла бы явиться *phthisis syphilitica* с *pneumonia gummosa*, мы не знаемъ, тѣмъ болѣе что, какъ показывается III-е наблюденіе, многогыздное гуммозное запусьтнѣ альвеолъ иногда можетъ приближаться болѣе къ фибрознымъ формамъ и не сопровождается сильною пролиферациею кѣлочныхъ элементовъ, хотя съ другой стороны не должно забывать, что упомянутая особенность означеннаго случая, какъ уже было замѣчено, можетъ быть отнесена на счетъ сифилитическаго худосочія, выраженнаго амилоиднымъ перерожденіемъ внутреннихъ органовъ. Поэтому полная характеристика сифилитической чахотки принадлежитъ будущему, тѣмъ болѣе, что одно анатомическое изслѣдованіе едва ли можетъ привести въ этомъ отношеніи къ цѣли.

Разлитое фиброзное перерожденіе легочной ткани.

Приступая къ описанію многогызднаго грануляціоннаго запусьтнѣ легочныхъ альвеолъ, мы замѣтили, что есть другой рядъ сходныхъ съ нимъ измѣненій, при которомъ новообразованная соединительная ткань, сохраняя наклонность къ регрессивному, но болѣе медленному, метаморфозу, достигаетъ высшихъ степеней

развитія и запусьтнѣ легочной ткани является волокнистымъ. Именно этого рода измѣненіямъ обязано своимъ происхожденіемъ разлитое фиброзное перерожденіе легочной ткани. Сообразно съ этимъ можно бы предполагать, что послѣднее представляетъ собою исходъ или зачаточную форму гуммознаго запусьтнѣ альвеолъ. Далѣе, судя по нѣкоторымъ наблюденіямъ авторовъ, касающимся индуративныхъ измѣненій въ легкихъ у сифилитиковъ, и въ особенности на основаніи характеристикъ, какую далъ Лансеро для своей сифилитической хронической интерстиціальной пневмоніи, можно бы думать, что разлитое фиброзное перерожденіе легочной ткани есть исходъ гуммозныхъ опухолей и слѣдовательно должно быть разсматриваемо какъ законченное патологическое образованіе. Наконецъ на основаніи нѣкоторыхъ отдѣльныхъ случаевъ индуративныхъ пневмоній, какъ напримѣръ Уилькса и Лансеро, равно какъ судя по характеристикѣ, какую далъ Вирховъ для своей множественной хронической индуративной плевропневмоніи и бронхопневмоніи, позволительно считать разлитое фиброзное перерожденіе легочной ткани продуктомъ простаго сифилитическаго воспалеиія, подобно фиброному перерожденію чичка, и разсматривать его какъ самостоятельную форму.

Для рѣшенія вопроса, какое изъ этихъ предположеній чаще другихъ можетъ имѣть мѣсто, приведемъ нѣсколько наблюденій. Одни изъ нихъ, во многихъ сходные между собою случаями, представляютъ низшія степени патологическаго измѣненія, которое въ другихъ является, какъ настоящая чахотка.

Наблюденіе V. *Gummata atrii dextri. Lymphadenitis syphilitica. Cicatrices praeputii etc.*

Радовой Максимъ Соболевъ, 41 году, поступилъ 27-го мая, умеръ 2-го іюня 1869 г. *Pneumonia chronica. Pleuritis adhaesiva.*

Вскрытіе. Мягкая мозговая оболочка отека, петлочева и при отдѣленіи легко разрывается, подъ микроскопомъ представляеть въ большинствѣ мѣстъ высокую степень жироваго перерожденія стѣнокъ мелкихъ сосудовъ. Ткань мозга содержитъ умѣренное количество крови, довольно плотна; боковыя желудочки значительно растянуты серозною жидкостью, хорондыя сдѣленія зернисты и утолщены, около gland. pineal. многочисленныя неаммонотозныя образованія. Сосуды основанія мозга склероз-

рованы. В полости околосердечного мешка довольно значительное скопление мутной серозной жидкости; внутренний листок его мутен и представляет многочисленную кровавую пятну, величиною от булавочной головки до пятикопеечной серебряной монеты; в жидкости плавают очень мелкие фибриновые свертки. — Сердце увеличено в объем, особенно в поперечном разрезе и в верхнем отделе. Правое предсердие плотно срослено с околосердечным сумкою; стенка его сильно утолщена и пропихнута опухолями, которая вливает вид очень плотных узлов, величиною в ладонь порфира, и тесно соединены с пакетом подобных же опухолей, расположенных по окружности правого бронха и соответственной; несколько суженной ветви легочной артерии; стенка правого желудочка и трабекулы утолщены, мускулатура довольно плотна, бурого цвета; внутрисердечная обложка всей правой половины сердца, равно и задонки, без палочечей. На поверхности легкого желудочка, особенно около борозды, значительное количество жира; стенка его истончена, endocardium мутно, задонки аорты у основания склерозированы и в углах прикосновения мстатами проправлены; intima аорты также представляет легкая склеротическая утолщения. Опухоли правого предсердия в разрезе состоят из волокнистой ткани серого цвета, в которой заложены довольно плотные, выдающиеся над поверхностью разреза, желтые узлы, дающие при скобливании творожистую массу. При микроскопическом исследовании в наружном строке сает открывается в значительном количестве старая, очень плотная, соединительная ткань с толстыми блестящими пучками волокон и немногочисленными довольно крупными сосудами; между этими пучками заложена более рыхлая соединительная ткань, очень богатая зачатками и перетекообразными клетками и более мелкими сосудами; в ней ближе кнутри грубоволокнистая основа во все исчезает и переходит в мелкозернистую сеть из чисто волокнистого промежуточного вещества, образующего как бы струну для круглых грануляционных клеток, которые располагаются в виде многочисленных, довольно больших, острых, разветвленных и прорванных ветвящихся здесь волосными сосудами. Таким образом грубоволокнистая ткань обоих листов околосердечного мешка, сросшихся с предсердием, постепенно переходит в грануляционную ткань. Из различных частях этой последней попадаются далеко раздутые мышечные волокна, которая частью сильно истончена, бледная и представляют лишь слабые исчерченности, частью совершенно атрофированы и являются в виде тонких канальцев, набитых мелкозернистою массою, или бледных по-

лосок; по видимому образованных сращившимися мстками сарколемы. По мере приближения к желтым гиталам в молодой соединительной ткани увеличивается количество круглых клеток, при чем out мстатами сильно сжимаются, мутнеют и наконец распадается на мелкозернистую массу, в которой только иногда можно различать разсыпанные еще сохранившиеся ядра. Наконец желтые узлы или гиталы состоят исключительно из мелкозернистой массы, богатой жировыми блестящими мелкими капелками. Соединенный с предсердием помощью твердой волокнистой клетчатки и расположенный в окружности бронха пакет опухолей представляет в разрезе заложения в строматожелтой, тесно упругой, соединительной ткани лимфатическая желтая, которая значительно увеличена в объем и содержат, особенно в наружном слое, черными пигментными полоски и пятна, а мстатами рыхлая и желтая, по видимому, творожистая гитала. Исследование в окружности желтых обнаруживает совершенно сходную с вышеописанною грануляционную ткань, которая мстатами содержит также довольно обширные гиталы творожисто жирового метаморфоза. Волокнистая строма желтых значительно утолщена и мстатами представляет пучки, состоящие из перетекообразных клеток; лимфатические шарик тесно сжаты, всюду мелкозернисты и сильно сморщены.

Правое легкое и верхняя доля левого срослены с грудною стенкою довольно рыхлыми волокнистыми и слегка отечными ложными перепонками, но мстатам излучия с грудной стенкой в вид перемычек; промежуток между последними вымолнены мягкими полупрозрачными серыми фибриновыми свертками, легко снимающимися с поверхности плевро и дающими при давлении прозрачную серозную жидкость. Нижняя доля левого легкого срослена с грудною стенкою помощью старых, очень толстых и твердых, ложных перепонок. Она, равно как верхняя половина верхней доли правого легкого, мала, как бы сморщена, очень плотна, упруга и почти вовсе непронижима для воздуха; в разрезе ткань ее значительно пигментирована, пропихнута во всех направлениях зачатками полосками еще строй новообразованной волокнистой ткани и представляет частью трубчато расширенные, частью кушоренные бронхи то желтыми, то строматными пробками, которые очень плотно соединены с стенками их, часто не могут быть удалены без разрыва последних и мстатами имеют неправильно зачаточную форму. Верхняя доля левого легкого у заднего края, где средняя доля и соединены с нею части прочих долей правого легкого в состоянии строй, похожей на крупную,

гематизации и мстами при соскабливании с поверхности разреза дают грязновато-серую гнойную жидкость. Остатки проходными для воздуха большая часть нижней и небольшой кусок верхней доли правого легкого сильно эмфизематозны и значительно отечны. Микроскопическое исследование сильно утолщенных отделов легочной паренхимы всюду обнаруживает присутствие очень плотной фиброзной соединительной ткани, состоящей из весьма толстых, блестящих, разнообразно перешагивающих между собою, длинных и волнистых пучков, между отдаленными довольно грубыми волокнами которых расположены то кучки, то широкие плоские мелкозернистого пигмента. Но количество и расположение последнего не одинаково во различных, как по наружному виду, так и по внутреннему составу, мстах. Всего мент пигмента находится в толстых стрых волнистых пучках, которые образуют в запустевшей паренхиме широкие, постепенно истончающиеся и сходящиеся между собою по мере углубления в ткань, волосы с небольшим количеством прямых эластических волокон и соединяются с сильно утолщенною плеврою. Во них пигмент располагается узкими, по мстам, неравномерно втянутыми, полосами состоит из очень мелких зернышек, обыкновенно сплоченных в веретенообразные кучки, похожие по форме и величии на те, какие иногда встречаются в ствках старых аневризматических мышцов. На поперечных разрезах упомянутых пучков можно в некоторых случаях видеть, что пигмент заключен в наружной оболочке сосудов, просветы которых, судя по толщине стенок, видимо стужены. Это правильное, более или менее типическое, расположение тервет там, где запустевшая паренхима сохраняет еще признаки губчатого строения; вместе с тем в этих мстах совершенно изменяются внутренний состав и взаимное расположение составных частей ткани. Между пучками волокнистой ткани здесь находится большое количество совершенно запустевших альвеол, которые можно узнать лишь по сохранившемуся в некоторых мстах, хотя значительно измененному, расположению эластических волокон; последние образуют, заканчиваясь иногда сами в себя, именно там, где новообразованная волокнистая ткань еще не приняла характера склеротической фиброзной ткани, угловато, значительно вытянутые, промежутки, не редко принимающие вид целей, выполненных бледною клеточными элементами и часто бесосудистою соединительною тканью. В ней, кроме отложения пигмента описанными полосками, которые располагаются преимущественно по окружности запустевших альвеол, находится круговатые кучки последнего,

напоминающие собою по форме и величии большие черные сливистые шарики, какие встречаются при одной из затяжных форм катаральной пневмонии и описываются старыми авторами при туберкулезном запустении и haemoptysis. Далее здесь находятся в меньшем количестве группы альвеол, сильно уменьшенных в объеме, большую частью совершенно круглых, иногда овального очертания, в просветах которых заложены то набухший только эпителий, то катаральная масса, довольно богата слизистыми пигментированными шариками. Круглые альвеолы заключены между толстыми фиброзными пучками, далеко раздвинуты одна от другой и окружены утолщенными ствками, состоящими из гомогенных широких волокон соединительной ткани, между которыми можно различать частью серповидные, частью названные пучки эластических нитей. Ствки эти обыкновенно бесосудисты, приращенная к ним мстами эпителиальная клетка, будучи увеличена в объеме и не редко в числе, относительно хорошо сохранилась. Не так значительно уменьшенные в объеме, овальные альвеоларные промежутки в большинстве случаев лежат в обыкновенной волокнистой соединительной ткани, содержащей в значительном количестве сосуды, ствки их нежно волокнисты, а содержание состоит по преимуществу из катаральной массы, в которой обыкновенно много пигментированных слизистых шариков. Мстами в нем над продуктами изменения эпителиальных элементов берутся переверт круглые, сходящие с гранулоциными или близкими кровяными шариками, клетки; мстами эти альвеоларные промежутки пусты и чрез них проходят пучки веретенообразных клеток. Присутствие черного мелкозернистого пигмента здесь замечается только в утолщенных перегородках альвеол, особенно в углах расхождения их, где он располагается довольно большими звездчатыми и треугольными кучками. Что касается далее бронхов и сопровождающих их сосудов, то нужно прежде всего заметить, что ствки их значительно утолщены. Проходимые и трубчатые-расширенные бронхи, равно как и сопровождающие их сосуды окружены волокнистою соединительною тканью, сильно пигментированною; при этом в окружности сосудов пигмент находится в большом количестве, расположение его совершенно сходно с вышеописанным размещением в утолщенных междоустьях пучках новообразованной соединительной ткани. Ствки этих бронхов, подобно сосудистым ствкам, сильно утолщены, но разрастание в них не ограничивается одними наружными слоями, а занимает всю толщу их, не исключая в более крупных бронхах даже

хращевого слоя и слизистой оболочки. Хращевые пластинки в однородном, слегка мутном, основном веществе содержат большое количество клеток, так что сумки их местами плотно прилегают одна к другой, местами как бы вовсе наложены и кучки клеток раздвинуты лишь небольшими блестящими перегородками. Клетки очень велики, большей частью круглы, иногда содержат несколько ядер, но содержимое их в большинстве случаев мутно и пронизано многочисленными темными крупицами. В утолщенной слизистой оболочке многочисленными темными, между тем как количество лимфоидных клеточных элементов, по видимому, меньше нормального. В мелких бронхах это разражение достигается таких размеров, что границы отбывших слоев вовсе исчезают. Изгибы в стенках закупоренных бронхов имеют тот же характер, но волокнистая соединительная ткань здесь часто является склеротической; дезорганизация эпителиального покрова в них достигается высших степеней. Расщеплением тесно соединенных с стенками пробок, состоящих из мелко-зернистой массы и остатков эпителиальных клеток, иногда удается получить такие сегменты, в которых внутренний эластический слой совершенно загибается склерозированными волокнистыми пучками, непосредственно прилегающими к упомянутой массе, что положительно убеждает в исчезении как богатой лимфоидными элементами стромы этого слоя, так и основной подэпителиальной пластинки. Но изгибы легочной паренхимы не ограничиваются склерозом новообразованной соединительной ткани и связанными с ней другими, только что упомянутыми, патологическими явлениями. В волокнистой и часто склеротически фиброзной ткани разбросаны многочисленные стрья и желтая гнида, состоящая из грануляционной, различных возрастов, богатой сосудами ткани. Находящаяся в связи с фиброзными пучками волокнистая соединительная ткань через постепенное преобладание клеточных элементов переходит в мозговую, отлаивающуюся богатством клеток и часто стрью волосных сосудов, грануляций, от которой и зависит сформативный, иногда как бы студенистый, вид некоторых гнид. Там, где грануляционная ткань занимает большая пространства по мере скупивания клеток, при чем количество промежуточного волокнистого вещества уменьшается, волосные сосуды сдавливаются и образуют уже знакомые нам полоски, клеточные элементы мутнеют и частью превращаются в мелкозернистую массу, частью подвергаются жировому перерождению. Из этих гнид уже обыкновенно уже нельзя открыть никаких остатков нормального строения легочной парен-

химы, и нужно допустить для них вторичное разращение клеточных элементов в новообразованной промежуточной волокнистой соединительной ткани. Совершенно сходные с ними, но меньшей величины, грануляционные островки находятся также между склеротическими пучками клетчатки; из них один имеет вид раздвигающих их и выходящих из них молодых клетками щелей, часто находящихся в непосредственной связи с наружною оболочкою проходящих здесь довольно крупных сосудов и при этом содержат кучки буроватого кровяного пигмента; другие напоминают форму свою вышесказанным овальным альвеолярным полостям. Те и другие, подобно гнидам в волокнистой соединительной ткани, подвергаются обратному развитию с тем общим характером, какой оно имеет в гранулах, необнаруживающих наклонности переходить в стойкий образования. — Что касается более свежих изгибов, занимавших большие отдалы легочной паренхимы, то они мало чем отличаются от обыкновенной крупицной пневмонии. Полости альвеол, стенки которых значительно утолщены и в углах расхождения перегородок пигментированы, частью содержат клеточный инфильтрат, довольно легко удаляемый промыванием кисточкою, после чего иногда, впрочем редко, остаются в соединении с стенкою увеличенные и мутные эпителиальные элементы, частью выполнены итжною фиброзною стркою, в промежутках которой довольно плотно сидят белые и красные кровяные шарки. Междоустьчатые перегородки здесь также утолщены, инфильтрованы клетками и содержат кровяной пигмент в различных степенях изгибов от красноватых до совершенно черных мелкозернистых кучек. Гнойная инфильтрация преобладает в тех местах, где гепатизированная ткань имеет более внутреннюю связь с описанными затяжными изгибами легочной паренхимы.

Бронхиальная левая стороны и лимфатическая желтза по направлению шейных сосудов увеличены в объем, желтовато-коричневого цвета и мозговидной консистенции. При исследовании от сумки внутрь во всех изуть толстые пучки волокнистой ткани, перекладные стромы утолщены, богаты круглыми образовательными, равно как зачаточными и веретенообразными, клетками, сосуды значительно инфильтрованы; лимфатические элементы тесно скучены и в большинстве творожисто-перерождены; местами находятся кучки и полоски черного мелкозернистого пигмента. — Селезенка сросшена с подреберьем и грудобрюшную перегородку помощью старых ложных доренокот, частью непрерывных, частью мучных в вид чернычек, сумка ее утробно напрана, местами сильно

утолщена; мякоть бланжеватого цвета, рыхлая, в разрезе представляет мелия разслабленной пропитанности плотна. — Печень сильно увеличена в объеме, края ее закруглены, ткань плотна, в разрезе мускатно желтоватобурого цвета, границы долей не ясно выражены; желчные протоки местами расширены. При исследовании по направлению к задней воротной вены обнаруживается значительное развитие промежуточной ткани; печеночные клетки местами как бы превращены в однородную, ломкую, блестящую массу, хорошо сохранившиеся частью пигментированы, частью содержат довольно круглые капли жира. — Почки слегка увеличены в объеме; сумка их легко отделяется; ткань плотна, корковый слой утолщен; лоханки расширены. Количества промежуточной ткани ввиду увеличения; эпителий канальцев мутен и мелкозернист, но просветы их сохранились. — Соплительные железы in situ увеличены в объеме, верхушки кишечных ворсинок окрашены темными пятнами. Слизистая оболочка толстых кишек отечна и представляет легкое аспидное окрашение. — На крайней плоти около уздечки несколько пигментированных рубцов звездчатой формы, кожа ствела полового члена представляет многочисленную бляшку плта. *Наблюдение VI. Gummata alatrii sinistri et peribronchialia. Hepatitis interstitialis cicatricosa. Perisplenitis etc.*

Радовой Семенъ Старковъ, 32-хъ лѣтъ. *Pneumonia chronica, exsudatum pleuriticum.*

Вскрытіе ¹⁾. Сердце увеличено в объемъ, покрыто атрофированнымъ жиромъ, на pericardium незначительна утолщения въ формѣ тонкихъ нѣжныхъ перепонч. Полость лѣваго желудочка растянута, стѣнки его толсты, trabeculae утолщены, мускулатура бѣлая, довольно плотна; двусторонняя заслонка утолщена. Полость праваго желудочка также растянута, стѣнки тонки, мускулатура бѣлая, вялая; trabecularный слой и сосцевидныя мышцы крайне истончены. Вокругъ легочныхъ венъ и въ стѣнкѣ лѣваго предсерія находится значительное утолщение, местами около дюйма въ поперечникъ, очень плотной консистенціи, съ вида похожее на старую волокнистую ткань; устье одной изъ легочныхъ венъ не пропускаетъ верхушки мизинца, другой на столько сдвинуто, что едва пропускаетъ зондъ. Въ разрезѣ въ стѣнкѣ лѣваго предсерія находится

¹⁾ Смотря полный протоколъ въ статьѣ Н. Курловскаго «*Буралъ атрофія печени*», случай 10-й.

нѣсколько опухолей, изъ конхъ каждая состоитъ изъ наружнаго сѣраго волокнистаго слоя и изъ вылазющаго надъ поверхностью разреза твояржистаго узла въ центрѣ. Микроскопическое исследование опухолей, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, обнаруживаетъ обильное разномноженіе клеточныхъ элементовъ въ волокнистой соединительной ткани и переходъ ея въ грануляціонную, которая, по мѣрѣ приближенія къ центральнымъ узламъ, представляетъ различныя степени обратнаго развитія и въ нихъ превращается въ гумозный, твояржистый—жировый распадъ. Совершенно сходныя съ описанными опухолями находились на мѣстѣ бронхіальныхъ желѣзъ той же стороны. — Правое легкое нижнюю долю, соответственно 6, 7 и 8 ребрамъ, сращено съ грудною стѣнкою, очень плотною волокнистою тканью, обусловившею утолщеніе плевры, равное приблизительно полудюйму. Легочная ткань въ этомъ мѣстѣ очень плотна, почти вовсе непроницаема для воздуха, значительно пигментирована, такъ что мѣстами представляетъ аспидное окрашеніе и близъ плевры проникнута толстыми стрыми пучками; сверхъ того въ ней замѣтныя разслабленныя стрья, неправильной формы, гнѣзда, отличающіяся меньшею плотностью. Бронхи мѣстами расширены. При подробномъ исследованіи въ описанномъ гнѣздѣ, занимающемъ нижнюю треть нижней доли легкаго, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, легочная паренхима замѣщена частью волокнистою, частью склеротическою соединительною тканью, въ которой замѣчается вышеописанная пигментация, то вѣтвящаяся, плущая по направленію проходящихъ и заступающихъ сосудовъ, то расположенная гнѣздами, напоминающими своею формою альвеоларныя полости и углы расхожденія стѣнокъ ихъ. Далеѣ утолщившія альвеолы и мелкіе бронхи здѣсь также представляютъ различныя степени дезорганизации, указывающія на полную возможность сплошнаго фиброзаго замѣщенія легочной ткани путемъ дальнѣйшаго развитія начавшихся измѣненій. Наконецъ, соответственно упомянутымъ стрымъ гнѣздамъ, въ этомъ случаѣ въ волокнистой соединительной ткани, которая занимаетъ большія пространства и мѣстами приобрѣла свойства старой весьма плотной клетчатки, также находится разраженіе грануляціонной ткани съ вышеописанными регрессивными измѣненіями; — оно, что особенно важно въ діагностическомъ отношеніи, имѣетъ мѣсто не только въ фиброзо заступающей легочной паренхимѣ, но въ обусловившихъ сращеніе легкаго и достигшихъ колоссальнаго развитія ложныхъ перепонкахъ. — Въ свободной отъ сращенія листковъ части полости правой плевры содержится около чайнаго стакана серозной жидкости. У верхушки лѣваго легкаго, равно какъ въ верхней и нижней доляхъ праваго, разслабны узлы непроницаемой для воз-

духа ткани, очень плотной консистенции, величиною от ланного ореха до гусиного яйца, краснубурого цвета, извитые видя красной регенерации; окружающая их проходная ткань мстами отечна и слегка гипертрофирована. Слизистая оболочка бронхов разрыхлена, утолщена и покрыта большим количеством густой слизи. Микроскопическое исследование этих узлов открывает нилы, совершенно отличны от вышеописанных; изменения легочной ткани, которая притом перед однородна. Здесь сосуды сильно инфильтрованы кровью, капиллярная сеть всюду извилиста и значительно растянута. На волосных сосудах, обволакивающих перегородки альвеол, в особенности в петлях их, впадающих в полость пазухи, обыкновенно находятся частые колбовидные, частью четкообразные расширения, которые, тдно сливаясь между собою, в огромном большинстве случаев совершенно сдвигают альвеолы, уничтожая просветы их. В этих мстах, чаще в окружности узлов, где альвеолария полости хотя уменьшены, но не совершенно спались, находится в них, обыкновенно в незначительном количестве, белые сливистые шарики, богатые жировыми каплями. Тни же элементами закупорены в мельчайшие, проходящие здесь, бронхи. Пигментация катаральных масс в альвеоларных перегородках, равно и разражения ткани последних, не было замечено. Но эти изменения не оставляют сомнения в том, что в данном случае рядом с затяжным болезненным процессом специфического происхождения, по всей вероятности также старым, как и ошуд предлежит, находится особенное извитие легочной ткани, развившееся под влиянием продолжительного механического застоя крови, который обусловливался дезорганизацией легочных вен, именно: бурое утолщение, выраженное спадением альвеол вследствие капиллярных эктаций и частью катаромъ их и мельчайших бронхиальных ветвей.

Мтшаниш Михаилъ Рингеръ, 38-ми летъ, поступилъ 13-го октября, умеръ 28-го ноября 1869 г. Pneumonia chronica. Вскрытие. Мягкая мозговая оболочка отечна, отделяется легко. Боковые желудочки мозга сильно растянуты серозною жидкостью; ткань его безкровна, неравномерной плотности; стнки желудочков и мозжечек в состоянии гирозааческого разращения. Сосуды основана слегка скле-

розированы. Сердце уменьшено в объемъ, кругло, полость праваго желудочка растянута, истончена, стнка ланого нормальной толщины, мускулатура дряблая, бурого цвета, заслонки без изменений; на intima аорты легки склеротическя утолщения. Грудная клетка представляет собою родъ очень длиннаго и плоскаго ящика. Оба легкия срослены съ грудною стнкою старыми ложными перепонками, въ нкоторых мстах достигшими 2^ю толщины, тяжелы, совершенно не спадуютъ, очень плотны и, за исключениемъ небольшихъ проходныхъ для воздуха мстъ, представляютъ на поверхности разреза многочисленные пучки стрвовой волокнистой ткани, разнообразно переплетенные между собою, съ окрашенными между ними островками желтаго цвета, величиною отъ просеянаго до коноплянаго зерла, невылающимися надъ поверхностью и в нкоторыхъ твояржистую консистенцию. Сверху по всюду разсыпаны островки и подоски пигментированной и плотной соединительной ткани, частью связанные съ сосудами, частью располагающиеся по окружности бронховъ. Мелкйе бронхи и сосуды всюду растянуты; первые изъ нихъ при давлении даютъ грязно-стрвату туювизную слизь и мстами представляютъ расширения въ видъ полостей, величиною до ланого ореха, которые иногда четкообразно расположены по длинъ бронх. Слизистая оболочка большихъ бронховъ утолщена и инфильтрована кровью. Междольчатые перегородки всюду сильно утолщены и состоятъ изъ плотной склеротической фиброзной соединительной ткани, въ которой расположены гнзда чернаго мелкозернистаго пигмента, частью втвляющиеся полосками, частью затвчатыми кушачи, окружающими то сдвинутые, то совершенно закуптвшйе сосуды. Отъ нихъ, по направлению сосудовъ и частью по окружности бронховъ, распространяются толстые также волокнистыя соединительной ткани, разнообразно переплетенные между собою; достига окружности долекъ, они частью, расходясь на болге тонкия волокна, переходятъ въ перегородки альвеолъ, вследствие чего стнки последнихъ значительно утолщаются, а самая полость, уменьшаясь въ объемъ, принимаютъ неурвально кругловатую форму, частью образуютъ обширныя волокнистыя гнзда, весьма бдныхъ сосудами. Гнзда эти весьма часто не обнаруживаютъ никакихъ слдовъ нормальнаго строения легочной ткани и при томъ нрвдо представляютъ виденя обратнаго метаморфоза, который, по вичному, ннеть мсто въ болге молодой, богатой клетками, соединительной ткани, какъ это уже было описано выше, и иногда занимаетъ окружность гнзда, непосредственно прилегающую или къ утвляющимся еще, хотя и значительно сжатымъ, альвеоламъ, наполненнымъ катарраль-

ною массой, или к вышеупомянутым бронхиальным расширениям. Между измененными таким образом группами долек партика попадаются даже панновидные островки проходимой ткани, которые, спаваясь, образуют мелкие углубления, отличающиеся сверху того сирозокрасным цветом. Взаимное расположение этих изменений в легких легко открывается посредством исследования больших отрезков ткани при малых увеличениях, а точнейшее исследование их открываются следующие изменения отдельных частей. В волокнистых глыздах можно отыскать слаты легочных альвеол, стенки которых сильно утолщены; эластическая волокна в большинстве случаев потеряли нормальное расположение и представляют собою неправильно изогнутые, состоящие из тонких, нередко далеко раздвинутых и бѣдных нитей, пучки, по направлению которых следуют или суженные волосные сосуды, но еще содержащие в себѣ сильно вытанутую красную кровяную фибру, или уже описанные нами блестящие однородные плоски, оставляющія послѣ дѣйствія уксусной кислоты рядъ овальных, расположенных по длине их, ядеръ. Все это вмѣстѣ съ волокнами соединительной ткани, раздвигивающими эластическія нити и сдавливающими сосуды, то заканчивается само въ себя, то расходится подъ болѣе или менѣе острыми углами, образуя сѣть съ неправильными и часто щелевидными промежутками, въ которыхъ лишь мѣстами находятся кучки сухаго катаррального продукта, узнаваемаго по присутствію пигментированныхъ, довольно мелкихъ и болѣе крупныхъ, обыкновенно сдвинутыхъ и богатыхъ блестящими жировыми капельками, единичныхъ шариковъ и болѣею частью полураспавшихся въ мелкозернистую массу эпителиальныхъ кѣлѣчекъ; въ большинстве же случаевъ эти промежутки почти совершенно изглажены и вымолочены болѣе молодою соединительною тканью съ веретенообразными, звѣздчатыми и частью образовательными кѣлѣчками. Тамъ, гдѣ на мѣстѣ альвеол остаются лишь едва замѣтные свѣтлыя, какъ бы щелевидныя, пространства, ограничивающіе пучки ихъ, особенно на углубленіяхъ, соответствующихъ расхожденію ихъ, проникнуты большими количествами пигмента, такъ что о томъ, что они соответствуютъ перегородкамъ альвеолъ, можно заключать лишь по соединенію ихъ съ стенками не окончателенъ еще запустѣвшихъ, только что описанныхъ, сосисныхъ промежутковъ. Что касается болѣе крупныхъ желтыхъ глыздъ, достигающихъ и иногда превышающихъ величину конопянаго зерна, то нѣкоторые изъ нихъ образуютъ описанными не вполне запустѣвшими, по закупореннымъ извѣстною катарральною массою, альвеолярными промежутками,

другія напротивъ принадлежатъ, какъ уже было замѣчено, именно частью фиброзной частью волокнистой соединительной ткани, обусловившей полное запустѣніе легочной паренхимы. Смотри потому, гдѣ эти послѣднія глызда лежатъ и съ какими частями измененной легочной ткани непосредственно граничатъ, они различны. Глызда, въ окрестности которыхъ преобладаетъ волокнистая соединительная ткань, содержатъ въ данномъ случаѣ точно также, какъ и въ первомъ изъ относящихся сюда наблюдений, именно: волокнистая ткань мѣстами становится болѣе богатою кѣлѣчными элементами, находящимися на различныхъ степеняхъ прогрессивнаго развитія, и тамъ, гдѣ количество кѣлѣтокъ беретъ значительный перевѣсъ надъ волокнистымъ промежуточнымъ веществомъ, образуютъ въ ней помутнѣнія и болѣе или менѣе обширныя творожисто-жировыя глызда распада, начинающагося, по видимому, на мѣстахъ наиболѣе тѣснаго сжатія кѣлѣтокъ. Величина помутнѣній, а равно и скорость распавденія здѣсь, какъ кажется, не зависитъ отъ близкаго содѣйствія грануляціонныхъ островковъ съ закупоренными сухими катарральными продуктомъ группами альвеолъ или съ извѣстными бронхами. По видимому, подъ другими условіями мутность и распавденіе появляются въ ткани фиброзной и особенно въ склеротической. Въ ней желтыя глызда и творожисто-жировыя массы чаще занимаютъ окрестность расширенныхъ бронховъ, какъ это уже можно видѣть и мѣстами простымъ глазомъ, или появляются въблизи катаррально закупоренныхъ долекъ; напротивъ къ самымъ рѣдкимъ явленіямъ принадлежитъ тотъ случай, что среди толстыхъ блестящихъ пучковъ замѣчается обыкновенно весьма маленкій, продолговатый, рѣже нѣшій видъ неправильнаго кружка, никогда вырочетъ не достигающаго размѣровъ Мальпигіева клубочка почки, островокъ болѣе молодой ткани, при томъ всегда также съ промежуточнымъ волокнистымъ веществомъ, въ которой начинается помутнѣніе съ образованіемъ, на мѣстѣ нѣкоторыхъ кѣлѣчекъ, мелкихъ жировыхъ зернышекъ, сопровождаемое потерей блеска и полноты прилежащихъ къ такому островку пучковъ и сѣніемъ контуровъ ихъ, какъ первыми признаками наступающаго похитѣ не полнаго жироваго перерожденія. Но эти признаки въ большинствѣ случаевъ гораздо легче выступаютъ на видъ тамъ, гдѣ фиброзная или склеротическая ткань сдавливаетъ катаррально запустѣвшія группы альвеолъ, хотя и здѣсь, какъ показываютъ повторные препараты, рѣдко явленія обратнаго развитія не предшествуютъ раздраженіемъ, которое выражается именно незначительною инфильтраціею болѣе рѣдкого, соединяющаго толстые блестящіе пучки, вещества. Въ же степени извѣстныя, ведущіе къ распавденію

фиброзной новообразованной ткани, можно встретить лишь в окружности бронхов. На месте четковидных бронхотазий, по вскрыти изъятых таким образом дыхательных ветвей, можно видеть, что сужения просвета, кроме сращения стенок, иногда зависят от разбуханий, обыкновенно односторонних и больше или менее разлитых, слизистой оболочки, отчето просветы принимают вид змеевидно извитых трубок, несколько расширенных в свободных от упомянутых разбуханий местах. Некоторые из признаков шероховатости, на месте других иногда приходится, как бы изъеденная, клочковатая поверхность, наконец местами бронхи оканчиваются на настоящие пещеры, величиною от горошинки до лансного ореха. При исследовании массы, содержащаяся в расширениях оказывается состоящею частью из распадающихся эпителальных клеток и эластичных шариков и из мелкозернистого распада; местами она прстает и к описанным припухлостям, но обыкновенно не отделена от подлежащего слоя однородною основною перепонкою, а прямо прилегает к богатой клетками, с волокнистым промежуточным веществом, соединительной ткани, содержащей также мелкие глызды мелкозернистого помутнения и жирового распада, и инфильтрирующей всю толщу стенки бронха, так что отдельных слоев последней уже нельзя различать. Рже таковыя набухания состоят из грануляционной ткани, в которой преобладают круглые клетки, почти ничем не отличающиеся от лимфоидных элементов подслизистого слоя, и в которой регрессивный метаморфоз обыкновенно занимает большая пространства. В том и другом случае прилежащая к глыздам творожистого распада фиброзная ткань представляет вышеупомянутые первоначальные признаки обратного развития, в котором можно различать два вида. В одних местах секвестрации помутнивших, разбухших и местами получающих итшнюю продолговатую волокнистость фиброзных пучков обуславливается появлением в них самих молекулярных кучек распада с мелкими жировыми капельками; в других, чаще на некотором расстоянии от поверхностного слоя, появляются, предварительно между пучками, группы грануляционных клеток, которые быстро мутнеют, распадаются и таким образом отпадают некоторую часть фиброзной ткани от остальной массы запустевшей легочной паренхимы. Гораздо чаще впрочем сближаются оба вида изъятий, сопровождающих распадением фиброзной ткани. Сообразно с этим в содержимом упомянутых мелких пещер можно встретить перемешанный с творожисто-жировым распадом грануляционной ткани как целые пучки фиб-

розной ткани, так и отдельные короткия и толстыя волозна последней. Таким образом, как в окружности бронхов и катаррально-запустевших долек, так и в центр больших узлов фиброзного перерождения легочной паренхимы, подробное исследование открывает таяя изъятия, которые могут обуславливать явное растройство легкого, распростирающееся на весьма большие отлиты.

Селезенка слегка увеличена в объем, сумма ея представляеть разслабленную, разлитую, сформатую утолщения до 1", мякоть плотна, темнокоричневого цвта; трабекулы сильно развиты. — Печень сращена с диафрагмою старыми ложными перепонками, уменьшена в объем; ткань плотна, хрустает под ножом, поверхность разлаза зерниста, дольки уменьшены в объем, перетерпелския части их обезцвечены; в глубин паренхимы, ближе к нижней поверхности, находится очень плотный узел, величиною в голубное яйцо, в разлзе состоящий из нескольких меньших узелков, из коих каждый окружен толстою сумкою старого цвта, и из желтой плотной творожистой массы в центр, которая в наибольшем из них, инфиюет величину маленькаго грецкаго ореха, перемешана с известковыми частями. Сумка узлов состоит частью из фиброной, частью из волокнистой соединительной ткани, богатой веретенообразными клетками, образующими правильные, довольно толстыя, пучки; по мтр приближения к центральной желтой части клетки значительно увеличиваются в числ, обнаруживают больше разнообразия и наконец во внутренних слоях фиброной сумки, принимая круглую форму, берут перевть над промежуточным веществом, вследствие чего все новообразование получает грануляционный характер. Эа молодая ткань, как видно при исследовании перисерия желтой части узлов, непосредственно переходит в центр последних в творожистую массу, в которой, кроме известковых частей, исследование не открывает никаких приметей или продуктов изъятия и отделения печеночных клеток. — Почки нормального объема; сумка их довольно легко отделяется; у поверхности разслабы многочисленные блыя ратна, из коих некоторые при разлзе слегка выдаются над поверхность; под микроскопом оказывается, что в соответствующих им местах почечные канальцы сдвинуты островками грануляционной, богатой волокнистыми промежуточным веществом, ткани. Желтыйя ткань почечек довольно плотна и на поверхности разлаза представляет многочисленные стратыва полоски, особенно ясно выраженные в пирамидах. — На боковых поверхностях языка находятся довольно глубокия рубцовыя вдавления. Желтыйя у корня

языка, равно как и в мягкой небной занавеске, гипертрофированы и при давлении дают строгую мутную татуировку слез. На надгортанике с правой стороны, у основания его, находится также рубец в вид полулунной вырезки, закрытой тонкою, несколько сморщенной, перепонкою. Слизистая оболочка желудка на дѣт представляет сильное налитіе венозных сосудов и мѣстами лишен поверхностных слоев эпителия. Въ тонких слоях разстаны язвы неправильной очертанія, съ буллитными краями и неровнымъ дномъ желтоватаго цвѣта; сверху того встрѣчаются нескія пратероидныя язвы и желтые узелки, величиною до коноплянаго зерна. Нѣкоторыя изъ крупныхъ язвъ представляются въ видъ заглазчатыхъ углубленій съ гладкими строгатыми краями. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ утолщена и представляетъ легкое асидное окрашеніе. Бѣлая оболочка обоихъ янечекъ утолщена и на наружной поверхности представляетъ очень плотная, желтовато-сѣраго цвѣта, плоскія возвышенія. Желѣзистая ткань янечекъ проникнута очень толстыми, волокнистыми, пучками бѣлаго цвѣта; изъ промежутковъ между ними мѣстами выплываютъ надъ поверхностью разрыва болѣе красноватыя, слегка зернистыя, остатки паренхимы. Наружныя половыя части безъ измѣненія. На голенихъ разстаны круглые и заглазчатые рубцы.

Наблюденіе VIII. Psoriasis palmaris et plantaris; onychia sicc. Cicatrices penis. Myocarditis et orchitis interstitialis. Амилондъ печени и почекъ. Язвы кишекъ.

Умеръ — ошмеръ Егоръ Васильевъ, 40 лѣтъ, поступилъ 3-го, умеръ 13-го августа 1869 года.

Pneumonia caseosa. *Вскрытіе:* мягкая мозговая оболочка утолщена, отечна, отдѣляется легко; извилины мозга мѣстами значительно раздвинуты и атрофированы; ткань его бѣлая, пастообразна; боковые желудочки содержатъ значительное количество прозрачной серозной жидкости, еpendyma утолщена, рыхла; стѣнки желудочковъ гидроцефалически раздѣлены. Сосуды основанія слегка склерозированы. — Сердце нормальнаго объема, полости его расширены, стѣнки истончены; endocardium мутно, двухстворчатая заслонка сильно утолщена, слегка сморщена; заслонки аорты сильно склерозированы, на свободной поверхности одной изъ нихъ находится плотно приставившій фибринозный попятъ, величиною въ перовый орѣхъ; мускулатура бѣдна, довольно плотна и въ разрывѣ представляетъ многочисленныя бѣловатыя полоски.

Оба легкія весьма плотно срослены съ грудною стѣною по всей поверхности. Верхнія доли ихъ изрыты множественно полостей, сообщающихся между собою и нѣющихся то гладкія, то клочковатыя, строго или асиднаго цвѣта, стѣнки; эти полости имѣють величину отъ лѣснаго орѣха до куриного яйца и сообщаются съ нѣсколькими бронхами; раздѣляющая ихъ ткань очень плотна и въ разрывѣ проникнута многочисленными бѣловатыми полосками и разстанными желатыми островками или точками, не выдающимися надъ поверхностью, величиною отъ просаго до коноплянаго зерна. Сверху того всюду, особенно въ пучкахъ новообразованной волокнистой ткани, встрѣчаются по множеству пигментированные островки. Въ нижнихъ доляхъ содержится разстанный очень плотные узлы совершенно непроходимой для воздуха ткани, достигающіе величины голубинаго яйца, а въ верхнихъ частяхъ ихъ ближе къ заднему краю кромѣ того находятся нѣсколько полостей, совершенно сходныхъ съ вышеописанными. Слизистая оболочка большихъ бронховъ асиднаго цвѣта. Микроскопическимъ изслѣдованіемъ какъ въ удавленной между переперья, такъ и въ ткани плотныхъ узловъ обнаруживается большое количество старой фиброзной кѣтъчатки; въ ней заложены, соответственно желатымъ гнѣздамъ, частью сжатыя, содержащая сухую катарральную массу, альвеолы, частью островки изъ болѣе рыхлой волокнистой соединительной ткани, которая мѣстами переходитъ въ богатую кѣтъчками грануляціонную ткань, быстро превращающуюся въ мелкозернистый распадъ съ бѣстанными жировыми канальцами. Въ наибольшихъ гнѣздахъ кромѣ того встрѣчаются окруженные этою тканью, сильно помутнѣвшіе, участки старой склеротической кѣтъчатки, въ которой мѣстами можно, различать сжатыя и волокнисто-запутаншія альвеолы. Равнымъ образомъ подобныя куски легко получаются изъ массы, покрывающей стѣнки кавернъ. Что касается пигмента, то она имѣетъ мѣсто, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ, около большихъ, сильно сжѣденныхъ и запутанныхъ сосудовъ, а равно и въ стѣнкахъ альвеолъ.

Селезенка увеличена въ объемъ и срослена съ подреберьемъ, сумка ея утолщена; янечекъ бѣдна и рыхла, трабекулы сильно развиты. — Печень нормальнаго объема, ткань довольно плотна, поверхность разрыва бѣднобуроватаго цвѣта, слегка мускатна; при микроскопическомъ изслѣдованіи въ окружности центральныхъ венъ во многихъ мѣстахъ попадаются бѣстанные, безструктурные, островки, которые или представляются въ видъ узкихъ столбиковъ, раздѣленныхъ между собою кучками уменьшенныхъ и значительно пигментированныхъ печеночныхъ кѣтъчекъ, или въ видъ полныхъ кружковъ, то плотно, прилегающихъ къ упомянутымъ венамъ, то

отдельных от них едва заметных темными кольцами, состоящим, по видимому, только из мелких зернышек; в периферических частях долек печеночных клетки увеличены в объеме, большую частью круглы и содержат довольно крупные капли жира. При обработке препаратов из таких мѣстъ іодомъ получаютъ разсыпаны бурокрасныя пятны, дающія отъ сѣрной кислоты лишь весьма слабую реакцію. По направлению крупныхъ вѣтвей воротной вены количество соединительной ткани, по видимому, увеличено; мѣстами она кроетъ то бѣгаты молодыми клетками. —Почки увеличены в объемъ, сумка ихъ отдѣляется съ трудомъ; ткань бѣдная и плотная; при изслѣдованіи Мальпигіевы клубочки оказываются преобразованными въ равномерную ломкую, блестящую, массу; ближайшіе къ нимъ мочевые каналцы также блестяты, просвѣты ихъ цѣловидны, контуры интимальныхъ клетокъ въ нихъ изглажены; отъ іода и сѣрной кислоты клубочки окрашиваются фиолетовымъ цвѣтомъ, ближайшіе же къ нимъ желтѣютъ трубки, бѣдно-красныя отъ іода, получаютъ отъ прибавленія сѣрной кислоты грязно-бурое окрашеніе, при чемъ содержимое ихъ перѣдко расплывается, распадаясь на мелко-зернистую массу. Количество промежуточной ткани въ свободныхъ отъ этого перерожденія мѣстахъ, особенно въ пирамидкахъ, также увеличено. —Въ тонкихъ кишкахъ находятся разсыпаны язвы съ утолщенными нѣскольکو уловатыми краями, и разсыпаны узелки желтаго цвѣта, величина до конопаннаго зерна. Оба яичка очень малы, въ разрѣзѣ съ многочисленными сѣроватыми полосками промежуточной ткани. —На половомъ членѣ позади вѣшечковой бороздки съ лѣвой стороны ближе къ уздечкѣ находится два, глубоко втиснутые, рубца. На тылѣ безымяннаго пальца лѣвой руки и четвертаго пальца правой ноги, на лѣвой стопѣ и правой ладони находится разлитая припухлости кожи темно-краснаго цвѣта; кожа по окружности ихъ грубо-морщиниста, грязно-сѣраго цвѣта, роговая пластинка легко отдѣляется. Ногти на рукахъ и ногахъ слегка приподняты, сильно шероховаты, тонки, синеваго-желтаго цвѣта, при давленіи на нихъ появляются по бокамъ сѣроватые капли, похожіе на гной. При обработкѣ Миллеровской жидкостью ногти, равно какъ и верхняя кожа на вышеупомянутыхъ мѣстахъ, совершенно отдѣлались; слизистый слой подъ ними очень тонкій, рыхлый; верхушки сосочковъ мѣстами совершенно обнажены.

Обращаясь къ описанію добытыхъ изслѣдованіемъ фактовъ, можно сказать, что во всѣхъ приведенныхъ нами случаяхъ мы имѣли, при ясно выраженныхъ симпатическихъ измѣненіяхъ въ дру-

гихъ органахъ, интерстиціальное воспаленіе легочной паренхимы особаго рода, которое на большихъ пространствахъ превращаетъ послѣднюю въ плотную фиброзную ткань и слѣдовательно имѣетъ въ высшей степени хроническое, затяжное, теченіе. Во всѣхъ случаяхъ это измѣненіе развилось или послѣдовательно, или одновременно съ страданіемъ легочной плевры, которое выразилось плотными сросшеніями и значительными утолщеніями ея листковъ, при чемъ замѣстившая легочную паренхиму фиброзная ткань произошла чрезъ разрашеніе въ нормальной волокнистой стромѣ органа. Сообразно съ этимъ, заложенные въ легочной ткани фиброзные узлы всюду обнаруживаютъ весьма тѣсную связь съ междольчатыми пучками промежуточной ткани, равно какъ съ бронхами и большими сосудами. Исходя изъ этихъ частей, представляющихъ собою наиболее удобную почву, новообразование ткани распространяется на самыя доли, идетъ въ нихъ по перегородкамъ и тончайшей стромѣ альвеолъ и такимъ образомъ ведетъ частью къ сдавленію ихъ и послѣдовательной закупоркѣ катаральной массой, частью къ грануляціонному запустѣнію. Но по причинѣ преобладающаго участія въ богаченномъ процессѣ соединительной ткани послѣдняя изъ формъ запустѣнія альвеолъ всегда сохраняетъ за собою перевѣсъ надъ первою, является съ характеромъ разлитаго, быстро распространяющагося по окружности периферичныхъ узелковъ, измѣненія и, занимая разомъ цѣлыя группы мелкихъ долекъ, поглощаетъ значительные отдѣлы, иногда цѣлыя доли, легкаго. При этомъ разрастающаяся ткань кроме того обнаруживаетъ постоянную наклонность достигать высшихъ формъ развитія и какъ бы переходитъ рядомъ послѣдовательныхъ измѣненій въ стойкія образованія, такъ что все заболѣваніе получаетъ видъ разлитаго перерожденія легочной паренхимы, которое, сообразно типу новообразованной ткани, мѣсту развитія ея и декашей въ основѣ послѣдняго конституціоннаго аномаліи большаго организма, сообщаетъ патологическому процессу, ваятому во всѣхъ его періодахъ, свои отличительныя особенности. Грануляціонная ткань здѣсь, подобно тому какъ и при физиологическомъ ростѣ соединительно-тканыхъ органовъ, переходитъ въ волокнистую и съ теченіемъ времени въ фиброзную. Но при этомъ, съ одной стороны сопровождаемая сама новообразованіемъ сосудовъ, а съ другой развиваясь въ бо-

гатов сосудами ткани, она обуславливает описанными измѣненіями мѣстныя запустѣнія тѣхъ и другихъ, что, при совѣстивномъ патологическомъ раздраженіи, не во всѣхъ мѣстахъ равномѣрно, ходъ измѣненій, часто сопровождается мѣстнымъ въ запусѣвающей волосной стѣи задержаніемъ крови, которая потомъ подвергается обыкновеннымъ для нея регрессивнымъ измѣненіямъ, оставляя послѣ себя пигментъ. Такимъ образомъ рядомъ съ превращеніемъ молодой ткани въ болѣе старую мѣстами, особенно тамъ, гдѣ вѣтви волосной стѣи были почему либо шире, является пигментация, вслѣдствіе запустѣнія сосудовъ. Другой источникъ последней заключается въ нормальномъ устройствѣ и отпавленіи самаго органа. Легкое, представляя собою губчатую ткань, въ своихъ ячейкахъ или альвеолахъ, въ которыхъ происходитъ отдача крови газа воздухомъ, часто содержащимъ мелчайшія частицы различной пыли, всегда содержитъ у человѣка, особенно же во время болѣзненныхъ раздраженій ткани, большее или меньшее количество липкой и тягучей массы, именно слизистыхъ шариковъ, способной, какъ извѣстно, задерживать извѣстную часть вдыхаемой пыли и являться вслѣдствіе того пигментированною. Эта масса во-первыхъ можетъ весьма долго оставаться въ альвеолахъ и слѣдовательно можетъ быть захвачена другою, вступающею въ нихъ, тканью, во-вторыхъ, какъ доказано въ новѣйшее время точными изслѣдованіями, можетъ отдавать захваченныя ею частицы другимъ глубже лежащимъ составнымъ частямъ паренхимы. Наконецъ пигментация въ альвеолахъ при раздраженіи грануляціонной ткани въ стѣнкахъ и стромѣ ихъ можетъ зависѣть отъ прямого, происходящаго какимъ-либо путемъ, освобожденія содержащихъ пигментъ кровяныхъ клѣтокъ и можетъ быть задержана этою тканью. Такимъ образомъ, соотвѣтственно упомянутымъ измѣненіямъ грануляціонной ткани и указаннымъ возможностямъ одновременной съ ними пигментацией въ новообразованной ткани, мы имѣемъ въ нашихъ наблюденіяхъ обширные узлы фибрознаго разнитога перерожденія легочной паренхимы, въ которыхъ, рядомъ съ запустѣвающими капиллярами, находятся вблизи большихъ сосудовъ пигментныя древовидныя полоски на продольныхъ и звѣздчатые кучки на поперечныхъ разрѣзахъ, на мѣстѣ альвеолярныхъ стѣенокъ скопленія пигмента частью также въ видѣ полосокъ, частью въ видѣ треугольниковъ, отвѣчающихъ

по формѣ и расположенію угловъ расхожденія отдѣльных пучковъ въ перегородкахъ альвеолъ. Кромѣ того, также внутри ираморныхъ фиброзныхъ узловъ, мы застали въ нѣкоторыхъ изъ сильно сжатыхъ альвеолъ пигментированные слизистые шарикки, располагающіеся то кучками, то разсыпаны между другими элементами, и видѣли въ фиброзно-перерожденныхъ долькахъ тѣхъ же узловъ пространства, которые были окружены волокнистыми пучками, содержащими серповидныя эластическія волокна и разлагающимися на подобіе альвеолярныхъ перегородокъ, и заключали въ выполняющей ихъ соединительной ткани пигментныя кучки, отвѣчающія по формѣ и расположенію упомянутымъ шарикамъ. И такъ, если патологическая морфологія позволяетъ дѣлать вѣроятныя выводы, въ чемъ мы не сомнѣваемся, относительно хода обуславливающихъ дезорганизацию процессовъ, то въ объясненіе развитія и строенія узловъ разнитога фибрознаго перерожденія легочной ткани у сифилитиковъ нужно сказать, что исходными точками для новообразованія служатъ составныя части легкаго, нормально-богатыя волокнистою соединительною тканью; отсюда раздраженіе переходитъ на строму легочной паренхимы, производитъ запустѣніе ея, сопровождающееся пигментацией вѣроятно смѣшаннаго происхожденія, и является, подобно простымъ сифилитическимъ воспаленіямъ во многихъ другихъ органахъ, подъ видомъ фибрознаго, промежуточнаго, воспаления. Слѣдовательно развитіе фибрознаго перерожденія легочной ткани представляетъ собою интерстиціальную пневмонію сифилитическаго происхожденія.

Что касается обратнаго развитія узловъ, другими словами: теченія и исхода означенной пневмоніи, то оно опредѣляется тѣми же моментами, какъ развитіе и строеніе ихъ, именно типомъ новообразованной ткани, свойствами поражаемаго органа и причиною заболѣванія, вліяніемъ которой сообщается даже регрессивнымъ измѣненіямъ особенный складъ. Сообразно съ этимъ теченіе и исходы этой формы сифилитическаго пораженія легочной ткани имѣютъ свои характеристичныя особенности. Разрастающаяся ткань, пріобрѣтая свойства фибрознаго образованія, уменьшаетъ эластичность органа и частью расширяетъ, частью сдвигаетъ, входящая въ составъ его воздухоносныя трубки и ячеистыя полости. Кромѣ того развитіемъ въ ней по-

выхъ элементовъ, постоянно продолжающимся въ силу разлитого характера заболѣванія и медленнаго разращенія, поддерживается ирритативное состояние не только въ матерней, служащей почвою для этого развитія, ткани, но и въ элементахъ, не принимающихъ дѣятельнаго участія въ прогрессивномъ ходѣ измѣненій. Оно ведетъ или къ гибели этихъ элементовъ, или къ скопленіямъ въ отдѣльныхъ мѣстахъ различныхъ продуктовъ измѣненія ихъ. Такимъ образомъ во всѣхъ періодахъ развитія узловъ фиброзной сифилитической пневмоніи можно находить въ нихъ, какъ показываютъ вышеизложенныя наблюденія, расширенныя бронхи и сжатая легочная альвеола съ задержанною въ нихъ катаральною массою. Эти части узла во-первыхъ представляютъ собою мѣста наименьшаго сопротивленія ткани для регрессивнаго метаморфоза, во-вторыхъ содержатъ въ себѣ новое раздражающее начало, именно мелкозернистый распадъ, какъ продуктъ некробическаго измѣненія эпитеція, выстилающаго бронхи и альвеолы. Слѣдовательно узелъ, не смотря на значительное количество въ немъ прочной фиброзной ткани, всегда носитъ въ себѣ зачатки недолговѣчности и способенъ разрушаться. Далѣе новообразованная ткань сохраняетъ постоянную наклонность къ новому разращенію въ окружности узловъ и слѣдовательно сама по себѣ производитъ во всѣхъ періодахъ развитія его молодую, гораздо менѣе стойкую, ткань, которая при извѣстныхъ условіяхъ, вмѣсто превращенія въ фиброзная образованія, легко можетъ подвергаться распаденію. Этимъ еще болѣе увеличивается наклонность узловъ къ обратному метаморфозу. Наконецъ сама фиброзная ткань, сообразно вызвавшей разращеніе ея причинъ и скудной васкуляризаціи, не лишена наклонности къ обратному развитію, тѣмъ болѣе что въ легкомъ, подобно тому, какъ и на открытыхъ для наружныхъ насилій мѣстахъ кожи и въ некоторыхъ костяхъ, она сравнительно легче, чѣмъ во многихъ другихъ внутреннихъ органахъ, подвергается вѣрнымъ неблагоприятнымъ влияніямъ. Такимъ образомъ внутри самыхъ узловъ фибрознаго сифилитическаго воспаления легкихъ находится весьма много такихъ условій, въ силу которыхъ занятая ими легочная паренхима можетъ и должна подвергаться полнѣйшей дезорганизации. Соотвѣственно этимъ условіямъ мы дѣйствительно встрѣили въ нашихъ случаяхъ гнѣзда различнаго рода, въ которыхъ обнаруживались

явленія отживанія и распаденія ткани, и, какъ дальѣйшую степень послѣднихъ, видны язвенныя полости различнаго величинъ. Такъ въ окружности катарально-закупоренныхъ альвеолъ и долекъ находились два вида творожисто-жирового измѣненія въ разросшейся промежуточной ткани: въ однихъ мѣстахъ, по видимому, предшествовало распаденію новообразованіе молодой соединительной ткани, въ другихъ оно непосредственно и прямо наступало въ фиброзныхъ чулкахъ, что и выражалось въ нихъ въ-первыхъ особенными явленіями умиранія и слѣдующаго за тѣмъ разрушенія ткани. Тоже самое наблюдалось въ окружности болѣе или менѣе развитыхъ бронховъ. Далѣе подобныя два рода гнѣзда регрессивнаго измѣненія разсыпны были въ самыхъ старшихъ частяхъ узловъ фибрознаго перерожденія. Въ нихъ мы видѣли во-первыхъ появленіе маленькихъ островковъ грануляционной ткани и вслѣдъ за тѣмъ распаденіе какъ ихъ самихъ, такъ и ближайшей окружности ихъ, во-вторыхъ — клочки мелкозернистаго распада въ самой фиброзной ткани. Происходящій означенными различными путями распадъ составныхъ частей узла можетъ при этой формѣ страданія легочной паренхимы, подобно другимъ видамъ чахотки легкиихъ, удаляться и оставлять послѣ себя дефекты ткани. Удаленіе это, какъ и всегда, совершается послѣ нарушенія цѣлости большихъ бронхіальныхъ вѣтвей, въ основѣ котораго, какъ мы видѣли въ духъ послѣднихъ наблюденій, лежать тѣ же обратныя измѣненія въ стѣнкахъ бронховъ, какія имѣютъ мѣсто въ запустѣвшей легочной паренхимѣ; здѣсь эти измѣненія чаще развиваются послѣдовательно, за разрушеніемъ ткани ближайшихъ узловъ, чѣмъ первично, при чемъ образуются разомъ большія каверны. Въ окружности послѣднихъ дезорганизация узловъ идетъ несравненно быстрее, чѣмъ до образованія открытыхъ полостей. Такъ изъ фибрознаго перерожденія легочной ткани развивается язвенная форма чахотки. Что касается наконецъ предрасположенія со стороны самаго органа, которое способствуетъ развитію разлитого фибрознаго перерожденія легочной ткани, то оно, по видимому, одинаково хорошо можетъ зависѣть какъ отъ затаянныхъ воспаленій плевры, такъ и отъ различныхъ страданій большихъ и малыхъ бронхіальныхъ вѣтвей. И такъ, сообразно съ анатомическими измѣненіями въ узлахъ, теченіе интерстиціальной фиброзной сифилитической пневмоніи характе-

ризуется постоянным, по медленным и непрерывно распространяющимся и замещающим паренхиму органа, новообразованием соединительной ткани, которое вызывает на ограниченных местах катаральную закупорку альвеол, может сопровождаться некробиотическими изменениями как в этих местах, так и в новообразованных продуктах, при чем последние подвергаются творожисто-жировому перерождению, и при наступающей поздне секвестрации мертвых масс переходить в язвенную чахотку.

Но указать анатомический ход развития и течения какого-либо весьма сложного патологического процесса еще не значит вполне установить его отдельность и самостоятельность. Поэтому нам остается сказать еще несколько слов об отличии описанной нами формы сифилитического поражения легких от других, скольконибудь сходных с нею и могущих подать повод к смнению, патологических изменений. Между этими изменениями, также сопровождающимися значительным разрастанием промежуточной ткани, можно различать местные и распространенные, сообразно различным степеням развития фиброзной сифилитической пневмонии. Одно из относящихся к первой группе, именно бурое уплотнение легочной ткани вследствие продолжительного механического застоя крови, мы нашли случай довольно подробно описать в одном из изложенных нами наблюдений, а потому прощаем молчаньем, тем более, что с фиброзным перерождением оно имеет лишь внешнее сходство, так что смнение того и другого при микроскопическом исследовании едва ли возможно. Другое, именно асцидное затвердение легочной паренхимы, происхождение которого совершенно неправильно приписывается Риндлейем (*l. c.* 337) исключительно продолжительному ателектазу, также весьма легко отличается от описанной нами формы, хотя оно, подобно последней, является в вид запустения или перерождения ткани и Дитрихом¹⁾ было указано как сифилитическое изменение. Это запустение занимает весьма ограниченную область, обыкновенно является односторонним, в вид узлов, никогда не превышающих объема куриного яйца, в огромном большинстве случаев

часть помпается в верхушк легкого и всегда представляет собою совершенно законченное изменение. Смотря по происхождению, гнзда его бывают различны по составу. Когда они являются исходом катаральной и местно затнувшейся крупозной пневмонии, то в сжатых, сгутолщенных стбках, альвеолах всегда можно отыскать свойственные этим формам болезненные продукты, которые, задерживаясь в большом количестве, препятствуют совершенному заращению альвеол и могут быть открыты в окружности гнзда даже в том случае, если центр его пропитывается известью. Рубцовы запустения ткани после экстравазатов и соединенного с ними продолжительного ателектаза легко отличаются уже простым глазом, так как в них между волокнисто-запустившею тканью остаются только каррафицированные участки паренхимы. Микроскопически эти рубцы отличаются обыкновенно совершенным отсутствием в них регрессивных изменений составных частей легочной паренхимы и расположением кровяного пигмента большими сплошными гнздами, в которых некоторые из красных кровяных шариков весьма долго сохраняют свою форму. Наконец само собою разумеется, что главным отличием низшей степени сифилитического развитого фиброзного перерождения легочной ткани от этих состояний будут продолжающиеся при нем в окружности узла разрастание соединительной ткани с грануляционным характером и местные обратные изменения в самой новообразованной ткани, что не свойственно законченным патологическим образованиям. Труднее отличаются ограниченные гнзда сифилитического интерстициального воспаления от рубцов после гумозных опухолей, в особенности в том их виде, как они описаны у Лансера; но остаток гумозной массы в них не есть необходимое явление, а при отсутствии последней они также получают характер законченных изменений. Кроме того эти рубцы обыкновенно не сопровождаются разрастанием промежуточной ткани в других отделах легких, что напротив составляет обыкновенное явление даже в начальных степенях интерстициальной сифилитической чахотки. Впрочем с другой стороны нужно допустить, что они могут служить при известных условиях исходными точками для развития описанной здесь формы сифилитического воспаления

¹⁾ Prager Vierteljahrschrift, 1880, n° 2.

легких, но в таковых случаях отягчение рубцов постат гумозных опухлей от юных гивзд простаго сифилитического воспаления легочной паренхимы приобретает совершенно другой интерес, который здесь не место преследовать. Изъ больше распространенных патологических изменений, по отношению къ отягчению ихъ отъ интерстиціальной сифилитической чахотки, необходимо обратить внимание на два рода состояній дыхательныхъ органовъ. Обыкновенная хроническая интерстиціальная пневмония, которая развивается часто какъ неблагоприятный исходъ крупозной и иногда какъ спутникъ хронической катарральной, отличается довольно легко; при ней новообразование соединительной ткани даже въ томъ случаѣ, когда одновременно находятся обширныя плевритическія срощенія, происходитъ исключительно на счетъ равращенія междольчатыхъ перегородокъ и ближайшей окружности большихъ бронховъ, между тѣмъ какъ самая перенхима содержится подобно тому, какъ при вышеописанныхъ бронхопневмоніи и туберкулезной инфильтраціи. Сообразно съ этимъ разросшаяся соединительная ткань совершенно иначе участвуетъ въ дезорганизации легочной ткани; она или производитъ обширныя бронхоэктазіи, которая въ послѣдствіи изъязвляется, или при одновременно некробіозъ катарральныхъ продуктовъ образуетъ, какъ и pneumonia dissicans, небольшие каверны, стѣнки которыхъ отдѣляютъ гной. Наконецъ, что касается отличія интерстиціальной сифилитической чахотки отъ различныхъ видовъ малоизслѣдованной pneumokoniosis, то, по нашему мнѣнію, распознаваніе послѣдней должно быть основываемо не столько на гистологическихъ измѣненіяхъ легочной ткани, какъ на распространеніи въ ней различныхъ мелчайшихъ инородныхъ частицъ. Въ частности anthracosis можетъ быть различаема на основаніи морфологическихъ признаковъ угольныхъ частицъ; siderosis, по изслѣдованіямъ Цейкера, имѣетъ нѣкоторые особенные макроскопическіе признаки и по принятию чрезвычайной раздробленности инородныхъ веществъ на большихъ пространствахъ сопровождается болѣе катарромъ альвеолъ, чѣмъ запустѣніемъ ихъ. Вообще же при интерстиціальной сифилитической чахоткѣ пигментация, не прѣвшаая въ проходимыхъ мѣстахъ нормальной для известнаго возраста, ограничивается только значительно измѣненными участками

ми паренхимы, между тѣмъ какъ при pneumokoniosis пылъ проникаетъ до внутренней поверхности плевры, вызывая гепатизацию ткани лишь на ограниченныхъ мѣстахъ. Впрочемъ нельзя не сознаться, что въ такихъ случаяхъ, какъ у каменщика, вскрытаго Вирховымъ (L. с. 322 стр., 4 прим.), морфологія при опредѣленіи прохожденія болѣзненнаго процесса можетъ оказаться совершенно безсильною.

Изъ всего сказаннаго нами очевидно слѣдуетъ, что развитіе фиброзное перерожденіе легочной ткани есть простое сифилитическое воспаленіе, наступающее въслѣдствіе страданія плевры и бронховъ. Оно состоитъ въ медленномъ замѣщеніи легочной паренхимы фиброзною тканью, развивается изъ нормальной волонистой стромы легкаго, весьма часто сопровождается значительнымъ отложеніемъ пигмента, является въ видѣ большихъ, иногда занимающихъ цѣлыя доли, диффузно растущихъ по окружности, узловъ, и обнаруживается, сообразно условіямъ мѣста и свойствамъ новообразованной ткани, вполнѣ отвѣчающимъ природѣ конституціональной причины заболѣванія, — сильную склонность переходить въ настоящую чахотку. Эта послѣдняя, phthisis syphilitica е pneumonia interstitiali syphilitica simplici, развивается путемъ смѣшаннаго дегенеративнаго измѣненія запустѣвшей паренхимы, которая разрушается частью чрезъ некробіотическое распаденіе въ сжатыхъ и катаррально-запустѣвшихъ альвеолахъ и въ самой новообразованной фиброзной ткани, частью чрезъ вторичное разрашеніе грануляціонной ткани, несомнѣной въ высшей организациіи и, подобно гумознымъ образованіямъ, быстро распадающейся. Суммою этихъ признаковъ простое сифилитическое воспаленіе легкихъ отличается отъ всѣхъ прочихъ патологическихъ измѣненій дыхательныхъ органовъ и можетъ быть рассматриваемо какъ самостоятельная форма заболѣванія ихъ.

Возвращаясь къ общему обзорному результату изслѣдованій нашихъ случаевъ и фактовъ, добытыхъ изъ известныхъ доселѣ въ литературѣ наблюденій другихъ изслѣдователей, можно сдѣлать нѣкоторые вѣроятные выводы касательно сифилиса легкихъ въ патолого-анатомическомъ отношеніи. — Въ легкихъ сифилитиковъ

могут развиваться два ряда гумозных образований: гумозные опухоли и гумозные воспаления, равно как просто фиброзное сифилитическое воспаление. Гумозные опухоли развиваются въ видѣ большихъ узловъ, по видимому, изъ промежуточной соединительной ткани легкаго, производятъ полную мѣстную дезорганизацию паренхимы и быстро подвергаются обратному творожисто-жировому перерождению. Эти узлы всегда являются въ ограниченномъ количествѣ, чаще посятъ на себѣ характеръ мозговой и творожистой, рѣже фиброзной, разновидности сифилитическаго новообразования и вообще рѣдко подлежатъ анатомическому изслѣдованію въ періодъ цвѣтія. Распадаясь, они или оставляютъ послѣ себя язвенныя подосты, или съ удаленіемъ распада превращаются въ мѣстныя рубцовыя запусы паренхимы. Въ обоихъ случаяхъ они могутъ повлечь за собою другія послѣдовательныя патологическія измѣненія. Наконецъ не невѣроятно, что въ некоторыхъ случаяхъ рубцы послѣ гумозныхъ опухолей служатъ исходными точками для простаго фиброзаго сифилитическаго воспаления легочной ткани. Гумозныя воспаления по отношенію къ развитію и обратному метаморфозу ни чѣмъ не отличаются отъ гумозныхъ опухолей. Но они всегда являются въ видѣ множественныхъ мiliaryныхъ гнѣздъ или опухолей, инфильтрируютъ соединительнотканную строму мельчайшихъ долекъ паренхимы и, по видимому, содержатся въ окружающей ихъ легочной ткани подобно первичному бугорку, вызывая въ ней различныя формы творожистой чахотки. Простое сифилитическое воспаление легкихъ представляетъ собою интерстиціальную фиброзную пневмонію. Она является въ видѣ обширныхъ развитыхъ, рѣдко одиночныхъ, гнѣздъ, значительно пигментированныхъ и иногда распространяющихся на цѣлыя доли легкихъ, и обусловливается, по видимому, особую форму чахотки легкихъ, при чемъ разрушеніе паренхимы происходитъ на счетъ прямаго обратнаго развитія фиброзной ткани и вторичнаго образования въ ней мелкихъ гумозныхъ гнѣздъ. Всѣ эти формы принадлежатъ очень позднимъ періодамъ застарѣлаго сифилиса и, по видимому, легче развиваются при существованіи въ дыхательныхъ органахъ какихъ либо другихъ несифилитическихъ патологическихъ измѣненій, которыя однако сами по себѣ не обуславливаютъ чахотки легкихъ. Таковы обыкновенныя анатомическія проявленія сифи-

лиса легкихъ у взрослыхъ; по мы должны замѣтить, что ими не исчерпывается отношеніе послѣдняго къ болѣзнямъ легочной паренхимы. Такъ изъ историческаго отдѣла мы знаемъ, что возможны другія измѣненія легкихъ также сифилитическаго происхожденія, но другаго характера, каковы напримѣръ экзудативныя формы заболѣванія и страданія эпителиальной ткани. Слѣдовательно слова Вирхова, что въ патологій сифилиса легкихъ «существуетъ большое поле какъ для клиническаго, такъ и анатомическаго изслѣдованія», надолго останутся въ полной силѣ.

ПРИБАВЛЕНІЕ.

Отношеніе сифилиса къ бугорчаткѣ.

Quaedam simplicia, quaedam complicata.
Вопросъ объ отношеніи сифилиса къ бугорчаткѣ, безъ сомнѣнія, есть вопросъ чрезвычайной трудности, удовлетворительнаго рѣшенія котораго должно ожидать отъ совмѣстнаго строгаго клиническаго и анатомическаго изслѣдованія, такъ что полная разработка его принадлежитъ тому небызкому будущему, когда медицинская статистика смертности вслѣдствіе различныхъ болѣзней въ различныхъ мѣстностяхъ будетъ основываться на точныхъ патологоанатомическихъ данныхъ. Поэтому мы коснемся этого вопроса на столько, на сколько необходимо отличать сифилитическія измѣненія отъ туберкулезныхъ и на сколько въ некоторыхъ случаяхъ можно указать на сифилисъ, какъ на причину бугорчатки.

Мысль о связи сифилиса съ бугорчаткою очень стара и не лишается поддержки до нашего времени. По Энгелю ¹⁾ развитіе туберкулезныхъ продуктовъ «при сифилитическомъ процессѣ совершенно обыкновенное явленіе». Михаэлис ²⁾ принимаетъ процессъ въ лимфатическихъ бубонахъ за туберкулизацию, Беренширпугъ ³⁾ признавать третичный сифилисъ за бугорчатку.

¹⁾ Eng. Ueber Tuberkel. (Prag. Vierteljahrsschrift, 1835, стр. 42—55).

²⁾ Michaelis, Lehre von der Syphilis. Wien, 1859, стр. 79.

³⁾ Virchow's Arch., т. XV, стр. 234.

Фонь-Розень ¹⁾ стремился доказать статистическими данными влияние врожденного сифилиса на развитие бугорчатки у детей. Все это могло быть забыто, пока считалось доказанным, что бугорчатка есть особенный боллезненный процесс, въ основѣ котораго лежить мильарное лимфатическое новообразование, совершенно отличное отъ воспалительныхъ продуктовъ; но съ произведенными въ послѣднее время многочисленными опытами прививанія бугорчатки снова открылась необходимость ставить вопросъ именно въ той формѣ, какъ мы его поставили. Лебертъ, который, подобно упомянутымъ авторамъ, считаетъ бугорки воспалительными продуктами ²⁾, высказалъ слѣдующія мнѣнія объ отношеніи сифилиса къ бугорчаткѣ ³⁾: туберкулёзъ иногда находится на одномъ и томъ же болѣзномъ мѣстѣ съ сифилисомъ; люди какъ расположенные къ туберкулёзному процессу, такъ и нерасположенные къ нему, напримѣръ по наслѣдству, получаютъ туберкулёзъ, заражаясь сифилисомъ. Дадѣ, онъ не только считаетъ сифилисъ одною изъ причинъ туберкулёзныхъ болѣзней, но допускаетъ даже, что многие, преимущественно молодые люди, получаютъ бугорчатку отъ сифилиса, начинающагося скрытно, потому что заражаются будто бы не первичными, а вторичными формами. Таковы мнѣнія объ отношеніи сифилиса къ бугорчаткѣ въ смыслѣ туберкулизаціи, какъ ее понималъ Леннеке и понимаютъ многие другіе новѣйшіе авторы. Это—ложная бугорчатка; значеніе ея вполнѣ опредѣляется двумя послѣдними, описанными выше, сифилитическими заболѣваніями легочной ткани, которыми, какъ мы видѣли, могутъ при известныхъ условіяхъ повести къ настоящей чахоткѣ.

Что касается истинной бугорчатки, то она не только охотнѣе развивается, какъ это доказано пр. Рудневымъ (I. с.), на сифилитической почвѣ по причинѣ обильнаго разращенія промежуточной ткани во внутреннихъ органахъ, но, по видимому, можетъ также, при нѣкоторыхъ благоприятныхъ къ тому условіяхъ, являться какъ слѣдствіе нѣкоторыхъ другихъ сифилитическихъ измѣненій. Другими словами: бугорчатка у сифилитиковъ въ

однихъ случаяхъ можетъ быть разсматриваема какъ простое осложненіе, въ другихъ какъ послѣдственное заболѣваніе, связывающее естественный ходъ теченія висцеральнаго сифилиса.

Изъ патологій давно извѣстно, что бугорчатка, какъ въ острой мильарной, такъ и въ хронической формѣ, если не во всѣхъ, то, по крайней мѣрѣ, во многихъ случаяхъ развивается послѣдовательно или одновременно съ другими натурительными—будутъ ли онѣ общія или мѣстныя—болѣзнями и сопровождается даже въ начальныхъ степеняхъ своего развитія асцо выраженными явленіями истощенія. Отсюда произошло ученіе о ней, какъ о дискразіи. Но изслѣдованія послѣднего времени доказали, что истощеніе организма слѣдуетъ разсматривать не какъ слѣдствіе, а какъ причину бугорчатки. Такъ мы знаемъ, что различные виды хронической пневмоніи, продолжительныя гнойныя воспаленія, истощеніе отъ круглой язвы желудка, отъ сахарнаго мочеизнуренія и т. п. часто заканчиваются мильарною бугорчаткою. Знаемъ также, что затіяжные случаи острыхъ заразительныхъ болѣзней, гдѣ продукты измѣненія тканей, образовавшіеся подъ влияніемъ усиленнаго обмѣна веществъ, долго задерживаются въ организмѣ по причинѣ развивающагося, при общемъ упадкѣ силъ, замедленія кровообращенія, могутъ сопровождаться какъ острою, такъ и хроническою бугорчаткою; сюда относится именно большинство заболѣваній чахоткою послѣ тифа, оспы и т. д. Все это, по нашему мнѣнію, доказываетъ особенную копулятивную способность бугорчатки, другими словами: способность присоединяться къ другимъ болѣзнямъ, измѣнять природу свойственныхъ имъ патологическихъ измѣненій и такимъ образомъ какъ бы связывать естественное теченіе ихъ. Эта способность, какъ нельзя болѣе, гармонируетъ съ морфологическими особенностями бугорчатки въ отдѣльныхъ случаяхъ и вполнѣ доказана тою частью произведенныхъ въ послѣднее время опытовъ прививанія бугорчатки, гдѣ одновременно съ общою дезорганизациею лимфатической системы наблюдалась на серозныхъ оболочкахъ и въ другихъ внутреннихъ органахъ истинныя мильарныя лимфатическія новообразованія, какъ напримѣръ это было въ опытахъ Клебса ⁴⁾, Кон-

¹⁾ Dr. von Rosen, «Ueber die Nachkommenschaft der Syphilitischen». (*Behrend's Syphilidologie*, т. III, 33, 1862).

²⁾ Virchow's Arch., т. XL, стр. 142—179, 532—540.

³⁾ Med. Times and Gaz., 1860, т. II, стр. 593, 621.

⁴⁾ Virchow's Arch., т. XLIV, стр. 242—296.

гейма ¹⁾ и др. ²⁾. Изъ этихъ опытовъ, равно какъ изъ вышеупомянутыхъ многочисленныхъ наблюдений надъ отношеніемъ бугорчатки къ другимъ заболѣваніямъ у человека, должно по видимому заключить, что развитіе бугорчатки всегда предшествуется конституціональною аномаліею въ лимфатической системѣ, причина которой можетъ находиться какъ въ самой лимфатической системѣ, такъ и въ ея, слѣдовательно можетъ быть прирожденною и приобретенною. Аномалія эта, по видимому, однаково хорошо можетъ зависеть какъ отъ первичныхъ морфологическихъ измѣненій въ элементарныхъ составныхъ частяхъ различныхъ отдѣловъ этой системы, такъ и отъ вторичныхъ заболѣваній, вызываемыхъ болѣзненнымъ составомъ двигающихся по ней паренхиматозныхъ соковъ. Сообразно съ этимъ легко могутъ сопровождаться острою бугорчаткою какъ тѣ болѣзни, которыя сами по себѣ обуславливаютъ патологическія измѣненія главныхъ отдѣловъ лимфатической системы (scrofulosis, tabes mes. etc.), такъ и остро-развивающіяся худосочія, съ тѣмъ въпрочемъ отличіемъ, что первыя вызываютъ гетеротипическія узловатыя мiliaryныя новообразованія, постепенно ограничивая въ лимфатической системѣ количество способныхъ къ физиологическому отравленію элементовъ, вторыя напротивъ болѣе или менѣе быстро обременяя лимфу такими неокончательными продуктами измѣненія тканей, которые не могутъ быть сполна превращаемы въ годный для питанія матеріалъ даже при усиленной дѣятельности лимфатическихъ желѣзъ. Эта разность дѣйствія причинъ выражается цѣковыми особенностями туберкулезной miliaryной выпсы, а именно: въ послѣднемъ случаѣ miliaryныя бугорки являются въ большемъ количествѣ, всюду обнаруживаютъ приблизительно одинаковъ воз-

¹⁾ Ibid., т. XLV, 216—230.

²⁾ Waldenburg. *Die Tuberculose, die Lungenschwindrucht und Scrofulose*. Berlin, 1869. Изъ этой книги, гдѣ собраны всѣ опыты относительно прививанія бугорчатки, легко убѣдиться какъ въ томъ, что при общій опытѣ много млекопитающихъ, какъ и самъ Вальденбургъ, принимая за бугорчатку совершенно отличную отъ него патологическія образованія, такъ и въ томъ, что такъ, гдѣ, по видимому, наблюдалась послѣ прививанія истинные бугорки, развитіе ихъ предшествовалось цѣлымъ рядомъ другихъ заболѣваній, которыя сопровождался глубокими измѣненіями лимфатической системы. Поэтому на въ одномъ случаѣ нельзя считать бугорчатку прямымъ слѣдствіемъ прививанія, а тѣмъ болѣе переносить на человека возникшія по поводу прививанія теорія происхожденія бугорчатки.

расть, сопровождаются гиперплазіею лимфатическихъ желѣзъ и развиваются при бурныхъ лихорадочныхъ явленіяхъ съ тифоиднымъ характеромъ; тогда какъ въ первомъ это высыпаніе приближается болѣе къ хроническому и мѣстному, потому что бугорки обнаруживаютъ различные возрасты въ различныхъ мѣстахъ, указывая какъ бы на неодновременность своего развитія. Но бугорчатка, отъ какихъ бы причинъ она ни развивалась, какъ бы ни было велико или мало ея распространеніе, въ какой бы близкой связи ни находилась къ предварительной болѣзненно-измѣненнымъ отдѣламъ лимфатической системы, — всегда проявляется одинаковыми морфологическими измѣненіями. Она представляетъ собою въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ нормально нѣтъ лимфоидныхъ скопленій, многокѣтное новообразованіе miliaryныхъ безсоединистыхъ узелковъ, состоящихъ изъ тѣсно ссученныхъ, безъ всякаго промежуточнаго вещества, лимфоидныхъ кѣлочекъ, которыя быстро подвергаются обратному превращенію и распадаются въ центрѣ узелка. Гнѣзда этого новообразованія очевидно являются гетеротипически даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда находятся въ связи съ лимфатическими сосудами (Клебсъ, *l. c.*); въ большинствѣ же случаевъ они сидятъ въ соединительной ткани, богатой кѣлочками, и слѣдовательно, хотя бы они занимали сокопроводящіе каналы, откуда берутъ начало лимфатическіе волосные сосуды, образуются по видимому гетеропластическіе. Словомъ, каждый отдѣльный бугорокъ имѣетъ опредѣленную анатомическую характеристику. Съ этой точки зрѣнія бугорчатка есть отдѣльная и самостоятельная болѣзнь. Слѣдовательно она не должна быть смѣшиваема съ болѣзнями, которыми (воспаленіе по Лейберту и др., золотуха по Клебсу) приводится въ дѣйствіе вышеупомянутая аномалія и которыя слѣдовательно только усиливаютъ предрасположеніе къ заболѣванію бугорчаткою. Много есть случаевъ, какъ доказано Валентиномъ ¹⁾ и наблюденіями другихъ изслѣдователей, гдѣ бугорчатка развивается безъ какихъ либо предшествующихъ сыровидныхъ гнѣздъ. Съ другой стороны извѣстны хотя и рѣдкіе, но въ высокой степени поучительные случаи, гдѣ туберкулезное отложение, начинаясь совершенно мѣстно — въ яичкѣ, равно въ губчатомъ веществѣ трубчатыхъ костей — и,

¹⁾ Virchow's Arch., т. XLIV, стр. 296.

не производя здесь обширного разрушения, требует для своей генерализации нескольких лет, и где при вскрытии не находится никаких явлений, которыми бы можно было объяснить первоначальное появление этого отложения согласно с предложенными теориями о происхождении бугорчатки.

Сифилис сь только что изложенной точки зрѣнія, по видимому, легче другихъ болѣзней можетъ конгулировать бугорчаткою, усиливая существующее предрасположеніе къ ней, потому что онъ обыкновенно вызываетъ болѣе или менѣе глубокія измѣненія, какъ въ строеніи, такъ и въ отразвленіи лимфатической системы. Оставляемая имъ морфологическія измѣненія въ большинствѣ случаевъ неизгладимы, такъ какъ они носятъ на себѣ характеръ различныхъ перерожденій желѣзистаго отдѣла этой системы. Мы приведемъ здѣсь одинъ случай, гдѣ при ясно выраженныхъ сифилитическихъ измѣненіяхъ, въ формѣ гумозныхъ узловъ и интерстиціальнхъ воспаленій, и при значительной дезорганизаціи лимфатической системы, не туберкулезнаго происхожденія, развилась легочная бугорчатка, которой предшествовало умеренное разращеніе промежуточной ткани.

Арестантъ, губ. секр. Вильгельмъ Петкевичъ, 39-ти лѣтъ, поступилъ въ госпиталь съ брюшною водяною 13-го августа, умеръ 2-го декабря.

Вскрытіе. Мягкая мозговая оболочка опечна, мутна по направленію сосудовъ, отдѣляется легко; при изслѣдованіи тканей всюду довольно богата круглыми кѣтками и мелкозернистымъ жиромъ, въ особенности же по направленію сосудовъ, но безъ замѣтныхъ въ стѣнкахъ ихъ узловатыхъ утолщеній. Извилины мозга мѣстами сильно раздвинуты, ткань, неравномерной плотности, содержитъ значительное количество крови; боковые желудочки умеренно разширены серозною жидкостью, хоронидныя сплетенія утолщены, ворсинки и содержатъ серозныя кисты, величиною до небольшой горошины. Сосуды основанія безъ измѣненій. На границѣ между зрительнымъ бугромъ и полостнымъ тѣломъ правой стороны находится опухоль, величину въ кедровый орѣхъ, выдающаяся нѣсколько въ полость желудка, но покрытая, по видимому, незамѣненною задѣмною, въ разрывѣ частью студенистообразнаго цѣтя, частью желтоватаго, довольно плотнаго. При изслѣдованіи ерентума, легко отдѣляющаяся отъ наружной части опухоли, утолщена, очень богата въ верхнихъ слояхъ тонкими прямы-

ми, разнообразно переплетающимися между собою, волокнами; по мѣрѣ приближенія къ опукамъ между ними круглыя кѣтки, величиною въ бѣлый кровяной шарикъ, съ большими ядрами; въ самомъ глубокомъ слое волокна совершенно исчезаютъ, такъ что онъ состоитъ изъ описанныхъ кѣтокъ, раздѣленныхъ бѣлыми, помпидуму, безструктурнымъ промежуточнымъ веществомъ. Наружная, болѣею частью страя и представляющая неправильно зазѣдчатую фигуру, часть опухоли мѣстами состоитъ исключительно изъ грануляціонной ткани, богатой описанными кѣтками, раздѣленными довольно грубыми волокнистыми промежуточнымъ веществомъ, и содержитъ широкіе выстиранные кровью волосные сосуды; ястами въ ней также тѣмъ внутренню перетяну сь толстыми нервными, представляющими на протяженіи веретенообразныя утолщенія, и съ вышеописанными прямыми и тонкими волокнами; сосуды здѣсь также налиты кровью, наружная оболочка болѣе крупныхъ изъ нихъ равномерно инфильтрирована круглыми кѣтками. Болѣе внутренняя, лишь мѣстами страя, преимущественно же желтая, часть, также не представляющая правильной очертанія, то одинакова по строенію съ описанною наружною частью, то вовсе лишена кѣточныхъ элементовъ и лишь мѣстами представляетъ сморщенные ядра, помпидуму одинаковыя сь ядрами упомянутыхъ круглыхъ кѣтокъ, при томъ вовсе не содержитъ крови. Въ этихъ послѣднихъ участкахъ, имѣющихъ совершенно неправильную форму, можно видѣть въ матовой мелкозернистой массѣ, кромѣ упомянутыхъ ядеръ, бѣдную волокнистость то лучками, то отдѣльными тонкими полосками, и застывшіе сосуды или въ видѣ кружковъ также бѣдныхъ, но не однородныхъ, или въ видѣ такихъ же разнообразно расходящихся полосокъ различной толщины, при чемъ тѣ и другія фигуры проникнуты мелкими капельками жира.

Сердце увеличено въ объемѣ, кругло; полость праваго желудочка разширена, стѣнка нормальной толщины, trabeculae утолщены; стѣнка лѣваго желудочка слегка истончена, полость увеличена, endocardium мутно, bicuspidalis утолщена и содержитъ желтоватыя склеротическія гнѣзда; musculatura бѣдна и дрябла.

Лѣвое легкое сращено сь грудною стѣною, правое свободно, плевра его мутна, представляетъ разсѣинныя стры и желтые узелки отъ просѣаннаго до коноплянаго зерна, подреберный листокъ ея устанъ миліарными стрыми узелками. Узелки заключены въ грубой волокнистой ткани; меньшіе изъ нихъ состоятъ въ окружности изъ образованныхъ, съ весьма малымъ количествомъ протеоплазмы и съ большими ядрами, блестящихъ круг-

лых клеток съ небольшою примесью нѣсколькихъ большихъ, величиною въ бѣлый кровяной шарикъ, грануляционныхъ, также круглыхъ, элементовъ; тѣ и другіе тѣсно скучены безъ промежуточного вещества и окружаютъ безъ рѣзкой границы кучки мелкозернистой массы, лежащей въ центрѣ узелка. Большіе узелки состоятъ изъ нѣсколькихъ мелкихъ, при чемъ мелкозернистая масса содержитъ, занимая иногда цѣлое поле микроскопа при увеличеніи въ 300, очень мелкія капельки жира и раздѣлена мутною грануляціонною бесцветною тканью. Какъ малые узелки, такъ и аморфныя кучки въ болѣе крупныхъ обнаруживаютъ болѣе или менѣе правильную круглую форму. Оба легка очень обьемисты; довольно тяжелы, мало спадуютъ, у поверхности на верхнихъ доляхъ представляютъ довольно многочисленныя рубцовыя углубленія; одно изъ нихъ, расположенное у передняго края лѣвой верхней доли, имѣетъ видъ полуцѣпной вырѣзки, на мѣстѣ которой плеера представляетъ рубцовое, бѣлаго цвѣта, утолщеніе. Въ разрѣзѣ идутъ отъ упомянутыхъ углубленій на значительную глубину въ ткань волокнистыя отростки; на поверхности всюду представляются многочисленныя, расположенныя по направлению бронховъ и сосудовъ, сѣроватыя полоски промежуточной ткани; частію на нихъ, частію въ связи съ ними, разсыяны во множествѣ узелки сѣраго и желтаго цвѣта, величиною отъ коноплянаго зерна до горошины, мало выдающіеся надъ окружающею тканью, отличающіеся буроватымъ окрашеніемъ; сверхъ того въ верхнихъ доляхъ находится нѣсколько узловъ совершенно желтаго цвѣта, неправильной формы, величиною до полноклаго орѣха, значительно выдающихся надъ поверхностью разрѣза и довольно плотныхъ. Углубленія между описанными гитадами участки проходимаго ткани у заднихъ краевъ нижнихъ долей значительно гиперемизированы. Слизистая оболочка крупныхъ бронховъ утолщена, рыхла и инфильтрована кровью, мѣстами же покрыта гноевидною слизью; въ дыхательномъ горлѣ, не далеко отъ нижнихъ голосовыхъ связокъ, на обоихъ сторонахъ находятся язвы, кругловатыя, съ ровными, какъ-бы обрѣзанными, краями и сильно гиперемизированнымъ дномъ. — Послѣдованіе уплотнѣвшей легочной ткани въ волокнистыхъ пучкахъ верхнихъ долей обнаруживается совершенно одинаковыя съ вышеописанными узелками плееры мiliaryныя гитады. Наиболѣе мелкіе узелки въ окружности сосудовъ заложены въ наружную оболочку ихъ, весьма богатой круглыми грануляционными и веретенообразными клетками; преобладающую составную часть этихъ узелковъ составляютъ кругловатыя кучки мелкозернистой массы, но обнаруживающей никакихъ остатковъ форменныхъ элементовъ; самыя кучки обыкновенно болѣе, чѣмъ

центральныя части узелковъ плееры, но въ окружности ихъ и здѣсь болѣею частью сохранился еще полсокъ, также кольцевидный и состоящій изъ тѣсно скученныхъ клетокъ, между которыми находятся мѣстами неясно очертанные, по видимому, свободныя ядра ихъ. Наконецъ при изслѣдованіи окружности этихъ узелковъ часто поздаются истинныя мiliaryныя бугорки, заложеныя частію въ грануляціонной ткани, частію въ наружной оболочкѣ болѣе мелкихъ сосудовъ, гдѣ они образуютъ полушаровидныя выпячиванія. Что касается строенія узловъ въ горошину и болѣе, то оно различно: одни изъ этихъ узловъ представляютъ, по видимому, конгломераты бугорковъ въ междоузлиной ткани, богатой пучками веретенообразныхъ клетокъ, которые иногда и окружаютъ отдѣльныя кучки мелкозернистой массы; другіе состоятъ въ окружности изъ закупоренныхъ катарральною массою альвеолъ и въ центрѣ иногда содержатъ гной, частію хорошо сохранившійся, частію распавшійся, подобно вышеописаннымъ узелкамъ, но всегда окруженный толстыми волокнистыми поясомъ, въ которомъ нельзя не узнать стѣнки бронха. Образованій, сколько нибудь похожихъ на мiliaryныя бугорки, въ стѣнкахъ бронховъ не было найдено; если здѣсь находились утолщенія, отличныя отъ только что описанныхъ гнойно-закупоренныхъ бронховъ, то они всегда состояли изъ грануляціонной ткани съ волокнистыми промежуточными веществомъ и при томъ богатой сосудами. Наконецъ мало проходимаго легочнаго тканъ въ окружности узловъ представляла въ нѣсколько сжатыхъ, мѣстами съ утолщенными стѣнками, альвеолахъ сланцестыя шарикъ, перемѣшанные съ гнойными и эпителиальными клетками.

Полость брюшины пуста, серозный покровъ, за исключеніемъ легкаго помутнѣнія, не представляетъ измѣненій.

Селезенка увеличена въ объемъ, сумка ея мѣстами достигаетъ въ толщину 4¹/₂, сухожилныя, явотъ бѣлая и довольно плотна, трабекулы значительно гиперемизированы.

Печень увеличена въ объемъ, бѣлая, хруститъ подъ ногтемъ, поверхность разрѣза ея слегка зерниста, сосуды расширены, границы долекъ не видны; количество промежуточной ткани увеличено; мѣстами, особенно около вѣтвей воротной вены, послѣдняя богата клетками.

Почки увеличены въ объемъ; сумка ихъ утолщена, отдѣляется довольно легко, корковый слой бѣлый и сравнительно рыхлый, пирамиды увеличены и инфильтрованы кровью, при давленіи на сосочки даютъ желтую эмульсивную жидкость. Въ обоихъ почкахъ въ корковомъ слое близъ поверхности находится по одной опухоли, величиною въ кедровый орѣхъ,

довольно плотных, бледного цвета, состоящих в разрыв из строватого, имбующего студенистый вид, наружного слоя и из желтого зерна, в центр менее плотного, чьм в окружности. Интерстициальная ткань всюду сильно развита, большею частью волокниста, далеко раздвигает мочевые каналы; сумки Мальпигиевых клубочков, равно как стьнки крупных сосудов, утолщены. В окружности опухолей эта ткань очень богата клетками, большею частью круглыми, рђе веретенообразными, и, далеко раздвигая, частью сдвигает мочевые трубочки такъ, что просятъ ихъ совершенно исчезаетъ. По мѣрѣ приближенія къ желтой части пухли она становится волокнистою и, располагаясь параллельными пучками, оставляетъ очень узкіе промежутки, въ которыхъ лежатъ совершенно сдвинутыя и жирно перерожденные мочевыя трубочки, представляющіяся то въ видѣ столбиковъ, богатыхъ жировыми капельками, то въ видѣ едва замѣтныхъ щелей, содержащихъ мелкозернистую массу. Находящіяся здѣсь Мальпигіевы клубочки уменьшены, угловаты и также мелкозернисты. Въ самомъ центрѣ опухолей находится желтоватая, мутная, съ признаками той же волокнистости, но часто прерываемой жировыми капельками, мелкозернистая масса, съ трудомъ расщепляемая иглами; въ ней уже нельзя различить мочевыхъ канальцевъ, но еще попадаются, почти вътрое уменьшенные и узаваемые лишь по очертанію, очень блѣдные Мальпигіевы клубочки. Эпителий мочевыхъ трубокъ въ остальныхъ мѣстахъ всюду разрухъ, контуры отдаленныхъ клетокъ наглажены, просвѣты сильно сжаты. Мочевой пузырь, безъ измѣненій.

Мягкая ибная заплата утолщена, расположенная въ ней желѣзы увеличены въ объемѣ. — Слизистая оболочка желудка покрыта большимъ количествомъ сѣрой густой слизи. — Въ тонкихъ кишкахъ разсыаны многочисленные узлы, неправильной формы, съ разбухшими и гиперемизированными краями и неровнымъ, ворсистымъ, грязно строватымъ дномъ. Брызжеецкія желѣзы увеличены въ объемѣ, въ разрывъ буровато-краснаго цвѣта, довольно плотны.

Надъ дѣвою Пупартовой связкою находится непосредственно подъ брюшиною лимфатическая желѣза, увеличенная до голубиного яйца, съ очень толстою сумкою, сѣраго цвѣта, и частью съ размягченнымъ въ творожистую, блѣлаго цвѣта, частью съ превратившимся въ плотную, желтую сырную массу, содержимымъ. Лимфатическія желѣзы забрюшинныя, шейныя и нѣкоторыя изъ подкрыльцовыхъ увеличены въ объемѣ, такъ что иногда нѣтъ величины грецкого орѣха и очень плотны; въ разрывѣ сумка ихъ сильно утолщена, корковый слой красновато-сѣраго

цвѣта, мозговидный — желтоватаго, очень плотенъ и выдается надъ поверхностью въ видѣ неправильно изъдачатаго узла, а при соскабливаніи даетъ небольшое количество творожистой массы. Сумка состоитъ изъ очень толстыхъ волнистыхъ фиброзныхъ пучковъ въ наружномъ слое и мѣстами инфильтрирована во внутреннихъ слояхъ многочисленными круглыми, съ большими, ядрами клетками. Фиброзная ткань, равно какъ и упомянутая инфильтрація, продолжается въ перекладны коркового слоя и тѣсно обхватываютъ фолликулы. Строма послѣднихъ сильно утолщена, богата веретенообразными и изъдачатыми клетками и соединяется съ грубыми, проникающими въ нее, волокнистыми отростками трабекулъ. Мозговидный слой прорѣзанъ во всѣхъ направленіяхъ очень толстыми фиброзными пучками, отъ которыхъ отходятъ болѣе тонкіе волокнистыя пучки; тѣ и другіе, взаимно переплетаясь, совершенно сдвигаютъ фолликулярныя островки и лимфатическіе ходы, такъ что между ними остаются лишь очень небольшіе промежутки, въ которыхъ лежатъ мелкозернистая масса, мѣстами только прерываемая неправильными кучками сильно сморщенныхъ и также зернистыхъ клетокъ. Новообразованная волокнистая ткань во многихъ мѣстахъ также подверглась обратному развитію.

Въ обѣихъ паховыхъ складкахъ и съ правой стороны уздечки на крайней плоти находятся неправильно изъдачатыя глубокіе рубцы. На кожѣ груди также разсыаны мелкіе, круглые, нѣсколько углубленные рубцы.

[illegible][illegible][illegible]

Историческая критика въ медицинскихъ изслѣдованіяхъ также необходима какъ и въ сочиненіяхъ по другимъ отраслямъ знанія.

Сифилис с анатомической точки зрения должен занимать въ нозологической системѣ среднее мѣсто между гетерологическими новообразованиями и простыми воспалительными процессами.

Свойственный сифлису измѣненія легкихъ нужно считать неоспоримо существующими даже на основаніи однихъ историческихъ данныхъ.

Сифилис легких в своих обыкновенных анатомических формах мало чем отличается от сифилитических поражений других внутренних органов.

Чахотки легких вследствие сифилиса развиваются въ позднихъ периодахъ теченія его и, по видимому, вызываются посторонними для него болезнетворными вліяніями.

Гуммозныя опухоли почекъ хотя рѣдко, но встрѣчаются.

Лимфатическим железам, на основании участия их в различных патологических процессах, нужно приписать, кроме образования форменных элементов крови, способность превращать паренхиматозные соки различных тканей в жидкие части крови.

Произведенные въ последнее время многочисленные опыты прививанія бугорчатки должны составить эпоху въ исторіи ученія о ней.

Ни одна из построенных на основании ихъ теорій происхожденія буржачки не выдерживаетъ критики.

Первичная истинная бугорчатка есть редкая болѣзнь.

Бугорчатка, сообразно природѣ лежащаго въ основѣ ея лимфатическаго новообразованія, обнаруживаетъ сильную склонность измѣнять и связывать естественное теченіе другихъ патологическихъ процессовъ.

Язвы кишекъ, въ особенности тонкихъ, гораздо чаще бываютъ обязаны своимъ происхожденіемъ патологическимъ процессамъ, отличнымъ отъ бугорчатки, чѣмъ обыкновенно принимается въ настоящее время.

Жировое перерожденіе мышцъ едва-ли развивается при какихъ бы то ни было условіяхъ въ видѣ остраго патологическаго процесса.

Европейская Россія лежитъ внутри естественнаго круга распространенія трихинъ.

