

11-38

Серія докторскихъ диссертацийъ, допущенныхъ къ защитѣ въ Императорской
Военно-Медицинской Академіи въ 1893—1894 учебномъ году.

№ 98.

11-38

КЪ ВОПРОСУ
ОБЪ
ИЗМѢНЕНІЯХЪ ТЪВАНІИ ПОЧЕКЪ
ПРИ ЯВЛЕНІЯХЪ
ТУБЕРКУЛЕЗА.
(ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ).

Изъ Патолого-анатомическаго отдѣленія ИМПЕРАТОРСКАГО
Института Экспериментальной Медицины.

64253

ДИССЕРТАЦІЯ
на степень доктора медицины
В. Плетнера.

Цепзорами диссертации, по порученію конференціи, были: проф. Н. П. Иванов-
скій, проф. О. И. Пастернацкій и приватъ-доцентъ И. В. Усковъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Э. Арагольда, Литейный пр., № 59.
1894.

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ
Военно-Медицинской Академіи въ 1893—1894 учебномъ году.

№ 98.

616.995 : 11/16.61

11-38

7 - ноя 2012

КЪ ВОПРОСУ

ОБЪ

33

ИЗМѢНЕНІЯХЪ ТРАНИ ПОЧЕКЪ

ПРИ ЯВЛЕНІЯХЪ

ТУБЕРКУЛЕЗА.

(ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ).

БІБЛИОТЕКА

Харьковского Медицинскаго Института

№ 5020

Шифр

11-38

Изъ Патолого-анатомическаго отдѣленія ИМПЕРАТОРСКАГО
Института Экспериментальной Медицины.

ДИССЕРТАЦІЯ

ПЕРЕВИРНО 1936

на степень доктора медицины

В. Плетнера.

Цenzорами диссертации, по порученію конференціи, были: проф. Н. П. Иванов-
скій, проф. Ф. И. Пастернацкій и приватъ-доцентъ Н. В. Усковъ.

Переучет
1906 г.

Имя. Плетнера
№ 1-го Харьк. Мед. Института

С. ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Ф. Аригольда, Литовскій пр., № 59.

1894.

3897

1950
1950

№ 48 + 416.64

Переучет-60

7 - НОЯ 1922

Докторскую диссертацию лекаря Валентина Ивановича Плетнера, под заглавием «Оби изменениях ткани почек при явлениях туберкулеза», печатать разрешается, с тем, чтобы, по отпечатании оной, было представлено в Конференцию ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академии 500 экземпляров ея.

С.-Петербург, апреля 9-го дня 1894 года.

И. д. Ученого секретаря, Профессоръ *Виноградовъ*.

Харьковский Медицинский Институт
Библиотека

ПЕРЕВІРЕНО 1936

БІБЛІОТЕКА
Харківського Медичн. Інституту
№ _____
Інфр _____

64253

Тотъ фактъ, что часто различныя болѣзни осложняются болѣзнями почекъ, былъ очень давно отмѣченъ и, насколько позволяли тогдашнія знанія, приблизительно вѣрно истолкованъ. Такъ у Klebs'a, Bartels'a и многихъ другихъ, при описаніи этихъ осложняющихся нефритовъ, находятся указанія на то, что на нихъ нельзя всегда смотрѣть, какъ на простое совпаденіе, а что «вѣроятно» они высыпаются всасываемыми продуктами гноя, буде таковой находится гдѣ-нибудь въ организмѣ, или же тѣмъ, тогда еще неизвѣстнымъ агентомъ, который вызвалъ основное страданіе. У Vamberger'a¹⁾, напримѣръ, мы находимъ даже такое выраженіе: «Не есть ли заболѣваніе почекъ при тифѣ, скарлатинѣ и пр., послѣдствіе раздражающаго вліянія специфическихъ schisomycet'овъ?» и далѣе: «выдающуюся роль въ этиологіи почечныхъ болѣзней также играютъ формы, ведущія къ соинфекціи, обусловленной всасываньемъ гноя». У Vamberger'a же мы находимъ и нѣкоторыя цифровыя данныя; такъ, этихъ вторичныхъ формъ почечныхъ болѣзней онъ насчитываетъ 67%, тогда какъ самостоятельныхъ первичныхъ всего только 33% общаго количества нефритовъ. Такимъ образомъ связь почечной болѣзни съ инфекціонными была давно уже установлена. Въ послѣднее же время, съ одной стороны, благодаря развитію бактериологіи, съ другой—возникшему недавно ученію о птоманнахъ, изысканія ближайшихъ причинъ возникновенія этихъ нефритовъ служило предметомъ многочисленныхъ работъ, пролившихъ много свѣту на сущность заболѣванія почекъ при общемъ заболѣваніи организма. Но вопросъ теперь состоитъ въ томъ, что же собственно вызываетъ

¹⁾ Sammlung klinisch. Vortrüg. Volkmann's. Ueber Morbus Brightii und seine Beziehungen zu anderen Krankheiten. 1879.

болѣзни почекъ: сами ли микроорганизмы, проходя черезъ почки, своимъ непосредственнымъ сопркосовеніемъ, производятъ тѣ или другія измѣненія, или же продукты жизнедѣтельности этихъ микроорганизмовъ, циркулируя въ крови и выдѣляясь почками, производятъ химическое раздраженіе секреторныхъ элементовъ, ведущее къ извѣстному патологическому состоянію ихъ.

Дѣло въ томъ, что многіе авторы при нѣкоторыхъ болѣзняхъ, обусловленныхъ извѣстнымъ микроорганизмомъ, находили его и въ мочѣ и въ почкахъ.

Такъ, между прочимъ, Caussad¹⁾, Nauwerk²⁾ находили при пневмоніи въ почкахъ и въ мочѣ специфическихъ для данной болѣзни бактерій и объясняли нефритъ, часто наблюдаемый при пневмоніи, прямымъ сопркосовеніемъ этихъ микроорганизмовъ, при ихъ прохожденіи черезъ секреторный отдѣлъ почекъ. Съ другой стороны мы имѣемъ многочисленныя изслѣдованія, гдѣ авторы, доказавши присутствіе микроорганизмовъ въ мочѣ и почкѣ, относятъ однако паренхиматозныя измѣненія на дѣйствіе продуктовъ жизнедѣтельности бактерій.

Такъ, Faulhaber³⁾ многочисленными опытами доказала, что при пневмоніи, тифѣ и другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, бактеріи, обусловившія общій процессъ, встрѣчаются и въ почкахъ. Изъ 53-хъ изслѣдованныхъ имъ случаевъ въ 38-ми онъ доказалъ это и микроскопически и культурами. Что же касается мѣста ихъ находженія, то онъ встрѣчалъ ихъ и въ капиллярахъ, и въ петляхъ клубочка, и въ ближайшихъ сосудахъ. На ряду съ этимъ онъ находилъ мутную набухлость эпителія мочевыхъ канальцевъ, десквамацію его, гломерулонефритъ, скопленія зернистой массы въ капсульномъ пространствѣ и пр. Не выражаясь категорически, названный авторъ однако говоритъ, что всѣ эти дегенеративныя явленія нельзя отнести къ дѣйствию бактерій, такъ какъ тоже бываетъ и при интоксикаціи, да и кровѣ того нѣтъ пропорциональности между при-

¹⁾ De la nephrite pneumonique. Paris, 1889 г.

²⁾ Beiträge. Ziegler. Bd. I.

³⁾ Beiträge. Ziegler. Bd. X.

сутствіемъ бактерій и этимъ явленіями. Напротивъ, скопленіе и выходженіе бѣлыхъ кровяныхъ клѣточекъ и развитіе соединительной ткани Faulhaber относитъ на прямое дѣйствіе бактерій.

Относительно того, что не во всѣхъ случаяхъ удалось получить культуры, авторъ говоритъ, что, вѣроятно, бактеріи не всегда достигаютъ почечной ткани въ жизнеспособномъ состояніи. Къ этимъ опытамъ можно отнести еще работу Конлева¹⁾, который подтвердилъ переходъ тифозныхъ палочекъ въ мочу, но изъ своихъ опытовъ вывелъ заключеніе, что паренхиматозныя измѣненія почекъ не вызываются простымъ сопркосовеніемъ этихъ микроорганизмовъ съ эпителиемъ.

Высоковичъ²⁾, экспериментально изучая судьбу микроорганизмовъ, впрыснутыхъ въ кровь, пришелъ къ тому выводу, что черезъ неповрежденныя точки микроорганизмы не выдѣляются.

Къ этимъ опытамъ примыкаютъ изслѣдованія Roux и Versin'a, которые, при впрыскиваніи животнымъ Löffler'овскихъ бацциллъ и ихъ стерилизованныхъ культуръ, получили вполне тождественную картину почечнаго страданія, чѣмъ доказали, что измѣненія почекъ какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ, вызваны продуктами жизнедѣтельности этихъ микроорганизмовъ.

Kahliden³⁾, проверяя опыты вышеупомянутыхъ авторовъ, впрыскивала морскимъ свинкамъ стерилизованныя культуры дифтеритныхъ бацциллъ и нашелъ дегенеративныя измѣненія въ эпителии извитыхъ канальцевъ, тоже, что и у изслѣдуемыхъ имъ десяти случаевъ при дифтеритѣ у людей.

Сравнивая далѣе измѣненія почекъ при различныхъ заболѣваніяхъ: тифѣ, scarlatinѣ, дифтеритѣ и др. съ измѣненіями въ нихъ при различныхъ отравленіяхъ (опіемъ, хромовыми солями, алкоголемъ, свинцомъ), Kahliden приходитъ къ тому заключенію, что на нефритъ при инфекціонныхъ болѣзняхъ надо смотрѣть, какъ на

¹⁾ Диссертація 1888 г.

²⁾ Zeitsch. f. Hygiene. Bd. 13.

³⁾ Annales de l'Institut Pasteur 1888—1889 г.

⁴⁾ Beiträg. Ziegl. Bd. XI.

нефритъ выдѣленія токсическихъ продуктовъ, циркулирующихъ въ крови.

Въ 1893 году Savazani¹⁾, экспериментально изслѣдуя вопросъ о выдѣленіи бактерій и красящаго вещества почками, пришелъ къ такимъ выводамъ, 1) что измѣненія почечнаго эпителія, вызванныя или вспрыскиваніемъ химическихъ веществъ, или временнымъ прижатіемъ почечной артерій, сильно ускоряютъ выдѣленіе бактерій съ мочей. 2) Эпителиальная кѣлѣтка извитыхъ канальцевъ почекъ, пока онѣ не измѣнены, обладаютъ способностью удерживать въ крови нѣкоторыя красящія вещества (онъ дѣлалъ опыты съ индиго-карминомъ) и бактерій. 3) Если эпителиальная кѣлѣтка почекъ измѣнена вслѣдствіе временной шпемии, то онѣ теряютъ способность удерживать бактеріи и красящія субстанціи и легко допускаютъ ихъ переходъ въ мочу.

Относительно того вопроса, могутъ ли измѣненія почекъ вызываться просто одной повышенной температурой, наблюдаемой при инфекціонныхъ болѣзняхъ, можно сказать, что онѣ рѣшны, на сколько мнѣ известно, въ отрицательномъ смыслѣ, въ виду, во-первыхъ, того, что между высотой температуры и заболѣваніемъ почекъ нѣтъ никакой пропорціональности, чего мы въ правѣ ожидать, если бы температура крови могла вліять на тканевые элементы; во-вторыхъ того, что и лихорадочные процессы бывають безъ измѣненія почекъ и эти послѣднія наблюдаются безо всякой лихорадки (при желтухѣ и пр.).

Объясненіе того, почему въ однихъ случаяхъ сильнѣе поражается эпителий извитыхъ канальцевъ, въ другихъ—клубочекъ, мы возьмемъ у Kahldeu'a, на работы котораго по вопросу о заболѣваніи почечной ткани мы должны смотрѣть, какъ на послѣднее слово науки. Онъ объясняетъ это двояко: или тѣмъ, что извѣстный ядъ выдѣляется преимущественно извѣстнымъ отдѣломъ почечной паренхимы, что доказано физиологіей для желчнаго пигмента и желчныхъ кислотъ (Павловскій)²⁾, или тѣмъ, что клубочекъ можетъ замѣ-

¹⁾ Centralblatt f. allg. Path. 1893 г.

²⁾ Къ вопросу о пат.-анат. измѣненіи почекъ при желтухѣ.

нять роль извитыхъ канальцевъ, при сильной концентраціи яда, или при страданіи эпителія извитыхъ канальцевъ. Это послѣднее заключеніе Kahldeu'a вывелъ изъ опыта Kabierske, который, предварительно вводя кроликамъ хромовыя соли, инъецировалъ въ v. jugularis растворъ индиго-сѣрно-кислаго натра и получалъ его выдѣленіе не черезъ эпителий извитыхъ канальцевъ, что бываетъ у нормальныхъ животныхъ, а черезъ клубочекъ.

Относительно формы заболѣванія почекъ, наблюдаемой при различныхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, мы можемъ опять сослаться на того же Kahldeu'a, который находилъ вездѣ жировую дегенерацию эпителія, преимущественно эпителія извитыхъ канальцевъ и генлевскихъ петель, и въ рѣдкихъ случаяхъ (какъ при скарлатинѣ и кори) такое же страданіе въ клубочкѣ; совершенно тождественныя измѣненія найдены имъ и при различныхъ отравленіяхъ.

Изъ этого краткаго очерка можно вывести, во-первыхъ, то заключеніе, что нефритъ при инфекціонныхъ болѣзняхъ есть частный случай токсическаго; а во-вторыхъ, что токсическіе нефриты выражаются преимущественно дегенеративными измѣненіями эпителія, и, наконецъ, въ третьихъ, то, что сами микроорганизмы въ этихъ процессахъ играютъ только второстепенную роль, вырабатывая ядъ, обуславливающій заболѣваніе почекъ и, что на появленіе ихъ въ мочѣ надо смотрѣть какъ на слѣдствіе, а не причину пораженія почекъ.

Перехода теперь къ туберкулезу, я долженъ замѣтить, что онъ давно уже отнесенъ къ инфекціоннымъ болѣзнямъ, а за послѣднее время накопается довольно много данныхъ, чтобы и на него смотрѣть, какъ на отравленіе организма продуктами жизнедѣятельности микроорганизмовъ. Такъ, Phisalix¹⁾, выпрыскивая слюну людей, больныхъ туберкулезомъ, здоровымъ животнымъ, наблюдалъ при этомъ признаки отравленія. Hammerschlag²⁾ тоже получалъ ядъ бугорчатки (токсальбуминъ) и изслѣдовалъ его химически; выпрыскиваніе его животнымъ тоже давало въ результатъ отравленіе. Ко-

¹⁾ Progrès médical. Paris. Octobre, 1887 г.

²⁾ Wien. akad. Berichte. 1888 г.

стюринъ и Каирскій ¹⁾, при своихъ многочисленныхъ опытахъ надъ различными бактеріями, между прочимъ, пришли къ слѣдующимъ результатамъ: «Бугорковыя вытяжки обладаютъ очень сильными прогенными и ядовитыми свойствами и при введеніи этихъ вытяжекъ, въ большинствѣ случаевъ, въ первые часы наблюдается наклонность къ незначительному паденію температуры; кровяное давление обыкновенно быстро падаетъ»; далѣе: «бугорковыя вытяжки сильно дѣйствуютъ на эндонардіи и мышцу сердца и проч.». Maggici ²⁾ изслѣдовалъ экспериментально дѣйствіе стерилизованныхъ высокой температурой культуръ туберкулезныхъ бациллъ, и получалъ, при впрыскиваніи ихъ, смерть животныхъ, не отъ туберкулеза, а отъ маразма, на счетъ чего онъ и высказываетъ такое предположеніе: «Не вызывается ли маразмъ у людей при скрыто протекающемъ туберкулезѣ (костей или лимфатическихъ железъ) постепеннымъ всасываніемъ туберкулезнаго яда?» Изъ дальнѣйшихъ его опытовъ слѣдуетъ, что ядъ этотъ очень стойкъ и не исчезаетъ даже по смерти животного: такъ, беря селезенку отъ животного, погибшаго при вышеозначенныхъ опытахъ, онъ не могъ получить изъ нея культуръ туберкулезныхъ бациллъ, но при впрыскиваніи здоровому животному сока этой селезенки онъ получалъ опять отравленіе при такихъ-же явленіяхъ маразма.

Только что сказаннаго, мнѣ кажется, достаточно, чтобы туберкулезъ (острый, по крайней мѣрѣ) не отдѣлять отъ другихъ инфекціонныхъ болѣзней и смотрѣть на него съ той-же точки зрѣнія отравленія организма продуктами жизнедѣтельности микроорганизмовъ.

Относительно хроническаго туберкулеза, мы должны замѣтить, что онъ почти всегда течетъ совмѣстно съ процессомъ нагноенія, что надо имѣть въ виду при оцѣнкѣ связанныхъ съ нимъ измѣненій, тѣмъ болѣе, что большая часть матеріала, которымъ я пользовался, относится къ язвенному туберкулезу, а мы знаемъ, что

кромѣ туберкулезныхъ бациллъ въ кавернахъ, а также и въ творожистыхъ узлахъ, находятся и гноеродныя бактеріи и многія другихъ видовъ. Изъ многочисленныхъ авторовъ, занимавшихся этимъ вопросомъ, я упомяну только о Чистовичѣ, который нашелъ въ гною каверны, рядомъ съ туберкулезными палочками, еще три другихъ рода бактерій и экспериментально доказалъ, что симбіозъ этихъ бактерій вызываетъ болѣе сильные явленія отравленія, чѣмъ каждая въ отдѣльности. Такимъ образомъ для объясненія измѣненій въ паренхиматозныхъ органахъ при хроническомъ туберкулезѣ, мы пока опредѣленнаго отвѣта дать не можемъ, зависятъ-ли эти измѣненія отъ отравленія организма продуктами жизнедѣтельности вышеописанныхъ микроорганизмовъ, или продуктами туберкулезныхъ бациллъ. Тѣмъ не менѣе, мнѣ кажется, отчасти можно подойти къ рѣшенію этого вопроса, если сравнить нѣсколько разнообразныхъ формъ язвеннаго туберкулеза. Дѣло въ томъ, что язвенный туберкулезъ бываетъ въ двухъ формахъ: подострой (Florida) и хронической. При первомъ мы имѣемъ обыкновенно очень быстрое теченіе процесса легкихъ, при высокой температурѣ и изнурительной гектической лихорадкѣ; при вскрытіяхъ, въ этихъ случаяхъ, мы обыкновенно находимъ въ легкихъ, кромѣ картны, характеризующей приблизительно одновременность развитія процесса, болѣе или менѣе многочисленныя каверны, съ гнойнымъ содержимымъ, съ мягкими, податливыми стѣнками, безъ замѣтнаго разрастанія соединительной ткани вокругъ нихъ; словомъ, всѣ данныя для быстраго всасыванія содержимаго каверны.

Въ хроническихъ-же формахъ мы встрѣчаемъ крайнее разнообразіе: на ряду съ массою кавернъ, окруженныхъ толстыми соединительно-тканными стѣнками, мы имѣемъ случаи, гдѣ весь процессъ ограничивается творожистыми узлами, занимающими незначительное пространство и, кромѣ того, различныя стадіи распада бугорковъ, характеризующія постепенность развитія процесса. Не рѣдко даже случается, что эти хроническія формы комбинируются съ вышеозначенной подострой формой, а также съ острымъ туберкулезомъ.

И если при всѣхъ этихъ разнообразныхъ формахъ, мы встрѣ-

¹⁾ Медицинское Обозрѣніе. 1891 г.

²⁾ Centralblatt für pat. An. 1891 г.

тимъ какое-нибудь постоянное явление въ почкахъ одного и того-же характера, и одной и той-же составной части, то, рассуждая по Kahldeu'y, не будемъ-ли мы въ правѣ сдѣлать, по крайней мѣрѣ предположеніи, что оно зависитъ отъ туберкулеза, а не отъ различныхъ процессовъ, осложняющихъ его.

Указаніе на связь, которая существуетъ между заболѣваніемъ почекъ и туберкулезнымъ пораженіемъ какой-нибудь части организма, находимъ у Bartels'a ¹⁾, который, при описаніи хроническаго па-ренхиматознаго нефрита, говоритъ, что таковой наблюдается и при туберкулезѣ легкихъ.

Vasemberger ²⁾ считаетъ, что заболѣванія почекъ при туберкулезѣ есть очень частое явленіе и составляетъ 15% всѣхъ почечныхъ заболѣваній.

Radcliffe ³⁾ говоритъ, что часто люди, перенесшіе въ молодости туберкулезъ легкихъ и излечившіеся отъ него, часто впоследствии умираютъ отъ хроническаго нефрита, что названный авторъ ставитъ въ зависимость отъ прежде бывшаго туберкулеза.

По мнѣнію Kahldeu'a ⁴⁾, осложненіе туберкулеза легкихъ заболѣваніями почекъ встрѣчается очень часто и, если послѣдовать большому числу случаевъ, употребляя для фиксаціи препаратовъ растворъ осміевои кислоты (растворъ Flemming'a), то можно открыть, что дегенеративныя измѣненія въ эпителии только рѣдко отсутствуютъ.

О формѣ заболѣванія почекъ, наблюдаемой Кальдеюмъ, при вышеозначенномъ страданіи, я буду говорить подробнѣе ниже, теперь-же перейду къ вопросу о прохожденіи туберкулезныхъ папочекъ черезъ почечный аппаратъ. Дѣло въ томъ, что мы имѣемъ много работъ, сдѣланныхъ въ этомъ смыслѣ; такъ Babés ⁵⁾, Rosenstein ⁶⁾, Lichtecin ⁷⁾, Irsai, Coffin ⁸⁾, при своихъ изслѣдо-

¹⁾ Цямсевиъ, т. V.

²⁾ l. c.

³⁾ Цитир по Annual of the universal medical Sciences. 1893 г.

⁴⁾ Centralblatt f. all. P. Nephritis bei Phthisikern.

⁵⁾ Centralblatt f. d. m. Wissensch. 1893, № 9.

⁶⁾ Centralblatt f. d. m. W. 1893, № 3.

⁷⁾ Fortschr. d. Med. 1893, № 1.

⁸⁾ Gazette des Hôpitaux. 1890.

ваніяхъ, находилъ бациллъ и въ мочѣ и въ почкахъ. Но такъ какъ эти авторы производили свои изслѣдованія при туберкулезномъ страданіи почекъ и мочевой системы, то работы эти имѣютъ для насъ интересъ второстепенный. По вопросу-же о прохожденіи туберкулезныхъ бациллъ черезъ почки при страданіи бугорчаткой отдаленныхъ органовъ, мы можемъ указать на работу Филипповича ¹⁾, который, при милиарномъ общемъ туберкулезѣ и при туберкулезѣ легкихъ, отыскивалъ бациллъ въ мочѣ и легкихъ. Изъ шести случаевъ, ему удалось найти бациллъ только въ одномъ, не смотря на большое количество сдѣланныхъ имъ препаратовъ, изъ чего онъ выводитъ заключеніе, что прохожденіе бациллъ черезъ почечную паренхиму бываетъ почти всегда (что онъ доказываетъ положительными результатами при выскрѣваніи животнымъ мочи туберкулезныхъ), но что количество ихъ, во всякомъ случаѣ, весьма незначительно.

Все только что сказанное, мнѣ кажется, даетъ намъ право присоединиться къ мнѣнію Kahldeu'a ²⁾, который причину нефрита при туберкулезѣ легкихъ видитъ въ выдѣленіи токсическихъ продуктовъ и высказываетъ предположеніе, что главная роль принадлежитъ продуктамъ выдѣленія туберкулезныхъ бациллъ.

Съ этой точки зрѣнія, т. е. въ смыслѣ выдѣлительнаго нефрита, мною и произведена была вся эта работа.

Всѣхъ изслѣдованныхъ мною случаевъ было 48; ихъ я раздѣлялъ на три группы, сообразно патолого-анатомическимъ явленіямъ въ организмѣ, найденнымъ при секціи:

1) Случай общаго милиарнаго туберкулеза, 2) случай подострой туберкулезной язвенной пневмоніи и 3) случай хронической язвенной пневмоніи.

Относительно первыхъ двухъ формъ, я считаю вужнымъ тутъ же

¹⁾ Wiener medicinische Blätter. 1885, № 22, 23.

²⁾ Centralblatt. 1891 г.

оговориться, что онѣ отдѣльно бываютъ крайне рѣдко, обыкновенно же осложняютъ хроническій процессъ. Тѣмъ не менѣе, изъ относительно большаго матеріала, которымъ я располагалъ, мнѣ удалось выдѣлить нѣсколько случаевъ, гдѣ или совсѣмъ не было хроническихъ измѣненій, или же онѣ были на столько незначительны, что не могли существенно вліять на интересующій насъ вопросъ. Весь матеріалъ былъ мною собранъ въ Александровской и Марининской больницахъ; въ послѣдней я присутствовалъ почти на всѣхъ вскрытіяхъ, относящихся къ моей работѣ. Всѣ случаи, за исключеніемъ, разумѣется, острой милиарной бугорчатки, въ больничныхъ листахъ были отнесены къ бактериальной туберкулезной пневмоніи на основаніи находенія въ мокротѣ Коховскихъ бактерий. Изъ каждой почки я бралъ нѣсколько тонко вырѣзанныхъ кусочковъ; одни были фиксированы въ сулемѣ, и, послѣ промыванія въ текучей водѣ въ продолженіи сутокъ, погружались въ спиртъ и заливались въ смѣсь Altman'a, послѣ чего они окрашивались въ двойную окраску карминомъ Гренахера и эозиномъ. Другіе кусочки, послѣ двухдневнаго пребыванія въ растворѣ Flemming'a, исследовались безо всякой окраски, на замороженныхъ срѣзахъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, кромѣ того, препараты, вынутые изъ Мюллеровской жидкости, послѣ достаточнаго промыванія въ текучей водѣ, погружались въ 1% растворъ осміевой кислоты и исследовались также на замороженныхъ срѣзахъ. Такъ какъ я, какъ выше было замечено, интересовалась вопросомъ объ измѣненіи почечъ, съ точки зрѣнія выдѣлительнаго нефрита, то въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ почкахъ наблюдались бугорки, я вырѣзала кусочки въ отдаленіи отъ этихъ мѣстъ. Часто, для сравненія, я брала куски изъ обѣихъ почечъ.

Отдѣльно каждого случая я описывать не буду, такъ какъ въ концѣ своей работы помѣщаю краткіе протоколы вскрытій и тѣ микроскопическія картины, которыя я въ нихъ нашла. Здѣсь же коснусь самыхъ характерныхъ явленій, относящихся къ той или

другой вышеозначенной группѣ. Сперва займемся острой милиарной бугорчаткой: всѣхъ случаевъ этой формы было у меня двѣнадцать. Семь изъ нихъ отнесены мной, на основаніи патолого-анатомическихъ явленій, къ хронической язвенной пневмоніи и будутъ описаны ниже. Къ шести же остальнымъ принадлежатъ 3 случая, гдѣ, по крайней мѣрѣ, макроскопически, не было замѣтно хроническихъ явленій и еще 3, гдѣ эти хроническія явленія въ видѣ творожистыхъ узловъ были очень незначительны; такъ, въ одномъ случаѣ бронхиальныя железы были творожисто перерождены и въ другомъ творожистые узлы находились въ мозгу.

Почки во всѣхъ этихъ случаяхъ были нѣсколько увеличены въ объемѣ, съ гладкою поверхностью, съ расширенными, звѣздчатыми венами. Капсула обыкновенно снимается легко, на разрѣзѣ рѣзкой разницы въ окраскѣ корковаго и медулярнаго слоя не замѣтно. Рисунокъ корковаго слоя въ большинствѣ случаевъ затемненъ и какъ бы смазанъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи препаратовъ изъ сулемы, мы находимъ слѣдующую картину: мальпигіевы клубочки во всѣхъ препаратахъ сильно набиты красными кровяными шариками; петли клубочковъ ясно различимы; стѣнки ихъ, хорошо видимыя на крайнихъ петляхъ, тонки, въ большинствѣ случаевъ съ ядрами, хотя встрѣчаются нѣкоторые петли и безъ видимыхъ ядеръ. Количество ядеръ клубочка въ иныхъ изъ нихъ не превышаетъ нормы, въ иныхъ же оно очень значительно. Только изрѣдка можно констатировать небольшое количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, находящихся въ петляхъ клубочка. Капсюльное пространство мало, заключаетъ въ себя зернистое содержимое, количество коего очень различно на одномъ и томъ же препаратѣ. Въ однихъ случаяхъ его такъ много, что оно образуетъ большія массы, лежащія полуругомъ вокругъ клубочка; въ другихъ это содержимое представляется нѣжно-зернистымъ и занимаетъ мѣсто, или только между петлями клубочка, или около входа сосудовъ. Среди этой зернистой массы попадаются крупно-зернистыя клѣтки, съ слабо выраженными ядрами, а часто и безъ нихъ, которая можно видѣть иногда и въ просвѣтѣ близлежащихъ извитыхъ канальцевъ.

Баумановская капсула представляется не утолщенной; в большинстве случаев на внутренней стороне ее находится набухшая, зернистая клетка с хорошо окрашивающимся ядром. Иногда несколько набухших клеток с ядрами лежат близко друг к другу. Увеличенное количество ядер Баумановской капсулы встречается, главным образом, в тех клубочках, где больше зернистой массы и круглых клеток в капсульном пространстве. Вокруг капсулы скопления круглых элементов почти нигде не наблюдается, за исключением очень редких случаев, где оно бывает около входа сосудов (5). В одном случае наблюдается отек вокруг капсулы (набухлость, неясность контуров).

Утолщение, очень, правда, незначительное капсулы клубочков, было наблюдаемо только в одном случае (13), где было много зернистой массы в капсульном пространстве и увеличение количества эпителиальных клеток капсулы. Мочевые трубочки, как извитые, так и Генлеовские петли, так и остальной отделе их, представляются суженными; просвет их мал и наполнен нежно-зернистою массой; в извитых канальцах находились, как сказано, круглые клетки, встречаемая и в клубочке и, по всей вероятности, занесенная сюда током жидкости.

Перехожу теперь к другим составным частям почки: эпителий трубочек сохранил весть свою связь с мезангионом; как и протоплазма, так и ядро, хорошо воспринимают окраску. Ясных границ клеток не весть можно усмотреть. Протоплазма имеет несколько зернистый вид, кое-где с зубчатным краем; попадаются, хотя и очень редко, канальцы, в которых видны глинистые цилиндры. Кровяных шариков, ни красных, ни белых нигде не замечено.

Сосуды все сильно растянуты кровью, но ясного крововизания нигде не видно. Расширение сосудов не ограничивается только корковым, но занимает и мозговой слой. Стенки сосудов почки нигде не изменены, только в одном случае им пришлось наблюдать несколько набухший эндотелий артерий (5). Утолщения intima, или adventitia видно было в одном случае, который относился

к мужчине, 44-х лет, и как случай arterio-scleros'a не было мною принято в расчет, хотя вышеописанная картина изменений в гломерулах была и в этом случае.

Интерстициальная соединительная ткань особенных изменений не представляла, за исключением указанной отечности, видной мною один раз; она не принимала, по моему, никакого участия в описываемом процессе.

На препаратах, обработанных осмиевой кислотой, наблюдаются следующие изменения:

В эпителии мочевых трубочек видны черные точки, лежащая около мезангиона прогрия; их иногда очень много, так что, при малом увеличении, виден целый черный круг; в других случаях точка видна при большом увеличении.

В зернистой массе, видимой в просвете капсульного пространства и мочевых трубочек, также наблюдаются черные точки. В эпителии клубочка очень редко можно видеть маленькую черную точку, лежащую обыкновенно возле ядра.

В межтубочной соединительной ткани тоже видны жировые капельки, хотя при большом только увеличении.

Резюмируя все описанные случаи, мы видим, что главные явления при острой бугорчатке выражаются сильным кровополнением всех сосудов и клубочков, десквамацией эпителия клубочка, соответственно чему ядра в клубочке видно очень большое количество, что по Kahldeu, служит указанием на явления регенерации. Нежно-зернистое содержимое, и круглые, безядерные клетки находятся, большею частью, как мы уже видели, или между петлями клубочка, или в капсульном пространстве, ближе к входу сосудов, что объясняется, конечно, тем, что они отсюда не так скоро уносятся током жидкости, как у выхода мочевого канальца; круглые клетки эти происходят как от эпителия клубочка, так и от эпителия капсулы, в чем легко убедиться на тех препаратах, где они не потеряли своей связи с этими упомянутыми отдами и содержать еще ядра (1). Зернистое содержимое, по всей вероятности, происходит от распада этих клеток, в силу своего незначитель-

ного количества, оно только весьма рѣдко образуетъ полулуние въ капсульномъ пространствѣ (1), что описываютъ многочисленные авторы при скарлатинозномъ гломеруло-нефритѣ.

Такъ какъ жировое перерожденіе эпитеція мочевыхъ трубочекъ было распределено между отдѣлами почечной паренхимы довольно неравномерно, даже на одномъ и томъ же препаратѣ (иногда больше затронуты эпителий извитыхъ канальцевъ, иногда прямыхъ, при чемъ попадаются и вполне нормальные части), самыя же постоянныя и одинаковыя измѣненія находились въ клубочкахъ, то я и обращалъ главное вниманіе на измѣненія этихъ послѣднихъ. По этой причинѣ я на нихъ остановлюсь болѣе подробно.

Гломеруло-нефритъ, изученіе котораго получило свое начало съ описанія его Klebs'омъ (1), составляло предметъ очень многихъ работъ и въ настоящее время имѣетъ за собой очень большую литературу. Не входя подробно въ критическую оцѣнку результатовъ, найденныхъ различными авторами, я укажу только на нѣкоторые изъ нихъ. Весь вопросъ, какъ извѣстно, касался, во первыхъ, того, при всѣхъ ли страданіяхъ почекъ принимаютъ участіе клубочки, или же заболѣваніе послѣднихъ составляетъ особенную форму страданій; во вторыхъ, того, какіе именно элементы клубочка принимаютъ участіе въ названномъ процессѣ.

Нѣкоторые авторы, какъ Ribbert (2), Ивановскій (3), Ремезовъ (4), при своихъ изслѣдованіяхъ нашли, что гломерулы принимаютъ участіе при всѣхъ диффузныхъ пораженіяхъ почекъ, хотя, иногда, это участіе и ограничивается очень незначительнымъ измѣненіемъ. Съ другой стороны, Hansmann (5) не при всѣхъ заболѣваніяхъ почекъ находилъ измѣненія въ клубочкахъ. Относительно гистологическихъ измѣненій, наблюдаемыхъ при гломеруло-нефритѣ, всѣ авторы сходятся на одномъ только пунктѣ, а именно, на уве-

1) Учебн. Патологич. Анатомія.
2) Nephritis und Albuminuris. 1881.
3) Русск. Медицина. 1889.
4) Диссертація. 1887.
5) Virch. Archiv. CX.

личенію количества ядеръ, видимыхъ на клубочкахъ; откуда происходятъ эти ядра—мнѣнія сильно расходятся: Klebs, напримѣръ, видитъ все страданіе въ разрастаніи соединительной ткани между петлями клубочка и въ обусловленной этимъ непроходимости сосудистыхъ петель. Но такъ какъ при дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ (Hartoles, Ribbert) оказалось, что соединительной ткани между петлями клубочковъ нѣтъ, то это размноженіе ядеръ приходилось объяснять иначе.

Langhans (1) признаетъ 3 формы гломеруло-нефрита:

- 1) Размноженіе и отдѣленіе эпитеція клубочка.
- 2) Тѣ-же измѣненія въ эпителии капсулы, являющіяся отдѣльно.
- 3) Размноженіе эндотелиальныхъ ядеръ въ петляхъ клубочка, обуславливающее непроходимость этихъ послѣднихъ.

Какъ извѣстно, онъ доказываетъ, что стѣнка петель клубочка состоитъ изъ двухъ слоевъ: поверхностнаго, плотнаго и тонкаго, и внутренняго, который, однако, замѣтенъ бываетъ только при начинающейся амиллоидной дегенерации. Вотъ третью-то форму гломеруло-нефрита Langhans и видитъ въ отдѣленіи этой внутренней оболочки въ силу размноженія эндотелиальныхъ ядеръ. Ribbert этой третьей формы не признаетъ, опираясь на свои изысканія, изъ которыхъ слѣдовало, что сосуды мальпигиева клубочка отличаются отъ другихъ, во-первыхъ, тѣмъ, что при серебрениіи границы клубочка не получаются, изъ чего вытекаетъ, что стѣнка сосудистыхъ петель клубочка состоитъ изъ однородной протоплазматической оболочки, и во-вторыхъ, что петля содержитъ незначительное количество эндотелиальныхъ ядеръ. Непроходимость-же петель обуславливается, по его мнѣнію, скопленіемъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, которые могутъ маскировать увеличеніе ядеръ.

Изолпированнаго размноженія эпитеція капсулы Ribbert не признаетъ. Nauwerck (2) говоритъ, что измѣненія въ клубочкѣ могутъ состоять отчасти въ отслоеніи эпитеція клубочка, отчасти въ

1) Virchow's Archiv. Bd. LXXVI.
2) Beiträge Ziegler. Bd. I.

жировомъ и въ гліалиновомъ перерожденіи стѣнки петель, что можетъ вести къ ихъ тромбозу. Относительно-же ядеръ, которыя онъ видѣлъ въ просвѣтѣ, онъ думаетъ, что они происходятъ какъ отъ десквамации эндотелія, такъ и отъ размноженія его.

Hanse mann ¹⁾ не признаетъ двухъ слоевъ, описанных Langhans'емъ; по его мнѣнію гломеруло-нефритъ состоитъ: 1) изъ дегенерации (мутная набухлость и ожирѣніе) и въ обусловленномъ этимъ отслоеніи эпителиа. 2) Изъ явленій пролиферации эпителиальныхъ кѣтокъ, какъ капсулы, такъ и клубочка, при чемъ центральныя кѣтки, размножаясь, могутъ сдавливать петли клубочка и обусловить этимъ водянку и анурию. Размноженіе-же ядеръ петель Hanse mann видѣлъ одинъ разъ и говорить, что различіе между эпителиемъ и эндотелиемъ петель трудно установить, руководствуясь ихъ величиной, и легко смѣшать съ лейкоцитами, которые, въ начальныхъ стадіяхъ, въ большомъ числѣ наполняютъ капилляры, а въ послѣднихъ—эмигрируютъ.

Obgzut ²⁾ рѣзко отдѣляетъ дегенеративныя измѣненія, состоящія въ размноженіи эпителиа капсулы и клубочка и въ слѣдующихъ за этимъ отслоеніяхъ его отъ воспалительныхъ явленій, которыя проявляются въ гипереміи, скопленіи бѣлыхъ кровяныхъ кѣтокъ въ петляхъ капилляровъ; эти кѣтки выходятъ изъ капиллярныхъ петель и образуютъ мексосудистую соединительную ткань.

Marchand ³⁾ видитъ гломеруло-нефритъ въ скопленіи лейкоцитовъ въ петляхъ клубочка, къ чему очень рано присоединяется гліалиновое перерожденіе и утолщеніе стѣнокъ. Далѣе присоединяется размноженіе эпителиа капсулы и клубочка, а также и выделение лейкоцитовъ, такъ что извѣстныя полулувія въ капсульномъ пространствѣ состоятъ не только изъ эпителиа, но и изъ лейкоцитовъ. Размноженія эндотелія Marchand не признаетъ.

Изъ русскихъ авторовъ я долженъ указать на Ремезова, ко-

торой, при острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, находилъ въ клубочкахъ измѣненія, состоящія въ гипереміи и отслоеніи эпителиа клубочка и капсулы, и на Ивановскаго, пришедшаго, на основаніи своихъ наблюденій, къ выводамъ, что мальпигіевы клубочки бываютъ измѣнены при всѣхъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ почекъ, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ измѣненія эти выражены бываютъ очень слабо; и что пораженія клубочковъ являются, главнымъ образомъ, въ трехъ формахъ: пораженія клубочковыхъ капилляровъ—собственно glomerulitis, пораженія капсулы—glomerulo-capsullitis (или periglomerulitis) и эксудативное воспаление—glomerulitis exsudativa. Первые двѣ ведутъ къ стойкимъ измѣненіямъ, третья же имѣетъ преходящій характеръ. На измѣненія, находящіяся внутри петель клубочка, Ивановскій смотритъ какъ на выраженіе общаго заболѣванія сосудовъ.

Kahlden на счетъ гломеруло-нефрита держится слѣдующаго мнѣнія. «По моимъ изслѣдованіямъ», пишетъ онъ, «гломеруло-нефритъ въ раннихъ стадіяхъ преимущественно дегенеративнаго свойства. Въ дѣломъ рядѣ случаевъ нефритовъ легкой формы, или въ самомъ началѣ ихъ, измѣненія состоятъ исключительно въ жировомъ перерожденіи эпителиа клубочка, капсулы и эндотелія капилляровъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, повидимому, жировой дегенерации подвержены болѣе, или почти исключительно, капсульный эпителий, въ другихъ—эпителий клубочка. Почти также рано подвергается жировому перерожденію и эндотелій. Ядомъ съ этимъ процессомъ идутъ слѣдующія измѣненія. Связь между дегенеративно-измѣненными кѣтками разрывается и онѣ отторгаются: эпителий въ капсульное пространство, эндотелій—въ просвѣтъ капилляровъ; замѣчательно, что въ просвѣтѣ петель находится не только эндотелій мѣстный, но и занесенный сюда изъ большихъ сосудовъ; можетъ быть эти занесенныя эндотеліальныя кѣтки идентичны съ эпителиальными кѣтками Obgzut'a» и далѣе: «При сколько-нибудь сильной десквамации часть крайнихъ петель лишена ядеръ».

Изъ дальнѣйшаго описанія названнаго автора видно, что онъ въ размноженіи эпителиа клубочка усматриваетъ регенеративное яв-

¹⁾ Virchow's Archiv CX, стр. 63.

²⁾ Revue de Médecine. 1885.

³⁾ Berl. Kl. Woch. 1890.

ление, слѣдующее за десквамаціей. Размноженіе эпителиа капсулы онъ видѣлъ только въ хроническихъ случаяхъ. Размноженія эндотелиа Kahlden не признаетъ.

Изъ этого краткаго очерка мы можемъ вывести заключеніе, что установившагося взгляда на гломерулонефритъ,—не существуетъ: есть-ли всѣ, такъ различно описанныя картины, отдѣльныя формы заболѣванія клубочка, или же различныя стадіи одного и того же процесса—вопросъ остается не рѣшеннымъ.

Измѣненія въ клубочкахъ, найденныя нами при острой бугорчаткѣ, состоятъ, какъ мы выше видѣли, изъ десквамаціи и жироваго перерожденія эпителиа клубочка и капсулы и зернистаго содержимаго въ капсульномъ пространствѣ, количество котораго, только въ рѣдкихъ случаяхъ, было настолько обильно, чтобы образовалъ зернистыя полушарія. Петли клубочковъ всегда были набиты красными кровяными шариками, но безъ всякаго участія лимфоидныхъ элементовъ. Въ капсульномъ пространствѣ ни разу не наблюдалось ни бѣлыхъ, ни красныхъ кровяныхъ шариковъ. Такимъ образомъ мы можемъ сравнить эти явленія съ измѣненіями, описанными Kahlden'омъ при начинающемся гломерулитѣ. Только участія эндотелиа петель намъ не пришлось видѣть въ этомъ процессѣ. И такъ очевидно, что всѣ эти острые процессы въ клубочкахъ (жировая дегенерация, десквамація, налитіе кровью петель) могутъ быть поставлены въ связь съ острымъ процессомъ во всемъ организмѣ, т. е. туберкулезомъ, такъ какъ никакихъ другихъ явленій при секціи найдено не было; и принявъ во вниманіе мысли авторовъ, помѣщенные на первыхъ страницахъ, мы можемъ объяснить явленія, наблюдаемыя въ почкахъ, какъ послѣдствіе выдѣленія токсическихъ продуктовъ при туберкулезѣ.

Теперь мы перейдемъ къ описанію измѣненія почекъ при туберкулезѣ легкихъ, формы подострой. Всѣхъ случаевъ этой группы было у меня четыре. Къ ней я, какъ выше было замѣчено, отнесъ тѣ случаи, которые, съ одной стороны, текли при явленіяхъ *phthisis floridae* (гемтическая лихорадка, маразмъ, быстрое теченіе) и въ которыхъ, съ другой стороны, патологоанатомически, мы находили много на-

верья съ гнойнымъ содержимымъ, и безъ замѣтнаго разрастанія соединительной ткани въ окружности; сюда же отнесенъ былъ случай, гдѣ, на ряду съ этими явленіями, ткань легкаго была инфильтрирована творожистыми узелками, на небольшомъ пространствѣ. При микроскопическомъ изслѣдованіи препаратовъ почекъ, окрашенных карминомъ Гренахера и возиномъ, мы находимъ слѣдующую картину: всѣ мальпигіевы клубочки сильно растянуты красными кровяными шариками; отдѣльныя петли ясно различимы, съ тонкою, не измѣненною стѣнкою. Количество ядеръ клубочка замѣтныхъ отклоненій отъ нормы не представляетъ, развѣ кромѣ самаго незначительнаго увеличенія ихъ. Капсульное пространство мало, пусто, въ немъ нѣтъ ни зернистаго содержимаго, ни красныхъ, ни бѣлыхъ кровяныхъ вѣтвочекъ. Эпителиа капсулы только изрѣдка представляется размноженнымъ, въ большинствѣ же случаевъ, отклоненія отъ нормы не представляетъ. Извитыя трубочки съ такими измѣненіями: просвѣтъ ихъ пустъ; какъ ядра, такъ и протоплазма эпителиа хорошо окрашены, хотя онъ сильно зернистъ; эпителиа гондлевскихъ петель и прямыхъ трубочекъ тоже крупно-зернистъ. Обработка осмевой кислотой указываетъ на сильное жировое перерожденіе эпителиа всѣхъ отдѣловъ. Сосуды во всѣхъ этихъ препаратахъ не измѣнены. Въ межтубочной соединительной ткани только изрѣдка, и то въ видѣ отдѣльныхъ очаговъ, попадаются небольшія скопленія круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ. Измѣненій въ эндотелии сосудовъ мнѣ наблюдать не удалось.

И такъ, подводя итоги этимъ случаямъ подостраго теченія бугорчатки, мы должны отмѣтить, что всѣ явленія въ почкахъ вообще очень незначительны и выражаются, главнымъ образомъ, жировымъ перерожденіемъ эпителиа мочевыхъ трубочекъ, а измѣненій въ клубочкахъ почти нѣтъ.

Теперь мы перейдемъ къ третьей группѣ, группѣ хроническаго язвеннаго туберкулеза.

Всѣхъ случаевъ, относящихся сюда было 38, а потому въ виду такого большаго количества препаратовъ, подробно описывать каж-

дымъ въ отдѣльности не буду и постараюсь упоминать только о самыхъ характерныхъ явленіяхъ, найденныхъ въ почкахъ.

Микроскопически почки не увеличены въ объемѣ, большею частью малокровны; капсула частью снимается легко, частью же съ нѣкоторымъ усиліемъ, оставляя на паренхимѣ втяженія. На разрѣзѣ корковой слой немного, или вовсе не увеличенъ и представляетъ слегка желтоватую окраску; плотность ея нѣсколько увеличена.

Сообразно микроскопическимъ явленіямъ, я нашелъ возможность раздѣлить всѣ препараты почекъ на двѣ категоріи: въ одной изъ нихъ, измѣненія касались главнымъ образомъ клубочка и капсулы, въ другой принимала большее или меньшее участіе и окружающая ткань, въ видѣ ли интерстиціального процесса, выраженного въ различной степени, или въ видѣ разлитого паренхиматознаго (зернисто-жировое перерожденіе и десквамація эпителія и пр.). Въ двухъ случаяхъ (17, 28) была такъ-называемая, большая бѣлая почка безъ реакціи на амилондъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи, мы находимъ слѣдующее: мальпигіевы клубочки, какъ въ той, такъ и въ другой категоріи, представляютъ почти тождественныя измѣненія, а именно: увеличеніе количества ядеръ, которое, конечно, не во всѣхъ препаратахъ выражено въ одинаковой степени. Кровоисполненіе клубочковъ тоже очень различно, такъ что на одномъ и томъ же препаратѣ можно видѣть различныя степени его; общее же во всемъ этомъ только то, что растяженіе кровью капилляровъ клубочка не достигается такой степени, какая бываетъ при острой бугорчаткѣ: клубочки какъ бы сдѣлались компактнѣе, краевыя петли утолщены, просвѣтъ ихъ какъ будто меньше; на нѣкоторыхъ клубочкахъ, у мѣста входа сосуда, находится широкій, круглый просвѣтъ, набитый красными кровяными шариками (вѣроятно расширенный *vas afferens*), тогда какъ периферическія петли не растянуты кровью, а содержатъ ее въ очень маломъ количествѣ. Часто попадаетъ клубочекъ, въ центрѣ котораго еще видны слѣды сосудистыхъ петель; съ периферіи же сосуды уже слились въ однородную, едва волокнистую массу съ кое-гдѣ замѣтными ядрами. Слабо выраженная волокни-

тость идетъ большею частью въ продольномъ направленіи клубочка (вѣроятно гліалиное или иное какое-нибудь подобное перерожденіе), процессъ этотъ начинается, судя по только что описанной картинѣ, съ периферической части клубочка. Рядомъ съ такими клубочками лежатъ стекловидно (гліалино) перерожденныя, круглыя образования, происхожденіе которыхъ изъ клубочковъ уже видно по остающейся иногда капсулѣ съ характернымъ эпителиемъ, а также и потому, что иногда на одномъ и томъ же препаратѣ (13) находятся различныя стадіи этого перерожденія. Въ однихъ препаратахъ эти гомогенныя шары окружены утолщенной капсулой; въ другихъ можно найти измѣненія внутренней оболочки сосуда, лежащихъ невдалекѣ (23); въ-третьихъ, наконецъ, нѣтъ ни того, ни другого. Въ тѣхъ клубочкахъ, гдѣ измѣненія ушли не такъ далеко, мнѣ иногда удавалось получить на разрѣзѣ довольно длинный отрѣзокъ прѣвдоплаго сосуда съ хорошо сохранившимся и нормальнымъ эндотелиемъ.

Капсульное пространство, въ большинствѣ случаевъ, было мало, пусто, только парѣдка въ немъ находился зернистый распадъ и круглыя, безъядерныя образования, которыя помѣщались, какъ и въ вышеприведенныхъ случаяхъ, между петлями и у входа сосуда. Ни красныхъ, ни бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ капсульномъ пространствѣ почти никогда не было.

На ряду съ увеличеніемъ ядеръ въ клубочкѣ шло размноженіе эпителія капсулы и ея утолщеніе, такъ что на одномъ и томъ же препаратѣ можно было видѣть въ одномъ мѣстѣ только размноженныя ядра капсулы, въ другомъ уже ея утолщеніе, причемъ мелко-кѣлочной инфилтраціи вокругъ клубочка видѣть мнѣ почти никогда не приходилось.

Относительно мочевыхъ трубочекъ, я долженъ сказать, что общей характеристикой измѣненій ихъ положительно дать нельзя. То всѣ измѣненія ограничивались нѣкоторою зернистостью и слабымъ жировымъ перерожденіемъ эпителія, то встрѣчался разлитой паренхиматозный процессъ, съ отслоеніемъ и гибелью эпителія (17),

то в просвѣтъ мочевыхъ канальцевъ наблюдались гемогенные глянцевые цилиндры.

Межпочечная соединительная ткань, въ большинствѣ случаевъ, нѣкакого участія въ упомянутомъ процессѣ не принимаетъ, кромѣ вышеприведеннаго утолщенія капсулы. Тѣ же случаи, гдѣ она была сильно разрознена, обыкновенно, совпадали съ измѣненіемъ сосудовъ и относились къ болѣе предлежному возрасту (22, 23). Отъ нихъ же и небольшие участки молодой соединительной ткани, наблюдаемыхъ около клубочка (14, 18, 19, 24), я скажу ниже. Всѣхъ случаевъ, гдѣ я нашелъ измѣненія артеріальной стѣнки, у меня было 8 (15, 16, 17, 22, 23, 26, 27, 31). Въ нѣкоторыхъ эти измѣненія касались только внутренней стѣнки (16, 17), въ другихъ принимала участіе также и наружная (15, 26). Въ остальныхъ случаяхъ самое тщательное изслѣдованіе сосудовъ не могло показать какой-либо ненормальности.

Обработка осмевой кислотой на жировое перерожденіе показала слѣдующее: черныя точки, въ очень небольшомъ иногда количествѣ, были какъ въ эпителии канальцевъ, такъ и клубочекъ; въ эндотелии же сосудовъ жировыхъ капель, на что указываетъ Kahlden, мнѣ видѣть не удалось. Вообще же жировое перерожденіе выдепено настолько неравномѣрно между всѣми отдѣлами почекъ, что какихъ-нибудь положительныхъ выводовъ изъ найденнаго сдѣлать нельзя.

И такъ во всѣхъ этихъ случаяхъ мы имѣемъ слѣдующее характерное явленіе: увеличеніе количества ядеръ, утолщеніе стѣнки пеллель, размноженіе ядеръ и утолщеніе Ваумановской капсулы и различныя картины атрофій клубочковъ. Оставляя болѣе подробный разборъ и оцѣнку всѣхъ этихъ явленій до конца моей работы, я постараюсь подвести итогъ нашимъ изслѣдованіямъ.

Имѣя цѣлью выяснитъ зависимость измѣненія почекъ отъ общаго процесса, мы, какъ выше было замѣчено, раздѣлили всѣ формы туберкулезнаго процесса на три категоріи:

1) Острой общей бугорчаткой, при которой въ почкахъ мы нашли острый процессъ въ клубочкахъ (жировая дегенерация эпителия

клубочка и капсулы, десквамация его, зернистое содержимое въ капсульномъ пространствѣ.

2) Подостраго язвеннаго туберкулеза, гдѣ, при незначительныхъ хроническихъ явленіяхъ, въ легкихъ было много свѣжихъ кавернъ и гдѣ, клинически, процессъ окончился при явленіяхъ phthisis floridae. Но чистыхъ случаевъ у меня набралось 4, а потому, основываясь на такомъ ничтожномъ количествѣ, идти дальше предположенія нельзя. Здѣсь, какъ мы видѣли, на первый планъ выступаетъ жировое перерожденіе эпителия канальцевъ, довольно рѣзко выраженное; въ клубочкахъ же, кромѣ развѣ незначительнаго увеличенія количества ядеръ, ненормальностей не наблюдается. Можно ли смотрѣть на эти явленія, какъ на происшедшія отъ выдѣленія токсиновъ, или же объяснить ихъ иначе (маразмомъ, анеміей или обѣднѣніемъ крови кислородомъ), въ виду очень сложныхъ явленій; указаннымъ мною въ началѣ работы, рѣшить трудно. Надо только отмѣтить тотъ несомнѣнный фактъ, что явленія въ клубочкахъ, при этой формѣ, отступаютъ на задній планъ передъ жировой дегенерацией эпителия трубочекъ.

И, наконецъ, 3-я категорія хроническихъ формъ, гдѣ, какъ мы выше видѣли, измѣненія въ почкахъ касаются главнымъ образомъ атрофическихъ измѣненій клубочковъ.

Такимъ образомъ, въ случаяхъ, отнесенныхъ ко второй категоріи, мы находимъ какъ бы нарушенную градацію измѣненій клубочковъ, найденную въ первой и во второй категоріи, и потому не имѣемъ пока данныхъ, чтобы доказать связь туберкулеза съ измѣненіемъ этихъ отдѣловъ. Однако, чтобы хотя нѣсколько подойти къ рѣшенію этого вопроса, я приведу здѣсь случаи, въ которыхъ, съ одной стороны, хроническій процессъ язвеннаго туберкулеза осложнился острой бугорчаткой, съ другой—гдѣ, на ряду съ хроническими явленіями, находились явленія подострия, въ видѣ свѣжихъ кавернъ и гдѣ, клинически, процессъ окончился при явленіяхъ phthisis floridae.

Въ виду очень большого сходства микроскопической картины, наблюдаемой въ этихъ послѣднихъ случаяхъ, съ случаями вышеопи-

санными, я буду останавливаться на разборѣ ихъ очень не долго и упомяну только о самыхъ рѣзкихъ измѣненіяхъ.

Хроническихъ случаевъ, осложненныхъ острой бугорчаткой, у меня было 6. Во всѣхъ нихъ явленія были почти тождественны и касались клубочковъ, петли коихъ были набиты красными кровяными шариками, но клубочки эти представлялись не такими рыхлыми, какъ при острой формѣ, петли ихъ были сжаты въ своемъ просвѣтѣ, съ утолщенной стѣнкой, особенно хорошо замѣтной на краевыхъ петляхъ; отчего сами клубочки представлялись какъ бы компактнѣе, съ большимъ количествомъ ядеръ на нихъ. На нѣкоторыхъ препаратахъ замѣтно неравномерное растяженіе петель клубочковъ, иногда у входа сосудовъ находится довольно широкой просвѣтъ, наполненный красными кровяными шариками (вѣроятно расширенный приводящій сосудъ). Капсульное пространство, на одномъ и томъ же препаратѣ, иногда пусто, иногда содержитъ нѣжно-зернистую массу въ небольшомъ количествѣ. Баумановская капсула часто утолщена, иногда же имѣетъ только набухшій, размноженный эпителий. Одинъ случай (40) съ болѣе сильнымъ разрастаніемъ повсемѣстно соединительной ткани, былъ отнесенъ къ артеросклерозу, вслѣдствіе найденнаго утолщенія внутренней и наружной стѣнокъ артерій.

Такимъ образомъ и въ почкахъ этого рода случаевъ мы находимъ, на ряду съ хроническими измѣненіями (утолщенія капсулы, увеличенія количества ядеръ клубочка, измѣненія стѣнокъ петель), также и острые, выраженные въ кровонаполненіи клубочковъ и въ зернистомъ содержимомъ въ капсульномъ пространствѣ. Почему здѣсь нѣтъ сильной десквамаціи эпителия, что бываетъ часто въ острыхъ случаяхъ, находить свое объясненіе въ томъ измѣненіи стѣнокъ петель, которое здѣсь находится, и выражается какъ неравномерностью кровонаполненія одного и того же клубочка, такъ и сжатіемъ видимыхъ просвѣтовъ.

Въ хроническихъ случаяхъ, окончившихся появленіемъ phthisis lorigae, мы находимъ, что мальпигіевы клубочки частію запустели, безкровны, частію содержатъ небольшое количество красныхъ кро-

вяныхъ шариковъ. Число ядеръ клубочка иногда очень велико; въ этихъ случаяхъ клубочекъ представляется плотнымъ, отдѣльныхъ петель различитъ почти невозможно. Капсульное пространство на одномъ и томъ же препаратѣ иногда пусто, иногда содержитъ зернистый распадъ, находящійся, болѣею частію, между петлями клубочка. Эпителий капсулы въ нѣкоторыхъ случаяхъ размноженъ и набухъ. Сама капсула утолщена (мѣстами), съ овальными ядрами на наружной поверхности. Соединительная ткань, образующая это утолщеніе, то продолжается и между близлежащими извитыми канальцами (43), то скоро прерывается, то захватываетъ небольшой участокъ лабиринта около клубочка. Сильное разрошеніе соединительной ткани было въ одномъ случаѣ и совпадало съ измѣненіемъ сосудовъ, которое выражалось утолщеніемъ intima'y и разрастаніемъ adventitia'y (47). Жировое перерожденіе изрѣдка наблюдалось и въ эпителии клубочка; въ эпителии же мочевыхъ трубочекъ оно выражено было иногда довольно сильно; такъ на нѣкоторыхъ препаратахъ, мѣстами, весь просвѣтъ мочевой трубочки былъ окруженъ большими черными точками. Здѣсь, стало быть, мы имѣемъ измѣненія совершенно тождественныя съ измѣненіями почекъ, наблюдаемыми при хроническомъ язвенномъ туберкулезѣ; но ваго какого-нибудь явленія, которое можно было бы поставить въ связь съ подострыми явленіями въ легкихъ, замѣтить не удается, не считая развѣ болѣе сильнаго перерожденія эпителия мочевыхъ трубочекъ, которое, къ тому же, можно объяснить и другими моментами.

Такимъ образомъ изъ всего этого можно вывести то заключеніе, что подострые явленія, наблюдаемая въ легкихъ, существенно не вліяютъ на измѣненія, наблюдаемая нами при хроническомъ язвенномъ туберкулезѣ. Измѣненія же въ клубочкахъ и капсулахъ, найденныя при острымъ и хроническомъ туберкулезѣ, мы, съ большою вѣроятностью можемъ отнести на счетъ туберкулеза.

Последніе смѣшанные случаи представляютъ для насъ еще тотъ интересъ, что въ нихъ язвенный туберкулезный процессъ былъ прерванъ острыми явленіями, а потому и въ измѣненіи почекъ,

находящемся в связи с главным процессом, мы должны находить более ранние стадии этих изменений и, может быть, при относительно большом количестве материала, нам удастся проследить процесс этого изменения. Поэтому, при описании и разборе изменений почечек при хроническом туберкулезе, мы будем принимать во внимание и эти последние случаи.

Первым делом мы видим всегда увеличенное количество ядер клубочка. Это явление очень постоянное, и потому на нем надо остановиться. В литературе, как мы видели выше, увеличение количества ядер объяснялось очень различно: одни приписывают его размножению эпителия ядер клубочка, другие — скоплению лейкоцитов в петлях его; третьи, наконец, размножению и отслоению эндотелия и, отчасти, эндотелиальным клеткам, занесенным из других сосудов. Все это, как описывают авторы, влечет за собою запускание клубочка. Тщательно разсматривая свои препараты, мне не удалось выяснить участия эндотелия в этом процессе; правда, я иногда видел в просвете, особенно краевых петель, большие овальные клетки, как бы свободно лежащие в просвете, но о натуре их ясного представления вывести не мог. Дело в том, что мне удавалось получить продольные срезы приводящего сосуда на довольно большом протяжении, с его хорошо сохранившимся, нормальным эндотелием, а между тем, клубочек представлял обычные, в этих случаях, изменения.

Предположить, что видимое увеличение ядер зависит от скопления лейкоцитов; я не могу потому, что только весьма редко встречал их в петлях. Мне более направляется объяснение Kahlden'a, который в увеличении ядер видит явления регенерации, обусловленной предыдущим отслоением эпителия. Но так как мы имеем дело с изменениями хронического характера, то, конечно, мы и не в праве ожидать большого скопления отслоившагося эпителия в капсульном пространстве, в нем большом же количестве мы его встречаем очень редко.

И так, процесс увеличения ядер, по моему, зависит от

медленно идущей десквамации эпителия клубочка, что ведет за собой регенеративное размножение оставшагося. Что касается утолщения стенок клубочковых петель, хорошо заметного на периферии, то о натуре его судить по микроскопической картинке, конечно, нельзя, тем более, что получить в этих случаях реакции ни на гиалин, ни на амлоид не удается.

Не служат ли это изменение, однако, переходною ступенью к одному из видов стекловидного (гиалинового) перерождения стенок? Тем более, что, иногда, на ряду с так измененными клубочками есть и такие, в которых петли уже превратились в гомогенные образования (11, 13).

Только что упомянутое утолщение стенок имеет последствием сужение петель клубочка, потерю упругости стенок, что, по моему мнению, доказывается тем, что, при усиленном приливе крови к почкам, как это бывает при обострении, петли не растягиваются кровью, а представляются плотными, без возможности, иногда, различить их просветы; приводящий сосуд, в этих случаях, бывает, большей частью, сильно растянут кровью, что, кроме того, может служить указанием и на то, что вышеописанный процесс начинается с краевых петель. В какой связи находится это утолщение стенок с десквамацией эпителия и с вызванным этим регенеративным увеличением ядер — выяснить мне не удалось. На основании видящего на моих препаратах, я могу только высказать предположение, что утолщение стенок, вероятно, вызвано той же причиной, как и отслоение эпителия с последующей регенерацией его, в виду частого совпадения этих явлений на некоторых препаратах.

Теперь мы перейдем к описанию изменений Баумановской капсулы и того участка, которое она принимает в этом процессе. Из вышеприведенных литературных данных мы видим, что взгляды авторов на зависимость заболевания клубочка и капсулы сильно расходятся. Один (Langhans) этой зависимости не находить; другие же, как Kahlden, в утолщении капсулы видят явление хронического нефрита и говорить, что по одному только

утолщению капсулы можно судить о томъ, что процесс хроническій. Friedländer, а также и Kahlden находили это утолщение капсулы въ хроническомъ, постскарлатинномъ нефритѣ. Послѣдній авторъ, провъ того, встрѣчалъ въ почкахъ чахоточныхъ это же явленіе и считаетъ его характернымъ для даннаго заболѣванія. На своихъ препаратахъ я только въ очень рѣдкихъ случаяхъ не видѣлъ измѣненія капсулы, обыкновенно-же параллельно съ увеличеніемъ количества ядеръ клубочка,шло и разнуженіе эпителия капсулы. Въ большинствѣ-же ушедшихъ далеко случаевъ, этимъ разнуженіемъ эпителия дѣло не ограничивается, и сама капсула представляется болѣе или менѣе утолщенной. Въ этомъ утолщеніи главную роль, конечно, играетъ соединительная ткань, окружающая капсулу. Если взять случаи болѣе ранняго времени, т. е. въ которыхъ теченіе чахотки было прервано острыми явленіями, то можно прослѣдить, что разроженіе соединительной ткани вокругъ капсулы начинается около выхода мочевого канала, что, мнѣ кажется, можетъ служить указаніемъ того, что ядовитое вещество, выдѣляемое клубочкомъ, раздражаетъ капсулу, которая реагируетъ на это своимъ утолщеніемъ; далѣе, это раздраженіе передается соединительной тканю, окружающей клубочекъ, и вызываетъ ея утолщеніе. Въдъ устья мочевого канала протекаетъ болѣе выдѣляемаго и потому мы въ правѣ ждуть здѣсь и большаго раздраженія.

Это разрастаніе соединительной ткани часто не ограничивается одной капсулой, но и идетъ между ближайшими канальцами, при чемъ, обыкновенно въ сторону, противоположную входу сосудовъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это разрастаніе соединительной ткани выражено болѣе сильно, оно обыкновенно ограничивается лабиринтомъ и, мнѣ кажется, обуславливаетъ ту плотность поркового слоя, наблюдаемаго въ почкахъ у чахоточныхъ, а также и тѣ соединительно-тканнныя тяжи, образующіе втяженія на поверхности почки и болѣе плотныя прикрѣпленія капсулы. Могутъ-ли эти намѣненія впоследствии привести къ измѣненіямъ, наблюдаемымъ въ большой бѣлой почкѣ, на что указывалъ Kahlden, я рѣшительно ска-

зать не могу, но думаю, что, если-бы было такъ, то мы гораздо чаще встрѣчали-бы это явленіе, а я видѣлъ его только два раза. Поставить эти измѣненія въ связь съ измѣненіями сосудовъ я не могу, такъ какъ констатировать ихъ я могъ только въ 10-ти случаяхъ. Наконецъ, мнѣ остается только еще упомянуть о тѣхъ часто наблюдаемыхъ гомогенныхъ шарахъ, на которые и Kahlden указываетъ, какъ на частыя явленія при чахоткѣ. Шары эти, какъ говоритъ Смирновъ, могутъ происходить троякимъ образомъ: или оттого, что разрошенная Баумановская капсула сдавливаетъ сосуды, проходящіе черезъ нее, или сосуды облитерируются въ силу находящагося въ нихъ эндартерита, или, наконецъ, сами петли клубочка, перерождаясь, ведутъ къ этому явленію. У насъ встрѣчались всѣ три рода атрофій и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ ее нельзя было объяснить ни эндартеритомъ, ни тѣмъ, что утолщенная капсула сдавливаетъ ихъ, и на мой тоже взглядъ они зависѣли отъ перерожденія петель, къ чему мы видѣли подготовку въ утолщеніи ихъ стѣнокъ. На счетъ измѣненія сосудовъ я долженъ сказать, что они были далѣе не во всѣхъ случаяхъ, а на это я обращалъ особенное вниманіе въ виду того, что нѣкоторые авторы [Richard¹⁾, Иппа²⁾] находили при чахоткѣ измѣненія почти во всѣхъ артеріяхъ.

И такъ, резюмируя всю мою работу, я пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ:

1) Измѣненія почекъ при остромъ милиарномъ туберкулезѣ, на ряду съ зернисто-жировымъ перерожденіемъ эпителия мочевыхъ трубочекъ, выражаются главнымъ образомъ въ десквамаціи эпителия капсулы и клубочка.

2) При хроническомъ туберкулезѣ легкихъ измѣненія касаются, главнымъ образомъ, клубочка и Баумановской капсулы и выражаются:

а) въ утолщеніи стѣнны петли клубочка

¹⁾ Maladies du coeur et de vaisseaux.

²⁾ Диссертація 1889.

б) въ одновременномъ утолщеніи Баумановской капсулы и развитіи соединительной ткани вокругъ нея.

3) Мѣстное развитіе соединительной ткани, наблюдаемое въ почкахъ у туберкулезныхъ, начинается съ Баумановской капсулы.

4) Разлитой паренхиматозный или интерстиціальнй процессъ не имѣетъ отношенія къ туберкулезу легкихъ; послѣдній бываетъ обыкновенно одновременно съ замѣненіемъ сосудовъ и связокъ, вѣроятно, съ какими нибудь другими процессами въ организмѣ.

Можно-ли объяснить хроническія измѣненія почекъ при туберкулезѣ выдѣленіемъ собственно яда, объ этомъ, какъ я уже не разъ говорилъ, кромѣ предположеній, высказывать ничего нельзя. Но, выходя изъ того, что, во первыхъ, при острой бугорчаткѣ, гдѣ мы имѣемъ полное право говорить о выдѣленіи туберкулезнаго яда, измѣненія касались, главнымъ образомъ, клубочка и окружающей его капсулы; а во вторыхъ такъ какъ, при хронической язвенной пневмоніи, мы видимъ, что, не смотря на сильное разнообразіе явленій, наблюдаемыхъ въ легкихъ, измѣненія касаются тоже клубочка и его капсулы, мы можемъ допустить, съ нѣкоторою вѣроятностью, что туберкулезный ядъ, выдѣляясь въ небольшомъ количествѣ, поддерживаетъ постоянное раздраженіе въ петляхъ клубочковъ и ведетъ къ вышеописаннымъ измѣненіямъ. Это объясненіе тѣмъ болѣе, мнѣ кажется, доступно, что тамъ, гдѣ явленія нагноенія имѣютъ перевѣсъ, т. е. припадки *phthisis floridae*, измѣненія въ клубочкѣ отступаютъ на задній планъ.

Оканчивая свою работу, считаю пріятнымъ долгомъ выразить глубокую признательность многоуважаемому Николаю Васильевичу Ускову, какъ за предложенную мнѣ тему, такъ и за руководство и многочисленныя совѣты, которыми я пользовался при ея выполненіи.

Прежде чѣмъ приступить къ изложенію протоколовъ и микроскопическихъ картинъ, въ которыхъ основана моя работа, считаю долгомъ принести мою благодарность Евгению Августовичу Пастору и Николаю Ивановичу Ускову, любезно давшимъ мнѣ возможность пользоваться матеріаломъ изъ Александровской и Марининской больницъ. Чтобы быть по возможности краткимъ, я помѣщу подробно только по два протокола вскрытій, относящихся къ каждой группѣ, въ остальныхъ же случаяхъ ограничусь однимъ анатомическимъ діагнозомъ, который прямо выписывалъ изъ книги. Конечно, этотъ краткій эскизъ не можетъ исполнѣ точно охарактеризовать данный случай, но, въ виду того, что всѣ случаи были мною разбиты на нѣсколько группъ, сообразно какъ теченію процесса, такъ и патолого-анатомической картинѣ, я позволилъ себѣ сдѣлать эти сокращенія. Относительно описанія микроскопической картины я долженъ сказать, что исполнѣ сознаю трудность, сопряженную съ этимъ, тѣмъ болѣе, что во всѣхъ изслѣдованныхъ мною случаяхъ только рѣдко можно было найти измѣненія разлитого характера, обыкновенно же измѣненія были выражены на одномъ и томъ-же препаратѣ въ различныхъ стадіяхъ; съ одной стороны, это дало возможность дѣлать сравненія, съ другой—сильно затрудняло точное описаніе, а потому и здѣсь пришлось ограничиться возможно краткимъ описаніемъ наиболѣе рѣзко выраженныхъ явленій.

Всѣ случаи, какъ и было раньше замѣчено, разбиты мною на 5 группъ:

Къ 1-й я отнесъ случаи острой бугорчатки, гдѣ хроническихъ явленій или вовсе не было, или они были настолько незначительны, что не могли существенно вліять на интересующій насъ вопросъ: этихъ случаевъ у меня было 6.

Ко 2-й группѣ я отнесъ 4 случая язвеннаго туберкулеза легкихъ, гдѣ весь процессъ окончился въ нѣсколько мѣсяцевъ и пред-

ставляя в своем течении обычное явление phthisis floridae (гектическая лихорадка, быстрый упадок сил и т. д.) и гдѣ при секции найдено было в легких много небольших каверн съ язвеными стѣнками, вокругъ которыхъ не было замѣтно развитія соединительной ткани и гдѣ, на ряду съ этимъ, были участки легкихъ инфильтрированы творожистыми узелками в различныхъ стадіяхъ распада.

Къ тремъ остальнымъ группамъ мною были отнесены случаи хроническаго, кавернознаго, интерстиціального легочнаго туберкулеза.

При чемъ въ 4-ю группу вошли случаи хроническаго туберкулеза, окончившіеся при явленияхъ милиарной бугорчатки (6).

Къ 5-й группѣ были отнесены случаи, гдѣ, какъ значилось в больничномъ листкѣ, процессъ в легкихъ былъ давно, но, за нѣсколько мѣсяцевъ обострился и окончился при быстро возрастающемъ маразмѣ и гектической лихорадкѣ; въ этихъ послѣднихъ случаяхъ, на ряду съ обычными хроническими явлениями, находились и болѣе острыя, въ видѣ или небольшихъ кавернъ, или въ видѣ небольшихъ творожистыхъ узловъ, инфильтрирующихъ участки легочной ткани.

Протоколы вскрытій.

Группа № 1.

№ 1. (№ 234. Изъ Маріанской больницы). Маревъ Емельяновъ 14 лѣтъ. Крестьянка. Больна около мѣсяца. Кости черепа гиперемированы. Дуга слегка гиперемирована. Pia основанія мозга утолщена, сѣрая, на ней замѣтны милиарные бугорки. Въ боковыхъ желудочкахъ геморрагическая жидкость. Ткань мозга блѣдная, довольно мягкая. Сосуды основанія мозга безъ особыхъ изменений. Pia spinalis гиперемирована, мѣстами утолщена. Весъ мозга 1180 гр. Легкія безъ приращеній. Въ полости pericardii gran 5 gramm. Сердце мало. Лѣвый желудочекъ пустъ. Въ лѣвомъ предсердіи 45 грм. жидкой крови и красныхъ кровяныхъ сгустковъ. Въ полости праваго сердца большое количество жидкой крови, красныхъ и безцвѣтныхъ кровяныхъ сгустковъ. Мускулатура сердца плотная, буро-красная. Клапаны сердца нормальны. Аорта 50. Pulmon 60. Arter. sagit. нормальны. Легкія плохо спались. Ткань праваго легкаго съ многочисленными узлами катаральной пневмоніи. Бронхіальныя железы увеличены до слезы, вазозно перерождены. Слизистая бронхъ гиперемирована. Ткань лѣваго легкаго гиперемирована, кое-гдѣ замѣтно развитіе перифорикита. Слизистая зѣва и пищевода гиперемирована. Larynx и trachea тоже. Селезенка небольшая, на ея поверхности похожая на бугорки образованія. Въ ткани ея, темно-вишневой, замѣтны бугорки. В. 85. Pancreas плотна. Надпочечники безъ особыхъ изменений. Капсула лѣвой почки снимается легко. Поверхность ея гладкая. Ткань сѣрая, тусклая. Рисунокъ корня смазанъ. Мальпигіевы шарикъ гиперемированы В. 95. Правая съ такими же изменениями. В. 90. Въ желчномъ пузырьѣ 25 грм. слизистой зеленоватой желчи. Поверхность ея гладкая. Ткань сѣро-красная, мѣстами желтая, тусклая, рисунокъ не ясенъ. На ней замѣтны милиарные бугорки. В. 840 грм. Слизистая желудка въ складкахъ, гиперемирована съ востравазатами. Слизистая duodeni сѣрая. Слизистая jejuni сѣрая, мѣстами темно-красная. Слизистая ilei сѣрая съ изъязвленіями на мѣстѣ пейеровыхъ бляшекъ. Слизистая толстыхъ кишекъ розовая. Мезентеріальныя железы увеличены до боба. Слизистая мочевого пузыря гиперемирована. Матка мала. Яичники безъ изменений.

Tuberculosis universalis. Meningitis cerebro-spinalis tuberculosa. Pneumonia catarrhal. acuta.

Микроскопическое изслѣдованіе показываетъ намъ слѣдующее: пещи клубочковъ сильно раздуты вѣдствие наполненія ихъ кровью, стѣнки пещей

БОТЕКА
Керітскаго Мемл. Инст.

№

Шифр

тонки, хорошо обрисовываются на краевых петлях. Количество ядер клубочка на некоторых местах увеличено довольно значительно, местами же этого заметить нельзя. В капсульном пространстве большое количество зернистой массы (присвѣтляющейся от уксусной кислоты) и круглые безядерные клетки; изрѣдка попадаются, однако, клетки и съ ядромъ, хорошо воспринимающимъ окраску. Эпителий Баумановской капсулы сильно набухъ, кое-гдѣ находится отдѣленныя, сильно выпятившіяся въ просвѣтъ клетки съ интенсивно окрашеннымъ ядромъ, изрѣдка можно встрѣтить въ просвѣтѣ Баумановской капсулы полуядро. Просвѣтъ мочевыхъ трубочекъ пустъ, изрѣдка только содержатъ зернистую массу. Эпителий мочевыхъ трубочекъ, какъ прямыхъ, такъ и извитыхъ, зернистъ, протоплазма его и ядро хорошей окраски, границы не видѣть рѣзко, замѣчается нѣкоторая набухлость и кое-гдѣ зазубренность краевъ. При обработкѣ уксусной кислотой зернистость исчезаетъ только отчасти. На препаратахъ изъ осмиевой кислоты замѣчаются жировыя капельки, какъ около ядра, такъ и около мембрана propria, хотя, мѣстами эпителий канальцевъ реакція на жировое перерожденіе не даетъ. Артеріи и вены сильно растянуты кровью, какъ въ корковомъ, такъ и медулярномъ слое. Въ просвѣтѣ ихъ только рѣдко попадаются бѣлые кровяные шарки. Стѣнки артерій безъ замѣтныхъ измѣненій. Кровоизліянія нѣтъ.

№ 2. (Изъ Александровской больницы. № 808). Мужина 19-ти лѣтъ. Боленъ 2 недѣли. Кости черепа тонки, просвѣчиваютъ. Милгкая мозговая оболочка гиперемирована, бугорковъ на ней не замѣтно. Сердце мало, покрыто умереннымъ количествомъ жира; мускулатура дряблая, блѣдно-краснаго цвѣта. Легкія не розовыя, блѣдны, вѣду проходами къ воздуху; сквозь плевру просвѣчиваютъ сѣровато-бѣлые узелки, величиною до просианого зерна. Эти узелки разсыпаны и въ ткани легкаго, особенно въ нижнихъ доляхъ. Селезенка слегка увеличена; дряблая, темно-краснаго цвѣта. Печень безъ особыхъ измѣненій. Почки нормальнаго объема. Капсула снимается легко, поверхность гладкая, красно-бурая. Уренae Stellatae налиты кровью. Граница между медулярнымъ и корковымъ слоемъ выражена не рѣзко. Рисунокъ корки какъ-бы смазанъ. Tuberculosis miliaris acuta.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Всѣ клубочки сильно растянуты кровью, стѣнки петель тонки; въ капсульномъ пространствѣ много зернистой массы между петлями, здѣсь же встрѣчаются и овальныя или круглыя протоплазматическія образования. Эпителий Баумановской капсулы набухъ, кое-гдѣ съ хорошо окрашеннымъ ядромъ. Эпителий мочевыхъ канальцевъ вездѣ сохраняетъ свою связь съ мембрана propria, кое-гдѣ края зазубрены, ядра вездѣ хорошей окраски. Въ просвѣтѣ мочевыхъ трубочекъ много зернистаго содержимаго. Сосуды всѣ сильно растянуты кровью; стѣнки артерій и венъ безъ измѣненій. Жировое перерожденіе въ видѣ черныхъ точекъ (осмиева к.) въ эпителии, какъ извитыхъ, такъ и прямыхъ канальцевъ выражено довольно неравномерно даже и на одномъ и томъ-же

препаратѣ. Кое-гдѣ такія же черныя точки замѣтны и на клубочкахъ, около ядеръ его.

№ 3. (Изъ Маріинской больницы. № 235). Женщина 23 лѣтъ. Tuberculosis miliaris acuta pulmonum, pleuratum, lencis, mucosae uteri.

Капсула почки снимается съ трудомъ, поверхность гладкая, красно-бурая. Рисунокъ корки смазанъ. Граница между корковымъ слоемъ и медулярнымъ не рѣзка.

Клубочки сильно растянуты кровью, съ большимъ количествомъ ядеръ. Стѣнки петель (краевыхъ) тонки. Въ просвѣтѣ ихъ иногда видны овальныя ядра. Капсульное пространство содержитъ зернистую массу, особенно между петлями; тутъ же попадаются и круглыя клетки. Эпителий Баумановской капсулы сильно размноженъ, мѣстами отслоенъ. Сама капсула утолщена, изрѣдка замѣчается вокругъ нея нѣкоторое развитіе соединительной ткани съ овальными ядрами. Просвѣтъ извитыхъ канальцевъ въ большинствѣ случаевъ наполненъ зернистымъ содержимымъ, эпителий нѣсколько набухъ, съ ядромъ и протоплазмой хорошей окраски. Изрѣдка въ просвѣтѣ канальцевъ находятся гліановые цилиндры. Сосуды (вены и артеріи) растянуты кровью, стѣнки ихъ безъ измѣненій.

№ 4. (Изъ Александровской больницы. № 70). Дѣвушка 14 лѣтъ. Meningit. tuberculosa. Tuberculosis miliaris. Tubercula solitaria thalami optici. Peritonitis tuberculosa acuta. Ulcera tuberculosa ilei.

Капсула лѣвой и правой почки снимается легко, на гладкой, бурой поверхности замѣтны сѣрые узелки величиною съ просианое зерно. Рисунокъ корковаго слоя смазанъ; рѣзкой границы между корковымъ слоемъ и медулярнымъ не замѣтно.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Всѣ клубочки сильно растянуты кровью, на нихъ замѣтно очень большое количество ядеръ. Эпителий Баумановской капсулы сильно набухъ, кое-гдѣ отслоенъ, мѣстами замѣтно его размноженіе. Въ капсульномъ пространствѣ отдѣленныя безядерныя клетки и зернистое содержимое ближе къ входу сосудовъ. Кое-гдѣ, вокругъ капсулы, нѣсколько утолщенная соединительная ткань. Сосудамъ безъ измѣненій, всѣ сильно растянуты. Эпителий мочевыхъ канальцевъ зернистъ, кое-гдѣ набухъ, и отслоенъ отъ мембрана propria. Мѣстами довольно сильное жировое перерожденіе эпителиа извитыхъ и прямыхъ канальцевъ. Изрѣдка черныя точки попадаютъ и въ эпителий клубочка.

№ 5. (Изъ Маріинской больницы. № 5). Мужина 66 лѣтъ. Боленъ около мѣсяца.

Arteriosclerosis. Pleuritis tuberculosis dextra. Капсула лѣвой почки снимается съ трудомъ, на поверхности остаются углубленія. Корковый слой гиперемированъ.

Микроскопическое исследование:

Клубочки раздуты кровью, хотя и не ведают равномерно, количество ядер на них не ведаёт значительно. Капсульное пространство мало, содержит зернистый распад, который мѣстами занимает большое пространство, образуя довольно широкій ободок по внутренней поверхности Баумановской капсулы; иногда встречаются круглыя безъядерныя образования напоминающія кѣтки, иногда въ такихъ кѣткахъ находится ядро. Эпителий Баумановской капсулы разнороден, мѣстами набухъ и отслоенъ. Эпителий мочевыхъ трубочекъ зернистъ, мѣстами хорошо сохранилъ свои границы, мѣстами набухъ. Въ просвѣтѣ мочевыхъ трубочекъ иногда находится зернистое содержимое, хотя въ очень небольшомъ количествѣ. Жировыя капельки, иногда слившіяся въ довольно крупныя капли, находятся въ эпителии трубочекъ около мембр. р.; мѣстами ихъ нѣтъ.

Внутренняя оболочка артерій сильно утолщена, волокниста, съ овальными кѣтками; мышечный слой какъ будто истонченъ, наружная оболочка тоже утолщена богатой ядрами соединительной тканью. Межуточная соединительная ткань мѣстами увеличена и представляется въ видѣ тяжелой; мочевыя трубочки, залежныя здѣсь, представляются сжатыми, съ атрофированнымъ эпителиемъ.

№ 6. (Изъ Александровской больницы. № 14). Женщина 41 года.

Meningitis tuberculosa acuta basillaris. Hydrocephalus internus, tuberculosus miliaris acuta universalis.

Капсула съ почки снимается довольно легко. Поверхность красно-бурая, на ней кое гдѣ видны мѣлкіе бугорки. Расунокъ коркового слоя смазанъ, плотность какъ будто уменьшена, ясной границы между нимъ и медулярнымъ не видно.

Клубочки раздуты кровью, количество ядеръ на нихъ какъ будто увеличено. Петли (краевыя) тонки. Капсульное пространство мало, въ немъ содержится различное количество зернистаго распада; иногда попадаетъ хорошо окрашенное ядро съ остатками протоплазмами. Эпителий Баумановской капсулы сильно разнороденъ; сама капсула не утолщена. Эпителий мочевыхъ трубочекъ ведаётъ хорошей окраски съ хорошо окрашеннымъ ядромъ; мѣстами границы его хорошо сохранены, мѣстами же онъ набухъ и съ зазубренными краями. Кое-гдѣ между каналами мелко-кѣточная инфильтрація. Жировыя капельки попадаютъ въ эпителии, какъ прямыхъ, такъ и извитыхъ канальцевъ, иногда слившіяся въ довольно крупныя капли, иногда черныя точки попадаютъ и на клубочки.

Сосуды, какъ артерій, такъ и венъ, сильно растянуты кровью. Внутренняя оболочка болѣе крупныхъ артерій какъ будто нѣсколько утолщена.

Группа 2-я.

№ 7. (№ 849 изъ Александровской больницы). Мужчина 39 лѣтъ. Болезнь около двухъ мѣсяцевъ. Быстрое теченіе болѣзни при высокой температурѣ и общемъ маразмѣ. Кости черепа просвѣчиваютъ. Рѣдъ, dura безъ особыхъ измѣненій. Ткань мозга малокровна. Легкія въ верхушкахъ приращены тонкими перемычками. Сердце мало, покрыто умѣреннымъ количествомъ отечнаго жира. Клапаны безъ измѣненій; мускулатура сердца малокровна. На разрѣзѣ, въ верхнихъ доляхъ, легкія изрыты многочисленными кавернами, до грецкого орѣха величиною; стѣнки ихъ закрыты, мягки, развитія соединительной ткани не замѣтно. Въ остальныхъ доляхъ легкихъ, на ряду съ такими же кавернами, попадаютъ довольно многочисленные участки легкихъ, инфильтрированныя туберкулезными узелками. Связистая бронхъ гиперемирована, утолщена; стѣнки ихъ мѣстами инфильтрированы бугорками. На годовосыхъ связкахъ язва; на лѣвой индифференціи язва. Печень безъ особыхъ измѣненій. Въ нижней части іеі небольшое количество туберкулезныхъ язвъ. Капсула почки снимается легко. На гладкой поверхности кое-гдѣ замѣтны сѣрыя бугорки. Корковый слой нѣсколько гиперемированъ, мѣстами разрыхленъ.

Pneumonia ulcerosa tuberculosa subacuta omnium lobarum. Laryngitis et ulgna sinist. ulcerosa, ulcera tuberculosa іеі.

Микроскопическое исследование.

Клубочки раздуты кровью, краевыя петли тонки. Количество ядеръ клубочка замѣтно не увеличено. Въ просвѣтѣ нѣкоторыхъ петель видны бѣлыя кровяныя кѣтки. Капсульное пространство почти ведаётъ пусто, только весьма рѣдко можно встрѣтить, и то очень въ небольшомъ количествѣ, зернистыя скопления. Изрѣдка встрѣчаются небольшія скопления круглыхъ кѣтокъ у входа сосудовъ. Баумановская капсула не утолщена, замѣтнаго размноженія кѣтокъ нѣтъ. Эпителий мочевыхъ трубочекъ зернистъ, сильно зазубренъ на свободномъ краю съ ядромъ, мѣстами блѣдно окрашивающимся (карминомъ); иногда въ просвѣтѣ канальцевъ, потерявшихъ свою эпителиальную покрывку, находится ядро, окруженныя остатками протоплазмами; при обработкѣ осмевой кислотой оказывается, что жировое перерожденіе довольно сильно выражено во всѣхъ отдѣлахъ мочевыхъ трубочекъ; ядра, лежащая въ просвѣтѣ канальцевъ, оказываются окруженными черными точками, кое-гдѣ и въ соединительной ткани находятся черныя точки, правда только при большомъ увеличеніи.

Сосуды умѣренно налиты кровью, стѣнки ихъ безъ замѣтныхъ измѣненій.

№ 8. (Изъ Мар. бол. № 111, книга АВ). Женщина 27 лѣтъ. Болѣла 3 мѣсяца; быстрое теченіе болѣзни съ высокой т° (40). Въ мокротѣ масса Косно'вскихъ бациллъ. Кости черепа безъ измѣненій. Рѣдъ мѣстами гиперемированъ, утолщенъ, на основании сѣрая. Въ боковыхъ желудочкахъ немного мутной жидкости, ткань мозга гиперемирована, рѣдъ на рons Varolii утолщенъ. Легкія приращены. Въ сердечной сумкѣ 50 грм. мутной жидкости. Сердце покрыто

незначительным количеством жира, мускулатура сердца малокровна, желтоватого цвета. Лёвое легкое в верхней доле инфильтрировано твёржостными узелками, мёстами съ небольшими кавернами, болёе сильная инфильтрация и болёе большое количество каверн, величиною съ грецкой орёхъ, находятся во всёхъ доляхъ праваго легкаго. Въ гортани язвы. Слизистая трахеа сѣрая, тусклая. Селезенка съ красной дробной пушлой 180. Слизистая желудка блёдна. Слизистая же́лудка гиперемирована. Панкреас красна. Надпочечники безъ особыхъ измёнений. Лёвая почка слегка гиперемирована; въ корё рёдкие маленькия узелки. В. 120. Правая болёе гиперемирована, съ такими же измёнениями. В. 135. Печень безъ особыхъ измёнений; подъ капсулой рёдкие какъ бы бургоки В. 1490.

Pneumonia caseosa ulcerosa. Tuberculosis hepatis. Laryngitis ulcerosa tuberculosa.

Микроскопическое изслёдование.

Клубочки содержатъ умёренное количество крови, ядёр на нихъ какъ будто болёе, петли краевыя въ некоторыхъ мёстахъ представляютъ углощенными. Капсульное пространство пусто, мало. Эпителій Бауমানовской капсулы мёстами размножён, но не набухъ, отслоений его не замётно. Мёстами незначительное разрастаніе соединительной ткани около капсулы. Эпителій мочевого трубочекъ хорошо сохранилъ свою форму, нигдѣ не отслоенъ, съ хорошо-окрашеннымъ ядромъ и протоплазмой; при обработкѣ осмёевой кислотой, оказывается какъ бы посыпанъ черною пылью, попадаются мёста, гдѣ черныя точки слились въ большія капли и занимаютъ весь эпителій. Стёнки сосудовъ безъ измёнений, умёренно разстанутъ кровью.

№ 9. (Алекс. болън. № 47). Женщина 21 г. Болъна около двухъ мёсяцевъ. Быстрое теченіе болёизни.

Pneumonia caseosa tuberculosa subacuta. Graviditas VII.

Капсула почки снимается съ трудомъ. Поверхность нёсколько изрытая, рисунокъ коркова слоя какъ бы смазанъ. Поверхность блёдная; граница между слоями не рёзка.

Микроскопическое изслёдование.

Клубочки содержатъ небольшое количество крови, увеличенія количества ядёр на нихъ не замётно. Капсульное пространство почти вездѣ пусто; эпителій капсулы не размножён, капсула не углощена, только изрёдка замётно вокругъ нея наслоеніе блёдныхъ ядрами, соединительной ткани. Эпителій мочевого трубочекъ зернистая, во многихъ мёстахъ отслоенъ отъ своей мембраны, прогрия, ядра нѣны плохо воспринимаетъ окраску, а нерёдко попадаютъ нёсколько кётокъ и вовсе безъ ядёръ, при обработкѣ осмёевой кислотой эпителій оказывается покрытымъ какъ бы черною пылью, изрёдка попадаются и болёе крупныя черныя капли. Стёнки сосудовъ замётнаго отклоненія отъ нормы не представляютъ. Кое-гдѣ замёчается между канальцами какъ бы увеличенное количество овальныхъ и продолговатыхъ ядёръ.

№ 10. (Алекс. болън. № 889). Мужчина 23 лётъ. Болёнъ около 4 мёсяцевъ. Быстрое теченіе болёизни съ высокой т° и при общемъ маразмѣ.

Epicris. Pneumonia tuberculosa ulcerosa subacuta duplex. Pharyngitis et laryngitis ulcerosa tubercul. Ulcera tuberc. llei.

Микроскопическое изслёдование.

Клубочки довольно сильно наполнены кровью, количество ядёръ на нихъ замётнаго увеличенія не представляетъ. Капсульное пространство мёстами пусто, иногда же въ немъ находится зернистое содержимое. Эпителій Баумановской капсулы кое гдѣ набухъ, иногда размножён. Сама капсула не углощена, иногда вокругъ нея находится наслоеніе соединительной ткани въ очень, однако, незначительномъ количествѣ. Эпителій мочевого трубочекъ сильно зернистый, блёдно окрашенъ (возможно), ядра его не вездѣ хорошо окрашены. При обработкѣ осмёевой кислотой эпителій представляется покрытымъ черными точками, лежащими въ болёешемъ количествѣ около мембраны, прогрия, въ просвѣтъ канальцевъ попадаютъ тоже ядра, окруженныя черными точками. Стёнки артерій безъ измёнений.

Группа № 3.

№ 11. (Изъ Мариинской больницы. № 22). Женщина 30 л. Болъна около 2-хъ лётъ.

Дуга безъ измёнений, ріа помутнѣла, ткань мозга слегка гиперемирована. Въ боковыхъ желудочкахъ немного мутной жидкости. Сосуды основанія содержатъ мало крови. Правое легкое мёстами приращено, мало спалося. Лёвое сплошь приращено плотными старыми перепонками. Плева лёваго легкаго покрыта тонкимъ фибриновымъ налетомъ, подъ ней желтыя узелки. Бронхи наполнены мутной серозной жидкостью или же слизисто-гноёвой; слизистая ихъ ярко красная, слегка углощена мёстами. Въ мелкихъ бронхахъ изъязвленія. Верхняя доля инфильтрирована крупными твёржостными узлами пневмоніи и peribronchitis. Каверны, одна величина до кулака; въ нижней долѣ тоже. Въ лёвомъ легкомъ масса соединительной ткани и каверн, остальное тоже, что и въ правомъ. Въ слизистой pharyngitis разсыпанные милиарные и субмилиарные узелки. Слизистая гортани отечна, малокровна, изъязвлена. Правый черепноянный хрящъ изъядёнъ. Въ трахей тоже язвы. Селезенка увеличена (реакція на амиллоидъ дала отрицательные результаты). Капсула лёвой почки снимается съ трудомъ, мёстами съ паренхимой, на гладкой поверхности много неглубокихъ рубцовъ. Кора углощена, разрыхлена, слегка гиперемирована. Рисунокъ не вездѣ ясенъ. Малигнныя пирамиды, того-же цвѣта, уменьшены. Въ правой почкѣ тѣ же явленія и бурговские конгломераты. Въ кишечникѣ folliculium увеличенны, кое гдѣ изъязвлены.

Bronchopneumonia et peribronchitis caseosa tubercul. laryngo-tracheitis et enteritis ulcerosa. Tuberculosis renum.

БИБЛИОТЕКА

Иркутскаго Медицин. ВУЗУ

№ 11

11111

Микроскопическое исследование.

Эпителий мочевых канальцев сильно зернист (проявляется от укусовой кислоты). На препарат из флеминговского раствора видны черные точки, как в эпителии прямых, так и извитых канальцев, больше около пещеро-прогрия. Иногда попадаются черные точки и в эпителии клубочки.

Препараты из сулемы. Клубочки умеренно наполнены красными кровяными шариками; количество ядер клубочка мѣстами сильно увеличено, клубочки представляются компактнѣе, дѣления на отдѣльныя дольки не видѣть замѣтно, но гдѣ попадаетея между петлями очень небольшое количество зернистаго содержимаго; кое-гдѣ петли представляются замѣтно утолщенными. Эпителий Бауমানовской капсулы мѣстами размноженъ; сама капсула утолщена, мѣстами прозрачна, гомогенна, кое гдѣ незначительное разрастаніе соединительной ткани, вокругъ капсулы. Изрѣдка попадаются клубочки, превращенные въ гомогенные слоистые шары съ небольшимъ количествомъ ядеръ; эпителий мочевыхъ трубочекъ хорошей окраски, съ хорошо окрашеннымъ ядромъ, зернистъ; при обработкѣ осмиевой кислотой на немъ оказываются мѣстами жировыя капли. Стѣнки сосудовъ безъ измѣненій.

№ 12. Женщина 36 л. Больна около 2 лѣтъ. (Маріинская больница № 18 книга АБ). Лѣвое легкое приращено только у верхушки. Правое сильнѣе. Лѣвое венозное отверстіе съ трудомъ пропускаетъ 2 пальца. Лѣвое легкое объемисто, верхушка его сморщена, въ ней полость съ гнойной жидкостью, до куриваго яѣла величиною; ткань аспиднал, инфильтрирована многочисленными мѣстами гнилыми бугорками. Правое легкое сильнѣе инфильтрировано туберкулезными узелками перифронхита, мѣстами распавшимися въ большія полости. Въ нижней части іей, на разстояніи метра отъ конца, зарудевавшаяся циркулярная язва. Капсула лѣвой почки снимается съ паренхимой. Поверхность гладкая, съ хорошо выраженными зѣвчатными венами, корковій слой утолщенъ, разрыхленъ, ткань сѣро-красная; рисунокъ неясенъ.

Pneumon. chronic. et peribronchitis caseosa tuberculosa.

Микроскопическое исследование.

Клубочки частью безкровны, частью содержатъ небольшое количество крови. Количество ядеръ на клубочкѣ замѣтно увеличено, стѣнка петель мѣстами замѣтно утолщена. Капсульное пространство иногда пусто, а иногда содержитъ небольшое количество зернистыхъ круглыхъ образований, иногда съ хорошо окрашеннымъ ядромъ. Бауমানовская капсула утолщена иногда съ увеличеннымъ количествомъ ядеръ, мѣстами вокругъ капсулы овальными и продолговатыми ядра. Эпителий мочевыхъ трубочекъ зернистъ, мѣстами хорошо сохраненъ, мѣстами набухъ, съ жировыми капельками. Стѣнки сосудовъ безъ измѣненій.

№ 13. Мужчина 27 л. (Изъ Александровской больницы № 771).

Pneumonia interstitialis caseosa tuberculosa. Ulcera tuberculosa іей. Капсула съ правой почки снимается съ трудомъ, поверхность зерниста. Граница

ясна. Лѣвая почка съ тѣми же явлениями. Клубочки компактны, съ большимъ количествомъ ядеръ, просѣять петель узокъ, съ большимъ количествомъ красныхъ кровяныхъ клетокъ; красныя петли замѣтно утолщены. Капсульное пространство мало; изрѣдка въ немъ находится зернистое содержимое, овальные, безъядерныя клетки; изрѣдка попадаются клетки и съ ядромъ. Эпителий Бауমানовской капсулы мѣстами набухъ, мѣстами отслоенъ, съ хорошо окрашеннымъ ядромъ. Сама капсула замѣтно утолщена. Межтканная соединительная ткань мѣстами представляется сильно разрозненою, съ овальными ядрами; она окружаетъ клубочки и мочевые канальцы, которые сжаты; эпителий атрофированъ. Гдѣ соединительная ткань окружаетъ Бауমানовскую капсулу, тамъ клубочекъ представляется иногда въ видѣ блестящей гомогенной массы; тутъ же можно найдти и различныя стадіи этого превращенія. Реакція на гланинъ (шириновая кислота и фуксинъ) даетъ темно-бурюю окраску этихъ шаровъ.

Эпителий мочевыхъ трубочекъ зернистъ, мѣстами уплотненъ, въ различныхъ стадіяхъ жироваго перерожденія. Стѣнки сосудовъ безъ особыхъ измѣненій.

№ 14. Мальчикъ 17 л. (Изъ Александровской больницы. № 792).

Pneumonia chronica tuberculosa caseosa, interstitialis (cum cavernis). Капсула лѣвой почки снимается легко, поверхность гладкая, блѣдно-буровато-желтая. Корковій слой нѣсколько уплотненъ, сѣровато-красной окраски. Рисунокъ ясенъ. На правой почкѣ желтые узелки.

Микроскопическое исследование.

Большинство клубочковъ безкровны, съ очень большимъ количествомъ ядеръ; мѣстами стѣнки краевыхъ петель замѣтно утолщены. Капсульное пространство болѣею частью пусто; изрѣдка между петлями находится зернистое содержимое. Эпителий Бауমানовской капсулы мѣстами размноженъ (до 3—4 ядеръ рядомъ); мѣстами капсула замѣтно утолщена; изрѣдка скопленіе веретенообразныхъ элементовъ вокругъ капсулы; обыкновенно это явленіе совпадаетъ съ увеличеніемъ количества ядеръ Бауমানовской капсулы. Кое гдѣ соединительная ткань развита и между канальцами вблизи Мальпигіева тѣльца. Эпителий мочевыхъ трубочекъ зернистъ, мѣстами съ жаровыми каплями, мѣстами отслоенъ. Стѣнки артерій безъ измѣненій.

№ 15. Мужчина 30 л. (Изъ Александровской больницы. № 827).

Pneumonia chronica tuberculosa, caseosa et interstitialis. Ulcera tuberculosa Іагунгіа. Ulcera tuberculosa іей

Капсула лѣвой почки снимается съ трудомъ, ясно расщеплена, оба слоя мажорновы, граница между ними ясна. Плотность корковаго слоя нѣсколько увеличена. Въ правой тѣ же явленія.

Микроскопическое исследование.

Клубочки содержатъ немного крови, стѣнка петель мѣстами сильно утолщена. Капсульное пространство часто содержитъ круглыя безъядерныя клетки, особенно тамъ, гдѣ эпителий Бауমানовской капсулы сильно размноженъ и на-

бухъ. Капсула, мѣстами, окружена нѣсколькими слоями овальныхъ элементовъ. Въ нѣкоторыхъ клубочкахъ сильно растянутый кровью входящій сосудъ, въ петляхъ же клубочка кровяныхъ шариковъ мало; петли не растянуты, просвѣтъ ихъ суженъ. Сосуды содержатъ немного крови, сплани; наружная оболочка болѣе крупныхъ изъ нихъ утолщена, многоядерной соединительной тканью. Эпителий мочевыхъ канальцевъ зернистый; хорошо окрашены и протоплазма и ядро; мѣстами онъ набухъ, мѣстами уплощенъ съ зазубренными краями; просвѣтъ трубочекъ узокъ, кое гдѣ въ немъ содержится зернистая масса. При обработкѣ осмевой кислотой находятъ эпителий, усѣянный черными точками, хотя и не вездѣ: попадаются мѣста, гдѣ этого и нѣтъ.

№ 16. Женщина 42 л. (Изъ Александровской больницы. № 425).

Pneumonia chronica interstitialis cum cavernis apicis pulm. dextr. et sinistr.
Ulcera tuberculosa, laryngis ilei.

Капсула почки снимается съ трудомъ; поверхность красно-бурая. Оба слоя полнокровны, граница между ними не ясна. Плотность коркового слоя увеличена.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Нѣкоторые клубочки растянуты кровью, нѣкоторые содержатъ ее въ небольшомъ количествѣ; ядеръ въ клубочкахъ видно очень много. Капсульное пространство болѣею частью мало, пусто. Эпителий Ваумановской капсулы, върѣдка представляется размноженнымъ. Капсула немного утолщена, мѣстами вокругъ нея, веретенообразные элементы, которыхъ много и между канальцами. Попадаютъ върѣдка клубочки, превратившіеся въ гомогенные слоистые шары. Просвѣтъ мочевыхъ трубочекъ узокъ, частью съ зернистостью содержимымъ; эпителий набухъ, зернистъ, съ жировыми точками. Intima артерій нѣсколько утолщена безъядерной соединительной тканью.

№ 17. Мужина 31 г. (Маринская больница. № 329).

Bronchopneumonia caseosa adhaesiva chron. et serosa fibrinosa acuta dext.
Bronchopneumonia catarrhalis sinistr.

Tuberculosis miliaris pulmonum, pleurarum, lienis, hepatis, renum. Nephritis parenchymatosa chronica.

Капсула снимается съ небольшимъ трудомъ; корковое вещество набухло, свѣтло-сѣрое; рисунокъ смазанъ. Большая бѣлая почка безъ реакцій на амилоидъ.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Клубочки сморщены, безъкровны, въ просвѣтъ петель ихъ иногда наблюдаются бѣлые кровяные шарикъ; капсульное пространство часто содержитъ зернистую массу (экссудатъ—раствореніе въ уксусной кислотѣ). Эпителий Ваумановской капсулы сильно набухъ, мѣстами отслоился. Эпителий канальцевъ разбухъ, мутный, иногда уплощенъ и въ большей или меньшей степени бѣлогова или жирового перерожденія. Межуточная соединительная ткань сильно расширена и вездѣ очень сильно инфильтрована круглыми элементами. Intima болѣе крупныхъ сосудовъ утолщена по всей окружности сосуда.

№ 18. Мужина 30 л. (№ 849. Александровская больница).

Pneumonia cavernosa, interstitialis tuberculosa. Ulcera tuberculosa ilei.

Капсула снимается мѣстами съ паренхимой, кое гдѣ на поверхности заметна зернистость; поверхность сѣро-желтая. Рѣзкой границы между слоями нѣтъ, рисунокъ корки смазанъ.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Клубочки нѣкоторые сильно растянуты кровью, мѣстами съ очень небольшимъ количествомъ ядеръ, мѣстами, наоборотъ, количество ядеръ велико, капсульное пространство пусто, върѣдка содержитъ между петлями зернистую скопления. Капсула нѣсколько утолщена, мѣстами ее окружаютъ соединительная ткань бѣдыя ядрами, довольно толстыми оболочкой; она продолжаетъ и между близлежащими мочевыми канальцами. Эпителий мочевыхъ канальцевъ интенсивно окрашенъ эозиномъ; почти вездѣ отслоенъ отъ своей membr. propria, кое гдѣ ядра плохо, или совсѣмъ не окрашиваются; при обработкѣ осмевой кислотой оказывается довольно сильное жировое перерожденіе. Стѣнки сосудовъ безъ измѣненій.

№ 19. Мужина 29 л. (Маринская больница. № 333).

Pneumonia caseosa interstitialis tuberculosa, peribronchitis caseosa.

Laryngitis ulcerosa tuberculosa. Enteritis tuberculosa ulcerosa.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула почки снимается легко. Гладкая поверхность буро-красная. Корка утолщена, рыхлая, гиперемирована, буро-сѣрая. Мальпигіевы пирамиды такого же цвѣта. Клубочки довольно сильно набуты красными кровяными клѣтками, хотя и неравномерно, такъ что часто видно сильное расширеніе приводящаго сосуда, тогда какъ краевыя петли содержатъ мало кровяныхъ шариковъ; на нѣкоторыхъ препаратахъ хорошо замѣтно утолщеніе стѣнокъ петель. Эпителий Ваумановской капсулы мѣстами сильно размноженъ, набухъ. Въ капсульномъ пространствѣ только рѣдко находится зернистый распалъ. Вокругъ Ваумановской капсулы замѣчается развитіе соединительной ткани (многоядерной), которая нѣтъ между мочевыми канальцами, то сейчасъ же прерывается, то занимаетъ довольно значительныя пространства; обыкновенно болѣе сильное разрастаніе соединительной ткани находится на противоположной сторонѣ отъ входа сосудовъ. Эпителий мочевыхъ трубочекъ мѣстами сохраненъ хорошо, мѣстами же въ различныхъ стадіяхъ зернисто-жировой дегенерации. Стѣнки сосудовъ безъ измѣненій.

№ 20. Женщина 39 л. (Маринская больница. № 106).

Pneumonia et peribronchitis interstitialis caseosa (cum cavernis). Laryngitis tuberculosa ulcerosa. Enteritis ulcerosa. Ulcus ventriculi rotundum.

Капсула почки снимается легко, поверхность гладкая, ткань сѣро-красная, тусклая; рисунокъ коркового слоя смазанъ. Мальпигіевы пирамиды слегка гиперемированы.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Клубочки компакты, съ большимъ количествомъ ядеръ, дѣленіе на дольки не замѣтно; въблизи входа сосудовъ въ клубочки болѣею частью просвѣтъ наполненъ

ный красным кровяными клетками, тогда как остальные части клубочки безкровны; мѣстами хорошо замѣтно утолщеніе стѣнок петель, въ просвѣтѣ ихъ встрѣчаются овальные клетки, находящіяся въ связи со стѣнкою. Эпителий капсулы сильно размноженъ, сама капсула нѣсколько утолщена, мѣстами вокругъ нея разрастаніе (незначительное) соединительной ткани; между канальцами однако такого разрастенія не находится. Стѣнки артерій безъ измѣненій. Просвѣтъ трубочекъ наполненъ зернистою массою, клетки сильно зернисты, уплощены, съ довольно большимъ количествомъ жировыхъ капель.

№ 21. (Изъ Александр. больницы, № 924). Мужчина 56 л.

Pneumonia caseosa tuberculosa interstitialis.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула снимается съ трудомъ, она расщепляется, причемъ ближайшій къ корѣ слой мѣстами отстаетъ; плотность коркового слоя увеличена, рисунокъ ясенъ, хотя съ желтоватымъ оттѣнкомъ: на поверхности втяженія. Клубочки плотны, ядеръ на нихъ очень много, просвѣта петель нигдѣ не видно, дѣленія на дольки тоже. Капсульное пространство мало, въ большинства случаевъ пусто. Эпителий Вауমানовской капсулы не размноженъ, она не утолщена; вездѣ окружена концентрическими слоями соединительной ткани, болѣе или менѣе зрѣлой. Эта соединительная ткань обильно развита повсюду между канальцами, какъ въ корковомъ, такъ и въ мозговомъ слоеѣ. Просвѣтъ мочевыхъ трубочекъ сужены, эпителиальныя клетки набухли, зернисты, съ плохо окрашеннымъ ядромъ, кое-какія распались; реактивы обнаруживаютъ бѣловое и, отчасти жировое перерожденіе. Intima въ сосудахъ большого калибра значительно утолщена старою соединительною тканью, бѣдною клетками; media какъ будто нѣсколько утолщена, adventitia сливается съ окружающею соединительною тканью.

№ 22. (Александровской бол., № 1558 приѣми. листка). Женщина 40 л.

Pneumonia interstitialis chronica. tuberculosa cum cavernis. Ulcera tuberculosa in sinu. Peritonitis chronica adhaesiva totalis.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Капсула снимается съ трудомъ, поверхность сѣрая, малокровная, кое-гдѣ втяженія. Корковый слой нѣсколько плотнѣе. Рисунокъ смазанъ. Клубочки плотны, дѣленія на дольки не замѣтно, просвѣта петель тоже; ядеръ мѣстами очень много; капсульное пространство пусто, мало; эпителий Вауমানовской капсулы иногда отсутствуютъ и на его мѣстѣ находится распадъ, сама капсула томогенна, не утолщена; она вездѣ окружена концентрическимъ слоемъ болѣе или менѣе зрѣлой соединительной ткани; эта соединительная ткань продолжается и между канальцами, какъ коркового, такъ и медулярнаго слоев; канальцы, окруженные ею, сужены, эпителий темной окраски, съ плохо окрашивающимся ядромъ, а иногда и безъ нихъ; реактивы указываютъ отчасти на бѣловое, отчасти на жировое перерожденіе. Сосуды мѣстами растянуты. Intima нѣсколько утолщена.

№ 23. (Маринская больница, № 145). Женщина 27 лѣтъ.

Pneumonia interstitialis caseosa. Laryngitis ulc. tuberculosa. Ulcera llei.
Капсула снимается съ трудомъ, на поверхности остаются втяженія. Корка истончена. Рисунокъ не ясенъ. Граница хорошо выражена.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Клубочки безкровны, просвѣтъ петель не всегда удается разсмотрѣть, ядеръ на нихъ какъ будто меньше, часть петель превратилась въ зернистый распадъ, капсульное пространство мало, кое-гдѣ съ зернистыми скоплениями. Эпителий Вауমানовской капсулы мѣстами отсутствуютъ, распался; сама капсула окружена концентрическими кругами болѣе или менѣе зрѣлой соединительной ткани, которая продолжается и между канальцами; просвѣтъ этихъ послѣднихъ расширенъ, эпителий низокъ, съ зубчатыми краями, съ плохо окрашенными ядрами, или вовсе безъ нихъ; реактивы указываютъ бѣловое и довольно сильное жировое перерожденіе. Сосуды пусты. Intima ихъ замѣтно утолщена безъ ядерной соединительной тканью; media истончена, adventitia сливается съ окружающею соединительной тканью.

№ 24. (Маринская больница, № 370). Мужчина 30 лѣтъ.

Pneumonia interstitialis caseosa. Ulcera Laryngitis, tuberculosis genum. Ulcera tuberculosa llei.

Капсула снимается съ трудомъ, на бѣдной сѣрой поверхности желтые бугорки отъ просаго до горчичнаго зерна. Плотность коркового слоя увеличена. Рисунокъ смазанъ, граница между корковымъ и медулярнымъ слоемъ не рѣзка.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Клубочки нѣкоторые заступили, нѣкоторые содержатъ небольшое количество красныхъ кровяныхъ шариковъ; стѣнка краевыхъ петель мѣстами замѣтно утолщена, блестяща. Эпителий Вауমানовской капсулы мѣстами размноженъ, мѣстами набухъ и отслоился; сама капсула нѣсколько утолщена, окружена соединительной тканью въ очень незначительномъ количествѣ и не всегда вокругъ всей капсулы; эта молодая соединительная ткань иногда продолжается и между ближайшими канальцами, но только на небольшое пространство; въ мозговомъ лучахъ и въ пирамидкахъ ее нѣтъ. Эпителий мочевыхъ трубочекъ мѣстами хорошо сохраненъ, мѣстами набухъ, реактивы указываютъ въ немъ бѣловое и отчасти жировое перерожденіе.

№ 25. (Маринская больница, № 113). Женщина 38 лѣтъ.

Pneumonia interstitialis caseosa. Ulcera Laryngis. Entero-colivitis ulcerosa tuberculosa.

Капсула почечъ снимается съ трудомъ, утолщена; поверхность бурая; корковый слой нормальной толщины, бурый; рисунокъ не ясенъ, пирамидамъ такого же цвѣта, изъ нихъ выделяется жидкость.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Клубочки бѣды кровью, компактны, дѣленія на дольки не вездѣ замѣтно,

ядер эпителии клубочка очень много, местами в просвете петель находятся овальные ядра. Капсульное пространство пусто. Эпителий Ваумановской капсулы размножен, местами окружен 2—3 слоями овальных клеток, толстый слой находится обыкновенно против входа сосудов; местами попадаются клубочки, превращенные в гомогенные шары, причем вокруг них соединительная ткань не утолщена, реактивы указывают, что часть шаров превращена в гиалиновое образование; у этих мест мочевые каналы сильно расширены с низкими эпителием, который зернист, часто без ядер, в других же местах он хорошо сохранил свои границы, причем ядра хорошо воспринимают окраску. Реактивы обнаруживают отчасти белковое, отчасти жировое перерождение. Сосуды местами растянуты кровью, стénки их без особых изменений.

№ 26. (Маринская больница, № 4). Женщина 29 лет.

Pneumonia et peribronchitis interstitialis caseosa. Decubitus. Glutaci.

Капсула почки снимается с трудом, на блédной поверхности остаются впадины. Рисунок коркового слоя смазан, границы не ясны. Мальпигиевы пирамиды такого же цвета.

Микроскопическое исследование.

Клубочки блédны кровью, очень компактны, дéление на дольки рéдко гдé выражено, иногда удается рассмотреть стénку петель, которая оказывается заметно утолщенной. Капсульное пространство мало, в нем нéзрédка попадают зернистыя скопления. Сама капсула утолщена, с размноженным и местами отслоенным эпителием; она очень часто окружается 2—3 слоями многоядерной соединительной ткани, обыкновенно, гдé эпителий сильнее размножен, там и больше соединительной ткани. Эпителий мочевых канальцев зернист, вездé хорошо сохранен в своих границах, с хорошо окрашенным ядром. Реактивы указывают белково-жировое перерождение в очень слабой степени. Adventitia сосудов утолщена вездé, intima только в более крупных артериях.

№ 27. (Маринская больница, № 4, пп. А—Б). Женщина 26 лет.

Pneumonia et peribronchitis caseosa tuberculosa. Laryngitis ulcerosa tuberculosa. Enterocolitis ulcerosa-tuberculosa.

Капсула почки снимается легко; корковый слой рыхлый, блédно-желтый; рисунок смазан. Мальпигиевы пирамиды гипермированы; ткань сáрая, тусклая.

Микроскопическое исследование.

Клубочки безкровны, на них то очень много ядер, то, напротив, количество их уменьшено; стénки петель клубочка заметно утолщены, кое-гдé клубочки превращены в гомогенные шары; капсульное пространство часто содержит ядра, окруженные остатками распавшейся протоплазмы. Эпителий Ваумановской капсулы набух, распался, частью его вовсе нéтъ. Повсюду очень много многоядерной соединительной ткани. Эпителий мочевых трубочек зернист, часто без ядер, отслоен в просвете канальца, много каналь-

цев и вовсе без эпителиа. Сильное жировое перерождение, как в эпителии мочевых трубочек, так отчасти и в соединительной ткани. Adventitia сосудов сливается с окружающей соединительной тканью, media и intima без изменений.

№ 28. Девушка 15 лет. (Маринской больницы. № 10).

Pneumonia et peribronchitis caseosa interstitialis tuberculosa. Peritonitis serosa suppurativa tuberculosa. Enterocolitis tuberculosa-ulcerosa.

Капсула почки снимается с трудом; ткань сáро-красная гипермирована, рисунок не ясен.

Микроскопическое исследование.

Клубочки содержат мало крови, компактны, с большим количеством ядер; просвете петель сильно сужены. Капсульное пространство большею частью пусто. Эпителий Ваумановской капсулы размножен, местами же отслоен; вокруг капсулы, у стороны, противоположной входу сосудов, видна иногда молодая соединительная ткань, в очень небольшом количестве, только очень рéдко попадаетея более сильное разращение соединительной ткани, продолжающейся и между извитыми канальцами. Эпителий мочевых трубочек зернист, низок, темно окрашен, с не всегда ясно заметным ядром; в просвете канальцев зернистыя массы (белковое и жировое перерождение). Местами сильно растянуты вены; стénки артерий без изменений.

№ 29. Женщина 29 лет. (Маринской больницы. № 5).

Pneumonia interstitialis caseosa. Pyoneumothorax. Cysta dermoides ovarii.
Капсула почки снимается с паренхимой; поверхность сагга зерниста. Корковый слой сáрый; рисунок смазан; Мальпигиевы пирамиды сáро-красны.

Микроскопическое исследование.

Клубочки крови почти не содержат; петли гомогенны, прозрачны, ядeр очень мало, нéкоторые петли распались, реакция на гиалин не получается; кое-гдé в капсульном пространстве зернистыя распада; эпителий Ваумановской капсулы не размножен, часто вполне отсутствует. Вокруг Ваумановской капсулы наслоено соединительной ткани весьма различное на одном и том же препарате; местами эта соединительная ткань продолжается и между прилежащими извитыми канальцами. Просвете мочевых канальцев сильно расширены с низкими зернистыми и зазубренными по краю эпителием (жировое перерождение довольно сильное). Сосуды в большинстве пусты. Intima сосудов крупного диаметра сильно утолщена, на более мелких этого не вездé можно найти.

№ 30. Мужчина 30 лет. (Маринской больницы. № 30).

Pneumonia et peribronchitis interstitialis caseosa tuberculosa. Pleuritis serosa suppurativa fibrinosa. Laryngitis et enteritis ulcerosa tuberculosa.

Капсула почки снимается с трудом; ткань почки блédная, корковый слой уплотнен, рисунок смазан.

Микроскопическое исследование.

Клубочки компакты, с неведь одинаково большим количеством ядер; петли в одномъ и томъ же клубочкѣ, одѣ пусты, другія растянуты кровью; стѣнка петель иногда замѣтно утолщена; капсульное пространство пусто; эпителий Вауমানовской капсулы мѣстами размноженъ, мѣстами отслоенъ; вокругъ капсулы наслоенъ въ 2—3 ряда овальныхъ и продолговатыхъ ядеръ; эпителий мочевого трубочекъ зернистъ (жировые капли), хорошо сохраняя форму, съ хорошо окрашеннымъ ядромъ, мѣстами растянуты межканальцевые капилляры. Разрастаніе соединительной ткани иногда продолжается и между извитыми канальцами; въ мозговыхъ лучахъ ее не удается найти. Стѣнки артерій безъ особыхъ измѣненій.

№ 31. Мужчина 31 года. (Маринской больницы. № 43).

Pneumonia et peribronchit. interstit. tuberculosa. Laryngitis et enteritis tuberculosa. Arteriosclerosis (?)

Почки резко гиперемированы, капсула снимается легко, корковый слой тусклый, сѣроватый, рисунокъ не ясенъ—смазанъ. Пирамиды темно-красныя.

Микроскопическое исследование.

Клубочки компакты, съ большимъ количествомъ ядеръ, просвѣтъ петель узокъ, въ немъ иногда находятся маленькіе круглые, темно окрашенные шарикъ (лимфоидные элементы); нѣкоторые петли клубочка, ближе къ входу сосудовъ, растянуты кровью; эпителий капсулы только рѣдко размноженъ, сама капсула не утолщена, вокругъ нея не замѣтно соединительной ткани. Межканальцевые капилляры растянуты кровью, такъ-же какъ и вены; артерія не всегда содержатъ кровяные шарикъ. Adventitia, какъ крупныхъ, такъ и болѣе мелкихъ артерій сильно утолщена много-ядерной соединительной тканью; intima и media безъ особыхъ измѣненій, эпителий мочевого трубочекъ зернистъ (частью жирно-перерожденъ), хотя вездѣ хорошо сохраняя свою форму съ хорошо окрашеннымъ ядромъ.

№ 32. Мужчина 22 лѣтъ. (Изъ Маринской больницы. № 120).

Pneumonia caseosa tuberculosa interstitialis. Pneumothorax.

Капсула снимается съ трудомъ. Корковый слой красно-бурый. Мальпигіевы пирамиды такого же цвѣта. Рисунокъ корки смазанъ.

Микроскопическое исследование.

Клубочки плотны съ нѣкоторыми растянутыми кровью петлями; дѣлене на отдѣльныя дольки не вездѣ ясно; ядере на нихъ очень много, мѣстами хорошо замѣтно утолщеніе стѣнки петель, въ просвѣтѣ нѣкоторыхъ петель видны овальные ядра; капсульное пространство болѣею частью пусто. Эпителий Вауমানовской капсулы мѣстами сильно размноженъ; сама капсула утолщена, гомогенна, блестяща; вокругъ нея, тамъ и сямъ, находится концентрически наслоенная соединительная ткань, богатая кѣтками, изрѣдка она продолжается и между прилежащими канальцами. Эпителий мочевого канальцевъ мѣстами хорошо сохраненъ, съ хорошо окрашеною протоплазмой и ядромъ,

зернистъ; реактивъ указываетъ на зернисто-жировое перерожденіе въ нѣкоторыхъ мѣстахъ. Сосуды безъ особыхъ измѣненій.

№ 33. Женщина 24 лѣтъ. (Маринской больницы. № 23).

Pneumonia et peribronchitis caseosa tuberculosa.

Капсула лѣвой почки снимается легко, ткань малокровна, корковый слой сѣрый, тусклый; рисунокъ смазанъ. Правая почка нѣсколько сильнѣе гиперемирована.

Микроскопическое исследование.

Клубочки компакты, дѣлене на дольки почти нигдѣ не замѣтно, ядере на нихъ очень много, просвѣтъ суженъ, иногда въ немъ находятся кровяные шарикъ, иногда онъ пустъ. Капсульное пространство пусто болѣею частью; эпителий Вауমানовской капсулы мѣстами размноженъ, сама капсула утолщена, гомогенна, блестяща; изрѣдка замѣчается вокругъ нея разрастаніе соединительной ткани. Эпителий мочевого трубочекъ въ различныхъ стадіяхъ зернисто-жирового перерожденія. Сосуды замѣтныхъ отклоненій въ строеніи своихъ стѣнокъ не представляютъ; всѣ они сильно растянуты кровью.

№ 34. Мужчина 35 лѣтъ. (Маринской больницы. № 47).

Pneumonia chronica interstitialis caseosa. Ulcera tuberculosa ilei. Pneumothorax sinistra.

Почки велики, темно-красныя, капсула снимается легко, корковый слой утолщенъ, сѣро-красный, съ яснымъ рисункомъ, ткань его плотна.

Микроскопическое исследование.

Клубочки компакты, дѣлене на дольки кое-гдѣ сохоранено; ядере очень много, просвѣтъ петель суженъ, въ немъ изрѣдка находятся мелкія, круглыя, темно-красныя кѣтки; нѣкоторые петли клубочка растянуты кровью, тогда какъ сосѣднія ея не содержатъ; капсульное пространство мало, пусто; эпителий Вауমানовской капсулы размноженъ только тамъ, гдѣ вокругъ нея замѣтно разрастаніе соединительной ткани; это разрастаніе очень, правда, незначительное, попадаетъ только изрѣдка. Эпителий мочевого канальцевъ зернистъ, бабухъ (бѣловое и жировое перерожденіе), мѣстами отслоенъ. Сосуды всѣ сильно растянуты кровью, особенно около клубочковъ; стѣнки ихъ безъ видимыхъ измѣненій.

№ 35. Мужчина 35 лѣтъ. (Маринской больницы. № 51).

Pneumonia et peribronchitis caseosa-tuberculosa. Enteritis ulcerosa tuberculosa. Cholelithiasis.

Капсула снимается съ трудомъ; поверхность гладкая; ткань гиперемирована, корковый слой немного утолщенъ, сѣро-красный, тусклый; рисунокъ смазанъ, правая съ такими же измѣненіями.

Микроскопическое исследование.

Клубочки компакты, съ большимъ количествомъ ядере на нихъ, просвѣтъ петель суженъ, нѣкоторые петли растянуты кровью. Капсульное про-

ТЕКА
Харьковѣ 4-го Января 1911

№
Истор

странство мало, пусто; эпителий Баумановской капсулы местами сильно размножен, тут же и более сильное разрастание соединительной ткани вокруг нея, иногда около канальца более или менее большое скопление круглых элементов; местами более сильное развитие соединительной ткани продолжается и между прилежащими канальцами, в мозговых лучах найти ее не удается. Эпителий мочевых трубочек в различных стадиях зернисто-жировой дегенерации, местами хорошо сохранил свою форму и реакция на жир не дает. Сосуды сильно растянуты кровью, стѣнки их замѣтныхъ изменений не представляютъ.

Группа 4-я.

№ 36. Мущина 43 лѣтъ. (Маринской больницы № 37).

Рѣя инфльтрирована бугорками. Правое легкое превращено; въ свободныхъ мѣстахъ плевры серозная жидкость. Сердечная сумка приращена. Эпикардій инфльтрированъ бугорками. Полость праваго желудка безъ изменений, tuberculae утолщены. Створки безъ изменений. Правое легкое мало спавлось. Плевра его нѣсколько огечна. Бронхальныя железы увеличены и усѣяны сѣрыми бугорками. Въ огечной эмфизематозной ткани легкихъ разсыяны млиарныя узелки. Лѣвое легкое сплоснъ, приращено; нижняя доля сдавлена инкапсулированными мѣшковидными плевритами. Подъ капсулой лѣвой почки много маленькихъ кистъ и опухоль сѣроато-краснаго цвѣта, которая лежать какъ-бы на пирамидѣ, состоящей изъ томогенной полу-прозрачной сѣрой ткани; около нея много крупныхъ кистъ. Корка малокровна. Правая почка представляеть такія же изменения. Въ застойной печени много бугорковъ. Въ моче-вомъ пузырьѣ туберкулезная язва. Prostate безъ изменений. Testiculi тоже безъ изменений.

Tuberculosis miliaris universalis. Pleuritis seroso-tuberculosa. Pericarditis adhaesiva et degeneratis cordis adiposa. Ulcera tuberculosa vesicae urinae.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Клубочки съ большимъ количествомъ ядеръ, не ведрѣ содержатъ красныя кровяныя шаржи, однако, мѣстами, попадаютъ сильно растянутыя кровью петли, чаще у мѣста входа сосудовъ. Капсульное пространство мало, въ большинствѣ случаевъ пусто, изрѣдка только содержитъ зернистый распадъ. Эпителий Баумановской капсулы замѣтно размноженъ; сама капсула утолщена, окружена мѣстами довольно толстымъ слоемъ молодой соединительной ткани, которая продолжается иногда и между канальцами и сдавливаетъ ихъ; здѣсь эпителий атрофируется; въ другихъ мѣстахъ эпителий мочевыхъ трубочекъ хорошо сохраненъ, зернисть, мѣстами съ жировыми каплями. Adventitia нѣсколько утолщена.

№ 37. Женщина 31 года. (Изъ Маринской больницы № 19).

Кости черепа тонка, просвѣчиваютъ; дірое слабо выражено. Дуга гиперемирована; рѣя сѣрая, огечная, мѣстами гиперемирована; стѣнки сосудовъ осно-

ванія инъцированы. Ткань мозга влажна. Дуга и рѣя усѣяны сѣроато-бѣлыми узелками въ маковое зерно. Сердце покрыто небольшимъ количествомъ жира. Клапаны безъ изменений. Мускулатура буро-красная, тусклая. Легкія плохо спались. Въ верхушкѣ лѣваго значительное развитие соединительной ткани и заложеныя, съ горошину величиной, омыловоренные творожистые узелки. Правое легкое съ такими же изменениями. Слизистая бронхъ умѣренно гиперемирована также, какъ и слизистая гортани, лимфоидна, tracheae. На правой дожной связкѣ небольшой дефектъ. Въ ткани селезенки много, мѣстами млиарныхъ, мѣстами желтыхъ узелковъ. Печень буро-красная, гиперемирована. Въ ткани ея заложены, мѣстами млиарные, мѣстами желтые узелки. На слизистой тонкахъ и толстыхъ кишкахъ сѣрыя увеличенныя фолликулы. Капсула лѣвой почки снимается съ небольшимъ трудомъ, поверхность бурая, на ней остаются влаженія, вокруг которыхъ замѣтны сѣрые узелки. Коровый слой плотень, рисунокъ смазанъ. Правая почка съ такими же изменениями. Meningitis tuberculosa. Tuberculos. universal.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Петли клубочковъ неравномерно наполнены кровью, наряду съ сильно растянутыми петлями, попадаются и не содержащая крови, сами клубочки компактны, съ большимъ количествомъ ядеръ, часто попадаютъ расширенный проводяцій сосудъ. Капсульное пространство пусто, изрѣдка только содержитъ зернистое содержимое; эпителий капсулы мѣстами размноженъ, вокруг капсулы часто находится разрастание соединительной ткани (многоядерной), которая иногда продолжается и между канальцами; между прямыми канальцами разореніе соединительной ткани не встрѣчается. Мочевыя трубочки служены, съ зернистымъ отслоеннымъ иногда эпителиемъ, который даетъ обычную реакцію на жировое перерождение. Сосуды особыхъ изменений не представляютъ.

№ 38. Женщина 25 лѣтъ. (Изъ Маринской больницы № 19 ж. ж.). Pneumonia caseosa interstitialis tuberculosa. Meningitis basillaris tubercul. Tuberculosis miliaris plae, genom, hepatitis Laryngitis tuberc.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Клубочекъ компактны, петли нѣныхъ шотно павиты красными кровяными шаржами; мѣстами сильно растянутыя кровью просвѣтъ у входа сосудовъ; петли какъ-бы утолщены, просвѣтъ ихъ замѣтно служены; нѣкоторые клубочки крови не содержатъ, при чемъ просвѣтъ ихъ разсмотрѣть не удается, около ихъ капсулы сильно растянутыя канальцы, капсульное пространство пусто, эпителий капсулы мѣстами сильно размноженъ, капсула утолщена, томогенна, вокруг нея замѣтно разрастание молодой соединительной ткани. Просвѣтъ мочевыхъ трубочекъ малъ, эпителий зернисть, набухъ, хотя съ хорошо окрашенными и протоплазмой и ядромъ. Реактивы указываютъ на бѣловое, мѣстами же на жировое перерождение. Межканальцевые капилляры сильно растянуты кровью. Стѣнки артерій безъ изменений.

№ 39. Мальчик 18 лет. (Маринской больницы № 9).

Pneumonia caseosa tuberculosa acuta lob. inf. pulm. dext. Tuberculosis miliaris acuta pulmonum, hepatis, lienis. Pleuritis fibrinosa serosa dext.

Клубочки сильно растянуты кровью, рыхлы, дѣлене на дольки хорошо замѣтно, просвѣтъ петель не служенъ, только мѣстами замѣтно неравномерное растяжение кровью петель, только върѣдка в капсультное пространство находится зернистый распадъ. Эпителий капсулы, върѣдка, размноженъ, набухъ, замѣтнаго разрастанія соединительной ткани не видно нигдѣ, все сосуди растянуты кровью, особенно межканальцевые. Стѣнки артерій безъ измѣненій. Эпителий мочевыхъ трубочекъ сильно зернистъ, набухъ, отслоился, мѣстами безъ ядеръ, мѣстами съ плохо окрашивающимся ядромъ; реактивы указываютъ на сильное бѣловое и особенно жировое перерожденіе.

№ 40. Мужина 21 года. (Изъ Александровской больницы № 119).

Epicrisis: Leptomenigitis tuberculosa acuta basillaris. Hydrocephalus intern. Pneum. interstit. chronic ad. apicem sinist. cum cavernis et tuberculosis miliaris pulmonum.

Клубочки плотны, петли ихъ содержатъ большое количество красныхъ кровяныхъ клѣтки; сами петли, что иногда хорошо замѣтно, утолщены; просвѣтъ ихъ замѣтно суженъ; дѣлене на дольки не ясно, капсульное пространство пусто, мѣстами только содержитъ зернистый распадъ. Эпителий капсулы размноженъ, сама капсула утолщена, вокругъ нея довольно значительное развитее соединительной ткани. Эпителий мочевыхъ трубочекъ въ различныхъ стадіяхъ зернисто-жировой дегенерации; жировыя капсульты замѣтны и на эпителии клубочка. Стѣнки сосудовъ безъ замѣтныхъ измѣненій.

№ 41. Дѣвушка 15 л. (Маринская больница № 15).

Pneumon. ulcerosa tuberculosa. apic. pulm. dext. Tuberculosis universalis. Meningitis tuberculosa.
Капсула почекъ снимается легко, поверхность гладкая, темно-бурая, рисунокъ смазанъ; граница между слоями не рѣзка.

Петли клубочковъ наполнены красными кровяными клѣтками, но клубочки представляются плотными, просвѣтъ петель суженъ; иногда хорошо замѣтно утолщеніе петель; върѣдка попадаются сильно растянутые кровью клубочки, гдѣ не удается замѣтить утолщенія стѣнокъ петель, и гдѣ клубочки представляются рыхлыми съ небольшимъ количествомъ ядеръ; въ большинствѣ же случаевъ, количество ядеръ клубочка сильно увеличено. Эпителий Вауменовской капсулы размноженъ, сильно набухъ, часто отслоился, кое-гдѣ въ капсульномъ пространствѣ замѣчается зернистый распадъ; разрощеніе соединительной ткани можно встрѣтить только рѣдко и то только начала вѣтвитаго канала. Стѣнки сосудовъ замѣтныхъ измѣненій не представляютъ. Эпителий мочевыхъ канальцевъ зернистъ, мѣстами лишень ядеръ, мѣстами съ жировыми капсультами.

№ 42. Мальчикъ 14 л. (Изъ Александровской больницы № 13).

Epic. Arachnitis tubercul. acut. foss. Sylvii. Tubercula solitaria cerebri et cerebelli. Tuberculosis miliaris universal. Pleuritis fibrinosa dext. Kyphos. coll. Abscess. frigid. dorsi.

Клубочки компактны съ очень большимъ количествомъ ядеръ, мѣстами въ нихъ замѣтно растяженіе нѣкоторыхъ петель кровью; обыкновенно находится около входа сосудовъ сильно расширенный просвѣтъ, содержащій красныя кровяныя клѣтки, другія петли, особенно краевыя, запущены и часто невозможно различить ихъ просвѣта, вокругъ такихъ клубочковъ сильно растянуты капилляры; капсульное пространство пусто, эпителий Вауменовской капсулы сильно размноженъ, набухъ, только рѣдко можно замѣтить его отслоеніе; обыкновенно, гдѣ эпителий капсулы сильно размноженъ, вокругъ нея находится разрастаніе молодой соединительной ткани; мѣстами у входа сосудовъ скопленіе круглыхъ элементовъ. Эпителий мочевыхъ трубочекъ, какъ взвитыхъ, такъ и Генлевскихъ и прямыхъ канальцевъ, зернистъ, мѣстами жирно перерожденъ, мѣстами отслоенъ; мѣстами межканальцевыя капилляры сильно растянуты; стѣнки артерій безъ видимыхъ измѣненій, въ просвѣтъ ихъ часто видно большое количество бѣлыхъ кровяныхъ клѣтокъ.

Группа 5.

№ 43. Женщина 32 л. (Изъ Маринской больницы № 9 А6.).

Кости черепа, дуга, рѣ безъ особыхъ измѣненій, ткань мозга слегка отечна, малокровна. В. 155. Лѣвое легкое мѣстами приращено, плевро пуста, правое легкое приращено сплошь. Въ сердечной сумкѣ 120 г. трансудата. Эпикардъ слегка утолщенъ, сѣрый. Сердце покрыто укрѣпленнымъ количествомъ отечнаго жира, стѣнка праваго желудочка истончена, влажн, сѣроватая; такая же и лѣваго желудочка. Клапаны безъ особыхъ измѣненій. Аорта 65, pulm. 67. Лѣвое легкое не спалося, бѣдно, въ сморщенной верхушкѣ небольшое количество отечнаго жира, стѣнка праваго желудка истончена. Въ правой верхней доль большая каверна, въ ткани много небольшихъ кавернъ и творожистыхъ узловъ и красные сѣрые узлы катарральной пневмоніи. Слизистая бронхъ темно-красная. На голосовыхъ связкахъ и черпаловидныхъ хрящахъ большія язвы. Въ трахеѣ тоже язвы. Селезенка 180, съ рыхлой, бѣдно-красной пульзой, съ разбѣянными сѣро-желтыми узелками. Слизистая желудка бѣловатая, рыхлая. Слизистая двудени сѣрая, слизистая jejuni слегка отечна. Въ толстухъ кишкахъ рѣдкія язвы. Раствѣтъ гиперемирована. Надпочечники безъ особыхъ измѣненій. Капсула лѣвой почки снимается съ паренхимой, утолщена; на поверхности плоскіе рубцы, корка гиперемирована, разрыхлена, сѣроватая. Мальпигіевыя пирамиды такія же. В. 145. Въ правой такія же измѣненія. 135. Въ мочевомъ пузырьѣ 5 грм. мутноватой жидкости. Печень, ткань бурая. В. 1135

без особых изменений. Слизистая мочевого пузыря с темно-аспидными пятнами. Матка в яичники без особых изменений.

Pneumonia et peribronchitis caseosa tuberculosa. Laryngo-tracheitis et enteritis ulcerosa tuberculosa.

Микроскопическое исследование.

Довольно сильное кровоизлияние петель клубочков, которые все же представляются компактными, с несколько увеличенным количеством ядер, просвет петель иногда пуст и здесь хорошо заметно (на крайних) утолщение стенок петель. Капсульное пространство пусто; эпителий капсулы изредка размножен, часто отслоен или его и вовсе не находится; вокруг капсул заметно довольно значительное (местами) развитие соединительной ткани, которая встречается и между извитыми канальцами; сосуды, особенно в мозговом слое, сильно растянуты кровью; стенки сосудов без заметных изменений. Эпителий мочевых трубочек набух, зернист и местами жирно-перожден.

№ 44. Женщина 29 л. (Маринская больница № 102). Больна давно. Процесс обострился 3 месяца назад.

Под плеврой правого легкого мiliaryные желтые бугорки. Верхняя доля инфильтрирована творожистыми узелками с горошину и конгломератами их. Плевра лвого легкого мѣстами утолщена до 2—3 мм., с бугорками. Соединительной ткани развито немного. Верхняя доля сплошь усыяна узлами творожистыми, между ними ткань уплотнѣла, сѣро-аспиднаго цвѣта. Масса каверн разной величины. На правой миндалиѣ бугорок; слизистая гортани мажорновна. Въ кишечникѣ рѣдка солитарныя железя увеличены, творожистыя. Лѣвая почка: капсула снимается легко; тонка, прозрачна. Гладкая поверхность почки буро-краснаго цвѣта съ кое-гдѣ расширенными *v. stellatae*, кортикальныя пирамиды замѣтны, мѣстами рисунокъ слабо выраженъ. Мальпигиевы пирамиды мажорновны, буро-желтыя въ верхушкѣмъ. Слизистая оболочка дохлочно безъ изменений, около немного отечнаго жира. Подъ капсулой правой почки серозная каста. Печень прирощена, поверхность бурая, дольки рѣзко выражены.

Pneumonia caseosa tuberculosa interstitialis. Ulcera ilei.

Микроскопическое исследование.

Частью клубочки запустѣли, безкровны, ядѣра на нихъ видно иногда очень мало, частью въ петляхъ ихъ встрѣчаются бѣлые и красныя кровяныя шарика. Капсульное пространство вездѣ пусто, мало; эпителий капсулы только изредка представляется размноженным; сама капсула не утолщена, вокруг нея довольно сильное развитие многоядерной соединительной ткани, вокруг нея до-вольно значительное количество соединительной ткани, которая на некоторыхъ мѣстахъ находится только на сторонѣ, противоположной входу сосудов; иногда соединительная ткань въ болѣе значительномъ количествѣ встречается и между извитыми канальцами. Мѣстами попадаютъ клубочки, превращенные въ слоистые шары, слабо окрашивающіеся эозиномъ, иногда съ небольшимъ количествомъ ядеръ, иногда эти шары окружены сильно утолщен-

ной соединительной (многоядерной) тканью, иногда же вокруг нихъ этого вѣдѣть не удается; нѣкоторые изъ этихъ клубочковъ превращены въ блестящіе шары, дающіе реакцію на гиалинъ, причемъ часто периферическія петли уже превращены въ зернистую массу, гдѣ строеніе петель различитъ нельзя, тогда какъ ближе къ входу сосудовъ хорошо различимы петли, иногда содержащія красныя кровяныя шарика. Эпителий извитыхъ канальцевъ сохраненъ хорошо (за исключеніемъ обычной зернистости), эпителий прямыхъ канальцевъ мѣстами съ извѣденнымъ свободнымъ краемъ, сильно зернистъ; около клубочковъ, превращенныхъ въ гомогенные шары, находятся сильно расширенныя мочевые канальцы, съ эпителиемъ низкимъ, сильно зернистымъ и жирно-перожденнымъ; жировыя капли попадаютъ также и въ соединительную ткань, заложенаю между канальцами. Сосуды въ строеніи своихъ стѣнокъ замѣтныхъ изменений не представляютъ.

№ 45. Дѣвушка 17 л. (Изъ Маринской больницы № 112). Больна давно; процессъ обострился 3 мѣсяца назадъ. Почкі бѣдны. Капсула снимается легко, утолщена, гладкая поверхность бѣдно-буроватая. Корка сѣроватая, мажорновна. Рисунокъ смазанъ. Мальпигиевы пирамиды бѣдно-краснаго цвѣта. Правая почка съ такими же изменениями.

Pneum. caseosa tuberculosa interstitialis. Laryngo-tracheitis, enterocolitis ulcerosa caseosa tuberculosa.

Микроскопическое исследование.

Гломерулы представляются относительно рыхлыми, петли хорошо различимы, утолщенія стѣнки ихъ нигдѣ не замѣтно, въ нихъ находится умѣренное количество кровяныхъ шариковъ; ядѣра эпителиа клубочка мѣстами очень много, мѣстами замѣтнаго отклоненія отъ нормы цвѣт. Капсульное пространство мало, почти вездѣ пусто, эпителий Вауমানовской капсулы мѣстами размноженъ, сама капсула не утолщена, вокруг нея часто замѣчаются наслоенія (очень, правда, незначительныя) бѣдой ядрами соединительной ткани. Мочевые канальцы мѣстами не представляютъ никакаго отклоненія (не считая обычной зернистости), мѣстами же просвѣтъ ихъ сильно расширенъ съ набухшимъ и жирно-перожденнымъ эпителиемъ; между мочевыми канальцами какъ будто увеличено количество веретеннообразныхъ элементовъ. Стѣнки артерій замѣтныхъ отклоненія отъ нормы не представляютъ.

№ 46. Женщина 25 л. (Маринская больница № 107). Больна давно, около полугода обострение процесса. *Pneumonia et peribronchitis caseosa tuberculosa. Laryngit. tuber.*

Капсула почки снимается легко. Гладкая поверхность бурая. Корка разрыхлена, красноватая.

Микроскопическое исследование.

Клубочки нѣкоторые безкровны, другіе содержатъ кровь въ небольшомъ количествѣ. Въ просвѣтѣ петель часто попадаютъ бѣды кровяныя шарика, а

также и овальные довольно большія, не находящіяся в связи со стѣнкой, петли. Частью стѣнки петель замѣтно утолщены съ служеными просвѣтами; мѣстами попадаются клубочки, гдѣ около входа сосудовъ находится шпорок разтянутый просвѣтъ, набитый красными кровяными шариками; количество ядеръ эпителиа клубочка мѣстами замѣтно увеличено. Капсульное пространство пусто, рѣдко только въ немъ замѣтно зернистое содержимое (разбухающее, но не растворимое въ уксусной кислотѣ), иногда въ видѣ безъядерныхъ кружечковъ. Эпителий Бауমানовской капсулы во многихъ мѣстахъ размноженъ; сама капсула нѣсколько утолщена; вокругъ нея часто встрѣчается скопление круглыхъ элементовъ. Эпителий мочевыхъ трубочекъ мѣстами только зернистъ, мѣстами набухъ, съ жировыми каплями. Сосудъ безъ видимыхъ измѣненій.

№. 47. (Маринская больница. № 17). Мальчикъ 16 л. Боленъ 5 мѣсяцевъ.

Pleuritis dextr. tuberculosa suppurativa. Laryngitis et enteritis tuberculosa. Pneumonia et peribronchitis caseosa tuberculosa.

Капсула почекъ снимается легко, поверхность гладкая, темно-красная. Рисунокъ коркового слоя смазанъ, съ желтоватымъ оттѣнкомъ; граница между нимъ и мозговымъ слоемъ не рѣзка.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Клубочки представляются рыхлыми, содержатъ въ умѣренномъ количествѣ кровь; ядеръ эпителиа ихъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ очень много; стѣнки петель тонки, въ нихъ хорошо замѣтно иногда эндотелиальное ядро. Капсульное пространство мало, въ немъ мѣстами очень много зернистаго содержимаго, а иногда и темныхъ ядеръ съ остатками протоплазмы. Эпителий Бауমানовской капсулы сильно размноженъ, набухъ, иногда отслоился; сама капсула не утолщена; мѣстами вокругъ нея наслоенія многоядерной соединительной ткани, которой много и между мочевыми (прям. и извитыми) каналами. Эпителий мочевыхъ трубочекъ зернистъ, мѣстами набухъ, мѣстами отслоился, реактивъ указываетъ на сильное жировое перерожденіе. Стѣнки сосудовъ безъ измѣненій.

№. 48. (Изъ Морскаго госпиталя). Мужчина 24 лѣтъ. Боленъ давно, за послѣдніе 2 мѣсяца процессъ обострился.

Pneumonia interstitialis caseosa-tuberculosa. Ulcera tuberculosa ilei.

Капсула почекъ снимается съ паренхимой, поверхность темно-красная, на ней втяженія; корковый слой уплотненъ, съ желтоватымъ оттѣнкомъ, граница между нимъ и медулярнымъ не рѣзка.

Микроскопическое изслѣдованіе.

Клубочки представляются компактными, съ большимъ количествомъ ядеръ на нихъ; не всегда можно различить отдѣльныя петли, тамъ же, гдѣ это удается, стѣнка петель замѣтно утолщена; капсульное пространство почти вездѣ пусто,

мало; сама капсула нѣсколько утолщена, эпителий ея мѣстами сильно размноженъ, вокругъ капсулы часто замѣчается небольшое разрастаніе соединительной (многоядерной) ткани; мѣстами попадаются участки болѣе значительнаго разрастанія соединительной ткани, которая окружаетъ и клубочки и каналцы; послѣдніе въ этихъ случаяхъ служены съ атрофированнымъ эпителиемъ; тутъ же попадаются и клубочки, превращенные въ гомогенные шары съ небольшимъ количествомъ ядеръ. Эпителий мочевыхъ трубочекъ въ различныхъ стадіяхъ зернисто-жировой дегенерации. Adventitia болѣе крупныхъ сосудовъ сильно утолщена многоядерной соединительной тканью; intima и media безъ измѣненій.



ПОЛОЖЕНІЯ.

- 1) Наилучшимъ фиксирующимъ (по крайней мѣрѣ для почечной ткани) надо считать двухъ-часовое пребываніе небольшихъ кусочковъ въ насыщенномъ растворѣ сулемы.
- 2) Изъ операций камнеисчѣнія у дѣтей, *sectio alta* должна быть предпочитаема, какъ по легкости техники, такъ и потому, что никогда не ведетъ за собою разстройства въ мочеполовой сферѣ.
- 3) Физическія свойства перевязочныхъ матеріаловъ въ безгнилостномъ теченіи ранъ играютъ если и не главную, то далеко не второстепенную роль.
- 4) Желательно устройство летучихъ отрядовъ, кромѣ глазной, и по другимъ спеціальностямъ.
- 5) Страданіе почекъ при инфекціонныхъ болѣзняхъ зависитъ прежде всего отъ выдѣленія ядовъ, циркулирующихъ въ крови.
- 6) Всѣмъ желѣзнодорожнымъ обществамъ должно быть вменено въ обязанность устройство своихъ собственныхъ больницъ.

CURRICULUM VITAE.

Валентинъ Ивановичъ Плетнеръ, сынъ врача, православнаго епархіальнаго училища, родился въ уѣздномъ городѣ Мосальскѣ (Калужской губерніи) въ 1864 г. Среднее образованіе получилъ въ Московской 2-ой гимназіи, гдѣ въ 1884 году окончилъ курсъ. Въ томъ же году поступилъ въ Московскій Университетъ, который и окончилъ въ 1889 году. Въ 1889—1891 гг. служилъ сверхштатнымъ ассистентомъ въ Дѣтской больницѣ св. Ольги въ Москвѣ. Въ 1891 г. перешелъ на мѣсто сверхштатнаго ассистента при главномъ врачѣ на Московско-Курской желѣзной дорогѣ, въ тоже время принималъ больныхъ въ частной лечебницѣ въ районѣ Московскаго земства. Съ Марта 1893 г. на службѣ не состоитъ.

Въ 1891—93 г. сдалъ экзаменъ на доктора медицины. Имѣеть печатную работу:

«Случай гнойнаго плеврита, осложненный тяжелыми мозговыми припадками». Мед. Обоз. 1891 г.

Настоящую работу «Къ вопросу объ измѣненіи ткани почекъ при туберкулезѣ» представляетъ, какъ диссертацию на степень доктора медицины.

БІБЛІОТЕКА

Харківського Медич. Інст.

№

Шифр