

4992  
-N-28

П

Серія диссертаций, захищавшихся въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1887—1888 академическомъ году.

№ 35.

БИБЛИОТЕКА  
Харьковскаго Медицинскаго Института  
№ 4992  
Шифр \_\_\_\_\_

ПРОВЕРЕНО 1936

# О СИФИЛИСѢ ЛЕГКИХЪ.

Диссертация

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

К. М. Попова.

Цензорами, по постановленію Конференціи, были профессора Н. П. Ивановскій, В. М. Тарновскій и приватъ-доцентъ П. И. Граціанскій.

54245

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Департамента Удѣловъ. Моховая, № 36.

1888.

616.857:011.24  
11-58

Серія дисертацій, захищаних в ІМПЕРАТОРСЬКІЙ Воєнно-Медицинській Академії в 1887—1888 академічному році.

№ 35.

7-НОЯ 2012

БІБЛІОТЕКА  
Харківського Медич. Інституту  
№ 4992  
11-58

83

# О СИФИЛИСЪ ЛЕГКИХЪ.

ПЕРЕВІРЕНО 1936

3857  
64245

3857  
111

Диссертація

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНИ

Н. М. Попова.

Цензорами, по постановленію Конференції, були профессора Н. П. Ивановскій, В. М. Тарновскій и прив.-доц. П. И. Граціанскій.

Ивв. и Учт. БИБЛИОТЕКА  
№ 1-го Харк. Мед. Института

не ручет  
1888

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.  
Типографія Департамента Удѣловъ. Мохова, № 36.  
1888.

1950

Мед. № 1-60

7-109 2012

Докторскую диссертацию лекаря Н. Попова, под заглавием «О сифилисе легких» печатать разрешается съ темъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено конференціи Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ сл. С.-Петербургъ, Апрѣля 2 дня 1888 г.

Ученый Секретарь В. Пашутинъ.

### Историческій очеркъ.

Указанія на заболѣваніе легкихъ при сифилисѣ, на Phtisis syphilitica, встрѣчаются въ сочиненіяхъ авторовъ, начиная уже съ конца XV столѣтія. Эти указанія ограничиваются по преимуществу внѣшней стороной дѣла: авторы говорятъ объ этиологіи легочныхъ заболѣваній, о признакахъ, специфическомъ лѣченіи; что же касается патолого-анатомическихъ и диагностическихъ данныхъ, то ихъ у древнихъ авторовъ почти не имѣется. Поэтому неудивительно, что понятія ихъ о сифилисѣ легкихъ были крайне сбивчивы и неопредѣленны. Paracelsus (1500 г.), Peter Pinctor (1499 г.), Schenk von Gräfenberg (1594 г.), Caesalpinus (1601 г.), Herman Boerhave (1715 г.) и друг. <sup>1)</sup>, перечисляя болѣзни, производимыя сифилисомъ, упоминаютъ между прочимъ и о чахоткѣ легкихъ. Ambroise Paré <sup>2)</sup> о больныхъ сифилисомъ говоритъ: «Autres demeurent asthmatiques et hecticques, avec une fièvre lente, et meurent tabides et desséchés». R. Morton <sup>3)</sup> къ причинамъ, производящимъ чахотку, причисляетъ и lues venerea (phtisis a lue venerea orta), считая легкія чувствительными къ заболѣванію подъ вліяніемъ венерическаго яда.

G. Baglivi <sup>4)</sup> выражается такъ: «Certo constat, phtisin saepissime esse morbum secundarium a variis morbis principalibus vestigi gratia lue venerea». Въ другомъ мѣстѣ онъ слѣдующимъ образомъ характеризуетъ это заболѣваніе легкихъ: «Dolor fixus in medio pec-

<sup>1)</sup> Цит. по Paneritius'у: Ueber Lungen-Syphilis. Berlin. 1881, стр. 8—9.

<sup>2)</sup> Ambroise Paré. Oeuvres complètes, revues et collationnées par Malgaigne. 1840. Т. II, 6-я книга, гл. I. De la grosse vérole.

<sup>3)</sup> R. Morton. Opera medica. Lugduni. 1737. Т. I. Tractatus de phtisi, стр. 27.

<sup>4)</sup> G. Baglivi. Opera omnia medico-practica et anatomica. Venetiis. 1754, стр. 49.

64245

НБ Ж

toris diu perseverans, ac maleste, sine tussi etc. signum est luis gallicae latentis multis ante annis ab aegris susceptae, et hoc signum se solum manifestantis».

J. Astruc<sup>1)</sup> говорит, что больные, у которых функции грудных органов нарушены лие venerea, страдают: «...dyspnoea, asthmate, ortopnoea, haemoptoe seu sanguinis sputo, tussi sicca humida, vomica, phthisi a tuberculis vel ab ulceribus pulmonum». Далее он говорит: «Functiones vitales, quae fiunt operi organorum contentorum in pectore depravari solent in syphilitide variis de causis: a tuberculis vel gummatibus in pulmonum substantia latentibus, sive cruda sint, sive suppurata».

J. Morgagni<sup>2)</sup>, описывая вскрытие одного сифилитика, прибавляет: «certe ad luem illam non raro phthisin tandem se adjungere tum medicinam tum anatonem exercentes non ignorant». У него мы находим указания и на то, каким образом сифилис может производить в гортани и легких такие же разрушения, как он производит в носу, на твердом и мягком небе: «Itaque si ex altioribus, quae dixi, locis delabentur humores, praeditam erodendi vi, subiectum palatum mobile et adiecta huic uvula ab larynge non avertant; nihil prohibet, quin hanc subeat, ipsamque et pulmones tandem erodat, aut vitiet». Тогда больные: «tussi et phthisi obnoxios fieri».

F. Swediauer<sup>3)</sup>, практический врач в Лондонѣ, а потомъ в Парижѣ, наблюдалъ многихъ больныхъ, которые, имѣя ранѣе сифилис и лѣжившись отъ него, потомъ, спустя нѣсколько мѣсяцевъ или даже лѣтъ, начинали худѣть и кашлять; у нихъ появлялась гектическая лихорадка, гнойная мокрота и другіе симптомы легочной чахотки. Это заболѣваніе, по его мнѣнію, есть слѣдствіе скрытаго въ тѣлѣ сифилитическаго яда, который, однако, не обнаруживается никакимъ другимъ симптомомъ, свойственнымъ сифилису. Онъ приводитъ также весьма интересный случай, наблюдавшійся в *Grashilla*. Одному чахоточному, находившемуся на краю могилы, была прописана врачомъ какая-то кашка. По ошибкѣ аптекаря, эта кашка была послана другому больному—сифилитику съ предписаніемъ втирать ее, какъ мазь; чахоточный же получилъ ртутную мазь, часть которой, величиной съ мускатный орѣхъ, онъ долженъ

<sup>1)</sup> J. Astruc. De morbis veneris libri sex. 1736, стр. 296 и 318.

<sup>2)</sup> J. Morgagni. De sedibus et causis morborum. Edit. cur. Radius. Lipsiae. 1827. Т. П. Epistolae XXII, стр. 359 и 376.

<sup>3)</sup> F. Swediauer. Vollständige Abhandlungen über die Zufälle, die Wirkungen, die Natur und die Behandlung der venerischen Krankheiten. Wien. 1798. Т. II, 258—260.

былъ принимать три раза въ день. Последній больной черезъ нѣсколько дней почувствовалъ облегченіе, въ великому изумленію своего врача, а по окончаніи мази, вполне выздоровѣлъ. Swediauer полагаетъ, что причиной чахотки у этого больного былъ сифилис. Затѣмъ онъ упоминаетъ о такихъ же случаяхъ исцѣленія у *Werthofa*, *Lysona* и *Stoll'a*.

Болѣе подробная свѣдѣнія о венерической чахоткѣ, «*Phthisis vénérienne*», сообщаетъ *Ant. Portal*<sup>4)</sup>, который считаетъ ее за особенную и независимую отъ предрасположенія болѣзнь. Онъ удивляется, какимъ образом сифилитическій ядъ, поступивъ въ тѣло, оставляетъ долгое время свободными отъ заболѣнія сифилисомъ легкія, столь богатая и кровеносными, и лимфатическими сосудами. По его словамъ, есть субъекты съ давнимъ сифилисомъ, грудные органы которыхъ долгое время остаются здоровыми; но бываютъ и такіе сифилитики, у которыхъ легкія поражаются сифилисомъ вскорѣ послѣ зараженія. Онъ говоритъ: «Il ne doit pas paraître extraordinaire qu'il (le vice venerien) agisse aussi sur les glandes lymphatiques du poumon et qu'il termine par donner lieu à la phthisis pulmonaire». При вскрытіи людей, страдавшихъ сифилисомъ, онъ встрѣчалъ въ легкихъ въ однихъ случаяхъ различныя железистыя тѣла (узлы), находившіяся въ состояніи нагноенія, въ другихъ — туберкулезныя массы, тоже по большей части въ состояніи нагноенія. Въ одномъ случаѣ въ верхнихъ доляхъ обоихъ легкихъ находилось нѣсколько «нарывовъ», а нижнія доли были очень плотны и тверды, какъ сухая кожа. На основаніи такихъ патолого-анатомическихъ данныхъ можно заключить, что *Portal* имѣлъ дѣло действительно только съ туберкулезными легкими, а не съ сифилитическими. При лѣченіи «венерической чахотки» *Portal* совѣтуетъ какъ можно скорѣе назначать ртутныя втиранія, въ доказательство чего приводитъ нѣсколько случаевъ успѣшнаго лѣченія сифилиса легкихъ у взрослыхъ и дѣтей, даже у такихъ больныхъ, которые, по видимому, были уже близки къ смерти.

*Lemonnier*<sup>5)</sup> (1810 г.) различаетъ уже три рода чахотки, имѣющей ту или другую связь съ сифилисомъ: 1) сифилитическую чахотку, которая имѣетъ причиной только сифилис и лѣчится такъ же, какъ послѣдній; 2) чахотку, происходящую отъ антисифилитическаго лѣченія, и 3) чахотку, развивающуюся одновременно съ сифилисомъ.

<sup>4)</sup> *Ant. Portal*. Observations sur la nature et le traitement de la phthisis pulmonaire. Paris. 1800. Т. I, ра. X, стр. 533 и слѣд.

<sup>5)</sup> Thèse de Paris. 1810 г. Цитир. по *Jacquin*, Thèse de Paris, 1881.

Въ началъ настоящаго столѣтiя основатель аускультации Лаенпес, а вмѣстѣ съ нимъ Baillie и Andral, совершенно отвергли мнѣнiя прежнихъ авторовъ о сифилитической чахоткѣ. Въ своемъ классическомъ трудѣ «Traité de l'auscultation», появившемся впервые въ 1812 году, Лаенпес доказываетъ, что легочная чахотка обуславливается исключительно развитiемъ бугорковъ въ легкихъ. Вслѣдствiе такого ученiя «долгое время, говоритъ Лансегеах<sup>1)</sup>, рубцы легкихъ почти исключительно связывали съ бугорчаткою, и такимъ образомъ могли быть смѣшиваемы остатки разнородныхъ продуктовъ. Нѣкоторые случаи, сообщенные Лаенпесомъ<sup>2)</sup>, Andralemъ<sup>3)</sup> и другими авторами, по видимому, подтверждаютъ такой взглядъ. Дѣйствительно, не смотря на молчанiе относительно сифлиса, хранимое въ большинствѣ этихъ случаевъ, позволительно думать, въ особенности на основанiи совмѣстныхъ измѣненiй печени (набл. XIX и XX Лаенпес'а), что рубцовое измѣненiе легкихъ могло зависеть отъ сифлиса. Частота легочныхъ рубцовъ въ случаяхъ висцеральнаго сифлиса говорить въ пользу этого».

Съ появленiемъ клиническихъ лекцiй М. Ricord'a<sup>4)</sup> снова было обращено вниманiе на заболѣванiя легкихъ при сифлисахъ. Ricord говоритъ: «Одно изъ мѣстъ человѣческаго тѣла, гдѣ гуммы (les gommes syphilitiques) развиваются чаще, чѣмъ думаютъ, есть легочная ткань». И далѣе: «Въ продолженiи нѣсколькихъ лѣтъ мы имѣли довольно значительное число вскрытiй, на основанiи которыхъ мы можемъ сказать, что существуютъ такiя пораженiя легкихъ, которыя необходимо отнести къ сифилитическому туберкулезу. Въ паренхимѣ этого органа сифилитическiй бугорокъ имѣетъ то же теченiе, какъ и во всякой другой части тѣла: та же форма, то же развитiе и то же фатальное окончанiе посредствомъ нагноенiя (par la fonte purulante). При очень развитой формѣ легочныхъ туберкуловъ сифилитическiе больные откашливаютъ гной; у нихъ появляется исхуданiе, слабость, а затѣмъ вскорѣ и смерть». Изъ этого описанiя видно, что Ricord сифилитическiй бугорокъ и гумму считаетъ за одно и то же патологическое образованiе.

Вскорѣ (въ 1851 г.) появилась диссертацiя Lagneau<sup>5)</sup>—сына

<sup>1)</sup> Ученiе о сифлисахъ. Русск. пер. 1877 г., стр. 426.

<sup>2)</sup> Traité de l'auscultation, Paris, 1831, стр. 58.

<sup>3)</sup> Andral. Clinique médicale. Paris. 1834, т. V, стр. 68.

<sup>4)</sup> Gazette des hôpitaux. 1845, т. VII, стр. 710.

<sup>5)</sup> Lagneau. Des maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis. 1851.

о заболѣванiяхъ легкихъ сифилитическаго происхожденiя, въ которой описанъ одинъ случай легочнаго туберкулеза, наблюдавшагося у большого одновременно съ другими явленiями застарѣлаго сифлиса и извѣстнаго втиранiями ртутной мази по назначенiю Lagneau—отца, Marc'a и Andral'я.

Въ томъ же году въ Парижской Медицинской Академiи происходили горячiе споры по поводу представленнаго Deraul'емъ мемуара: «sur une manifestation de la syphilis congenitale, consistant dans une altération spéciale des poumons, qui n'a pas encore été signalée»<sup>1)</sup>. Deraul, начавъ свои изслѣдованiя еще съ 1837 г., нашелъ болѣе чѣмъ въ 20 случаевъ анатомическiя измѣненiя въ легкихъ недоношенныхъ и новорожденныхъ младенцевъ, состоящiя въ ограниченннхъ уплотнѣнiяхъ, которыя по своему желтоватому цвѣту рѣзко отличались отъ окружающей легочной ткани. Въ первыхъ періодахъ развитiя эти уплотнѣнiя мѣста не представляли никакого распада въ центрѣ, но затѣмъ въ болѣе старыхъ онѣ находились, при разрѣзѣ, гноевидное содержимое. Одновременно съ этими измѣненiями въ легкихъ у нихъ были характерна измѣненiя на рукахъ и ногахъ (pemphigus syphiliticus) и абсцессы въ gl. thymus. Обративъ вниманiе на постоянное совпаденiе такихъ поражений легкихъ и кожи у младенцевъ съ заболѣванiями ихъ родителей сифлисомъ (до зачатiя), Deraul призналъ эти пораженiя за сифилитическiя и говорилъ, что разъ они констатированы, слѣдуетъ всегда подозрѣвать сифлисъ у отца или у матери и назначать имъ специфическое лѣченiе.

Mogean и Cazeaux въ своемъ докладѣ о мемуарѣ Deraul'я доказывали, что такiя же измѣненiя можно наблюдать въ легкихъ и у несифилитическихъ дѣтей, а также у стариковъ, вслѣдствiе лобулярной пневмонiи; явленiя на кожѣ и въ gl. thymus они также не признавали за сифилитическiя. Giberti и Roux присоединились къ мнѣнiю докладчиковъ, но Dubois заявлялъ, что для опроверженiя фактовъ и выводовъ Deraul'я необходимо доказать, что такiя же измѣненiя могутъ произойти и отъ другихъ причинъ, кромѣ сифлиса; опроверженiя же, основанныя на однихъ разсужденiяхъ, не имѣютъ значенiя. Изъ дальнѣйшихъ пренiй выяснилось, что никто не видалъ подобныхъ измѣненiй у дѣтей, родившихся отъ родителей, не имѣвшихъ сифлиса; напротивъ, факты и объясненiя ихъ, приведенные въ мемуарѣ Deraul'я, были подтверждены указа-

<sup>1)</sup> Bulletin de l'Académie nationale de médecine, T. XVI, 1850—1851 г. стр. 753, 920, 971, 1000.

ниями на изслѣдованіи другихъ авторовъ, заслуживающихъ полного довѣрія.

Вскорѣ появилась классическая работа Virchow'a <sup>1)</sup> о прирѣдѣ конституціональнаго сифилиса и его проявленіяхъ въ различныхъ органахъ, гдѣ онъ говоритъ слѣдующее: «Я думаю, что должно признавать сифилитическія изъязвленія и рубцовыя суженія въ бронхахъ подобно тому, какъ это бываетъ при сифилисѣ гортани; и какъ изъязвленія гортани распространяются на клетчатую ткань шеи въ видѣ обширныхъ каллезныхъ уплотнѣній, такъ же, я думаю, и сифилитическій бронхитъ можетъ перейти въ хроническую пневмонию. Вотъ почему мнѣ кажется, что существованіе сифилитической пневмонии не должно подлежать ни малѣйшему сомнѣнію». И далѣе: «Какъ я убѣдился, нужно значительно ограничить измѣненія въ легкихъ, приписываемыя настоящему туберкулезу; многіе мозолистые и аспидно-сѣрые рубцы, многія каллезныя уплотнѣнія не суть результаты изъязвленнаго бугорка. И болѣе чѣмъ когда нибудь склоненъ признавать возможность существованія сифилиса легкихъ».

Подробнее свои взгляды и патолого-анатомическія наблюденія относительно сифилиса легкихъ Virchow изложилъ въ «Ученіи объ опухоляхъ» <sup>2)</sup>. Вообще нужно сказать, что послѣ изслѣдованій Virchow'a, давшихъ опору для клиническихъ наблюденій, въ сообщеніяхъ авторовъ замѣчается болѣе ясности и опредѣленности какъ относительно клиническихъ явленій, такъ и патолого-анатомическихъ измѣненій, наблюдавшихся ими при легочномъ сифилисѣ.

Въ клиникѣ Oppolzer'a Pleischl и Klob <sup>3)</sup> наблюдали одного больного, у котораго при жизни въ первое время въ легкихъ не было найдено ничего ненормальнаго; только незадолго до смерти у него появился «катаръ легкихъ». При вскрытіи же верхняя и средняя доли праваго легкаго оказались слегка отечными и коричневатого цвѣта; нижняя доля была темнубурого цвѣта, немного отечна и проходима для воздуха. Въ лѣвой нижней долѣ найдены гумозный узелъ съ куриное яйцо, рѣзко ограниченный, неправильной формы и съ рубцеватыми продолженіями въ паренхимѣ легкихъ; окружающая узелъ легочная ткань была умѣренно наполнена кровью

<sup>1)</sup> Virchow's Archiv, т. XV, стр. 322 и слѣд. «La syphilis constitutionnelle» par R. Virchow. trad. par Picard. Paris. 1860. Стр. 154, 157. Набл. II IV, V, VII и X.

<sup>2)</sup> Virchow. Die krankhaften Geschwülste. 1864—1865. Т. II, лекція 20-я. То же въ русск. пер. 1868 г.

<sup>3)</sup> Pleischl и Klob. Beiträge zur Pathologie der konstitutionellen Syphilis. (Wiener med. Wochenschr. 1860, стр. 113, 129 и 147).

и изъ нея выжималась мелкопѣнистая отечная жидкость. Легочныя артеріи и вены не измѣнены. Кромѣ того были найдены гумозные узлы въ печени и яичкахъ и сифилитическіе рубцы въ зѣвѣ и на половыхъ органахъ.

Vazin <sup>1)</sup> рассказываетъ объ одной больной, заразившейся сифилисомъ отъ мужа скорѣе по выходѣ замужъ. На 4-омъ мѣсяцѣ беременности она стала худѣть, а затѣмъ явилась значительная слабость. На 5-мъ мѣсяцѣ—выкидышъ, за которымъ скорѣе показалась сильная высьпь дуглезаннаго сифилида по всему тѣлу и серпигинозные язвы. Черезъ 3 мѣсяца послѣ выкидыша внезапно появились припадки гемиплегии. Съ исчезновеніемъ накожныхъ язвенныхъ подъ вліяніемъ специфическаго лѣченія, показались измѣненія въ гортани, именно изъязвленіе голосовыхъ связокъ и почти въ то же самое время серьезное симптомы легочной чахотки. При выслушиваніи Vazin могъ убѣдиться въ существованіи многочисленныхъ полостей въ легкихъ, а скорѣе присоединилось заболѣваніе печени и «альбуминозный нефритъ». Cruveilhier на консультаціи высказался за туберкулезъ легкихъ, но Vazin не согласился съ нимъ, признавая въ этомъ случаѣ сифилитическое заболѣваніе легочной ткани, почему и назначилъ специфическое лѣченіе. Черезъ нѣсколько времени больная выздоровѣла. Этотъ случай интересенъ въ томъ отношеніи, что явленія висцеральнаго сифилиса наступили очень рано, почти одновременно съ первыми накожными высыпаниями. Описывая мокроту при сифилисѣ легкихъ, Vazin говоритъ, что микроскопъ, можетъ быть, откроетъ въ ней «les cytoblastions et les globules polyédriques», которыя, по его мнѣнію, считаются отличительными признаками гумозныхъ опухолей.

Ljunggren <sup>2)</sup> описываетъ два случая сифилиса легкихъ. I) Дѣвочка, имѣя на 4-мъ мѣсяцѣ отъ рожденія плоскія кондиломы въ зѣвѣ и заднемъ проходѣ и сифилитическую exanthema, на 6-мъ мѣсяцѣ заболѣла насморкомъ, лихорадкой, кашлемъ, при общей бѣдности и худобѣ. Послѣ шести-недѣльнаго лѣченія грустью она была, повидимому, совершенно здорова. Но черезъ мѣсяць повторились тѣ же явленія и, кромѣ того, была замѣчена staphylooma anticum. Въ это же время появилось распріеніе (Ausdehnung) обоихъ легкихъ, рѣзче выраженное справа, съ упорными, постоянно усиливав-

<sup>1)</sup> E. Vazin. Leçons théoriques et cliniques sur la syphilis et les syphilides. 2-е изд. 1866, стр. 97—108.

<sup>2)</sup> Ljunggren. Klinische Beobachtungen über Visceralsyphilis (Archiv für Dermatologie u. Syphilis 1870, 2 Jahrg., стр. 547—554)

шимся кашлемъ. Затѣмъ развилась нахексія въ высокой степени, силы быстро падали, и больная умерла въ возрастѣ 2 лѣтъ. При вскрытіи найдено: лѣвое легкое повсюду приращено къ грудной клеткѣ, оно жестко и твердо, и на разрѣзѣ представляетъ много казеозныхъ массъ разной величины, неправильной формы, отличающихся плотностію и сухостію. Легочная ткань между этими массами блѣднѣе сѣраго цвѣта. Доли праваго легкаго срращены какъ между собою, такъ и съ грудной клеткой; въ верхней долѣ находилось нѣсколько твердыхъ, рѣзко ограниченныхъ узловъ. II) Большой, 35 лѣтъ, имѣя вполнѣ здоровыхъ родителей, 12 лѣтъ тому назадъ лѣчился отъ твердого шанкра, за которымъ слѣдовали гонорея и слизистая папула. За 2 года до послѣдняго времени, при общей слабости и худобѣ, появилось затрудненіе при глотаніи, небольшой отрывистый кашель и одышка при подниманіи на лѣстницы; всѣ эти явленія протекали безъ лихорадки. Status praesens. Надъ правой лопаткой перкурторный звукъ притупленъ и дребезжащъ, а при выслушиваніи амфорическое дыханіе. Лѣвое легкое нормально. Мокрота густая, гнойная, воюющая, иногда съ кровью. При всемъ этомъ незначительное лихорадочное состояніе. Лѣченіе прогрессивно увеличивающимися дозами йодистаго калия и одновременно маленькими дозами сублимата имѣло замѣчательный успѣхъ: больной черезъ нѣсколько мѣсяцевъ былъ совершенно здоровъ. Ljunggrén считаетъ оба эти случая за сифилисъ легкаго, причѣмъ во второмъ случаѣ, по его мнѣнію, въ результатѣ распавшей гумозной опухоли, получился каверна: «слѣдовательно, говоритъ онъ, этотъ большой страдалъ сифилитической чахоткой».

Случай Hertz'a <sup>1)</sup> во многомъ похожъ на вышеприведенный Bazin'a: заболѣваніе легкихъ здѣсь наступило также очень рано послѣ зараженія сифилисомъ, по прошествіи всего нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Больная, 34 лѣтъ, вскорѣ по печеночевціи подъ вліяніемъ лѣченія наклонныхъ высипей, начала лихорадить, причѣмъ у нея появилась безпокойный сухой кашель. Почти черезъ два года — мозговые явленія съ правосторонней гемиплегіей. Status praesens: больная слабого тѣлосложенія, худая и блѣдная. Въ лѣвой надлопаточной ямкѣ тимпаническій звукъ, который къ углу лопатки дѣлается весьма притупленнымъ; такое же притупленіе получается и въ fossa axillaris sin. При выслушиваніи спереди и слѣва частью ус-

<sup>1)</sup> Hertz. Ein Fall von Aneurysma und Pneumonia syphilitica. (Virchow's Arch. т. 57. 1873, стр. 421. Deutsche Zeitschrift für pract. Med. 1874, стр. 41).

ленное везикулярное дыханіе, частью неопредѣленное, съ мелко—и крупно-пузырчатыми хрипами, а иногда и съ звучными. Сзади у лѣваго угла лопатки слабое бронхиальное дыханіе и звучные хрипы. Бронхофонія и грудное дрожаніе на лѣвой половинѣ груди усилено. Въ правомъ легкомъ сзади, соответственно нижней части нижней доли—созвучные мелко-пузырчатые хрипы. Исслѣдованіе сердца и большихъ сосудовъ указываетъ на существованіе аневризмы дуги аорты. Больная умерла. При вскрытіи нижняя доля лѣваго легкаго оказалась почти безвоздушной, очень плотной и тяжелой; она была пронизана многочисленными гумозными узелками. Такіе же узелки найдены и въ нижней долѣ праваго легкаго и на прилежащей къ ней плеврѣ. Въ нижней части верхней доли лѣваго легкаго каверна, образовавшаяся въ результатѣ распадена группировавшихся въ одномъ мѣстѣ упомянутыхъ узловъ. Эти гумозные узелки находились среди легочной ткани, подверженной хроническому индуративному процессу (хроническая индуративная бронхо—или плевронеймонія). Далѣе найдены: аневризма дуги аорты и интерстиціальныя процессы въ печени. Hertzъ всѣ эти измѣненія (въ легкихъ, аортѣ и печени) считаетъ чисто сифилитическими; онъ признаетъ существованіе сифилитической чахотки, являющейся въ результатѣ распадена казеозно-перодившихся сифилитическихъ продуктовъ.

Grandidier <sup>1)</sup> въ Nenndorf'ѣ наблюдалъ 30 случаевъ, въ которыхъ онъ на основаніи только однихъ прижитвенныхъ явленій, анамнеза и результатовъ лѣченія могъ съ большою вѣроятностію поставить діагнозъ сифилиса легкихъ. Онъ не приводитъ описанія каждаго случая отдѣльно, а сообщаетъ только выводы изъ своихъ наблюденій. Всѣ его пациенты имѣли пріобрѣтенный сифилисъ. Заболѣваніе легкихъ появлялось у нихъ послѣ 2-ухъ—16-ти лѣтняго промежутка со дня зараженія; въ теченіи этого промежуточного періода у больныхъ наблюдались сифиды на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ, экзостозы костей и симптомы висцеральнаго сифилиса (въ печени и мозгу). Функциональные симптомы со стороны груди были слѣдующіе: короткое дыханіе, болѣе или менѣе значительная одышка, боли въ правой половинѣ груди при глубокомъ вдыханіи и при перкусіи, сухой кашель, иногда обильная, смѣшанная съ кровью, мокрота. Лихорадки не наблюдалось ни у одного больного. При физическомъ исслѣдованіи прежде всего обращало на себя вниманіе неоп-

<sup>1)</sup> Grandidier. Ueber Lungensyphilis und ihre Heilbarkeit durch die Schwefelquellen zu Nenndorf. (Berlin. klinische Woch. 1875. № 15, стр. 195).

бычное притупление перкуторного звука въ правой межлопаточной области, до середины основанія правой лопатки; рѣже всего притупление выражалось въ мѣстѣ, соответствующемъ hilus pulmonum; верхушки и основанія легкихъ бывали всегда свободны. Одновременно наблюдалось притупление спереди въ 2 и 3 межреберьяхъ правой стороны около грудной кости. Лѣвое легкое поражалось рѣдко. При выслушиваніи на мѣстахъ притупленія замѣчалось или отсутствіе дыхательныхъ шумовъ, или бронхіальное дыханіе. На основаніи этихъ данныхъ Grandidier выводитъ заключеніе, что ограниченное уплотнѣніе средней доли (des mittleren Lappen) праваго легкаго служитъ особенно характернымъ указаніемъ на сифилитическое заболѣваніе легкихъ и есть важный діагностическій признакъ для отличія этого заболѣванія отъ бурковой инфильтраціи или казеозной инеюмии. Уплотнѣніе правой средней доли было найдено въ 27 случаяхъ изъ 30; въ 2 случаяхъ была поражена правая верхушка и только въ одномъ—лѣвое легкое. У нѣкоторыхъ больныхъ онъ находилъ инфильтрацію легкихъ съ признаками позостей, на основаніи чего заключалъ о «Erweichungs und Zerfallprocess mit Cavitenbildung». Всѣ больные лѣчились въ Nenndorfъ сѣрыми водами въ видѣ питья, ваннъ и ингаляцій; кромѣ того, имъ назначались втиранія ртутной мази и іодистый калий. Большая часть больныхъ выздоровѣла, остальные получили значительное облегченіе.

Не смотря на такой богатый матеріалъ, Grandidier, какъ сказано выше, не описалъ подробно ни одного случая. На основаніи же одного общаго описанія всѣхъ 30 случаевъ, при полномъ отсутствіи патолого-анатомическихъ данныхъ, трудно согласиться съ тѣмъ, чтобы всѣ они представляли чистую форму сифилиса легкихъ и что между ними не было обыкновенныхъ чахоточныхъ больныхъ. Затѣмъ онъ вездѣ говоритъ о средней долѣ праваго легкаго, между тѣмъ какъ указанное имъ мѣсто притупленія не соответствуетъ положенію этой доли, а указываетъ только на заболѣваніе средней части легкаго (Lungenmitte).

Въ весьма интересныхъ лекціяхъ о «сифилитической чахоткѣ» Fournier<sup>1)</sup> признаетъ двоякое вліяніе сифилиса на легкія: 1) прямое, когда онъ производитъ мѣстные пораженія, которыя никакая другая причина не могла бы произвести; и 2) косвенное, когда слѣдствіемъ его бываетъ разстройство питанія, тубер-

<sup>1)</sup> Fournier. De la phthisis syphilitique. Leçons recueillies et rédigées par le Dr. Schwartz. (Gazette hebdom. de méd. et de chir. 1875. **XX** 48, 49 и 51).

кулезъ или обыкновенная чахотка. Но сифилисъ, по его словамъ, можетъ вызвать и такую чахотку, которая зависитъ исключительно отъ сифилитическаго яда. О частотѣ послѣдней онъ выражается такъ: «Je la crois rare, en effet. J'ajoute cependant: peut être et même certainement, elle est moins rare qu'elle ne le paraît». Fournier обращаетъ вниманіе на несоотвѣтствіе мѣстныхъ пораженій съ общими хорошими состояніемъ больныхъ, въ доказательство чего приводитъ краткую исторію болѣзни одного 33-лѣтнаго больного, который до поступленія въ госпиталь долго лѣчился отъ чахотки, но безъ всякаго успѣха. При изслѣдованіи были найдены всѣ признаки чахотки, и не смотря на это, мышечная система больного сохранилась хорошо и пищевареніе было нормально, что и обратило на себя вниманіе лѣчившаго его проф. Gubler'a. Послѣдній, узнавъ о прежде бывшемъ сифилисѣ, заключилъ о существованіи въ данномъ случаѣ сифилитической чахотки. Подъ вліяніемъ специфическаго лѣченія мѣстные симптомы исчезли съ удивительной быстротой. Мѣсяцъ спустя большой оставилъ госпиталь совершенно здоровымъ!

Нѣсколько позже Fournier<sup>2)</sup> описалъ одинъ интересный случай «сифилитической чахотки», принятый имъ сначала за обыкновенную чахотку. Больная явилась въ госпиталь Lougine съ глубокими сифилитическими язвами на пальцахъ одной ноги (phagédénisme tertiaire syphilitique). Больная имѣла кахектическій видъ. Жестокій кашель мучилъ ее въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ; она откашлявала обильную гноибную зеленую мокроту, жаловалась на лохорадку, проливные ночные поты, отсутствіе аппетита и т. д. При изслѣдованіи найдено рѣзко выраженное притупленіе на верхней части лѣвой половины груди спереди и сзади, дыханіе здѣсь было жесткое, усиленное и кавернозное (амфорическое) съ крупнопузурчатыми хрипами. Все это, по видимому, говорило въ пользу обыкновенной чахотки. Ртутныя втиранія и іодистый калий, назначенные съ цѣлью дѣйствовать на сифилитическій язвенный процесс на ногѣ, имѣли не только послѣдній, но благотворно подѣйствовали и на заболѣвшее легкое. Послѣ 40-дневнаго специфическаго лѣченія физическіе признаки легочныхъ кавернъ постепенно стали терять свою характерность: притупленіе на лѣвой верхушкѣ уменьшалось со дня на день какъ по величинѣ занимаемаго имъ мѣста, такъ и по качеству самого звука; то же самое было

<sup>2)</sup> Fournier. Phagédénisme tertiaire du pied. Phthisis syphilitique simulant la phthisis commune. Traitement spécifique, guérison. (L'union médicale. 1878. 2-е полугодіе, стр. 829 и 850).



замѣчено и относительно амфорического дыханія. Передъ выпиской изъ госпиталя физическіе признаки со стороны груди ограничивались несколькими трескучими и субкрепитирующими хрипами, а сама больная стала «une femme grasse et grosse, absolument bien portante ayant repris toutes ses forces, toute sa santé première». Образование кавернъ въ данномъ случаѣ Fournier объясняетъ распаденіемъ гумозныхъ узловъ, а постепенное ихъ исчезновение—рубцеваніемъ.

Rollet <sup>1)</sup> говоритъ: «нигдѣ язамезъ, хронологія специфическихъ проявленій болѣзни, теченіе, послѣдовательныя и одновременныя съ нею заболѣванія и результаты лѣченія—не имѣютъ болѣе рѣшающаго значенія для распознаванія, какъ при сифилисѣ легкихъ.» Онъ не думаетъ, подобно Grandidier, чтобы на основаніи однихъ только физическихъ симптомовъ можно было поставить діагнозъ сифилиса легкихъ, а потому считаетъ его заключеніе еще недоказаннымъ. Однако питактность верхушекъ, болѣе частое заболѣваніе среднихъ частей легкихъ и эллипсоидная форма притупленія—все это, по его мнѣнію, имѣетъ большое значеніе для дифференціального діагноза. Къ признакамъ, характеризующимъ сифилисъ легкихъ, онъ относитъ: одышку, часто переходящую въ orthopное, а въ тяжелыхъ случаяхъ и въ настоящій астматическій припадокъ; дабѣ: чувство давленія и тяжести въ груди, колющіе боли при глубокихъ вдохахъ и при перкуссіи, отсутствіе лихорадки, являющейся только при осложненіяхъ, ограниченное притупленіе неправильной формы болѣею частью въ среднихъ и боковыхъ частяхъ грудной кѣтки и между лопатками. Сопротивленіе на мѣстахъ притупленія увеличено, голосовое дрожаніе чаще отсутствовуетъ или оно ослаблено, рѣдко усилено. При выслушаніи: отсутствіе или ослабленіе дыхательныхъ шумовъ, иногда бронхиальное дыханіе и хрипы; въ позднихъ стадіяхъ болѣзни, вслѣдствіе жирового перерожденія и распада гумозныхъ узловъ могутъ образоваться въ легкихъ язвенные процессы и каверны; тогда физическіе и функциональные симптомы сифилиса легкихъ ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ же при хронической казеозной пневмоніи, туберкулезѣ и ракѣ легкихъ. Для діагноза громадное значеніе имѣетъ сифилитическое заболѣваніе другихъ органовъ, отсутствіе habitus phthisicus и прежде бывшихъ заболѣваній грудныхъ органовъ.

Thiry <sup>2)</sup> наблюдалъ одного больного, у котораго послѣ пер-

вичныхъ явленій сифилиса мало по малу, въ теченіи 10 лѣтъ, развивалась хлоро-анемія при общемъ исхуданіи и упадкѣ силъ. При этомъ онъ страдалъ по ночамъ болями въ конечностяхъ, на тѣлѣ была высыпь lichen syphiliticum, въ обоихъ легкихъ рѣзко выраженный orchitis syphilitica. Большой кашлялъ, жаловался на одышку, являющуюся при всякомъ мышечномъ напряженіи и при ходьбѣ. При перкуссіи груди ничего ненормальнаго не найдено; при выслушаніи же правой верхушки на ограниченномъ мѣстѣ везикулярное дыханіе было менѣе ясно и полно (complet) въ сравненіи съ тѣмъ же мѣстомъ лѣвой стороны. Не смотря на такое ничтожное измѣненіе дыхательнаго шума, Thiry приходитъ всетаки къ тому заключенію, что здѣсь «несомнѣнно было специфическое пораженіе легочной ткани, весьма похожее по своимъ проявленіямъ на начинающийся туберкулезъ». Высказывая такое заключеніе, онъ подробно говоритъ о дифференціальной діагностикѣ туберкулеза и сифилиса легкихъ и специфическомъ лѣченіи, благодаря которому больной значительно поправился.

Какъ прирѣчь быстро протекавшей хронической сифилитической пневмоніи съ незначительными прижизненными явленіями, можетъ служить XLIV наблюденіе Lancereaux <sup>3)</sup>. Больная, 45 лѣтъ, у которой на тѣлѣ были слѣды сифилитической эцимы и рупія, черезъ 13 лѣтъ послѣ зараженія сифиломъ замѣтила въ первый разъ кровь въ мокротѣ. Затѣмъ быстро стала развиваться одышка, которая въ теченіе одного мѣсяца до того усилилась, что больная могла дышать только сидя. «Верхушки легкихъ расширились и спались съ силою». На 4 день по поступленіи въ госпиталь больная умерла. При вскрытіи бронхиальныя развѣтвленія нижнихъ долей сзади озаменены окруженными уплотнѣлой массой сѣро-синевагого цвѣта, похожей на зеленноватый мраморъ. Эта масса замѣстила легочную паренхиму, лежащую между бронхами. Нигдѣ нѣтъ слѣда бугорковъ. Бронхиальныя вѣточки п. vagi съ обѣихъ сторонъ были погружены въ затвердѣлую ткань. Lancereaux сообщаетъ далѣе второй случай хронической сифилитической пневмоніи съ гуммами въ легкихъ, гдѣ діагнозъ, подтвержденный вскрытіемъ, былъ поставленъ на основаніи локализціи болѣзненнаго процесса въ средней и нижней части

tie supérieure et antérieure du poulmon droit. Diagnostic différentiel de la tuberculose et de la syphilis. (La presse médicale Belge. 1876, стр. 401, № 51).

<sup>3)</sup> Lancereaux. Ученіе о сифилисѣ. Русск. пер. 1877, стр. 431 и 434.

<sup>1)</sup> Rollet. Ueber Lungensyphilis. (Wiener med. Presse. 1875. № 47).

<sup>2)</sup> Thiry. Syphilis constitutionnelle remontant à dix années. Chloro-anémie. Orchite syphilitique double. Engorgement dur et chronique à la par-

лѣваго легкаго, при полной цѣлости его верхушки и всего другаго легкаго, и на основаніи одновременнаго существованія другихъ очевидныхъ сифилитическихъ явленій. Кромѣ этихъ двухъ случаевъ, окончившихся смертію, онъ упоминаетъ о двухъ другихъ, гдѣ, благодаря специфическому лѣченію, было достигнуто болѣе или менѣе полное выздоровленіе. Хотя онъ ни въ одномъ изъ приведенныхъ случаевъ не производилъ микроскопическаго изслѣдованія мокроты, однако считаетъ весьма возможнымъ, что микроскопическое изслѣдованіе ея въ такихъ случаяхъ покажетъ что нибудь особенное, имѣющее специфическое значеніе.

Ruehle <sup>1)</sup> говоритъ: «Что сифилисъ гортани и легкихъ можетъ протекать подъ видомъ хохотки—не подлежитъ сомнѣнію. Инфильтраты въ верхушкахъ легкихъ могутъ быть сифилитическаго происхожденія, и такое пораженіе можетъ, вслѣдствіе изнурительной лихорадки, содѣйствовать смертельному исходу или, по меньшей мѣрѣ, вызвать значительное исхуданіе. Въ такихъ случаяхъ изслѣдованіемъ зѣва и гортани скорѣе всего обнаруживается присутствіе сифилиса, и направленное противъ него лѣченіе гутью, быть можетъ, въ состояніи излѣчить мнимую хохотку.» Ему привелось наблюдать двухъ больныхъ. У одной больной, 35-ти лѣтней женщины, были сифилитическія язвы въ гортани и обширная инфильтрація верхней доли праваго легкаго. «Я назначилъ, говоритъ онъ, этой женщинѣ втираніе, не смотря на то, что она, казалось, дождала послѣднія минуты, и не только гортань зажила толстыми лучистыми рубцами, но и инфильтратъ уменьшился, лихорадка исчезла, питаніе улучшилось». Другая больная, 13-ти лѣтняя дѣвушка, представляла тѣ же явленія сифилиса гортани и легкихъ, которыя удалось излѣчить помощью йодистаго калия.

Chvostek <sup>2)</sup> у одного сифилитика, спустя 20 лѣтъ послѣ зараженія, наблюдалъ интестинальную сифилитическую пневмонію одновременно съ сифилисомъ печени, кожи, костей и почекъ. Изслѣдованіе груди показало: соответственно верхушкамъ легкихъ свяди умеренное притупленіе, слышавшееся по мѣстамъ яснымъ легочнымъ звукомъ; при выслушиваніи подъ ключицами—неопредѣленное дыханіе и обильные мелкіе звучные хрипы; то же и въ нижнихъ

<sup>1)</sup> Ruehle. Lungenschwindsucht, v. Ziemssen's Handbuch der spec. Path. u. Ther. Bd. 5, II, стр. 68. Тоже въ русск. пер., 1876, т. V, стр. 449 и 450.

<sup>2)</sup> Chvostek. Ein Fall von Syphilis der Nebennieren, des Pancreas, der Leber, der Lungen und Haut. (Wiener med. Wochenschr. 1877. № 33, стр. 789).

частяхъ. Мокрота въ небольшомъ количествѣ, тягучая, слизистая и гнойная. Больной вскорѣ умеръ. При вскрытіи верхняя доля лѣваго легкаго оказалась приращенной къ грудной стѣнѣ и представляла разращеніе интестинальной соединительной ткани, «начавшееся съ поверхности;» среди уплотнѣлой ткани находилась одна большая бронхоэктатическая каверна и нѣсколько маленькихъ. Правая верхняя доля имѣла дольчатый видъ, вслѣдствіе того же самаго интестинальнаго процесса. Въ обѣихъ верхнихъ доляхъ и по краю средней доли праваго легкаго находились отдѣльные плотные и омѣвшіе узелки величиной съ просное зерно. Были ли это гуммозные узелки или какіе другіе, Chvostek не говоритъ, хотя процессъ въ легкихъ считаетъ за сифилитическій.

Проф. Захарьинъ <sup>1)</sup> въ 1877 году въ Московскомъ Физико-Медицинскомъ обществѣ сдѣлалъ сообщеніе о двухъ наблюдавшихся имъ случаяхъ «чистой, неосложненной сифилитической пневмоніи». Первый случай относится къ больному 30 лѣтъ, съ хорошо развитой грудью, изъ здоровой семьи, гдѣ никто не страдалъ хохоткой; онъ уже 6—7 лѣтъ страдаетъ припадками бесспорнаго сифилиса. Status praesens: замѣтное похуданіе, отсутствіе лихорадки, плохой сонъ, ничтожный кашель, одинъ или два плевека мокроты, утромъ замѣтная одышка, чувство стѣсненія и боли въ груди; надъ и подъ ключицами замѣтное впаденіе грудной стѣны; на этихъ же мѣстахъ звукъ глуше (особенно на правой сторонѣ), чѣмъ на лежащихъ ниже втораго межреберья, fremitus ослабленъ, а при выслушиваніи неопредѣленный дыхательный шумъ. Какъ здѣсь, такъ и на остальныхъ мѣстахъ груди кое-гдѣ слышатся хрипы, свистящіе и влажные, среднезвучащие, невоиніе. Кромѣ того найдены явленія сифилитическаго періостита in tibia et ulnis. Проф. Захарьинъ діагносцировалъ въ этомъ случаѣ сифилитическое пораженіе легкихъ и, назначивъ больному ртуть и йодистый калий, достигъ полнаго излѣченія. Второй случай есть почти буквальное повтореніе предыдущаго.

На основаніи этихъ двухъ случаевъ проф. Захарьинъ указываетъ на слѣдующіе признаки, дающіе возможность отличить чистую неосложненную сифилитическую пневмонію отъ обыкновенной легочной хохотки какъ у несифилитиковъ, такъ и у сифилитиковъ:

- 1) Характеристическія анамнестическія данныя.
- 2) Крѣпкое сложеніе больныхъ.

<sup>1)</sup> Г. А. Захарьинъ и К. М. Павлиновъ. Распознаваніе лѣченіе сифилиса легкихъ. М. 1878. „Медич. обозрѣніе“ 1877, апрѣль.

3) Объективные признаки уплотнения легкого: глухой звук, ослабленный fremitus, изменение нормального дыхательного шума. Большое обозначение над—и подключичных впадин. Одышка, чувство стеснения и боли в груди.

4) Отсутствие кровохарканья, кашля, мокроты, хриповъ.

5) Отсутствие лихорадочного состояния.

6) Ръшительное дѣйствіе ртутного и іодистаго лѣченія.

Кромѣ приведенныхъ двухъ случаевъ, въ клиникѣ проф. Захарьяна наблюдаеся еще одинъ случай сифилитической пневмоніи. Больной, черезъ 6 лѣтъ послѣ зараженія (въ теченіи этого времени онъ имѣлъ: ulcera penis, papulae, condylomata circa anum и серпигинозныя язвы по тѣлу), поступилъ въ клинику съ жалобами на одышку, даже при небольшихъ движеніяхъ, и небольшой рѣдкой кашель, являвшійся только ночью и утромъ, боль въ горлѣ и полную афонію. Мокрота слизистая, съ небольшимъ количествомъ гноя и крови. Надъ правой ключицей и подъ ней до 3-го ребра—глухой звукъ; такой же звукъ въ подреберной впадинѣ, а также между лопаткой и позвоночникомъ (вверху). Сѣвва надъ и подъ ключицей звукъ слегка глуховатъ. Въ области груднаго звука: справа—близкій къ бронхиальному дыхательный шумъ, обильные свистящіе хрипы, а при кашлѣ иногда слышны и звонкіе влажные хрипы; сѣвва продолженный выдохъ и свистящіе хрипы. Кромѣ того—сифилитическія измѣненія въ гортани. Температура была повышена. Проф. Захарьянъ на лекціи высказалъ мнѣніе, что тутъ нѣтъ ни чистой сифилитической пневмоніи, ни чистой хронической, а можетъ быть совмѣстное пораженіе легкихъ обоими процессами. Это заключеніе подтвердилось при вскрытіи: въ лѣвомъ легкомъ, а частью и въ правомъ, найдены узловатыя перибронхіальныя инфильтраціи, разрашеніе интерстиціальной ткани и узлы большей или меньшей величины. А. Б. Фохтъ, производившій вскрытіе, считалъ эти измѣненія за сифилитическія пораженія, привнзая форму частію разлитыхъ разрашеній интерстиціальной соединительной ткани и перибронхіальныхъ уплотненій, частію ограниченныхъ узловатыхъ новообразованій (surphomat Wagner'a). Кромѣ этихъ измѣненій Фохтъ нашелъ явленія хронической паренхиматозной (катарральной) пневмоніи въ верхней и средней доль праваго легкаго.

Почти одновременно въ Моск. Мед. Общ. появилось сообщеніе д-ра В. Контрима <sup>1)</sup> объ одномъ случаѣ хронической шей-

<sup>1)</sup> Протоколъ Моск. Мед. общ. за 1877 г., № 4.

моніи у сифилитика, быстро уступившей ртутиальному лѣченію. Большой—купецъ, 37 лѣтъ, на 22-мъ году имѣлъ твердый шанкръ, послѣ котораго въ теченіи 15 лѣтъ постоянно слѣдовали съ различными промежутками все новыя и новыя проявленія общаго зараженія. Явившись на консулгцію въ лѣчебницу Моск. Мед. Общ., онъ жаловался на слабость голоса, боль и шекотаніе въ гортани, небольшой кашель и ничтожное количество мокроты. По вечерамъ бывала незначительная лихорадка, а ночью большой потѣлъ. При изслѣдованіи найдено пораженіе правой верхушки: тупой звукъ надъ и подъ ключицей до 2-го ребра, а сади до половины лопатки, неопредѣленное дыханіе и ничтожное количество влажныхъ хриповъ. Кашель небольшой, мокрота—слизистая. Въ гортани—перихондритъ чернавозидныхъ хрящей. Кромѣ того hemiparesis правыхъ конечностей безъ пораженія лица. Послѣ лѣченія іодистымъ калиемъ и ртутными втираніями (24) все грудныя явленія исчезли.

Robinson <sup>1)</sup> различаетъ три формы сифилиса легкихъ: 1) гумозную, 2) разлитое заболѣваніе легочной ткани, распространяющееся отъ основанія сади и спереди—вверху и 3) заболѣваніе однихъ верхушекъ. Вторая изъ этихъ формъ мало отличается отъ обыкновенной хронической пневмоніи; она встрѣчается рѣдко и характеризуется тѣмъ, что, не смотря на большое распространеніе болѣзненнаго процесса въ легкихъ, общія явленія со стороны организма выражены мало: лихорадка незначительна, одышка наступаетъ только при физическихъ напряженіяхъ, мокрота отсутствуетъ. Третья, чаще встрѣчающаяся форма, весьма похожа въ клиническомъ отношеніи на хроническій туберкулезъ, но отличается отъ него тѣмъ, что грудь бываетъ хорошо развита, а общее питаніе удовлетворительно; лихорадка—запа, кашель, поносы и ночные поты отсутствуютъ; притупленіе верхушекъ мало выражено. При этой формѣ чаще заболѣваютъ обѣ верхушки и притомъ одновременно. Явленія созвучія здѣсь хотя и наблюдаются, но могутъ и отсутствовать. Нудель не такъ усоренъ, какъ при обыкновенной чахоткѣ. Больные блѣдны, но чувствуютъ себя хорошо. Прогнозъ благопріятенъ.

У Thompson'a <sup>2)</sup> мы находимъ описаніе 12 случаевъ сифилитической чахотки, которые онъ наблюдалъ у двухъ мужчинъ и 10 женщинъ въ возрастѣ отъ 22 до 46 лѣтъ. Больныя, по автору,

<sup>1)</sup> F. Robinson. Notes on syphilitic phthisis. The Lancet. 1877. 1, № 18. (Vierteljahrscr. f. Derm. u. Syph. 1878, стр. 142).

<sup>2)</sup> R. Thompson. On syphilitic phthisis. The Lancet. 1878. 13 апр. (Vierteljahrscr. für Dermat. u. Syphilis. 1878, стр. 482).

характеризуется одышкой, умѣренной или обильной мокротой, смотря по тому, есть ли бронхитъ или нѣтъ; haemoptysis—явление обыкновенное, но оно большею частью бывает скудно. Истощение пропорционально не легочному заболѣванію, а общей кахексін. Диагноз онъ ставилъ на основаніи анамнеза и болѣзненныхъ явленій на кождѣ и слизистыхъ, сопровождающихъ легочное страданіе, далее—на присутствіи припулостей соответственно верхушкамъ легкихъ и бронхіальнаго или шероховатаго выдыханія. Въ 11 случаяхъ были поражены обѣ верхушки и только въ одномъ—одна правая верхушка. Специфическое лѣченіе, по словамъ автора, ведетъ обыкновенно къ выздоровленію, какъ это и было во всѣхъ его 12-ти случаяхъ.

Mac Swiney <sup>1)</sup> сообщаетъ исторію болѣзни одного пациента, у котораго при жизни былъ поставленъ диагнозъ сифилиса легкихъ, съ образованіемъ язвенныхъ полостей. Большой жаловался на сильный кашель и боль въ груди. Кровохарканія не наблюдалось. Въ лѣвомъ легкомъ былъ опредѣленъ инфильтратъ съ подострыми явленіями. При употребленіи ртути наступило быстрое улучшеніе, но черезъ 6 недѣль большой умеръ. вскрытіе не было произведено.

Colomiatti <sup>2)</sup> утверждаетъ, вопреки мнѣнію другихъ наблюдателей, что сифилитическую пневмонію нельзя отличить отъ обыкновенной, потому что она никогда не бываетъ исключительно интерстиціальной, но часто, даже предпочтительно, катарральной. Онъ говоритъ, что вскажъ разъ, когда въ сифилитическихъ продуктахъ находятъ бугорки, большой былъ подверженъ обильнѣ инфекціямъ; и сифилису, и туберкулезу. Впрочемъ, по его наблюденіямъ, эта комбинація бываетъ довольно рѣдко, если не считать гигантскія кѣлѣтки, которыя встрѣчаются и при сифилисѣ, за исключительный признакъ туберкулеза. Въ своихъ шести случаяхъ онъ находилъ въ различныхъ частяхъ легкаго всегда какой либо одинъ изъ названныхъ процессовъ; такъ, въ двухъ случаяхъ была туберкулезная ханотка. Онъ приводитъ далѣе одну исторію болѣзни съ цѣлью доказать, что если въ сифилитическихъ продуктахъ наступаетъ образованіе бугорковъ, то они могутъ убить большого, благодаря своему обширному распространенію, не смотря на то, что сифилитическія симптомы бываютъ вполне излѣчены.

<sup>1)</sup> Mac Swiney, Ein Fall syphilitischer Phthisie. (Dubl. Journ. etc. LX, стр. 466). Vierteljahr. f. Derm. u. Syph. 1877, стр. 409.

<sup>2)</sup> Colomiatti. Omodet. 1878, p. 53.

Poterin du Motel <sup>1)</sup> наблюдалъ слѣдующій случай «сифилитического туберкулеза легкихъ». Большой, 35 лѣтъ, перенесъ первичныя и вторичныя явленія сифилиса, которыя повторялись въ различныхъ видахъ нѣсколько разъ. Грудныя явленія начались съ легкаго кашля по утрамъ, спустя полтора года послѣ исчезновенія накожныхъ сифилидовъ. Затѣмъ присоединилась одышка, кашель сталъ беспокояще, пульсъ все болѣе и болѣе учащался, обильная мокрота сдѣлалась гнойной, и большой, сильно потѣя по ночамъ, замѣтно ослабѣвалъ. При изслѣдованіи груди замѣчены влажные трескучіе хрипы и «gargouillement» въ верхушкахъ. Ricord и Bouillaud, изслѣдовавшіе этого больного, пришли къ тому заключенію, что у него «syphilide tuberculeuse ou gommes supprimées des poimons». Назначено было лѣченіе іодистымъ калиемъ съ ослинымъ молокомъ, и большой вполне выздоровѣлъ. Что послужило основаніемъ для распознаванія въ данномъ случаѣ «сифилитического туберкулеза», авторъ ничего не говоритъ.

Gougenheim <sup>2)</sup> представилъ въ «Société médicale des hopitaux» легкаго одного сифилитика, у котораго при жизни онъ диагностировалъ сифилитическую ханотку. Большой, 45 лѣтъ, болѣе чѣмъ за годъ до смерти лѣчился отъ сифилитическихъ пораженийъ кожи; въ то же самое время у него была признана ханотка, рѣзче выраженная въ правомъ легкомъ. Благодаря 3-хъ или 4-хъ лѣтячному противосифилитическому лѣченію, онъ былъ почти здоровъ. Черезъ годъ большой снова обратился къ Gougenheimу за медицинскою помощію; но онъ не могъ уже тогда переносить прежняго лѣченія и вскорѣ умеръ. При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи легкихъ оказалось, что правое было поражено бугорчатой, а лѣвое сифилитической ханоткой, причемъ въ лѣвомъ легкомъ найдены pneumonia, мѣстный эксудативный плевритъ, каверны различнаго величинъ, изъ которыхъ одна, по мнѣнію автора, образовалась вслѣдствіе распавшійся гуммы, а другія отъ расширенія бронховъ подъ влияніемъ интерстиціальной пневмоніи и перибронхита. Болѣе подробныхъ свѣдѣній какъ въ клиническомъ, такъ и патолого-анатомическомъ отношеніи въ этомъ сообщеніи не имѣется, а потому этотъ случай намъ кажется весьма сомнительнымъ.

Слѣдующій случай сифилитическаго пораженія легкихъ, описан-

<sup>1)</sup> Poterin du Motel, Tuberculose syphilitique. (Lettre adressée à M. Ricord). L'union médicale. 1878, стр. 864—866.

<sup>2)</sup> Gougenheim, Phthisie syphilitique. (Gazette des hopitaux. 1879. № 55, стр. 438).

ный Нелоромъ \*) представляет большой интерес в том отношении, что во время течения болезни наблюдалась высокая температура (отъ 38,0° до 40,6°). Молодой, 18 лѣтний пикшеръ поступилъ въ больницу съ жалобами на расстройство желудка и на боли въ груди. Черезъ полтора мѣсяца у него появились характерныя сифилитическія изъязвленія въ глоткѣ, condylomata ani и весьма напузленнаго сифилита на кожѣ. Большой сообщалъ, что два года тому назадъ онъ нигдѣ язву на praeritium. Черезъ три мѣсяца всѣ эти явленія при соответственномъ леченіи исчезли, и больной вышелъ. Но спустя 5 мѣсяцевъ снова прибылъ въ больницу изъ-за кашля. Мокрота была слизистая, примѣси крови не наблюдалось. При изслѣдованіи на мягкомъ небѣ оказались plaques mouqueuses, а въ легкихъ распространенные катаральные хрипы, особенно подъ правой ключицей, безъ замѣтнаго притупленія перкуторнаго звука. Лихорадка доходила до 39° и 40,6°. Были назначены ртутныя втиранія, но онъ переносилъ ихъ плохо; черезъ 2 недѣли, при явленіяхъ сильнаго удушья и свѣже-образовавшагося двусторонняго плеврита, больной умеръ. При вскрытіи, кромѣ экссудативнаго плеврита, было найдено значительное утолщеніе стѣнокъ бронховъ съ сплуженіемъ ихъ просвета; затѣмъ въ обоихъ легкихъ были разсыяны въ довольно большомъ количествѣ гумозныя узлы (gummata) желтовато-бѣлаго цвѣта, величиной отъ горошины до гусиного яйца. Они были расположены или въ окрестности бронховъ, или вблизи ихъ и почти подъ самой плеврой. Гнойнаго или казеознаго распада въ нихъ замѣчено не было.

Schesh \*) сообщает о двухъ случаяхъ легочнаго и трахеальнаго сифилита. У одного больного, 34 лѣтъ, первыя явленія заболѣванія дыхательныхъ органовъ появились 4—5 мѣсяцевъ спустя послѣ зараженія сифилисомъ. Черезъ 2 года появился сильный кашель съ слизистой мокротой, пота, одышка съ приступами сильнаго удушья. Вдыханіе и выдыханіе сопровождалось стенозирующими шумами. Въ это время Schesh нашелъ притупленіе у корня легкихъ съ обѣихъ сторонъ; слѣва оно было выражено гораздо сильнѣе; голосовое дрожаніе здѣсь было усилено, а дыханіе бронхиальное съ крупно-пузырчатками хрипами. Верхушки были свободны. Мокрота, грязновато-зеленоватого или желтоватаго цвѣта, отдѣля-

\*) Нелор, Ein Fall vonluetischer Erkrankung der Lunge. D. Arch. f. kl. Med., 1879 г., т. XXIV, стр. 250—283.

\*) Schesh, Lungen- und Trachealsyphilis. D. Arch. f. kl. Med., т. 31, 1882, стр. 410—420.

лась въ большомъ количествѣ, около 1 литра въ день. Т°-ра колебалась между 37,7°—38,5°. Второй больной (35 лѣтъ) сталъ жаловаться на кашель и затрудненіе дыханія черезъ 10 лѣтъ послѣ первыхъ проявленій сифилита. Хотя онъ не представлялъ особеннаго исхуданія, но видъ его походилъ на хахотическій. Дыханіе его было свистящее; въ средней и нижней доляхъ праваго легкаго выслушивались распространенные влажные хрипы при громкомъ везикулярномъ дыханіи; въ правой верхушкѣ продолженное и усиленное везикулярное дыханіе. Лѣвое легкое здорово. У обоихъ больныхъ въ полости рта, гѣба и въ гортани никакихъ измѣненій найдено не было. Но въ мокротѣ того и другаго большого Schesh находилъ плотные кусочки разной величины (нѣкоторые до 3 ст. длины и до 2—4 мм. ширины), состоявшие, какъ оказалось при микроскопическомъ изслѣдованіи, изъ соединительнотканыхъ волоконъ очень различной толщины и длины, расположенныхъ частью параллельно, частью крестообразно; даже можно было замѣтить эластическія волокна, проходящія то безъ всякаго порядка, то въ видѣ круговъ, въ центрѣ которыхъ и по периферіи находились или маленькія круглыя жирноперерожденныя кѣтки, или болѣе крупныя кѣтки альвеолярнаго эпителия, тоже подверженныя жировому перерожденію, даже мелкозернистый распадъ и остатки красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Въ мокротѣ втораго больного находились и такія кусочки, на которыхъ можно было ясно различить строеніе легочныхъ альвеолъ съ измѣненіемъ ихъ эпителіемъ. На основаніи какъ анамнеза, такъ и данныхъ, полученныхъ при изслѣдованіи груди и мокроты, Schesh призналъ у этихъ больныхъ сифилитическое заболѣваніе трахеи и бронховъ, почему и назначилъ леченіе ртутью (въ видѣ втираній) и йодистымъ калиемъ. Оба больные поправились, явленія стеноза и уплотненія легкихъ исчезли. Свѣдѣнія о дальнѣйшей судьбѣ этихъ больныхъ находятся въ прошлогодней статьѣ Schesh'a, †), гдѣ онъ сообщаетъ еще одинъ случай сифилитическаго пораженія трахеи, бронховъ и легкихъ. У перваго изъ предыдущихъ больныхъ впоследствии развилась водянка отъ заболѣванія печени, и больной скончался; другой же и до сего времени пользуется прекраснымъ здоровьемъ. Третій случай относится въ 60—70 лѣтней женщицѣ, которая заразилась сифилисомъ отъ своего мужа много лѣтъ тому назадъ. Заболѣваніе дыхательныхъ органовъ съ

†) Schesh, Beitrag zur Lehre von der Syphilis der Lunge, der Trachea und der Bronchien. Internationale klinische Rundschau. 1887, № 5, стр. 142.

одышкой, сильным кашлем, обильной и иногда кровавистой мокротой, было замечено только съ 1882 года, а через год съ небольшимъ больная умерла во время одного сильного приступа удушья. При вскрытии были найдены сифилитическія изъязвленія въ трахей, распространявшіяся и даже въ оба главные бронха и ихъ развѣтвленія въ верхнихъ доляхъ; вѣтви же, идущія въ нижнія доли, измѣненій не представляли. Въ верхнихъ доляхъ легочная ткань въ окрестности сильно утолщенныхъ бронховъ была непроходима для воздуха; въ правой верхушкѣ каверна въ дѣсной орѣхъ съ неровными извѣданными стѣнками; кромѣ того въ обѣихъ верхушкахъ очень много маленькихъ полостей отъ булавочной головки до чечевицы съ казеознымъ содержимымъ. Всѣ эти измѣненія Schesch считаетъ несомненно сифилитическими. Въ заключеніе статьи онъ говоритъ: «я думаю, что этимъ (т. е. этими наблюденіями) доказывается дѣйствительное существованіе сифилитической чахотки, т. е. что сифилисъ такъ же можетъ повести къ разрушенію легочной паренхимы, какъ и туберкулезъ, абсцессъ и гангрена легкихъ».

Е w e <sup>1)</sup> сообщаетъ о трехъ случаяхъ сифилиса легкихъ, извѣстныхъ имъ въ Nenndorf'ѣ. Изъ нихъ только въ первомъ мимоходомъ указаны наблюдавшіяся явленія со стороны легкихъ, а именно: притупленіе съ ладонь величиной соответственно правой средней доль, ослабленіе дыхательныхъ шумовъ, а въ близлежащихъ частяхъ мелкопузырчатые крепитирующие хрипы. Эти признаки легочнаго заболѣванія были замѣчены два года спустя послѣ зараженія больного сифилисомъ.

I. Schnitzler <sup>2)</sup> обращаетъ особенное вниманіе на одновременное заболѣваніе сифилисомъ гортани и легкихъ. Онъ приводитъ описаніе пяти случаевъ, бывшихъ предметомъ его наблюденій, въ которыхъ діагнозъ сифилиса легкихъ основывался главнымъ образомъ на томъ, что у всѣхъ пяти больныхъ было и заболѣваніе гортани, въ специфичности котораго онъ легко убѣждался при ларингоскопическомъ изслѣдованіи. При назначеніи соответственнаго лѣченія (ртутью или іодистымъ калиемъ) всѣ больные выздоровѣли. Schnitzler думаетъ, что сифилисъ легкихъ можетъ выражаться и протекать не только въ видѣ описанной до сихъ поръ тяжелой формы, болѣею частью

интерстиціальной пневмоніи, но можетъ быть столь же часто и въ видѣ бронхиальнаго или легочнаго катарра, которые, по его наблюденіямъ, являются часто уже черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ зараженія. На этомъ основаніи онъ причисляетъ легкія, катарральныя заболѣванія бронховъ и легочной ткани къ т. наз. вторичнымъ формамъ сифилиса, а тяжелыя, съ характеромъ индуративнаго воспаленія, къ его третичнымъ формамъ. Разбирая отдѣльные симптомы сифилиса легкихъ, Schnitzler ни одному изъ нихъ не придаетъ особеннаго патогномическаго значенія; онъ обращаетъ вниманіе главнымъ образомъ на то, что при легочномъ сифилисѣ почти всегда въ болѣе или меньшей степени принимаетъ участіе въ заболѣваніи и гортань. Въ силу этого онъ категорически заявляетъ, что «вѣрный діагнозъ сифилиса легкихъ можно сдѣлать только съ помощію гортаннаго зеркала». О мокротѣ онъ замѣчаетъ, что она не представляетъ ничего характернаго для сифилиса легкихъ и затѣмъ прибавляетъ: «Die Erwartung Lancereaux, dass die microscopische Untersuchung der Sputa Anhaltspuncte für eine Differential — Diagnose zwischen Syphilis und Phthise der Lunge bieten könnte, ist meines Wissens bis heute noch nicht in Erfüllung gegangen».

Однако въ томъ же году, когда были высказаны эти слова, въ «Архивѣ» Virchow'a было помѣщено Д-ромъ Cube <sup>1)</sup> описаніе одного весьма интереснаго случая, въ которомъ діагнозъ сифилиса легкихъ былъ поставленъ только на основаніи микроскопическаго изслѣдованія мокроты. Больной, 34 лѣтъ, былъ посланъ изъ Россіи въ Ментонъ, какъ чахоточный. Пробѣжавъ черезъ Вѣну, онъ совѣтовался тамъ съ извѣстными клиницистами и специалистами гортанныхъ болѣзней, которые нашли у него гортанную и легочную чахотку. Cube при перкусіи груди замѣтилъ рѣзко ограниченное притупленіе съ ладонь величиной около нижняго угла правой лопатки, гдѣ слышалось неясное везикулярное дыханіе и среднее и крупнопузирчатые хрипы, нѣсколько соизумные. Въ обѣихъ верхушкахъ — везикулярное дыханіе, тогда какъ въ нижнихъ доляхъ — катарральныя хрипы. Въ гортани найдены маленькія поверхностно изъязвленныя condylomata и слизистыя папулы. Мучительный кашель, иногда съ отдѣленіемъ блѣдо-желтой вязкой мокроты, въ которой подъ микроскопомъ замѣчались слизистыя и гнойныя тѣльца, легочный эпителий и эластическая волокна. Лихорадка между 38° и 39°. Изъ анамнеза видно, что больной 9 лѣтъ тому назадъ имѣлъ твердый

<sup>1)</sup> E w e. Heilung von drei Fällen von Lungensyphilis. (Wiener med. Presse, 1879, стр. 780).

<sup>2)</sup> J. Schnitzler. Die Lungensyphilis und ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht. Wien, 1880. (Отд. оттиска изъ Wiener med. Presse, 1879).

<sup>1)</sup> M. v. Cube. Ein Beitrag zur Lungensyphilis. (Virchow's Archiv, т. 82, 1880, стр. 516).

шанерь и затѣм вторичныя явленія на кожѣ и слизистых оболочкахъ. Подозрѣвая причиной легочнаго заболѣванія сифилисъ, Сибе назначилъ сначала лѣченіе іодистымъ желѣзомъ. Черезъ два дня появились: сильная лихорадка (40°,6), ночные поты и большая слабость; такое состояніе длилось три дня. На третій день больной, при сильномъ кашлѣ, выхаркнулъ кругловато-овальную массу, съ бобъ величиной, съ рваной поверхностью, покрытой волокнами, слизью и гноемъ; вѣсъ ея былъ 20 граммъ. Послѣ этого больной сталъ чувствовать себя гораздо лучше: высокая температура, мучительный кашель, ночные поты—все это почти исчезло; но физическія явленія со стороны груди остались тѣ же самыя. Точно такая же масса выдѣлилась съ мокротой еще разъ, мѣсяць спустя, при тѣхъ же самыхъ явленіяхъ предварительнаго ухудшенія въ состояніи больного и послѣдующаго улучшенія. Выдѣлившаяся въ первый разъ масса, послѣ уплотненія въ Мюллеровской жидкости, была изслѣдована микроскопически проф. Sigmund'омъ въ Вѣнѣ, причемъ она оказалась сифилитическимъ новообразованіемъ, настоящей гуммой. Больной, послѣ 4 мѣсячнаго систематическаго лѣченія іодомъ и витриями, оставилъ Ментонъ вполне здоровымъ.

Ж. Франк<sup>1)</sup> наблюдалъ одну 30 лѣтнюю больную съ явленіями сильнѣйшей одышки и афонии, появившимися черезъ 4 мѣсяца со дня зараженія сифилисомъ. Одновременно во рту были замѣчены язвѣвившіяся папулы. Въ верхушкахъ обонихъ легкихъ найдено притупленіе, бронхиальное дыханіе и хрипы. Температура была повышена, пульсъ ускоренъ. Много гнойной мокроты, частью съ примѣсью крови. Такъ какъ отъ іодистаго калия не было замѣчено улучшенія, то Франкъ назначилъ витріанъ сѣрой мази (по 10,0 въ день). Послѣ 18 витрианій—саллицианъ; ртуть замѣнена Ferro iodato. Черезъ 9 недѣль больная была совершенно здорова.

Въ засѣданіи Вюрбургскаго физико-медицинскаго общества (въ 1881 г.) Gehart<sup>2)</sup>, между прочимъ, говорилъ, что «сифилисъ бываетъ часто причиной горловой и легочной чахотки; особенно этому благоприятствуетъ совмѣстное дѣйствіе сифилиса и алкоголя. Если находятъ Pneumolaryngophthisis у людей съ хорошо развитой костной и мышечной системой, апноэктическимъ или эмфизематознымъ сложениемъ (habitus), то заключеніе о сифилисѣ рѣдко бываетъ

<sup>1)</sup> J. Frank. Ueber einen Fall von Lungensyphilis etc. Wiener med. Presse, 1880 г., стр. 1204—1208.

<sup>2)</sup> Sitzungsberichte der Würzburger phys. med. Gesellschaft, 1881. Цит. по Scheichy, D. Arch. für kl. Med., Bd. 31, 1882, стр. 419.

безосновательно. Эта форма чахотки въ началѣ своего развитія еще можетъ быть излѣвима посредствомъ антисифилитическаго лѣченія, позднѣе же излѣченія ожидать нельзя; въ теченіи нѣкотораго времени она сохраняетъ свой сифилитическій характеръ, но потомъ принимается видъ обыкновенной чахотки».

Подобно вышеприведенному случаю Сибе, мы находимъ интересныя явленія въ мокротѣ въ слѣдующемъ случаѣ А. Лутца<sup>1)</sup>. Хорошо сложенный 34 лѣтній мужчина, на 11-мъ году послѣ зараженія сифилисомъ заболѣлъ кашлемъ, сопровождавшимся изнурительной лихорадкой и гнойной мокротой. На всей лѣвой половинѣ груди—притупленіе перкуторнаго звука, ясное выраженіе подлѣ ключицы, гдѣ слышно бронхиальное дыханіе. Справа и сзади громкіе хрипы, зависящіе отъ препятствій для дыханія въ гортани, которая представляла сужженіе. Крошѣ того парезъ правой ноги. Лутцъ заключалъ о существованіи у больного сифилиса легкихъ, гортани и спиннаго мозга. Послѣ мѣсячнаго лѣченія іодистымъ калиемъ кашель и лихорадка значительно уменьшились, мокрота сдѣлалась болѣе слизистой, притупленіе исчезло. Но черезъ нѣсколько времени послѣдовало повтореніе тѣхъ же припадковъ, снова явилось притупленіе подлѣ лѣвой ключицы, а также и между правой лопаткой и позвоночникомъ. Въ такомъ состояніи больной находился въ продолженіи 6 мѣсяцевъ (съ марта по сентябрь). Въ сентябрѣ онъ отхаркнулъ плотный нѣсколько окрашенный кровью «мясной кусочекъ» (Fleischstück), похожій по виду на грануляціонную ткань, только плотнѣе ея. Микроскопическаго изслѣдованія этого кусочка сдѣлано не было. Черезъ годъ всѣ ненормальныя физическія явленія со стороны легкихъ и гортани исчезли, исчезъ также и парезъ правой ноги, словомъ болѣзнь окончательно выздоровѣла. Лѣченіе въ это время состояло изъ іодистаго калия, витрианій сѣрой мази и вдыханій раствора сублимата.

Въ весьма объемистой монографіи Pancretius<sup>2)</sup> изложилъ свой взглядъ на сифилисъ легкихъ, его природу, теченіе, распознаваніе и лѣченіе, основываясь, главнымъ образомъ, на 105 случаяхъ легочнаго сифилиса, которые онъ наблюдалъ въ теченіи 25 лѣтъ практической дѣятельности. Сифилитическая пневмонія, по его мнѣнію, бываетъ интерстиціальная и паренхиматозная; подлѣ первой

<sup>1)</sup> A. Lutz. Lungen- und Rückenmarks-Syphilis. (Aerztliches Intelligenz-Blatt. Münchener med. Woch. 1881. № 50, стр. 543).

<sup>2)</sup> Pancretius. Ueber Lungensyphilis. Erfahrungen aus der Praxis. Berlin, 1881.

онъ разумѣть гипертрофію соединительной ткани, а подъ второй — «всюкую эксудацию въ соединительную ткань». Сифились легкихъ въ «ирритативномъ» или «активномъ» стадіи характеризуется въ «гипертрофіей, гиперплазіей промежуточной соединительной ткани легкихъ, начинающейся отъ корня ихъ (Hilus pulmonum), въ среднѣй легкихъ (Langenmitte)» и ведущей къ сморщиванію послѣднихъ, циррозу. Слѣдовательно, это есть настоящая сифилитическая интерстиціальная пневмонія. «Но, говоритъ Paneritius, по мѣрѣ того, какъ специфическіе элементы ткани вовлекаются въ кругъ заблѣванія, въ паренхимѣ образуются эксудация, ткань становится соебнѣ и, смотря потому, какъ много появляется лимфодныхъ и железистыхъ (drüsigen) элементовъ, заблѣваютъ въ большей или меньшей степени артерия и вены, тогда образуются самыя разнообразныя и отчасти другъ другу противурѣчныя морфологическія формы сифилитической пневмоніи съ пассивнымъ, деструктивнымъ характеромъ, налагающимъ на весь органъ печать разрушенія». Такимъ образомъ развивается «сифилитическая паренхиматозная пневмонія», въ «пассивномъ» стадіи которой онъ различаетъ слѣдующіе процессы:

- 1) Жировое перерожденіе, преимущественно новообразованной (эмбриональной) ткани.
- 2) Казеозное перерожденіе.
- 3) Аспидное (пигментное) уплотненіе, мышечный, салыный циррозъ.
- 4) Стекловидное разбуханіе, амилондное перерожденіе
- 5) Общій распадъ.
- 6) Сифилитическая чахотка.

«Въ послѣднемъ періодѣ этой паренхиматозной пневмоніи нерѣдко является фибринозный и гниостный перибронхитъ». Эта, красивая на видъ, послѣдовательность патолого-анатомическихъ изменений легочной паренхимы, ведущихъ въ концѣ концовъ къ «сифилитической чахоткѣ», не только нѣмѣкъ еще не доказана, но даже весьма сомнительна, такъ какъ и безъ этой послѣдовательности могутъ наступить изменения, дающія возможное образованіе поостей въ легкихъ. Не менѣе страннымъ намъ кажется также желаніе Paneritius'a облегчить изложеніе симптома тологіи сифилитической пневмоніи подраздѣленіемъ послѣдней на 1) катарральную, 2) крупозную, 3) паренхиматозную или десквамативную, 4) интерстиціальную послѣдовательную (consecutive) и 5) интерстиціальную

самостоятельную (substantive), тѣмъ болѣе, что это подраздѣленіе онъ основываетъ скорѣе на клиническихъ, чѣмъ патолого-анатомическихъ наблюденіяхъ.

Описывая отдѣльные симптомы сифилитической пневмоніи, а также и мокроту, онъ между прочимъ говоритъ: «Нерѣдко къ мокротѣ, которая бываетъ на видъ то сѣрой, то желтой или зеленой, примѣшивается кровь, иногда въ видѣ разлитой массы, а иногда въ видѣ маленькихъ или большихъ кровеносныхъ сосудовъ (Blutgefässe); послѣднее обстоятельство, повидимому, указываетъ на особенное свойство сифилитическаго процесса производить новообразованія». Какимъ образомъ могъ авторъ сдѣлать подобное заключеніе, мы положительно не понимаемъ, ибо, не упомянувъ ни слова о томъ, на чемъ онъ основывалъ свое убѣжденіе въ существованіи въ мокротѣ именно кровеносныхъ сосудовъ, а ни чего-нибудь другаго, — самый фактъ ихъ нахожденія въ послѣдней остается болѣе чѣмъ сомнительнымъ. Paneritius говоритъ далѣе, что однажды ему удалось наблюдать, какъ «при сильномъ кашлѣ было выхаркнуто новообразованіе глызнового свойства, т. е. стекловидное и довольно плотное, величиной съ большую горошину, на поверхности которой были замѣтны многочисленныя капилляры». Было-ли это дѣйствительно новообразованіе или что-нибудь другое, — неизвѣстно, такъ какъ о микроскопическомъ изслѣдованіи его не упоминается.

Что касается до исторій болѣзни, занимающихъ три четверти его монографіи (223 страницы), то многія изъ нихъ положительно не доказательны для признанія сифилиса легкихъ у субъектовъ, къ которымъ онъ относится. Въ подтвержденіе сказаннаго можно привести, наприм., слѣдующую исторію болѣзни (стр. 223): «Дѣвица NN, 25 лѣтъ, отецъ которой умеръ въ возрастѣ 46 лѣтъ отъ гортанной чахотки. Онъ былъ потораторъ, и язва въ гортаннѣ возбуждаютъ подозрѣнія на счетъ сифилиса. Мать пользуется хорошимъ здоровьемъ. Двѣ сестры умерли послѣ нея отъ острой грудной болѣзни, а братъ отъ сифилиса легкихъ (?). А намъ извѣстны: въ июль 1863 года была болѣзна лѣворотнымъ плевритомъ, а перedy тѣмъ, заразившись сифилисомъ, дѣлалась отъ болѣзни половыхъ органовъ. Status praesens, май 1865 г. Исхуданіе, боли въ груди, кашель съ желтой мокротой, одышка; отсутствіе аппетита; лихорадочный, халый пульсъ, сердцебиеніе. Лѣвая половина груди участвуетъ въ дыхательныхъ движеніяхъ менѣе правой; притупленіе во 2 межреберья спереди и слѣва и тутъ же ослабленное



дыхание, у основания лопатки резко выраженное притупление и бронхиальное дыхание. Сердце увеличено, также и печень и селезенка. Диагноз: двусторонняя сифилитическая пневмония. Лечение: Вейбаховия воды съ сывороткой и поздние йодистый калий. Въ августѣ 1865 г. кажущееся улучшение; въ сентябрѣ—лихорадочное состояніе, усиленіе кашля и увеличеніе количества мокроты, частые поносы. Въ октябрѣ того же года образованіе нарыва (Vomica) въ среднѣй лѣвого легкаго, отекъ ногъ, альбуминарія, безостановочные поносы, сильная одышка и, наконецъ, смерть. Вскрытіе: правое легкое нормально; лѣвое—было сѣрой мраморной окраски; срания плевры зади и сверху; верхушка не поражена, средина легкаго представляетъ разлитую инфильтрацію; на поверхности разрыва замѣтны разсыпанные белые узелки, легко выдавливаемые; ткань стекловидно перерождена. Болѣе вадзі—нарывъ величиной съ гусяное яйцо съ неправильными стѣнками. Въ печени и селезенкѣ—жировое перерожденіе, почки увеличены. Такъ какъ легочная ткань представляетъ консистенцію, подобную печени и селезенкѣ, то и она, кажется, подвержена жировому перерожденію». Мы привели эту исторію болѣзни въ нѣсколькомъ сокращенномъ видѣ, но словами самого Rancitius'a.

Въ томъ же году въ «Еженедѣльной клинической газетѣ» д-ромъ Перфильевымъ<sup>1)</sup> былъ описанъ слѣдующій случай сифилитической пневмонии. Мужчина 30 лѣтъ, крѣпкого тѣлосложенія, безъ наследственнаго предрасположенія къ туберкулезу, два года тому назадъ имѣлъ твердый шанкръ, послѣ котораго черезъ 7 недѣль показалаеысынь папулезнаго сифилиса. Въ январѣ 1881 г. авторъ нашелъ больного въ слѣдующемъ состояніи: цианозъ лица, явленія дѣлурное, хриплый голосъ, сильный кашель, бывающій приступами; въ лѣвой верхушкѣ мелкіе хрипы; при перкуссии ничего ненормальнаго. Т° вечеромъ—38,1°. Черезъ нѣкоторое время соответственно лѣвой верхушкѣ было замѣчено притупленіе перкуторнаго звука, неопредѣленное дыхание и небольшое количество сухихъ мелкихъ хриповъ; fremitus pect. былъ ослабленъ. Кашель довольно частый, болѣзненный и поверхностный, почти безъ мокроты. Постоянное чувство одышки и стѣсненія въ груди. Лихорадка до 38°, бывающая черезъ день или черезъ 2 дня. Назначены ртутныя втиранія по драхмѣ въ день, которыхъ было сдѣлано 15. Затѣмъ больной принималъ въ теченіи 2—3 недѣль йодистый калий по 10 гранъ въ день. Благодаря та-

<sup>1)</sup> Перфильевъ. Случай сифилитической пневмонии. Еженедѣльная клиническая газета, 1881 г., стр. 376.

кому лѣченію кашель почти исчезъ, также и лихорадка; на мѣстѣ бывшей тупости получился ясный звукъ и отсутствіе хриповъ, общее состояніе—прекрасное.

Въ сочиненіи D. Carlier<sup>2)</sup>, «о легочномъ сифилисѣ» приведено только одно наблюденіе, принадлежашее автору. Оно относится къ больной съ явленіями мозговаго сифилиса («гуммы на основаніи мозга») и съ прободеніемъ твердаго неба. Физическое изслѣдованіе груди показало, что «въ подьостной ямкѣ, на ограниченномъ пространствѣ, съ ладонь величиной, какъ справа такъ и слѣва слышались субрентитирующие хрипы и кавернозное дыханіе. Въ этихъ мѣстахъ перкуторный звукъ тупой.» Диагнозъ: гуммы легкаго и старая сифилитическая перфорация твердаго неба. Благодаря лѣченію йодистымъ калиемъ и ртутиальными втираніями, черезъ три мѣсяца не осталось никакихъ слѣдовъ легочнаго пораженія.

Güntz<sup>3)</sup> описываетъ одного больного, который, спустя два года послѣ зараженія сифилисомъ, имѣлъ пустулезную сысьнь на тѣлѣ, а черезъ годъ послѣ того—звѣнный сифилидъ. На 5-мъ году послѣ зараженія у него появился кашель, лихорадочное состояніе и ограниченная инфильтрація нижней доли лѣваго легкаго. Не смотря на хорошее общее состояніе больного, притупленіе перкуторнаго звука, соответствующее указанному мѣсту инфильтрата, не исчезало въ теченіи полуторыхъ лѣтъ. Затѣмъ у больного при кашлѣ стала появляться кровь въ мокротѣ, и вскорѣ было замѣчено увеличеніе инфильтрата въ лѣвомъ легкомъ. Въ теченіи 6 дней, слѣдовавшихъ за кровохарналіемъ, мокрота была шоколаднаго цвѣта, комковатая и слизисто-гнойная; при этомъ лихорадочнаго состоянія не замѣчалось, и мѣстные симптомы оставались безъ измѣненія. Микроскопическое изслѣдованіе упавшей въ алкоголь мокроты показало, что среди волокнистой основы находится мелкозернистый расплывъ, старыя и молодыя вѣтки и ядра, то неправильно разбросанныя, то расположенныя рядами. Легочной ткани, а также и сосудовъ нигдѣ не находилось. Güntz посылалъ часть мокроты къ Lancereaux, который форменные элементы призналъ за подобные тѣмъ, какіе бываютъ въ гуммахъ. О дальнѣйшей судьбѣ больного ничего не извѣстно.

Вслѣдъ за сообщеніемъ Güntz'a въ Америкѣ появилась замѣтка

<sup>1)</sup> G. Carlier. Études sur la syphilis pulmonaire. Paris. 1882.

<sup>2)</sup> Güntz. Zur Diagnose der Lungensyphilis am Lebenden. (Memorbilien, 4 N., 1882). Vierteljahrshchr. f. Derm. u. Syph. 1883, стр. 404.

Engel's <sup>1)</sup> о распознавании сифилиса легких, причем в одном случае он поставил такой диагноз только на основании исследования мокроты, в которой были найдены маленькие комочки серого или темно-бурого цвета. Под микроскопом они казались состоящими частью из распада, частью же из ядро-содержащих и зернистых элементов, расположенных кучками среди нжно волокнистой ткани, где попадались также веретенообразные элементы и другие клетки в разных стадиях прогрессивного и регрессивного развития. Engel сравнивает микроскопический вид многих из этих остатков ткани с тем, который представляет гумозная инфильтрация в мозгу. Ссылаясь на описание мокроты больного Gülliz'a, он говорит: «Я не сомневаюсь, что описанный мною случай признан за сифилис легких вполне верно; в тому же результат лечения подтвердил диагноз». Из приведенной истории болезни видно, что г. В., 32 лет, имел на 24 году твердый шанкр, а затем вскорь и вторичные явления на коже и слизистых. Кашель появился на 31-м году, а через 1 1/2 года после этого Engel нашел его в таком жалком виде, что приняв за чахоточного in stadio ultimo. Больной ежедневно лихорадил, по ночам потел, а в последние два месяца он выхаркивал с кровью странной круглого и плоского вида эластической массы, большую часть буроватого, но иногда и сероватого цвета. На обоих верхушках перкуторный звук был притуплен, рзче же всего под левой ключицей, где потом наблюдались и полостные явления. При выслушивании—бронхиальное дыхание и трескучие хрипы. «Почти каждую неделю В. выхаркивал полчаши пенистой крови». Не смотря на столь грозные явления, было назначено специфическое лечение сначала ртутными втираниями (по 2,0 в день), а затем возрастающими дозами йодистого калия. К концу второго месяца лечения больной был почти здоров; лихорадка, кашель, кровохарканье и слабость исчезли; весь прибавился на 32 ф.; осталось только притупление под левой ключицей с ослабленным дыханием.

В 1882 г. д-р Соколовский <sup>2)</sup> описал три случая «сифилитической чахотки», которые он наблюдал в Варшаве, в госпитале Св. Духа. Он различает 2 рода сифилитических заболеваний

<sup>1)</sup> Engel. The diagnosis of pulmonary syphilis etc. Philadelphia med. Times. 1882—1883. XIII, стр. 4—7.

<sup>2)</sup> А. Соколовский. Ueber syphilitische Lungenschwindsucht. Deutsche med. Wochenschr. 1883. № 37, 38 и 39 и Gazeta lekarska, 1882 г. № 12—15.

легких, различных по своему клиническому течению. В одном ряде случаев, более редком, в легких, большую частью в правом, наблюдаются сифилитические новообразования (syphiloma), дающая ограниченны притупления при незначительном кашле, скудной мокроты и более или менее сильной одышке. В другом, значительно большем числе случаев заболевание легких является в виде сифилитической пневмонии одновременно с сифилитическими заболеваниями других органов: гортани, печени, аорты и т. д. В клиническом отношении эта пневмония представляет, по мнению Соколовского, особую специальную форму чахотки, Pthisis pulmonum syphilitica, характеризующуюся прежде всего отсутствием лихорадки, которая если и бывает временами в некоторых случаях, то обыкновенно не превышает 38,5°. Ночные поты бывают редко, так же как и кровохарканье; сильная одышка не соответствует иной раз незначительному легочному поражению. В подтверждение этих положений он и приводит описание наблюдавшихся им трех случаев. В первом, у 42-летнего мужчины, перенесшего начальная проявления сифилиса 16 лет тому назад, болезнь легких началась за несколько лет до поступления в госпиталь, в теченй которых у него неоднократно появлялся кашель, сопровождавшийся лихорадочным состоянием; временами наблюдалась и кровь в мокроте. Status praesens: одышка, сухой кашель, значительный упадок сил и отсутствие лихорадки. Соответственно верхней доле левого легкого притупление перкуторного звука, рзче выраженное сзади. В обоих верхушках спереди—неопредельное дыхание и сухие хрипы; сзади и слева, на месте притупления, бронхиальны выдых, бронхофония и звучные хрипы. Сифилитическая инфекция в гортани. Благодаря противосифилитическому лечению (sublimat и kalium iodatum), некоторое время замечалось улучшение в общем состоянии больного, но через полгода, при ухудшении всех признаков и при явлениях разрушения в верхушках, последовала смерть. При вскрытии найдено: хроническая интерстициальная пневмония, каверны с обеих сторон, приращение легких и амилонное перерождение селезенки. Кроме того в верхней доле левого легкого находились узловатые опухоли величиною от 1 до 5 цт., состоящая из серо-окрашенной ткани, похожей на рубцовую.

Второй случай в клиническом отношении представляет почти те же самые явления, кроме вечернего повышения температуры, доходившего до 38,5°. При вскрытии в обоих легких оказались

каверны, хронический перибронхит и уплотнение легочной ткани (induratio pulmonum). В третьем случае больной на 27 году имѣлъ твердый шанкръ и вторичныя явленія сифилиса. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ исчезновения накожныхъ сифилидовъ, онъ началъ кашлять, появились изнурительные ночные поты и кровохарканіе, а впоследствии — diarrhoea. Клиническія явленія похожи на первые два случая. Больной умеръ на 30-мъ году, т. е. черезъ три года послѣ зараженія. Патолого-анатомическій діагнозъ: каверны въ обоихъ верхушкахъ, peribronchitis et induratis pulmonum, bronchopneumonia nodosa, амилоидное перерожденіе печени, селезенки и частію почек. Colitis chronica ulcerosa callosa.

Въ д-ру А. Зотову<sup>1)</sup> обратилась одна больная, 28 л., съ жалобами на одышку, чувство стѣсненія и боли въ груди; она почти непрерывно кашляла, особенно по ночамъ, а вечеромъ чувствовала жаръ (температура доходила до 38,4°). У нея были найдены на разныхъ частяхъ тѣла втиснутые рубцы, на лбу — гуммозная опухоль, а въ зѣвъ язвочки. Надъ и подъ правой ключицей перкуторный звукъ тупой, а при выслушиваніи какъ здѣсь, такъ и по всей груди, особенно сзади, слышались, звучные и субкрепитирующие хрипы. Сифилисомъ больная заразилась на 23-мъ году; черезъ 3 года стали уже появляться подкожныя гуммы. Считая заболѣваніе легкихъ сифилитическаго происхожденія, Зотовъ назначилъ ртутныя втиранія, которыхъ было сдѣлано: 5 по 10 гранъ, 15 по 15 гранъ и 10 по 20 гранъ. Послѣ такого лѣченія какъ ненормальныя явленія въ правой верхушкѣ, такъ и опухоль на лбу исчезли, температура стала нормальной и больная вновь выздоровѣла.

Renzi<sup>2)</sup> высказываетъ убѣжденіе, что «статистика докажетъ легко частоту легочнаго сифилиса». По его мнѣнію причинами, predisponingими къ сифилитическимъ заболѣваніямъ легкихъ служатъ: туберкулезное сложеніе больныхъ (длинная шея, уменьшеніе передне-задняго діаметра груди и т. д.) и острые или хроническіе катарры гортани, трахеи и бронховъ. Не находя ни одного положительнаго признака для діагноза сифилиса легкихъ, Renzi останавливается на одномъ признакѣ — отрицательномъ, именно на отсутствіи туберкулезныхъ бацилл въ мокротѣ, придавая ему большое значеніе вмѣстѣ съ дѣйствительными результатами антисифилитическаго

лѣченія. Въ подтвержденіе всего этого онъ сообщаетъ объ одномъ больномъ, представлявшемъ на шестомъ году послѣ твердаго шанкра рѣзкія измѣненія въ обоихъ верхушкахъ съ сильнымъ кашлемъ и лихорадочнымъ состояніемъ. Эти болѣзненные явленія исчезли безслѣдно, благодаря специфическому лѣченію.

Глубокія пораженія трахеи и бронховъ при сифилисѣ легкихъ наблюдалъ Корр<sup>1)</sup>. У одного 33-лѣтняго мужчины первыя болѣзненные явленія со стороны грудныхъ органовъ обнаружались спустя 6 лѣтъ послѣ зараженія сифилисомъ. Больной сталъ худѣть и кашлять; температура по вечерамъ увеличивалась, такъ же какъ и кашель, причѣмъ отдѣлялось много гнойной мокроты, не содержащей эластическихъ волоконъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни замѣчалося постепенное ухудшеніе упломятыхъ придатковъ, особенно одышки, которая входила иногда до приступовъ сильнѣйшаго удушья. Не смотря на лѣченіе втираніями и іодистымъ калиемъ, больной черезъ 9 мѣсяцевъ умеръ. Кромѣ значительнаго суженія (до гусиного пера) трахеи и обоихъ бронховъ, вслѣдствіе развитія въ окрестности ихъ толстой склеротичной соединительнотканной массы, лѣвая нижняя доля легкаго оказалась гепатизированной съ значительнымъ развитіемъ соединительной ткани между дольками. Микроскопическое изслѣдованіе уплотненной легочной ткани указало на инфильтрацію гипертрофированной междольчатой ткани лимфоидными вѣтками; утолщеніе ткани было выражено сильнѣе всего въ окрестности большихъ сосудовъ. Легочная ткань во многихъ мѣстахъ была некротизирована.

Другое наблюденіе Корра относится къ 65-лѣтней женщинѣ, которая въ теченіе двухъ лѣтъ страдала одышкой, кашлемъ и лихорадкой. За шесть недѣль до смерти, при весьма сильной одышкѣ, появилась боль въ горлѣ, затрудненіе глотанія и обильная мокрота; въ то же время было найдено «воспаленіе» нижней доли лѣваго легкаго. Смерть наступила при явленіяхъ общаго коллапса. При вскрытіи оказалось: изъявленіе трахеи въ верхней части, а въ нижней — звездообразныя рубцы и прорѣженіе вслѣдствіе того же язвеннаго процесса. Входъ въ оба большіе бронха былъ сильно суженъ; нижняя доля обоихъ легкихъ оказалась въ состояніи сплещиванія.

До сихъ поръ мы выдѣлимъ, что многіе авторы признаютъ «сифилитическую чахотку», какъ самостоятельную форму

<sup>1)</sup> А. Зотовъ. Случай Pneumoniae syphiliticae. Медиц. вѣстникъ, 1883 г. № 1, стр. 8.

<sup>2)</sup> Renzi. La syphilis pulmonaire. (Traduit de la Rivista clinica ete-rapeutica, octobre 1888). La France méd. 1883, т. II, стр. 798 и 816.

<sup>1)</sup> Корр. Syphilis der Trachea und Bronchien, Pneumonia syphilitica. (Deutsches Archiv für klin. Medic., т. XXXII, тетр. 3 и 4, 1883).

заболевания легких, отличную от обыкновенной (resp. туберкулезной) чахотки. Но в 1884 году появилась работа Hilleg'a<sup>1)</sup>, который «сифилитическую чахотку», как таковую, вполне отрицает. По его мнению, нередко за явные чахоточные каверны принимали встречающиеся в сифилитических легких цилиндрические и мешчатые расширения бронхов. «Отсюда, говорит он, выводить даже совершенно ошибочное мнение, что сифилис может быть вызван в легочной паренхиме изменения вполне тождественные с теми, к которым приводит туберкулез, и на основании этого заключать о существовании сифилитической чахотки.» В доказательств несостоятельности такого заключения и состоит главная задача его труда. После критического разбора предшествующей литературы, в которой он не нашел положительных, неопровержимых данных для признания упомянутой формы чахотки, приведены два «очень типичных случая» сифилиса легких. Первый случай: Больная, 45 лет, при поступлении в клинику жаловалась на кашель и одышку. За полгода перед тем она временами замечала в мокроты примесь крови. При исследовании груди спереди—ведь ясный легочный звук, сзади же в нижних частях грудной клетки—притупление; дыхание везикулярное, с примесью свистящих хрипов. Кашель утренний, мокроты вязкие, температура безахородачная. Через 2 дня явилась бессонница и сильные приступы удушья, а на 5 день, во время одного такого приступа, больная умерла. Патолого-анатомический диагноз был следующий: «Laryngitis syph. deformans, Bronchitis syph. fibrosa retrahens, stenosis tracheae et bronchi utriusque, peribronchitis et peritracheitis fibrosa ulcerosa. Pneumonia gelatinosa dextra et fibrosa interstitialis chronica lobi inferioris sinistri. Pleuritis adhesiva fibrosa.»

Во втором случае (52-летняя швея) субъективные явления были выражены, как и в предыдущем случае, гораздо реже, чем объективные. Сильная одышка, stridor nasalis et trachealis и незначительный кашель с малым количеством мокроты. За 5 дней до смерти к этим симптомам присоединилось дыхородное состояние. Грудные органы были исследованы за день до смерти. При перкуссии спереди с обеих сторон ясный легочный звук; сзади, в правой fossa supraspinata, звук менее ясен в сравнении с тем же местом левой стороны. При выслушивании редкое везикулярное дыхание с громкими, далеко распро-

страняющимся хрипом и систолю. Вскрытие показало, что в данном случае были «ulcera syphil. tracheae, peritracheitis et perichondritis syph. fibrosa, Pneumonia interstitialis chronica fibrosa, cicatrix lobi super. pulmonis dextri.»

Главную опору для распознавания сифилиса легких, по мнению Hilleg'a, нужно искать только в анализе, в предшествующих несомненных симптомах конституционального сифилиса и ларингоскопическом исследовании.

G. Jacquin<sup>1)</sup> под именем «сифилитической чахотки» разуметь совокупность симптомов и признаков, а также и состояние истощения, которые могут наблюдаться при специфических изменениях легких у туберкулезного сифилитика. Из пяти собственных его наблюдений только два (I и VI) могут служить подтверждением приведенного определения сифилитической чахотки, так как в них имела высокая температура (до 40°), перхудание, кавернозное дыхание, кровохарканье и ночные поты. Первый больной при специфическом лечении выздоровел, второй умер. При вскрытии у последнего больного нашли гуммы в легких. В третьем случае, протекавшем при неясно выраженных явлениях разрушения легочной ткани, повышение температуры наблюдалось только в начале болезни; более постоянны были ночные поты. Между тем диагноз был поставлен такой: «позднейшая гумма в средней части левого легкого». Благодаря лечению йодистым калием последовало выздоровление через месяц. Остальные два наблюдения (II и XI) не представляют ничего доказательного для признания в них сифилиса легких.

L. Réthi<sup>2)</sup> наблюдал в клинике Schnitzler'a одного больного (41 года), который при поступлении жаловался на легкий кашель и хриплый голос. Первые явления сифилиса у него были 8 лет назад. При исследовании найдены сифилитические язвы на надгортаннике и на ложных голосовых связках, две язвы с салными дном на правом локте и рубцы на слизистой носа. На верхушках легких несколько укороченный звук и ослабленное дыхание с продолженным выдохом; сзади от spina scapulae dextrae до угла лопатки звук притуплен и дыхание бронхиальное, ниже же—продолженное выдыхание. После четырехкратного насл-

<sup>1)</sup> Hilleg. Ueber Lungensyphilis und syphilitische Phthisis. (Charité-Annalen. IX Jahrg. 1884 г., стр. 184).

<sup>2)</sup> G. Jacquin. Études sur la phthisis syphilitique chez l'adulte. Thèse de Paris. 1884.

<sup>3)</sup> L. Réthi. Zur Kasistik der Lungensyphilis. Wiener med. Presse. 1884, стр. 1655.

дованія мокроты были найдены только 2 туберкулезныя палочки. На основании послѣдняго обстоятельства Réthi дѣлаетъ заключеніе о комбинаціи въ его случаѣ сифилиса и туберкулеза какъ въ гортани, такъ и въ легкихъ. Лѣчение состояло изъ иодистаго калия и ингаляцій раствора сублимата. Черезъ мѣсяцъ патологическія явленія со стороны легкихъ вполнѣ исчезли, осталось только незначительное притупленіе на верхушкахъ. Réthi не исключаетъ въ данномъ случаѣ специфическаго заболѣванія легкихъ главнымъ образомъ на томъ основаніи, что притупленіе было рѣзче выразено въ средней части легкаго и что при повторныхъ изслѣдованіяхъ мокроты туберкулезныхъ палочекъ не оказалось.

Въ весьма интересномъ очеркѣ о висцеральномъ сифилисѣ Lang<sup>1)</sup> обратилъ особенное вниманіе на сифилитическія заболѣванія дыхательныхъ органовъ. Приступая къ описанію измѣненій, наблюдающихся при сифилисѣ легкихъ, онъ прежде всего говоритъ о томъ, что «неповозвительно заключать навѣрняка о сифилисѣ легкихъ на основаніи существованія сифилиса гортани», какъ это утверждаетъ Schnitzler. По мнѣнію Lang'a, діагнозъ сифилитическаго пораженія легкихъ тогда только можетъ быть сдѣланъ безошибочно, когда при выраженныхъ явленіяхъ чахотки достигается выздоровленіе противосифилитическимъ лѣченіемъ. Но могутъ представиться и такіе случаи, гдѣ сифилитическіе симптомы не очевидны, инфекция неизвѣстна, и больной имѣетъ плохо развитую грудь. Здѣсь необходимо бываетъ рѣшить вопросъ: признавать ли въ этихъ случаяхъ заболѣваніе легкихъ простой бронхо-пневмоніей или специфической. Вопросъ этотъ Lang считаетъ весьма важнымъ въ практическомъ отношеніи, въ доказательство чего и приводитъ слѣдующія двѣ исторіи болѣзни: 1) Г-нъ F, 24-хъ лѣтъ, годъ тому назадъ, послѣ простуды сталъ кашлять съ отдѣленіемъ мокроты, сначала ивнистой, а потомъ зеленоватой и слизистой, безъ примѣси крови; у него наблюдались приступы лихорадки, продолжавшейся однако не болѣе одного дня. Ключичныя ямки съ обѣихъ сторонъ были углублены, межреберныя промежутки замѣтно втянуты, около праваго соска на пораженіи 3-хъ плессиметровъ тупой звукъ съ бронхіальнымъ дыханіемъ и съ смѣшанными пузырьчатыми хрипами. Подъ лѣвой ключицей, начиная съ 3-го ребра, тупой звукъ, бронхіальное выдыханіе и небольшое количество хриповъ. *Fremitus pectoralis* съ обѣ-

<sup>1)</sup> T. Lang. Zur Lehre von der Eingeweidesyphilis. Wien. med. Presse. 1865. № 1 и 2, стр. 9 и 43.

ихъ сторонъ усилент. У корня праваго легкаго, на ограниченномъ пространствѣ тупой звукъ съ бронхіальнымъ дыханіемъ и хрипами. Дыханіе вообще затруднено. Сердце здорово. Діагнозъ, поставленный на консультанціи съ выдающимися клиницистами Вѣны, былъ слѣдующій: «туберкулезная инфильтрація правой средней доли и нижней части лѣвой верхней доли». Больной былъ посланъ въ Италию. 2) Г-нъ W, 28-ми лѣтъ, кашляетъ два года; временами бываетъ колотье въ правой половинѣ груди, укороченное дыханіе и лихорадка. Справа спереди отъ 4-го ребра внизъ и внаружи на пространствѣ ладони тупость, бронхіальное дыханіе и хрипы, сзади отъ середины правой лопатки до позвоночника тоже тупой звукъ съ бронхіальнымъ дыханіемъ и немногочисленными хрипами. Голосовое дрожаніе усилено; дыханіе нѣсколько затруднено и учащено. Мокрота вязкая, зеленоватая. Голосъ хриплый. Діагнозъ: туберкулезная инфильтрація правой средней доли. Больному на консультанціи былъ данъ тотъ же совѣтъ, что и предыдущему. Тотъ и другой большой настойчиво отрицали зараженіе сифилисомъ. Но черезъ годъ г. F. снова обратился къ Lang'у. Послѣдній нашелъ у него уже признаки чахотки и характерныя сифилитическія язвы на *scrotum* и бедрахъ, а также периститъ *tibiae sin.* Тогда F. признался въ томъ, что какъ онъ, такъ и его пріятель W, были больны сифилисомъ незадолго до появленія кашля и лѣчили оба у одного и того же врача. Оба больные умерли черезъ 4—5 лѣтъ отъ начала заболѣванія. Lang убѣжденъ, что въ обоихъ случаяхъ имѣлъ дѣло съ сифилитическимъ заболѣваніемъ легкихъ, которое, по его мнѣнію, нельзя иначе назвать, какъ только сифилитическою чахоткой.

Weiszberg<sup>1)</sup> приводитъ случай успѣшнаго лѣченія легочнаго сифилиса. Больной, 28-ми лѣтъ, въ началѣ болѣзни чувствовалъ колотье въ лѣвой половинѣ груди, лихорадочное состояніе и имѣлъ мучительный кашель. Въ теченіе 4-хъ мѣсяцевъ онъ значительно похудѣлъ, по ночамъ сталъ потѣть и неоднократно замѣчалъ кровь въ мокротѣ. Врачи лѣчили его, какъ обыкновенно чахоточнаго. При изслѣдованіи Weiszberg нашелъ притупленіе на лѣвой верхушкѣ, гдѣ дыханіе было неопредѣленное и жесткое. Такое же притупленіе съ неопредѣленнымъ дыханіемъ и крупно-и мелкопузырчатыми хрипами находилось у нижняго угла лѣвой лопатки. Въ

<sup>1)</sup> S. Weiszberg. Zur Kasuistik der Lungensyphilis. Wiener med. Presse. 1885, стр. 13—16.

виду безуспешности симптоматического лечения, у автора явилось подозрение на счет сифилиса, хотя больной и отрицал его. При тщательном исследовании на слизистой рта оказались папулы, а на миндалинах и дужках сифилитическая изъязвления. Тогда Weisberg назначил внутрь йодформ, а местно — раствор сулемы. Больной стал быстро поправляться, и, после дальнейшего лечения йодисто-бромистыми водами, совершенно выздоровел.

Portain <sup>1)</sup> в течение 1884 года наблюдал два случая сифилиса легких, окончившиеся выздоровлением. Первый больной, 37 лет, имел шанкр на 21-м году жизни. У него, при значительном исхудании были поражены обе верхушки. Под влиянием двухмесячного смешанного лечения (ртутью и йодистым калием), больной прибавился во весах на 20 ф. и оставил госпиталь, не представляя никаких заметных изменений в легких. Второй случай относится к женщине, которая, вследствие чрезмерной слабости, была доставлена в госпиталь на носилках и у которой также были поражены обе верхушки при одновременном папулезно-бугорковом сифилисе. Смешанное лечение и здесь вызвало быстрое улучшение, а в конце 5-й недели больная могла уже выписаться из госпиталя, представляя со стороны легких лишь незначительные следы первоначальных болезненных явлений.

Нью-Йоркский профессор W. H. Porter <sup>2)</sup> в двух сообщениях об отношении сифилиса к легочным заболеваниям приводит результаты своих исследований над сотней случаев сифилиса легких, наблюдавшихся в его клинике. Анатомически это заболевание характеризуется прогрессирующим утолщением альвеолярных стенок с предшествующим или сопровождающимся стекловидным перерождением мельчайших сосудов. К этим изменениям часто присоединяется появление воспалительных очагов и гумозных образований, которые, образуя казеозные массы, или инкапсулируются (сифилитическая пневмония), или подвергаются распаду, вследствие чего в легких образуются полости (сифилитическая чахотка). Описывая гуммы в легких, он говорит, что в распадавшемся центре их всегда (?) находилась бактерия Lustgarten'a. Далее обращает на себя внимание утверждение Porter'a —

в противоположность мнению большинства авторов — что болезненный процесс чаще всего начинается с верхушек. Он говорит также, что ни разу не мог убедиться в совместном существовании туберкулеза и сифилиса легких, так как при бактериологическом исследовании никогда не находил в измененной легочной ткани Коховских бактерий, а клинически никогда не наблюдал повышения температуры. Последнее заключение (одно противоречит следующим его словам: «когда больных (resp. сифилисом легких) бывает горяча и влажна на ощупь, но повышения температуры или совсем не бывает, или оно бывает незначительно; ночные поты часты и изурительны»). При рассказывании он руководствуется следующими пятью особенностями сифилитического заболевания легких: 1) обильное отделение мокроты без явного признака разрушения легочной ткани; 2) слабость без заметного исхудания и без всяких наследственных явлений туберкулеза; 3) очень сильная одышка без признаков поражений сердца или легких, которые могли бы затруднить кровообращение; 4) совершенно особенная боль и чувствительность при давлении на грудную кость и на crista tibiae, и 5) быстрые и успешные результаты антисифилитического лечения. К сожалению, в этих сообщениях Porter'a не приведено ни одной истории больного, не смотря на это сказать, бывших предметом его клинических наблюдений.

Тот же автор <sup>1)</sup> в Нью-Йоркском патологическом обществе в декабре 1886 г. сделал краткое сообщение о двух случаях легочного сифилиса, где при вскрытии в легких были найдены многочисленные гуммы. В другом месте Porter <sup>2)</sup> говорит, что в узелках, оказавшихся в верхушке легкого в одном из этих случаев, он не нашел ни одной туберкулезной бактерии, а только одну бактерию Lustgarten'a. В другом же случае, где были многочисленные маленькие каверны, в содержимом посаженных не было найдено ни тех, ни других палочек.

H. Gaudichier <sup>3)</sup> опубликовал очень интересный случай «сифилитической чахотки», наблюдавшийся в госпитале Saint-Louis, в отделении проф. Fournier. Больной, 39 лет, без

<sup>1)</sup> Porter. Syphilitic changes in the lungs. Philadelphia med. Tim. Jan. 8, 1887. Vierteljahr. f. Derm. u. Syph. 1887, стр. 618.

<sup>2)</sup> Он же. 1) The peculiar appearance of Pulmonary syphilis. 2) Two cases of syphilis of the lungs. Medical Record. Febr. 1887, Vierteljahr. f. Derm. u. Syph. 1887 г., стр. 982 и 1144.

<sup>3)</sup> H. Gaudichier. Phtisie syphilitique. Annales de dermat. et syphilogr. т. VI, 1885, стр. 152—154.

<sup>1)</sup> Syphilis pulmonaire. Journal de medec. et de chirurg.-prat. т. 56, 1885, стр. 14, 5.

<sup>2)</sup> New-York med. Journal, 1885 г., реф. в Annales de dermat. et de syphilogr. т. VII, 1886 г., стр. 192. The medical Record, 12 mars 1887 г. Реф. в том же журнал, т. VIII, 1887 г., стр. 480.

наследственного предрасположения къ легочнымъ заболѣваніямъ, имѣвъ гумозныя язвы на лѣвой ногѣ, гиперостозы на tibia, astragalus и на лѣвой ключицѣ. Эти измѣненія на костяхъ, по словамъ больного, существовали уже 23 года. Такъ какъ были найдены, кромѣ того, рубцы на правой рукѣ, на правой бѣдрѣ и берцѣ, а также рубецъ на членѣ послѣ язвы, бывшей 4 года назадъ, — то осталось не вышеннымъ, были ли это слѣды приобрѣтеннаго сифилиса или наследственнаго. За два мѣсяца до поступления въ госпиталь больной сталъ худѣть безъ всякой видимой причины. Кашель появился за нѣсколько дней до заслѣдованія больного; лихорадки и ночныхъ потовъ не было, такъ же какъ и кровохарканія. Только въ первые 2—3 дня пребыванія въ госпиталѣ наблюдалось обильное отдѣленіе слизисто-гнойной мокроты съ полосками крови. При заслѣдованіи легкихъ въ лѣвой верхушкѣ спереди найдены всѣ признаки наперны, величина въ полкулака; сади были слышны только мелкіе хрипы. Въ правой верхушкѣ дующее дыханіе и разсыпные субперитрирующие хрипы. Предполагая, что здѣсь имѣется дѣло съ гумозными пораженіями обѣихъ верхушекъ, Gaudichier назначилъ большому іодистый калий по 4,0 въ день. Черезъ 40 дней у него въ обѣихъ верхушкахъ уже наблюдалось почти нормальное дыханіе, хотя слѣва осталось легкое притупленіе. Черезъ 2 мѣсяца больной выписался почти совершенно здоровымъ: легочная явленія исчезли, опухоль костей значительно уменьшилась. Gaudichier видѣлъ больного спустя 11 мѣсяцевъ и кашель его легкаго совершенно здоровыми.

Въ слѣдующемъ случаѣ E. Vguen's <sup>1)</sup> сифилитическое поражение легкихъ наблюдалось въ періодъ вторичныхъ явленій сифилиса. John C., 30 лѣтъ, происходя отъ здоровыхъ родителей, поступилъ въ февралѣ 1885 г. въ Филадельфійскій госпиталь съ характерной высунутою вторичнаго сифилиса. Черезъ два мѣсяца были замѣчены признаки уплотнѣнія верхушки праваго легкаго, которое вскорѣ распространилось на всю верхнюю долю. Въ маѣ появился періоститъ, а потомъ и воспаленіе одного голеностопнаго сустава. Въ продолженіи 6 недѣль температура была между 37,8°—39,4° Ц. (100°—103° F). Затѣмъ развились періоститы на ключицѣ, большемъ берцѣ и груднѣ. Бациллы въ мокротѣ найти не удалось. Благодаря специфическому леченію, развитіе болѣзненнаго процесса въ легкихъ остановилось, но дождаться исчезновенія признаковъ уплотнѣнія пра-

<sup>1)</sup> Medical News, 1886, стр. 317, рефер. въ Annales de dermat. et de syphilogr., т. VII, 1886, стр. 371—373.

вой верхней доли Vguen'у, по видимому, не привелось, хотя онъ и говоритъ о выздоровленіи больного. Говоря о физическихъ признакахъ сифилиса легкихъ, Vguenъ придаетъ значеніе, между прочимъ, утолщенію надкостницы ключицы и большеберцовой кости, чувствительности въ области грудины и отсутствію бациллы въ мокротѣ. Другіе симптомы, указанные различными авторами, какъ на примѣръ, жесткое дыханіе, respiration cascadee, рѣдкость кровохарканія, безлихорадочное теченіе и пр., — по мнѣнію Vguen'a, большаго значенія не имѣютъ.

Въ прошломъ году Musmeci d'Agata <sup>1)</sup> опубликовалъ одинъ случай сифилиса легкихъ и леченіе съ исходомъ въ выздоровленіе, благодаря комбинированному леченію іодомъ и ртутью.

Въ Американскомъ климатологическомъ обществѣ въ Балтиморѣ д-ръ Curtin <sup>2)</sup> сдѣлалъ сообщеніе о благопріятномъ вліяніи продолжительныхъ морскихъ путешествій на теченіе «сифилитической чахотки», наблюдавшейся имъ у пяти больныхъ. По мнѣнію Curtin'a, чахотка можетъ быть названа сифилитической, если въ анамнезѣ нѣтъ указаній на туберкулезъ, а только на зараженіе сифилисомъ. Такое заключеніе послужило предметомъ оживленныхъ прерій. Большинство членовъ общества присоединилось къ мнѣнію докладчика, только трое: Schettuk, Bort и Mussar — высказались противъ него. Schettuk, кромѣ того, задалъ, что поспѣшности въ постановкѣ диагноза этой трудной болѣзни можетъ вести къ очень непріятнымъ терапевтическимъ ошибкамъ.

Изъ приведеннаго обзора литературы видно, что вопросомъ о сифилисѣ легкихъ интересовались съ давнихъ поръ, и, смотря по господствовавшимъ въ разное время патолого-анатомическимъ воззрѣніямъ, къ нему относились или съ излишнимъ увлеченіемъ, или съ близкимъ къ почти полному отричанію скептицизмомъ. Такъ было до классическихъ заслѣдованій Virchow'a о конституціональномъ сифилисѣ, такъ продолжается и до сего времени. И дѣйствительно, одни авторы стараются выдвинуть этотъ вопросъ на видное мѣсто, поражая читателя внушительнымъ числомъ своихъ наблюденій (Paneritius, Porter); другіе, по преимуществу клиницисты, упо-

<sup>1)</sup> Musmeci d'Agata. Sifilide epatica e pulmonare — Gaz. degli ospitali, 1887, стр. 39—40. Реф. въ Vierteljahr. f. Derm. u. Syph. 1887, стр. 1144.

<sup>2)</sup> Curtin. The influence of sea-air on syphilitic phthisis. New-York med. rec. 1857 г., 25. Vierteljahr. f. Dermat. u. Syph. 1887, стр. 1144.

минают о немъ въ своихъ руководствахъ, развѣ только полноты ради (Niemeyer-Seitz, Strumpel, Liebermeister, Eichhorst и др.). Стремление первыхъ находить себѣ объясненіе въ томъ неоспоримомъ фактѣ, что какъ бы иной разъ не казалось безнадежнымъ состояніе больного съ далеко зашедшимъ впередъ легочнымъ поражениемъ, но разъ установлена причинная связь послѣднего съ сифилисомъ, такой большой имѣть много шансовъ на выздоровленіе, примѣромъ чему служатъ приведенные выше случаи Vazin'a, Fournier, Lemescaux и др. Но и вторые говорятъ почти мимоходомъ о сифилитическихъ заболеванияхъ легкихъ безъ причины. Послѣднюю нужно искать въ тѣхъ противорѣчіяхъ, которыя существуютъ и по сіе время во взглядахъ многихъ авторовъ относительно клиническихъ явленій, наблюдающихся при сифилисѣ легкихъ. Дѣйствительно, если обратиться къ литературному очерку, то не трудно замѣтить, что эти противорѣчія касаются, главнымъ образомъ, тѣхъ явленій, которыя присущи и обыкновенной (гер. туберкулезной) чахоткѣ и которыя вносятъ большое затрудненіе при распознаваніи сифилитической природы легочнаго заболевания.

Я говорю о лихорадкѣ, кровохарканіи и поражениі верхушекъ. У однихъ авторовъ мы встрѣчаемъ положительныя указанія на лихорадку (Ljunggren, Herz, Fournier, Ruehle, Henor, Cube, Lutz, Guntz, Соколовскій, Lang, Вруен и др.), между тѣмъ какъ другіе отсутствие ея при сифилисѣ легкихъ признаютъ за правило (Grandidier, Rollet, Захарьинъ, Schesch, Gaudichier и др.). То же противорѣчіе и на счетъ кровохарканія. Одни или совсѣмъ его отрицаютъ (Захарьинъ), или (большинство авторовъ) допускаютъ только въ исключительныхъ случаяхъ; другіе же считаютъ кровохарканіе при сифилисѣ легкихъ за обыкновенное явленіе (Thompson). Относительно локализаціи болѣзненнаго процесса мнѣнія также сильно расходятся: нѣкоторые (Thompson, Robinson, Porter) настаиваютъ на частомъ поражениі верхушекъ, другіе (Grandidier, Pancritius, Tiffany) говорятъ исключительно о заболеваніи среднихъ частей легкихъ и передней доли лѣваго легкаго, наконецъ, третьи локализаціи болѣзненнаго процесса не придаютъ особеннаго значенія. Укажу также на стоящія особнякомъ заявленія проф. Захарьина и Robinson'a объ отсутствіи кашля, мокроты и хриповъ у лицъ, одержимыхъ сифилисомъ легкихъ, и на отрицаніе Hillegom'a возможности существованія «сифилитической чахотки», т. е. нахожденія въ легкихъ сифилитиковъ кавернъ, происшедшихъ не вслѣд-

ствіе расширенія бронховъ (бронхіаттическаія каверна), а вслѣдствіе распада пораженной легочной ткани, подобно тому, какъ это бываетъ при обыкновенной чахоткѣ. На сколько справедливо подобное мнѣніе Hilleg'a, увидимъ ниже; теперь же я обращаю вниманіе читателя на распознаваніе мокроты въ случаѣхъ Cube, Guntz'a и Engell'a, гдѣ были найдены характерныя для сифилиса гумозныя образованія (gummata, syphilomata), давши возможность поставить точное распознаваніе сифилитическаго заболевания легкихъ. Сюда же слѣдуетъ отнести и два случая Schesch'a, который находилъ въ мокротѣ частички измѣненной легочной паренхимы и который, на основаніи этой находки, сдѣлалъ вѣрное заключеніе о специфическомъ характерѣ легочнаго заболевания. Всѣ эти наблюденія крайне интересны не только въ томъ отношеніи, что они отчасти указываютъ путь къ разрѣшенію трудной задачи распознаванія сифилиса легкихъ, но кромѣ того они представляютъ ясное доказательство въ пользу существованія такихъ легочныхъ сифилитическихъ пораженій, которыя ведутъ къ разрушенію паренхимы органа, къ образованію въ немъ полостей путемъ некробіоза, однимъ словомъ къ тому, что многіе авторы называютъ «сифилитической чахоткой». Такимъ образомъ мы видимъ, что вопросъ о сифилисѣ легкихъ, не смотря на относящуюся сюда довольно обширную литературу, представляетъ еще «большое поле какъ для клиническаго, такъ и анатомическаго изслѣдованія».

Во время испознанія ординаторскихъ обязанностей въ первомъ терапевтическомъ отдѣленіи Клиническаго Военнаго Госпиталя (въ 1881 году), мнѣ представился случай наблюдать одного больного, у котораго былъ поставленъ діагнозъ сифилиса легкихъ на основаніи найденныхъ мною въ мокротѣ гумозныхъ образованій. Этотъ интересный больной послужилъ предметомъ для двухъ лекцій, читанныхъ студентамъ V курса профессоромъ Э. Э. Эйхвальдомъ, который тогда же предложилъ мнѣ заняться изученіемъ этого мало изслѣдованнаго еще у насъ заболевания. Такъ какъ болѣзнь съ сифилитическими пораженіями легкихъ встрѣчается не часто, то, не смотря на усердныя поиски таковыхъ, мнѣ удалось наблюдать всего четыре случая. Я рѣшился воспользоваться ими для настоящей работы, руководясь, главнымъ образомъ, той мыслью, что всякая попытка разъяснить нѣкоторые вопросы въ этой пока еще темной области внутренней патологии будетъ не безполезна.



### Наблюдения.

*Наблюдение 1-е.* Крестьянин Новгородской губ., В а с и л и й С е р г ѣ е в ъ, 36 лѣтъ, поступилъ въ 1-е терапевтическое отдѣленіе Клиническаго Военнаго Госпитала 26 ноября 1881 года.

*Анамнез.* Родители больного были крѣпкіе, здоровые люди; отецъ живъ и по сіе время, мать умерла отъ «горячки». Братья и сестры здоровы. Въ дѣтствѣ больной страдалъ конъюнктивитомъ, течь изъ ушей, мокнущую сыпь на лицѣ, опухоль шейныхъ лимфатическихъ железъ. На 21 году прибылъ въ Петербургъ, гдѣ поступилъ половымъ въ трактиръ. Съ тѣхъ поръ началъ пить водку, но пилъ всегда немного. На 25 году былъ болѣть триперомъ, отъ котораго лѣчился очень долго, а спустя два года имѣлъ на головкѣ члена небольшую «ранку», которая зажила сама собой. Въ декабрѣ 1878 года имѣлъ на членѣ язву, характеръ которой оставался для насъ сомнительнымъ, но отъ которой онъ лѣчился не менѣе 4 мѣсяцевъ. Спустя 3 недѣли послѣ появленія язвы показалась въ лѣвомъ паху опухоль, сначала небольшая, почти безболѣзненная, такъ что больной могъ продолжать безпокойную службу въ трактирѣ. Но черезъ 2 или 3 недѣли опухоль достигла величины гусиного яйца, стала болѣзненна и вскорѣ перешла въ нагноеніе. Нѣсколько позже явилась ломота въ рукахъ и ногахъ, которая временно исчезала, затѣмъ появлялась снова и продолжается до сего времени. Только въ концѣ апрѣля 1879 года, какъ язва, такъ и вскрытый бубонъ зажили. Затѣмъ больной лѣчился по совѣту врача рутинными втираніями и іодистымъ калѣмъ; но причинъ, заставившихъ прибѣгнуть къ такому лѣченію, узнать намъ не удалось. Больной утверждаетъ, что въ теченіи послѣднихъ двухъ лѣтъ онъ никакиxъ сыпей на тѣлѣ не замѣчалъ, и не страдалъ никакою болѣзнію горла; лѣчившій же его врачъ ничего ему о таковыхъ явленіяхъ не сообщалъ. Въ концѣ мая, когда больной прекратилъ уже всякое лѣченіе, нѣсколько выше праваго соска появилась небольшая опухоль, безболѣзненная вначалѣ и мало болѣзненная въ дальнѣйшемъ своемъ развитіи. Эта опухоль въ теченіи года достигла постепенно величины съ полкулака, при вскрытіи ея вытекла гноевидная масса и заживленіе тянулось не менѣе 4-хъ мѣсяцевъ. Годъ назадъ (въ концѣ 1880 г.) больной сталъ замѣчать одышку, усиливавшуюся при движеніи; при всякой незначительной простудѣ началъ появляться кашель,

который сопровождался незначительнымъ отдѣленіемъ мокроты и скоро исчезалъ. За послѣднее время какъ одышка, такъ и кашель значительно усилились; явилась головная боль, общая слабость и потеря аппетита, что и заставило больного поступить въ клинику. *Исследование больного.* Тѣло исхудалое, покровы грязновато-блѣдные съ просвѣживающими подкожными венами, особенно на передней поверхности груди; подкожнаго жирнаго слоя мало, мышцы вялы. Ростъ 154 цтм. Лицо одутловато, бѣлки глазъ иктеричны, губы синеваго-блѣдны. Большой дышетъ съ открытымъ ртомъ, при сильномъ напряженіи шейныхъ мышцъ. Подкожныя шейныя вены расширены, спадаются и наливаются синхронно съ вдыханіемъ и выдыханіемъ. Грудь типично бочкообразной формы, только верхній отдѣлъ ея представляется менѣе выпуклымъ, чѣмъ средний и нижній; над- и подключичныя ямы рѣзко выражены. Большія грудныя мышцы атрофированы, такъ что въ межреберномъ пространствѣ при вдыханіи замѣтно втягиваются, особенно третья съ правой стороны, а второе на протяженіи передней поверхности представляется постоянно втянутымъ; оно же при кашлѣ выпячивается. Дыханіе совершается съ большимъ усиліемъ; во время его передне-задній и поперечный размѣры груди почти не увеличиваются, а расширеніе груднаго ящика совершается преимущественно опущеніемъ диафрагмы съ сильнымъ вымываніемъ грудныхъ стѣнъ и образованіемъ глубокой борозды въ надчерной области (такъ наз. Гаррисонова борозда). Дыхательныя движенія съ правой стороны слабѣе, чѣмъ съ лѣвой, что особенно замѣтно при осмотрѣ саади. Грудное дрожаніе при говорѣ вообще слабо, распределеніе его по груди приблизительно нормально, но оно замѣтно усилено въ лѣвой подмышечной впадинѣ, гдѣ оно сильнѣе, чѣмъ въ правой, въ которой оно—какъ и на всей верхней части праваго легкаго спереди и саади—довольно явственно.

	Справа.	Слѣва.	Итого.		
Окружность груди:	подъ мышками . . .	43,5	43	86,5 цтм.	
	на уровнѣ сосковъ . . .	45	44,5	89,5 >	
	надъ мечевид. отр. . .	45	44,5	89,5 >	
Размѣры груди:	На верху . . .		Въ серех.	Внизу.	
	передне-задній . . .	15	23	21	>
	поперечный . . .	24	26,5	30	>

Разница въ окружности груди на уровнѣ сосковъ при сильнѣйшемъ вдыханіи и выдыханіи равна  $\frac{3}{4}$ —1 цтм. Жизненная емкость

легких (спирометром Гуинсона) = 430 куб. см. Пневмометрическое исследование (по Вальденбургу) дало следующие цифры: при сильнейшем выдыхании после глубокого вдыхания положительное давление увеличилось до 30 мм.; при сильнейшем выдыхании отрицательное давление достигало 66 мм.

На черепе около соединения лобного шва с треугольным прощупывается небольшое безболитозное плотное утолщение надкостницы; правый сосцевидный отросток несколько толще, конец его круглее и мягче. На нижнем крае 3-го ребра с правой стороны и спереди небольшой рубец, сросшийся с подлежащими частями, а кость на этом месте неровна, нечувствительна. На наружной поверхности локтевой кости, ниже ее отростка, тоже прощупывается ограниченное утолщение надкостницы. На шею вдоль края правой трапециевидной мышцы прощупываются два увеличенных твердых лимфатических железки, легко подвижны. В левом паху рубец от зажившего бубона; паховые железы с обеих сторон плотны, заметно не увеличены. В верхней части груди небольшой поверхностный рубец. Головка левого придатка несколько толще и плотнее в сравнении с головкой правого.

Осмотр полости рта и языка показал только явления хронического катарального фарингита. Ларингоскопия не обнаружила никаких патологических явлений.

Передние края легких, при перкуссии, соприкасаются за грудной стеной до уровня 5-го левого реберного хряща; ниже передней край правого легкого отвечает левому краю грудины, а нижний край занимает все комплементарное пространство плевры (отвечает спереди 7-му реберному хрящу, а сзади 12-му ребру). В рубца левого легкого над сердечной тупостью (поверхностно) отвечает 5-му реберному хрящу, а наружу от этой тупости достигает 7-го ребра на один см. выше сосковой линии. Ниже край левого легкого отвечает реберной дуге, по подмышечной линии 10-му ребру, а по лопаточной — 11-му. На правом легком над ключицей и в первом двух межреберных пространствах звук тупотиманичен, причем близ края грудины притупление выражено менее резко; оно всего резче в верхней трети подмышечной области. Начиная с 3-го ребра звук тимпаничен как спереди, так и сбоку до места положения печени; сзади сверху до половины лопатки звук притуплен, с тимпаническим оттенком, а ниже — легочный, слегка тимпанический. Над верхней ключицей при вдыхании мягкая крепитация, выдыхание про-

долженное, так же как и под ключицей до третьего ребра, где выдыхание везикулярное без хрипов; ниже 3-го ребра спереди усиленное везикулярное дыхание, причем в 3-м межреберьи дыхание имеет резко дующий характер. Сбоку в верхней трети подмышечной области крепитирующие хрипы и продолжительный выдох, а ниже викарное дыхание. Сзади над *spina scapulae* и ниже до половины лопатки — ослабленное дыхание, иногда с мягкой крепитацией, и бронхиальным выдохом; ниже лопатки весьма ослабленное везикулярное дыхание и мягкая крепитация. На левом легком над ключицей, а также между краем грудины и сосковой линией, звук ясный с легким тимпаническим оттенком. Книзу от сосковой линии звук слегка притупляется в 3 и 4 межреберных пространствах. В подмышечной впадине, при поверхностной перкуссии, получается легкое притупление, а при глубокой оно выражено так резко, что в сравнении с тем же местом правой стороны звук оказывается значительно тупее. Кроме того к этому притуплению примешивается тимпанический оттенок, высота которого заметно меняется при открытии и закрытии рта. Книзу от подмышечной впадины до сосцевидной области перкурторный звук дается ясно тимпаническим. Сзади над *spina scapulae* легочный звук с тимпаническим оттенком, а между лопаткой и позвоночником — тупотимпаничен. В остальных местах сзади звук легочный с тимпаническим оттенком. При выслушивании левого легкого спереди замечается усиленное легочное дыхание, а на уровне 3-го межреберного пространства (спереди) при вдыхании слабый треск, который по направлению к верхней части подмышечной области постепенно усиливается при одновременном появлении слабого бронхиального выдыхания, в самой же подмышечной впадине бронхиальный шум слышен в оба момента дыхательного акта с присоединением при вдыхании довольно звучного мелко-трескучего хрипа. В нижних двух третях подмышечной области — викарное дыхание. Сзади *in fossa suprascapulae* — усиленное везикулярное дыхание; в межлопаточной области дыхание ослаблено, а выдыхание с бронхиальным оттенком. Ниже лопатки дыхательный шум слабеть и местами замедляется нжной крепитацией.

Глубокая перкуссия сердечной области показала увеличение как правого, так и левого сердца. Крайние нижние точки сердечной тупости находились: правая — на уровне 7-го реберного хряща, на 3 см. правее правого края грудины, а левая — за 7-м ребром,

на 2 цтм. кваружи отъ сосковой лини. Высшая точка сердечной тупости отвѣчаетъ 4-му межреберному пространству у лѣваго края грудины, т. е. значительно ниже нормального. При нагибаніи туловища впередъ получается слабое разлитое опущеніе толчка въ 6-мъ межреберьи по сосковой лини и наружу отъ нея; при вертикальномъ положеніи тѣла толчекъ едва опущивъ. Въ надчревной области сильное биеніе отъ праваго желудка. На лѣвомъ желудочкѣ первый тонъ слабѣе, чѣмъ на правомъ, и ясно укороченъ; второй тонъ всего сильнѣе на мѣстѣ подоженія легочной артеріи, а на мѣстѣ выслушанія аорты онъ очень слабъ. Периферическія артеріи большого и средняго калибра на шеѣ и конечностяхъ склерозированы; пульсъ малъ, слабъ, 120 въ минуту, правильный и ровный.

Печень такъ увеличена, что по сосковой лини только на 2 цтм. не доходитъ до уровня пупка; лѣвая доля далеко заходитъ въ лѣвое подреберье, такъ что только узкою полосою отдѣляется отъ селезеночной тупости. Печень плотна, чувствительна, поверхность ея гладкая, край утолщенъ, закругленъ и ровенъ. Передній конецъ селезенки высовывается изъ подреберья; онъ довольно плотный, гладкій и слегка чувствительный.

Животъ вышуклый, а при стояніи слегка обвислый. Кишечникъ вздутъ, въ брюшной полости асцитъ, уровень котораго, при стояніи большого, на 4 цтм. ниже пупка. Конечности блѣдны, холодны, безъ отека.

Большой почки всегда находится въ сидячемъ положеніи; почку дожить лишь на короткое время и всегда на лѣвый бокъ, такъ какъ положеніе на правомъ усиливаетъ одышку и вызываетъ кашель.

Мокроты за сутки не менше 3 унцій; она отхаркивается легко густыми, довольно большими, комковатыми кусками, грязнаго сѣровато-желтаго цвѣта, которые большею частью плаваютъ на поверхности воды и весьма несовершенно слипаются въ однообразную массу. Малая часть мокроты осѣдаетъ на дно сосуда, гдѣ образуетъ маркіи однообразный слой, въ которомъ замѣтны болѣе плотная частички кругловатаго или неправильнаго очертанія, величиною отъ булавочной головки до просянаго зерна. Нѣкоторыя изъ этихъ частичекъ окрашены въ сѣроватый и даже въ темнѣ-сѣрый цвѣтъ; онѣ легко вынимались пинцетомъ. Въ первыхъ числахъ декабря, т. е. спустя недѣлю со дня поступления больного въ клинику, было произведено мною тщательное микроскопическое изслѣдованіе мокроты, которое открыло въ ней слѣдующія характерныя явленія.

Вышеупомянутые осѣвшіе комочки, а также и болѣе плотныя частички, взятые изъ свѣжей мокроты, — состояли изъ большого количества молодыхъ соединительно-тканнхъ элементовъ въ разныхъ фазахъ своего развитія, начиная съ круглыхъ и слегка вытянутыхъ грануляціонныхъ элементовъ и веретено-образныхъ клѣтокъ съ ядромъ — до настоящихъ соединительно-тканнхъ волоконъ. Всѣ они были расположены въ правильные пучки, имѣющие форму овала, внутри котораго заключалась масса распада, жирно-перерожденныя клѣтки, зерна пигмента и кое-гдѣ пигментированныя и уже измѣнившіяся эпителиодныя клѣтки (см. рис. 1 и 2). Кроме того между волокнами соединительной ткани замѣчались щели, наполненныя лимфоидными элементами или отдѣльно сидящими, или расположенными въ видѣ кучекъ. Вездѣ встрѣчались также круглыя или скорѣе удлиненыя ядра и клѣточки, то слегка зернистыя, то матовыя, а также въ незначительномъ количествѣ красныя кровяныя тѣльца. На нѣкоторыхъ препаратахъ попадались продольно лежащіе капиллярные сосуды (см. рис. 1), расположенные между соединительно-тканными волокнами, обхватывающими гнѣздо распада. Сосуды эти были набиты съ одной стороны красными кровяными тѣльцами, а съ другой какою-то неопредѣленной мелко-зернистой массой, съ примѣсю тѣхъ же кровяныхъ тѣлецъ. Въ окружности подобныхъ образований, т. е. въ мокротѣ, окружающей ихъ, — встрѣчались разнообразныя эпителиальныя клѣтки; овальныя слегка пигментированныя клѣтки легочнаго эпителия съ ядромъ, затѣмъ цилиндрическія клѣтки бронховъ и плоскія — первыхъ дыхательныхъ путей. Но въ двухъ препаратахъ мы нашли и маленькія образковъ легочной ткани съ легочными альвеолами, соединительная ткань которой была утолщена и инфильтрирована круглыми и овальными грануляціонными элементами и кое-гдѣ зернами пигмента. Въ этихъ послѣднихъ препаратахъ вышеописанныхъ гнѣздъ распада не наблюдалось. Къ этому микроскопическому изслѣдованію мокроты слѣдуетъ прибавить, что въ остальномъ она состояла по преимуществу изъ гнойныхъ шариковъ съ незначительно сравнительно примѣсю слизистыхъ клѣтокъ и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ<sup>1)</sup>.

Мочи за сутки 760 куб. цтм.; цвѣтъ ея слегка насыщенный, а послѣ отстоя лимонно-желтый; на днѣ сосуда образуется осадокъ

<sup>1)</sup> Изслѣдованія мокроты на туберкулезныя палочки Косса не было сдѣлано, такъ какъ въ то время (декабрь 1881 г.) работа Косса не была еще опубликована; какъ извѣстно, она явилась только въ апрѣлѣ 1882 г.

мочекислых солей. Реакция кислая, удельный вѣсъ 1,023. При выпячении съ каплей весьма разведенной уксусной кислоты получается легкая муть; проба съ кришкой азотной кислотой давала слабую кольцеобразную муть. При тщательномъ микроскопическомъ изслѣдованіи осадка форменныхъ элементовъ не найдено, которыхъ не оказалось также и на фильтръ, послѣ профиживанія всего суточного количества мочи.

Стулъ одинъ или два раза въ день, кашцеобразный. Калъ нормальной окраски.

При поступленіи въ клинику больному назначено: Rr. Kalii iodati 4.0 Aq. destill. 180.0 M. D. S. 4 ложки въ день. Rr. Codeini 0,015; Sacchari 0,3. M. D. t. d. № 2 pro die.

Разборъ открытыхъ при изслѣдованіи фактовъ. Только что приведенное изслѣдованіе большого представляетъ, по моему мнѣнію, интересъ во многихъ отношеніяхъ. Какъ анамнезъ больного, такъ и факты, полученные при изслѣдованіи его, кажутся съ перваго раза на столько неопредѣленными и сбивчивыми, что поставить вѣрный діагнозъ на основаніи ихъ было, повидимому, весьма затруднительно. Намъ удалось все-таки связать клиническія явленія съ предшествующими заболѣваніями и установить, главнымъ образомъ на основаніи микроскопическаго изслѣдованія мокроты, вѣрную точку зрѣнія на его легочный процессъ.

Первый вопросъ, подлежащій рѣшенію, заключается въ томъ, страдалъ ли дѣйствительно нашъ больной сифилисомъ? Для рѣшенія этого вопроса разберемъ сначала анамнестическія данныя, а затѣмъ и объективныя явленія, наблюдавшіяся при его изслѣдованіи въ клиникѣ.

О характерѣ язвы, появившейся на членѣ въ декабрѣ 1878 г., мы имѣемъ, къ сожалѣнію, неопредѣленныя свѣдѣнія, такъ какъ больной не могъ описать ни простѣйшихъ свойствъ ея, ни передать отзыва о ней лѣчившаго его медика. Онъ утверждаетъ только, что язва зажила лишь по истеченіи 4 мѣсяцевъ. Известно, что изъязвленія, являющіяся на поверхности первичнаго затвердѣнія, часто заживаютъ такъ скоро, что проходятъ совершенно незамѣченными; только въ случаяхъ болѣе глубокаго изъязвленія твердые шанкры обнаруживаютъ малую наклонность къ заживленію. По мнѣнію нѣкоторыхъ сифилитологовъ, напр. Zeissl<sup>1)</sup>, замедленіе заживленія септической язвы должно считаться немаловажнымъ указаніемъ на сифилитическое происхожденіе ея; 4-хъ мѣсячный срокъ для простой

<sup>1)</sup> Zeissl, Lehrb. d. syphilis. 3 изд. 1875. m. I, стр. 201.

венерической язвы очень длинная; обыкновенно она заживаетъ черезъ 6—8 недѣль. Только при неблагоприятныхъ условіяхъ теченіе мягкаго шанкра можетъ затянуться на болѣе продолжительный срокъ; особенно это часто наблюдается при наклонности къ фагаденію, но тогда разрушеніе на мѣстѣ такой язвы бываетъ сильнее выражено противъ обыкновеннаго, и рубцы получаются болѣе глубокиѣ. У нашего же больного рубецъ на верхней части крайней плоти весьма малъ, поверхность, что говоритъ противъ глубокаго разрушенія тканей, сѣдловатъ и противъ фагаденческаго шанкра. Бубонъ, появившійся черезъ 3 недѣли послѣ язвы и перешедшій въ нагноеніе, указываетъ, на основаніи установившихся въ сифилитологии воззрѣній, на несифилитическое свойство бубона. Однако не нужно забывать и тѣхъ твердо установленныхъ фактовъ, гдѣ, вслѣдствіе неблагоприятныхъ условій, большой ходбы и другихъ тѣлесныхъ напряженій, можетъ явиться воспаление кѣтъчатки около небольшой опухоли железъ (periadenitis), имѣющее своимъ исходомъ нагноеніе (Väumler<sup>2)</sup>, Lancers<sup>3)</sup>). Лица же съ такъ наз. золотушнымъ тѣлоблженіемъ, по словамъ Väumlera, вообще склонны уже при легкомъ периферическомъ раздраженіи получать значительныя опухоли железъ, переходящія очень часто въ изъязвленія или творожистое перерожденіе. А потому и сифилитическій ядъ у нихъ служитъ достаточнымъ поводомъ къ развитію такихъ значительныхъ измѣненій. Нашъ больной, какъ видно изъ анамнеза, представлялъ только-что указанныя условія для образованія той или другой формы гноящагося бубона: онъ былъ съ малолѣтства золотушныи и по роду своей службы принужденъ былъ находиться съ утра до вечера на ногахъ.

Кромѣ того, можно сдѣлать еще два предположенія: или больной, будучи уже сифилитикомъ, могъ въ декабрѣ 1879 г. заразиться отдѣляемымъ мягкаго шанкра, или, будучи до того здоровымъ, могъ получить сифилитическій шанкръ. Что дѣлать подобныя предположенія позволительно, это ясно доказываютъ многочисленные опыты и наблюденія проф. В. М. Тарновскаго<sup>3)</sup>, доказавшаго возможность существованія какъ мягкаго шанкра у сифилитиковъ, такъ и сифилитическаго у здоровыхъ людей. Для перваго предположенія у насъ въ анамнезѣ нѣтъ почти никакихъ данныхъ, кромѣ вапой-

<sup>2)</sup> Väumler, статья о сифилитѣ въ рук. Ziemssse'на. Къ частн. патол. и тер., русск. пер. 1876 г. т. III, стр. 101.

<sup>3)</sup> Lancers, Ученіе о сифилитѣ, русск. пер. 1878, стр. 128.

<sup>4)</sup> См. его прнжчванія на стр. 113—121, въ „Ученіе о сифилитѣ“ Lancers'а.

то ранки, бывшей на членѣ 12 лѣтъ тому назадъ и зажившей безъ всякаго лѣченія, и кромѣ утверждения больного о томъ, что у него на тѣлѣ не было никакихъ сыпей со дня зараженія и до поступления въ клинику, гдѣ и мы таковыхъ у него не наблюдали. Если бы мы имѣли всякія указанія на характерныя проявленія сифилиса въ ранней его молодости, наследственнаго или приобретеннаго,—все равно,—тогда къ нему можно было бы примѣнить слѣдующее положеніе проф. В. М. Тарновскаго (I. с. стр. 119): «Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ мягкой шанкры сифилитика осложняется шанкернымъ бубономъ. У подобныхъ больныхъ можно, слѣдовательно, наблюдать шанкры съ ясно выраженнымъ уплотненнымъ, сопровождающимся язвеннымъ бубономъ и не влекущие за собой послѣдовательныхъ проявленій сифилиса». Но скорѣе можно допустить, что у больного вторичныя явленія были на столько незначительны и мало выражены, что онъ самъ ихъ не замѣтилъ. «Roseola syphilitica, говоритъ Baumlet, иногда бываетъ единственною сыпной формой во все теченіе сифилиса. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ имѣть, повидимому, и совсѣмъ никакой сыпи на кожѣ, и болѣзь вызываетъ только незначительные процессы въ зѣбѣ, особенно на мицеллевидныхъ железахъ. Однако утверждать это съ положительностью нельзя при столь хронической болѣзни, при которой незначительныя и разсыпная наклонныя сыпи легко могутъ быть просмотрѣны какъ больнымъ, такъ и врачомъ». Фактъ, что врачъ съездъ необходимымъ подвергнуть нашего больного специфическому лѣченію, можетъ говорить въ пользу того, что въ то время уже были основанія для примѣненія подобнаго лѣченія. Кромѣ того намъ извѣстно, что у него уже очень рано появились dolores osteoepici, что опухоль надъ правымъ соскомъ, по своему теченію и по медленному заживленію образовавшейся послѣ разрыва язвы,—была ничто иное какъ сифилитическій кожный узелъ (gumma) съ присоединившимся пероститомъ 3-го ребра, на что указываютъ оставшаяся неровность нижняго его края. Далѣе найденныя нами утолщенія надкостницы темянной кости, одного изъ сосцевидныхъ отростковъ; локтевыхъ костей, затѣмъ увеличенная и плотная головка лѣваго придатка— все это такія болѣзненные измѣненія, которыя мы должны считать послѣдствіями сифилиса.

Переходя теперь къ опредѣленію характера легочнаго заболѣванія у нашего больного, мы разберемъ данныя объективнаго изслѣдованія.

Первое впечатлѣніе при осмотрѣ его типично-бочкообразной груди заставляетъ предполагать эмфизему, на которую указываютъ также и другія клиническія данныя,—а именно: сильная одышка, цианозъ, вздуваніе bulbi v. jugularis dextrae, Гаррисонова борода, pulsatio epigastrica, значительное уменьшеніе жизненной емкости легкихъ, превышеніе инспираторнаго давления (ровно вдвое) надъ экспираторнымъ и, наконецъ, нѣкоторыя данныя постукиванія и выслушванія, указывающія на увеличеніе объема легкихъ и ослабленіе дыхательныхъ шумовъ въ нижнихъ заднихъ частяхъ съ обихъ сторонъ.

Но, помимо перечисленныхъ признаковъ, найдены и другіе, указывающіе на то, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло еще и съ другимъ легочнымъ процессомъ. Такъ, притупленіе перкуторнаго звука, крепитирующие хрипы и немного усиленное голосовое дрожаніе соответственно правой верхушкѣ указываютъ на уплотненіе ея; а тѣ же явленія сбоку, въ верхней трети подмышечной области и сзади у корня легкаго говорятъ за уплотненіе средней части праваго легкаго. Кромѣ того, съ лѣвой стороны, тоже въ верхней части подмышечной области, опредѣляется при сильной перкуссии рѣзкое ограниченное уплотненіе, находящееся, слѣдовательно, не близъ поверхности легкаго, а въ глубинѣ его. Замѣчаемое въ этомъ мѣстѣ бронхиальное дыханіе, какъ при вдохѣ, такъ и при выдохѣ, затѣмъ мелкіе, звучащіе хрипы и Винтриховское уменьшеніе высоты тимпанческаго звука указываютъ на образованіе одной или нѣсколькихъ полостей. Рѣзкое же втягиваніе при выдыханіи 3-го межреберья справа и постоянно втянутое положеніе втораго межреберья съ той же стороны—говорятъ за сращеніе на этихъ мѣстахъ легкаго съ грудной стѣной; а рѣзкое втягиваніе нижнихъ межреберій лѣвой стороны— за вѣроятное сращеніе лѣваго легкаго съ диафрагмой.

Что же это за уплотненія, найденныя нами въ томъ и другомъ легкомъ? Прежде всего является подозрѣніе на счетъ туберкулезной инфильтраціи; но отсутствіе наследственнаго предрасположенія, кровохарканія, лихорадки и ночныхъ потовъ,—все это говоритъ противъ туберкулеза. Уплотненіе могло еще зависѣть и отъ развитія въ легкихъ какихъ-либо опухолей или хронической интерстиціальной пневмоніи, являющейся какъ въ гнѣздной, такъ и разлитой формѣ. Изъ опухолей здѣсь наблюдаются иногда ракъ и саркома, болѣе рѣдко гумозные узлы и только въ исключительныхъ случаяхъ, самые. Такъ какъ нашъ больной страдалъ сифилисомъ, слѣды котораго на-

блуждают и по настоящее время, то, говоря об опухолях, вероятно всего предположить один только гуммы. Вопрос о том, имеем ли мы действительно какую нибудь опухоль в легких, разрешается весьма легко на основании данных микроскопического исследования мокроты.

Описанные ранѣ (см. стр. 49), осѣдшія изъ мокроты на дно сосуда, маленькія болѣе плотныя частички далеко превосходили размеры нормальнаго легочнаго пузырька, тѣмъ болѣе, что въ окружности ихъ не было ничего похожаго на легочную ткань. Ихъ нельзя признать и за бугорки, такъ какъ выдающееся морфологическое особенностью бугорчататаго новообразованія считается «абсолютная его безкровность» (Rindfleisch)<sup>1)</sup>, между тѣмъ какъ въ большинствѣ такихъ образований я находилъ капиллярные сосуды съ кровяными тѣльцами (см. рис. 1). Кроме капилляровъ здѣсь виднѣ еще постепенный переходъ образовательныхъ тѣлецъ въ веретенообразные элементы, а затѣмъ и въ соединительно-тканныя волокна (см. рис. 1 и 2); грануляціонныя же кѣтки бугорка весьма мало наклонны въ такой дѣльнейшей организаціи. Нельзя не упомянуть и о самыхъ бугоркахъ, отличить которые отъ обыкновенныхъ и сифилитическихъ бываетъ иногда очень затруднительно; я исключаю ихъ уже на томъ простомъ основаніи, что при изслѣдованіи большаго не было найдено ничего такого, что заставляло бы подозрѣвать ихъ въ данномъ случаѣ. Отсюда видно, что находимыя мною въ мокротѣ образования съ центральнымъ распадомъ, окруженнымъ соединительною тканью, инфильтрованную грануляціонными элементами, среди которой попадались иногда и сосуды,—представляютъ особая, отличныя отъ обыкновеннаго бугорка, гранулемы, которыя болѣе всего похожи на гумозные распадающіеся узелки (сифилитическая гранулема, syphiloma, guma). Препараты, изображенные на прилагаемыхъ рисункахъ, были демонстрированы проф. П. П. Ивановскому.

Имѣя, такимъ образомъ, въ мокротѣ явные указанія на существованіе въ легкихъ нашего больнаго распадающихся гумозныхъ опухолей, мы остановились на діагнозѣ сифилиса легкихъ. На основаніи данныхъ постукиванія и выслушанія можно было заключить, что мѣстомъ развитія гумозныхъ узловъ служили: правая верхушка и средняя часть того и другаго легкаго. Послѣдняя лока-

<sup>1)</sup> Rindfleisch, статья „Хроническая и острая бугорчатка“ въ Ручокъ части пат. и therap. Ziemssen'a, русск. пер. 1876, т. 5, стр. 542 и 544.

лизация болѣзненнаго процесса многими авторами считается характерной для сифилитическихъ заболѣваній легкихъ. Гумозныя опухоли чаще встрѣчаются ближе къ поверхности легкаго, особенно когда онѣ небольшихъ размѣровъ, и почти одинаково часто поражаютъ какъ верхнія доли, такъ и нижнія. Опухоли же болѣе значительныхъ размѣровъ обыкновенно гнѣдаются въ глубинѣ органа. Какъ тѣ, такъ и другія даютъ поводъ къ развитію въ окрестности ихъ или гумозной инфильтраціи (pneumonia gummosa), или интерстиціальной пневмоніи. Поэтому, безъ всякой натяжки, можно было заключить о существованіи у нашего больнаго и интерстиціальной пневмоніи съ образованіемъ бронхоэктазическихъ кавернъ, давшихъ характерныя полостныя явленія въ лѣвой подмышечной впадинѣ. Не слѣдуетъ упускать изъ виду и возможности образованія въ данномъ случаѣ полостей въ легкихъ вслѣдствіе распада гумозныхъ узловъ или гумозно инфильтрированныхъ участковъ легочной ткани, на что ясно указываютъ микроскопическіе препараты изъ мокроты.

Относительно сердца я долженъ замѣтить, что продольное увеличеніе его тупости, разлитой слабый толчекъ, заходящій за лѣвую мамиллярную линію и ощущаемый ниже нормальнаго, слабый угороченный нервый тонъ и малый, слабый пульсъ — указываютъ на расширеніе лѣваго желудочка; а увеличеніе поперечника сердца, pulsatio epigastrica и акцентъ на второмъ тонѣ легочной артеріи — на гипертрофію праваго.

Большая, плотная и чувствительная печень, гладкая ея поверхность, закругленный ровный край при одновременномъ увеличеніи селезенки и явленіяхъ сифилиса въ другихъ органахъ — позволяютъ сдѣлать заключеніе о hepatitis interstitialis syphilitica. Въ селезенкѣ можно предполагать такой же интерстиціальный процессъ, такъ какъ она значительно увеличена и плотна.

Малое суточное количество мочи (760 куб. ц.), повышенный удѣльный вѣсъ ея (1,023), слегка насыщенный цвѣтъ, красноватый осадокъ мочевисныхъ солей, отсутствіе цилиндровъ и сахара въ блѣднѣ — указываютъ на застойную гиперемію почекъ.

Такимъ образомъ, изъ представленнаго разбора данныхъ клиническаго изслѣдованія видно, что нашъ больной представляетъ явленія довольно распространеннаго висцеральнаго сифилиса.

Теченіе болѣзни. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, продолжавшемся два мѣсяца, особенно рѣзко бросались въ глаза расстройствя со стороны кровообращенія и дыханія при постоянно и пор-

мальной температурѣ и неоднократно обостреніи бронхіальнаго катарра. Дѣятельность сердца постепенно ослабѣвала, въ пульсѣ часто наблюдались перерывы во время дыхательныхъ движеній (такъ наз. *pulsus paradoxus*), *pulsatio epigastrica*, при одновременномъ увеличеніи печени, видимо дѣлалась рѣзче; она иногда вызывала жабы больного на боль и сильное бѣшеніе подъ ложечкой. Параллельно съ этимъ усиливались цианозъ и одышка: больной не только не могъ лежать, но даже и сидя дышалъ съ замѣтнымъ усиліемъ, отыскивая удобное положеніе и опору для рукъ. Хотя суточное количество мочи оставалось постоянно малымъ и въ теченіи послѣднихъ 4-хъ недѣль ни разу не достигало половины нормальнаго количества, а болѣею частію было меньше  $\frac{1}{3}$  нормальнаго, но удѣльный вѣсъ ея, бывшій въ началѣ выше нормальнаго, уменьшился, что, какъ и малое содержаніе главнѣйшихъ составныхъ частей въ мочѣ, указывало на высокую степень упадка питанія. При этомъ постоянно маломъ суточномъ количествѣ мочи и постепенномъ увеличеніи вѣса тѣла, асцитъ, отеки легкихъ и общихъ покрововъ быстро увеличивались. Подъ конецъ присоединился поносъ. При явленіяхъ весьма затрудненнаго дыханія и сильнаго ослабленія сердечной дѣятельности послѣдовала смерть 23 января.

Для болѣе удобнаго обозрѣнія теченія болѣзни, приведемъ нижеслѣдующую таблицу, съ нѣкоторыми примѣчаніями, относящимися къ колебаніямъ мѣстныхъ явленій со дня на день, а также съ указаніями на предпринятое лѣченіе, которое, однако, не имѣло даже и временнаго успѣха.

## Таблица I.

Дата	Температура	Питаніе	Моча	Состояніе
1891 г. 11 янв.	37,5	норм.	норм.	норм.
12	37,5	норм.	норм.	норм.
13	37,5	норм.	норм.	норм.
14	37,5	норм.	норм.	норм.
15	37,5	норм.	норм.	норм.
16	37,5	норм.	норм.	норм.
17	37,5	норм.	норм.	норм.
18	37,5	норм.	норм.	норм.
19	37,5	норм.	норм.	норм.
20	37,5	норм.	норм.	норм.
21	37,5	норм.	норм.	норм.
22	37,5	норм.	норм.	норм.
23	37,5	норм.	норм.	норм.





*Вскрытие* было произведено профессором Н. П. Ивановским и м.т., со словъ котораго былъ записанъ слѣдующій протоколъ:

Твердая мозговая оболочка утолщена, по мѣстамъ сращена съ риа, которая гиперемирована, мутна, съ развитіемъ пахіоновыхъ грануляцій: по продольной бороздѣ трудно отдѣляется. Въ растянутыхъ желудочкахъ небольшое количество серозной жидкости; еpendyma ихъ утолщена и плотна.

Ткань мозга неравноумѣрной плотности; болѣе уплотненныя мѣста находятся въ обоихъ thalami optici и въ корковомъ слоеъ обоихъ полушарій. Сосуды основанія мозга безъ измѣненій. 4-й желудочекъ растянутъ, еpendyma утолщена, зерниста и мягка, ткань мозжечка неравноумѣрной плотности.

Сердце прикрито сверху передними краями обоихъ легкихъ; въ полости pericardii около 4 унцій жидкости. Сердце въ длинникѣ—3 дюйма, а въ попереникѣ—5 дюймовъ. Pericardium утолщено, мутно, съ образованіемъ бѣлыхъ, молочныхъ пятенъ. Полость праваго желудка увеличена, трабекулы утолщены, мышцы бѣдны. Полость лѣваго желудка растянута, толщина стѣнки = 3 лин.; мышцы бѣдны, съ желтоватымъ оттѣнкомъ, мѣстами разращеніе соединительной ткани. Клапаны и эндокарій—безъ измѣненія.

Лѣвое легкое сращено нижней своей долей съ боковой и задней поверхностью грудной стѣнки соединительно-тканными перемычками, а также и съ диафрагмой. На мѣстахъ сращеній въ нижней долѣ замѣчаются болѣе плотныя гнѣзда, мало содержащія воздуха; они окрашены въ темноаспидный цвѣтъ и содержатъ мелкія бронхктазическія полости. Другія гнѣзда разсыяны по всей нижней долѣ, но сосредоточены преимущественно вблизи корня легкаго, гдѣ эти гнѣзда образуютъ почти сплошную массу около бронховъ, стѣнки которыхъ расширены, утолщены и мѣстами изъязвлены. Эти участки покрыты слоемъ легочной ткани, содержащей воздухъ. Мѣстами замѣчаются плотные узелки и полоски темнаго цвѣта, соответствующія перерѣзаннымъ въ различныхъ направленіяхъ мелкимъ бронхамъ. Остальная ткань проходима для воздуха, отека, сильно пигментирована и эмфизематозна. Слизистая оболочка крупныхъ бронховъ значительно утолщена и темнокраснаго цвѣта. Правое легкое плотно сращено съ грудной стѣнкой въ области 2 и 3 ребра и отчасти съ диафрагмой; доли его сращены между собою; передній край бугристы, эмфизематозны; верхушка сморщена съ образованіемъ рубцовыхъ втягиваній, на мѣстѣ которыхъ находится плотное гнѣздо; такое же гнѣздо, величиной съ воложскій орѣхъ, находится въ верхней части ниж-

ней доли, вблизи корня легкаго, между вѣтвями крупныхъ бронховъ, въ окружности которыхъ соединительная ткань утолщена. Остальная ткань проходима для воздуха, отека и эмфизематозна.

Селезенка увеличена въ объемѣ, на капсулѣ мѣстами находится утолщенія; ткань селезенки плотна и умѣренно наполнена кровью.

Печень въ попереникѣ 10 дюймовъ, въ длинникѣ 6 1/2 д., а въ толщину—3 д. Поверхность неровна, съ довольно глубокими рубцовыми вдавленіями на выпуклой поверхности правой доли; капсула на этихъ вдавленіяхъ утолщена. Ткань печени содержитъ довольно значительное количество крови. Дольки ясно выражены, на поверхности разрѣза представляютъ въ видѣ сѣрыхъ узелковъ. Разрѣзы черезъ вдавленія показываютъ гнѣзда, въ центрѣ состоящіе изъ твѣржистой массы; въ окружности—плотная, почти твердая ткань.

*Левая почка* увеличена въ объемѣ, капсула мѣстами отдѣляется трудно, корковый ея слой утолщенъ, шпиральки укорочены, лоханки растянуты; ткань плотна и представляетъ застойную гиперемію. *Правая почка*: капсула отдѣляется мѣстами трудно; близъ поверхности замѣчается гнѣздо, гуща, величиной съ горошину; въ остальной массѣ правой почки нѣтъ такой же видѣ, какъ и въ лѣвой.

Брызжеечныя железы малы и плотны. Въ полости peritonei—накопленіе серозной жидкости. На поверхности желудка, въ области большой кривизны, серозная оболочка утолщена, аспиднаго цвѣта, мѣстами съ вдавленіями, отличающимися отъ окружающихъ покрововъ бѣдностью и значительной тонкостью.

*Кишки.* Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ отека, въ ней замѣчается застой. Въ тонкихъ кишкахъ мѣстами встрѣчаются увеличенныя солитарныя железы. Въ colon ascendens, близъ coecum, замѣчается язва (сифилитическая), почти зарубцевавшаяся. Слизистая оболочка мочеваго пузыря бѣдна. Паховыя железы представляются плотными, на разрѣзѣ бѣдными; онѣ состоятъ почти изъ одной рубцовой ткани.

Миндалевидныя железы увеличены и также съ разрастаніемъ соединительной ткани.

Въ головномъ концѣ epididymis—гумозный узелъ.

Болѣе подробное изслѣдованіе узловъ въ легкихъ показало, что не всѣ они были вполнѣ одинаковаго строенія. Такъ, плотный узелъ, находившійся въ правой верхушкѣ, былъ окруженъ толстымъ слоемъ волокнистой ткани, которая въ видѣ отростковъ или лучей распро-

странялась кнаружи до плеуральной поверхности легкого, вследствие чего и получались рубцовая втягивания. В центральных своих частях они состояли (при микроскопическом исследовании) тоже из волокнистой соединительной ткани, но между ее пучками во многих местах находилась зернистая, однородная масса, не имевшая никакого определенного строения. В более наружных частях эта соединительная ткань была гораздо моложе: здесь можно было встретить все переходные формы ее развития от грануляционных клеточек—до веретенообразных и настоящих соединительно-тканых волокон. Кроме того среди этой молодой ткани замечались сосуды с сильно утолщенными створками—то более или менее пустые, то набитые кровяными тельцами. Паренхима легких в ближайшей окружности этого узла представляла значительное утолщение междольевой соединительной ткани, которая была инфильтрирована круглыми и овальными, как бы слегка вытиснутыми по длине волокон, грануляционными клетками, малозернистыми и имевшими большое ядро; большая же часть из них состояла как бы из одних ядер. Створки проходящих здесь бронхов представлялись утолщенными. Легочная альвеола были сжаты, в полость некоторых из них видимо вросла грануляционная ткань, в других же замечалось утолщение створки на счет инфильтрации их упомянутыми элементами, которые находились и в полости самих альвеол, непосредственно и вблизи их створок, с небольшим количеством жирно-перерожденных эпителиальных клеток и гнойных шариков. Мелкие (капиллярные) и более крупные сосуды представлялись большей частью сдавленными, некоторые же были облитерированы, а створки утолщены. Узел, находившийся в верхней части нижней правой доли, отличался от только что описанного тем, что центр его заключал гораздо больше сыровидной мелко-зернистой массы. В окружности его встречались небольшие островки, состоящие из грануляционных клеточек и окруженные волоконистым слоем. В центре островков грануляционные клетки видимо подвержены уже обратному перерождению, так как один из них зернисты, другие жирно-перерождены, третьи резко атрофированы, а промежуток между клетками выполнен мелко-зернистой массой распада. Окружающий же их волокнистый слой, напротив, представляет наклонность к дальнейшему развитию, ибо в нем замечаются веретенообразные клетки разной величины, заключенные среди волокон молодой соединительной ткани; здесь встречаются также поперечно и про-

дольно разбитые сосуды, содержащие кровяными тельца. Подобную же микроскопическую картину представляли и узлы лѣвого легкого, заключенные в гиперпрофирированной промежуточной соединительной ткани, преимущественно вблизи бронхов. Изъязвление, замѣченное в стѣнках некоторых бронховѣтвей, зависѣло от распада и секвѣстрации развившихся в окрѣжности их упомянутых выше грануляционных узелков. Некоторые же маленькія подосты прошли вслѣдствіе распада инфильтрированной этими узелками легочной ткани.

*Эпикриз.* Патолого-анатомическія данныя, полученныя при вскрытіи, вполне подтвердили опредѣленный при жизни сифилитическій характеръ пораженія легочной ткани, печени и яичка. Такъ, плотный узелъ въ верхушкѣ праваго легкаго есть ничто иное, какъ старая гумма, перешедшая уже въ рубцеваніе, чѣмъ и вызвано сморщиваніе верхушки со втянутыми рубцами на поверхности ея. Такой же гуммозный узелъ мы имѣемъ въ верхней части правой нижней доли; окружающая же его легочная паренхима представляла разрастаніе соединительной ткани и инфильтрацію ея милиарными гуммами. Сращеніе легкаго съ грудной стѣнкой въ области 2 и 3 ребра правой стороны легко объяснить адезивнымъ плевритомъ, развившимся per continuitatem во время образованія гуммознаго кожного узла во 2-мъ межреберьи и сифилитическаго періостита 3-го ребра. Сращеніе же отдѣльных долей праваго легкаго между собой могло зависѣть какъ отъ распространенія интерстиціального процесса отъ нижняго гуммознаго узла къ соприкасающимся поверхностямъ этихъ долей, такъ и вслѣдствіе плеврита, развившагося какъ разъ въ такомъ мѣстѣ, которое соответствуетъ верхней междолевой бороздѣ. Этими измѣненіями въ верхнихъ и среднихъ частяхъ праваго легкаго соответствовали и наблюдавшіяся при жизни явленія постукиванія и выслушванія. Остальныя части праваго легкаго, оказавшіяся при жизни эмфизематозными, были найдены таковыми и при вскрытіи. Что касается лѣваго легкаго, то интересующій насъ патологическій процессъ былъ развитъ здѣсь преимущественно въ нижней долѣ. Тутъ мы имѣемъ вблизи *hilus pulmonis* почти сплошную массу гнѣздъ гуммознаго характера, которая была разсыяна и по всей долѣ. Эти гнѣзда могли служить источникомъ найденныхъ нами въ мочкѣ милиарныхъ гуммъ, послѣ того какъ, вслѣдствіе распада ихъ, образовались изъязвленія въ стѣнкахъ расширенныхъ и утолщенныхъ бронховъ и въ прилежащей къ нимъ легочной ткани. Далѣе мы видимъ здѣсь

распространенный перибронхитъ съ гипертрофiей въ окружности бронховъ соединительной ткани и викарной эмфиземой остальныхъ частей легкаго. Слѣдовательно въ обоихъ легкихъ мы находимъ такіа измѣненія, которыя не оставляютъ никакого сомнѣнія въ ихъ сифилитической природѣ. Заслуживаетъ вниманія и та особенность данного случая, что болѣзненный процессъ гнѣздился главнымъ образомъ въ среднихъ частяхъ легкихъ, гдѣ найдены и болѣе рѣзкія измѣненія. Но не менѣе важенъ для клиники и тотъ фактъ, что здѣсь были характерныя измѣненія и въ одной изъ верхушекъ.

Гипертрофія праваго желудка вполнѣ понятна, какъ результатъ препятствія для тока крови въ маломъ кругу вѣдѣствіе рубцеванія и эмфиземы легкихъ; расширение же лѣваго желудка явилось результатомъ жировата перерожденія его мышцы, вѣроятно, сначала представлявшей гипертрофію вѣдѣствіе артерioskлероза.

Интерстиціальныи процессъ въ печени, селезенкѣ, почкахъ, желудкѣ, брыжжеечныхъ, паховыхъ и мидалевидныхъ железахъ, рубцы и гуммы въ печени, правой почкѣ и головномъ концѣ epididymis, наконецъ, почти зарубцевавшаяся сифилитическая язва въ слѣпой кишкѣ, — все это даетъ ясное представленіе о висцеральномъ сифилисѣ у нашего больного.

*Наблюденіе 2-е.* Н. П., с.-петербургская мѣщанка, 25 лѣтъ, поступила въ Калининскую больницу (съ води по бланкѣ) 24 ноября 1883 г.

Больная въ 16 лѣтъ была уже проституткой; сначала она жила въ домѣ терпимости (по билету), а затѣмъ до послѣдняго времени на водѣ (по бланкѣ). Въ больницѣ не въ первый разъ: ранѣ многократно лѣчилась отъ urethritis, vaginitis, erosiones et ulcera genitalium. Шестъ лѣтъ тому назадъ у нея былъ твердый шанкръ въ fossa navicularis, а затѣмъ развились и послѣдовательныя явленія на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ; оставшіеся послѣ шанкра рубцы нѣсколько разъ изъязвлялись. Съ тѣхъ поръ часто появлялись бѣлыя и excoagitationes на половыхъ органахъ. Года 4 тому назадъ начала кашлять; тогда же стала чувствовать одышку во время ходьбы и тупую боль въ груди, въ области ossis sterni. Кашель по временамъ исчезалъ и затѣмъ появлялся вновь всякій разъ, какъ больная протѣужалась. Мокрота всегда отдѣлялась въ маломъ количествѣ, а иногда ея и совсѣмъ не бывало; временами въ ней больная замѣчала нелоски крови. Такъ какъ кровохарканіе наблюдалось всего нѣсколько разъ (3 или 4), то больная и не могла припомнить, при

какихъ именно условіяхъ происходило появленіе крови въ мокротѣ. По ночамъ никогда не потѣла; изрѣдка бывала то знобъ, то жаръ. Родители больной, на сколько она помнитъ, никакими грудными болѣзнями не страдали; они живы до сихъ поръ.

Уже два года больная страдаетъ болями въ ногахъ, усиливающимися по ночамъ. Въ настоящее время она жалуется на кашель, безновойщій ее болѣе всего по ночамъ, одышку, слабость и боль въ лѣвой половинѣ груди. Лежать можетъ свободно только на правомъ боку, такъ какъ при положеніи на лѣвомъ одышка значительно усиливается и является мучительный кашель.

*Исслѣдованіе больной.* Больная средняго роста, весьма анемична; губы рта цианотичны. Костная система развита хорошо, мышцы явлы, подкожный жирный слой незначителенъ. На тѣлѣ никакихъ рубцовъ и ятвенъ не замѣтно; надъ лѣвой лопаткой нѣсколько рубцующихся язвочекъ, происшедшихъ отъ укуса большой ея подругой. Над- и подъяичничныя ямки выражены рѣзче съ лѣвой стороны. Второе и третье межреберья съ лѣвой стороны явственно обозначены; лѣвая половина груди кажется площе правой. Больная дышетъ свободно (28 дыханій въ минуту); лѣвая половина груди какъ всегда, такъ и сади весьма мало принимаетъ участія въ дыхательныхъ движеніяхъ; нижнія межреберья сава при вдыханіи втягиваются; fremitus pectoralis на лѣвой сторонѣ выраженъ гораздо явнѣе, чѣмъ на правой.

Надкостница лѣвой локтевой кости утолщена, бугриста; то же замѣчается и на передней поверхности большеберцовыхъ костей. Паховыя железы плотны, не увеличены. Въ fossa navicularis прощупывается плотный рубецъ.

На *правомъ легкомъ* спереди сверху до низу перекурторный звукъ ясный, съ тимпаническимъ оттѣнкомъ; то же самое и въ подмышечной области. Нижняя граница легкаго по 1. mamillarіs на 7 ребрѣ, а сади на 11-мъ. У основанія правой лопатки на ограниченномъ пространствѣ звукъ притупленъ; такое же ограниченное притупленіе, но рѣзче выраженное, наблюдается у нижняго угла лопатки. Въ остальныхъ мѣстахъ сади звукъ менѣе ясенъ, чѣмъ спереди, но съ такимъ же тимпаническимъ оттѣнкомъ. При выслушиваніи спереди замѣчается усиленное везикулярное дыханіе, которое слышно и сбоку; сади же у основанія лопатки слабое бронхиальное дыханіе и изрѣдка свистящія хрипы; соответствующему нижнему притупленію бронхиальное дыханіе выражено рѣзче, и иногда слышны звуучные

хрипы. Ниже лопатки — ослабленное везикулярное дыхание без хриповъ.

При постукивании *левой* половины груди надъ и подъ ключицей получается тупотимпанический звукъ до 2-го межреберья; начиная отсюда и до 6-го ребра звукъ тупой. Въ подмышечной области, въ верхней ея части, рѣзкое притупление съ тимпаническимъ отгѣнкомъ, мѣняющимся въ высотѣ при открываніи рта; а въ остальныхъ мѣстахъ этой области звукъ тупой, такъ же какъ и сади отъ половины лопатки до самаго низу (до 12 ребра), между тѣмъ какъ надъ *спина scapulae* и ниже ея звукъ тупотимпаниченъ, а между основаніемъ лопатки и позвоночникомъ — тупость звука увеличивается, а тимпаничность уменьшается. Надъ лѣвой ключицей и подъ ней рѣзкій бронхиальный выдохъ; подъ акроміальнымъ концомъ ключицы бронхиальное дыханіе съ амфорическимъ отгѣнкомъ и, послѣ кашля, металлические хрипы. Въ подмышечной впадинѣ — амфорическое дыханіе и металлические хрипы, ниже же бронхиальный выдохъ. Сади сверху до низу бронхиальный выдохъ, который рѣзче всего слышенъ ниже угла лопатки; въ межлопаточной области бронхиальное дыханіе. Сбоку и сади никакихъ хриповъ не слышно.

Сердечный толчокъ ощущается яснѣ всего въ 4-мъ межреберья и менѣе ясно въ 5-мъ; онъ заходитъ на 1½ поперечныхъ пальца кънаружи отъ сосковой линіи. При ощущеніи 2-го лѣваго межреберья получается ощущеніе удара, совпадающаго съ діастолой сердца. Перкуторныя границы сердца (при гаубкой перкуссии): сверху — подъ вторымъ ребромъ, снизу на нижнемъ краѣ 5-го ребра; въ поперечномъ направленіи сердечная тупость начинается отъ праваго края грудины и идетъ влѣво на 1½ поперечныхъ пальца за сосковую линію. Тоны на желудочкахъ чисты, почти одинаковой силы; второй тонъ легочной артеріи во 2-мъ лѣвомъ межреберьи съ рѣзкимъ акцентомъ; тоны на аортѣ нормальны. Пульсъ мягкій, ровный, 96 въ минуту.

Печень не прощупывается; верхняя ея граница при сильной перкуссии начинается съ 5-го ребра по сосковой линіи и съ 7-го по подмышечной; нижняя граница по краю реберъ. Селезенка не прощупывается; граница ея опредѣлить было нельзя. Животъ слегка вздутъ газами, безболѣзненъ; на *coecum* и *S. transv.* перкуторный звукъ притупленъ отъ скопленія каловыхъ массъ. Асцитъ нѣтъ.

При ларингоскопическомъ изслѣдованіи ни въ гортани, ни въ горлѣ никакихъ болѣзненныхъ измѣненій не найдено.

Мокроты отдѣляется весьма мало; она является въ большемъ

количествѣ только по ночамъ при сильномъ кашлѣ, сопровождающимся часто рвотой. Мокрота — слизисто-гнояная, безъ примѣси крови; запахъ ея неприятный, какой-то приторный и въислѣбовой похожий на запахъ лимбургскаго сыра. Тщательное изслѣдованіе ея на туберкулезныя палочки дало отрицательный результатъ.

Мочи 1100 куб. ц.; уд. в. 1,018; она свѣтло-желтаго цвѣта; бѣлка, сахару, желчныхъ кислотъ и пигментовъ, а также цилиндровъ въ ней не найдено. Стулъ нормальный, 1 разъ въ день.

Въ началѣ болѣзны была назначена T-ra Opri benzoica, по 20 капель три раза въ день, а черезъ три дня Ferrum iodatum saccharatum по 0,12 на приемъ, три раза въ день.

*Теченіе болѣзни.* 1-го декабря. П. 100. Д. 28. Жалуется на сильную одышку по ночамъ и кашель. Явления въ легкихъ тѣ же. 9-го декабря. П. 108. Д. 24. Самочувствіе лучше. Подъ акроміальнымъ концомъ лѣвой ключицы рѣзкое амфорическое дыханіе безъ хриповъ. У угла праваго лопатки на ограниченномъ пространствѣ рѣзче притупленіе звука, бронхиальный выдохъ и въ концѣ его свистящіе хрипы. Аппетитъ хорошъ. Туберкул. палочекъ въ мокротѣ нѣтъ. 16 декабря. П. 104. Д. 30. Кашель сталъ сильнѣе; мокроты отдѣляется весьма мало. На лѣвомъ боку болная спать совсѣмъ не можетъ; является сильный кашель. Ни зноба, ни жара въ теченіи вечера не чувствуется. Туберкулезныхъ палочекъ въ мокротѣ нѣтъ. 21 декабря. П. 100. Д. 28. Подъ лѣвой ключицей звукъ болѣе притупленъ въ сравненіи съ прежнимъ; тимпанический отгѣнокъ при немъ получается только при болѣе сильной перкуссии; остальное по прежнему. Ferrum iodatum оставлено и назначены втиранія угло. Hydrag. ciner по 2,0 въ день. Изслѣдованіе мокроты на палочки дало отрицательный результатъ. 29 декабря. П. 94. Д. 26. Самочувствіе лучше; бои въ груди нѣтъ, кашель менше; мокрота скудная. Во 2-мъ межреберьи справа при выслушиваніи — дующее дыханіе и продолженный выдохъ; перкуторный звукъ на этомъ мѣстѣ не совсѣмъ ясный, съ тимпаническимъ отгѣнкомъ. Палочекъ въ мокротѣ нѣтъ. Мочи 1200 к. ц. уд. в. 1,018. Ненормальныхъ составныхъ частей не найдено.

Въ теченіи января мѣсяца какихъ-либо рѣзкихъ перемѣнъ въ физическихъ явленіяхъ со стороны груди не замѣчалось, кромѣ обостренія бронхиальнаго катарра, явившагося разъ вслѣдствіе простуды у открытой форточки и выразившагося въ появленіи влажныхъ хриповъ въ правомъ легкомъ. Въ концѣ января эти хрипы исчезли.

Кашель и одышка за все это время беспокоили больную преимущественно по вечерам и ночью; кашель бывал приступами, иногда до того сильными, что больную начинало рвать, при чем отблѣлось не болѣе 2 — 3 столовых ложек густой, слизисто-гнойной мокроты съ неприятным запахомъ. Послѣ такого приступа кашля больная чувствовала всегда значительное облегченіе въ груди и обыкновенно вскорѣ засыпала. Въ послѣднихъ числахъ января (съ 26 по 30) больная жаловалась на запоръ. Аппетитъ все время былъ хорошій. Послѣ 24 втираний она стала принимать йодистый калий, по 1,5 въ день. 6 февраля. П. 94. Д. 28. Жалуются на головную боль и горькій вкусъ во рту; ночью спитъ плохо, не поѣсть. На лѣвомъ легкомъ у наружнаго конца ключицы, подъ мышкой и у нижняго угла лопатки тупо-тимпанической звукъ, бронхиальное дыханіе и легкіе влажные хрипы. У корня лѣваго легкаго тупой звукъ и бронхиальное дыханіе. На правомъ легкомъ между лопаткой и позвоночникомъ тупо-тимпанической звукъ и *rhonchi sonori*. На низъ ходитъ съ большимъ трудомъ 1—2 раза въ день; животъ несколько болѣзненъ. Назначены пилюли изъ *Extr. Rhei compos.* Палочекъ въ мокротѣ нѣтъ. 21 февраля. П. 96. Д. 28. Самочувствіе удовлетворительно, спитъ хорошо; головной боли нѣтъ; аппетитъ сталъ хуже прежняго. Въ лѣвомъ легкомъ тѣ же явленія. Справа и спереди, ниже 3-го ребра, *rhonchi sonori et sibilantes*, которые снаружи и взади постепенно исчезаютъ; около *spina scapulae* притупленіе на меньшемъ пространствѣ въ сравненіи съ прежнимъ; въ этомъ мѣстѣ вдыханіе ослаблено, а выдыханіе бронхиальное. Палочекъ въ мокротѣ не было найдено ни разу. 27 февраля. П. 120. Д. 30. Больная жалуются на боль въ лѣвой половинѣ груди, въ видѣ сквознаго колотья изъ подъ ключицы въ лѣвую лопатку. Подъ внутренней половиной лѣвой ключицы звукъ тупой, снаружи онъ тупо-тимпаниченъ. На этихъ мѣстахъ бронхиальное дыханіе менѣе рѣзко противъ прежняго; влажные хрипы средней величины. Въ подмышечной впадинѣ бронхиальное дыханіе съ амфорическимъ отбѣнкомъ. Мокроты отблѣдается мало. Боль подъ долейкой; послѣ ѣды отрыжка, иногда тошнота и рвота. Языкъ обложенъ. На низъ 1 разъ. Йодистый калий оставленъ и назначено: *Rp. Magisterii Bismuthi 0,2; Natri bicarbon. et sacchari ∞ 0,3; Extr. Nuc. vom. sp. 0,008. MDS.* 3 порошка въ день. — Туберкулезныхъ палочекъ въ мокротѣ нѣтъ. 12 марта. П. 100. Д. 22. Больная чувствуетъ себя лучше; кашель меньше, мокроты отблѣдается

мало. Тошнота и рвота по временамъ еще являются, но гораздо рѣже. Языкъ чистъ. Выѣсто порошковъ назначены капли изъ *Morphium съ Aq. Amygdal. amar.* Мочи 980 к. ц. Уд. в. 1,020. Никакихъ ненормальныхъ составныхъ частей не найдено.

17 марта. П. 96. Д. 22. Самочувствіе хорошо. Тошнота и рвота прекратились. Во 2-мъ лѣвомъ межреберья, отступя пальца на два отъ края грудной кости, на ограниченномъ пространствѣ ясно видно бѣненіе а. *pulmonalis*; второй тонъ на ней съ рѣзкимъ аппетомъ. По ночамъ бываетъ головная боль, «ломота въ ребрахъ и лопаткахъ», при чемъ въ послѣдніе три дня больную слегка знобит, затѣмъ является легкій жаръ и потъ. Назначено: *Rp. Chinini sulphurici 0,3; Morphii muriat. 0,01. MDS.* 1 порошокъ въ полдень. 2 апрѣля. П. 120. Д. 30. Съ утра болитъ голова. Пульсація а. *pulmonalis* теперь замѣтна на большемъ пространствѣ; при вслушиваніи лѣвой половины груди бѣненіе ея слышно на значительномъ протяженіи: надъ и тотчасъ подъ ключицей, въ подмышечной впадинѣ и надъ *spina scapulae*, причѣмъ это бѣненіе въ указанныхъ мѣстахъ сопровождается металлическимъ отзвучіемъ. У угла правой лопатки на ограниченномъ пространствѣ тупотимпанической звукъ и трескучіе хрипы. Палочекъ въ мокротѣ не найдено.

21 апрѣля. П. 90. Д. 22. За послѣднее время больная замѣтно поправилась; цвѣтъ лица сталъ лучше, бѣдность исчезла, соединительная оболочка глазъ и губы приняли розовый отбѣнокъ; больная немного пополнила; ошущенія зноба и легкаго жара теперь нѣтъ; аппетитъ сталъ лучше. Больная, прежде вялая и избѣгавшая лишнихъ движеній, при которыхъ усиливалась одышка, теперь ходитъ много и даже помогаетъ при перевязкѣ другихъ больныхъ. Что касается легкихъ, то явленія при постукиваніи и вслушиваніи остались почти прежніи, исключая влажныхъ хриповъ, которые слышатся только въ верхней долѣ лѣваго легкаго, и то въ маломъ количествѣ. Единственныя измѣненія наблюдались въ отравленіяхъ кишечника: исчезнувшие было запоры замѣнились на 3 дня (12—14 апрѣля) учащеннымъ кашнеобразнымъ стуломъ, до 4 разъ въ день, съ болями въ области слѣпой кишки и около пупка. Въ послѣдніе шесть дней стулъ былъ то задержанный, то учащенный, сопровождавшійся болями и иногда ложными позывами на низъ. Крови въ испраженіяхъ не найдено; въ нихъ не было найдено и бугорчатыхъ палочекъ, такъ же какъ и въ мокротѣ. Моча нормальная.

1 мая. П. 96. Д. 22. Больная чувствуетъ себя хорошо; стулъ нормальный, 1 разъ въ день; иногда появляются легкія боли въ

животъ. 10 мая. П. 84. Д. 22. Самочувствіе хорошо, кашель бы-  
 ваетъ преимущественно по вечерамъ; одышка днемъ почти не бы-  
 ваетъ, вечеромъ же является только вмѣстѣ съ кашлемъ. Мокроты  
 мало; она отхаркивается не особенно легко, слизисто-гнойная и не  
 комковатая. При постукиваніи на правомъ легкомъ спереди веждъ ле-  
 гочный звукъ съ тимпаническимъ отбѣнкомъ, то же и сбоку, въ  
 подмышечной области; сзади легкое притупленіе отъ *spina scapulae*  
 до половины лопатки, между последней и позвоночникомъ; у угла  
 же лопатки прежнее притупленіе почти исчезло, а ниже его звукъ  
 ясный, слегка тимпаническій. При выслушваніи праваго легкаго  
 спереди и сбоку получается везикулярное дыханіе безъ хриповъ; сзади  
 на мѣстахъ притупленія дыханіе ослаблено, а выдохъ съ бронхі-  
 альнымъ характеромъ; на остальныхъ мѣстахъ сзади дыхательные  
 шумы ослаблены. Поступиваніе лѣваго легкаго мало различно  
 противъ прежняго: надъ и подъ ключицей звукъ притупленъ и съ тим-  
 паническимъ отбѣнкомъ у акроміального конца ключицы; въ подмы-  
 шечной области притупленіе выражено рѣже, а въ верхней ея части  
 преобладаетъ тимпаническій звукъ; сзади въ верхней части онъ ту-  
 по-тимпаниченъ до половины лопатки, а ниже тимпаническій отбѣ-  
 нокъ мало выраженъ: преобладаетъ притупленіе. Спереди надъ и подъ  
 ключицей бронхіальныи выдохъ; подъ мышкой бронхіальное дыха-  
 ніе съ амфорическимъ отбѣнкомъ, и иногда слышны звучные хрипы;  
 въ нижнихъ двухъ третяхъ подмышечной области и сзади сверху до  
 низу ослабленное выдоханіе и бронхіальное выдыханіе безъ хриповъ.  
 Туберкулезныхъ bacillus въ мокротѣ нѣтъ. 14 мая.  
 П. 96. Д. 22. Больная жалуется на легкія боли въ нижнихъ ча-  
 стяхъ грудной кѣтки сзади; въ остальномъ чувствуетъ себя хорошо.  
 Присетя на выписку.

17 мая больная выписалась изъ больницы.

Еъ этому описанію теченія болѣзни я долженъ прибавить, что,  
 не смотря на многократныя изслѣдованія мокроты, я ни разу не  
 наблюдалъ въ ней тѣхъ мильярныхъ гмъвъ, которыя находилъ вся-  
 кій разъ въ мокротѣ предыдущаго больнаго. Такъ точно не нашелъ  
 я въ ней ни разу и туберкулезныхъ палочекъ.

Въ слѣдующей таблицѣ указана ежедневная температура, начи-  
 ная съ 28-го января, такъ какъ до того времени она была нор-  
 мально.

Таблица II.

Мѣсяць и число.	У.	В.	Таблица II.				
			Мѣсяць и число.	У.	В.		
Январь	28	37,0—37,0	3	37,0—38,0	9	37,0—37,5	
	29	37,0—37,5	4	37,6—38,0	10	36,7—37,4	
	30	37,0—37,5	5	37,6—38,0	11	37,0—37,5	
	31	37,2—37,3	6	37,5—38,0	12	36,7—37,2	
	Февр.	1	37,1—37,2	7	36,3—37,5	13	36,7—37,5
		2	37,1—37,2	8	36,7—37,2	14	37,0—37,5
		3	37,0—37,5	9	36,5—37,4	15	37,0—37,5
		4	37,3—37,2	10	36,3—37,8	16	37,0—37,5
		5	37,0—37,0	11	37,0—37,6	17	36,5—37,5
		6	37,0—37,0	12	37,0—38,0	18	37,0—37,6
7		37,0—37,0	13	36,5—37,8	19	37,0—37,3	
8		37,0—37,5	14	37,1—38,0	20	37,1—37,1	
9		36,7—37,0	15	37,1—37,7	21	37,2—37,0	
10		37,1—37,0	16	37,3—38,0	22	37,0—37,6	
Май	11	37,2—37,0	17	37,2—38,0	23	37,3—37,5	
	12	37,1—37,0	18	37,5—38,0	24	37,0—37,5	
	13	37,0—37,5	19	36,0—37,1	25	36,6—37,5	
	14	37,0—38,0	20	36,3—37,0	26	36,5—37,0	
	15	37,3—37,0	21	37,2—37,5	27	36,6—37,5	
	16	37,0—37,2	22	37,0—38,0	28	37,3—37,7	
	17	37,0—37,2	23	37,0—37,4	29	37,3—37,5	
	18	37,2—38,0	24	37,2—37,6	30	37,2—37,6	
	19	37,3—37,2	25	37,5—38,0	Май		
	20	37,1—37,5	26	37,5—38,0	1	37,0—37,7	
Апрѣль	21	37,3—37,3	27	37,1—37,5	2	37,0—37,6	
	22	37,2—37,3	28	37,0—37,4	3	37,0—37,7	
	23	37,0—38,0	29	37,1—37,5	4	36,5—36,6	
	24	37,1—38,0	30	37,0—37,6	5	37,0—37,6	
	25	37,5—37,7	31	37,5—38,0	6	37,0—37,5	
	26	37,3—38,0	Апрѣль		7	37,0—38,0	
	27	37,0—37,5	1	37,3—37,5	8	37,1—38,0	
	28	37,6—38,0	2	37,0—37,6	9	37,0—37,5	
	29	37,6—38,0	3	36,3—37,3	10	37,0—37,5	
	Мартъ	1	37,5—38,5	4	36,7—37,4	11	37,0—37,1
2		38,0—38,5	5	37,0—37,3	12	37,1—37,3	
3		38,0—38,5	6	37,5—38,0	13	37,0—37,2	
4		37,6—38,0	7	37,5—37,0	14	37,0—37,3	
5		37,5—37,5	8	37,0—37,2			
6		37,5—37,5					

Обращаясь къ оцѣнкѣ фактовъ, полученныхъ при первомъ  
 изслѣдованіи этой болѣзни, мы видимъ, что они прежде всего ука-  
 зываютъ на уплотненіе лѣваго легкаго, въ верхней долѣ котораго,  
 кромѣ того, наблюдаются полостныя явленія и отхожденіе пере д

нихъ край въ кваружи отъ срединной лини, т. е. сморщиваніе ея. Далѣе мы находимъ два ограниченнаго уплотнѣнія въ правомъ легкомъ соответственно основанію лопатки и нижнему углу ея. Остальныя части праваго легкаго оказываются выкарно расширенными, что видно изъ данныхъ постукиванія и выслушванія. Отсутствіе лихорадки, кашель въ видѣ приступовъ съ отдѣленіемъ вонючей мокроты, тупитопианшескій звукъ съ Винтриховскимъ измѣненіемъ высоты его, амфорическое дыханіе съ металлическими хрипами и, наконецъ, существованіе этихъ явленій только на одной сторонѣ, — все это вмѣстѣ взятое съ большой вѣроятностью говоритъ за бронхіотазическій характеръ каверны въ лѣвомъ легкомъ, развившейся вслѣдствіе интерстиціальной пневмоніи. О послѣдней мы заключаемъ также на основаніи рѣзкаго западенія над- и подложичной впадинъ, уплощенія лѣвой передней половины груди и на основаніи начинающагося уже сморщиванія переднихъ краевъ лѣваго легкаго, вызывающаго ненормальное распредѣленіе сердечнаго толчка и ощущаемую пульсацию легочной артерій. Отсутствіе въ мокротѣ туберкулезныхъ палочекъ, а также отсутствіе наследственнаго хаотичнаго предрасположенія и гектической лихорадки — исключаютъ въ данномъ случаѣ хроническую, resp. туберкулезную, пневмонію: противъ нея говоритъ также и незначительное исхуданіе больной, не соответствующее столь рѣзко выраженному легочному процессу. Говорить объ одностороннемъ лѣвостороннемъ плевритѣ мы не можемъ, не имѣя ни плевритическаго тренья, ни полнаго отсутствія дыхательныхъ шумовъ. Но мы можемъ предполагать у нашей больной сращенія лѣваго легкаго съ нижними частями грудной кѣтки и съ діафрагмой, такъ какъ у нея при вдыханіи наблюдалось втягиваніе нижнихъ межреберій съ лѣвой стороны. Имѣя въ анамнезѣ несомнѣнныя данныя для признанія у больной приобрѣтеннаго сифилиса, я приписалъ непосредственному его вліянію какъ развитіе легочнаго заболѣванія, такъ и рѣзко выраженную анемию. Я остановился на діагнозѣ сифилитической интерстиціальной пневмоніи еще и потому, что какъ первоначальное одностороннее заболѣваніе (лѣвое легкое заболѣло, конечно, гораздо раньше праваго), такъ и послѣдующая гнѣздная инфильтрація среднихъ частей праваго легкаго, по заявленію многихъ авторовъ (Fournier, Grandidier, Rollet, Pancritius и др.), характерно для сифилитическаго заболѣванія этого органа. Придя къ такому заключенію, оставалось только испробовать специфическое лѣченіе, не смотря на то, что

процессъ въ лѣвомъ легкомъ зашелъ уже далеко въ своемъ развитіи и что больная была анемична. Послѣднія обстоятельства не подавали, конечно, надежды на скорое и полное выздоровленіе; но можно было всетаки рассчитывать на большее или меньшее улучшеніе какъ общаго состоянія больной, такъ и мѣстнаго — со стороны грудныхъ органовъ. Дѣйствительно, изъ исторіи болѣзни видно, что больная еще во время самыхъ втираний начала замѣчать уменьшеніе одышки, кашля и отдѣленія мокроты, а черезъ 4 мѣсяца она уже не походила на ту блѣдную, анемичную и слабую больную, какой прибыла въ больницу. Видя, какъ послѣ специфическаго лѣченія силы больной прибывали со дня на день, какъ постепенно улучшался аппетитъ, а вмѣстѣ съ нимъ и видъ больной, — трудно было отрицать благотворное вліяніе въ данномъ случаѣ ртути и іодистаго калия. То обстоятельство, что мы подъ конецъ лѣченія не нашли рѣзкихъ переизмѣнъ въ физическыхъ явленіяхъ со стороны грудныхъ органовъ, объясняется весьма легко короткимъ срокомъ лѣченія. Во всякомъ случаѣ и наблюдававшася улучшенія въ состояніи здоровья нашей больной достаточно для доказательства ея *juvantibus* существованія у нея сифилиса легкихъ.

Незначительное повышеніе температуры, иногда съ легкими знобами по вечерамъ, являлось вскаій разъ при обостреніи бронхіальнаго катарра. Оно могло зависѣть также и отъ всасыванія застаивавшейся въ теченіи дня въ бронхіолахъ мокроты. Когда обостреніе катарра, кашель и количество отдѣляемой по вечерамъ мокроты уменьшались, тогда прекращалось и это незначительное лихорадочное состояніе.

*Наблюденіе 3-е.* Е. П., 30 лѣтъ, поступила въ Калининскую больницу 5 марта 1884 года.

*Анамнезъ.* Больная говоритъ, что родители ея грудными болѣзнями не страдали; отецъ умеръ отъ «горячки», мать жива и здорова. Больная является въ больницу уже въ третій разъ; первое поступленіе было 30 ноября 1883 года. Изъ палатнаго листа того времени видно, что у нея на большихъ и малыхъ губахъ были сифилитическія изъязвленія и слившіеся папулы; кромѣ того adenitis inguinalis indolens и urethritis. Черезъ мѣсяцъ на всемъ тѣлѣ показались высыпь папулезнаго сифилида, а спустя двѣ недѣли послѣ этого — сизистыя папулы на спинкѣ языка. Этимъ явленіямъ

предшествовало и сопровождало их повышение температуры тела, которое исчезло после нескольких ртутных втираний. После 17 втираний Ung. Hydr. cin., по 2,0 в день, у больной сбавился понос, почему втирания были оставлены и назначено Ferrum iodatum. Къ концу января 1884 г., какъ выспись на кожу и слизистых оболочкахъ, такъ и поносъ прекратился; но боляная значительно похудѣла и казалась очень малокровной. 30-го января она выписалась, но черезъ день, т. е. 1-го февраля, снова поступила въ больницу съ явлениями гнойнаго вагинита и изъязвленіями на ягодицахъ и на бывшихъ сифилитическихъ инфильтратахъ (на большихъ и малыхъ губахъ). Съ 4-го февраля у больной начался поносъ, безъ болей въ животѣ, который продолжался въ теченіи цѣлаго мѣсяца съ значительными колебаніями въ своей силѣ. 7-го числа въ первый разъ появился сухой кашель и незначительная боль подъ правой ключицей. При постукиваніи и выслушиваніи ничего особеннаго не замѣчено, кромѣ жесткаго дыханія подъ правой ключицей. Кашель, по словамъ больной, усиливался по ночамъ. 27-го февраля въ скудной по количеству морозѣ показалась кровь въ видѣ нѣсколькихъ полосокъ; кашель былъ незначительный. Надъ и подъ правой ключицей звукъ былъ слегка притупленъ; болѣе ясное притупленіе замѣчено у груднаго конца ключицы и сзади у *spina scapulae*; на этихъ мѣстахъ неопредѣленное дыханіе. Внутренній конецъ правой ключицы утолщенъ и болѣзненъ. Анемическіе шумы въ сердцѣ и большихъ сосудахъ. Температура утроемъ—37°,3, а вечеромъ—37°,6; пульсъ 84. Такъ какъ къ этому времени изъязвленія на ягодицахъ и *genitalia* зажили, то боляная и выписалась 1-го марта.

При поступленіи въ больницу въ послѣдній разъ (5/III) боляная жаловалась на сильную слабость, боль въ конечностяхъ, сухой кашель, одышку, на боль и стѣсненіе въ правой половинѣ груди и въ верхней части грудной кости, а также на разстройство желудка. Всѣ эти признаки ухудшились къ ночи.

*Status praesens.* Боляная средняго роста, съ свинцово-блѣдной окраской наружныхъ покрововъ и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ; подкожнаго жирнаго слоя мало, мышцы развиты плохо. На головѣ значительное выпаденіе волосъ, и при томъ болѣе на правой половинѣ ея, чѣмъ на лѣвой. Правая надъ и подъключичныя ямки выражены явнѣе, чѣмъ лѣвая. Въ углахъ рта слизистыя папулы, а по телу разбросанныя папулезный сифилитическіе (рецидивный); на верхнихъ конечностяхъ пятна *roseolae recidivae*.

Шейныя, локтевыя и паховыя железы прощупываются легко, онѣ немного увеличены, плотны и безболѣзненны. Грудный конецъ правой ключицы немного утолщенъ и при давленіи слегка болѣзненъ, болѣзненна также и верхняя часть грудной кости. Дыхательныя движенія правой половины груди нѣсколько слабѣе лѣвой. Грудное дрожаніе при говорѣ подъ правой ключицей и сзади около правой *spina scapulae* усилено. Дыханій 24 въ минуту.

Надъ и подъ правой ключицей замѣчено рѣзкое притупленіе перкуторнаго звука до 2-го межреберья, гдѣ онъ принимаетъ тимпаническій отбѣнокъ; такое же притупленіе получается сзади in fossa suprascapulari и отъ *spina scapulae* почти до половины лопатки; въ остальныхъ мѣстахъ правой половины груди—звукъ ясный. Нижній край праваго легкаго подвиженъ. Спереди, соответственно указаннымъ мѣстамъ притупленія, дыханіе неопредѣленное (съ удлиненнымъ выдохомъ); сзади у верхняго угла лопатки бронхальныя выдыхъ; хриповъ не слышно ни спереди, ни сзади. На лѣвомъ легкомъ какъ при постукиваніи, такъ и при выслушиваніи ничего ненормальнаго не найдено.

Абсолютная тупость сердца нормальна. Тоны сердца нѣсколько слабы, первый сопровождается анемическимъ шумомъ, который слышенъ и на аортѣ. Въ арменныхъ венахъ слышится шумъ волчка. Пульсъ 96 въ минуту, малый, легко сжимаемый.

Тупой звукъ печени, соответственно ея верхней границѣ, начинается при глубокой перкуссии по сосковой линіи съ 5-го ребра, а по подмышечной—съ 8-го. Нижняя ея граница по сосковой линіи на 2 поперечныхъ пальца ниже реберъ, а по срединной линіи—на срединѣ между мечевиднымъ отросткомъ и пупкомъ. Вѣтвь печеночная тупость только на 2 пальца не доходитъ до сосковой линіи. Печень легко прощупывается; край ея ровный, закругленный и довольно плотный, поверхность гладкая; при давленіи она безболѣзненна.

Селезеночная тупость по I. axill. ant. начинается съ нижняго края 8-го ребра; селезенка прощупывается съ трудомъ, и то только при положеніи на правомъ боку: она плотнѣе нормальнаго.

Животъ при опусываніи безболѣзненъ, вдутія не замѣтно, асцитъ нѣтъ.

Мокроты почти нѣтъ: только утроемъ послѣ кашля она отдѣляется въ весьма маломъ количествѣ (2—3 плевка).

Мочи 800 в. д. Уд. в. 1,020. Незначительный осадокъ мочеислыхъ солей. Бѣлка и другихъ ненормальныхъ составныхъ частей



не найдено. Испражнения жидки или кашицеобразны, 3—4 раза в сутки, с порядочным количеством слизи; примеси крови не наблюдались: при исследовании кала на туберкулезные бактерии, таковых не найдено.

Большой была назначена эмульсия из миндаля с опиумом.

В таком положении больная находилась в течение 12 дней. За это время понос почти прекратился, аппетит улучшился, но слабость, сухой кашель и одышка остались без изменения, так же как и физические явления со стороны груди. Произведенное через несколько дней по поступлении в больницу ларингоскопическое исследование не обнаружило никаких изменений в зеве и гортани. Один раз, вечером, при сильном кашле, в плевке слизистой мокроты была замечена кровь. Так как, несмотря на малое количество мокроты, она встает ежедневно собиралась, то я имел возможность исследовать ее микроскопически, при чем оказалось, что в ней, кроме слизи, небольшого количества гнойных тельцев и плоских эпителиальных клеток, ничего другого не находилось. Каждый раз я убеждался также и в отсутствии туберкулезных бактерий.

17 марта. П. 96. Д. 22. Вчера вечером и сегодня утром было сильное кровотечение из носа. Больная говорит, что у нее вчера сильно болела правая половина головы. Припухание в верхних частях правого легкого спереди и сзади без изменения. Хрипов нет; выдох с бронхиальным оттенком. Аппетит хороший; на низ 2 раза кашлеобразно. Назначено: Symp. Ferri iodati по 30 капель 2—3 раза в день. Мочи 760 к. п. Уд. в. 1,019. Ненормальных составных частей не найдено.

18 марта. П. 96. Д. 24. Снова носовое кровотечение ночью и утром. Сон плохой. Явления со стороны легких без перемен.

20 марта. П. 102. Д. 26. Сила лучше; утром опять шла носом кровь, но в меньшем количестве против прежнего. Больная жалуется на головокружение и слабость; бледность обихих покровов увеличилась. Перкуторный звук над и под правой ключицей и сзади в лопаточной области приглушен; дыхательные шумы неопределенного характера, без хрипов. Кашель незначительный. На низ 2—3 раза жидко. Продолжает принимать иодистое железо. Мочи 820 к. п. Уд. в. 1,019. Бъла и цилиндров не найдено.

23 марта. П. 100. Д. 26. Незначительное кровотечение из носа. Жалуется на приглушение слуха. На низ 5 раз жидко.

29 марта. П. 110. Д. 24. Больная жалуется на значитель-

ную слабость и головокружение, вследствие которого она не может даже подняться с постели, так как при этом является почти обморочное состояние. Кроме иодистого железа, больная стала получать кефир по 1 бутылке в день.

До 8 апреля в состоянии здоровья больной особенных перемен не произошло; в течение последних 10 дней кровотечение из носа повторялось всего 4 раза. Больная все время жаловалась на головокружение. В ночь с 8-го на 9-е апреля ее стало раз 10; более в живот не было. Многократное исследование кала на туберкулезные бактерии давало всегда отрицательные результаты. С 16 апреля больная стала принимать иодистый калий по 1,2 в день.

21 апреля. П. 92. Д. 20. На спине, шею, грудь и живот шелушащаяся сыпь, после всасывания которых остаются очень темные пигментированные рубчики. Кашель прекратился, так же как и боль в груди; одышка значительно уменьшилась. Припухание под правой ключицей выражено менее в сравнении с прежним; при выслушивании здесь замечается жесткое дыхание, а сзади, у верхнего угла лопатки, бронхиальный выдох исчез и заменился неопределенным дыхательным шумом. Печень и селезенка увеличены по сравнению с прежним. Мочи 1170 к. п. Уд. в. 1,017. Ненормальных составных частей не найдено.

24 апреля. П. 90. Д. 20. Больная начала ходить. Головокружение исчезло. Аппетит хороший. Замечено гнойное отделяние из уретры. Явления со стороны груди те же. Продолжает принимать иодистый калий.

Заметь больная стала постепенно поправляться и к 7-му мая она уже чувствовала себя на столько хорошо, что пожелала выпуститься с тем, чтобы немедленно уехать к родителям в деревню. Исследование груди показало, что бывшее ранее припухание в верхней части правой половины груди как спереди, так и сзади—исчезло вполне и везде было слышно везикулярное дыхание. В сердце и больших сосудах остались слабые анемические шумы. Печень незначительно уменьшилась, но встает легко прощупывалась; селезенка прощупать не удалось.

Относительно лечения заметим, что больная принимала Symp. Ferri iodati (от 30 до 40 кап. три раза в день) в течение 28 дней, а иодистый калий (от 1,2 до 2,5 в день) в течение 20 дней.

В течение следующих 10 месяцев больная была совершенно

здоровя; кашля и одышки не было ни разу <sup>1)</sup>. Дальнейших сведений об этой больной я получить не могъ.

Т а б л и ц а III.

Месяць и число.	У.		Месяць и число.	У.		Месяць и число.	У.	
	н.	в.		н.	в.		н.	в.
Мартъ.			27	38,0	38,7	17	37,7	38,0
6	—	38,5	28	38,0	39,5	18	37,7	38,0
7	38,0	38,3	29	38,3	38,3	19	37,7	37,7
8	37,5	38,3	30	38,0	38,7	20	37,5	37,5
9	37,1	38,0	31	38,0	39,5	21	37,5	37,7
10	37,1	37,6	Апрель.			22	37,5	38,0
11	37,3	39,0	1	37,6	38,5	23	37,5	38,0
12	37,1	38,0	2	37,5	38,3	24	37,2	38,5
13	37,6	38,0	3	37,6	38,3	25	37,5	37,6
14	37,3	38,0	4	37,6	38,5	26	37,5	38,0
15	37,5	38,6	5	38,0	38,5	27	37,5	37,5
16	37,5	38,0	6	38,0	39,0	28	37,0	37,0
17	37,0	39,5	7	38,0	38,6	29	37,5	37,5
18	38,3	39,5	8	38,0	38,5	30	37,3	37,5
19	37,5	39,0	9	38,3	38,5	Мая.		
20	38,1	38,2	10	38,2	38,5	1	37,0	37,7
21	38,0	39,0	11	38,0	38,5	2	37,1	37,3
22	38,0	38,5	12	37,7	38,5	3	37,1	37,5
23	37,8	38,3	13	38,0	38,5	4	37,0	37,0
24	37,7	39,0	14	38,0	38,5	5	37,0	37,5
25	38,0	39,1	15	38,0	38,2	6	37,0	37,0
26	38,0	39,3	16	37,7	38,2	7	37,0	вып.

Въ этомъ случаѣ основаниемъ для діагноза пневмоніи, и именно сифилитической, послужили слѣдующія данныя: анамнезъ больной (отсутствие наследственнаго предрасположенія въ чахоткѣ); характерныя для сифлиса измѣненія на кожѣ и половыхъ органахъ; перистія грудинаго конца правой ключицы, сухой кашель, одышка, западеніе съ правой стороны над- и подключичной ямокъ, усиленный fremitus pectoralis, притупленіе перкуторнаго звука какъ спереди, такъ и сзади (у корня легкаго), неопредѣленное дыханіе спереди и бронхіальный выдохъ сзади, отсутствіе хриповъ, односторонность заболѣванія, отсутствіе въ мокротѣ и кашлѣ туберкулезныхъ bacillae и въ особенности вліаніе лѣченія.

Признать у нашей больной катаральную бронхо-пневмонію мы

<sup>1)</sup> Эти свѣдѣнія о дальнейшей судьбѣ больной я получить отъ д-ра Г. К. Зингродскаго, старшаго ординатора Калининской больницы, который, въ виду интереса возбужденнаго болѣзною Е. П., просилъ ее сообщать письменно о своемъ здоровьи.

не могли потому, что, во 1-хъ, это заболѣваніе у взрослыхъ молодыхъ субъектовъ встрѣчается весьма рѣдко; во 2-хъ, мы не имѣли никакихъ явленій, которыя бы указывали на катаръ бронховъ, который считается обязательнымъ спутникомъ pneumoniae catarrhalis. Juergensen <sup>1)</sup> говоритъ: «Нужно очень сильный и очень распространенный катаръ бронховъ для того, чтобы вызвать у взрослыхъ катаральную пневмонію». Противъ туберкулезной инфильтраціи говоритъ также отсутствіе бронхіальнаго катара и туберкулезныхъ bacillae въ мокротѣ и кашлѣ и исчезновеніе наблюдавшихся ненормальныхъ физическихъ признаковъ при лѣченіи іодистымъ желѣзомъ и іодистымъ калиемъ. Плевритъ, хотя бы и незначительный, мы исключаемъ на основаніи отсутствія шумовъ тренія и присутствія усиленнаго груднаго дрожанія.

И такъ, мы полагаемъ, что въ данномъ случаѣ имѣли дѣло съ начальнымъ періодомъ сифилитической пневмоніи, т. е. съ такимъ процессомъ, который анатомически характеризуется гиперплазіей и инфильтраціей грануляционными элементами соединительно-тканной основы легкаго, въдѣствие чего произошло уменьшеніе эластичности пораженныхъ частей праваго легкаго и ихъ уплотненіе.

Увеличеніе печени, имѣющей гладкую поверхность, ровный закругленный край и плотную, въ сравненіи съ нормальной, консистенцію,—сдва-ли можно объяснить тѣмъ либо инымъ, кромѣ ранняго пораженія ея тѣмъ же сифилитическимъ процессомъ. Что сифилитическое заболѣваніе печени можетъ имѣть мѣсто во время кондиоматознаго періода сифлиса, то въ этомъ отношеніи существуютъ положительныя наблюденія и указанія многихъ авторовъ (Dittrich <sup>2)</sup>, М. М. Рудневъ <sup>3)</sup>, Н. П. Ивановскій <sup>4)</sup>, Lancereaux <sup>5)</sup>, Thierfelder <sup>6)</sup> и др.). Въ этомъ пораженіи печени нужно искать и причину столь долго продолжавшагося у больной поноса,

<sup>1)</sup> См. Ziemssen, Рук.о къ части. патол. и тер., русск. пер. 1876, т. V, стр. 163.

<sup>2)</sup> Dittrich, Prager Vierteljahrsschrift. 1849, т. I, стр. 1; т. II стр. 33.

<sup>3)</sup> М. Рудневъ, Медич. вѣстникъ 1863, № 11 и Рук.о къ части по общей патологій, стр. 160.

<sup>4)</sup> Н. П. Ивановскій, Матеріалъ къ ученію о висцеральной сифилисѣ. Дисс. 1870 г., стр. 26. См. также его «Учебникъ общей патологической анатоміи», 1885 г., стр. 684.

<sup>5)</sup> Lancereaux, Ученіе о сифилисѣ, русск. пер. 1878, стр. 213.

<sup>6)</sup> Thierfelder, Сифилитическое воспаленіе печени. Въ рук.о къ частной патол. и терапіи Ziemssen'a; русск. пер. 1878, т. VIII, ч. 1, стр. 176.

начало которого могло зависеть, кроме того, от влияния ртути, приравненной въ видѣ вторичной. Наблюдавшееся у больной лихорадочное состояніе, доходившее временами до 39,5 и продолжавшееся почти все время, пока наблюдались ненормальные явленія со стороны праваго легкаго и рецидивныя высыпанія на кожу, нельзя, конечно, отнести къ высыпной лихорадкѣ, которая обыкновенно исчезаетъ вскорѣ послѣ появленія накинжихъ поражений. Но нерѣдко лихорадочное состояніе продолжается и послѣ развитія сыпи на кожѣ въ теченіи нѣсколькихъ недѣль (Baumler<sup>1)</sup>); это наблюдается именно чаще у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ. Въ такихъ случаяхъ лихорадка бываетъ ремиттирующаго типа, который отчасти наблюдался и у нашей больной. Скорѣе всего эта лихорадка находитъ себѣ объясненіе въ совокупности всѣхъ болѣзненныхъ явленій, особенно въ данномъ сифилитическомъ пораженіи легкихъ и печени. Что сифилисъ легкихъ можетъ протекать при повышенной температурѣ, доходившей иногда до 40°,0 и даже болѣе, то этому имѣются немалочисленные примѣры у многихъ авторовъ (см. стр. 42).

Вообще наша больная представляетъ характерный примѣръ совокупности почти всѣхъ признаковъ и разстройствъ въ организмѣ, наблюдаемыхъ во время вторичныхъ явленій сифилиса, въ данномъ случаѣ — распространеннаго по всему тѣлу папулезнаго сифилида. Такъ, у нея наблюдались: лихорадка, боли въ конечностяхъ и груди, алоpecia, повторныя носовыя кровоточенія, поносъ, тугоухость, признаки хлороанеміи, односторонняго головнаго боли и, наконецъ, раннее сифилитическое пораженіе легкихъ и печени.

Наблюденіе 4-е. Въ мартѣ 1885 года ко мнѣ обратился за помощью г. К.—й, туверьеръ, 30 лѣтъ, уроженецъ Каменецъ-Подольской губерніи. Больной жаловался на незначительный кашель, одышку, особенно при подниманіи на лѣтницы, легкое лихорадочное состояніе и боль въ области грудины. Кашель появляется у больного главнымъ образомъ утромъ и по вечерамъ, когда и температура тѣла повышается, доходя до 38,0° Ц. Отдѣленіе мокроты скудное. Изъ разсказа больного я узналъ, что онъ въ апрѣлѣ 1884 года, живя временно въ Варшавѣ, лѣчился отъ твердаго шанкра сначала мѣстно, а затѣмъ и ртутными втираніями, которыхъ было сдѣлано не болѣе 24. Внутри никакихъ лѣкарствъ то-

да не принималъ. До конца декабря 1884 года чувствовалъ себя вообще здоровымъ, не кашлялъ и не лихорадитъ, съ этого-же времени сталъ чувствовать какую-то неясность въ горлѣ, при чемъ голосъ немного осипъ. Пользовавшій его въ это время врачъ дѣлалъ ему вдунанія каломеля, вслѣдствіе чего, по прошествіи 3 недѣль, сыпота и неприятыя ощущенія въ горлѣ исчезли, но зато появился легкій кашель, на который вначалѣ больной не обращалъ никакого вниманія. Только въ половинѣ февраля, при усиленіи кашля и при появленіи временами легкаго лихорадочнаго состоянія послѣ простуды, г. К.—й обратился къ прежнему врачу и, по его совѣту, сталъ принимать утромъ и вечеромъ по 5 гранъ хины, а въ теченіи дня порошокъ съ морфіемъ. Однако, не смотря на это лѣченіе, лихорадка не прекращалась, такъ же какъ и кашель, который сдѣлался только менѣе сильнымъ и частымъ. 6-го марта я видѣлъ больного въ первый разъ. Результаты изслѣдованія были слѣдующіе.

Больной средняго роста, съ хорошо развитой костной и мышечной системой; подкожный жирный слой умеренной толщины; особеннаго исхуданія не было замѣтно, хотя больной и говорилъ, что онъ въ сравненіи съ прежнимъ немного похудѣлъ. На спинѣ, боковыхъ частяхъ груди и на внутренней поверхности плеча и предплечья были замѣчены немногочисленныя и небольшія пятна темнаго краснаго цвѣта, слегка возвышенныя, безъ ясной, болѣе или менѣе правильной группировки. Шейныя, локтевыя и паховыя железы хорошо прощупывались; онѣ были довольно плотныя и безболѣзненныя. Около frenulum praepatii съ правой стороны прощупывалось ясное уплотненіе. Въ зѣвѣ и на мягкомъ нёбѣ находилось 4 маленькихъ плоскихъ язвочки съ салынымъ створотамъ налетомъ. Имѣнненіи на костяхъ не замѣчено. Грудная клятка симметрично развита; над- и подключичныя ямки не ясно выражены; спереди особенной разницы въ участіи той и другой стороны въ дыхательныхъ движеніяхъ не замѣчено; сзади же правая лопатка менѣе подвижна въ сравненіи съ лѣвой. Грудное дыханіе (frenitus pectoralis) спереди нормально, также какъ и сзади въ верхнихъ частяхъ, но между позвоночникомъ и правой лопаткой у нижняго его угла и внаружи до l. axillaris posterior, на пространствѣ ладоней, дыханіе усилено. Перкуторный звукъ, соответственно этому мѣсту значительно приглушенъ; при выслушываніи рѣзко бронхіальное выдыханіе и субкрепитирующіе хрипы; выше и ниже указаннаго мѣста дыханіе везикулярное, нѣсколько жесткое, съ примѣсомъ временами сухихъ хриповъ. Въ остальныхъ мѣстахъ праваго легкаго (въ верхушкѣ,

<sup>1)</sup> Ziemssen's Handbuch d. spec. Path. u. Ther. 1866 г. т. III, ч. I, стр. 129.

подъ ключицей и сбоку) несколько усиленное везикулярное дыхание, а в левом легком дыхание весть нормальное. Границы сердца нормальны, тоны чисты; пульс слегка напряженный, 80 в 1 минуту. Печень и селезенка не увеличены. Живот не вздут; на S.—гошаим перкуторный звук—тупотимпанчегъ.

Для выясненія наблюдавшихся у больного изменений в легких, я просилъ его принести мокроту и, не медля, отправиться къ специалисту по назоальнымъ и сифилитическимъ болѣзнямъ за выясненіемъ характера назоальной сыпи. Черезъ 2 дня больной принесъ мнѣ мокроту, при изслѣдованіи которой на туберкулезныя палочки, таковыхъ не оказалось. Относительно сыпи онъ передалъ, что изслѣдовавшій его д-ръ В. А. Кобылинъ признавалъ ее за сифилитическую и совѣтовалъ прибѣгнуть въ ртутнымъ витрианиямъ. Въ тотъ же день я лично видѣлся съ уважаемымъ коллегой и узналъ отъ него, что наблюдаемая у г. К. явленія на кожѣ суть ничто иное, какъ высыпь папулезная сифлида. Мы назначили лѣчение ртутными витрианиями (по 2,0 въ день) и йодистымъ калиемъ (по 1,5 въ день); кромѣ того, было прописано подосажене изъ Kali chlorid. Затѣмъ я видѣлъ больного по 2 раза въ недѣлю и могъ убѣдиться съ очевидностію въ томъ, какъ подобное лѣчение благотвительно дѣйствовало на наблюдавшіеся у него болѣзненные явленія. Въ краткихъ словахъ дальнѣйшее теченіе болѣзни было слѣдующее.

19-го марта. П. 80. Д. 20. Боль въ груди меньше; лихорадки нѣтъ. Кашель и одышка немного меньше. Сонъ лучше. Мокрота отдѣляется въ гораздо меньшемъ количествѣ и легче; она стала гуще; цвѣтъ ея зеленовато-желтый. Туберкулезныхъ палочекъ, не смотря на неоднократное изслѣдованіе, не найдено. Притупленіе справа и сади въ прежней степени; хриповъ гораздо меньше. Выдыханіе имѣетъ не столь рѣзкій бронхиальный характеръ, какъ раньше. *Gremitis pectoralis* на мѣстѣ притупленія еще усилена. Доза йодистаго калия увеличена до 2,0 въ день.

26-го марта. П. 78. Д. 22. На дняхъ послѣ ванны простудился. Кашель сталъ слабѣе, присоединился насморкъ, который теперь уже уменьшается. Аппетитъ плохой. Лихорадки нѣтъ. Стулъ 1—2 раза въ день то очень жидко, то кашцеобразно. Въ нижнихъ доляхъ сади жесткое дыханіе и сухіе хрипы въ небольшомъ количествѣ. Перкуторный звукъ справа между лопаткой и позвоночникомъ и внаружи онъ нижняго угла лопатки—прояняется: онъ теперь тупо-тимпанчегъ. Дрожаніе усилено слегка. Бронхиальный

выдыхъ и временами субкрепитирующіе хрипы. Верхушки свободны. Печень и селезенка не увеличены. Витрианія и йодистый калий продолжать, послѣдній принимать съ пелочной водой (содовой или зельтерской). До сего времени сдѣлано 13 витрианій.

2-го апрѣля. П. 80. Д. 20. Самочувствіе хорошо. Кашель почти исчезъ. Мокроты очень мало. Боли въ груди нѣтъ. На мѣстѣ бывшего тупаго звука теперь получается притупленіе съ тимпаническимъ отбѣнкомъ; границы его распространія въ сравненіи съ прежнимъ уменьшились. Выдыханіе здѣсь съ бронхиальнымъ отбѣнкомъ; временами субкрепитирующіе хрипы. Лѣченіе то-же. Туберкулезныхъ бациллъ въ мокротѣ не найдено.

8-го апрѣля. Подвилась саливанія. При изслѣдованіи легкихъ особенныхъ переѣвъ не замѣчено, кромѣ исчезновенія хриповъ. Сдѣлано всего 23 витрианія. Данъ совѣтъ йодистый калий продолжать по 1,0 въ день, а витрианія оставить.

14-го апрѣля. Кашля нѣтъ, такъ же какъ и мокроты. Одышка исчезла. Саюотеченіе прекратилось. Въ обоихъ легкихъ весть везикулярное дыханіе, исключая правой межлопаточной области, у нижняго угла лопатки, гдѣ дыханіе неопредѣленное безъ хриповъ, а перкуторный звукъ слегка притупленъ. Сыпь на кожѣ почти исчезла. На мѣстѣ бывшихъ папулъ остались пигментированныя коричневыя пятна. Язычокъ въ зѣвъ и на язычкѣ зажилъ. Йодистый калий оставленъ. Назначены капли: *Rp. Sol. arsenic. Fowleri 4,0; T-rae Nuc. vom. 2,0 T-rae Absinthii 30,0. M. D. S. Отъ 15 до 20 кап. 3 раза въ день.*

Затѣмъ я видѣлъ больного въ началѣ мая передъ его отбѣдомъ на Кавказъ и могъ, къ обоюдному удовольствію, констатировать, при изслѣдованіи груди, совершенное исчезновеніе наблюдавшихся раньше ненормальныхъ физическихъ явленій, а также и субъективныхъ ощущеній: одышка, боли въ груди и пр.

Не входя въ подробный разборъ давняго случая, я скажу только, что односторонность и ограниченность заболѣванія, а также локализанія въ средней части праваго легкаго, даѣе отсутствіе лихорадки почти за все время болѣзни, отсутствіе туберкулезныхъ бациллъ въ мокротѣ и, наконецъ, благотворное вліаніе специфическаго лѣченія,— все это вмѣстѣ взятое прямо указываетъ на сифилитическій характеръ заболѣванія праваго легкаго. Что касается до той патолого-анатомической формы легочнаго заболѣванія, которую можно предполагать въ данномъ случаѣ, то я скорѣе всего склоненъ признать здѣсь сифилитическую гнѣзную бронхопнеимо-

нию съ преобладающимъ участіемъ въ болѣзненномъ процессѣ пери-бронхіальной соединительной ткани, такъ какъ скудное отдѣленіе мокроты и не особенно сильный кашель говорятъ за незначительное поражение слизистой оболочки бронховъ.

### Патологическая анатомія.

Многіе авторы (Virchow, Wagner, Kopp, Vierling, Hiller и др.) при описаніи случаевъ легочнаго сифилиса упоминаютъ объ одновременномъ пораженіи дыхательнаго горла и бронховъ. Дѣйствительно, послѣдніе, составляя, такъ сказать, основу легкихъ, принимаютъ весьма существенное участіе въ разбираемомъ нами болѣзненномъ процессѣ. А потому, прежде описанія патолого-анатомическихъ измѣненій при сифилисѣ легкихъ, мы скажемъ нѣсколько словъ о сифилитическихъ пораженіяхъ трахеи и бронховъ.

Сифилитическія измѣненія въ дыхательномъ горлѣ (trachea) наблюдаются чаще всего въ нижнемъ его отрѣзкѣ, около бифуркаціи; затѣмъ по частотѣ слѣдуютъ пораженія верхней части точнѣе подъ гортанью, рѣже же всего они встрѣчаются по всей длинѣ трахеи. Такъ у С. Gerhardt'a <sup>1)</sup> изъ 22 наблюденій въ 4-хъ была поражена вся внутренняя поверхность трахеи, въ 6-ти верхняя ея часть, а въ остальныхъ 12-ти нижняя половина, преимущественно на мѣстѣ дѣленія. Подобныя же указанія мы находимъ у Lanceaux <sup>2)</sup> и у A. Vierling'a <sup>3)</sup>. Вообще же самостоятельнаго заболѣванія трахеи встрѣчаются довольно рѣдко (M. Mackenzie <sup>4)</sup>) и въ патолого-анатомическомъ отношеніи имѣютъ большое сходство съ сифилитическими пораженіями гортани. Какъ здѣсь, такъ и тамъ наблюдаются и вторичныя прирвативныя формы, и гумозныя образованія. Seidel <sup>5)</sup> въ одномъ случаѣ наблюдалъ на задней стѣнкѣ трахеи большую кондольму, которая исчезла подъ вліяніемъ ртутиальнаго леченія. Подобныя же измѣненія были и въ 5-ти случаяхъ M. Mackenzie <sup>6)</sup>. Нѣкоторые авторы (Gerhardt, Mackenzie, Lang

<sup>1)</sup> С. Gerhardt. Ueber syphilit. Erkrankung der Luftröhre. D. Arch. f. kl. Med. Bd. II, 1867, стр. 537.

<sup>2)</sup> Ученіе о сифилисѣ, русск. пер. стр. 417.

<sup>3)</sup> A. Vierling. Syphilis der Trachea u. der Bronchien. D. Arch. f. kl. Med. Bd. XXI, 1878, стр. 325.

<sup>4)</sup> Die Krankheiten des Halses und der Nase. Нѣм. пер. F. Semon'a т. I, стр. 113, 714 и 715.

<sup>5)</sup> Jenaische Zeitschrift. II, 4. Цит. по Gerhardt'у, I. с. стр. 535.

<sup>6)</sup> I. с. стр. 715.

склонны думать, что трахея и бронхи поражаются вторичными прирвативными процессами чаще, чѣмъ обыкновенно полагаютъ. По Gerhardt'у «съ большою вѣроятностію можно признать существованіе Tracheitis et Bronchitis specifica подобно простымъ катарральнымъ Angina et Laryngitis syphilitica».

Гумозныя пораженія трахеи встрѣчаются чаще въ разлитой формѣ (гумозная инфильтраціи), чѣмъ въ видѣ ограниченныхъ гумозныхъ узловъ. Обыкновенно инфильтруется вся толща трахеальной стѣнки, которая иногда съ внутренней своей поверхности представляется усаженной сосочками, складками и валиками (Wagner <sup>1)</sup>), или гораздо чаще на ней находятъ язвы различной формы, величины и глубины, какъ наиболее обыкновенный исходъ гумозной инфильтраціи. Названіе перѣдко ведетъ къ обнаженію и некрозу одного или нѣсколькихъ хрящей и къ прободенію трахеи. I. Moisset <sup>2)</sup> описываетъ случай, гдѣ послѣ уничтоженія многихъ хрящевыхъ колецъ ихъ осталось всего 11—12; при этомъ было рѣзко замѣтно укороченіе трахеи. Въ случаяхъ подобныхъ послѣднему является возможность спаденія стѣнокъ трахеи при выдыханіи — обстоятельство, угрожающее жизни больныхъ. При заживленіи язвъ образуются лучистые или сморщенные рубцы, ведущіе къ суженіямъ дыхательнаго горла часто до того значительнымъ, что чрезъ суженное мѣсто едва проходитъ гусиное перо. Такія суженія обыкновенно развиваются послѣ рубцеванія язвъ, занимающихъ всю окружность трахеи. Выше и ниже мѣста суженія могутъ образоваться расширенія. Суженіе можетъ произойти и вслѣдствіе гумозной опухоли, сидящей на внутренней поверхности трахеи или вслѣдствіе частичнаго изъязвленія трахеальныхъ колецъ, когда послѣдніе подвергаются вывиху и загпаются въ просвѣтъ дыхательнаго горла. Кромѣ этихъ измѣненій, нѣкоторые авторы (С. Kopp <sup>3)</sup>, Wallmann <sup>4)</sup> и др.) наблюдали значительное утолщеніе и уплотненіе соединительной ткани, окружающей трахею (peritracheitis syphilitica), гдѣ находили также и мѣстныя разширенія съ образованіемъ абсцессовъ, при чемъ иногда процессъ разрушенія захватывалъ и другіе около-

<sup>1)</sup> Archiv. der Heilkunde. 1863 г. Томъ IV, 3, стр. 222.

<sup>2)</sup> L'union méd. de Paris. 1858 г. 28 окт.

<sup>3)</sup> D. Arch. f. klin. Med. т. XXXII. Syphilis d. Trachea u. d. Bronch.

<sup>4)</sup> Virchow's Arch. т. XIV, стр. 201.

лежащие органы, как то: пищеводъ (случай Вегера<sup>1)</sup>), легочную артерію и даже аорту (случай С. Kelly<sup>2)</sup> и S. Wilks'a<sup>3)</sup>).

Въ бронхахъ наблюдаются тѣ-же самыя измѣненія, что и въ трахей. Обыкновенно, при пораженіяхъ послѣдней на мѣстѣ дѣленія, болѣзненный процессъ распространяется и даже на одинъ или оба бронха и ведетъ къ тѣмъ же послѣдствіямъ, т. е. къ изъязвленію и къ суженію. Сифилитическія язвы и инфильтраціи могутъ занимать или ограниченную часть бронховъ, чаще переднюю половину ихъ окружности, или распространяются по всей длинѣ ихъ до hilus рѣшопи и даже до мелкихъ развѣтвленій. Пригрозомъ послѣдняго можетъ служить приведенный у Lancea'e ux<sup>4)</sup> случай сифилитическаго бронхита, гдѣ при вскрытіи были найдены маленькія изъязвленія на слизистой оболочкѣ гортани и большихъ бронховъ; изъязвленія эти дѣлались болѣе и болѣе многочисленными, въ мелкихъ развѣтвленіяхъ, а въ маленькихъ бронхиальныхъ вѣтвяхъ составляли непрерывный рядъ язвъ. Въ нашемъ первомъ случаѣ слизистая оболочка крупныхъ бронховъ была утолщена, а вблизи корня легкаго нѣкоторыя бронхиальныя вѣтви были расширены и на ихъ слизистой оболочкѣ найдены довольно многочисленныя изъязвленія. Въ одномъ наблюденіи Hille'r'a<sup>5)</sup> главные бронхи обоихъ легкихъ были сильно сужены, при чемъ суженіе было рѣзче выражено въ лѣвомъ бронхѣ, просвѣтъ котораго равнялся въ поперечномъ размѣрѣ 6 мм. Суженіе въ этомъ случаѣ произошло вслѣдствіе толстаго мозолистаго новообразованія, которое окружало нижнюю часть трахеи и отсюда распространялось вдоль обоихъ бронховъ до hilus легкаго. Просвѣтъ нѣкоторыхъ бронхиальныхъ вѣтвей 1-го и 2-го порядка былъ вышноренъ такой-же блѣдой мозолистой массой, постепенно исчезающей въ дальнѣйшихъ развѣтвленіяхъ. Суженіе бронховъ до гусиного пера наблюдалось также и многими другими авторами (Сokolovskij<sup>6)</sup>, Kopp<sup>7)</sup>, Stintzing<sup>8)</sup> и др. При такихъ

<sup>1)</sup> Вегер. Tracheasymphilis. Deutsch. Arch. f. klin. Med. t. XXIII стр. 614.

<sup>2)</sup> и <sup>3)</sup> Trans. Path. Soc. томъ XXIII, 1872, стр. 45 и т. XVI, 1865 стр. 52. Цит. по Ваумлер'у, Ziemssen, Частная пат. и терап. т. III, стр. 176, русск. перев.

<sup>4)</sup> l. c. стр. 419.

<sup>5)</sup> Ueber Lungen-Symphilis u. syphil. Phthisis. Charité-Annal. IX Jahrg 1884 г. стр. 218—220.

<sup>6)</sup> l. c.

<sup>7)</sup> l. c.

<sup>8)</sup> Stintzing. Laryngo-Tracheobronchitis syph. Aertzliche Intelligenzblatt. München. 1883, стр. 183.

суженіяхъ всегда наблюдается и расширеніе бронховъ до образованія довольно большихъ бронхоэктазіи. Легочная ткань, окружающая измѣненные сифилитическимъ процессомъ бронхи, оказывается въ большинствѣ случаевъ пораженной тѣмъ или другимъ изъ описанныхъ ниже сифилитическихъ измѣненій легкаго. Изъ собранныхъ нами въ литературѣ несомнѣнныхъ 55 случаевъ сифилиса легкаго, констатированнаго вскрытіемъ, о сифилитическихъ измѣненіяхъ бронховъ упоминается въ 26; въ остальныхъ же 29 случаяхъ о бронхахъ не говорится ни слова, можетъ быть потому, что на нихъ не было обращено вниманія; въ противномъ случаѣ, число совмѣстнаго заболѣванія бронховъ и легкаго, навѣрное, оказалось бы значительно болѣе приведенной цифры. Но и изъ этого сопоставленія уже видно, что бронхи принимаютъ большое участіе въ сифилитическихъ заболѣваніяхъ легочной ткани.

Измѣненія легкаго, находимыя при вскрытіи лицъ, страдавшихъ висцеральнымъ сифилисомъ, не представляють одной какой-либо рѣзко определенной картины, общей для всѣхъ случаевъ. Напротивъ, съ тѣхъ поръ какъ патолого-анатома обратили вниманіе на эти измѣненія, различаютъ уже нѣсколько видовъ сифилитическаго заболѣванія легочной ткани, являющихся, подобно такимъ же процессамъ въ другихъ паренхиматозныхъ органахъ, то въ видѣ гуммозныхъ образований (гуммозная воспаленія), то въ видѣ хроническаго продуктивнаго воспаленія, ведущаго къ новообразованію волокнистой ткани (интерстиціальнаго воспаленія). Первые представляются въ двухъ формахъ: или въ формѣ болѣе или менѣе рѣзко ограниченныхъ узловъ, похожихъ на опухоли (т. наз. гуммозные опухоли), или въ формѣ разлитаго инфильтрата. Легкія, въ силу своего анатомическаго строенія и физиологической функціи, даютъ особенный отпечатокъ этимъ измѣненіямъ и, благодаря развивающимся въ нихъ побочнымъ болѣзненнымъ процессамъ, не находящимся въ прямой зависимости отъ конституціональной причины, — представляють большія затрудненія для изученія тѣхъ именно измѣненій, которыя произошли исключительно отъ дѣйствія сифилитическаго яда. Поэтому на дальнѣйшее изложеніе я смотрю, какъ на попытку представить въ сжатой формѣ только самое существенное въ этомъ вопросѣ, не вдаваясь въ его частности.

Типическія, наиболѣе характерныя, измѣненія легкаго встрѣчаются при врожденномъ сифилисѣ у новорожденныхъ дѣтей, которыя

редятся большею частью недоношенными и мертвыми (на 6—7 мѣсяцѣ). Измѣненія эти обнаруживаются то въ видѣ разлитого заболѣванія, то въ формѣ ограниченныхъ узловъ. Разлитая форма, описанная Virchow'ымъ <sup>1)</sup> подъ именемъ бѣлой гепатизаціи и легкихъ, можетъ поражать цѣлую долю, даже цѣлое легкое, объемъ, вѣсъ и плотность котораго бывають увеличены. Легкія наполняютъ иногда почти всю грудную полость и часто сохраняютъ отпечатки реберъ (F. Weber) <sup>2)</sup>, поверхность ихъ гладкая, отличающаяся особеннымъ блѣднымъ, бѣловатымъ цвѣтомъ. Поверхность разрыва ровна, гладка, блестяща, бѣлаго или слегка розоваго цвѣта, иногда усыяна бѣловатыми пятнами на красноватомъ фонѣ. Мѣстами попадаются болѣе плотныя массы, раздѣленные утолщенными междольчатыми перегородками и имѣющія консистенцію печеночной ткани. Мелкія разветвленія бронховъ и сосудовъ представляются сжатыми, эндотелиальныя кѣтки въ сосудахъ увеличены, часто съ множественными ядрами; адвентиція большихъ сосудовъ представляетъ разрушеніе соединительной ткани (Birch-Hirschfeld) <sup>3)</sup>. При микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ главнымъ образомъ утолщеніе междольчатой и междувезикулярной соединительной ткани, которая инфильтрирована многочисленными круглыми и веретенообразными грануляционными кѣтками. Альвеолы при этомъ сдавливаются, а полости ихъ бывають вышолнены круглыми эпителіальными кѣтками, которыя при дальнѣйшемъ развитіи болѣзни подвергаются жировому перерожденію. Въ начальныхъ формахъ этого заболѣванія легкое бываетъ пронизано многочисленными очень мелкими дольчатыми и перифронхальными гнѣздами, граница которыхъ впрочемъ не ясно выражена. Этотъ первый періодъ называютъ миліарнымъ стадіемъ гумозныхъ опухолей (Birch-Hirschfeld). В. Контривъ <sup>4)</sup> весь процессъ при бѣлой гепатизаціи легкихъ считаетъ за разлитое гумозное поражение соединительной ихъ ткани.

Хотя большинство авторовъ бѣлую гепатизацію считаютъ за принадлежность врожденнаго сифилиса, но въ литературѣ описаны подобныя же измѣненія въ легкихъ и при приобретенномъ сифилисѣ,

<sup>1)</sup> Archiv. t. I, 1847, стр. 146, и Ученіе объ опухоляхъ, русскій перев. стр. 325.

<sup>2)</sup> F. Weber. Beiträge zur pathol. Anatomie der Neugebör. Kiel. 1851—1854. Вып. II, стр. 47.

<sup>3)</sup> Руководство къ патол. анат. 1877, стр. 806.

<sup>4)</sup> В. Контривъ. Анатомическія измѣненія легкихъ у сифилистическихъ новорожденныхъ дѣтей. Дисс. Москва. 1880 г.

у взрослыхъ; таковы случаи Moxon'a <sup>1)</sup>, Greenfield'a <sup>2)</sup>, Mac Lane-Tiffany <sup>3)</sup>, Ramdohr'a <sup>4)</sup> и Vierling'a <sup>5)</sup>. Эти авторы или прямо говорятъ, что изслѣдованныя ими легкія находились въ состояніи «бѣлой гепатизаціи», или что наблюдавшіеся въ нихъ измѣненія были весьма похожи «на бѣлую гепатизацію» новорожденныхъ.

Ограниченные узлы или гумозныя опухоли, встрѣчаемые въ легкихъ новорожденныхъ, представляютъ тѣ же вышесказанныя измѣненія, но только на ограниченномъ пространствѣ; такъ какъ инфильтрація ткани и прижатіе сосудовъ здѣсь достигаютъ болѣе высокой степени, то дѣло доходитъ до некроза, до вторичаго перерожденія (Birch-Hirschfeld). Узлы бывають величиной отъ горошины до лѣснаго орѣха и, по вѣншему виду, мало чѣмъ отличаются отъ такихъ же узловъ, наблюдаемыхъ у взрослыхъ.

Что касается сифилитическаго заболѣванія легкихъ у взрослыхъ, то оно также является или въ видѣ гумозныхъ опухолей, или въ видѣ разлитыхъ заболѣваній.

Гумозныя опухоли, гуммы, чаще всего были находимы въ среднихъ и нижнихъ частяхъ легкихъ, какъ въ глубинѣ органа, такъ и близъ его поверхности (подъ плеврой), при чемъ они располагаются или въ окружности бронховъ, или вблизи ихъ (Henoр) <sup>6)</sup> и при томъ чаще на одной сторонѣ, нежели на обѣихъ. Но гуммы нерѣдко встрѣчаются и въ верхушкахъ, какъ это видно изъ нашего перваго наблюденія, гдѣ одинъ изъ гумозныхъ узловъ находился въ правой верхушкѣ, а другіе располагались болѣе въ среднихъ и нижнихъ отдѣлахъ обѣихъ легкихъ. Нашъ случай служитъ подтвержденіемъ также и того общепризнаннаго факта, что ограниченные гуммы встрѣчаются по преимуществу по множественномъ числѣ. Величина ихъ бываетъ различна: отъ горошины до лѣснаго орѣха и даже гораздо больше. По формѣ онѣ бывають то кругловатыя, то неправильнаго очертанія, часто зубчатыя вслѣдствіе отходящихъ отъ нихъ соединительнотканнхъ лучей. Строеніе и конси-

<sup>1)</sup> Transact. of pathologic. Society, vol. XXII, 1871, стр. 38. Цит. по Hiller'y.

<sup>2)</sup> Jahresbericht von Virchow-Hirsch, 1876, т. II, стр. 171.

<sup>3)</sup> Americ. Journ. of med. science. July 1877. Реф. въ Vierteljahr. f. Derm. u. Syph. 1878 г., стр. 491.

<sup>4)</sup> Arch. der Heilkunde 1878, т. XIX, стр. 410.

<sup>5)</sup> l. c. стр. 329 и 330.

<sup>6)</sup> Henoр, Ein Fall von laetischer Erkrankung der Lunge. D. Arch. f. klin. Med. т. XXIV, 1879 г., стр. 250—253.

стенция гummъ записятъ отъ періода ихъ развитія. Молодыя гummы мягки, мясисты, сѣровато-краснаго цвѣта; онѣ состоятъ изъ группъ круглыхъ или слегка овальныхъ грануляціонныхъ элементовъ и болѣе крупныхъ эпителиодныхъ, между которыми иногда попадаются и гигантскія кѣлѣки, кромѣ того,—изъ большаго или меньшаго количества промежуточнаго вещества. Такія образованія отличаются, какъ извѣстно, большою наклонностью къ скорому распаду, вслѣдствіе наступающаго запусія сосуда въ центральной ихъ части и послѣдовательнаго казеозно-жироваго перерожденія; такъ что въ дальнѣйшемъ своемъ развитіи гummы начинаютъ постепенно размягчаться отъ центра къ периферіи, гдѣ грануляціонная ткань представляеть уже различныя переходныя формы къ стойкой соединительной ткани. Подобныя молодыя гummы чаще наблюдаются въ легкихъ новорожденныхъ; у взрослыхъ ихъ приходится наблюдать гораздо рѣже: у нихъ находятъ гумозныя опухоли обыкновенно уже старыя. Последнія на разрѣзѣ представляются желтоватыми или блѣдо-желтыми; онѣ сухи, совершенно безосны и въ нихъ различаютъ центральную часть, представляющую творожистое гнѣздо съ остатками регрессивно-измѣненныхъ элементовъ, и окружающую это гнѣздо ткань, образующую родъ васкулы. Последняя часто состоитъ изъ двухъ слоевъ: внутреннего волокнистаго соединительнотканнаго, имѣющаго сѣроватый и болѣею частью блестящій видъ, и наружнаго слоя по преимуществу грануляціоннаго. Достигая этого періода развитія, гумозный продуктъ можетъ вѣсаться, частью или вполнѣ; но онъ можетъ и удалиться чрезъ бронхи, оставляя за собой извѣстную полость, стѣнки которой бывають покрыты казеозными отложениями. Образовавшіеся такимъ образомъ каверны могутъ или увеличиваться вслѣдствіе постепеннаго распада подлежащей ткани, представляя картину сифилитической чухотки; или же зажить посредствомъ рубцеванія, образуя на поверхности легкихъ складки, вдавленія и рубцы (см. 1-е наше наблюденіе). Последніе бывають поверхностные и глубокіе, лучистые и звѣздчатые и состоятъ изъ плотной волокнистой ткани, среди которой иногда можно встрѣтить сухое, зернистое желтоватое вещество, представляющее остатокъ бывшей на этомъ мѣстѣ гummы.

Что касается до окружающей гумозные узлы легочной ткани, то она нѣрѣдко генатизирована на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи. Эту генатизацію слѣдуетъ разсматривать не какъ простое воспалительное явленіе, вызванное сифилитическимъ новообразованіемъ, но какъ гумозную и инфилтрацію, или гумоз-

ное воспаленіе, подобно такимъ же процессамъ, наблюдавшимся Vircchow'ымъ<sup>1)</sup> въ окрестности гумозныхъ опухолей въ мозгу. «Бывають, говоритъ Lang<sup>2)</sup>, и такіе случаи, гдѣ гнѣздыя заоблѣванія, у взрослыхъ болѣе часто встрѣчающіяся, комбинируются съ свойственною преимущественно новорожденнымъ развитою инфилтраціею такимъ образомъ, что либо части, расположенныя между гummатами, представляють развитой сифилитической инфилтратъ, либо развитое сифилитическое легочное пораженіе скрываетъ въ срединѣ или на периферіи гумознаго образованія, правда, въ видѣ лишь маленькихъ, просовидныхъ узелковъ». При этомъ въ близъ лежащей междольчатой и межальвеолярной ткани, преимущественно около сосудовъ, является инфилтратъ грануляціонными элементами въ видѣ милиарныхъ узелковъ, въ окрестности которыхъ происходитъ новообразованіе соединительной ткани, ведущее къ сдавленію и запусію легочныхъ альвеоль. Такимъ образомъ и являются тѣ лучистыя соединительнотканне пучки, отходящія отъ ограниченныхъ гумозныхъ узловъ, о которыхъ было упомянуто выше. Но грануляціонный инфилтратъ можетъ, благодаря запусію сосудовъ, подвергнуться и регрессивному метаморфозу, вовлекая въ разрушеніе и подлежащую легочную ткань. Этихъ путей могутъ совестрироваться довольно большія гумозныя опухоли, какъ это было, напримѣръ, въ случаѣ Cuche, не говоря уже о маленькихъ милиарныхъ узелкахъ, встрѣчавшихся въ мокротѣ нашего больного.

Проф. Крыловъ<sup>3)</sup> гумозную инфилтрацію или гумозное воспаленіе выдѣляетъ въ особую форму заоблѣванія легкихъ при сифилисѣ, описывая ее подъ названіемъ «многогнѣзднаго грануляціоннаго запусія легочныхъ альвеоль». Онъ говоритъ, что «гумозныя воспаленія легкихъ по отношенію къ развитію и обратному метаморфозу ничѣмъ не отличаются отъ гумозныхъ опухолей. Но они всегда являютъ въ видѣ множественныхъ милиарныхъ гнѣздъ или опухолей, инфилтрируютъ соединительнотканную строму мельчайшихъ долекъ паренхимы и, повидному, содержатъ въ окружающей ихъ легочной ткани подобно первичному буторку, вызывая въ ней различныя формы творожистой чухотки».

Мы уже нѣсколько разъ упоминали объ измѣненіяхъ сосудовъ въ мѣстахъ развитія гумозныхъ новообразованій. Но въ чемъ же

<sup>1)</sup> Ученіе объ опухоляхъ, русск. пер. стр. 309.

<sup>2)</sup> Lang. Лекціи по патологій и терапій сифилиса. 1886 г., стр. 269.

<sup>3)</sup> В. Крыловъ. Изслѣдованія о патологическомъ изм. легкихъ у сифилитиковъ. Дисс. 1870 г., стр. 81—114, 142.



заключается сущность этих изменений? Какъ въ сосудахъ другихъ органовъ (Heubner <sup>1)</sup>, Birch-Hirschfeld <sup>2)</sup>, Cornil et Ranvier <sup>3)</sup>, К. Косицъ <sup>4)</sup> и др.) такъ и въ сосудахъ легкихъ, на основаніи изслѣдованій М. Руднева <sup>5)</sup> и Бересневича <sup>6)</sup>, сифилитическія измѣненія начинаются съ эндотелиальнаго слоя ихъ. Эндотелиальныя кѣтки представляются утолщенными, вдающимися въ просвѣтъ сосуда, затѣмъ наступаетъ ихъ пролиферация одновременно съ появленіемъ большаго количества грануляціонныхъ элементовъ. Въ болѣе же позднихъ періодахъ эти прогрессивныя измѣненія ведутъ къ значительному утолщенію intimae, къ суженію и даже полному зашпранію просвѣта сосуда. Подобныя измѣненія рѣзче всего выражены въ артеріяхъ малаго калибра. Но и наружная оболочка сосудовъ принимаетъ не менѣ дѣятельное участіе въ болѣзненномъ процессѣ: въ ней также замѣчается грануляціонная инфильтрація въ начальныхъ стадіяхъ болѣзни и новообразование соединительной ткани въ болѣе позднихъ. Р. Baumgarten <sup>7)</sup> существенныя и первичныя измѣненія приписываетъ именно наружной сосудистой оболочкѣ, а также отчасти и средней; на разрѣженіе же intimae смотритъ, какъ на послѣдовательное явленіе. На нашихъ микроскопическихъ препаратахъ замѣчалось утолщеніе какъ intimae, такъ и adventitiae, хотя утолщеніе и инфильтрація послѣдней были почти всегда выражены гораздо рѣзче. — Такъ или иначе, — описанныя измѣненія сосудовъ влияют весьма существеннымъ образомъ на всѣ фазы развитія гумознаго процесса.

Кромѣ собственно гумозныхъ опухолей и ограниченныя гумозныхъ инфильтрацій сифилисъ легкихъ можетъ проявиться и въ видѣ разлитаго заболѣванія интерстиціальной ткани (Pneumonia interstitialis syphilitica), подобно аналогичнымъ процессамъ, встрѣчающимся въ печени, аичкахъ и другихъ паренхиматозныхъ органахъ. Аналогія эта видна не только въ одинаковой сущности патолого-анатомическихъ измѣненій, но и въ мѣстѣ начала и въ путяхъ распространенія болѣзненнаго процесса. Какъ, напри-

<sup>1)</sup> Heubner. Die Inetische Erkrankung d. Hirnarterien. 1874.

<sup>2)</sup> Birch-Hirschfeld. Ручов. къ патолог. анат., стр. 410.

<sup>3)</sup> Cornil et Ranvier. Ручов. патолог. гистолог. 1881 г., стр. 236.

<sup>4)</sup> К. Косицъ и др. Къ вопросу о развитіи гумозн. опухолей въ печени. Двсс. Спб. 1883, стр. 68—71.

<sup>5)</sup> М. Рудневъ. Ручов. къ изученію общей патолог. 1873, стр. 196.

<sup>6)</sup> Бересневичъ. О склерозѣ сосудовъ легкихъ, 1876, стр. 39.

<sup>7)</sup> Archiv der Heilkunde, 1875. Virchow's Arch. t. 73, стр. 90 и т. 76, стр. 268.

мѣрь, сифилитическій интерстиціальный гепатитъ исходной точкой своего развитія имѣетъ Галесонову капсулу, начиная отъ печеночныхъ воротъ, и распространяется по ней въглубь печени: такъ и сифилитическая интерстиціальная пневмонія начинается отъ hilus легкихъ и развивается въ периворхальной и въ периваскулярной соединительной ткани (Pancreitius). Если мы вспомнимъ, какъ часто сифилитическія пораженія нижней части трахеи переходятъ на бронхи, а отсюда на близъ лежащую легочную ткань, если вспомнимъ далѣе, что корень легкихъ, служа для послѣднихъ какъ бы точкой опоры, долженъ подвергаться наибольшимъ механическимъ insultамъ и при дыхательныхъ движеніяхъ легкихъ, и со стороны трѣхъ выдыхаемаго воздуха съ различными взвѣшенными въ немъ плотными частицами; если, наконецъ, обратимъ вниманіе на тотъ общезвѣстный фактъ, что мѣста, начине подвергающіяся повторяющимся механическимъ insultамъ, хотя бы самыми незначительными, чаще и поражается сифилисомъ (Corona Veneris, periostitis tibiae): то станеть весьма понятна упомянутая особенность сифилитической интерстиціальной пневмоніи начинать преимущественно отъ hilus pulmonum. Вероятно, не меньшую роль въ локализациі и распространѣніи болѣзненнаго процесса играютъ и сосуды, питающіе легкое, и лимфатическіе пути съ бронхіальными лимфатическими железами. Встрѣчаются, конечно, и такіе случаи, гдѣ развитіе болѣзненнаго процесса начинается съ того или другаго мѣста плевры и распространяется отсюда въглубь органа. Патологическій процессъ при этомъ заболѣваніи состоитъ въ гипертрофій и гиперидіяхъ интерстиціальной, междольчатой и межъальвеолярной соединительной ткани, начинается появленіемъ грануляціонной инфильтраціи въ окружающія бронховъ и сосудовъ (peribronchitis et periarteriitis syphilitica) и распространяется, следуя развитію послѣднихъ. Новообразование ткани захватываетъ и самыя долины легкихъ, идетъ въ нихъ по перегородкамъ до альвеолей и, такимъ образомъ, ведетъ частію къ сдавленію ихъ и послѣдовательной закупоркѣ перерожденнымъ эпителиемъ, частію къ грануляціонному запускнью. Такой процессъ иногда сразу занимаетъ цѣлыя группы мелкихъ долекъ, поражая, такимъ образомъ, болѣе или менѣе значительную часть доли, даже цѣлую долю (Крыловъ) <sup>1)</sup>. Дальнѣйшія измѣненія состоятъ въ переходѣ новообразованной ткани въ волокнистую, а затѣмъ и въ фиброзную, которая, сокращаясь, ведетъ мѣстами къ сдавленію и облитерациі сосудовъ, помимо ведущихъ къ тѣмъ же послѣдствіямъ измѣненій въ ихъ внутренней и

<sup>1)</sup> I. с. 183.

наружной оболочках. Уплотнившаяся часть легких на разрезе представляется, то желтовато-белыми и срыми, то спенатыми, или аспидного и даже черного цвета, вследствие отложения углистого и кровавого пигмента. Проходящие здесь бронхи утолщены, часто закупорены вязким содержимым, мѣстами сужены, или расширены до образования различной величины бронхэкстазий. Окружающая паренхимную часть легочная ткань бывает эмфизематозно расширена, а прилежащая плевра—утолщена съ образованіем ложных перегородок и срощений какъ отдѣльных долей между собою, такъ и самого легкаго съ грудной стѣной или съ диафрагмой. Когда растаивающаяся соединительная ткань, переходя въ фиброзную, начинаетъ сморщиваться и изолировать отдѣльные доли или цѣлыя группы долекъ, тогда на поверхности легкаго можно замѣтить вдавленія, въ видѣ рубцовъ или мозолей, и тогда легкое принимаетъ бугристый или дольчатый видъ, какъ это приходится наблюдать и въ леченіи при заблѣваніи ея сифилитическимъ интерстиціальнымъ воспаленіемъ.

Отсюда мы видимъ, что интерстиціальная сифилитическая пневмонія можетъ привести или къ значительному уплотнѣнію легкаго съ заростаніемъ альвеолъ, или къ сморщиванію его съ образованіемъ бронхэкстазий и срощений плевры. Но проф. Крыловъ<sup>1)</sup> указываетъ еще на одинъ исходъ, а именно: на образование, вслѣдствіе творожисто-жирового перерожденія, язвенныхъ полостей внутри участковъ легкихъ, занятыхъ фибрознымъ сифилитическимъ воспаленіемъ. Происходитъ это такимъ образомъ, что сначала среди уплотнѣлой ткани легкаго появляются островки грануляціонной ткани, а затѣмъ начинается распаденіе какъ этихъ островковъ, такъ и ближайшей окрестности ихъ, гдѣ появляется вторичное разрастаніе грануляціонной ткани, неспособной къ вышней организаціи и, подобно гумознымъ образованіямъ, быстро распадается. По удаленіи распада составныхъ частей узла образуются дефекты ткани—лаверны, иногда довольно большія. Такъ изъ фибрознаго перерожденія легочной ткани развивается язвенная форма чахотки.

По почину Virchow'a<sup>2)</sup>, у нѣкоторыхъ авторовъ (Schnitzler<sup>3)</sup> Hiller<sup>4)</sup>, Lang<sup>5)</sup> и др.) встрѣчаются указанія на простыя

<sup>1)</sup> Исслѣд. о патолог.-анатом. измѣненіяхъ легкихъ у сифилитиковъ. Дисс. 1870 г., стр. 136—141.

<sup>2)</sup> Ученіе объ опухляхъ, русск. пер. стр. 325—326.

<sup>3)</sup> Die Lungensyphilis etc. Wien. 1880, стр. 41.

<sup>4)</sup> Charité-Annalen. IX. 1884, стр. 190.

<sup>5)</sup> Zur Lehre von der Eingeweidesyph. Wiener med. Presse. 1885. № 1 и 2.

притивныя заблѣванія легкихъ сифилитическаго происхожденія, описанныя большею частью подъ именемъ бронхопневмоній. Въ существованіи такихъ воспалительныхъ процессовъ сифилитическаго происхожденія едва-ли можно сомнѣваться въ виду того, что подобныя же измѣненія въ легкихъ присоединяются и къ другимъ инфекціоннымъ болѣзнямъ, какъ-то: кокашю, кори, скарлатинѣ, оспѣ, тифу, сну и др. Если упомянутыя болѣзни могутъ вызвать бронхитъ и послѣдовательную бронхопневмонію, то логически вытекаетъ возможность подобнаго же заблѣванія бронховъ съ окружающей ихъ легочной тканью и при сифилисѣ. Здѣсь нельзя, конечно, пока говорить о какой нибудь особенной формѣ пневмоніи чѣмъ-либо резко отличающейся отъ другихъ; важнѣе признать причинную связь ея съ сифилисомъ, дабы съ большей увѣренностію можно было дѣйствовать при назначеніи того или другаго леченія.

Въ новѣйшее время Balzer и Grandhomme<sup>1)</sup> описали подобныя бронхопневмоніи у сифилитическихъ дѣтей, частью мертворожденныхъ, частью умершихъ вскорѣ послѣ рожденія. Они раздѣляютъ исслѣдованные ими случаи на три категоріи: къ первой относятся случаи съ базальными, сѣвными формами бронхопневмоніи, въ которыхъ наблюдались явленія бронхита, слушваніе альвеолярнаго и бронхіальнаго шептала и мѣстныя гипереміи. Во второмъ рядѣ случаевъ они находили подострую бронхопневмонію въ видѣ разсѣянныхъ гнѣздъ, при чемъ была замѣчена наклонность къ разрастанію интерстиціальной соединительной ткани и, кромѣ того, довольно резко выраженное измѣненіе сосудовъ. Къ третьей категоріи они относятъ бронхопневмоніи съ бронхэкстазиями; это, по видимому, есть дальнѣйшій стадій развитія предыдущей формы съ болѣе резко выраженнымъ утолщеніемъ промежуточной соединительной ткани. Въ одномъ такомъ случаѣ упомянутые авторы наблюдали даже изъязвленіе стѣнокъ въ мелкихъ бронхахъ. Какъ на нѣкоторые отличительные признаки такихъ врожденныхъ сифилитическихъ бронхопневмоній они указываютъ на наклонность къ склерозу, перерожденію сосудовъ и малое участіе въ болѣзненномъ процессѣ легочнаго эпителия; во всемъ же остальномъ эти бронхопневмоніи вполне похожи на пневмоніи, развивающіяся при другихъ острыхъ и хроническихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ.

Что касается до сифилитической бронхопневмоніи у взрослыхъ,

<sup>1)</sup> Balzer et Grandhomme. Contribution à l'étude de la bronchopneumonie syphilitique du fœtus et du nouveau-né. Revue mens. des maladies de l'enf. 1886 г., стр. 485. Vierteljahr. f. Derm. et Syph. 1887 г., стр. 401

то она является последовательно за сифилитическим бронхитомъ, при чемъ процессъ начинается въ окружности бронховъ средняго и малаго калибра, являясь въ видѣ гнѣздъ большей или меньшей величины и представляя лобулярное воспаление легкихъ (Lang). Заболѣвшіе участки легкихъ имѣютъ видъ довольно плотныхъ узловъ различной величины и неправильнаго очертанія; на разрывъ они темно-краснаго или желтовато-сѣраго цвѣта, причемъ въ центрѣ отбѣльныхъ узловъ и узелковъ можно замѣтить просвѣтъ бронха, перерѣзаннаго въ томъ или другомъ направленіи, который часто бываетъ или закупоренъ казеозной массой, легко удаляемой, или же совершенно облитерированъ. Нередко въ окружности такихъ бронховъ идетъ темно-синій или совершенно черный ободокъ, зависящій отъ отложения углестого пигмента. Особенность сифилитической бронхонеймоніи состоитъ въ гиперплазіи соединительно-тканыхъ стѣнокъ мелкихъ бронховъ, мельчайшихъ сосудовъ и легочныхъ перегородокъ съ измѣненіемъ и съ суженіемъ межъальвеолярныхъ сосудовъ. Стѣнки бронховъ оказываются сильно утолщенными на счетъ разрастанія соединительной ткани, которая, чѣмъ ближе къ центру, тѣмъ представляется болѣе плотной, мозолистой; въ периферіи же дѣлается рыхлѣе и здѣсь, при микроскопическомъ изслѣдованіи, между нучками ея замѣчается инфильтрація грануляционными элементами, съ различными переходными формами ихъ до молодыхъ соединительно-тканыхъ волоконъ. Альвеолы частью сжаты гипертрофированной соединительной тканью, частью представляются совершенно спавшимися, другія же наполнены отавшимъ легочнымъ эпителиемъ. При суженіи *vasa afferentia* альвеолъ, въ альвеолярной стѣнѣ сосудовъ наступаетъ замедленное кровообращеніе, что ведетъ къ болѣе обильному выступленію изъ нихъ серозной жидкости; альвеолярный эпителий по этому протоплазматически увеличивается, соединеніе его со стѣнками дѣлается рыхлымъ и, освобождаясь, онъ повпадаетъ въ просвѣтъ альвеолъ, гдѣ обыкновенно подвергается жировому перерожденію. Вообще состояніе кровообращенія въ пораженной части легкаго даетъ тотъ или другой отпечатокъ наблюдающемуся здѣсь дальнѣйшимъ измѣненіямъ. Во первыхъ, въслѣдствіе суженія приводящихся сосудовъ, можетъ произойти сильная пассивная гиперемія съ выступленіемъ крови въ ткань легкихъ, откуда образуется спленизация пораженной части легкаго, которая, въ свою очередь, въслѣдствіи можетъ перейти въ темно-аспидное уплотнѣніе. Во вторыхъ, въ силу той же причины, пораженная часть легкихъ пропитывается отечной серозной жидкостью,

принимаящую студенистый видъ, и такимъ образомъ является такъ называемая желатинозная инфильтрація. И наконецъ, въ третьихъ, подъ вліяніемъ образующагося мѣстами сильнаго сжатія всей стѣнѣ сосудовъ разрастающагося соединительной тканью, наступаетъ столь замедленное кровообращеніе, а иногда и полное его прекращеніе, что дѣло доходить до некроза или казеознаго распада. Нужно, однако, замѣтить, что не всегда наблюдается одно какое нибудь изъ описанныхъ послѣдствій нарушеннаго кровообращенія въ пораженной части легкаго; но, напротивъ, гораздо чаще они комбинируются другъ съ другомъ, или встрѣчаются всѣ въ одно и то же время (Lang). Однако, по заявленію проф. Н. П. Ивановскаго<sup>1)</sup>, «всѣ эти измѣненія имѣютъ мало характернаго и сходны съ хроническими воспаленіями легкаго не сифилитическаго происхожденія. Сифилитическое воспаление легкихъ (сифилитическая чихотка) отличается отъ туберкулезной болѣе обильнымъ развитіемъ грануляционной ткани, съ переходомъ ея въслѣдствіи въ рубцовую волокистую, и отсутствіемъ туберкулезныхъ бациллъ въ ткани легкаго и мокротѣ.» Диагностика основывается, кромѣ того, «на существованіи одновременно сифилитическихъ измѣненій въ другихъ органахъ.»

Въ настоящее время далеко нельзя еще считать законченнымъ ученіе о сифилитическихъ измѣненіяхъ легкихъ. До сихъ поръ еще нѣтъ недостатка въ сомнѣніяхъ на счетъ существованія такихъ поражений легкихъ у взрослыхъ. Fournier по этому поводу говоритъ, что какъ въ прежнее время безъ должнаго разбора весьма различнаго страданія легкихъ приписывали сифлису, такъ, напротивъ, потомъ о вліяніи его на заболѣваніе легочной ткани почти совсѣмъ забыли, такъ что все еще приходится считаться съ двумя противоположными взглядами: «*la crédulité de nos pères et l'incrédulité de nos contemporains*». Слова эти были сказаны Fournier 13 лѣтъ тому назадъ; но они справедливы и до сего дня. Подобный скептицизмъ въ настоящее время, можетъ быть, и имѣетъ основаніе въ виду тѣхъ успѣховъ бактериологіи, которые уже причли настъ смотрѣть на инфекціонныя болѣзни, какъ на проявленіе жизни свойственныхъ каждой изъ нихъ патогенныхъ микроорганизмовъ. Ибо, при существованіи положительнаго доказаннаго микроба для сифлиса, можно было бы гораздо легче и убѣдительно доказать существованіе сифилитическихъ поражений легкихъ и тѣмъ положить конецъ смѣненію ихъ съ аналогичными измѣненіями,

<sup>1)</sup> Н. П. Ивановскій. Краткій учебникъ частной патол. анат. 1887 г., стр. 101. Онъ же. Учеб. общей патол. анат. 1885 г., стр. 685.

происходящими от других причин. Но, как известно, мы в настоящее время не можем руководствоваться таким положительным критерием, потому что патогенной бактерии для сифилиса пока еще точно не доказано. Надлежащая же роль много шума сифилитической палочки Lustgarten'a <sup>1)</sup>, хотя и была найдена в сифилитических продуктах некоторыми авторами (Doutrelepon't <sup>2)</sup>, Matterstock <sup>3)</sup>, Bitter <sup>4)</sup> и др.), но за то другим [Alvarez и Tavel <sup>5)</sup>, Klempere'r <sup>6)</sup>, Zeissl <sup>7)</sup>] совсем не удалось доказать присутствия ея на срывах из плотных сифилитических продуктов. В самое последнее время появилось обстоятельное исследование д-ра Смирнова <sup>8)</sup>, который пришел къ следующимъ заключениямъ:

1) «Существованіе специфическихъ микроорганизмовъ сифилиса, въ смыслѣ сифилитическихъ bacillus Lustgarten'a, остается недоказаннымъ».

2) «Спеціальныя микроскопическія методы (Lustgarten'a и др.), не основанныя на изученіи физиологіи микроорганизмовъ, не научны, и диагностическаго значенія имѣть не могутъ».

3) «При такой постановкѣ исследования, какая принята Lustgarten'омъ, возможны грубыя ошибки».

Д-ръ Смирновъ <sup>9)</sup> исследовалъ гумозные узлы (гумматы) изъ легкихъ двухъ проституттокъ, при чемъ на препаратахъ, обработанныхъ по Lustgarten'у, Gram'у и Koch-Ehrlich'у, ни bacillus, ни другихъ формъ микроорганизмовъ найдено не было.

Поэтому пока приходится довольствоваться при патологоанатомическомъ исследованіи или отрицательными данными, въ смыслѣ отсутствія въ болѣзненно-измѣненныхъ тканяхъ туберкулезныхъ палочекъ, или некоторыми особенностями — макро и микроскопической

<sup>1)</sup> Lustgarten. Die Syphilisbacillen. Wien. 1885 г.

<sup>2)</sup> Doutrelepon't. Ueber Bacillen bei Syphilis. Deutsch. med. Woch. 1885, стр. 812. Овъ же. Ueber Bacillen bei Syphilis. Vierteljahr. f. Derm. u. Syph. 1887, стр. 101.

<sup>3)</sup> Matterstock. Ueber Bacillen bei Syphilis. Mitteil. aus der med. Klinik zu Würzburg. 1886. T. II, стр. 367.

<sup>4)</sup> Bitter. Ueber Syphilis- und Smegmabacillen etc. Virchow's Arch. T. CVI, стр. 209.

<sup>5)</sup> Gazette des hôpitaux, 1886, стр. 717.

<sup>6)</sup> Klempere'r. Ueber Syphilis- und Smegmabacillen. Deutsch. med. Wochenschr 1885 г., № 47.

<sup>7)</sup> Vierteljahr. f. Derm. u. Syphilis. 1886, стр. 129.

<sup>8)</sup> А. И. Смирновъ. Къ вопросу о микроорганизмахъ сифилиса. Дисс. Казань. 1888 г., стр. 151—152.

<sup>9)</sup> I. c. стр. 136 и 137.

картины гумознаго новообразованія, характеромъ его развитія и одновременнаго распространенія въ другихъ органахъ.

## Этіологія.

Сифилитическія измѣненія легкихъ до сего времени многіе считаютъ чаще встрѣчающимися при врожденномъ сифилисѣ, чѣмъ при приобретенномъ. Такое мнѣніе, очевидно, основано на сравнительной легкости доказать связь наблюдаемыхъ патолого-анатомическихъ измѣненій въ легкихъ мертворожденныхъ, или очень короткое время жившихъ младенцевъ, съ зараженіемъ отъ родителей. Этому помогаетъ и то обстоятельство, что самая частая причина, затрудняющая патолого-анатомическую діагностику, а именно смѣшеніе съ туберкулезомъ, въ этихъ случаяхъ отсутствуетъ: ибо никто еще не доказалъ у такихъ младенцевъ врожденной бугорчатки. Что касается сифилитическихъ заболеванийъ легкихъ при приобретенномъ сифилисѣ, то я не могу умолчать о мнѣніи Paneritiu's <sup>1)</sup>, по которому причиной такого заболевания легкихъ можетъ служить также и зараженіе контактиемъ мягкаго шанкра. Онъ высказался за единство сифилитическаго яда и шанкрнаго контакта, считая дуалистическую теорію очень шаткой даже до настоящаго времени. Вотъ подлинныя его слова: «Und welcher practischer Arzt, der einiger-massen Erfahrung über Syphilis gesammelt, müsste diese Ansicht nicht als die einzig richtige anerkennen». Изъ 106 своихъ случаевъ легочнаго сифилиса, въ 43 онъ констатировалъ конституціональное заболевание «als nach einem Ulcus molle mit nur exte'ner Behandlung und schneller Vernarbung entstanden». Конечно, во всѣхъ этихъ 43 случаяхъ мягкій шанкръ былъ виновникомъ сифилитическаго заболевания «легкихъ! Странно слышать въ настоящее время о подобныхъ мнѣніяхъ, такъ какъ «признаніе перелоа, шанкра и сифилиса за отдѣльныя, самостоятельныя болѣзни составляетъ основаніе современнаго сифилитологическаго ученія, и въ виду многочисленныхъ и неопровержимыхъ данныхъ, собранныхъ исследователями, разработанными этотъ вопросъ въ сказанномъ направленіи, имѣть болѣе мѣста новымъ теоріямъ, основывающимся исключительно лишь на клиническихъ наблюденіяхъ» (В. М. Гарновскій <sup>2)</sup>).

<sup>1)</sup> Paneritiu's. Ueber Lungensyphilis. Berlin. 1881, стр. 17 и 18.

<sup>2)</sup> См. его предисловіе къ русск. пер. вѣсти Lancetean'x: Ученіе о сифилисѣ. 1877 г.

Гораздо более интереса представляет вопрос о томъ, въ какомъ періодѣ течения приобретеннаго сифилиса поражаются легкія. Fournier <sup>1)</sup> полагаетъ, что заболѣваніе легкіихъ обнаруживается чаще всего въ третичномъ періодѣ, особенно въ болѣе или менѣе позднихъ эпохахъ его, а именно 5—10—20 лѣтъ спустя со дня зараженія, а иногда и еще позднѣе. Schnitzler, <sup>2)</sup> на основаніи своихъ наблюденій, пришелъ почти къ тѣмъ же выводамъ: въ 6 его случаяхъ заболѣваніе легкіихъ наступило 5 лѣтъ спустя послѣ зараженія, а въ одномъ—15 лѣтъ. Изъ нашихъ четырехъ наблюденій (принимая во вниманіе первыя жалобы на страданія со стороны грудныхъ органовъ) въ первомъ и во второмъ заболѣваніе легкіихъ началось спустя 2 года послѣ зараженія сифилисомъ, въ третьемъ только 2½ мѣсяца, а въ четвертомъ—10 мѣсяцевъ. Последніе два случая могутъ служить примѣромъ довольно ранняго пораженія легкіихъ, именно во время такъ наз. кондиломатознаго періода. На основаніи этихъ случаевъ, а также на основаніи наблюденій другихъ авторовъ (Bazin <sup>3)</sup> Herz <sup>4)</sup> Schnitzler <sup>2)</sup> Lang <sup>5)</sup> Вгнен <sup>6)</sup> и др.), я думаю, что подобно тому, какъ катарральная шейномія иногда присоединяется къ острымъ наклоннымъ болѣзнямъ: кори, скарлатинѣ, оспѣ и т. п., такъ и сифилитическое заболѣваніе легкіихъ можетъ наблюдаться или одновременно съ наклонными сифилидами, или вскорѣ послѣ ихъ исчезновенія. Особенно можно ожидать такого ранняго пораженія легочной ткани у сифилитиковъ съ бурно-протекающими и быстро слѣдующими одинъ за другимъ сифилидами. Здѣсь, вѣроятно, играетъ не малую роль въ однихъ случаяхъ плохое состояніе питанія организма, въ другихъ—раннѣ бывшія заболѣванія воздухоносныхъ путей. Въ последнемъ случаѣ легкія могутъ представлять locus minoris resistentiae для дѣйствія сифилитическаго яда.

Слѣдующія таблицы нагляднѣе представляютъ частоту заболѣванія сифилисомъ легкіихъ по прошествіи того или другаго проме-

<sup>1)</sup> Fournier. De la phthisie syphilitique (Gazette hebdom. de méd. et de chir. 1875, № 48).

<sup>2)</sup> Schnitzler. Die Lungensyphilis und ihre Verhältniss zur Lungenschwindsucht. Wien, 1880, стр. 41.

<sup>3)</sup> E. Bazin. Leçons théoriques et cliniques sur la syphilis et syphides. 1866, стр. 97—100.

<sup>4)</sup> Herz. Ein Fall von Aneurisma und Pneumonia syphilitica. Virchow's Archiv. t. 57, 1873 г. стр. 421.

<sup>5)</sup> Lang. Лекція по патологіи и терапіи сифилиса. 1896, стр. 269.

<sup>6)</sup> Annales de dermat. et de syphilogr., т. VII, 1886 г., стр. 371—373.

жутка времени отъ начала зараженія, а также частоту заболѣванія по возрастамъ.

Эти таблицы составлены на основаніи 118 случаевъ несомнѣннаго сифилиса легкіихъ, собранныхъ мною въ литературѣ. Къ сожалѣнію, во многихъ случаяхъ неточно указано или время зараженія сифилисомъ, или начало заболѣванія легкіихъ, вслѣдствіе чего и получаются разные итоги.

Время отъ начала зараженія сифилисомъ.	Число случаевъ.	Распределение заболѣваемости по возрасту и полу.			
		Лѣта.	М.	Ж.	Итого.
С устья 2 мѣсяца.	2	Отъ 15 до 20 л.	2	1	3
» 6 »	1	> 20 > 25 »	10	6	16
» 8 »	2	> 25 > 30 »	12	5	17
» 10 »	1	> 30 > 35 »	17	9	26
» 1 годъ.	1	> 35 > 40 »	11	0	11
» 2 »	6	> 40 > 45 »	12	5	17
» 3 »	7	> 45 > 50 »	10	4	14
» 4 »	3	> 50 > 55 »	4	2	6
» 5 лѣтъ.	5	> 55 > 60 »	2	1	3
» 6 »	7	> 60 > 65 »	2	1	3
» 7 »	1	> 65 > 70 »	0	1	1
» 8 »	6	> 70 > 75 »	1	0	1
» 9 »	1				
» 10 »	5				
» 12 »	2				
» 13 »	4				
» 14 »	2				
» 15 »	4				
» 16 »	1				
» 17 »	1				
» 20 »	5				
» 22 »	1				
» 30 »	1				
Итого	69	Итого	83	35	118

Что касается сифилитическаго пораженія легкіихъ при позднемъ наслѣдственномъ сифилисѣ (Syphilis hereditaria tarda), то въ этомъ отношеніи существуетъ пока еще очень мало наблюденій, по крайней мѣрѣ, я нашелъ въ литературѣ только 3 случая, принадлежа-

nie Lanceaux <sup>1)</sup>, Bouchard<sup>y</sup> <sup>2)</sup> и Dizéa <sup>3)</sup>. Случай Lanceaux относится къ женщинѣ, Луизѣ Р., 41 года, которая поступила въ Ритѣ въ 1860 году. Изъ анамнеза видно, что отецъ ея страдалъ сифилисомъ незадолго до ея рожденія, а у матери въ теченіи 7 лѣтъ болѣли ноги и правая рука. Изъ 12-ти дѣтей ея родители только трое остались въ живыхъ, остальные умерли въ возрастѣ отъ 2-хъ до 4-хъ лѣтъ. У больной отъ 8-ми до 11-ти лѣтъ сильно болѣли глаза, вслѣдствіе чего она почти ослѣпла, въ 14-лѣтнемъ возрастѣ развилась глухота, а на 22-мъ году появились сильныя головныя боли и выпаденіе волосъ; на 40-мъ году—плевритъ, послѣ котораго черезъ два мѣсяца явились боли въ спишѣ и кровохарканіе, повторявшееся три раза. Въ Ритѣ она поступила съ слѣдующими болѣзненными явленіями: хриплый, гнусливый голосъ, малые съ поперечными щербинами зубы, сильнейшій у основанія носа и почти лысая голова; весьма сильная глухота и бѣдность. Въ верхней и внутренней областяхъ правой половины груди, на протяженіи нѣсколькихъ сантиметровъ, перкуторный звукъ притупленъ; здѣсь и по направленію къ л. axillaris слышится легкій перерывистый шумъ; немного ниже этотъ шумъ принимаетъ кавернозный отбѣнокъ; по временамъ слышатся хрипы, субкрепитирующие и кавернозные. Кзади тѣ же явленія на большей глубинѣ. Лѣвое легкое нигдѣ неизмѣнено. Частый, порывистый кашель съ обильной мокротой, часто кровянистой; лихорадка съ пароксизмами къ вечеру. Въ мартѣ 1861 года всѣ явленія ухудшились, появилась поносъ и больная въ маразмѣ умерла въ концѣ того же мѣсяца. При вскрытіи лѣвое легкое найдено неизмѣненнымъ, въ правомъ же оказались пораженными всѣ три доли; верхняя доля еще крешитируетъ въ верхушкѣ, но даже кизу отвердѣлая ткань представляетъ нѣсколько полостей. Подобныя же полости встрѣчаются въ средней долѣ и верхней части нижней доли. Полости, доходя по величинѣ до голубинаго яйца, имѣютъ гладкія, ровныя стѣнки и лежатъ среди твани сѣроватой, плотной, сопротивляющейся при давленіи. Нигдѣ не видно ни малѣйшаго слѣда бугорковъ. Мускатная печень имѣетъ на поверхности многочисленныя желтыя пятна и глубокія борозды, идущія въ различныхъ направленіяхъ; воловнистая основа печени утолщена. Яичники въ зачаточномъ состояніи, безъ графовыхъ пузырьковъ; матка очень мала.

<sup>1)</sup> Lanceaux. Ученіе о сифилисѣ. русск. пер. 1877, стр. 432.

<sup>2)</sup> Bouchard<sup>y</sup> et Colin, Leçons sur la syphilis, Paris. 1879.

<sup>3)</sup> Dizéa, Béné, Sur un cas de syphilis probablement héréditaire, lésons osseuses et viscérales. Lyon méd. 1865. № 24.

«Можно было бы сомнѣваться, говорить Lanceaux, что здѣсь былъ сифилисъ; но данныя, сообщенныя больною, преждевременная смерть почти всѣхъ ея братьевъ и сестеръ, остановка развитія, своеобразное состояніе зубной системы, потеря волосъ безъ определенной причины, равно какъ и характеръ пораженій, найденныхъ при вскрытіи, все это факты, говорящіе въ пользу сифилиса. Если разъ мы допустимъ сифилисъ, не будетъ ли рационально предположить, что своеобразное поврежденіе легкаго и страданіе печени были здѣсь эффектомъ этой болѣзни».

Больной Bouchard<sup>y</sup>, 18-ти лѣтъ, при жизни представлялъ, при повышенной температурѣ, неясные симптомы, указывавшіе частью на мозговое заболѣваніе, частью на заболѣваніе легкыхъ. При вскрытіи было найдено сифилитическое поврежденіе черепныхъ костей, грудной кости и легкыхъ. Микроскопическое изслѣдованіе пораженныхъ органовъ было произведено Cogniel<sup>m</sup>, который какъ измѣненіе костей, такъ и заболѣваніе легкыхъ призналъ за сифилитическія. Bouchard этотъ случай считаетъ за syphilis hereditaria tarda.

Dizéa говоритъ объ одномъ 20-лѣтнемъ больномъ, представлявшемъ, сравнительно съ возрастомъ, отсталость въ физическомъ развитіи. Родители и родственники его всѣ были здоровы, такъ же какъ и онъ самъ до 20-го года. При вскрытіи были найдены гуммы въ легкыхъ, печени и другихъ органовъ.

### Припадки и теченіе.

Представить типическую картину клиническаго теченія сифилиса легкыхъ невозможно, потому что какъ припадки, такъ и ходъ самаго заболѣванія будутъ различны, смотря по тому частному патолого-анатомическому процессу, который лежитъ въ основѣ каждаго отдѣльнаго случая, а также смотря по степени пораженія, его распространенности и одновременно или предшествующему заболѣванію другихъ органовъ. Сифилисъ легкыхъ прежде всего характеризуется хроническимъ теченіемъ. Болѣзнъ развивается обыкновенно медленно и незаметно, не выражаясь въ началѣ никакими субъективными или объективными признаками. Первые жалобы больныхъ заключаются въ легкомъ затрудненіи дыханія, позывахъ на кашель, чувствѣ давленія или тяжести, а иногда и боли въ груди. Являющійся затѣмъ кашель бываетъ сначала рѣдкій, слабый, большею

частью сухой или же съ незначительнымъ количествомъ слизистой мокроты. Въ этомъ начальномъ періодѣ болѣзни въ общемъ видѣ большихъ или не происходитъ никакихъ замѣтныхъ переменъ, или они начинаютъ худѣть и блѣднѣть, а иногда присоединяется и лихорадочное состояние. Физическіе признаки въ это время не рѣзко выражены; ихъ иногда совсѣмъ не бываетъ, когда болѣзненный фокусъ (гумма или ограниченная инфильтрація) находится въ глубинѣ органа. При постукиваніи получается легкое притупленіе звука, иногда съ тимпаническимъ отбѣнкомъ, указывающимъ на появляющуюся потерю эластичности легочной ткани въ зависимости отъ начинающейся инфильтраціи соединительно-тканной стромы ея; при выслушиваніи вѣдутъ ослабленное или неопредѣленное дыханіе.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни перечисленные симптомы постепенно усиливаются въ своемъ развитіи. Кашель дѣлается безпощаднѣе, является одышка, особенно при ходьбѣ и усиленныхъ движеніяхъ; мокроты отдѣляется сравнительно больше, она принимаетъ гнойный характеръ и иногда бываетъ съ примѣсью крови. Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдаются болѣе сильное кровохарканіе, приводящее въ большое смущеніе и больного, и врача, и служащее причиной того, что въ подобныхъ случаяхъ легко останавливаются на діагнозѣ обыкновенной чахотки. Кромѣ того, у нѣкоторыхъ больныхъ наблюдаются сильные приступы астмы. Среди всѣхъ этихъ болѣзненныхъ явленій обнаруживаются признаки общаго упадка питанія и ослабленія организма, время появленія которыхъ много зависитъ отъ тѣлосложенія и другихъ общихъ заболѣваній, наприм., алголизма, маллрій и т. п. Въ періодѣ образованія въ легкихъ кавернъ, какъ бронхоэктазическихъ, такъ и происходящихъ вслѣдствіе распада глумозныхъ опухолей и глумозныхъ инфильтрацій, часто къ упомянутымъ уже симптомамъ присоединяется повышеніе температуры въ вечерніе часы и ночные поты. Въ это время клиническая картина сифилиса легкихъ весьма похожа на обыкновенную чахотку. In stadio ultimo исхуданіе все болѣе и болѣе увеличивается, больные впадаютъ въ маразмъ, и смерть является, какъ слѣдствіе медленнаго и прогрессивнаго истощенія. Физическіе признаки, соответствующіе этому дальнѣйшему періоду, будутъ тѣ же самые, какіе наблюдаются и при другихъ заболѣваніяхъ, выражающихся уплотненіемъ легочной паренхимы. Поэтому при постукиваніи будетъ получаться или рѣзко притупленный, или совсѣмъ тупой звукъ; а выслушиваніе уважаетъ на неопредѣленное или бронхальное дыханіе съ малымъ количествомъ хриповъ, болѣею частью сухихъ. Когда явля-

ются расширенія бронховъ и каверны, тогда можно наблюдать всѣ признаки полостей: тупо-тимпанической или просто тимпанической звуки, Винтриховское замѣненіе высоты его, бронхальное и амфорическое дыханіе съ болѣе крупными, влажными, созвучными хрипами. *Fremitus pectoralis* бываетъ усиленъ, а над- и подъязычныя впадины—рѣзко выражены.

Одновременно съ сифилитическимъ заболѣваніемъ легкихъ приходится иногда наблюдать такія же заболѣванія и другихъ органовъ, какъ-то: гортани, трахеи, бронховъ, плевры, печени, почекъ, селезенки, кишечника и т. д.

Schnitzler<sup>1)</sup> утверждаетъ, что заболѣваніе гортани всегда совпадаетъ съ началомъ легочнаго сифилиса. Онъ объясняетъ поврежденіе глубокихъ бронховъ и самого легкаго распространеніемъ сифилитическаго процесса съ гортани подобно тому, какъ это наблюдается при катаракхъ носа, переходящихъ на глотку, и при катаракхъ гортани, переходящихъ на мелкіе бронхи и легкія. Однако изъ наблюдаеиъ другихъ авторовъ и нашихъ слѣдуетъ, что это заключеніе Schnitzler'a далеко не оправдывается у постели больного, по крайней мѣрѣ въ отношеніи частоты его и постоянства.

Теперь мы разсмотримъ нѣкоторыя особенности отдѣльныхъ признаковъ въ отношеніи ихъ діагностическаго значенія.

Кашель. Можно встрѣить больныхъ съ весьма глубокими сифилитическими поврежденіями легкихъ и при этомъ съ самымъ незначительнымъ кашлемъ, или даже вовсе безъ кашля,—обстоятельство, рѣдко наблюдаемое при другихъ заболѣваніяхъ этого органа. Кашель беспокоитъ больныхъ болѣе всего по ночамъ и бываетъ тѣмъ интенсивнѣе, чѣмъ болѣе вовлечены въ страданіе дыхательное горло и бронхи, а также и гортань (Schnitzler, l. c. стр. 45).

Одышка подобно кашлю, въ нѣкоторыхъ случаяхъ не соответствуетъ распространенности легочнаго заболѣванія: иногда самая ограниченная измѣненія вызываютъ довольно сильныя приступы одышки. Чтобы объяснить это видное несоотвѣтствіе, Pancrius<sup>2)</sup> допускаетъ респираторный параличъ блуждающаго нерва (*respiratorische Lähmung des Vagus*), происходящій вслѣдствіе давленія его разрастающагося соединительной тканью и *hilus pulmonum*. Однако такое объясненіе едва ли примѣнимо для начальнаго періода сифилиса легкихъ, какъ это дѣлаетъ Pancrius, потому что трудно себѣ представить, чтобы при незначительномъ еще утолщеніи соеди-

<sup>1)</sup> Schnitzler. Die Lungensyphilis etc. Wien. 1880, стр. 44, 47, 54.

<sup>2)</sup> Pancrius. Ueber Lungensyphilis. Berlin. 1881, стр. 54.

нительной ткани у корня легких могъ уже сдавливать п. vagus. Такое объясненіе одышки можетъ относиться только къ исключительнымъ случаямъ и притомъ съ весьма значительными напѣнами у корня легкихъ, какъ это доказываетъ одно вышеприведенное (см. стр. 13) наблюдение Lancescaux, подтвержденное вскрытѣмъ. Скорѣе всего можно искать причину одышки въ расстройствѣ кровообращенія въ легкихъ, въ слѣдствіе сифилитическаго заболѣванія сосудовъ, ведущаго къ суженію ихъ просвета. Schnitzler (I. с. стр. 45) говоритъ, что при ограниченномъ заболѣваніи легкихъ сильная одышка наблюдается тогда, когда онъ протекаетъ быстро и съ лихорадкой. Если одновременно существуетъ стенозъ гортани или трахеи, то одышка усиливается въ значительной степени. Иногда одышка можетъ перейти въ настоящее ортопноэ, какъ это видно изъ нашего перваго наблюденія.

Кровохарканіе при сифилисѣ легкихъ бываетъ гораздо рѣже и меньше, чѣмъ при туберкулезной чахоткѣ. Однако со словомъ «кровохарканіе» такъ привыкли соединять представленіе о послѣдней, что для чистаго сифилитическаго пораженія легкихъ проф. Захарьинъ признаетъ обязательнымъ отсутствіе его. Я не могу согласиться со столь категорическимъ заявленіемъ, принимая во вниманіе какъ большое число случаевъ другихъ авторовъ, въ которыхъ кровохарканіе наблюдалось неоднократно (случаи Lancescaux, Thompsona, Schnitzler'a и ии. др.), такъ и наши случаи.

Мокрота. Въ начальномъ стадіи сифилиса легкихъ мокроты иногда совсѣмъ не бываетъ; если же одновременно развивается и бронхитъ, то отхаркиваемая мокрота представляется слизистой, катаральной. Въ случаѣ образованія кавернъ, она принимаетъ гнойный характеръ и выдѣляется въ видѣ комковатыхъ плевковъ грязнаго и сѣровато-желтаго цвѣта; иногда въ ней наблюдаются примѣсы крови. Плевки рѣдко падаютъ на дно сосуда цѣльными, а болѣею частью плаваютъ на поверхности воды или находятся въ взвѣшенномъ состояніи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ на дно сосуда опускаются болѣе тяжелыя частицы мокроты, имѣющія кругловатую или неправильную форму, величиной до прослаго зерна и сѣраго или сѣрожелтаго цвѣта. При микроскопическомъ изслѣдованіи вышеупомянутыхъ падающихъ на дно сосуда частичекъ Güntz и Engel находил особенныя специфическія, такъ наз. миліарныя гуммы. Мнѣ удалось наблюдать то же самое пока только въ одномъ случаѣ (см. первое наблюденіе). Такія гуммы я находилъ по-

чти при каждомъ тщательномъ изслѣдованіи мокроты въ теченіи всего пребыванія больного въ клиникѣ до самой его смерти. Ужъ одно это обстоятельство доказываетъ, что подобная организованная примѣсь не была случайной, а дѣйствительно представляла часть болѣзненнаго продукта, развившагося въ легочной ткани. Гуммы большого объема (по вѣсу—до 20 граммъ) наблюдались въ мокротѣ всего одинъ разъ, въ случаѣ Д-ра Cube.

Лихорадка. Для сифилиса легкихъ въ большинствѣ случаевъ характерно отсутствіе лихорадки, которое наблюдается часто до самой смерти больного; но это заболѣваніе можетъ протекать и при повышенной температурѣ, какъ въ случаяхъ довольно ранняго пораженія легкихъ, въ періодѣ навязныхъ сифилидовъ, такъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда оно обнаруживается въ третичномъ, гумозномъ, періодѣ. Лихорадка, по Bäumler's 1) бываетъ ремиттирующаго типа, что служитъ характернымъ отличіемъ этого страданія отъ легочной чахотки. Pancretius 2) говоритъ, что лихорадка появляется при всякомъ дальнѣйшемъ распространеніи болѣзненнаго процесса, «при метастазахъ его». Она можетъ появляться также и тогда, когда секретъ застаивается въ образовавшихся кавернахъ и всасывается.

Относительно локализаци болѣзненнаго процесса нужно замѣтить, что сифилисъ сравнительно чаще поражаетъ средніе и нижніе отдѣлы легкихъ, чѣмъ ихъ верхушки. Cube, Grandidier, Rollet, Pancretius и ии. другіе авторы говорятъ именно о среднѣй легкой (Lungenmitte) и о средней доль правого легкаго, какъ объ излюбленномъ мѣстѣ развитія сифилитической пневмоніи. Самымъ горячимъ защитникомъ этого положенія является послѣдній авторъ, въ книгѣ котораго объ этомъ говорится чуть-ли не на каждой страницѣ. Онъ считаетъ средину легкихъ въ каждомъ случаѣ первымъ и постояннымъ мѣстомъ развитія бѣзны и этотъ признакъ возводитъ въ «аксіому» (I. с. стр. 70). Однако съ такимъ категорическимъ заключеніемъ Pancretius'a нельзя согласиться, потому что сифилитическая пневмонія можетъ начинаться и съ верхушекъ, какъ это видно изъ наблюденій Fournier, проф. Захарьина, Robinsona, Thompsona, Schnitzler'a, Portera и др., а также изъ нашего 3-го наблюденія. Что же касается лока-

1) Bäumler. Ueber das Verhalten der Körperwärme als Hülfsmittel zur Diagnose einiger Formen syphilitischer Erkrankung. Deutsche Archiv für klin. Medic. 1872, т. IX, стр. 397—432.

2) Pancretius. Lungensyphilis. Berlin. 1881, стр. 60.



лизации гумозных опухолей в легких, то тут еще менее можно встретить постоянства, потому что их находят во всех частях легких, как близ поверхности, так и в глубинѣ органа. В послѣднемъ случаѣ, т. е. когда гуммы лежатъ в легкихъ глубоко, онѣ, повидимому, придерживаются срединѣ ихъ, располагаясь вблизи большихъ бронховъ и сосудовъ. Ко всему сказанному о локализациѣ сифилитическихъ заболѣваній в легкихъ я долженъ прибавить, что эти заболѣванія в большинствѣ случаевъ наблюдались только на одной сторонѣ, и при томъ чаще в правомъ легкомъ, чѣмъ в лѣвомъ.

Общій видъ, habitus больныхъ долго сохраняется в хорошемъ состоянїи, такъ же какъ и силы ихъ, не смотря, иной разъ, на весьма значительныя пораженія легкихъ сифилисомъ, — чего, какъ известно, никогда не наблюдается при обыкновенной чахоткѣ. Bazin по этому поводу говоритъ: «Le phthisique par syphilis est un phthisique bien portant». Однако не всегда сифилисъ легкихъ протекаетъ при такомъ хорошемъ общемъ видѣ больныхъ: в послѣднихъ стадїяхъ своего развитія вся картина болѣзни какъ по мѣстнымъ, такъ и по общимъ явленїямъ со стороны всего организма, почти ничѣмъ не отличается отъ обыкновенной, рѣзко выраженной чахотки.

### Распознаваніе.

Для распознаванія сифилиса легкихъ в начальныхъ періодахъ его развитія мы не имѣемъ ни одного патогномоническаго признака. Въ это время нельзя основывать діагноза на одномъ какомъ-либо признакѣ болѣзни, а нужно принимать во вниманіе какъ анамнезъ больного, такъ и истинныя функциональныя разстройствъ, затѣмъ данныя объективнаго изслѣдованія и, наконецъ, одновременныя явленія сифилиса в другихъ органахъ. То же самое нужно сказать и о некоторыхъ случаяхъ в дальнѣйшемъ теченїи болѣзни. Вообще же при діагнозѣ главное значеніе должно имѣть микроскопическое изслѣдованіе мокроты.

Однако находятъ авторы, наприм. Grandidier и Paucritius, которые локализацию болѣзненнаго процесса в среднихъ частяхъ легкихъ считаютъ на столько характернымъ и постояннымъ признакомъ, что только на основанїи его одного рѣшаются ставить вѣрный діагнозъ сифилиса легкихъ, не обращая даже вниманія на анам-

незъ и проявленія сифилиса в другихъ органахъ. Такъ, Grandidier <sup>1)</sup> говоритъ: «Я даже считаю это мѣсто легочной инфильтраціи уже само по себѣ на столько доказательнымъ, что, при его существованїи, мы не нуждаемся в другихъ доказательныхъ признакахъ для объясненія сифилитической природы легочнаго страданія». Я уже говорилъ ранѣе о томъ, что этотъ признакъ нельзя считать абсолютнымъ; но при дифференціальномъ діагнозѣ онъ все-таки долженъ имѣть немаловажное значеніе, особенно когда обѣ верхушки оказываются вполне здоровыми. Слѣдуетъ также помнить, что сифилитическое пораженіе легкихъ, являясь преимущественно в третичномъ, гумозномъ, періодѣ сифилиса, не отличающимся симметричною заболѣванїемъ, — чаще всего наблюдается на одной сторонѣ, рѣдко одновременно на обѣихъ.

Г. А. Захарьинъ <sup>2)</sup>, кромѣ анамнеза и объективныхъ признаковъ уплотненія легкаго, считаетъ необходимыми данными для діагноза сифилиса легкихъ и для отличія его отъ обыкновенной чахотки: крѣпкое сложеніе больныхъ и отсутствіе кровохарканія, кашля, мокроты, хриповъ и лихорадочнаго состоянїя. Каждый изъ этихъ признаковъ, дѣйствительно, болѣе или менее характеренъ для описываемой болѣзни; но для признака обязательной ихъ совокупности в каждомъ отдѣльномъ случаѣ мы имѣемъ пока мало данныхъ. Напротивъ, чаще можно встрѣтить такихъ больныхъ, у которыхъ какъ разъ наблюдаются тѣ или другіе изъ упомянутыхъ выше отрицательныхъ признаковъ. Для распознаванія важно обращать вниманіе на ихъ непостоянство, несоотвѣтствіе по силѣ проявленія съ наблюдаемыми явленїями в легкихъ и скорое исчезновеніе при специфическомъ лѣченїи.

Отсутствіе лихорадки имѣетъ важное значеніе для діагноза сифилиса легкихъ; но нельзя дѣлать противоположнаго заключенія, т. е. что повышенная температура уже исключаетъ сифилитическій характеръ легочнаго заболѣванія. E. Güntz <sup>3)</sup>, по этому поводу, говоритъ, что, «если у сифилитическаго больного нельзя доказать туберкулеза, а распространенные процессы в легкихъ протекаютъ безъ лихорадки, то, обращая вниманіе на все подтверждающее діагнозъ сифилиса в прежне время, — можно заключить и о сифи-

<sup>1)</sup> Grandidier. Ueber Lungensyphilis etc. Berliner klin. Wochenschr. 1875, № 15, стр. 195.

<sup>2)</sup> Г. А. Захарьинъ и К. Павлиновъ. Распознаваніе и лѣченіе сифилиса легкихъ. Москва. 1878, стр. 16.

<sup>3)</sup> E. Güntz. Das syphilitische Fieber. Leipzig. 1873, стр. 201.

лись легкяхъ. Впрочемъ, если при подобныхъ обстоятельствахъ и при исключеніи условий, которыя могли бы гдѣ нибудь выставить на первый планъ другое страданіе, все-таки наблюдается лихорадочное состояніе—то въ такомъ случаѣ лихорадка не противорѣчить еще признанію сифилитическаго заболевания легкяхъ, хотя не должно забывать, что она можетъ указывать и на начинающійся туберкулезъ или на начало другаго какого-либо пораженія. Въ такихъ случаяхъ иногда можетъ помочь распознаванію назначеніе іодистаго калия, ибо если лихорадка зависѣла отъ сифилитическаго пораженія легкяхъ, то она, по словамъ В а н н е г а <sup>1)</sup>, обыкновенно въ 3—4 дня исчезаетъ отъ употребленія этого медикамента, чего при обыкновенной чахоткѣ не наблюдается.

Schnitzler <sup>2)</sup> старается доказать, что «вслѣдствіе точной діагноза сифилиса легкяхъ можно поставить только при помощи гортаннаго зеркала. Подобное заключеніе прѣимство далеко не во всѣхъ случаяхъ: можно сдѣлать точное распознаваніе сифилиса легкяхъ на основаніи изслѣдованія мокроты, не имѣя положительно никакихъ явленій со стороны гортани, которыя бы указывали на настоящее или на бывшее специфическое ея заболѣваніе. Нерѣдко находимъ въ ней измѣненія до того незначительныя и мало характерныя, что, не спросивъ больного о томъ, былъ ли у него сифилисъ, или нѣтъ, — невозможно признать ихъ за специфическія. Слѣдовательно, совпаденіе очевидныхъ сифилитическихъ заболѣваній гортани съ заболѣваніями легкяхъ облегчаетъ распознаваніе характера послѣднихъ почти на столько же, на сколько служатъ той же цѣли одновременныя сифилитическія измѣненія въ другихъ органахъ, какъ-то: кожѣ, вѣстяхъ, яичкахъ, печени и т. д.

Въ настоящее время мы можемъ по присутствію въ мокротѣ туберкулезныхъ элементовъ точно распознать какъ острое, такъ и хроническое бугорчатое заболѣваніе легкяхъ. Поэтому, изслѣдуя мокроту сифилитика, страдающаго легочною болѣзнію, на туберкулезныя палочки и найдя ихъ, мы вправѣ заключить о существованіи у него обыкновенной чахотки; отсутствіе же въ мокротѣ палочекъ само по себѣ не можетъ еще указывать на сифилитическую природу легочнаго страданія, хотя и имѣетъ большое значеніе для распознаванія вмѣстѣ съ другими данными объективнаго изслѣдованія, Но

<sup>1)</sup> В а н н е г а. Ueber das Verhalten der Körperwärme als Hilfsmittel zur Diagnose einiger Formen syphil. Erkrankung. Deutsche Archiv für klinische Medicin. 1872, т. 9, стр. 397—432.

<sup>2)</sup> Schnitzler. l. c. стр. 55.

такъ какъ существуютъ наблюденія относительно одновременнаго пораженія легкяхъ и сифилитическимъ, и туберкулезнымъ процессомъ (М. М. Рудневъ <sup>1)</sup>, то отсюда слѣдуетъ, что присутствіе бугорковыхъ палочекъ въ мокротѣ не исключаетъ еще, по крайней мѣрѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, возможности одновременнаго существованія и сифилиса легкяхъ.

Итакъ, мы видимъ, что перечисленные до сихъ поръ діагностическіе признаки не имѣютъ, каждый въ отдѣльности, абсолютнаго значенія для распознаванія сифилиса легкяхъ: подобное значеніе могутъ имѣть только такіе признаки, которые непосредственно, такъ сказать, указываютъ на сущность легочнаго процесса. Однимъ изъ такихъ признаковъ должно считать присутствіе въ мокротѣ милиарныхъ гуммъ, какъ это видно изъ нашего перваго наблюденія. Поэтому нахожденіе подобныхъ новообразованій въ мокротѣ всегда можетъ служить дифференціальнымъ признакомъ между сифилисомъ легкяхъ и обыкновенной чахоткой. — Въ начальномъ періодѣ развитія сифилитическихъ заболѣваній легкяхъ такого явленія въ мокротѣ можно и не встрѣтить; оно принадлежитъ преимущественно второму, деструктивному періоду, когда продукты распадающихся гуммозныхъ узловъ и инфильтратовъ выводятся черезъ дыхательные пути наружу, слѣдовательно уже во время образованія легочныхъ кавернъ. Бронхіотазическія каверны, въ случаѣ изъязвленія ихъ стѣнокъ, также могутъ быть источникомъ появленія въ мокротѣ милиарныхъ гуммъ.

Что касается нахожденія въ мокротѣ bacillus, отличныхъ отъ туберкулезныхъ, то первыя указанія на нихъ были сдѣланы К ö n i g e r о мъ <sup>2)</sup> въ 1884 году. Найденныя имъ въ мокротѣ 6-ти больныхъ bacillus были тоньше и длиннѣе туберкулезныхъ. Такъ какъ изъ этихъ 6 больныхъ только у 4 были положительныя указанія на бывшее зараженіе сифилисомъ, то подобная находка не можетъ имѣть довазательнаго значенія, тѣмъ болѣе, что о заболѣваніи легкяхъ въ краткой замѣткѣ его говорится мимоходомъ. Послѣ сообщенія L u s t g a t e n'a о найденныхъ имъ сифилитическихъ bacillus, такыя находилъ въ мокротѣ больныхъ сифилисомъ легкяхъ только одинъ R o g e r. Вообще, послѣ сказаннаго мною ранѣе (на стра-

<sup>1)</sup> М. М. Рудневъ. Объ отношеніи конституціональнаго сифилиса къ легочной бугорчаткѣ. Арх. Сух. мед. и общ. гигиен. 1869 г., мартъ, отд. VI, стр. 28—37.

<sup>2)</sup> K ö n i g e r. Beobachtungen über den Befund des Auswurfs bei syphilitischer Lungenerkrankung. Deutsch. med. Wochenschr. 1884, стр. 816.

ниц. 97—98) о сифилитических бациллах, къ такимъ сообщеніямъ о нахожденіи ихъ въ мокротѣ нужно относиться скептически.

### Предсказаніе и лѣченіе.

При предсказаніи должно руководствоваться главнымъ образомъ степенью распространенія болѣзненнаго процесса въ легкихъ и участіемъ въ заболѣваніи другихъ внутреннихъ органовъ. Ограниченныя намѣненія обыкновенно легко поддаются специфическому лѣченію, а потому и предсказаніе при нихъ можетъ быть сдѣлано благоприятное. Но нельзя сказать того-же самаго о болѣе обширныхъ пораженіяхъ легкихъ, особенно въ дальнѣйшихъ стадіяхъ ихъ развитія: здѣсь надежда на выздоровленіе дѣлается уже болѣе или менѣе сомнительной. Вообще въ начальномъ періодѣ развитія сифилиса легкихъ, при надлежащемъ лѣченіи, можно рассчитывать почти всегда на благоприятный исходъ, конечно, если прочіе внутренніе органы здоровы. Когда же въ легкихъ наступаетъ процессъ разрушенія, образование напернъ, тогда исходъ бываетъ въ большинствѣ случаевъ летальный; исключеніе могутъ составлять только такіе случаи, въ которыхъ каверны образуются отъ распада гуммозныхъ узловъ, такъ какъ подобныя каверны могутъ зарубцываться скорѣе другихъ. Но существуютъ и такія наблюденія, гдѣ при значительномъ разрушеніи легочной паренхимы вѣстакъ наступало выздоровленіе, напр., случаи *Bazin'a*, *Fournier*, *Lancereaux*, *Pancritius'a*, *Bruen'a*, *Gaudichier* и др.

Понятно, что при одновременномъ заболѣваніи другихъ внутреннихъ органовъ, какъ-то: печени, селезенки, почекъ и язвенномъ *enteritis*,—предсказаніе всегда сомнительно; а если заболѣваніе упомянутыхъ паренхиматозныхъ органовъ заключается въ амиллоидномъ ихъ перерожденіи, то тогда уже трудно бываетъ рассчитывать на излѣченіе легочнаго процесса, который въ этихъ случаяхъ быстро сводитъ больныхъ въ могилу.

Возрастъ также оказываетъ влияние на исходъ сифилиса легкихъ: у старыхъ субъектовъ онъ обыкновенно кончается летально, такъ же какъ и у дѣтей съ наследственнымъ сифилисомъ. Выздоровленіе наблюдалось преимущественно въ среднемъ возрастѣ.

Различныя болѣзни, мѣстныя или общія, предшествующія или сопровождающія сифилисъ легкихъ, ухудшаютъ предсказаніе, смотря по своей важности. Повидному, чаще всего можно рассчитывать на оздоровленіе сифилиса легкихъ туберкулезомъ, который имѣетъ осо-

бенное предрасположеніе развиваться на сифилитической почвѣ и который неминуемо ведетъ къ смертельному исходу. Проф. П. П. Ивановскій говоритъ, что «каверны въ легкихъ, происходящія отъ распада гуммозныхъ узловъ, часто являются удобною почвою для зараженія туберкулезными бациллами, и тогда сифилитическая, хроническая инейная переходитъ въ болѣе злокачественную туберкулезную чахотку».

Предсказаніе много зависитъ также и отъ того, было ли примѣнено специфическое лѣченіе или нѣтъ, такъ какъ при своевременномъ и достаточномъ лѣченіи всегда еще есть надежда на болѣе или менѣе полное, а часто и на совершенное выздоровленіе. Вообще, чѣмъ ранѣе оно начато, тѣмъ благоприятнѣе и результаты его, и на оборотъ.

Что касается самого лѣченія, то при немъ, для выполненія причиннаго показанія, пользуются тѣми же самыми средствами и способами, какіе употребляются при сифилисѣ вообще. Слѣдовательно, при лѣченіи сифилиса легкихъ на первомъ планѣ должны стоять ртуть и іодистый калий. Вопросъ о томъ, съ котораго изъ этихъ двухъ средствъ слѣдуетъ начинать лѣченіе, рѣшается на основаніи индивидуальныхъ особенностей каждаго отдѣльнаго случая. Поэтому, извѣстное правило, что ртуть слѣдуетъ назначать въ кондилломатозномъ періодѣ сифилиса, а іодистый калий—въ гуммозномъ,—здѣсь непримѣнимо, какъ не примѣнимо оно и при заболѣваніи другихъ важныхъ органовъ, наприм., мозга. Рациональнѣе руководствоваться прежнимъ лѣченіемъ и его дѣйствіемъ, т. е. чѣмъ болѣе уже давался іодъ и чѣмъ слабѣе сталъ онъ дѣйствовать, тѣмъ скорѣе помочь ртуть, и наоборотъ. Быстрота дѣйствія того или другаго изъ этихъ средствъ весьма необходима для столь важнаго органа, какъ легкія, ибо медленность и нерѣшительность въ лѣченіи неблагоприятно отзываются на успѣхъ его. Последнее замѣчаніе скорѣе всего можетъ относиться къ іодистому калию, который обыкновенно даютъ въ небольшихъ дозахъ, изъ опасенія расстроить отравленія желудочно-кишечнаго канала. Но въ настоящее время есть указанія и на то, что большія дозы іодистаго калия переносятся гораздо лучше слабыхъ дозъ. *Fournier* <sup>1)</sup> говоритъ: «Большой, переносимой съ трудомъ 25—30 сантимграммъ іодистаго калия, легко переноситъ 3 или 4 грамма и скорѣе привыкаетъ къ послѣдней дозѣ, чѣмъ къ первой. Какъ ни странно, прибавляетъ онъ, это явленіе, но оно вполнѣ достоверно». Поэтому іодистый калий слѣдуетъ назначать въ восходящихъ дозахъ, отъ 1,2 до 6,0 въ день.

<sup>1)</sup> *Fournier*. Сифилисъ мозга, русск. пер. 1882 г., стр. 351.

Что касается до ртути, то наружное применение ея, въ видѣ сѣрой мази, до сего времени въ большемъ употребленіи въ сравненіи съ внутреннимъ и подкожнымъ, по крайней мѣрѣ въ этой формѣ она применялась почти всеми авторами, писавшими о лѣченіи сифилиса легкихъ. Втираніямъ отдаютъ предпочтеніе на томъ основаніи, что большія дозы ртути при нихъ переносятся легче, чѣмъ соответственные дозы, введенныя въ желудокъ (Fougnier). Такъ какъ при втираніи сѣрой мази ртуть поступаетъ въ тѣло преимущественно черезъ легкія и такъ какъ подобное поступленіе ея въ организмъ «не составляетъ уже простаго предположенія; это твердо стоящій фактъ» (В. А. Манассеинъ)<sup>1)</sup>, — то невольно является мысль о непосредственномъ дѣйствіи ртути на болѣзненный процессъ въ легкіяхъ. Сѣрую мазь назначаютъ отъ 2,0 въ сутки и, въ случаѣ надобности, постепенно увеличиваютъ эту дозу до 6,0.

Въ послѣднее время многие (Смирновъ<sup>2)</sup>, Стуковенковъ<sup>3)</sup>, Лянцъ<sup>4)</sup>, Bender<sup>5)</sup> (и др.) стали восхвалять подкожныя (resp. внутриничесныя) инъекціи каломеля при лѣченіи сифилиса вообще. Въ виду благоприятныхъ результатовъ, получившихся при этомъ способѣ примененія ртути, нѣтъ можно воспользоваться и при лѣченіи сифилитическихъ заболѣваній легкихъ такъ же, какъ и подкожными инъекціями желтой окиси ртути. Заразъ выписываютъ отъ 0,05 до 0,2 каломеля, или отъ 0,03 до 0,05 желтой окиси ртути, и повторяютъ выписыванія черезъ 1—1½—2 недѣли.

Нерѣдко прибѣгаютъ и къ смѣшанному лѣченію, т. е. назначаютъ ртуть и іодистый калий одновременно, и поступаютъ такъ именно тогда, когда является необходимость дѣйствовать какъ можно скорѣе и сильнѣе.

Іодистый калий замѣняютъ иногда іодистымъ аммоніемъ, іодистымъ натромъ, іодоформомъ, даже T-ra Jodi. Но, по наблюденіямъ Schnitzler'a, эти препараты іода нисколько не дѣйствуютъ лучше или быстрѣе въ сравненіи съ іодистымъ калиемъ. То же самое можно сказать и о замѣнѣ сѣрой мази внутренними приемами ртути.

<sup>1)</sup> В. Манассеинъ. Лекціи общей терапіи. Спб. 1879 г., ч. 1, стр. 207.

<sup>2)</sup> Смирновъ. Die Behandlung der Syphilis mittelst Subcutaner Calomel-injectionen. (Habilitationsschrift, Helsingfors, 1883). Ref. в. Vierteljahr. f. Derm. u. Syph. 1884, стр. 206.

<sup>3)</sup> „Врачъ“, 1886 г., стр. 549.

<sup>4)</sup> А. Лянцъ. Къ лѣченію сифилиса подкожными инъекціями каломеля. Мед. Обзор. 1886 г., стр. 338.

<sup>5)</sup> Max Bender. Ueber die subcutane Anwendung des Calomel etc. Vierteljahr. f. Derm. u. Syph. 1883 г., стр. 55.

Если приходится имѣть дѣло съ анемическимъ субъектомъ, то большаго успѣха можно ожидать отъ назначенія іодистаго желѣза, въ какой бы формѣ его ни давали. Но такъ какъ анемія въ этихъ случаяхъ чаще всего сифилитическаго происхожденія, то нѣтъ никакого основанія избѣгать лѣченія ртутью, хотя послѣдняя и преимущественно при обыкновенныхъ формахъ анеміи.

Нѣкоторые авторы (Grandidier, Palancitius) настоятельно совѣтуютъ лѣченіе сифилиса легкихъ сѣрыми водами, какъ въ видѣ ваннъ, такъ и въ видѣ питья и вдыханій. Однако не слѣдуетъ забывать, что на сѣрыхъ водахъ почти всѣхъ сифилитиковъ лѣчатъ, кромѣ того, и ртутью, и іодистымъ калиемъ, а потому восхваляемое авторами дѣйствіе сѣрыхъ источниковъ можно объяснить только тѣмъ общезвѣстнымъ фактомъ, что при сѣрыхъ ваннахъ большіе иногда переносятъ довольно большія дозы ртути, и у нихъ рѣже наблюдается меркуріальное отравленіе. Лѣченіе въ тепломъ и ровномъ климатѣ даетъ болѣе благоприятные результаты.

Что касается симптоматическаго лѣченія при сифилисѣ легкихъ, то оно такое-же, какъ и при другихъ легочныхъ заболѣваніяхъ.

На основаніи наблюденій другихъ авторовъ, а также и собственныхъ, я прихожу къ слѣдующимъ заключеніямъ:

- 1) Сифилитическія заболѣванія легкихъ встрѣчаются какъ въ гумозномъ, такъ и въ кондиломатозномъ періодѣ сифилиса.
- 2) Каверны, наблюдаемыя при сифилисѣ легкихъ, зависятъ не только отъ расширенія бронховъ, но онѣ могутъ образоваться также и вследствие распаденія гумозныхъ узловъ или гумозно-инфильтрированныхъ участковъ легочной паренхимы.
- 3) Средина легкихъ (Lungen-Mitte) не всегда служитъ начальнымъ мѣстомъ развитія сифилитическаго заболѣванія легкихъ: послѣднее иногда можетъ начинаться и съ верхушекъ.
- 4) Заболѣваніе гортани не есть постоянный спутникъ сифилиса легкихъ.
- 5) Кровохарканіе, наблюдаемое иногда при сифилисѣ легкихъ, отличается отъ кровохарканія при туберкулезной чахоткѣ тѣмъ, что оно бываетъ обыкновенно крайне скудно и повторяется не часто, а черезъ значительные промежутки времени.
- 6) Отсутствие лихорадки не есть постоянное явленіе; наблюдаемое же въ нѣкоторыхъ случаяхъ повышеніе температуры не представляется опредѣленнаго типа.
- 7) Иногда въ мокротѣ сифилитиковъ наблюдаются мигриарныя

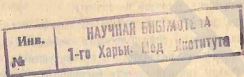
гуммы, которыя въ такихъ случаяхъ представляютъ единственный вѣрный признакъ сифилиса легкихъ.

8) При отсутствіи этого признака, распознаваніе сифилиса легкихъ должно основываться: на анамнезѣ, одновременномъ существованіи сифилитическихъ заболеванийъ въ другихъ органахъ, отсутствіи туберкулезныхъ бациллъ и на основаніи успѣшныхъ результатовъ специфическаго лѣченія.

9) Специфическое лѣченіе въ начальномъ періодѣ развитія сифилиса легкихъ даетъ наилучшіе результаты; однако и при болѣе глубокихъ пораженіяхъ можно рассчитывать если не на полное выздоровленіе, то по крайней мѣрѣ на значительное улучшеніе какъ общаго состоянія больного, такъ и самаго легочнаго процесса.

Въ заключеніе считаю нравственнымъ долгомъ принести глубокую благодарность многоуважаемому профессору Эдуарду Эдуардовичу Эйхвальду, какъ за клиническое образованіе, полученное мною подъ его руководствомъ, такъ и за указаніе темы для настоящаго труда.

Пользуюсь также случаемъ выразить искреннюю признательность уважаемому Э. Ф. Шперку за любезное разрѣшеніе пользоваться матеріаломъ въ завѣдуемой имъ Калининской городской больницѣ.



## ПОЛОЖЕНІЯ.

1. При заболѣваніи легкихъ всегда нужно имѣть въ виду сифилисъ, какъ непосредственную причину его производящую.
2. Въ настоящее время пока еще нельзя отрицать существованія особаго вида чахотки—сифилитической.
3. Патогномическимъ признакомъ сифилиса легкихъ пока должно считать только присутствіе въ мокротѣ гуммозныхъ образованій (*gumma*, *sphiloma*).
4. Зараженіе широкимъ лентецомъ у насъ въ Россіи чаще всего слѣдуетъ искать въ употребленіи въ пищу сыраго (resp. непровареннаго) мяса щуки и щуцѣй икры.
5. Лучшимъ средствомъ для изгнанія всѣхъ трехъ видовъ ленточнаго галста (*Bothrioccephalus latus*, *Taenia solium* и *Taenia mediocanellata*) служитъ эфирный экстрактъ мужскаго папоротника (*Extr. Filicis maris aethereum*), даваемый въ дозахъ отъ 6,0 до 12,0 и 15,0.
6. При изслѣдованіи мокроты легочныхъ больныхъ не слѣдуетъ забывать и о возможности присутствія въ ней лучистаго грибка (*Actinomyces*).

## Curriculum vitae.

Константинъ Марковичъ Поповъ, сынъ купца, родился въ Тюмени 26-го февраля 1857 года. По окончаніи курса въ Тобольской гимназій, поступилъ въ Императорскую Медико-Хирургическую Академію въ 1875 году, гдѣ и окончилъ курсъ съ званіемъ лѣкаря въ декабрѣ 1880 г. Въ мартѣ 1881 г. былъ опредѣленъ на службу въ 26-й пѣхотный Могилевскій полкъ съ прикомандированіемъ на одинъ годъ къ Клиническому военному госпиталю, гдѣ исполнялъ обязанности ординатора въ I терапевтическомъ отдѣленіи. Въ теченіи 1881—82 учебнаго года сдалъ экзаменъ на доктора медицины. Въ апрѣлѣ 1882 г. отправился къ мѣсту своего служенія и тогда же былъ прикомандированъ къ Варшавскому Уздовскому военному госпиталю для исполненія ординаторскихъ обязанностей въ 4-мъ внутреннемъ отдѣленіи его. 6-го іюня 1882 былъ командированъ въ 5-й драгунскій Каргопольскій полкъ для исполненія должности старшаго врача. Возвратившись изъ командировки въ сентябрѣ того-же года, продолжалъ заниматься въ Уздовскомъ госпиталѣ. Въ іюнѣ 1883 г. вышелъ въ отставку. По пріѣздѣ въ Петербургъ, въ теченіи 1883—84 г. занимался въ Калинкинской городской больницѣ. Съ мая 1886 г. состоитъ сверхштатнымъ младшимъ ассистентомъ при Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны.

## Важнѣйшія печатанія.

Стр.	Строка.	Напечатано:	Должно быть:
1	2 сверху	Phthisis	Phthisis
3	15 —	сифилисомъ	сифилисомъ
16	11 —	condylomata	condylomata
18	1 снизу	Colomiatti. Omodei. 1878, р. 53.	Colomiatti. Omodei. 1878, р. 53 in Vierteljahr. f. Dermat. u. Syphilis. 1878. Str. 140.
26	4 —	симптома тологін	симптоматологін
28	7 сверху	образованіе шарова	образованіе шаровъ
—	14 —	издаи шарва	издаи шаровъ
37	7 снизу	какъ обыкновенно	какъ обыкновенно
43	1 сверху	бронхіальныя	бронхіальныя
47	5 —	продолжительный	продолженный
59	19 снизу	лѣченіе то же.	лѣченіе отъменно.
84	12 —	кондилому	кондилому.
89	20 сверху	опи	опи
—	9 снизу	*)	*)
—	7 —	*)	*)
94	7 сверху	пораженную	пораженную
95	5 снизу	инфекціонныхъ.	инфекціонныхъ
97	13 —	сredulite	сredulite
98	19 —	патологическомъ.	патологическомъ
99	16 —	константнрвалъ	константнрвалъ
101	10 сверху	С уетъ	С уетъ
105	5 —	подключныя	Слуцки
—	9 снизу	P a n c r i n u s	подключныя
107	16 —	Lungennitte	P a n c r i n u s
112	15 сверху	образованіе	Lungennitte
			образованіе

### Объясненіе рисунковъ.

- Рис. 1.** Препаратъ изъ мокроты. А — центральный распадъ, гдѣ видны между прочимъ грануляціонные и эпителиодные элементы и зерна пигмента. В — капиллярный сосудъ. Гартнакъ <sup>2/7</sup>.
- Рис. 2.** Препаратъ изъ мокроты. А — центральный распадъ. Гартнакъ <sup>2/7</sup>.

Подробное объясненіе рисунковъ см. на стр. 49.

Описание вальков.

Fig. 1. Вальков, найденный в...  
Fig. 2. Вальков, найденный в...  
Fig. 3. Вальков, найденный в...

